



10

artículo

Jorge Malouf [[Buscar autor en Medline](#)]Josep-E. Baños [[Buscar autor en Medline](#)]

La evaluación clínica del dolor

[Ver resumen y puntos clave](#)[Ver texto completo](#)[Volver al sumario](#)

Texto completo

Introducción

Probablemente todos sabemos de que hablamos cuando nos referimos al dolor. Desde la infancia estamos expuestos a circunstancias que nos exponen a esa sensación. Aun así, su definición resulta bastante difícil ya que incluye un sinnúmero de características de distintas dimensiones.

Desde tiempos ancestrales, las civilizaciones antiguas han luchado en contra del dolor, aunque desde entonces ha adquirido diferentes connotaciones y su entendimiento ha evolucionado de la mano de su manejo y evaluación. El dolor y su complemento, la analgesia, no son fenómenos que puedan observarse de forma directa y objetiva. Los profesionales clínicos que hacen referencia a este tema están de acuerdo en que el dolor es una sensación subjetiva y personal. A pesar de ello, estas características no lo hacen único, ya que en la ciencia existen muchos fenómenos, como la inteligencia, que no son palpables y que, sin embargo, nos esforzamos por medir. La subjetividad del dolor no representa un obstáculo ya que puede ser inferido por observaciones y operaciones especificadas por la teoría, al igual que otras condiciones vinculadas con el sufrimiento humano, como la ansiedad y la depresión.

La evaluación del dolor en el ámbito clínico es necesaria para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad o del mismo dolor. No obstante, la multidimensionalidad de la sensación incluye aspectos sensoriales (intensidad), componentes afectivos (descontento) y aspectos cognitivos (pensamientos relacionados a la condición). Así, cuando evaluamos el dolor, no tenemos que evaluar solamente la sensación o sus características físicas, sino que debemos evaluar al paciente: sus temores, creencias, experiencias anteriores, condiciones psicológicas y su entorno social y afectivo.

A pesar de los estudios que han demostrado que el dolor puede tratarse efectivamente de muchas maneras, muchos estudios epidemiológicos continúan afirmando que la prevalencia del dolor excede los niveles deseables y que debemos concienciarnos y enfocar nuestros esfuerzos en paliar este síntoma, siempre desagradable y muchas veces innecesario. Para ello, es importante

bibliografía

1. Von Korff M, Jensen MP, Karoly P. **Assessing global pain severity by self-report in clinical and health services research.** Spine 2000; 25:3140-3151
2. Dworkin RH, Turk DC, Farrar JT et al. Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. Pain 2005; 113:9-19.
3. Getto CJ, Heaton RK, Lehman RA, Fordyce WE, Brauer E, Groban SE (1982). A standardized evaluation of psychosocial factors in chronic pain. Pain 1982; 12:165-174.
4. Turk DC, Meichenbaum D, Genest M. Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspective. New York: Guilford Press, 1983.
5. Navarro F. Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina. 2ª ed. Madrid: McGraw-Hill, 2005.

Ver más

enlaces

No hay enlaces de interés



que contemos con el conocimiento sobre las herramientas que disponemos en el ámbito clínico para permitirnos realizar una correcta y completa evaluación del dolor.

El estudio multidisciplinar del dolor involucra a muchos profesionales que se encuentran muy distantes en su orientación terapéutica pero que persiguen una misma meta humanitaria. Independientemente del área de nuestro interés, todas las personas involucradas en el dolor necesitan medir las variables de estudio con la mayor exactitud posible. Con ello intentamos reunir información, darle sentido, cuantificarla y luego elaborar un informe que nos permita poseer un conocimiento que podamos compartir y comparar.

Pocos profesionales se cuestionan sus métodos de evaluación, transmitidos y aprendidos en su período de formación, pero debemos conocer los diferentes métodos de evaluación que tenemos a nuestra disposición ya que, aunque no exista una herramienta que nos descubra todos los aspectos del dolor, el uso en conjunto de varias herramientas nos puede proporcionar la información necesaria para lograr un correcto diagnóstico y una actuación terapéutica adecuada.

Instrumentos de evaluación clínica

De las múltiples dimensiones del dolor, la intensidad (mal llamada severidad) es la más estudiada¹. La intensidad del dolor es, además, una experiencia personal que solamente puede ser evaluada mediante una medición por el propio paciente, utilizando escalas de valoración unidimensionales que intentan valorar varias dimensiones del dolor.

