Valoración del dolor crónico no oncológico del adulto en la atención primaria

G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS

Valoración del dolor crónico no oncológico del adulto en la atención primaria

GOIB CONSELLERIA SALUT I CONSUM
SERVEI SALUT ILLES BALEARS

Autoría (por orden alfabético)

- Aguilar Sánchez, José Luis. Jefe del Servicio de Anestesia del Hospital Universitario Son Llàtzer. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Alorda Quetglas, Catalina. Psicóloga de la Unidad de Salud Mental Son Servera. Centro de Salud Llevant (Son Servera). Gerencia de Atención Primaria de Mallorca
- Aokhiyad Lebrahimi, Layla. Farmacéutica de la Oficina de Calidad. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Arrufat Goterris, Gemma. Farmacéutica de atención primaria. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca
- Barrio Sanchis, Maria. Médica de medicina de familia y comunitaria del Centro de Salud Santanyí. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca
- Blanco Gómez, María Concepción. Médica de medicina de familia y comunitaria del Centro de Salud Es Pla (Sineu). Gerencia de Atención Primaria de Mallorca
- Cabanillas Cabanillas, M.ª del Carmen. Terapeuta ocupacional del Centro de Salud Emili Darder (Palma). Hospital Universitario Son Llàtzer. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Cabanillas Cabanillas, Paula. Enfermera gestora de casos del Sector Sanitario de Ponent. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca
- Carandell Jäger, Eugenia. Directora de Asistencia Sanitaria. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Córdoba Holt, Sabina Alejandra. Anestesista del Hospital General Mateu Orfila. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Fernández Fernández, Carmen. Médica de medicina de familia y comunitaria del Centro de Salud Arquitecte Bennàzar (Palma). Gerencia de Atención Primaria de Mallorca
- Fernández Quetglas, Juana. Médica de medicina de familia y comunitaria del Centro de Salud Rafal Nou (Palma). Gerencia de Atención Primaria de Mallorca
- Frieyro González, Alberto. Enfermero del Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD). Gerencia de Atención Primaria de Mallorca
- Mora Canet, Brígida. Enfermera de la Oficina de Calidad. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Munuera Arjona, Susana. Médica de medicina de familia y comunitaria de la Oficina de Calidad. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Muñoz Alonso, Yolanda. Enfermera del Servicio de Planificación Sanitaria. Dirección General de Prestaciones y Farmacia. Consejería de Salud y Consumo del Gobierno de las Islas Baleares
- Navarro Izquierdo, Cristina. Enfermera de la Unidad del Dolor del Hospital de Manacor. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Nogueiras Pérez, Teresa. Jefa del Servicio de Anestesia del Hospital Can Misses. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Oliver Mora, Agnès. Psicóloga del Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD). Gerencia de Atención Primaria de Mallorca
- Oliver Rullan, Maria Isabel. Fisioterapeuta del Centro de Salud Emili Darder (Palma). Gerencia de Atención Primaria de Mallorca
- Ortuño Muro, Rosa. Médica de medicina de familia y comunitaria y documentalista de la Oficina de Calidad. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Peláez Romero, Raquel. Anestesista de la Unidad del Dolor del Hospital Universitario Son Llàtzer. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Puiggròs Hernández, Patricia. Anestesista del Hospital de Manacor. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Santisteban Herrero, Óscar. Médico de medicina de familia y comunitaria del Centro de Salud Canal Salat (Ciutadella). Área de Salud de Menorca
- Serra Sansó, Francisca. Enfermera del Centro de Salud Es Pla (Sineu). Gerencia de Atención Primaria de Mallorca
- Tejero García, Miguel. Anestesista del Hospital Comarcal de Inca. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Utrillas Ortiz, Raquel. Médica de medicina de familia y comunitaria del Centro de Salud Es Viver (Eivissa). Área de Salud de Ibiza y Formentera
- Vicente Tutor, María José de. Anestesista de la Unidad del Dolor del Hospital Universitario Son Espases. Servicio de Salud de las Islas Baleares

Autora corresponsable

- Susana Munuera Arjona. *susana.munuera@ibsalut.es*

Declaración de conflicto de intereses

Dada la naturaleza de este documento, se considera que no es procedente la declaración de conflicto de intereses.

Revisión externa (por orden alfabético)

- Lafau Marchena, Oriol. Psiquiatra y coordinador de Salud Mental de las Islas Baleares. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Vicens Caldentey, Caterina. Médica de medicina de familia y comunitaria del Centro de Salud Son Serra - La Vileta. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca
- Vidal Thomàs, Clara. Enfermera del Gabinete Técnico. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca

Revisión lingüística

Paraula Centre de Serveis Lingüístics

Edición

G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS

Servicio de Salud de las Islas Baleares. Noviembre de 2019

ISBN

978-84-09-17996-1

Cómo citar este documento

GRUPO DE TRABAJO DE DOLOR CRÓNICO DEL SERVICIO DE SALUD DE LAS ISLAS BALEARES. *Valoración del dolor crónico no oncológico del adulto en la atención primaria*. Palma: Servicio de Salud de las Islas Balears, 2019.

