

GENERALIDADES DEL DOLOR.

Rosalía Rodríguez de la Torre. Hospital de Alta Resolución de Especialidades de Benalmádena. Málaga.

INTRODUCCIÓN Y DEFINICIÓN

El tema del dolor se convierte para nosotros, en un tema tan frecuente de nuestra práctica diaria, que en muchas ocasiones pasamos por alto la importancia de poseer un conocimiento integral acerca de este tema, lo que nos ayudará a comprender las manifestaciones y alteraciones que produce en el paciente.

Estas manifestaciones y alteraciones dependerán del tipo de dolor y del paciente pero, siempre teniendo en cuenta, que el dolor es una experiencia subjetiva, sólo el paciente sabe si le duele y cuanto. Derivada de esta subjetividad del dolor nos encontramos la dificultad para definirlo, sabemos perfectamente a qué nos referimos cuando hablamos de qué es el dolor y sin embargo no significa lo mismo para ninguno de nosotros, en consecuencia, a lo largo del tiempo se han propuesto gran número de definiciones.

En la antigüedad clásica, el concepto de dolor expresaba sobre todo una alteración en el equilibrio entre los diferentes humores que constituían el organismo, si bien quedaba mejor caracterizado como un substrato de alerta o de defensa que como elemento negativo per se.

Más adelante, Melzack y Cassey, definen el dolor como una experiencia perceptiva tridimensional con una vertiente sensorial (discriminativa), una vertiente afectiva (motivacional) y una vertiente cognitiva (evaluativa).

La definición más aceptada actualmente, es la de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (**IASP**): «es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño».

Por tanto, hoy en día, entendemos el dolor como una experiencia de gran complejidad, subjetiva, individual, intransferible e integrada por tres componentes: el componente cognitivo, se relaciona con nuestro aprendizaje cultural respecto al dolor, y con las conductas que tomamos como reacción a éste, reúne factores tales como el entorno social y cultural, aprendizajes previos, etc. El sensitivo, que hace referencia al impulso desencadenado desde los receptores periféricos de dolor. Por último, el tercer componente es el emotivo-afectivo, que hace referencia a nuestras emociones frente a un impulso doloroso y la manera como éstas puede influir en la interpretación del mismo. La percepción final del dolor es consecuencia de la integración de estos tres componentes, y depende de la contribución relativa de uno u otro, de la persona y de la clase de dolor.

CONSECUENCIAS SOCIOECONÓMICAS

La importancia del dolor, desde el punto de vista social, viene determinada fundamentalmente por ser una entidad de alta prevalencia, con importantes repercusiones laborales, económicas y administrativas. El tratamiento del dolor, tanto agudo como crónico, supone hoy en día una partida importante del gasto global de un país, no sólo por el consumo de recursos para su control, sino como consecuencia de su infratratamiento, y la significativa repercusión en forma de bajas laborales, jubilaciones, pensiones anticipadas e invalideces.

En España, el estudio realizado por la Sociedad Española del Dolor en la población española (5.000 entrevistas telefónicas en población de entre 18 y 95 años) evidencia una prevalencia del 30% de dolor, el día anterior a la entrevista, (37,6% en mujeres y 20,9% en hombres) y del 43,2%, en la semana anterior. Existe una mayor prevalencia de dolor en las mujeres y en pacientes con edad avanzada. Las localizaciones más frecuentes de dolor agudo fueron las extremidades inferiores (22,7%) y la espalda (nivel cervical y lumbar, 21,5%), seguido por el dolor de cabeza (20,5%). La prevalencia del dolor crónico fue del 54% lo que representó un 23,4% de la población general española y las causas más comunes del dolor crónico fueron la artritis, el reumatismo y la migraña. Recalcar que las enfermedades reumáticas afectan a un 23% de la población (7 millones de españoles) y causan el 50% de las incapacidades laborales de nuestro país.