Las escalas utilizadas con mayor frecuencia, tanto en el ámbito clínico como de investigación, son la escala analógica visual (EAV), la escala numérica y la escala verbal. Que sean las más utilizadas no significa que estas escalas proporcionen mayor información o sean más útiles en el momento de evaluar la intensidad del dolor. Existen estudios que recomiendan la escala numérica para la evaluación de resultados en los ensayos de dolor crónico e idiopático².

La entrevista clínica

Al igual que en cualquier otra situación clínica, en la evaluación del dolor lo primero que debe realizarse es una entrevista. Con este procedimiento intentaremos indagar todas las características del dolor, como la localización, la duración, las variaciones temporales en intensidad y frecuencia, la relación con las horas del día, con los movimientos, etc. Si bien existen varias propuestas de entrevistas, son escasas las que están orientadas específicamente para este tipo de pacientes. Getto *et al.*³ o Turk *et al.*⁴ han propuesto entrevistas estructuradas dirigidas específicamente para pacientes con dolor. La primera de ellas se describe en la **(Tabla 1)**.

Para valorar el dolor de forma específica se utilizan los métodos autovalorativos, esencialmente los unidimensionales y los

multidimensionales. En las próximas secciones se describirán los utilizados con mayor frecuencia.

Los métodos unidimensionales

Escala de valoración verbal (Verbal Rating Scale, VRS)

Desde que Keele describió esta escala en 1948, se ha visto sometida a múltiples cambios. En esencia, es una escala de intensidad que se utiliza para que el paciente realice una autoevaluación global de la intensidad de su dolor utilizando unos adjetivos que se denominan descriptores. Es muy fácil de utilizar y no requiere mucho tiempo del investigador; su principal desventaja es que no evalúa las características cualitativas del dolor y solamente nos proporciona información sobre la intensidad. Aunque existen muchas variantes, la que más se emplea consta de cinco adjetivos entre los que el paciente debe escoger el que describa mejor la intensidad del dolor. Por ejemplo, ausencia de dolor, dolor leve, dolor moderado, dolor intenso y dolor insoportable. Debe evitarse el empleo del descriptor 'dolor severo' que supone un *falso amigo* para la traducción del término inglés 'severe pain'. Las razones de tal incorrección han sido descritas en Navarro⁵ a quien remitimos para más información al lector que lo desee.

Escala numérica (Numerical Rating Scale, NRS)

La NRS fue descrita por Downie en 1978. Como ya he mencionado anteriormente, es una de las escalas más utilizadas tanto en el ámbito clínico como en la investigación. Esta escala no es solamente muy fácil de utilizar sino que se puede reproducir con suma facilidad en cualquier momento. Para ello, únicamente hace falta trazar una línea de 10 cm en un folio de papel. En los extremos de la línea se colocan los números 0 y 10 (0 -100). Esta línea ha de estar dividida en 10 partes iguales. Cada parte corresponde a un nivel mayor de dolor (**Fig. 1**).

La NRS también puede emplearse como una escala verbal y entonces se pide al paciente que nos de su valoración del dolor de 1 a 10, siendo uno el dolor más leve y 10 el dolor insoportable. Es una buena alternativa a la VRS cuando se desea cuantificar más el dolor, pero nunca debe olvidarse que, aún así, es una escala categórica y el tratamiento estadístico debe emplear pruebas no paramétricas.

Escala Analógica Visual (Visual Analogical Scale, VAS)

La escala analógica visual, descrita por Scott y Huskinsson en 1976⁶, es un segmento cuya longitud representa diferentes intensidades de dolor. Es una herramienta muy simple, pero ha demostrado una gran sensibilidad y reproducibilidad que permite a los pacientes expresar la intensidad del dolor de una manera que posteriormente es muy fácil asignar una puntuación numérica. Esta escala es utilizada ampliamente en el ámbito clínico pero sobretodo en los ensayos clínicos y ha demostrado que puede ser utilizada para comparar la intensidad del dolor en el mismo paciente con diferencias temporales, o en grupos de pacientes recibiendo diferentes tratamientos analgésicos. La manera en que se diseña la

