

OPINIÓN DE ENFERMERÍA Y CONCORDANCIA ENTRE LAS ESCALAS VISUAL ANALÓGICA, VERBAL SIMPLE Y NUMÉRICA, EN LA VALORACIÓN DEL DOLOR AGUDO COMO 5ª CONSTANTE VITAL

Lidia Camacho Barreiro(1)

José Pesado Cartelle (2)

José María Rumbo-Prieto (3)

(1) Enfermera. Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol España. Enfermera. Unidad de Servicios Múltiples

(2) Servicio Galego de Saúde (SERGAS). Área Sanitaria de Ferrol Supervisor de Área de Calidad. Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol

(3) Servicio Galego de Saúde (SERGAS). Área Sanitaria de Ferrol España Supervisor de Cuidados, Investigación e Innovación Unidad de Calidad. Hospital Naval

Resumen: Objetivo: Conocer la opinión de los profesionales de enfermería sobre la utilidad del registro y valoración del dolor agudo como quinta constante clínica; así como, determinar la correlación de la escala visual analógica (EVA) con la verbal simple (EVS) y la verbal numérica (EVN). Material y métodos: Estudio observacional descriptivo. Cuestionario de opinión "ad hoc" y correlación lineal entre escalas. Análisis estadístico descriptivo e inferencial mediante el coeficiente de correlación intraclass y el método de Bland-Altman. Resultados: muestra de 102 profesionales (58% mujeres). El 90,2% cree importante que se mida el dolor agudo; el 65,7% ven la escala EVA poco práctica; el 80,4% no sabe cuándo se debe reevaluar el dolor ($p < 0,05$). La concordancia entre escalas fue baja-moderada, siendo la EVN la mejor alternativa a la EVA. Conclusiones: el procedimiento de registro y medición del dolor fue muy bien valorado por los profesionales, pero su implementación presentó baja adherencia. La concordancia obtenida no fue significativa para sustituir con garantías a la EVA.

Palabras Clave: Dolor Agudo; Medición del dolor; Escala visual analógica;

Abstract: OPINION OF NURSING AND CORRELATION BETWEEN THE VISUAL ANALOG SCALE, VERBAL AND NUMERICAL IN THE VALUATION OF ACUTE PAIN AS THE FIFTH VITAL PARAMETER. To know the opinion of nurses about the usefulness of recording and valuation of acute pain as 5th clinic constant; as well as determine the correlation of visual analogue scale (VAS) with the Verbal Rating Scale (VRS) and the Verbal Numerical Rating Scale (VNRS). Methodology: Observational study. Survey "ad hoc" and linear correlation between scales. Descriptive and inferential statistical analysis using the intraclass correlation coefficient and Bland-Altman method. Results: 102 professionals (58% female). 90.2% believe it is important that acute pain is measured; 65.7% see the impractical VAS; 80.4% do not know when to reassess the pain ($p < 0.05$). The concordance between scales was low to moderate, with the VNRS the best alternative to VAS. Conclusions: The procedure for recognition and measurement of pain was highly valued by professionals, but its implementation showed low adherence. The agreement obtained was not significant guarantees to replace the VAS.

Key Words: Acute Pain, pain measurement, visual analog scale

Camacho Barreiro, L. Pesado Cartelle, J. Rumbo-Prieto, JM. **OPINIÓN DE ENFERMERÍA Y CONCORDANCIA ENTRE LAS ESCALAS VISUAL ANALÓGICA, VERBAL SIMPLE Y NUMÉRICA, EN LA VALORACIÓN DEL DOLOR AGUDO COMO 5ª CONSTANTE VITAL.** ENE, Revista de Enfermería. v. 9, n. 1, abr. 2015. ISSN 1988-348X. Disponible en <http://ene-enfermeria.org/ojs>

INTRODUCCIÓN

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (International Association for the Study of Pain, IAPS) define el dolor como "una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño" (1). Atendiendo a su duración, el dolor puede ser agudo, que es aquel que presenta con inicio súbito o lento, de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente, con un final anticipado o previsible y una duración menor a 6 meses; y el

dolor crónico, definido de la misma forma que el anterior, pero sin un final anticipado o previsible y una duración mayor a seis meses (2).

En la atención de enfermería a pacientes hospitalizados, el dolor, al igual que el resto de las experiencias emocionales (angustia, sufrimiento...), es algo que evidencia el propio paciente de forma subjetiva; es decir, que sólo la persona que lo padece sabe lo que es y dónde le duele. De este modo, la medición del dolor se convierte en un proceso arbitrario y es considerado una de las actividades sanitarias más difíciles de evaluar (3). Es por ello, que la valoración clínica del mismo va encaminada a cuantificar objetivamente lo que subjetivamente el paciente nos refiere sobre ello.

En la práctica, la forma más común de medir el dolor clínico es pedir a un paciente que nos indique la intensidad del mismo y cuantificarlo a través del uso de escalas analógicas, así como complementar la medición con otros instrumentos que tengan en cuenta los criterios que influyen en la aparición del dolor (edad, factores conductuales, cognitivos, sociales, clínicos, etc.), lo que parece constituir un método válido, simple y fiable para determinar el grado e intensidad de dolor. alguna de las características que deben cumplir este tipo de escalas sería la de estar validadas, ser específicas, sensibles, económicas y con una mínima variabilidad interpersonal; para así proporcionar información exacta y que dé seguridad asistencial a este tipo de pacientes.

Entre las múltiples escalas diseñadas para valorar subjetivamente la intensidad del dolor, las más comunes son las unidimensionales, entre las que se recomiendan (4) para la valoración del dolor en adultos: la Escala Verbal Simple (EVS) [Verbal Rating Scale, VRS]; la Escala Visual Analógica (EVA) [visual Analogue Scale, VAS]; y la Escala Verbal Numérica (EVN) [Verbal Numerical Rating Scale, VNRS].

Así mismo, hay estudios que constatan que la simple educación del médico y del personal de enfermería en la evaluación del dolor y el uso de algoritmos para su tratamiento pueden reducir la incidencia de dolor moderado-grave de un 37% a un 13% (4).

Es por ello que, en los últimos años, numerosas y prestigiosas organizaciones sanitarias, sociedades científicas y grupos de expertos han publicado declaraciones, directrices o recomendaciones sobre el manejo integral y profesional del dolor clínico, promulgando su valoración obligatoria como la quinta constante vital, junto con la temperatura, la presión arterial, el pulso y la respiración (5).