Índice de contenidos

Introducción 8
Objetivos 10
Personas destinatarias 10
Población diana 10
Definición del dolor 11
Características y tipos de dolor 11
Mecanismo de cronificación 13
Valoración diagnóstica 16
Indicadores de evaluación 25
Bibliografía 26
Glosario 30

ANEXOS 34
Anexo 1. Inventario de sensibilización central 36
Anexo 2. Banderas rojas en el dolor lumbar 38
Anexo 3. Banderas amarillas 39
Anexo 4. Cuestionario breve del dolor (versión corta) 40
Anexo 5. Índice de Barthel 43
Anexo 6. HADS 45
Anexo 7. Escala de Lawton y Brody 47
Anexo 8. EuroQol-5D-5L 49
Anexo 9. DN4 50
Anexo 10. PAINAD 52

Introducción

El dolor es una experiencia sensitiva y emocional desagradable que afecta de forma relevante a la calidad de vida de la población y que tiene una gran repercusión personal, familiar, social y laboral.[1]

Mientras que el dolor agudo es un síntoma o una manifestación de una lesión tisular y tiene una función protectora, el dolor crónico no oncológico (DCNO) se considera un problema en sí mismo.[2]

El DCNO afecta al 19 % de los europeos y al 17 % de los españoles adultos.[3, 4] La prevalencia de dolor crónico aumenta con la edad y es de > 30 % en mayores de 75 años.[5]

En la Encuesta Nacional de Salud de España de 2017* un 14,6 % de las personas encuestadas manifiestan haber tenido que reducir sus actividades habituales por algún tipo de dolor en las dos últimas semanas; este porcentaje es mayor en mujeres que en hombres.

En su potencial cronificación, interactúan una serie de factores, no solo biológicos, sino también emocionales y sociales, que aumentan en la población vulnerable. Con frecuencia se asocia a ansiedad, trastornos del sueño, deterioro de la calidad de vida, absentismo laboral y a un incremento del uso de los servicios sanitarios, por lo que es considerado, hoy en día, un problema de salud pública.

Toda persona tiene derecho a que su dolor sea reconocido y respetado, y a recibir una atención personalizada y basada en la mejor evidencia. Además, debe implicarse activamente en los propios cuidados en colaboración con el equipo sanitario.[6, 7]

A pesar de la magnitud del problema y del interés profesional, científico y social que supone, la cuestión está infravalorada y es tratada inadecuadamente por múltiples motivos: instrumentos de evaluación escasos y poco utilizados, poca atención a los componentes emocionales y culturales del dolor y a las actitudes y conductas de afrontamiento, accesibilidad disminuida a recursos en tratamientos no farmacológicos y déficit de formación adecuada.[8]

Los profesionales de atención primaria tienen un papel clave en la prevención y en la detección, el seguimiento, la derivación a otros profesionales, la evaluación de resultados, la promoción del autocuidado y la restauración funcional.[9]

Por ello, la Oficina de Calidad del Servei de Salut impulsa la elaboración de una serie de documentos clínicos destinados a disminuir la variabilidad en la práctica, y a mejorar la formación de los profesionales, la coordinación asistencial y la equidad en el acceso a los recursos disponibles.

Este primer documento trata de la valoración del DCNO en las consultas de atención primaria. El tratamiento y los criterios de derivación se tratarán en documentos posteriores.

* *www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_MOD1_REL.pdf.*

Objetivos

General

Mejorar la calidad de vida de los pacientes con dolor crónico atendidos en atención primaria.

Específicos

- Mejorar la valoración del dolor crónico en las consultas de atención primaria.
- Disminuir la variabilidad no justificada de la práctica clínica.
- Mejorar la calidad y la seguridad de la asistencia al dolor crónico.

Personas destinatarias

Profesionales sanitarios de la atención primaria de las Islas Baleares.

Población diana

Personas que acuden a la consulta de atención primaria con motivo de dolor crónico no oncológico en la comunidad autónoma de las Islas Baleares.

Definición del dolor

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP)* define el dolor como una «Experiencia sensitiva y emocional desagradable asociada a lesión tisular real o potencial o descrita en términos de dicha lesión».

