

Recomendaciones de la  
**Sociedad Española del Dolor**  
para el **dolor neuropático**



## RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR PARA EL DOLOR NEUROPÁTICO

---

El dolor neuropático es un síndrome doloroso complejo para el que se dispone de un amplio arsenal de tratamientos farmacológicos (analgésicos, antidepresivos tricíclicos, antidepresivos ISRS y duales –IRSN–, antiepilépticos, anestésicos locales, opiáceos, clonidina, tratamientos tópicos) y no farmacológicos (fisioterapia, neuroestimulación eléctrica transcutánea –TENS–, estimulación medular, bloqueos nerviosos, técnicas neuroquirúrgicas e incluso acupuntura).

Los variables resultados, en general parciales, de las distintas opciones de tratamiento disponibles motivan consecuentemente una importante variabilidad de práctica clínica en el abordaje de este trastorno.

La **Sociedad Española del Dolor** desea promover y facilitar la investigación en los resultados de salud logrados en el tratamiento del dolor neuropático en condiciones de práctica clínica rutinaria, con el fin de optimizar su abordaje terapéutico y de generar evidencias que racionalicen la toma de decisión terapéutica de los profesionales.

Para este fin se propone que las Unidades del Dolor unifiquen criterios respecto a los instrumentos de evaluación recomendables para el seguimiento clínico de los pacientes en tratamiento por dolor neuropático. Se pretende así aprovechar el trabajo clínico diario para generar una base documental de registros de resultados terapéuticos en dolor neuropático que resulten comparables y que permitan, en un futuro próximo, la realización de estudios clínicos retrospectivos basados en una información homogéneamente recogida en las historias clínicas de estos pacientes.

Siguiendo una reciente revisión de la literatura, se han seleccionado y se proponen las siguientes escalas:

- Cuestionario DN4 para la Detección del Dolor Neuropático
- Escala Visual Analógica de Dolor: EVA Dolor Neuropático
- Índice de discapacidad de Oswestry
- HAD: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión
- Cuestionario SF-12 sobre el Estado de Salud
- Cuestionario del Sueño *Medical Outcomes Study*: MOS
- Escala de impresión de mejoría global del paciente: PGI-I
- Escala de impresión de mejoría global del clínico: CGI-I

En la página siguiente aparece una hoja resumen para monitorizar longitudinalmente la respuesta de sus pacientes con dolor neuropático mediante los posibles cambios de puntuación de las escalas sugeridas. Se indica, asimismo, el ritmo apropiado de empleo de cada instrumento durante el seguimiento del paciente.



## Recomendaciones para el seguimiento de los pacientes con dolor neuropático: periodicidad de la evolución

Iniciales del Paciente: ..... N.º del Paciente: .....

FECHAS	Día 0 (inicio del tratamiento)	Día 15	Día 90 (3 meses)	Día 180 (6 meses)
Indicar fecha (dd/mm/aa)	□□/□□/□□	□□/□□/□□	□□/□□/□□	□□/□□/□□
<b>INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN CLÍNICA</b>	<b>Puntuación</b>	<b>Puntuación</b>	<b>Puntuación</b>	<b>Puntuación</b>
<b>DN4:</b> Escala de dolor neuropático	□ / 10			
<b>EVA:</b> Escala Visual Analógica de dolor	□ / 10	□ / 10	□ / 10	□ / 10
<b>Oswestry:</b> Índice de discapacidad	□ %		□ %	□ %
<b>HAD:</b> Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión	A: □ (0-21) D: □ (0-21)		A: □ (0-21) D: □ (0-21)	A: □ (0-21) D: □ (0-21)
<b>SF-12:</b> Calidad de vida	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
<b>MOS:</b> Escala del sueño	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
<b>PGH-I:</b> Escala de impresión de mejoría global del paciente			□ (1-7)	□ (1-7)
<b>CGI-I:</b> Escala de impresión de mejoría global del clínico			□ (1-5)	□ (1-5)

**NOTA:** las casillas en blanco indican que el instrumento referenciado no se cumplimenta en la visita correspondiente



## Cuestionario DN4

para la detección del Dolor Neuropático

### CUESTIONARIO

Por favor, en las 4 preguntas de abajo, complete el cuestionario marcando una respuesta para cada número:

