



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, 2017**

Introducción

- El dolor es un problema de salud pública de gran importancia en todo el mundo. En el año 2004 *la International Association for the Study of Pain (IASP)* y *la World Health Organization (WHO)* anunciaron el alivio del dolor como uno de los derechos humanos fundamentales
- La prevalencia del dolor crónico en España era del 11% y la global Europea del 19%.(2003)
- Afecta, de forma relevante, la calidad de vida de la población general, con importantes consecuencias personales, familiares y laborales.
- El dolor es la causa más común de discapacidad laboral a largo plazo.
- Los médicos de Atención Primaria son a los que inicialmente se les consulta, (el dolor es la causa más frecuente de las consultas)

Introducción

- Las UD están formadas por Anestesiólogos, Rehabilitadores, Reumatólogos, Internistas, Geriatras y Psicólogos.

¿Qué pacientes son los remitidos a la UD?

- Con patologías de base importantes
- No respuesta a los analgésicos habituales (Dolor Neuropático)
- Indicación de técnicas analgésicas infiltrativas

Objetivos de la UD

- Hacer entender al paciente que un estado sin dolor puede no ser alcanzable
- Optimizar el control del dolor
- Mejorar las capacidades funcionales, físicas y psicológicas del paciente y por tanto mejorar su calidad de vida, con los mínimos efectos adversos

Patologías más frecuentes en las Unidades de Dolor

Dolor osteomuscular

Patología de columna: lumbalgia y lumbociatalgia y pacientes con cirugía de espalda fallida (***estas tres patologías ocupan el porcentaje mayor de las pacientes que acuden a las UD***)

Dolor de características neuropáticas

Neuralgia postherpética, Neuralgia del Trigémino, Neuropatía Diabética.

Dolor Crónico Neuropático Postquirúrgico

Dolor de Muñón o Miembro Fantasma, Dolor Postoracotomía, Síndromes Dolorosos Regionales Complejos I, II

Definición de Dolor

El dolor es una experiencia angustiante, asociada a un daño tisular real o potencial, con componentes sensoriales, emocionales, cognitivos y sociales.

Updating the definition of pain

Williams, Amanda C. de C.; Craig, Kenneth D.

Pain: [November 2016 - Volume 157 - Issue 11 - p 2420–2423](#)

Según la Internacional Association for the Study of Pain, IASP (1979),

“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”.

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

Clasificación del Dolor

■ 1. Fisiopatología

- A. Nociceptivo 
 - 1) Somático
 - 2) Visceral
- B. Neuropático

■ 2. Duración

- A. Agudo
- B. Crónico

■ 3. Otros tipos de dolor

- A. Oncológico
- B. Psicógeno

1. Fisiopatología

A. Dolor Nociceptivo

- Causado por la activación de los nociceptores A- δ y C por un estímulo nocivo sobre los tejidos corporales (lesión, enfermedad, inflamación, infección ó cirugía)
- Es una respuesta fisiológica a una agresión
- El funcionamiento del sistema nervioso es correcto.
- Existe una importante correlación entre la intensidad de dolor percibido y la intensidad del estímulo desencadenante
- Responde bien a los fármacos analgésicos habituales como AINE y mórficos.

1. Fisiopatología

A. Dolor Nociceptivo

A.1) Dolor Somático

- Se debe a lesiones en los tejidos corporales:
Piel, subcutáneo, mucosas, músculos, cápsulas articulares
huesos
- Se caracteriza por ser bien localizado, circunscrito a la zona dañada y se describe con sensaciones claras y precisas

A.2) Dolor visceral

- Se origina por una lesión o disfunción de un órgano interno ó sus serosas. Suele estar mediado por los receptores de estiramiento, isquemia e inflamación.
- No todas las vísceras son sensibles a los estímulos dolorosos (cerebro, hígado, pulmón, ovarios)

Características

- Es 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: náuseas, vómitos, sudoración, HTA y taquicardia.

Apendicitis, colecistitis, patología pleural.