EE.UU. fue el primer país en reconocer la necesidad de cuantificar el dolor en la historia clínica del paciente; siendo la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) quien publicaría en 1999 "Pain Assessment and Management Standards" (6) (Estándares de gestión y evaluación del dolor); para que en el año 2001 empezase a requerir el cumplimiento obligado de la valoración y registro del dolor como quinta constante clínica, que sería determinada durante todo el ingreso del paciente. Posteriormente, la Organización Mundial de la Salud (OMS), considerará el alivio del dolor como un derecho humano, aconsejando a todos los países que atiendan las necesidades básicas de alivio del dolor de sus poblaciones e instauren un instrumento válido para su medición (7).

En cuanto a la selección del método de valoración del dolor, existe libertad de elección, aunque, de todos los instrumentos de medida validados, hay cierta preferencia hacia el uso universal de la escala unidimensional EVA por su validez, facilidad de uso y comprensión por el paciente. Ahora bien, en el caso de pacientes geriátricos, patología neurológica, o en el caso de niños, se hace imprescindible la utilización de otros métodos alternativos como, por ejemplo, la EVN, la EVS, la escala de Campbell, o la escala de dibujos faciales de Wong-Baker, etc. (8)

En el caso de Galicia, nuestra comunidad autónoma es considerada la segunda comunidad con mayor prevalencia de dolor en adultos (18,38%) por detrás de la Comunidad de Valencia (18,79%) (9). Es por ello, que la Consellería de Sanidad en colaboración con el Servizo Galego de Saúde (SERGAS), priorizó en año 2010 la sistematización e implantación del procedimiento para la valoración del dolor agudo en sus hospitales, con el propósito de homogeneizar la valoración de todos los pacientes ingresados, introduciendo la escala de valoración analógica del dolor (EVA). Además, fue la primera comunidad autónoma española que incluyó el dolor como quinta constante vital en el registro y en la gráfica de constantes del aplicativo informático de cuidados de enfermería. Este tipo de registro permitirá obtener indicadores de seguimiento y evaluación del dolor agudo de los pacientes hospitalizados, identificar áreas de mejora y, comparar resultados. Todo ello, enmarcado dentro del Plan de Gestión Estratégica "SERGAS 2014: La Sanidad Pública al Servicio del Paciente", y también en la "Estrategia de Atención Integral al Dolor" (10,11).

Esta investigación pretende recabar información de cómo la enfermería de nuestro hospital ha ido percibiendo la implantación de la valoración y registro del dolor como quinta constante y qué escala del dolor consideran más útil en su rutina habitual. Por tanto, los objetivos que nos planteamos fueron: Conocer la opinión de los profesionales de enfermería sobre la utilidad del registro y valoración del dolor agudo como quinta constante clínica; así como, determinar la correlación de la escala visual analógica (EVA) con la verbal simple (EVS) y la verbal numérica (EVN).

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo y transversal en una Unidad de hospitalización de Medicina Interna del Servicio Gallego de Salud (SERGAS). Previamente al estudio de campo, se ha realizado una búsqueda bibliográfica incluyendo artículos científicos y otros documentos (libros, diarios oficiales, boletines...) relacionados con la temática de estudio. El periodo de búsqueda de información se ha acotado para los últimos 10 años. La consulta bibliográfica fue realizada por la estrategia de meta-búsqueda a través de las bases de datos incluidas en la plataforma MERGULLADOR de la Biblioteca Virtual BIBLIOSAÚDE del SERGAS y la de la plataforma PÓRTICO de la Universidad de A Coruña. Las palabras clave/descriptores utilizados fueron: "dolor agudo" [DeCs], "dolor" [DeCs], "acute pain" [MeSH], "Pain measurement" [MeSH], "Evaluación del dolor" [DeCs], "Medición del dolor" [término libre]. Además, también se ha empleado el siguiente "texto libre" para complementar la búsqueda bibliográfica: "escala de valoración analógica", "escala EVA", "escala VAS", "Visual Analogue Scale", "escala verbal numérica", "escala EVN", "Verbal Numerical Rating Scale", "escala VRNS", "escala verbal simple", "escala EVS", "escala VRS", "Verbal Rating Scale", "quinta constante vital", "quinta constante clínica".

Para seleccionar la muestra representativa de profesionales de enfermería de nuestro hospital se procedió al cálculo del tamaño muestral ajustado a un 15% de pérdidas, a través del programa EPIDAT; entre todos los profesionales de enfermería (eventuales, interinos y de plantilla) asignados a alguna de las unidades de hospitalización que tuviesen implantado la valoración del dolor agudo y el registro del mismo como 5ª constante. Quedando excluidos aquellos profesionales que trabajaban en unidades que no cumplían los criterios de registro y utilización de la escala EVA para medición del dolor como quinta constante vital. El tamaño muestral resultante fue de 97 profesionales de enfermería necesarios para llevar a cabo el estudio.

Para la comparación de las escalas en pacientes con dolor, debido a las dificultades metodológicas para poder determinar cuál sería el universo finito de pacientes ingresados con dolor, y poder concretar una muestra significativa resultante; se optó por realizar una selección de pacientes, no probabilística accidental, de forma aleatoria en base a criterios de hospitalización (nº de camas y ratio de pacientes con dolor en unidad de hospitalización en un intervalo de tiempo), lo que resultó un tamaño muestral necesario de 40 pacientes. Determinándose seleccionar como muestra a todos los pacientes ingresados con presencia de dolor, de entre todos los posibles, de una Unidad de Medicina interna. Los criterios de inclusión fueron: Todos aquellos pacientes con dolor ingresados en la unidad a estudio, mayores de edad y que voluntariamente aceptaban participar tras ser debidamente informados y dieran su consentimiento

Para la recogida de las opiniones de los profesionales se diseñó un cuestionario ad hoc (Anexo I). Tras una prueba piloto previa, quedó estructurado en tres bloques (datos demográficos, conocimientos sobre el uso de escalas del dolor y conocimientos sobre la valoración del dolor) y 20 preguntas cerradas, cada una con 5 respuestas posibles siguiendo el modelo de escala Likert. Al final del cuestionario había una última pregunta abierta para posibles comentarios o sugerencias.

La entrega y recogida de los cuestionarios (previa información del estudio y consentimiento informado) se llevó a cabo directamente por un miembro del equipo investigador, en algún momento de los tres turnos oficiales de enfermería (mañana-tarde-noche).

