

Dolor Agudo y Crónico.

Clasificación del Dolor.

Historia clínica en las Unidades de
Dolor

Dra. Ángela Mesas Idáñez

Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Área de Traumatología

Clínica del Dolor, Servicio de Anestesiología,

Noviembre del 2012

1. Introducción

El dolor es una de las quejas más comunes de la sociedad en general. En una encuesta epidemiológica realizada en el año 2003 a nivel Europeo se observó que la prevalencia del dolor crónico en España era del 11% y la global Europea del 19%. Remarcar que el dolor es la causa más común de discapacidad laboral a largo plazo, en Estados Unidos se estima unos 50 millones de días de trabajo perdidos por año por esta causa.

Los pacientes con síntomas de dolor crónico son atendidos por diferentes especialidades médicas y quirúrgicas, aunque son los médicos de Atención Primaria a los que inicialmente se les consulta, siendo el dolor la causa más frecuente de dichas consultas.

El dolor crónico frecuentemente nos va a causar un deterioro funcional, trastornos psicológicos, y alteraciones en el sueño. Se ha descrito que el 80% por ciento de los pacientes con dolor crónico informan que el dolor interrumpe sus actividades de la vida diaria, y dos tercios indican que el dolor ha repercutido negativamente en las relaciones personales.

Por todo lo anterior se puede deducir que el dolor crónico es, por tanto, un problema grave tanto médico como social.

Las Unidades de Dolor están formadas mayoritariamente por médicos Anestesiólogos, aunque cada vez más son unidades multidisciplinarias donde trabajan de forma conjunta diferentes especialidades médicas como Rehabilitadores, Reumatólogos, Internistas, Geriatras y Psicólogos.

Los pacientes con dolor remitidos a estas Unidades, son aquellos con patología de base importante, pacientes que no responden a los analgésicos

habituales como son los pacientes con Dolor Neuropático ó los pacientes que pueden beneficiarse de una técnica analgésica infiltrativa.

Los objetivos de las Unidades del Dolor son optimizar el control del dolor, con el reconocimiento por parte del paciente de que un estado sin dolor puede no ser alcanzable; mejorar las capacidades funcionales, físicas y psicológicas del paciente y por tanto mejorar su calidad de vida, con los mínimos efectos adversos.

2. Definición de Dolor

Según la Internacional Association for the Study of Pain, IASP (fundada en 1974), *“el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión hística real o potencial, o que se describe como ocasionada por dicha lesión”*.

Se considera Desagradable al conjunto de sentimientos entre los que se encuentran sufrimiento, ansiedad, depresión y desesperación.

Como podemos observar esta definición enfatiza en que el dolor es una experiencia compleja que incluye múltiples dimensiones.

3. Clasificación del Dolor

Existen diferentes clasificaciones del dolor. Aquí intentamos clasificar el dolor desde un punto de vista académico según su fisiopatología subyacente (Nociceptivo y Neuropático), según su duración de presentación (agudo, crónico) y otros tipos de dolor (oncológico, psicógeno). Esto nos va a facilitar su estudio y probablemente nos ayudará en la decisión de su tratamiento. Sin embargo en la práctica clínica observamos que estas definiciones no son excluyentes, y podemos encontrar un paciente con un dolor que tiene varias de estas características.

Así en un paciente con una lumbociatalgia reagudizada podemos encontrarnos un dolor crónico neuropático reagudizado con un componente del dolor nociceptivo crónico.

3.1. Según fisiopatología

Según su presumible fisiopatología subyacente, encontramos dos tipos de dolor diferentes, el Dolor Nociceptivo y el Dolor Neuropático.

3.1.A. Dolor Nociceptivo

El Dolor Nociceptivo está causado por la activación los nociceptores A- δ y C en respuesta a un estímulo nocivo sobre los tejidos corporales, que puede ser secundario a una lesión, enfermedad, inflamación, infección ó cirugía.

En el Dolor Nociceptivo el funcionamiento del sistema nervioso es correcto. Es una respuesta fisiológica a una agresión.