Dolor referido

- Se origina frecuentemente en un órgano visceral y se puede sentir en regiones del cuerpo alejadas de la zona de origen.
- Parece ser debido a la convergencia espinal de neuronas aferentes viscerales y somáticas en las fibras espinotalámicas y por otro lado, a patrones de desarrollo embriológico y migración tisular.
- La clínica más frecuente son la hiperalgésia cutánea y profunda, hiperactividad autonómica y las contracciones musculares.

(Dolor en brazo o en cuello en el IAM, o el dolor en hombro en la patología de la vesícula biliar)

Dolor irradiado

- Se trasmite a lo largo de un nervio o un músculo extendiéndose desde el lugar de origen (ciática, espasmo muscular)
- Tanto el dolor de origen somático y algunos dolores de origen visceral pueden irradiarse.

B. Dolor Neuropático

“el dolor que se origina como consecuencia directa de una lesión o enfermedad que afecta al sistema somatosensorial”

El DN es una descripción clínica (y no un diagnóstico), que requiere una lesión demostrable o una enfermedad que cumpla los criterios diagnósticos neurológicos establecidos.

Lesión se considera cuando las pruebas diagnósticas (imágenes, neurofisiología, biopsias, pruebas de laboratorio) revelan una anomalía o cuando hay un trauma obvio

Enfermedad se considera cuando la causa subyacente de la lesión es conocida (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 (la visión, el oído, el olfato).

El Grupo de Interés Especial sobre Dolor Neuropático [Special Interest Group on Neuropathic Pain (NeuPSIG)] de la IASP, 2007

B. Dolor Neuropático

La IAPS , propone unos criterios diagnósticos

- 1.- Dolor con una distribución neuroanatomicamente 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.

Diagnóstico de Dolor Neuropático

Posible: si se cumplen los criterios 1 y 2

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

B. Dolor Neuropático

- Se le considera como un "dolor patológico", dado que no tiene ninguna utilidad beneficiosa para el organismo
- La sensibilización central explica el por qué el dolor neuropático suele ser desproporcionado para un estímulo doloroso (hiperalgesia, alodinia) o se produce cuando no hay un estímulo identificable (dolor persistente, dolor de propagación).
- No es infrecuente que las pruebas diagnósticas no sean concluyentes.
- Por lo que en ocasiones tenemos que recurrir al juicio clínico para llegar a un diagnóstico

B. Dolor Neuropático

Clasificación del DN

Dolor Neuropático central: causado por una lesión o enfermedad del sistema nervioso somatosensorial central

Dolor Neuropático periférico: causado por una lesión o enfermedad del sistema somatosensorial periférico.

Causas DN

Traumatismo, inflamación, enfermedades metabólicas (diabetes), infecciones (herpes zoster), tumores, toxinas y enfermedades neurológicas primarias.

Características del DN

Quemante, punzante, lancinante, hormigueo, picazón, pinchazos, descarga eléctrica, golpeando, opresión, dolor profundo, espasmo o dolor al frío.

B. Dolor Neuropático

Características DN

- El Dolor Neuropático puede ser continuo o episódico
- Dificultad en su control
- La mayoría de pacientes requieren más de un fármaco para conseguir un alivio del dolor
- No respuesta importante a los analgésicos convencionales (AINE ó mórnicos) y si a otros grupos terapéuticos (antidepresivos, antiepilépticos y anestésicos locales)
- Importante influencia del estado emocional

2. Tiempo de Evolución

2. A. Dolor Agudo

“una experiencia desagradable y compleja con factores cognitivos y sensoriales que suceden como respuesta a un trauma tisular”

- Existe una correlación importante entre la intensidad del dolor y la patología desencadenante
- Su evolución natural es disminuir progresivamente hasta desaparecer una vez se produce la curación de la lesión subyacente

Causas : trauma, cirugía (dolor postop), procedimientos médicos, y enfermedades agudas.