Para llevar a cabo la correlación entre las tres escalas del dolor seleccionadas (ANEXO II); se utilizó, por un lado, la escala de dolor proporcionada por el SERGAS, la cual incluía una regla con la Escala Visual Analógica (EVA) en su anverso y la Escala Verbal Numérica (EVN) en su reverso; se complementó el estudio de valoración con otra escala más, la Escala verbal Simple (EVS). La recogida de datos se hizo siempre de la misma forma y en el mismo orden. Primero se evaluó el dolor del paciente con la EVS, una vez tenía respuesta a esa escala se mostraba al paciente una escala, facilitada por el SERGAS, que contenía una línea horizontal donde los pacientes señalaban el grado de dolor que tenían, dando respuesta así a la escala EVA. El dato numérico se corresponde con una línea milimetrada, que está en la parte trasera de la regla para el

evaluación de la escala EVA y a la que el paciente no tenía acceso para no alterar el resultado de la medición. Por último, se pedía al paciente que de 0 a 10, describiese su dolor, sin datos decimales. De esta forma se obtenían los tres valores en cada paciente, siempre en el mismo episodio de dolor.

El análisis estadístico de los datos consistió en hallar la estadística descriptiva, mediante el cálculo de frecuencias, porcentajes y medidas de dispersión; y la aplicación de la estadística inferencial, para determinar el grado de asociación de las preguntas del cuestionario de profesionales, así como para la comparativa de las diferentes escalas de medición del dolor; analizando para ello, el Ji cuadrado (Chi²) de Pearson, el Test Exacto de Fisher, y el método de evaluación de concordancia entre dos sistemas de medición de Bland- Altman.

Todos los datos fueron tabulados y calculados a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v.19.0, el programa de análisis estadístico EPIDAT v.4 y la hoja de cálculo Excel 2007.

RESULTADOS

A) Opinión de enfermería sobre la valoración del dolor como 5ª constante:

Se recogieron 102 cuestionarios, siendo todos ellos válidos, con los que se alcanza el tamaño muestral (n=97). Las variables demográficas de los profesionales que participaron en el estudio se exponen en la siguiente tabla: (Tabla 1: características cualitativas de la muestra de profesionales.)

Se agruparon las edades en dos rangos, a fin de poder comparar estos grupos con las respuestas acertadas y falladas en busca de correlación entre variables; correspondiéndose el grupo de edad <41 con el 55,9% del total, y el 44,1% restante al grupo de >40 años.

Atendiendo a los resultados más relevantes del cuestionario destacamos los siguientes ítems:

- ítem 5: (considera adecuada la introducción del dolor como constante); el 63,7% de los profesionales considera entre "bastante" y "totalmente adecuado" el medir y valorar el dolor como 5ª constante.

- ítems 6 y 7: (Importancia de la medición y control del dolor para los profesionales, e importancia para los pacientes según enfermeros/as); El 85,3% de los los/as enfermeros/as sitúan la medición y control del dolor entre "bastante importante e imprescindible". El 90,2% de los profesionales manifiestan como importante para los pacientes que se mida y se controle el dolor. Tan solo el 2,9% lo entienden como poco importante.

- ítem 8: (Utilización por los profesionales de la escala EVA); el 79,4% de los profesionales manifiestan haber utilizado la escala EVA para medir el dolor.

- ítems 9 y 10: (Utilidad y practicidad de la escala EVA); el 50% de profesionales consideran la escala EVA un método útil a la hora de medir el dolor agudo en pacientes. De todos los encuestados, el 47,1% no consideran dicha escala un método práctico para la medición.

- ítems 11 y 12: (Conocimiento de los profesionales de la escala EVS); de los enfermeros/as encuestados, el 83,3% afirman conocer la escala EVS, aunque tan solo el 61,8% de ellos reconocen haberla usado.

- ítems 13 y 14: (Utilidad y practicidad de la escala EVS); el 58,8% de los profesionales de enfermería consideran la escala EVS entre "bastante y muy útil" para la medición del dolor.

- ítem 15: (Escala más facilitadora, EVA o EVS); los resultados muestran que el 49,0% de los profesionales consideran la EVS más facilitadora para la medición del dolor, frente a un 18,6% que consideran, como más facilitadora la EVA.

- ítems 16 y 17: (Frecuencia de evaluación del dolor en pacientes); con respecto a la frecuencia de evaluación del dolor en pacientes "SIN dolor" (ítem 16), el 21,6% manifiesta evaluar el dolor cada vez que el paciente presenta un episodio, seguido del 18,6% que lo mide cada 8 horas.

La respuesta correcta a esta pregunta es evaluar el dolor cada 8 horas, como marcan las recomendaciones y evidencias; así como, dice el procedimiento implantado en el SERGAS. Siendo el porcentaje de respuestas correctas en esta pregunta del 17,6%. Al estudiar las respuestas a esta pregunta, relacionándolas con el sexo del encuestado/a,

observamos que, con una $p < 0,05$ (significancia estadística) y tras realizar el Test de Fisher, podemos afirmar que los hombres son los que mejor han respondido.

En pacientes "CON dolor" y analgesia eficaz (ítem 17), hallamos que el 43,1% evalúan cada vez que el sujeto tiene dolor, frente a un 28,4% que lo hacen una vez por turno. De todos los encuestados que respondieron a la pregunta, el 28,4% han elegido la respuesta correcta, frente al 71,6% que no lo han hecho; siendo acertado evaluarlo una vez por turno como marcan las recomendaciones y evidencias, así como el procedimiento implantado en el SERGAS.

Al categorizar los profesionales encuestados por su sexo, y tras la realización de la prueba de χ^2 de Fisher, con una $p < 0,05$ se puede afirmar que el índice de aciertos de esta pregunta tiene correlación con el sexo del profesional, siendo los hombres los que responden acertadamente a un mayor número de preguntas.

Analizando las respuestas obtenidas al ítem 17, frecuencia de evaluación del dolor en pacientes con episodios del mismo, pero analgesia adecuada; y relacionándolas con los años de experiencia laboral de los enfermeros que dieron respuesta; tras la realización del test de Fisher, podemos afirmar, con una $p < 0,05$, que existe correlación con el porcentaje de aciertos hallados. Así, los profesionales de entre 6 a 10 años de experiencia son las respuestas correctas han tenido. En la siguiente gráfica se desglosan los resultados desglosados por años de experiencia como profesionales:

ítem 18: (casos en los que se puede utilizar la escala EVA); el 68,6% de los profesionales consideran que la escala EVA es adecuada para medir el grado de dolor agudo en adultos. Por otro lado, el 11,8% la consideran adecuada para utilizar con niños menores de 7 años, y el 10,8% la utilizarían también en pacientes con deterioro cognitivo. La respuesta correcta a esta pregunta sería la de que la escala EVA debe utilizarse para medir el dolor únicamente en adultos, ya que para las demás situaciones existen otras escalas que se adaptan mejor a la situación del paciente. Del personal de enfermería que respondió esta pregunta el 56,9% respondieron correctamente, y el 43,1% respondieron de forma errónea.