Más adelante, entre noviembre de 2002 y enero de 2003, se realizó la encuesta *Pain in Europe*, la mayor encuesta llevada a cabo en Europa (46.000 sujetos de 16 países europeos). El objetivo principal de la misma fue estimar la prevalencia del dolor crónico en Europa, siendo los objetivos secundarios, entre otros, comprender y cuantificar las fuentes y causas que originan el dolor crónico y valorar el impacto en la calidad de vida. Un dato de interés es que España es el país con menor dolor crónico de entre todos los países participantes, un 11%, siendo la media de la encuesta del 19%. El tiempo de evolución fue muy elevado, 9,1 años, en comparación con la media europea de 7 años. Asimismo se encuentra entre los países con porcentajes más elevados de dolor causado por artritis reumatoide/osteoartritis (47%). En relación con los tratamientos recibidos, la clase de medicamentos más ampliamente utilizada a nivel europeo son los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) en un 44%, siendo en España de un 49%,

además Italia y España son los países con menor porcentaje de uso de opioides fuertes (0% y 1%), respectivamente

Por último, destacar el estudio sobre la incidencia de dolor en la Comunidad Autónoma de Andalucía, realizado por la Asociación Andaluza de Tratamiento del Dolor y Asistencia Continuada en el año 2010 con 1.200 entrevistas telefónicas. En este estudio se evidencia que un tercio de los andaluces sufre algún tipo de dolor en la actualidad (30%) o lo ha sufrido durante el último mes (3,8%). También, estima, que el 15,5% de la población sufre dolor de tipo crónico y las localizaciones más frecuentes son la espalda, las piernas y las rodillas. Las causas más aludidas son la artritis-artrosis u osteoporosis, los problemas de columna vertebral y los dolores en articulaciones o cartílagos. La mayoría de los cuadros dolorosos (64,4%) están muy localizados, mientras que en uno de cada tres pacientes irradian a otras localizaciones. Igualmente, el 65,6% de los afectados sufre dolores continuos, mientras que el resto de los pacientes los califica como intermitentes aunque de larga duración. Para concluir el 68,9% de los pacientes tratados dicen estar satisfechos con los profesionales médicos o sanitarios que les tratan, en cambio los insatisfechos representan el 11,5% de los afectados.

TIPOS DE DOLOR

Existen múltiples clasificaciones del dolor pero tal vez la más utilizada es aquella basada en su evolución y en la naturaleza de su origen.

A. De acuerdo con la evolución:

- DOLOR AGUDO

Es producido por un daño tisular importante y su duración depende del lapso estimado como suficiente para que los tejidos sanen. El Subcomité de Taxonomía de las Algas de la IASP determinó un tiempo de tres meses como duración límite para definir dolor agudo.

Si bien los factores psicológicos tienen una importante influencia en la manera en que se experimenta el dolor agudo, con raras excepciones éste obedece a causas psicopatológicas o ambientales.

El dolor agudo asociado a una enfermedad previene al individuo ante la presencia de una disfunción; es una señal de alarma, y al limitar la actividad, previene un daño mayor y permite una pronta cicatrización.

La intervención médica en este tipo de dolor puede ser útil en dos aspectos: para prevenir y reducir el dolor y para acelerar el proceso de cicatrización, por acortamiento de la duración de la injuria.

Igualmente, el dolor agudo puede ser el inicio de una cascada de acontecimientos en el sistema nociceptivo que desencadenan la persistencia del mismo; por lo anterior, su manejo temprano puede alterar la subsecuente evolución al dolor crónico. Este es el tipo de dolor observado después de un trauma, intervenciones quirúrgicas y en algunas enfermedades.

- DOLOR CRÓNICO

El dolor crónico puede ser debido a la persistencia en la estimulación de los nociceptores en áreas donde ha ocurrido un daño tisular. No obstante, con frecuencia se observa la persistencia del dolor aún después de que se ha reparado el daño del tejido

que lo desencadenó y en algunas personas con dolor crónico no se encuentra antecedente de injuria. Así, la persistencia del estímulo, de la enfermedad o de ciertas condiciones fisiopatológicas, puede conducir al establecimiento de un dolor crónico

El dolor crónico difiere del dolor agudo en términos de la persistencia del dolor (más de 3- 6 meses) y de los cambios adaptativos tales como la neuroplasticidad descrita en varios niveles del sistema nervioso. Estos cambios pueden durar horas, días o inclusive meses y años, aún en ausencia de estímulo desencadenante.