escala puede interferir en la correcta obtención de la información y crear un sesgo en los resultados. La mayor parte de problemas con la VAS deriva de la incapacidad de entender el concepto, las variaciones en la reproducibilidad (sobretudo en la longitud de la escala) y las dudas que pueda generar la relación de la medición con la experiencia del dolor. La VAS consiste en un segmento de usualmente 10 cm de longitud, cuyos extremos representan los límites extremos de una experiencia dolorosa; así, un extremo se define como "sin dolor" y el otro se denomina "máximo dolor soportable" (**Fig. 2**). Al paciente se le explica la lógica de la escala y se le pide que marque con una línea el punto que considere que corresponde a la intensidad de su dolor. La distancia de la marca desde el extremo "sin dolor" es la puntuación que se concede al paciente.

Los pacientes que captan la lógica de la escala, marcan la representación de su dolor sin mayores complicaciones. Incluso hay autores que han descrito la correcta utilización de esta escala en niños de 5 años⁶.

Algunas de las ventajas de la VAS son su sensibilidad, simplicidad, reproducibilidad y universalidad. Tiene la ventaja de su empleo transcultural y la posibilidad de un análisis estadístico paramétrico pues se trata de una de las pocas ocasiones en que se emplean instrumentos continuos para evaluar el dolor. Todas las herramientas de medición son susceptibles de errores y la VAS no es ninguna excepción pero, si la escala se reproduce guardando las dimensiones originales y además se explica de manera que el paciente pueda entender su empleo, es una herramienta muy fiable para la valoración de la intensidad del dolor.

Escalas analógicas en pediatría.

En 1981, Dona Wong, una enfermera y Connie Baker, una especialista en vida infantil, trabajaban en un centro de quemados en Oklahoma. Frecuentemente atendían pacientes demasiado pequeños para comunicar sus sentimientos. Sus quejas y llantos eran malinterpretados por el personal sanitario y su dolor no era tratado adecuadamente. De esta manera, Wong y Baker decidieron desarrollar herramientas para poder comunicarse con los niños. Al revisar la literatura se encontraron con varias escalas que eran utilizadas en adultos y otras que habían sido desarrolladas para la medición del dolor en niños, como la escala de colores, y una que utilizaba cuatro caras pero que no había sido publicada. Lo que decidieron fue utilizar la lógica de las escalas de adultos con las herramientas pediátricas existentes. Con el desarrollo de los primeros instrumentos, las autoras descubrieron que los niños tenían problemas considerables utilizando escalas con números, con rangos o con palabras desconocidas, pero notaron que respondían adecuadamente a las expresiones faciales. Desafortunadamente, en la literatura existía poco sobre ese tema, a excepción de una tesis doctoral⁷. Durante la década de 1980 se utilizaban muchas pegatinas con expresiones faciales para ayudar al personal sanitario a que los niños siguieran sus instrucciones y cumplieran con los tratamientos. Inspirada en este ejemplo, Baker inició un proyecto utilizando expresiones faciales. Inicialmente dibujó seis caras con distintas expresiones desde una cara feliz hasta una muy triste e