ítem 19: (Consideración de dolor agudo); el 53,9% consideran dolor agudo el inferior a 2 días de evolución y el 15,7% lo consideran agudo cuando es inferior a 6 meses. Por definición, se denomina dolor agudo el de menos de 6 meses de evolución. Ítem 20: (Consideración del dolor crónico); en contraposición a la consideración del dolor agudo, el 50,0% de los profesionales de enfermería consideran, como dolor crónico, aquel cuya duración temporal es superior a 6 meses; el 29,4% de los profesionales lo consideran a partir de 2 meses de evolución. La definición de dolor crónico es aquel dolor cuya duración es superior a 6 meses. El 50% de los profesionales que respondieron esta pregunta han seleccionado la opción correcta del cuestionario.

Relacionando la edad, agrupada en dos rangos (hasta 40 años y más de 40 años) observamos que, tras realizar la prueba de χ^2 y el Test de Fisher, con una $p < 0,05$; hay correlación entre la edad de los profesionales y las respuestas correctas o erróneas sobre el dolor crónico y dolor agudo, pudiendo afirmar que responden a ambas preguntas con más acierto los profesionales que tienen hasta 40 años.

Relacionando la edad, agrupada en dos rangos (hasta 40 años y más de 40 años) observamos que, tras realizar la prueba de χ^2 y el Test de Fisher, con una $p < 0,05$; hay correlación entre la edad de los profesionales y las respuestas correctas o erróneas sobre el dolor crónico y dolor agudo, pudiendo afirmar que responden a ambas preguntas con más acierto los profesionales que tienen hasta 40 años.

ítem 21: (Mejor indicador para determinar el grado de dolor); cuando preguntamos por el mejor indicador para determinar el grado de dolor de un paciente observamos que el 63,7% declaran que este es la manifestación del propio paciente; siendo este el porcentaje de respuestas correctas a esta pregunta según evidencias y el protocolo instaurado en el SERGAS. (Figura nº1)

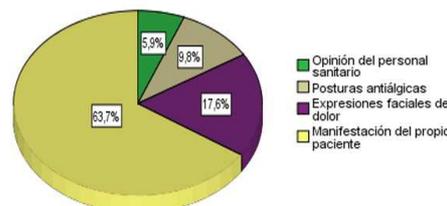


Figura nº1: Mejor indicador para determinar el grado de dolor.

Figura 1: Mejor indicador para determinar el grado de dolor

ítem final: (Conocimiento de otras escalas de valoración del dolor); En la última pregunta, abierta para recoger otras escalas que sirvan como herramienta para la medición del dolor y que consideren los profesionales mejores que las nombradas en el cuestionario, no hemos obtenido respuesta alguna, el índice de abstinencia de respuesta es del 100%.

B) Concordancia entre escalas de valoración del dolor:

Se obtuvieron y analizaron 53 mediciones del dolor en pacientes hospitalizados mediante las escalas EVA, EVS y EVN.

Para la evaluación de la concordancia entre los tres sistemas de medición del dolor, se utilizó el coeficiente de correlación intraclass (CCI) y el análisis de las diferencias individuales (ADI) o método de Bland-Altman.

El resultado CCI= 0,6035 demuestra que, con un intervalo de confianza de 95%, existe correlación baja-moderada entre la EVA y EVS; y el valor obtenido indica una baja reproducibilidad de los datos.

El valor ADI (figura nº2) refleja la dispersión de los datos alrededor de la media, cuya diferencia es negativa (\neq ,5755), Lo que confirma que la EVS se sobrevalora con respecto a la EVA.

Aceptando clínicamente una diferencia de 2 puntos entre ambas escalas, la concordancia sería del 79,2% de los casos. Como ambos sistemas de medición ponderan el dolor y en función de este valor se disponen las medidas para paliarlo, el hecho de admitir 2 puntos de diferencia absoluta nos llevaría a infravalorar el dolor con el uso de la EVS. A) Opinión de enfermería sobre la valoración del dolor como 5ª constante:

Se recogieron 102 cuestionarios, siendo todos ellos válidos, con los que se alcanza el tamaño muestral (n=97). Las variables demográficas de los profesionales que participaron en el estudio se exponen en la siguiente tabla: (Tabla 1: características cualitativas de la muestra de profesionales.)

Se agruparon las edades en dos rangos, a fin de poder comparar estos grupos con las respuestas acertadas y falladas en busca de correlación entre variables; correspondiéndose el grupo de edad <41 con el 55,9% del total, y el 44,1% restante al grupo de >40 años.

Tabla 1: características cualitativas de la muestra de profesionales.

		Porcentajes %	Población (n)
Edad	De 21 a 30 años	14,7%	15
	De 31 a 40 años	41,2%	42
	De 41 a 50 años	21,6%	22
	De 51 a 60 años	18,6%	19
	Más de 60 años	3,9%	4
Sexo	Hombre	42,2%	43
	Mujer	57,8%	59
Tipo de contrato	Estatutario	69,6%	71
	Eventual	18,6%	19
	Interino	11,8%	12
Años de experiencia laboral	De 0 a 5 años	11,8%	12
	De 6 a 10 años	19,6%	20
	De 11 a 15 años	34,3%	35
	Más de 15 años	34,3%	35

Tabla 1: Características cualitativas de la muestra de profesionales

Atendiendo a los resultados más relevantes del cuestionario destacamos los siguientes ítems:

ítem 5: (considera adecuada la introducción del dolor como constante); el 63,7% de los profesionales considera entre "bastante" y "totalmente adecuado" el medir y valorar el dolor como 5ª constante.

ítems 6 y 7: (Importancia de la medición y control del dolor para los profesionales, e importancia para los pacientes según enfermeros/as); El 85,3% de los los/as enfermeros/as sitúan la medición y control del dolor entre "bastante importante e imprescindible". El 90,2% de los profesionales manifiestan como importante para los pacientes que se mida y se controle el dolor. Tan solo el 2,9% lo entienden como poco importante.