Desde el punto de vista terapéutico es vital reconocer si el dolor al que nos enfrentamos es crónico o agudo porque el enfoque es completamente diferente. El abordaje del dolor crónico requiere un manejo interdisciplinario, ya que los problemas dolorosos llegan a ser tan complejos que es muy difícil lograr una solución adecuada para el paciente, si sólo se enfoca su problema desde un punto de vista orgánico o psicosocial.

Un inciso sobre el dolor oncológico que aparece hasta en un 30% de estos pacientes en el momento del diagnóstico de la enfermedad y hasta un 65-85% de los pacientes lo sufrirán durante la evolución de la enfermedad. Pero es que además entre un 50-80% de los pacientes oncológicos no obtienen un alivio óptimo del dolor porque en muchas ocasiones lo infravaloramos.

B. De acuerdo con el origen

Distinguir tres tipos de dolor según su origen: NOCICEPTIVO (que se divide en Somático y visceral), NEUROPÁTICO Y PSICOGÉNICO.

- DOLOR SOMÁTICO

El dolor nociceptivo es la respuesta normal del organismo a una injuria y tiene por objetivo prevenir mayor daño (por ejemplo retirar la mano de un objeto caliente después del primer contacto).

De forma estricta debería incluir el dolor originado en cualquier parte del cuerpo que no pertenezca al SNC o periférico; sin embargo se habla con mucha frecuencia de dolor somático propiamente dicho, cuando los receptores están en la piel, músculos o articulaciones.

El dolor somático está habitualmente bien localizado y en paciente no tiene grandes dificultades en describirlo. Suele presentar buena respuesta a AINES y opióides y desaparece cuando cesa la noxa.

Es el dolor que aparece en: artritis reumatoide, osteoartritis, alteraciones mecánicas de la columna lumbar o cervical, polimialgia reumática, úlceras cutáneas y mucosas, dolor isquémico, etc.

- DOLOR VISCERAL

El dolor visceral es producto de estimulación de receptores de dolor que inervan estructuras viscerales. Clásicamente es referido por el paciente como un dolor inespecífico de localización difusa, de carácter “sordo” y de características mal definidas, siendo un ejemplo clásico un dolor de tipo cólico nefrítico, pancreatitis.

- DOLOR NEUROPÁTICO.

Es el resultado de lesiones o alteraciones crónicas en vías nerviosas periféricas o centrales.

Se clasifica según su localización:

1. Dolor de origen CENTRAL: por ejemplo en un AVC, en la EM. Suele ser más resistente que el segundo tipo de dolor.
2. Dolor de origen PERIFÉRICO: por ejemplo Neuropatía Diabética, neuropatía inducida por agentes químicos. Tiene un mejor pronóstico y respuesta al tratamiento que el dolor de origen central.

Representa un desafío, tanto diagnóstico como terapéutico. La dificultad diagnóstica se origina en la presentación del cuadro clínico ya que por ejemplo el diagnóstico de un SDRC (DSR) grado IV resulta más fácil que el diagnóstico de un SDRC grado I que puede pasar inadvertido.

Puede desarrollarse y persistir en ausencia de un estímulo nociceptivo evidente. Los síntomas pueden ser focales o más generalizados. Característicamente, el síntoma se presenta como una sensación basal dolorosa o quemante (disestesia), con hiperalgesia y alodinia.

- DOLOR PSICOGÉNICO

Ocurre cuando el paciente describe problemas psicológicos como ansiedad o depresión en términos utilizados para describir daño tisular, verbalmente o a través de su comportamiento. Si bien el daño estuvo o está presente, el problema central es la amplificación y distorsión de esos impulsos periféricos por el estado psicológico

VALORACIÓN DEL DOLOR

HISTORIA CLÍNICA

La dificultad para encontrar métodos o fórmulas que permitan determinar la magnitud del dolor experimentado por el paciente, es consecuencia de la propia definición del dolor, ya que el dolor es sobre todo un estado emocional, por tanto es subjetivo, sólo el paciente sabe si le duele y cuanto.

Debemos tener en cuenta que el dolor agudo es más fácil de medir por tratarse de un acontecimiento limitado en el tiempo, breve, más fácilmente reproducible. Por el contrario, el dolor crónico, debido a los numerosos factores que inciden sobre él constituye un fenómeno más complejo para medir.