El *dolor crónico* es el que está presente durante más de tres meses de forma continua o intermitente más de cinco días por semana.[8-10]

Características y tipos de dolor

Tal como se indica en la tabla 1, podemos clasificar el dolor según su duración, su curso, su etiopatogenia y su intensidad.[9]

Tabla 1. Clasificación de los tipos de dolor según sus características

Duración	Dolor agudo < 1 mes	
	Dolor subagudo 1-3 meses	
	Dolor crónico > 3 meses	
Curso	Dolor continuo	Controlado
		No controlado (irruptor, final de la dosis)
	Dolor intermitente	
Etiopatogenia	Dolor nociceptivo (somático, visceral)	
	Dolor neuropático	
	Dolor mixto	
Intensidad	Leve	EVA* < 4
	Moderado	EVA 4-6
	Intenso	EVA > 6

Fuente: Adaptación del Consenso SEMFyC, SEMERGEN, SEMG.

* EVA: Escala visual analógica para valorar la intensidad del dolor.

Duración

- AGUDO: tiene una duración limitada (horas o menos de 1 mes) con una finalidad protectora, puesto que es una señal de alarma que remite o desaparece cuando cesa la causa o lesión.

- SUBAGUDO: dolor de 1 a 3 meses de evolución.

* International Association for the Study of Pain (*www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain*).

- CRÓNICO: se prolonga al menos tres meses (IASP). Se pierde el papel protector. Pasa de ser un síntoma aislado más o menos complejo a transformarse en una entidad con un impacto negativo en distintos aspectos: orgánico, funcional, emocional, laboral, familiar, social y económico.

Curso

- CONTINUO: es un dolor persistente a lo largo del día que no desaparece. Si es tolerable y no interfiere en la vida del paciente, se dice que está controlado. Se considera que el dolor no está controlado cuando por su intensidad o su cualidad provoca discapacidad o altera la calidad de vida del paciente.

  En el curso del dolor crónico continuo o persistente puede aparecer un dolor episódico:

  a) DOLOR IRRUPTOR:[11] exacerbación transitoria del dolor. Puede manifestarse de forma espontánea o asociado a un desencadenante. Para considerarlo irruptor, debe tener las siguientes características:
    - Inicio rápido en forma de pico de 3-5 minutos.
    - Intensidad de moderada a intensa.
    - Duración entre 1 minuto y 4 horas (duración media de 30 minutos).
    - Frecuencia de 1 a 4 episodios al día.
    - Asociado a importantes repercusiones psicológicas, deterioro funcional del paciente y preocupación de los cuidadores.
      - Incidental: relacionado con alguna actividad (voluntaria o involuntaria tras algún procedimiento instrumental al paciente).
      - Espontáneo: aparece sin estar relacionado con una actividad ni causa establecida.

  b) DOLOR AL FINAL DE LA DOSIS: suele aparecer en el mismo momento del día, antes de la hora prevista de administración de la dosis del analgésico pautado, por dosificación insuficiente.

- INTERMITENTE: presenta intervalos temporales sin dolor. Su etiología puede ser neuropática, somática, visceral o mixta.

Etiopatogenia

Cuando se habla de dolor crónico, lo más habitual es agruparlo por patologías en la bibliografía. Las que con mayor frecuencia producen dolor crónico en el adulto son: el dolor lumbar (60,5 %) y el dolor articular (40 %).[12]

- NOCICEPTIVO: desencadenado por la acción de un estímulo doloroso sobre los receptores nociceptivos. Según dónde se origine, puede ser:

  a) SOMÁTICO: es un dolor superficial (cutáneo o mucoso) o un dolor profundo (músculos, ligamentos, tendones, huesos, articulaciones, vasos sanguíneos). Ejemplos: dolor articular y dolor lumbar o cervical (sin afectación neurológica).

b) VISCERAL: tiene el origen en las vísceras u órganos internos, es de difícil localización y suele asociarse a cortejo neurovegetativo por participación del sistema nervioso autónomo. Ejemplo: endometriosis.

- NEUROPÁTICO: dolor iniciado o causado por una lesión o disfunción primaria que afecta al sistema nervioso somatosensorial. Este sistema proporciona información al cuerpo sobre la piel, el sistema musculoesquelético y el visceral.

  Puede ser central, como en caso de accidente cerebrovascular, y periférico o localizado. El dolor neuropático localizado es un subtipo de dolor que se caracteriza por un área de máximo dolor consistente y circunscrito. Ejemplos: dolor radicular, neuralgia postherpética, neuralgia del trigémino y polineuropatía diabética.

- MIXTO: presenta simultáneamente un componente neuropático y un componente nociceptivo. Aparece en un número elevado de pacientes y requiere un planteamiento específico que contemple ambos componentes. Ejemplo: dolor oncológico debido a metástasis, que comprende un componente neuropático y nociceptivo de tipo inflamatorio.