2. A Dolor Agudo

- Tiene una importante función biológica de protección para evitar la extensión de la lesión.
- Se acompaña de reflejos protectores (reflejo de retirada, espasmo muscular y las respuestas autonómicas)
- Las respuestas hormonales al estrés, pueden tener efectos adversos tanto fisiológicos como emocionales.
- Breves periodos de estimulación dolorosa pueden producir cambios neuronales, que contribuirán en el desarrollo de DC
- la prevención y el tratamiento agresivo de DA para reducir las complicaciones (la progresión del dolor agudo a dolor crónico, un ejemplo muy demostrativo es el manejo de dolor postoperatorio)

2.B. Dolor Crónico

“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”.

Características

- El Dolor Crónico puede ser Nociceptivo, Neuropático o ambos.
- La intensidad del dolor puede variar de leve a intenso
- El dolor responde pobremente a los tratamientos habituales
- No tiene una acción protectora del organismo como ocurre en el dolor agudo.

- Algunos tipos de DC, es difícil diagnosticar la causa y en ocasiones dicha causa es insuficiente para explicar su presencia (El Dolor Neuropático y Miofascial Crónico)
- Frecuentemente perturba el sueño.
- Impacto importante sobre la vida de los pacientes (profesional como personal)
- Factores ambientales y afectivos pueden exacerbar el DC
- El DC 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.

Etiología del Dolor Crónico

- Lesiones agudas que evoluciona a DC (latigazo cervical, trauma, cirugía)
- Enfermedades crónicas: osteoartritis, lumbalgia, dolor miofascial, fibromiálgia, 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.

3.Otros tipos de Dolor

A. Dolor Oncológico

- Por la enfermedad en sí mismo (la invasión del tejido tumoral)
- La compresión o infiltración de nervios o vasos sanguíneos, (obstrucción de órganos, infección, inflamación)
- Procedimientos diagnósticos o tratamientos que sean dolorosos (biopsia, el dolor postoperatorio, toxicidades de la quimioterapia o radioterapia).

Características Dolor Oncológico

- Neurópticas y Nociceptivo

Dolor basal el que el paciente presenta de forma continuada

Dolor irruptivo : exacerbación del dolor de forma súbita y transitoria, aparece sobre la base de un dolor de fondo persistente, que por otra parte es estable y está adecuadamente controlado.

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

El dolor **irruptivo** :

- a) *Dolor irruptivo incidental*: se relaciona con un factor causal conocido y en ocasiones será previsible, por lo que en ocasiones puede manejarse de forma profiláctica

Factores involuntarios : ingesta (en pacientes con mucositis oral o esofágica), deposiciones (en pacientes con tumores pélvicos), roce en áreas con alodinia en pacientes con dolor neuropático.

Factores voluntarios: generalmente son inducidos por procedimientos terapéuticos como movimientos del paciente en la cama, cambios posturales.

- 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. (con las contracturas musculares, neoplasia de páncreas)

C) Dolor irruptivo por fallo de final de dosis:

- No debe considerarse como dolor irruptivo, es una consecuencia de un **ajuste incorrecto** de la pauta para el dolor persistente de base.
- Habitualmente ocurre en el periodo de titulación de dosis, o porque hay una prescripción de intervalos demasiados largos entre las dosis.
- Aparece antes de la teórica siguiente dosis de analgésico y se debe a una **infradosificación del analgésico de base**.
- Esta situación se suele resolver **aumentando la dosis del opiáceo de base o disminuyendo los intervalos de administración**.

B. Dolor Psicológico

- No tiene una naturaleza orgánica sino características psicopatológicas, derivadas de una patología psiquiátrica más o menos importante.
- Se presenta en individuos con una personalidad alterada, ansiosos, depresivos, neuróticos.
- El dolor 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.
- Este diagnóstico tiene que realizarse con un buen estudio del paciente y una buena valoración psiquiátrica y psicológica, dada la complejidad diagnóstica que presentan algunos tipos de dolor

Historia Clínica y Exploraciones

- El paciente es remitido **con un diagnóstico**, pero sin control del dolor.
- El paciente es remitido con dolor y **sin un diagnóstico** establecido, pero bien estudiado.
- En ocasiones es necesario remitir al paciente a otra especialidad para completar el estudio y descartar una patología que requiera un tratamiento específico.
- Mantener un contacto directo y permanente con los otros médicos especialistas que siguen al paciente para asegurar una atención óptima del mismo.