La primera fase de toda evaluación del dolor está determinada por la comprobación de la cualidad, intensidad y localización del mismo, por lo que se debe disponer de una buena anamnesis tanto general como antiálgica.

La historia clínica se dividirá en:

1. Historia general y antecedentes clínicos generales.
2. Historia ÁLGICA:
 - Localización.
 - Distribución.
 - Tipo: intensidad, aumenta o disminuye con la actividad, etc.
 - Factores que influyen sobre el dolor: características del trabajo que realiza, compensaciones que recibe, influencia sobre el reposo, sueño.
 - Diagnóstico según la nomenclatura de la IASP.
 - Plan terapéutico.
 - Test de evaluación del dolor.

MÉTODOS DE EVALUACIÓN DEL DOLOR

Los procedimientos para evaluar el dolor pueden ser clasificados en tres categorías:

- MÉTODOS VERBALES: unidimensionales y multidimensionales.
- EVALUACIONES CONDUCTUALES.
- MEDIDAS FISIOLÓGICAS.

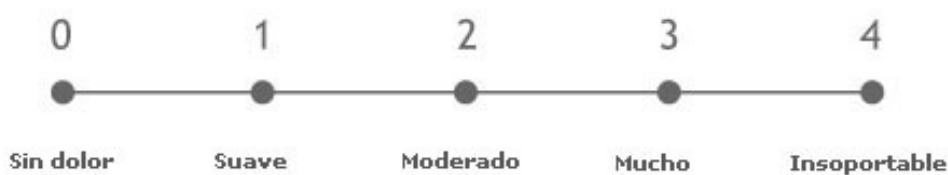
A. MÉTODOS VERBALES

Como sabemos la entrevista clínica es insustituible en la valoración del dolor pero ha de ser complementada con otra serie de medidas adecuadas a las características de cada paciente. Las manifestaciones verbales o escritas valoran las impresiones subjetivas de los pacientes y tienen en común su elevada objetividad en el proceso de cuantificación.

1. *Modelos unidimensionales*
 - **ESCALA VERBAL:** introducida por Keele en 1948, ha sufrido desde entonces diversas modificaciones. Representa el más básico abordaje para medir el dolor y sólo requiere que el paciente tenga un lenguaje adecuado para la descripción. El paciente no suele

encontrar gran dificultad en utilizar esta escala para indicar el nivel de su dolor, pero plantea el problema de que una misma palabra puede tener diferente significado para distintos pacientes. Las palabras utilizadas son descripciones relativas y no tienen aceptación universal, son conceptos que varían de una persona a otra. Se utiliza con frecuencia pero tiene como limitaciones que es inespecífica, no muy sensible y no siempre reproducible.

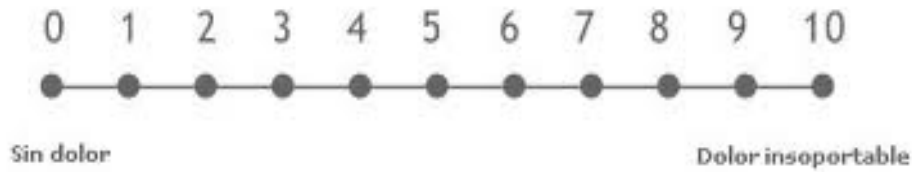
Escala verbal



Fuente: Monografies Mèdiques de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i les Balears 12; p82
www.academia.cat/pages/academ/vidaacad/publica/mo_me/mo_me12/catala/mome12.pdf