ítem 8: (Utilización por los profesionales de la escala EVA); el 79,4% de los profesionales manifiestan haber utilizado la escala EVA para medir el dolor.

ítems 9 y 10: (Utilidad y practicidad de la escala EVA); el 50% de profesionales consideran la escala EVA un método útil a la hora de medir el dolor agudo en pacientes. De todos los encuestados, el 47,1% no consideran dicha escala un método práctico para la medición.

ítems 11 y 12: (Conocimiento de los profesionales de la escala EVS); de los enfermeros/as encuestados, el 83,3% afirman conocer la escala EVS, aunque tan solo el 61,8% de ellos reconocen haberla usado.

ítems 13 y 14: (Utilidad y practicidad de la escala EVS); el 58,8% de los profesionales de enfermería consideran la escala EVS entre "bastante y muy útil" para la medición del dolor.

ítem 15: (Escala más facilitadora, EVA o EVS); los resultados muestran que el 49,0% de los profesionales consideran la EVS más facilitadora para la medición del dolor, frente a un 18,6% que consideran, como más facilitadora la EVA.

ítems 16 y 17: (Frecuencia de evaluación del dolor en pacientes); con respecto a la frecuencia de evaluación del dolor en pacientes "SIN dolor" (ítem 16), el 21,6% manifiesta evaluar el dolor cada vez que el paciente presenta un episodio, seguido del 18,6% que lo mide cada 8 horas.

La respuesta correcta a esta pregunta es evaluar el dolor cada 8 horas, como marcan las recomendaciones y evidencias; así como, dice el procedimiento implantado en el SERGAS. Siendo el porcentaje de respuestas correctas en esta pregunta del 17,6%. Al estudiar las respuestas a esta pregunta, relacionándolas con el sexo del encuestado/a, observamos que, con una $p < 0,05$ (significancia estadística) y tras realizar el Test de Fisher, podemos afirmar que los hombres son los que mejor han respondido.

En pacientes "CON dolor" y analgesia eficaz (ítem 17), hallamos que el 43,1% evalúan cada vez que el sujeto tiene dolor, frente a un 28,4% que lo hacen una vez por turno. De todos los encuestados que respondieron a la pregunta, el 28,4% han elegido la respuesta correcta, frente al 71,6% que no lo han hecho; siendo acertado evaluarlo una vez por turno como marcan las recomendaciones y evidencias, así como el procedimiento implantado en el SERGAS.

Al categorizar los profesionales encuestados por su sexo, y tras la realización de la prueba de χ^2 de Fisher, con una $p < 0,05$ se puede afirmar que el índice de aciertos de esta pregunta tiene correlación con el sexo del profesional, siendo los hombres los que responden acertadamente a un mayor número de preguntas.

Analizando las respuestas obtenidas al ítem 17, frecuencia de evaluación del dolor en pacientes con episodios del mismo, pero analgesia adecuada; y relacionándolas con los años de experiencia laboral de los enfermeros que dieron respuesta; tras la realización del test de Fisher, podemos afirmar, con una $p < 0,05$, que existe correlación con el porcentaje de aciertos hallados. Así, los profesionales de entre 6 a 10 años de experiencia son las respuestas correctas han tenido. En la siguiente gráfica se desglosan los resultados desglosados por años de experiencia como profesionales:

ítem 18: (casos en los que se puede utilizar la escala EVA); el 68,6% de los profesionales consideran que la escala EVA es adecuada para medir el grado de dolor agudo en adultos. Por otro lado, el 11,8% la consideran adecuada para utilizar con niños menores de 7 años, y el 10,8% la utilizarían también en pacientes con deterioro cognitivo. La respuesta correcta a esta pregunta sería la de que la escala EVA debe utilizarse para medir el dolor únicamente en adultos, ya que para las demás situaciones existen otras escalas que se adaptan mejor a la situación del paciente. Del personal de enfermería que respondió esta pregunta el 56,9% respondieron correctamente, y el 43,1% respondieron de forma errónea.

ítem 19: (Consideración de dolor agudo); el 53,9% consideran dolor agudo el inferior a 2 días de evolución y el 15,7% lo consideran agudo cuando es inferior a 6 meses. Por definición, se denomina dolor agudo el de menos de 6 meses de evolución.

ítem 20: (Consideración del dolor crónico); en contraposición a la consideración del dolor agudo, el 50,0% de los profesionales de enfermería consideran, como dolor crónico, aquel cuya duración temporal es superior a 6 meses; el 29,4% de los profesionales lo consideran a partir de 2 meses de evolución. La definición de dolor crónico es aquel dolor cuya duración es superior a 6 meses. El 50% de los profesionales que respondieron esta pregunta han seleccionado la opción correcta del cuestionario.

Relacionando la edad, agrupada en dos rangos (hasta 40 años y más de 40 años) observamos que, tras realizar la prueba de χ^2 y el Test de Fisher, con una $p < 0,05$; hay correlación entre la edad de los profesionales y las respuestas correctas o erróneas sobre el dolor crónico y dolor agudo, pudiendo afirmar que responden a ambas preguntas con más acierto los profesionales que tienen hasta 40 años.

ítem 21: (Mejor indicador para determinar el grado de dolor); cuando preguntamos por el mejor indicador para determinar el grado de dolor de un paciente observamos que el 63,7% declaran que este es la manifestación del propio paciente; siendo este el porcentaje de respuestas correctas a esta pregunta según evidencias y el protocolo instaurado en el SERGAS. (Figura nº1)

ítem final: (Conocimiento de otras escalas de valoración del dolor); En la última pregunta, abierta para recoger otras escalas que sirvan como herramienta para la medición del dolor y que consideren los profesionales mejores que las nombradas en el cuestionario, no hemos obtenido respuesta alguna, el índice de abstinencia de respuesta es del 100%.

B) Concordancia entre escalas de valoración del dolor:

Se obtuvieron y analizaron 53 mediciones del dolor en pacientes hospitalizados mediante las escalas EVA, EVS y EVN.

Para la evaluación de la concordancia entre los tres sistemas de medición del dolor, se utilizó el coeficiente de correlación intraclass (CCI) y el análisis de las diferencias individuales (ADI) o método de Bland-Altman.

El resultado CCI= 0,6035 demuestra que, con un intervalo de confianza de 95%, existe correlación baja-moderada entre la EVA y EVS; y el valor obtenido indica una baja reproductibilidad de los datos.