Una característica importante de este tipo de dolor es que en general, existe una importante correlación entre la percepción del dolor y la intensidad del estímulo desencadenante.

A su vez el Dolor Nociceptivo se subdivide en dolor **Somático** y **Visceral**.

3.1. A. a. Dolor Somático

El dolor somático se debe a lesiones en los tejidos corporales tales como piel, músculos, cápsulas articulares, y huesos.

Se caracteriza por ser bien localizado, pero variable en la descripción y la experiencia.

3.1. A. b. Dolor visceral:

Es el dolor que se origina por una lesión o disfunción de un órgano interno ó sus serosas y suele estar mediado por los receptores de estiramiento,

isquemia e inflamación. Hay que tener en cuenta que no todas las vísceras son sensibles al dolor (cerebro, hígado, pulmón, ovarios)

El dolor visceral se caracteriza por ser, cólico cuando la víscera es hueca, profundo, sordo, difuso, mal localizado que en ocasiones se irradia ó se refiere en un área distante al órgano afectado. Suele acompañarse de sintomatología vegetativa, como náuseas, vómitos, sudoración, aumentos de la presión arterial y frecuencia cardíaca. Ejemplos de este tipo de dolor sería el asociado con apendicitis, colecistitis, o patología pleural.

Tenemos que diferenciar los términos dolor referido y dolor irradiado.

El ***Dolor referido*** se origina frecuentemente de un órgano visceral y se puede sentir en regiones del cuerpo alejadas de la zona de origen. Se cree que el mecanismo es en parte debido a la convergencia espinal de fibras aferentes viscerales y somáticas en las neuronas espinotalámicas y por otro lado, a patrones de desarrollo embriológico y migración tisular.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son la hiperalgésia cutánea y profunda, hiperactividad autonómica y las contracciones musculares.

Ejemplos típicos son el dolor que se siente en los brazos o en el cuello cuando se produce un infarto de miocardio, o el dolor referido al hombro que acompaña a la inflamación de la vesícula biliar

El ***Dolor irradiado*** se transmite a lo largo de un nervio, extendiéndose a partir del sitio de origen. Tanto el dolor de origen somático y algunos dolores de origen visceral pueden irradiarse. Por ejemplo, el dolor de un espasmo muscular, que es somático, suele extenderse gradualmente a partir del punto de origen lo mismo ocurre con el dolor del nervio ciático que suele irradiarse a la pierna.

Las patologías más frecuentes del Dolor Nociceptivo son las patologías osteomusculares, patología visceral y el Dolor Postoperatorio.

Generalmente este tipo de dolor responde bien a los fármacos analgésicos habituales como AINE y mórficos.

3.1. B. Dolor Neuropático

El Grupo de Interés Especial sobre Dolor Neuropático [Special Interest Group on Neuropathic Pain (NeuPSIG)] de la IASP, propuso a finales del 2007 una nueva definición de Dolor Neuropático como “*el dolor que se origina como consecuencia directa de una lesión o enfermedad que afecta al sistema somatosensorial*”

Por tanto el Dolor Neuropático es una descripción clínica (y no un diagnóstico), que requiere una lesión demostrable o una enfermedad que cumpla los criterios diagnósticos neurológicos establecidos. El término *lesión* se utiliza comúnmente cuando las pruebas diagnósticas (por ejemplo, imágenes, neurofisiología, biopsias, pruebas de laboratorio) revelan una anomalía o cuando hay un trauma obvio. El término *enfermedad* se utiliza comúnmente cuando la causa subyacente de la lesión es conocida (por ejemplo ictus, vasculitis, diabetes mellitus, anomalía genética). *Somatosensoriales* se refiere a los datos del organismo en sí incluyendo los órganos viscerales, no de información sobre el mundo exterior (por ejemplo, la visión, el oído, el olfato).

El Dolor Neuropático surge por la actividad generada en el sistema nociceptivo sin una adecuada estimulación de sus terminaciones sensitivas periféricas y los cambios fisiopatológicos se hacen independientes del evento desencadenante.