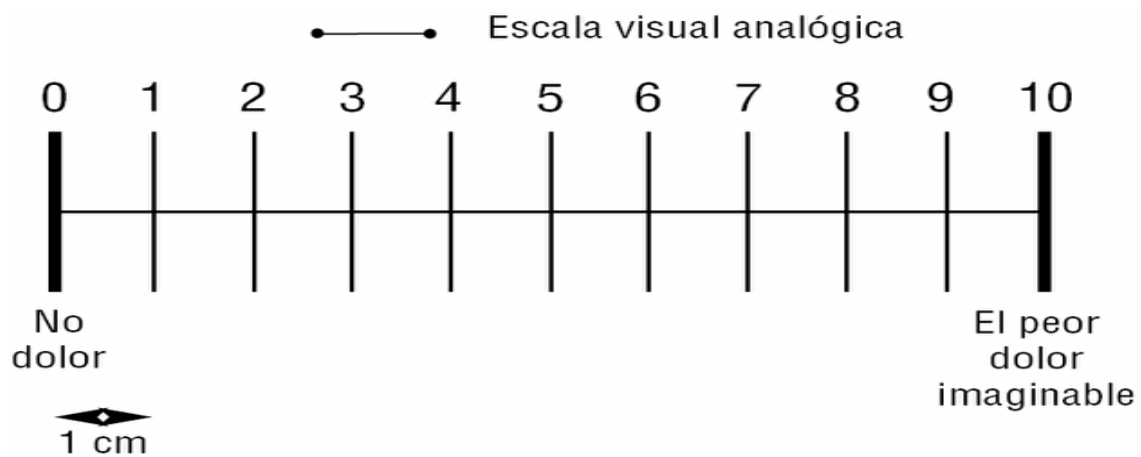
- **ESCALA NUMÉRICA**: introducida por Downie en 1978, es el método más simple y utilizado con mayor frecuencia para establecer los grados subjetivos del dolor. Se pide a los pacientes que indiquen la intensidad del dolor en números de una escala de 0 a 100, en la cual 0 representa ausencia absoluta del dolor y 100 el peor dolor imaginable. Aunque al paciente se le pide que utilice valores numéricos para indicar el nivel del dolor, la utilización de palabras claves son necesarias si esperamos que el paciente conceptualice su dolor en términos numéricos, así como son necesarias instrucciones previas para que el paciente utilice adecuadamente la escala. Con este tipo de escala del dolor se considera un concepto unidimensional y se mide sólo según su intensidad. Es útil como instrumento de medida para valorar la respuesta a un tratamiento seleccionado.

Escala numérica



- **ESCALA ANALÓGICA VISUAL (EVA, VAS):** ideada por Scott Huskinson en 1976, es el método de medición empleado con más frecuencia en muchos hospitales. Consiste en una línea de 10 cm. de longitud, anclada en un extremo con el título “no dolor”, y en el otro extremo con el “peor dolor imaginable”. La puntuación de la intensidad del dolor se lleva a cabo marcando en un punto de la línea o deslizando un cursor, cuya distancia se traduce en centímetros. Su mayor ventaja es que no contiene números o palabras descriptivas. Al paciente no se le pide que describa su dolor con palabras específicas, sino que es libre de indicarnos sobre una línea continua la intensidad de su sensación dolorosa en relación con los dos extremos de la misma. La EVA es un método simple, sólido, sensible, fiable y reproducible, resultando útil para reevaluar el dolor en el mismo paciente en diferentes ocasiones. Su validez y fiabilidad para la medición del dolor experimental ha sido demostrada en numerosos estudios.

Aunque la EVA es relativamente sencilla, se ha constatado, que del 7 al 11% de los pacientes son incapaces de completarla o la encuentran confusa.

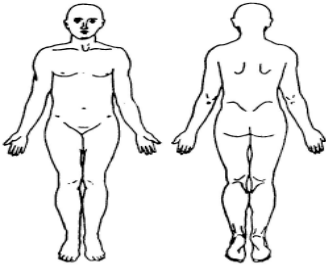


2. Modelos Multidimensionales

Estas escalas pretenden superar las limitaciones de aquellas que únicamente evalúan un aspecto como ocurre con las escalas unidimensionales ya que si la experiencia dolorosa está conformada por distintos componentes sería necesario evaluarlos conjuntamente.