instruyó a niños de seis años para organizarlas de "la más alegre" a "la más triste" a fin de que correspondieran a una persona con "nada de dolor" hasta "mucho dolor". Posteriormente asignó un número del 0 al 5 a cada cara en orden ascendente. Esta numeración se utilizó únicamente para la recogida de datos por parte del investigador. La elección de seis caras se realizó en base a que pocas no proporcionarían una escala con suficiente sensibilidad y demasiadas podrían confundir a los niños. Para el desarrollo de las expresiones faciales, invitaron a los niños que se encontraban en diversas unidades del centro, entre ellas los de la unidad de quemados, para que participasen activamente e incluso desarrollaron expresiones que, según ellos, mostraban diferentes intensidades de dolor. Las secuencias de expresiones faciales dibujadas por los niños eran todas distintas pero tenían varios rasgos en común como la forma de la cara, los ojos, la nariz y la boca. Así, siguiendo los rasgos comunes de las expresiones faciales, se creó la primera escala. Posteriormente, la escala fue puesta a prueba con un grupo nuevo de 25 niños para detectar si eran capaces de entender la escala y utilizarla. Los primeros resultados fueron muy favorables. Las expresiones que se utilizan en la actualidad fueron dibujadas por un profesional siguiendo las características de las expresiones dibujadas por los niños (**Fig. 3**). Finalmente, se realizaron varios ensayos para verificar la fiabilidad y la sensibilidad de la escala durante un período aproximado de dos años. La mayoría de ensayos fueron realizados con niños hospitalizados, ambulatorios y escolares. Posteriormente se utilizó la escala en adolescentes para verificar los resultados. Desde entonces, la escala ha sido utilizada en niños, adolescentes, adultos y especialmente en ancianos obteniendo resultados satisfactorios. Así, una de las ventajas de la escala de expresiones faciales, es que puede utilizarse en cualquier tipo de pacientes sin importar el sexo, la edad o la raza. Desde la publicación de esta escala de expresiones faciales, se han desarrollado muchas otras, como la de Bieri et al.⁸. No existe evidencia científica que demuestre qué escala es mejor pero la descrita por Wong y Baker⁹ ha mostrado buenas propiedades psicométricas de validez y fiabilidad. El dolor pediátrico puede o no producir cambios fisiológicos en el niño, lo cual hace que el autoinforme por parte del paciente sea la única manera fiable de conseguir la información acerca de la intensidad del dolor. Afortunadamente, en niños mayores de 3 años la escala de expresiones faciales de Wong y Baker ha demostrado ser de gran utilidad. Con el tiempo, la escala ha sido revisada y se han introducido algunos cambios. Dado que las escalas utilizadas en adultos valoran el dolor de 0 a 10, se desarrolló una escala de expresiones faciales revisada, la cual incluye una valoración de 0 a 10 utilizando 6 expresiones faciales¹⁰. Algunas cualidades afectivas, como las sonrisas y las lágrimas fueron anuladas, dado que algunos pacientes pueden estar experimentando mucho dolor sin estar llorando. La puntuación de las expresiones se realiza del 0 al 10 utilizando únicamente los números pares (**Fig. 4**). Esta escala ha sido utilizada para medir la intensidad de dolor en pacientes de 4 a 16 años obteniéndose resultados satisfactorios. También Miró et al.¹¹ han mostrado su eficacia para valorar el dolor en ancianos.

Hace algunos años McGrath et al.¹² realizaron un estudio de

validación de una escala de valoración de la intensidad de dolor basada en colores. Esta escala tiene una valoración numérica en la parte posterior que es utilizada para la valoración por el administrador de la escala. Durante el estudio la escala fue comparada con una escala visual analógica. Los niños utilizaron estas escalas para completar el *Children's Pain Inventory* en el cual puntuaban la intensidad del dolor junto con 16 acontecimientos dolorosos de diferente intensidad. Los resultados demostraron que la nueva escala tenía características psicométricas similares a la VAS. Sin embargo, la escala de colores demostró ser mucho más fácil de administrar que la VAS, lo cual puede ser más útil en la práctica clínica.

Métodos multidimensionales

Como hemos mencionado con anterioridad, el dolor posee características cualitativas que se ajustan al presente en cada situación clínica, como la cualidad urente del dolor causálgico o el cólico en el dolor visceral. Estas características son fundamentales para el correcto diagnóstico del dolor y en muchas ocasiones incluso dan alguna pista para el tratamiento.

En 1939, Dallenbach compiló una lista de 44 palabras que describían las cualidades del dolor y las clasificó en 5 grupos: el curso temporal de la experiencia, la distribución espacial (penetración, irradiación), la fusión o integración con la presión (pesadez, opresión), la implicación afectiva y los atributos cualitativos (punzante, sordo, urente).

En 1971 Melzack y Torgerson iniciaron una investigación acerca de las cualidades del dolor. Las palabras que eran utilizadas para describir el dolor fueron categorizadas para intentar agruparlas posteriormente en diferentes niveles de intensidad en una sola dimensión. Inicialmente partieron del trabajo de Dallenbach e incluyeron palabras adicionales relativas al dolor que encontraron en la literatura y de los descriptores que proponían los pacientes ingresados con dolor. La lista final contenía 102 palabras. Después de varias propuestas, agruparon las palabras en tipos y subtipos que describieran los diferentes aspectos de la experiencia dolorosa¹³.