La sensibilización juega un importante papel en este proceso. Así Aunque la sensibilización central sea de una duración relativamente corta en ausencia de estímulos nocivos continuos, la lesión nerviosa desencadena cambios en el SNC que pueden ser persistentes indefinidamente.

La sensibilización central explica por qué el dolor neuropático suele ser desproporcionado para el estímulo (por ejemplo, la hiperalgesia,

alodinia) o se produce cuando no hay un estímulo identificable (por ejemplo, dolor persistente, dolor de propagación).

El Dolor Neuropático también se le considera como un "dolor patológico" dado que no tiene ninguna utilidad beneficiosa para el organismo al contrario del Nociceptivo.

A pesar de la diversidad de los procesos fisiopatológicos y de la etiología subyacente, los pacientes con Dolor Neuropático presentan similitud en las características del dolor como, quemante, punzante, lancinante, hormigueo, picazón, pinchazos, descarga eléctrica, golpeando, opresión, dolor profundo, espasmo o dolor al frío.

No es infrecuente que cuando se realizan pruebas diagnósticas en un Dolor Neuropático, nos encontremos con resultados no concluyentes. En tales casos, para llegar a un diagnóstico tenemos que recurrir al juicio clínico junto con todos los resultados de las pruebas complementarias que dispongamos.

La IAPS considerando la falta de herramienta diagnóstica específica para el dolor neuropático, propone un sistema de graduación del diagnóstico en función del cumplimiento los siguientes criterios:

- 1.- Dolor con una distribución neuroanatómicamente plausible
- 2.- Historia sugestiva de una lesión relevante ó enfermedad que afecte al sistema somatosensorial periférico o central.
- 3.- Al menos un test que confirme la distribución neuroanatómica plausible
- 4.- Al menos un test que confirme una lesión relevante o enfermedad que afecte al sistema somatosensorial periférico o central.

El diagnóstico de Dolor Neuropático será:

Posible: si se cumplen los criterios 1 y 2, sin una confirmación del 3 ni el 4

Probable: si se cumplen los criterios 1 y 2, mas cualquiera del 3 ó el 4

Definitivo; si se cumplen todos, del 1 al 4

Este sistema de clasificación diagnóstica es muy útil para los ensayos clínicos y trabajos de investigación, pero no lo es tanto para la práctica clínica diaria.

El dolor neuropático se divide en:

3.1. B. a. Dolor Neuropático central: es el dolor causado por una lesión o enfermedad del sistema nervioso somatosensorial central

3.1.B.b. Dolor Neuropático periférico: es el dolor causado por una lesión o enfermedad del sistema somatosensorial periférico.

Otras subdivisiones de estas anteriores

- **Neuropatía:** un trastorno en la función ó patología en un nervio se define como mononeuropatía, en varios nervios mononeuropatía múltiple, y si es difuso y bilateral polineuropatía

- **Neuritis:** es una forma especial de neuropatía y se reserva para procesos inflamatorios que afecten el nervio

- **Dolor neuropático mediado por el Simpático (SMP)** es el dolor que surge de una lesión nerviosa periférica y está asociado con cambios autonómicos (por ejemplo, síndrome de dolor regional complejo I y II, anteriormente conocido como distrofia simpática refleja y la causalgia)

Las causas más comunes de Dolor Neuropático son, traumatismo, inflamación, enfermedades metabólicas (diabetes), infecciones (herpes zoster), tumores, toxinas y enfermedades neurológicas primarias.

El Dolor Neuropático puede ser continuo o episódico, se caracteriza por la dificultad en su control, importante influencia de los estados emocionales sobre su empeoramiento, no tener una respuesta importante a los

tratamiento analgésicos convencionales como lo AINE ó mórficos y si la tiene a otros grupos terapéuticos como los antidepresivos, antiepilépticos y anestésicos locales, requiriendo la mayoría de pacientes más de un fármaco para conseguir un alivio del dolor.

3.2. Según el tiempo de duración

3. 2. A. Dolor agudo

Inicialmente el Dolor Agudo se definió simplemente en términos de duración, pero en la actualidad se define como *“una experiencia desagradable y compleja con factores cognitivos y sensoriales que suceden como respuesta a un trauma tisular”*.