- Mc GILL PAIN QUESTIONNAIRE (MPQ).** Es con toda probabilidad, el instrumento de estas características que goza de mayor difusión. Divide el dolor en tres aspectos: sensorial, afectivo y evaluativo. El test consta de 20 grupos de palabras que definen el dolor. Se pide al paciente que seleccione dentro de cada grupo aquellos vocablos que mejor definen su dolor. Existe una adaptación española denominada McGill Pain Questionnaire Spanis Version (MPQ-SV). El cuestionario de dolor español (C3DE) no es simplemente una traducción del MPQ sino que se elaboró completamente de nuevo siguiendo la misma teoría y la misma metodología que el MPQ. El cuestionario completo comprende: (1) 62 descriptores distribuidos en 15 clases y, a su vez, en tres clases o dimensiones (sensorial, afectiva y evaluativa), (2) una escala visual analógica y (3) una representación de la figura humana en la que debe señalarse exactamente el

lugar en que se localiza el dolor. Desde su publicación en 1975, el MPQ se ha convertido en el instrumento más utilizado y sensible en la valoración multidimensional del dolor. Melzac presentó el cuestionario como un primer intento de desarrollar un instrumento de medida del dolor basado en su teoría del dolor, él mismo sugirió que era una versión preliminar que otros investigadores podían perfeccionar, sin embargo, el método sigue utilizándose en su forma original.