Historia clínica

4.1- Historia médica general

■ Antecedentes Médicos (AM)

- Los **AM** nos pueden ayudar tanto para el diagnóstico del dolor como para el manejo del tratamiento

(Alteraciones hematológicas, sangrados digestivos, alteraciones renales, hepáticas ó cardiológicas (ajuste de dosis de los fármacos analgésicos, retirada de fármacos prescritos para otras patologías como los antiagregantes para la realización de técnicas invasivas)).

- Los **AQ** son importantes, algunos dolores crónicos son secuelas de una **IQ** y esta información nos será importante tanto para el diagnóstico como el tratamiento.

4.2- La historia del Dolor

- Inicio, duración, intensidad, localización neuroanatómica, cualidad y características (Nociceptivo ó Neuropático) ,componentes afectivos del dolor.
- Exacerbación y alivio son importantes porque en ocasiones explican los mecanismos fisiopatológicos del dolor.
- 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

- Alergias Medicamentosas y no medicamentosas (látex, comida, ambientales). Si existen deben ser anotadas y especificar la naturaleza de la reacción.
- La prescripción e intervención médica debe tener 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.
- Interrogar sobre los fármacos que el paciente se toma sin prescripción médica (paracetamol, AAS, 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.
- Cumplimiento de los fármacos analgésicos prescritos. Es frecuente que el paciente no siga una pauta regular. Si no hay un cumplimiento correcto averiguar los motivos, para poder actuar sobre ellos.
- Explicar al paciente y tratar algunos de los efectos secundarios más frecuentes, como el estreñimiento y las náuseas y vómitos en el tratamiento con morfínicos

4.4- Historia psicológica y social

- Información acerca de la presencia de síntomas **PSG** (ansiedad, depresión,) y trastornos **PSQ** (ideación suicida), historia de hábitos y comportamientos adictivos.
- Según la clínica el paciente será tributario de PSG y/o PSQ.
- Muchas UD disponen de un psicólogo como un miembro más
- Evaluar la influencia del dolor sobre sueño. La alteración del sueño, es importante tratarlo.
- Evaluar el impacto del DC 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:

Exploración principalmente del SN y musculoesquelético. Sin descuidar la exploración de otras localizaciones que estén indicadas por la historia clínica del paciente:

- Inspección general y observación de la fécies que usualmente es dolorosa; marcha y 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, hiperalgesia, hipoalgesia, analgesia, parestesias, disestesias, y otros signos especiales como el Tinel, Laségue, Babinski y Lhermite.

La terminología neurológica

Hiperalgnesia aumento de la sensación dolorosa para estímulos nocivo

Hipoalgnesia 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

Escala Visual Analógica (EVA),

El DN4 para el diagnóstico y seguimiento del dolor neuropático

SF36 sobre la calidad de vida.

5. B. Pruebas Diagnóstica

- Pruebas de laboratorio
- Radiología simple
- Gammagrafía ósea
- Tomografía axial computadorizada TAC
- Resonancia Magnética
- Electromiograma
- Tomografía computadorizada por emisión de protones aislados (PET)

5.C. Procedimientos de diagnóstico Intervencionistas

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
- La infiltración selectiva de una raíz nerviosa puede valorar el nivel anatómico del dolor radicular.
- Los 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.
- Bloqueos periféricos pueden ayudar en el diagnóstico de dolor en una distribución nerviosa periférica específica.

“Banderas Rojas”

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

Laségue 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,

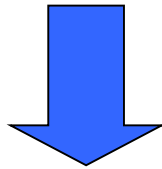
DN en niños

Alcoholismo

Uso de drogas recreativas.

La combinación :

- ✓ Los hallazgos de la historia del paciente
- ✓ El examen físico
- ✓ La evaluación del diagnóstico



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.