A diferencia con el Dolor Crónico, en el Dolor Agudo existe una correlación importante entre la intensidad del dolor y la patología desencadenante y su evolución natural es disminuir progresivamente hasta desaparecer una vez se produce la curación de la lesión subyacente.

Cuando hablamos del Dolor Agudo, nos referimos generalmente al dolor Nociceptivo, aunque un Dolor Agudo también puede ser Neuropático.

Las causas comunes de Dolor Agudo incluyen trauma, cirugía (dolor postoperatorio), procedimientos médicos, y enfermedades agudas.

El Dolor Agudo tiene una importante función biológica de protección para evitar la extensión de la lesión.

Se suele acompañar de una gran cantidad de reflejos protectores como por ejemplo, el reflejo de retirada de una extremidad dañada, el espasmo muscular y las respuestas autonómicas. Sin embargo, las respuestas hormonales al estrés, motivadas por una lesión aguda también pueden tener efectos adversos tanto fisiológicos como emocionales.

Hay que remarcar que incluso breves periodos de estimulación dolorosa pueden producir cambios neuronales, que contribuirán en el desarrollo de estados de Dolor Crónico, por lo tanto, cada vez más se está prestando más atención en la prevención y el tratamiento agresivo de dolor agudo para reducir las complicaciones, incluyendo la progresión del dolor agudo a dolor crónico, un ejemplo muy demostrativo es el manejo de dolor postoperatorio.

3. 2. B Dolor crónico no oncológico

Dolor Crónico se ha definido como *“el dolor que se extiende más de 3 ó 6 meses desde su aparición o que se extiende más allá del período de curación de una lesión tisular, o está asociado a una condición médica crónica”*.

Otras características del Dolor Crónico además del factor tiempo, son que en ocasiones las posibilidades para identificar la patología causal es baja e insuficiente para explicar la presencia y ó la intensidad del dolor y responden pobremente a los tratamientos habituales. La intensidad del dolor puede variar de leve a intenso.

Algunos tipos de Dolor Crónico, tienen unos patrones y características bien definidas, mientras que otros no lo tienen, y es difícil diagnosticar la causa. El Dolor Crónico puede ser Nociceptivo, Neuropático o ambos. La etiología puede ser una lesión aguda que evoluciona a Dolor Crónico como, latigazo cervical, trauma, cirugía, ó diferentes enfermedades crónicas como, osteoartritis, lumbalgia, dolor miofascial, fibromialgia, cefaleas, dolor abdominal crónico (pancreatitis, úlcus péptico, colon irritable), miembro fantasma, neuralgias (postherpética, trigeminal). En algunos de los casos, existe el Dolor Crónico de novo sin causa aparente.

El Dolor Neuropático y Miofascial Crónico puede ser de difícil diagnóstico. Otra característica del dolor crónico es que muy frecuentemente perturba el sueño.

Debido a su cronicidad tiene un impacto importante sobre la vida de los pacientes que lo padecen, tanto en el ámbito profesional como personal, pudiendo presentar los pacientes tanto problemas laborales como emocionales.

Se ha observado que factores ambientales y afectivos pueden exacerbar y perpetuar el dolor crónico, esta característica se considera que es una de las causas de que la respuesta al tratamiento de estos pacientes en muchas ocasiones sea escasa.

Así el tratamiento del dolor crónico requiere un enfoque multidisciplinario para abordar las complejas interacciones de factores psicológicos, físicos y factores sociales que van a influir tanto en la perpetuación como en la intensidad del dolor crónico.

El dolor Crónico como podemos deducir de lo anterior no tiene una acción protectora del organismo como ocurre en el dolor agudo.

3.3. Otros tipos de Dolor

3.3.A. Dolor oncológico

El Dolor del Cáncer incluye el dolor causado por la enfermedad en sí mismo (por ejemplo, la invasión del tejido tumoral, la compresión o infiltración de nervios o vasos sanguíneos, obstrucción de órganos, infección, inflamación) y / o procedimientos diagnósticos o tratamientos que sean dolorosos (por ejemplo, biopsia, el dolor postoperatorio, las toxicidades de quimioterapia o radioterapia).