McGill Pain Questionnaire																																																																																																
Patient's Name _____		Date _____ Time _____ am/pm																																																																																														
PRI: S _____	A _____	E _____	M _____																																																																																													
(1-10)	(11-15)	(16)	(17-20)																																																																																													
PRI(T) _____		PPI _____																																																																																														
(1-20)																																																																																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">1 FLICKERING</td><td style="padding: 2px;">11 TIRING</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">QUIVERING</td><td style="padding: 2px;">EXHAUSTING</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">PULSING</td><td style="padding: 2px;">12 SICKENING</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">THROBBING</td><td style="padding: 2px;">SUFFOCATING</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">BEATING</td><td style="padding: 2px;">13 FEARFUL</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">POUNING</td><td style="padding: 2px;">FRIGHTFUL</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">2 JUMPING</td><td style="padding: 2px;">TERRIFYING</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">FLASHING</td><td style="padding: 2px;">14 PUNISHING</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">SHOOTING</td><td style="padding: 2px;">GRUELLING</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">3 PRICKING</td><td style="padding: 2px;">CRUEL</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">BORING</td><td style="padding: 2px;">VICIOUS</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">DRILLING</td><td style="padding: 2px;">KILLING</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">STABBING</td><td style="padding: 2px;">15 WRETCHED</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">LANCINATING</td><td style="padding: 2px;">BLINDING</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">4 SHARP</td><td style="padding: 2px;">16 ANNOYING</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">CUTTING</td><td style="padding: 2px;">TROUBLESOME</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">LACERATING</td><td style="padding: 2px;">MISERABLE</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">5 PINCHING</td><td style="padding: 2px;">INTENSE</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">PRESSING</td><td style="padding: 2px;">UNBEARABLE</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">GNAWING</td><td style="padding: 2px;">17 SPREADING</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">CRAMPING</td><td style="padding: 2px;">RADIATING</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">CRUSHING</td><td style="padding: 2px;">PENETRATING</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">6 TUGGING</td><td style="padding: 2px;">PIERCING</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">PULLING</td><td style="padding: 2px;">18 TIGHT</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">WRENCHING</td><td style="padding: 2px;">NUMB</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">7 HOT</td><td style="padding: 2px;">DRAWING</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">BURNING</td><td style="padding: 2px;">SQUEEZING</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">SCALDING</td><td style="padding: 2px;">TEARING</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">SEARING</td><td style="padding: 2px;">19 COOL</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">8 TINGLING</td><td style="padding: 2px;">COLD</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">ITCHY</td><td style="padding: 2px;">FREEZING</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">SMARTING</td><td style="padding: 2px;">20 NAGGING</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">STINGING</td><td style="padding: 2px;">NAUSEATING</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">9 DULL</td><td style="padding: 2px;">AGONIZING</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">SORE</td><td style="padding: 2px;">DREADFUL</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">HURTING</td><td style="padding: 2px;">TORTURING</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">ACHING</td><td style="padding: 2px;">PPI</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">HEAVY</td><td style="padding: 2px;">0 NO PAIN</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">10 TENDER</td><td style="padding: 2px;">1 MILD</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">TAUT</td><td style="padding: 2px;">2 DISCOMFORTING</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">RASPING</td><td style="padding: 2px;">3 DISTRESSING</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">SPLITTING</td><td style="padding: 2px;">4 HORRIBLE</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;"></td><td style="padding: 2px;">5 EXCRUCIATING</td></tr> </table>	1 FLICKERING	11 TIRING	QUIVERING	EXHAUSTING	PULSING	12 SICKENING	THROBBING	SUFFOCATING	BEATING	13 FEARFUL	POUNING	FRIGHTFUL	2 JUMPING	TERRIFYING	FLASHING	14 PUNISHING	SHOOTING	GRUELLING	3 PRICKING	CRUEL	BORING	VICIOUS	DRILLING	KILLING	STABBING	15 WRETCHED	LANCINATING	BLINDING	4 SHARP	16 ANNOYING	CUTTING	TROUBLESOME	LACERATING	MISERABLE	5 PINCHING	INTENSE	PRESSING	UNBEARABLE	GNAWING	17 SPREADING	CRAMPING	RADIATING	CRUSHING	PENETRATING	6 TUGGING	PIERCING	PULLING	18 TIGHT	WRENCHING	NUMB	7 HOT	DRAWING	BURNING	SQUEEZING	SCALDING	TEARING	SEARING	19 COOL	8 TINGLING	COLD	ITCHY	FREEZING	SMARTING	20 NAGGING	STINGING	NAUSEATING	9 DULL	AGONIZING	SORE	DREADFUL	HURTING	TORTURING	ACHING	PPI	HEAVY	0 NO PAIN	10 TENDER	1 MILD	TAUT	2 DISCOMFORTING	RASPING	3 DISTRESSING	SPLITTING	4 HORRIBLE		5 EXCRUCIATING	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">BRIEF</td><td style="padding: 2px;">RHYTHMIC</td><td style="padding: 2px;">CONTINUOUS</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">MOMENTARY</td><td style="padding: 2px;">PERIODIC</td><td style="padding: 2px;">STEADY</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">TRANSIENT</td><td style="padding: 2px;">INTERMITTENT</td><td style="padding: 2px;">CONSTANT</td></tr> </table> <div style="text-align: center; padding: 10px;">  </div> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px auto; width: fit-content;"> E = EXTERNAL I = INTERNAL </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>COMMENTS:</p> </div>	BRIEF	RHYTHMIC	CONTINUOUS	MOMENTARY	PERIODIC	STEADY	TRANSIENT	INTERMITTENT	CONSTANT
1 FLICKERING	11 TIRING																																																																																															
QUIVERING	EXHAUSTING																																																																																															
PULSING	12 SICKENING																																																																																															
THROBBING	SUFFOCATING																																																																																															
BEATING	13 FEARFUL																																																																																															
POUNING	FRIGHTFUL																																																																																															
2 JUMPING	TERRIFYING																																																																																															
FLASHING	14 PUNISHING																																																																																															
SHOOTING	GRUELLING																																																																																															
3 PRICKING	CRUEL																																																																																															
BORING	VICIOUS																																																																																															
DRILLING	KILLING																																																																																															
STABBING	15 WRETCHED																																																																																															
LANCINATING	BLINDING																																																																																															
4 SHARP	16 ANNOYING																																																																																															
CUTTING	TROUBLESOME																																																																																															
LACERATING	MISERABLE																																																																																															
5 PINCHING	INTENSE																																																																																															
PRESSING	UNBEARABLE																																																																																															
GNAWING	17 SPREADING																																																																																															
CRAMPING	RADIATING																																																																																															
CRUSHING	PENETRATING																																																																																															
6 TUGGING	PIERCING																																																																																															
PULLING	18 TIGHT																																																																																															
WRENCHING	NUMB																																																																																															
7 HOT	DRAWING																																																																																															
BURNING	SQUEEZING																																																																																															
SCALDING	TEARING																																																																																															
SEARING	19 COOL																																																																																															
8 TINGLING	COLD																																																																																															
ITCHY	FREEZING																																																																																															
SMARTING	20 NAGGING																																																																																															
STINGING	NAUSEATING																																																																																															
9 DULL	AGONIZING																																																																																															
SORE	DREADFUL																																																																																															
HURTING	TORTURING																																																																																															
ACHING	PPI																																																																																															
HEAVY	0 NO PAIN																																																																																															
10 TENDER	1 MILD																																																																																															
TAUT	2 DISCOMFORTING																																																																																															
RASPING	3 DISTRESSING																																																																																															
SPLITTING	4 HORRIBLE																																																																																															
	5 EXCRUCIATING																																																																																															
BRIEF	RHYTHMIC	CONTINUOUS																																																																																														
MOMENTARY	PERIODIC	STEADY																																																																																														
TRANSIENT	INTERMITTENT	CONSTANT																																																																																														