El valor ADI (figura nº2) refleja la dispersión de los datos alrededor de la media, cuya diferencia es negativa (−,5755), Lo que confirma que la EVS se sobrevalora con respecto a la EVA.

Figura nº2: Concordancia EVA-EVS por el método Bland-Altman

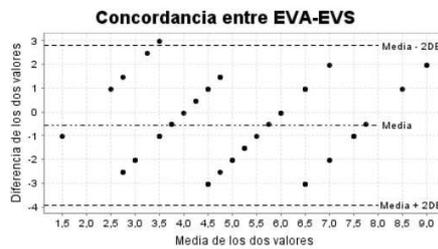


Figura 2: Concordancia EVA-EVS

Aceptando clínicamente una diferencia de 2 puntos entre ambas escalas, la concordancia sería del 79,2% de los casos. Como ambos sistemas de medición ponderan el dolor y en función de este valor se disponen las medidas para paliarlo, el hecho de admitir 2 puntos de diferencia absoluta nos llevaría a infravalorar el dolor con el uso de la EVS.

El resultado CCI= 0,6929, también demuestra que, con un intervalo de confianza de 95%, existe correlación moderada entre la EVA y EVN y una baja reproductibilidad de los datos.

En el gráfico de Bland-Altman (figura nº3) se refleja la dispersión de los datos alrededor de la media, cuya diferencia es positiva (0,4811), que determina que la EVN se sobrevalora con respecto a la EVA.

Figura nº3: Concordancia EVA-EVN por el método Bland-Altman

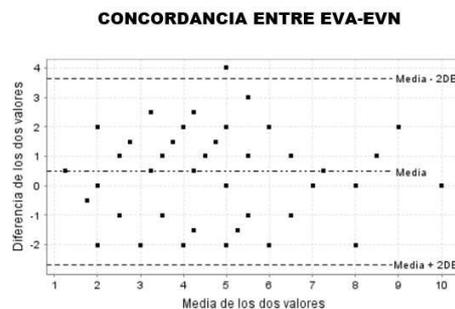


Figura 3: Concordancia EVA-EVN

En el caso de aceptar clínicamente una diferencia de 2 puntos, ambas escalas concordarán el 86,8% de los casos. El hecho de admitir 2 puntos de diferencia absoluta nos llevaría a sobrevalorar el dolor con el uso de la EVN.

El valor CCI= 0,5005 demuestra que, con un intervalo de confianza de 95%, existe una correlación baja entre la EVN y EVS.

En el gráfico de Bland-Altman (figura nº4) se refleja la dispersión de los datos alrededor de la media y se observa que la media de las diferencias es negativa (-0,056604), lo que determina que con la EVS se infravalora la medición del dolor con respecto a la EVN.

Figura nº4: Correlación EVN-EVS por el método Bland-Altman

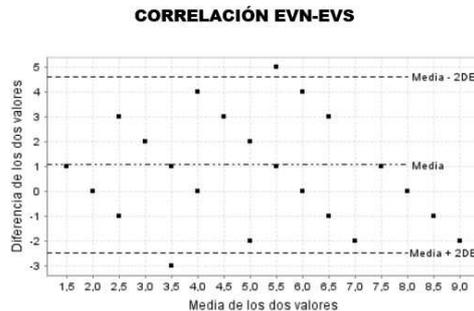


Figura 4: Correlación EVN-EVS

DISCUSIÓN

A lo largo de este trabajo de investigación se ha dejado constancia de la importancia del adecuado conocimiento de la utilización de la escala EVA y la implantación sistematizada del registro informatizado del dolor como quinta constante vital por los profesionales de enfermería de atención hospitalaria; considerada como una de las estrategias prioritarias de la atención integral al dolor que actualmente promueve el SERGAS.

Para llevar a cabo todo ese procedimiento de implantación de evaluación del dolor, se han desarrollado un modelo de evaluación (procedimiento JCI-COP-1: evaluación de dolor aguda) (12) donde se hace constar cuál sería el procedimiento, el método de evaluación y la escala de medida más adecuada a la situación clínica y al tipo de paciente con dolor que deberá realizarse.

Es por ello, que el cuestionario ad hoc de valoración empleado en este estudio, se ha ceñido a dicho procedimiento, el cual ha resultado ser muy útil al recoger las valoraciones y conocimientos de dichos profesionales de enfermería en referencia al tema de estudio. Sin embargo, los datos obtenidos no permiten hacer una comparación fuera de este ámbito sanitario, pero, aun así, los resultados serían extrapolables a la población de enfermería hospitalaria del Complejo Hospitalario Universitario de referencia para este estudio, al ser una muestra representativa de la misma y, supone un punto de partida para llevar a cabo acciones de mejora en este campo.

Atendiendo a los datos de filiación de los participantes que han cumplimentado el cuestionario del dolor, éstos hacen referencia al perfil tipo de una enfermera de edad de menos de 40 años, en situación laboral de fija de plantilla y con más de 15 años de experiencia; por lo tanto, se podría decir que la enfermería de hospitalización es relativamente joven pero experimentada.

Sintetizando el resto de los resultados del cuestionario, observamos una gran predisposición entre los profesionales de <40 años y sexo masculino hacia la implementación del registro del dolor como quinta constante, pero con tendencia inversa a medida que aumenta la edad, incluso entre el sexo femenino (sin significación estadística). Además, se apreció que la evaluación del dolor, como quinta constante clínica, se considera muy importante para una adecuada atención de salud y seguridad del paciente; así como, se percibe la existencia de ciertas barreras culturales de "profesionalización" que dificultan la implementación del procedimiento para que se realice de una forma rutinaria y eficaz. En este punto (la implementación) se coincide con otros autores en que quedaría mucho camino por recorrer, que se necesitaría una mayor sensibilización de todos los implicados y, sobretudo el deseo por mejorar nuestro entorno asistencial (13_).

Referente al método de medida, la escala EVA resultó ser conocida y utilizada por la gran mayoría de los profesionales de enfermería. Sin embargo, no la consideran suficientemente práctica y útil; apreciando cierta preferencia por la escala verbal simple (EVS) al estimar que es más fácil para el profesional y el paciente a la hora de evaluar la presencia de dolor. Aquí también, de forma cualitativa, vuelve haber diferencias por rangos de edad. Será a partir de los >40 años, cuando se observa una cierta linealidad proporcional negativa a considerarla "poco útil". Esto podría

convertirse a corto plazo, en un contratiempo ya que todas las recomendaciones internacionales tienden a universalizar este u otro tipo de escala; así que convendría sistematizar y homogenizar el procedimiento, reforzando el adiestramiento del personal para mejorar su adherencia al método en aras de mejorar la valoración y seguridad del paciente con dolor (15_⊥).