### ENTREVISTA CON EL PACIENTE

**Pregunta 1: ¿Tiene el dolor una o más de las siguientes características?**

	Sí	No
1. Quemazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensación de frío doloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Descargas eléctricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Pregunta 2: ¿Se asocia el dolor con uno o más de los siguientes síntomas en la misma zona?**

	Sí	No
4. Hormigueo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sensación de alfileres y agujas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Entumecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Picazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### EXAMEN DEL PACIENTE

**Pregunta 3: ¿Está el dolor localizado en una zona donde el examen físico puede mostrar una o más de las siguientes características?**

	Sí	No
8. Hipoestesia al tacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hipoestesia a los pinchazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Pregunta 4: En la zona dolorosa, el dolor puede ser causado o incrementado por:**

	Sí	No
10. Cepillado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suma de todos los puntos positivos. Puntuación del paciente:

/10
-----

**INTERPRETACIÓN:** Se confirma el diagnóstico y se considera caso de estudio si la puntuación es mayor o igual a 3/10

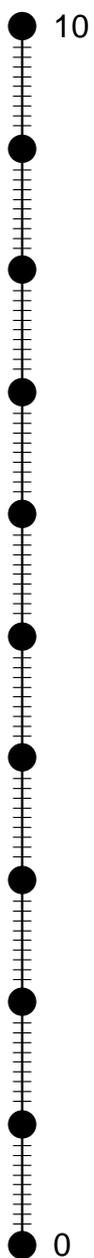


## Escala Visual Analógica de Dolor

EVA Dolor Neuropático

---

Peor dolor imaginable



Ningún dolor

Transcribir el valor de la marca con un decimal



## Índice de Discapacidad de Oswestry

---

En las siguientes actividades, marque con una cruz la frase que en cada pregunta se parezca más a su situación:

### 1. Intensidad del dolor

- (0) Puedo soportar el dolor sin necesidad de tomar calmantes.
- (1) El dolor es fuerte pero me arreglo sin tomar calmantes.
- (2) Los calmantes me alivian completamente el dolor.
- (3) Los calmantes me alivian un poco el dolor.
- (4) Los calmantes apenas me alivian el dolor.
- (5) Los calmantes no me alivian el dolor y no los tomo.

### 2. Estar de pie

- (0) Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera sin que me aumente el dolor.
- (1) Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera pero me aumenta el dolor.
- (2) El dolor me impide estar de pie más de una hora.
- (3) El dolor me impide estar de pie más de media hora.
- (4) El dolor me impide estar de pie más de 10 minutos.
- (5) El dolor me impide estar de pie.

### 3. Cuidados personales

- (0) Me las puedo arreglar solo sin que me aumente el dolor.
- (1) Me las puedo arreglar solo pero esto me aumenta el dolor.
- (2) Lavarme, vestirme, etc. me produce dolor y tengo que hacerlo despacio y con cuidado.
- (3) Necesito alguna ayuda pero consigo hacer la mayoría de las cosas yo solo.
- (4) Necesito ayuda para hacer la mayoría de las cosas.
- (5) No puedo vestirme, me cuesta lavarme y suelo quedarme en la cama.

### 4. Dormir

- (0) El dolor no me impide dormir bien.
- (1) Sólo puedo dormir si tomo pastillas.
- (2) Incluso tomando pastillas duermo menos de 6 horas.
- (3) Incluso tomando pastillas duermo menos de 4 horas.
- (4) Incluso tomando pastillas duermo menos de 2 horas.
- (5) El dolor me impide totalmente dormir.

### 5. Levantar peso

- (0) Puedo levantar objetos pesados sin que me aumente el dolor.
- (1) Puedo levantar objetos pesados pero me aumenta el dolor.
- (2) El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo hacerlo si están en un sitio cómodo (ej. en una mesa).
- (3) El dolor me impide levantar objetos pesados, pero sí puedo levantar objetos ligeros o medianos si están en un sitio cómodo.
- (4) Sólo puedo levantar objetos muy ligeros.
- (5) No puedo levantar ni elevar ningún objeto.