El dolor oncológico puede ser de características Neurópaticas y Nociceptivo ó en un mismo paciente encontrarse ambos tipos de dolor, En cuanto a la frecuencia de presentación del dolor en los pacientes oncológicos, tenemos dos tipos de dolor; el basal, que es el que el paciente presenta de forma continuada y el dolor irruptivo.

Dolor **irruptivo** se define como una exacerbación del dolor de forma súbita y transitoria, que aparece sobre la base de un dolor de fondo persistente, que por otra parte es estable y está adecuadamente controlado. Dicho de otro modo es un dolor agudo dentro de la cronicidad del dolor, que debe cumplir las siguientes características:

- Intensidad EVA \geq de 7
- Rapidez de instauración de 1 a 5 minutos (3 minutos)
- Corta duración, usualmente inferior a 20-30 minutos.

A su vez el dolor **irruptivo** se puede clasificar como:

a) *Dolor irruptivo incidental*: se relaciona fácilmente con un factor causal conocido y previsible, que puede ser voluntario o involuntario. Entre los factores involuntarios se encontraría la ingesta (en pacientes con mucositis oral o esofágica), deposiciones (en pacientes con tumores pélvicos), roce en áreas con alodinia en pacientes con dolor neuropático, etc. Los voluntarios generalmente son inducidos por procedimientos terapéuticos como movimientos del paciente en la cama, cambios posturales etc. Este tipo de dolor debe manejarse de forma profiláctica.

b) *Dolor irruptivo idiopático o espontáneo*: sin relación causal. Los episodios no están relacionados con un factor precipitante sino que aparecen de forma imprevisible sin que exista un factor desencadenante habitual. Ejemplo del dolor idiopático es el que aparece con las contracturas musculares, neoplasia de páncreas.

c) *Dolor irruptivo por fallo de final de dosis*: no debería considerarse como dolor irruptivo ya que es una consecuencia de un ajuste incorrecto de la

pauta para el dolor persistente de base. Aparece antes de la teórica siguiente dosis de analgésico y se debe a una infradosificación del analgésico de base. Habitualmente ocurre en el periodo de titulación de dosis, o porque hay una prescripción de intervalos demasiados largos entre las dosis. Esta situación se suele resolver aumentando la dosis del opiáceo de base o disminuyendo los intervalos de administración.

3.3.B. Dolor Psicógeno

No tiene una naturaleza orgánica sino características psicósomáticas, derivadas de una patología psiquiátrica más o menos importante. Se presenta en individuos con una personalidad alterada, ansiosos, depresivos, neuróticos, etc. Es un dolor que no obedece a ningún patrón neurológico definido y suele ser resistente a cualquier tipo de tratamiento, sea farmacológico o quirúrgico que no tenga en cuenta su naturaleza psiquiátrica.

Remarcar que para realizar este diagnóstico tiene que realizarse un buen estudio del paciente y una buena valoración psiquiátrica y psicológica, dada la complejidad diagnóstica que presentan algunos tipos de dolor como hemos comentado anteriormente.

4. Historia Clínica y Exploraciones

Cuando el paciente llega a una Unidad de Dolor, lo más frecuente es que el paciente haya sido remitido desde otra especialidad médica o quirúrgica con un diagnóstico clínico realizado pero sin un buen control del dolor a pesar de los diferentes tratamientos realizados.

En otras ocasiones el paciente viene con dolor, con diferentes pruebas

diagnosticas en las que no se aprecia una etiología causante del dolor y por tanto sin un diagnóstico establecido. En estos casos en algunas ocasiones es necesario remitir al paciente a otra especialidad médica ó quirúrgica para completar el estudio y descartar una patología que requiera un tratamiento específico además del tratamiento del dolor.

Se recomienda siempre que sea posible, mantener un contacto directo y permanente con los otros médicos especialistas que siguen al paciente para asegurar una atención óptima del mismo.