Finalmente, en relación con la frecuencia de evaluación del dolor, si se ha obtenido cierta significancia estadística ($p < 0.05$) teniendo en cuenta la variable sexo y experiencia laboral, que hacen referencia al desconocimiento que tienen los profesionales sobre la pauta correcta de la frecuencia de valoración del paciente con o sin episodios de dolor (ítems nº 16 y 17). Y, además, se refleja también un preocupante desconocimiento teórico en la diferenciación entre dolor agudo-crónico (ítems 19 y 20), lo que supuso obtener una significancia estadística no deseable. Por todo ello, igual que lo enunciado en el párrafo anterior, se hace imprescindible una intervención de mejora que corrija estos "deficiencias" detectadas. Esto coincide con otros estudios similares que describen una insuficiente formación en la materia por parte de los profesionales (14).

En el estudio de análisis de la concordancia entre la escala EVA, EVN y EVS, la muestra evaluada ($n=53$) resultó insuficiente para determinar una significancia estadística concluyente. De las tres escalas la EVN (concordancia de $r=0.69$) se acercó más a las valoraciones realizadas con la EVA, pero, aun así, esta escala (EVN) no sería "según nuestro estudio" un instrumento recomendable para sustituir la escala EVA, considerada el método de referencia estándar.

Por el contrario, estudios más rigurosos sí enfatizan que la EVN y la EVS, son escalas sensibles para la medición de la intensidad del dolor con buena correlación, comparadas con la EVA; por tanto, es un sesgo de selección de muestra que este estudio diera una correlación baja, cuando la estimación debía ser superior al dato conseguido (4, 24_⊃).

Referente al método estadístico, hubo cierta intencionalidad al analizar en este estudio las concordancias de las tres escalas por el método de Bland-Altman junto con el cálculo del Coeficiente de Correlación Intraclass (CCI); la finalidad era llamar la atención de que ambos métodos estadísticos serían adecuados y complementarios; siendo el de Bland-Altman el referente para este tipo de estudio (28).

En definitiva, se concluye:

Que la implantación de evaluación del dolor como quinta constante es algo que todavía se ve lejano, dentro de la rutina diaria de la enfermera de hospitalización de nuestro hospital.

Que la valoración del dolor es un dato clínico muy importante para el profesional y el paciente y que por tanto se debe sistematizar.

Que la escala EVA se considera útil pero poco práctica, apreciándose una mayor aceptación hacia la utilización de la escala EVS, aunque la más fiable sería la EVN. Convendría unificar criterios en base a evidencias.

Que los conocimientos teóricos-prácticos de los participantes, sobre la frecuencia de valoración del dolor son inadecuados o desconocidos, al igual, que la diferenciación entre dolor agudo y dolor crónico.

Que se precisaría de una retroalimentación y/o mejor refuerzo formativo, para lograr una mayor adherencia en la implementación de dicha estrategia de forma más eficiente.

La escala EVA se consolida como el instrumento de referencia para medir el dolor agudo en adultos, por lo que se precisaría el formar adecuadamente al personal de enfermería en su correcta aplicación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez Bartolomé, M., y Pastor Sanmillán, D. (2012). Codificación clínica del dolor. En Álvarez Bartolomé, M., Pastor Sanmillán, D.: Codificación clínica con la CIENj-MC. Actualización en la codificación del dolor y de los procedimientos en columna. Editorial Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid; pp. 9.
2. Herdman, TH., & Kamitsuru, S., (Eds). (2014). NANDA International Nursing Diagnoses. Definitions & Classification 2015□ (20th Ed.). Oxford: Wiley-Blackwell.
3. Serrano, MS., Caballero, J., Cañas, A., García, P.L., Serrano, C., y Prieto, J. (2002). Valoración del dolor (I). Revista de la Sociedad Española del Dolor, 9, 94_⊃.

4. Pardo, C., Muñoz, T., Chamorro, C., y SEMICYUC. (2008). Monitorización del dolor: Recomendaciones del Grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. *Medicina Intensiva*, 32(1), 38-41.
5. Cano, JM., y De Juan, S. (2007). Valoración del dolor como quinta constante. [Carta al director]. *Med Clin (Barc)*, 128 (4), 159. doi: 10.1016/S0025-7757(07)72523-X
6. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2000). Implementing the new pain management standards. Illinois: JCAHO.
7. Brennan, F., y Cousins, MJ. (2005). El alivio del dolor como un derecho humano. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12, 17-20.
8. Viriani, T., McConnell, H., Tait, A., Scott, C., y Gergolas, E. (2008). Valoración y manejo del dolor: guía de buenas prácticas en enfermería. Ontario (Canadá): RNAO.
9. Langley, P.C., Ruiz-Iban, M.A., Molina, J.T., De Andrés, J., & Castellón, J.R. (2011). The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain. *Journal of Medical Economics*, 14(3), 367-371.
10. Servicio Galego de Saúde. (2012). Estrategia SERGAS 2014: La Sanidad Pública al Servicio del Paciente. Santiago de Compostela: SERGAS. Consultado en mayo 2015, en http://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia_Sergas_2014.pdf
11. Consellería de Sanidad. Xunta de Galicia. (2012). Decreto 60/2012, de 26 de enero, por el que se crea la Comisión Gallega de Estrategia contra el Dolor y se establece su composición, organización y funcionamiento. *Diario Oficial de Galicia*, nº26.
12. Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol. (2012) Procedimiento JCI-COP-1: evaluación del dolor agudo. En Unidad del Dolor. Evaluación del Dolor. Ferrol: Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol. [documento interno PT-XIF-CLN-ENF-1/00].
13. De Pazzis, M. (2008) Intensidad del dolor: Quinta constante vital. [carta al director]. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 1, 44LJ.
14. Montes, A., Arbones, E., Planas, J., Muñoz, E., y Casamitjana, M. (2008) Los profesionales sanitarios ante el dolor: estudio transversal sobre la información, la evaluación y el tratamiento. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 15(2), 75-80.
15. Camacho- Barreiro, L. (2013). Valoración Enfermera del Dolor Agudo como Quinta Constante: Correlación entre la Escala Visual Analógica, Verbal Numérica y Verbal Simple. [Tesis fin de Grado]- Ferrol: Facultad de Enfermería de la Universidad de A Coruña.
16. López-Portero, S. (2014). El dolor agudo postquirúrgico en el adulto "la 5ª constante". [Trabajo fin de Grado]. Valladolid: Facultad de Enfermería de la Universidad de Valladolid.
17. Pacios, P. (2014). Dolor en el Servicio de Urgencias: Gestión de Enfermería. [Tesis de Máster]. Oviedo (Asturias): Universidad de Oviedo.
18. López-Tello, V. (2012). Dolor Postoperatorio en el URPA y Plantas de Hospitalización del Centro General del HUCA. [Tesis de Máster]. Oviedo (Asturias): Universidad de Oviedo.
19. Mesas, A. (2015). Guía de Práctica Clínica para el Control del Dolor Postoperatorio y Evaluación de la Analgesia Postoperatoria. [Tesis Doctoral]. Barcelona: Departamento de Cirugía de la Universidad Autónoma de Barcelona.
20. Pérez, A. (2013). Proceso estandarizado de Atención de Enfermería en el Manejo del Dolor del Paciente Postoperatorio del Centro Quirúrgico del Hospital Básico Píllaro. [Tesis de Máster]. Ecuador: Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Regional Autónoma de los Andes.
21. Nektotxea, K. (2015). Evaluación del Dolor en el área de Gestión Clínica de Medicina Interna del Hospital de Cabueñes. [Tesis de máster]. Oviedo (Asturias): Universidad de Oviedo.
22. Incalla, I., y Zegarra, V. (2007). Conocimiento y actitud de las enfermeras respecto al cuidado del paciente utilizando escalas de medición que evalúen el pre y post operatorio, post anestésico y dolor, en el servicio de recuperación del HNCASE Arequipa. Perú: Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo. Consultado en mayo 2015, en http://www.essalud.gob.pe/biblioteca_central/pdfs/cuid_pac_escalas.pdf