## 6. Actividad sexual

- (0) Mi actividad sexual es normal y no me aumenta el dolor.
- (1) Mi actividad sexual es normal pero me aumenta el dolor.
- (2) Mi actividad sexual es casi normal pero me aumenta mucho el dolor.
- (3) Mi actividad sexual se ha visto muy limitada a causa del dolor.
- (4) Mi actividad sexual es casi nula a causa del dolor.
- (5) El dolor me impide todo tipo de actividad sexual.

## 7. Andar

- (0) El dolor no me impide andar.
- (1) El dolor me impide andar más de un kilómetro.
- (2) El dolor me impide andar más de 500 metros.
- (3) El dolor me impide andar más de 250 metros.
- (4) Sólo puedo andar con bastón o muletas.
- (5) Permanezco en la cama casi todo el tiempo y tengo que ir a rastras al baño.

## 8. Vida social

- (0) Mi vida social es normal y no me aumenta el dolor.
- (1) Mi vida social es normal pero me aumenta el dolor.
- (2) El dolor no tiene un efecto importante en mi vida social, pero sí impide mis actividades más enérgicas como bailar, etc.
- (3) El dolor ha limitado mi vida social y no salgo tan a menudo.
- (4) El dolor ha limitado mi vida social al hogar.
- (5) No tengo vida social a causa del dolor.

## 9. Estar sentado

- (0) Puedo estar sentado en cualquier tipo de silla todo el tiempo que quiera.
- (1) Puedo estar sentado en mi silla favorita todo el tiempo que quiera.
- (2) El dolor me impide estar sentado más de una hora.
- (3) El dolor me impide estar sentado más de media hora.
- (4) El dolor me impide estar sentado más de 10 minutos.
- (5) El dolor me impide estar sentado.

## 10. Viajar

- (0) Puedo viajar a cualquier sitio sin que me aumente el dolor.
- (1) Puedo viajar a cualquier sitio pero me aumenta el dolor.
- (2) El dolor es fuerte pero aguanto viajes de más de 2 horas.
- (3) El dolor me limita a viajes de menos de una hora.
- (4) El dolor me limita a viajes cortos y necesarios de menos de media hora.
- (5) El dolor me impide viajar excepto para ir al médico o al hospital.

RESULTADO:  X 2 =  %

### INTERPRETACIÓN:

0: 0 puntos; 1: 1 punto; 2: 2 puntos; 3: 3 puntos; 4: 4 puntos; 5: 5 puntos

Sumar el resultado de cada respuesta y multiplicar el resultado x 2. Se obtiene el resultado en % de incapacidad.

## HAD: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

---

Esta prueba está dirigida a determinar cómo te has sentido en la última semana a pesar de que las preguntas están formuladas en presente. Debes elegir entre una de cuatro posibilidades con respecto a la pregunta realizada, rodeando con un círculo la respuesta elegida.

1. Me siento tenso o nervioso (A)

- (0) Nunca
- (1) A veces
- (2) Muchas veces
- (3) Todos los días

A

2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba (D)

- (0) Como siempre
- (1) No lo bastante
- (2) Sólo un poco
- (3) Nada

D

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder (A)

- (0) Nada
- (1) Un poco, pero me preocupa
- (2) Sí, pero no es muy fuerte
- (3) Definitivamente, y es muy fuerte

A

4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas (D)

- (0) Al igual que siempre lo hice
- (1) No tanto ahora
- (2) Casi nunca
- (3) Nunca

D

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones (A)

- (0) Sólo en ocasiones
- (1) A veces, aunque no muy a menudo
- (2) Con bastante frecuencia
- (3) La mayoría de las veces

A

6. Me siento alegre (D)

- (0) Casi siempre
- (1) A veces
- (2) No muy a menudo
- (3) Nunca

D

7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado (A)

- (0) Siempre
- (1) Por lo general
- (2) No muy a menudo
- (3) Nunca

A



## Cuestionario SF-12 sobre el Estado de Salud

**INSTRUCCIONES:** Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:
- |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Excelente                  | Muy buena                  | Buena                      | Regular                    | Mala                       |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

**Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?**

- |  |                     |                       |                       |
|--|---------------------|-----------------------|-----------------------|
|  | Sí, me limita mucho | Sí, me limita un poco | No, no me limita nada |
|--|---------------------|-----------------------|-----------------------|
2. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora
- |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
3. Subir varios pisos por la escalera
- |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|

**Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo, o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?**

- |  |    |    |
|--|----|----|
|  | Sí | No |
|--|----|----|
4. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?
- |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
|----------------------------|----------------------------|
5. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?
- |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
|----------------------------|----------------------------|

**Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?**

- |  |    |    |
|--|----|----|
|  | Sí | No |
|--|----|----|
6. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?
- |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
|----------------------------|----------------------------|
7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente que de costumbre por algún problema emocional?
- |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
|----------------------------|----------------------------|

- |  |      |         |         |          |       |
|--|------|---------|---------|----------|-------|
|  | Nada | Un poco | Regular | Bastante | Mucho |
|--|------|---------|---------|----------|-------|
8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
- |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|

**Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo...**

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
9. ... se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
10. ... tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
11. ... se sintió desanimado y triste?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
12. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

**NOTA:** Transcribir en hoja de seguimiento las 12 puntuaciones correspondientes a las respuestas a cada ítem.

## Cuestionario del Sueño MOS

*(Sleep Scale from the Medical Outcomes Study)*

**1. En las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo ha tardado habitualmente en dormirse?**

(marque una opción):

- 1..... 0-15 minutos
- 2..... 16-30 minutos
- 3..... 31-45 minutos
- 4..... 46-60 minutos
- 5..... Más de 60 minutos

**2. En promedio, ¿cuántas horas ha dormido cada noche durante las últimas 4 semanas?**

Escriba el número de horas por noche

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia, ...?		Siempre	La mayoría de los días	Bastantes días	Algunos días	Pocos días	Nunca
<b>3</b>	... ha sentido que su sueño no era tranquilo (sin parar de moverse, tenso, hablando, etc. mientras dormía)?	1	2	3	4	5	6
<b>4</b>	... ha dormido lo suficiente como para sentirse descansado al despertar por la mañana?	1	2	3	4	5	6
<b>5</b>	... se ha despertado con sensación de ahogo o con dolor de cabeza?	1	2	3	4	5	6
<b>6</b>	... se ha sentido somnoliento o adormilado durante el día?	1	2	3	4	5	6
<b>7</b>	... le ha costado conciliar el sueño?	1	2	3	4	5	6
<b>8</b>	... se ha despertado durante el sueño y le ha costado volverse a dormir?	1	2	3	4	5	6
<b>9</b>	... ha tenido dificultades para mantenerse despierto durante el día?	1	2	3	4	5	6
<b>10</b>	... ha roncado durante el sueño?	1	2	3	4	5	6
<b>11</b>	... ha echado siestas (de 5 minutos o más) durante el día?	1	2	3	4	5	6
<b>12</b>	... ha dormido el tiempo necesario para Vd.?	1	2	3	4	5	6

**NOTA:** Transcribir en hoja de seguimiento las respuestas correspondientes a las respuestas a cada ítem.



## **PGI-I: Patient Global Impression of Improvement Scale**

(Escala de impresión de mejoría global del paciente)

---

El PGI-I consiste en una sola pregunta que solicita al paciente que clasifique el alivio obtenido con el tratamiento que sigue según una escala de Likert de siete puntos:

- 1. Muchísimo mejor
- 2. Mucho mejor
- 3. Un poco mejor
- 4. Ningún cambio
- 5. Un poco peor
- 6. Mucho peor
- 7. Muchísimo peor

Se consideran tratamientos “con éxito” si responden “Muchísimo mejor” o “Mucho mejor”. Todas las otras opciones de respuesta se definen como fallo de tratamiento.

## **CGI-I: Clinical Global Impression of Improvement Scale**

(Escala de impresión de mejoría global del clínico)

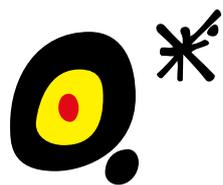
---

El CGI-I se trata de una sola cuestión que clasifica el alivio obtenido a juicio del médico responsable, según una escala de Likert de cinco puntos:

- 1. Mucho mejor
- 2. Mejor
- 3. Ningún cambio
- 4. Peor
- 5. Mucho peor







*sociedad española del dolor*

[www.sedolor.es](http://www.sedolor.es)