En todos los casos, los pacientes que acuden a una Unidad del Dolor, se les debe realizar una Historia Clínica detallada, examen físico y valoración de las pruebas diagnosticas que aporten.

La historia clínica debe incluir:

4.1- Una historia médica general,

Antecedentes médicos personales con énfasis en la cronología de la sintomatología de las patologías que el paciente refiera.

Los antecedentes médicos son muy importantes ya que nos pueden ayudar tanto para el diagnóstico del dolor como para el manejo del tratamiento, como por ejemplo pacientes con antecedentes de alteraciones hematológicas, sangrados digestivos, alteraciones renales, hepáticas ó cardiológicas, nos van a condicionar el tratamiento (ajuste de dosis de los fármacos analgésicos, retirada de fármacos prescritos para otras patologías como los antiagregantes para la realización de técnicas invasivas). Los antecedentes quirúrgicos son importantes dado que algunos dolores crónicos son secuelas de un procedimiento quirúrgico y esta información nos será importante tanto para el diagnóstico como el tratamiento.

4.2- La historia del Dolor

La historia del dolor debe incluir información sobre el inicio, duración, intensidad, localización neuroanatómica, cualidad; interrogar sobre disestesias y otras características que nos ayudaran al diagnóstico del tipo del dolor (Nociceptivo ó Neuropático) y los componentes afectivos del dolor. Los detalles sobre la exacerbación y factores de alivio son importantes porque en ocasiones explican los mecanismos fisiopatológicos del dolor. Los factores mecánicos que aumentan el dolor, tales como diferentes posiciones o actividades (sentarse, pararse, caminar, agacharse y levantarse) pueden ayudarnos a diferenciar una causa de dolor de otras, igualmente pasa con los factores que mejoran el dolor (la claudicación neurógena mejora cuando el paciente está sentado y empeora cuando el paciente está de pie o camina).

Se debe preguntar si el paciente presenta síntomas adicionales como los cambios motores, sensoriales y autonómicos como entumecimiento, debilidad o alteraciones intestinales y de la vejiga urinaria, edema, sensación de frío, o la no utilización de una extremidad a causa del dolor. El médico debe revisar los resultados de la pruebas diagnosticas y tratamientos realizados anteriormente, y de los tratamientos actuales. Conocer la duración de los tratamientos y el grado de alivio del dolor que se ha obtenido.

4.3- Historia farmacológica

Hay que interrogar sobre las alergias medicamentosas y no medicamentosas (latex, comida, ambientales). Si existen deben ser anotadas y especificar la naturaleza de la reacción.

La prescripción e intervención médica se debe realizar teniendo en cuenta las medicaciones que está tomando el paciente en ese momento además de los fármacos analgésicos, para conocer los posibles efectos adversos, e interacciones. También es muy importante, dado que es muy frecuente el interrogar sobre los fármacos que el paciente se toma sin prescripción médica (paracetamol, aspirina, ibuprofeno).

Las medicaciones y las dosis tomados previamente y las reacciones adversas presentadas, nos ayudaran a evitar repetir procedimientos o fármacos que ya no fueron efectivos con anterioridad, o por el contrario intentarlo con otras pautas.

Debe preguntarse sobre el cumplimiento de los fármacos analgésicos prescritos. Es bastante frecuente que el paciente no siga una pauta regular. Si no hay un cumplimiento correcto averiguar los motivos, para poder actuar sobre ellos.

Es importante explicar al paciente y tratar algunos de los efectos secundarios más frecuentes, como el estreñimiento y las nauseas y vómitos en el tratamiento con mórficos, esto mejorará probablemente el cumplimiento del tratamiento.

4.4- Historia psicológica y social

La evaluación psicológica debe incluir información acerca de la presencia de síntomas psicológicos (ansiedad, depresión,) y trastornos psiquiátricos (ideación suicida) así como historia de hábitos y comportamientos adictivos, esto último es una de las causas de gran preocupación en el tratamiento con mórficos del Dolor Crónico no oncológico.