23. Peña, D. (2010). El dolor como quinta constante vital: valoración de enfermería. [proyecto fin de máster]. REDUCA, 2(1), 176-182.
24. Díez-Burón, F., Marcos-Vidal, JM., Baticón, PM., Montes, A., Bermejo, C., y Merino, M. (2011). Concordancia entre la escala verbal numérica y la escala visual analógica en el seguimiento del dolor agudo postoperatorio. Revista Española de Anestesiología y Reanimación, 58, 279-284.
25. Bijur, PE., Latimer, CT., & Gallagher, EJ. (2003). Validation of a verbally administered numerical rating scales of acute pain for use in the emergency department. Academic Emergency Medicine, 10, 390-396.
26. Lund, I., Lundeberg, T., Sandberg, L., Budh, C.N., Kowalski, J., & Svensson, E. (2005). Lack of interchangeability between visual analogue and verbal rating pain scales: a cross sectional description of pain etiology groups. BMC Medical Research Methodology, 5, 31.
27. García-López, J., Domingo, F., Montes, A., Dürsteler, C., y Puig M.M. (2011) Comparación de dos métodos para la recogida de datos clínicos utilizando el cuestionario de PAINOUT (base de datos europea para la gestión del dolor postoperatorio). Revista Española de Anestesiología y Reanimación, 58(5), 273-278.
28. Pita-Fernández, S., Pérttega, S., y Rodríguez-Maseda E. (2003). La Fiabilidad de las Mediciones Clínicas. El análisis de concordancia para variables numéricas. Cadernos de Atención Primaria, 10(4), 290-295.

ANEXOS

ANEXO I: Cuestionario

CUESTIONARIO PARA EL PROFESIONAL					
"Valoración Enfermera del Dolor Agudo como Quinta Constante Vital: correlación entre las escalas Visual Analógica, Verbal Numérica y Verbal Simple"					
Investigadora: Lidia Camacho Barreiro, alumna de 4º de Grado de Enfermería.					
I. DATOS PROFESIONALES					
1. Edad:					
21-30	31-40	41-50	51-60	Más de 60	
2. Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>					
3. Tipo de contrato actual: indefinido <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/> Interino <input type="checkbox"/>					
4. Años de experiencia laboral:					
De 0 a 5 años	De 6 a 10 años	De 11 a 15 años	Más de 15 años		
Para llevar a cabo el siguiente cuestionario es imprescindible su colaboración, por ello es necesario que conteste con sinceridad, responsabilidad y precisión. A continuación se muestran cuatro bloques de preguntas, deberá contestar marcando con una "X" la respuesta que mejor refleje su caso.					
II. CONOCIMIENTO ESCALAS DE MEDICIÓN DEL DOLOR					
5. Considera adecuada la introducción de la medición del dolor como quinta constante					
Nada adecuada	Poco adecuada	Bastante adecuada	Muy adecuada	Totalmente adecuada	
1	2	3	4	5	
6. Considera que para la enfermería el control y medición del dolor es:					
Nada importante	Poco importante	Bastante importante	Muy importante	Imprescindible	
1	2	3	4	5	
7. Considera que para el paciente el control y medición del dolor es:					
Nada importante	Poco importante	Bastante importante	Muy importante	Imprescindible	
1	2	3	4	5	
8. Ha utilizado alguna vez la escala EVA: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
9. Considera útil la escala EVA como método de medición del dolor					
Nada útil	Poco útil	Bastante útil	Muy útil	Imprescindible	
1	2	3	4	5	
10. Considera práctica la utilización de la escala EVA:					
Nada práctica	Poco práctica	Suficientemente práctica	Bastante práctica	Muy práctica	
1	2	3	4	5	
11. Conoce la Escala Verbal Simple (EVS): SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
12. Ha utilizado alguna vez dicha escala: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
13. Considera útil la escala EVS como medición de dolor:					
Nada útil	Poco útil	Bastante útil	Muy útil	Imprescindible	
1	2	3	4	5	
14. Considera práctica la utilización de la escala EVS:					
Nada práctica	Poco práctica	Suficientemente práctica	Bastante práctica	Muy práctica	
1	2	3	4	5	

Anexo 1. Cuestionario

ESCALA VERBAL SIMPLE (EVS)	ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)
¿Cuánto dolor tiene?	
Ninguno	EVA = 0
Molestias	EVA = 2
Muy poco, ligero dolor	EVA = 4
Moderado	EVA = 6
Mucho, intenso, fuerte	EVA = 8
Insoportable	EVA = 10

Escala Verbal Simple (EVS). Modelo SERGAS



Escala Visual Analógica (EVN). Modelo SERGAS



Escala Visual Analógica (EVA). Modelo SERGAS

Anexo 2. Escalas