- Test de LATTINEN.** Muy usado en nuestro país debido a su lenguaje y fácil comprensión para el paciente. Las valoraciones se obtienen por la suma de la puntuación asignada a cada uno de los cinco grupos de cuatro preguntas, pudiendo alcanzar un máximo de 20 puntos que nos informan sobre aspectos como: intensidad subjetiva del dolor, frecuencia de la presentación del dolor, consumo de analgésicos, discapacidad causada por el dolor e influencia del dolor sobre el reposo nocturno.

Fecha	Día, mes, año	
Intensidad del dolor	Ligero	1
	Molesto	2
	Intenso	3
	Insoportable	4
Frecuencia del dolor	Raramente	1
	Frecuente	2
	Muy frecuente	3
	Continuo	4
Consumo de analgésicos	Ocasionalmente	1
	Regular y pocos	2
	Regular y muchos	3
	Muchísimos	4
Incapacidad	Ligera	1
	Moderada	2
	Ayuda necesaria	3
	Total	4
Horas de sueño	Normal	0
	Despierta alguna vez	1
	Despierta varias veces	2
	Insomnio	3
	Sedantes	+1
TOTAL	VALOR INDICATIVO	

Lattinen

EVALUACIONES CONDUCTUALES

Existen muchas conductas claramente indicadoras de la experiencia dolorosa. La observación de estos hechos puede ser efectuada tanto por personas cercanas al paciente como por personal entrenado.

Vale la pena destacar la escala de Andersen para la valoración del dolor cuando no existe posibilidad de comunicación con el paciente

MÉTODOS FISIOLÓGICOS

Los métodos fisiológicos permiten obtener parámetros que valoren objetivamente el dolor.

Su mayor utilidad se debe a la asociación a otras medidas cognitivas o conductuales. Con estos métodos se trata de medir las respuestas fisiológicas como índice del dolor.

La medición de la respuesta fisiológica al dolor como índice puede llevarse a cabo mediante: estudio de las respuestas psicofisiológicas del SNA (el dolor se acompaña de manifestaciones

vegetativas que se traducen en hiperactividad del SNA. Se han intentado determinar índices como la TA, FC, sudoración, pero sin éxito para establecer una correlación con el dolor), estudio de los potenciales evocados (se ha comprobado un aumento de la amplitud de las ondas cerebrales correlacionándose con la intensidad del dolor y una disminución de las ondas al administrar analgésicos), determinación de catecolaminas, reflejos nociceptivos de flexión, etc.

Bibliografía:

- Bonica JJ. The management of Pain. 2d ed. Pennsylvania, Lea- Febiger, 1990:28-94.
- Baños JE, Bosch F. Conceptos generales en algología. En: Tratamiento del dolor. Teoría y práctica. Barcelona: Edit. MCR.
- International Association for the study of Pain. Pain terms. <http://www.iasp-pain.org/>
Bostrom,
- Summary of the Mayday Fund Survey: public attitudes about pain and analgesics. J Pain Symptom Manage, 1997; 13:166-8.
- Dubois, M. La medicina del dolor es ya una realidad. Rev. Soc. Esp. Dolor, 2001;8:1-2.
- Merskey H, Bugduck N. Classification of chronic pain. En: Descriptions of chronic pain syndromes and definition of pain terms, segunda edición. Seattle, WA. IASP Press, 1994.
- Ortega JL, Neira F. Fisiología del dolor. En: Torres LM. Anestesia y Reanimación, vol. I. Arán Ediciones SA, Madrid, 2001.
- Mariel Villoria C, Madrid Arias JL. Medición y valoración del dolor. Sistemas de inteligencia de aplicación en el dolor. En: Muriel Villoria C, Madrid Arias JL. Estudio y tratamiento del dolor agudo y crónico, tomo I. Editorial Libro del año SL, ELA Grupo Arán, Madrid 1994; 3:77-140.