En la primera parte del proceso recurrieron a médicos y estudiantes de ciencias médicas, a quienes pidieron que clasificaran las palabras en pequeños grupos que describieran distintivamente las diferentes cualidades del dolor. En base a los datos, las palabras o descriptores fueron clasificadas en 3 categorías principales (sensorial, emocional y evaluativa). La categoría sensorial incluía los descriptores de las cualidades sensoriales de la experiencia en función de las propiedades temporales, espaciales, de presión y térmicas. Bajo la categoría afectiva se agrupaban los descriptores de la ansiedad, el miedo y las propiedades autonómicas que forman parte del dolor. Finalmente, la categoría evaluativa recogía las palabras que describieran la intensidad global y subjetiva de la experiencia dolorosa.

La segunda parte del estudio consistió en determinar las intensidades de dolor sugeridas por las palabras dentro de

subclases. Grupos de médicos, pacientes y estudiantes asignaron un valor de intensidad a cada palabra, utilizando una escala numérica y clasificando las palabras de menor a mayor intensidad de dolor. Al realizar este procedimiento, se descubrió que muchas de las palabras sugerían la misma intensidad de dolor pero, a pesar de que las intensidades dentro de los tres grupos era diferente, todos los sujetos ordenaron las palabras en el mismo orden según su intensidad.

Debido al alto grado de concordancia sobre la intensidad de los descriptores de dolor entre los sujetos de diferentes razas, culturas, educación y nivel socioeconómico, se desarrolló una primera herramienta experimental para el estudio del dolor. Además de una lista de descriptores de dolor, el cuestionario tenía dibujos del cuerpo para identificar la distribución espacial del dolor, palabras que describen las propiedades temporales del dolor y la intensidad. Para la medición de la intensidad, se utilizaron números de 1 a 5 asociados a diferentes descriptores de intensidad.

Durante esta fase inicial de investigación, el cuestionario no tenía un nombre en concreto, y se referían a él como el cuestionario de Melzack y Torgerson, o simplemente como el cuestionario de dolor. Posteriormente, cuando su uso fue más común y por su amplia utilización en la Universidad de McGill, fue llamado entre los investigadores como el Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ, *McGill Pain Questionnaire*). Un estudio con la descripción de las propiedades y el método de puntuación del cuestionario fue publicado finalmente¹⁴.

El MPQ está compuesto por las tres categorías con 20 subclases. Las categorías se asocian en cierta manera al substrato teórico deducido de la teoría de la puerta de entrada de Wall y Melzack descrita en 1965. Se incluye asimismo un grupo de descriptores dentro de la categoría de miscelánea.

El MPQ ha sido utilizado ampliamente en varios idiomas, mostrando ser de gran utilidad. En español existen varias versiones, pero la que ha demostrado mejores propiedades psicométricas es la de Lázaro *et. al.*¹⁵ llamado MPQ-SV (*McGill Pain Questionnaire-Spanish Version*) que se recoge en la **(figura 5)**. Un estudio realizado con el MPQ-SV ha mostrado que sus propiedades psicométricas se mantienen cuando se utiliza en otros países de lengua española, como México, Costa Rica, Argentina o Panamá. Los resultados de dicho ensayo demostraron que, la versión en español del MPQ posee una gran validez interna por lo que puede ser utilizado independientemente de las diferencias culturales¹⁶.

El MPQ-SV consta de 15 subclases en la categoría sensorial, 3 en la emocional (Tensión emocional, Signos vegetativos, Miedo) y una en la Valorativa. Para aplicarlo el médico debe leer cada uno de los descriptores de cada subclase y pedir al paciente que escoja uno o ninguno. Finalmente se procede a contar el valor de los descriptores de forma ordinal (1 el primero, 2 el segundo, 3 el tercero...) dentro de cada subclase. Ello permite obtener una serie de puntuaciones que permiten evaluar la evolución del dolor y la eficacia del tratamiento.

Los métodos multidimensionales, como el MPQ-SV, permiten obtener una mayor información sobre el dolor, especialmente en situaciones de cronicidad. Sin embargo, también pueden ser útiles en el dolor agudo, sobretodo cuando se desea obtener una mayor precisión en la evaluación, como ocurre en situaciones experimentales¹⁶.