Dependiendo de la clínica observada el paciente será tributario de seguimiento psicológico o psiquiátrico. Muchos de los pacientes con dolor crónico que acuden a la Unidades de Dolor ya siguen previamente un control y tratamiento farmacológico por psiquiatras, sin embargo el

tratamientos psicológico para la aceptación de su situación en estos pacientes es fundamental dado la influencia que tiene el estado emocional y mental sobre el dolor. Cada vez son más las Unidades de Dolor que disponen de un psicólogo como un miembro más de la Unidad.

Debe evaluarse la influencia del dolor sobre la capacidad para dormir.

Como hemos comentado anteriormente la alteración del sueño, es uno de los síntomas más frecuente que refieren los pacientes con Dolor Crónico y que es importante tratar.

Se debe realizar una evaluación del impacto del Dolor Crónico en la capacidad del paciente para realizar sus actividades habituales tanto en su vida diaria como su vida laboral y en las relaciones interpersonales (familiares, amigos).

5. Exploraciones

5. A. Exploración Física:

La exploración física debe incluir una exploración correcta y dirigida principalmente del Sistema Nervioso y musculoesquelético. Sin descuidar la exploración de otras localizaciones que estén indicadas por la historia clínica del paciente.

Normalmente se inicia con la inspección general y la observación de la fécies que usualmente es dolorosa; de la marcha y las posturas antiálgicas; evaluación de los movimientos articulares, con cuantificación del grado de limitación y búsqueda de signos vasomotores. Determinar la fuerza y sensibilidad general. Se deben explorar los reflejos normales y los patológicos y determinar la presencia de anomalías de la sensibilidad como alodinia, hiperpatía, hiperalgesia, hipoalgésia, analgésia, parestesias, disestesias, y otros signos especiales como el Tinel, Laségue, Babinski y Lhermite.

La terminología neurológica descrita se define:

Hyperalgesia: Aumento de la sensación dolorosa para estímulos nocivo

Hipoalgesia: disminución de la sensación dolorosa a estímulos nocivo

Analgesia: Ausencia de dolor en respuesta de un estímulo que normalmente es doloroso.

Alodinia: percepción del dolor con estímulos no nocivos.

Parestesias: sensación anormal no desagradable

Disestesias: sensación anormal desagradable

Hiperpatia: dolor con estímulos repetitivos. Dolor que persiste tras desaparecer el estímulo

Existen escalas y cuestionarios para la valoración del dolor. De todas ellas las que más se utilizan en la práctica clínica son la Escala Visual Analógica (EVA), el DN4 para el diagnóstico y seguimiento del dolor neuropático y SF36 sobre la calidad de vida.

5. B. Pruebas Diagnóstica:

Las más frecuentes son las pruebas de laboratorio, radiología simple, gammagrafía ósea, Tomografía axial computadorizada TAC, Resonancia Magnética, Electromiograma, Tomografía computadorizada por emisión de protones aislados (SPET)

5. C. Procedimientos de diagnóstico Intervencionistas:

Según la clínica que refiere el paciente, se pueden realizar determinados procedimientos intervencionistas que nos ayudaran al diagnóstico del dolor. La elección de un procedimiento diagnóstico como los bloqueos nerviosos, bloqueo de la rama medial de la articulación facetaria, infiltración de sacroilíacas, o la discografía provocativa se debe basar en la historia específica del paciente y el examen físico y el curso previsto de

tratamiento.

Estos procedimientos deben realizarse con control radiológico.

El bloqueo de la rama medial ó infiltración de la articulación facetaria vertebral se puede considerar para pacientes con sospecha de dolor de columna de origen facetario para plantearnos un procedimiento terapéutico posterior.

La infiltración de la articulación sacroilíaca puede confirmar su origen en un paciente con sospecha dolor originado en dicha localización.

La infiltración selectiva de una raíz nerviosa puede utilizarse para valorar el nivel anatómico del dolor radicular.

La utilización de bloqueos simpáticos pueden ser utilizados para apoyar el diagnóstico del dolor mantenido por el simpático. No deben ser utilizados para predecir el resultado de la simpatectomía quirúrgica, química, o por radiofrecuencia.

Bloques periféricos pueden ayudar en el diagnóstico de dolor en una distribución nerviosa periférica específica.

La discografía provocativa puede ser utilizada en la evaluación de pacientes seleccionados con sospecha de dolor discogénico, no se debe utilizar para evaluación de rutina de un paciente con dolor de espalda crónico inespecífico

Cuando hemos realizado la valoración clínica de un paciente con dolor, con la historia y la exploración física es muy importante detectar síntomas y signos que nos van a alertar que el paciente pueda presentar una patología grave que no puede demorarse el estudio de la misma. A este conjunto de signos y síntomas se les llama “Banderas Rojas” que las podremos encontrar en los antecedentes del paciente, en la historia actual y en el examen físico.

Antecedentes del paciente:

Historia personal de cáncer

Infección en los últimos 3 meses

Terapia con anticoagulantes o existencia de discrasias sanguíneas, uso de inmunosupresores (corticoides)

Historia de enfermedad metabólica ósea

Pérdida significativa de peso en los últimos 6 meses por causa no aclarada

Pérdida auditiva, tinnitus o inestabilidad postural.

Elementos de alarma en la historia actual:

Síntomas neurológicos focales o progresivos

Dolor que empeora en la noche y no cede con cambios de posición

Trastornos de la marcha, de causa inexplicada

DN asociado con: poliartralgia, disautonomía, cardiopatía

Sudoración nocturna

Diabetes mellitus con mal control metabólico (hiperglicemia > 200 preprandial o HbA1c mayor de 8%, a pesar del tratamiento)

Examen Físico

Fiebre

Masa abdominal pulsátil

Déficit neurológico objetivable

Cambios tróficos en el área de dolor

Signos de deficiencia nutricional

Dolor que aumenta con la maniobra de Valsalva

Pérdida del control esfinteriano

Laségué positivo

Fractura patológica asociada con dolor neuropático.

Casos especiales:

Neuropatía por virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

Dolor mixto (cáncer, síndrome de dolor regional complejo)

Neuropatía asociada con fármacos: quimioterapia, metotrexate, etc.

DN en niños

Alcoholismo

Uso de drogas recreativas.

La combinación de los hallazgos de la historia del paciente, el examen físico y la evaluación del diagnóstico deben ser combinados para proporcionar un plan de tratamiento individualizado centrado en la optimización de la relación riesgo-beneficio con una progresión adecuada de tratamiento de un menor a un mayor grado de invasividad.

Las patologías que mas frecuentemente se tratan en las Unidades de Dolor son: dolor osteomuscular, dentro de este encontramos la patología de columna; lumbalgias y lumbociatalgias y pacientes con cirugía de espalda fallida, estas tres patologías ocupan el porcentaje mayor de las pacientes que acuden a las Unidades del Dolor. Otras patologías frecuentes son dolores de características neuropáticas como la Neuralgia postherpética, Neuralgia del Trigémino, Neuropatía Diabética, esta ultima cada vez la vemos menos por el mejor control de las glicemias. Otro grupo de pacientes son los que presentan Dolor Crónico Neuropático Postquirúrgico como dolor de Muñón o Miembro Fantasma, Dolor Postoracotomía, los Síndromes Regionales Complejos tanto el I como el II

Bibliografía

Pain in Europe. 2003

Pain: Current Understanding of Assessment, Management, and treatments. National Pharmaceutical Council, INC. Sponsored by the American Pain Society.

Neuropathic Pain. Redefinition and a grading sytem for clinical and research purposes. RD Trede. Neurology 70 April 29, 2008

Practice Guidelines for Chronic Pain Management. *An Update Report by the American Aociety of Anesthesiologist Task Force on Chronic Pain Management and the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine*. Anesthesiology, V 112. No 4. April 2010.

Definition and pathogenesis of chronic pain. . 2012 UpToDate.

www.uptodate.com.

Acute Pain Management: Scientific Evidence. Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine. Third Edition 2010.

Guías para el diagnóstico y el manejo del dolor neuropático. Consenso de un grupo de expertos latinoamericanos. Primera Edición 2009