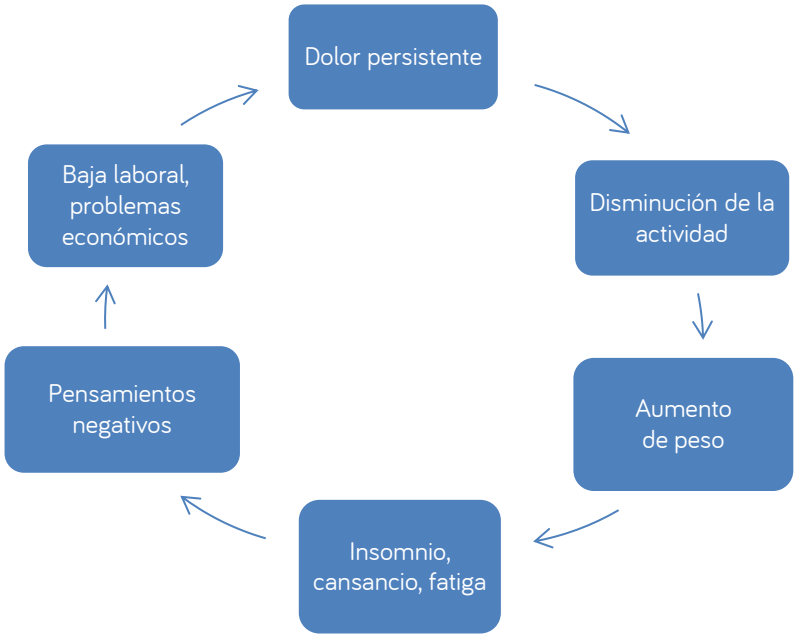
Intensidad[9]

- Leve: EVA < 4
- Moderado: EVA de 4-6
- Intenso: EVA > 6

Mecanismo de cronificación

Cuando el dolor aparece y se mantiene, el organismo activa una secuencia de procesos psicológicos mediados por el aprendizaje y las creencias socioculturales que propician la cronificación o ciclo del dolor.

Figura 1. Ciclo del dolor



Fuente: Elaboración propia.

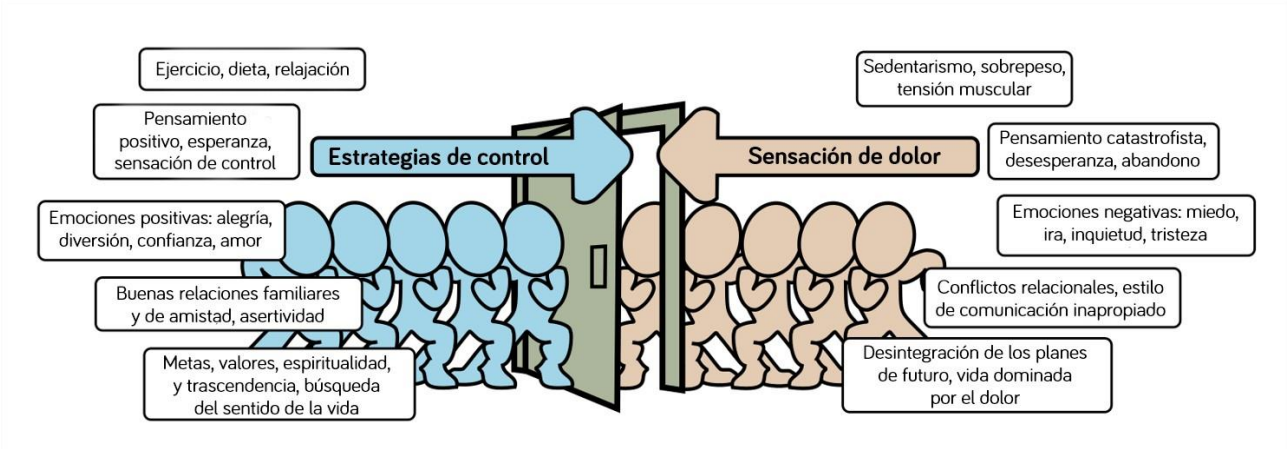
Como se puede observar en la figura 1, el dolor crónico tiene múltiples consecuencias en aspectos psicológicos (ansiedad, depresión, insomnio, baja autoestima), en las relaciones personales (tendencia al aislamiento), en la calidad de vida (reducción de la actividad física, disminución del ocio, dependencia) y en la situación económica (baja laboral, costes sanitarios, incapacidad).

Hipótesis etiopatogénicas

Teoría de la compuerta de Melzack[13]

- El estímulo doloroso se transmite o se bloquea según el tipo de fibra nerviosa que se active.
- Cuando se produce una estimulación fuerte y prolongada de tipo nociceptivo, se activan a la vez fibras nerviosas de grueso y pequeño calibre, lo cual provoca un conflicto entre la acción de las primeras, que tienden a cerrar la compuerta, y de las segundas, que tienden a abrirla.
- Melzack propone imaginar al dolor detrás de una puerta: cuando la puerta está cerrada, el dolor apenas se nota; cuando la puerta está abierta, el dolor se percibe en toda su intensidad.

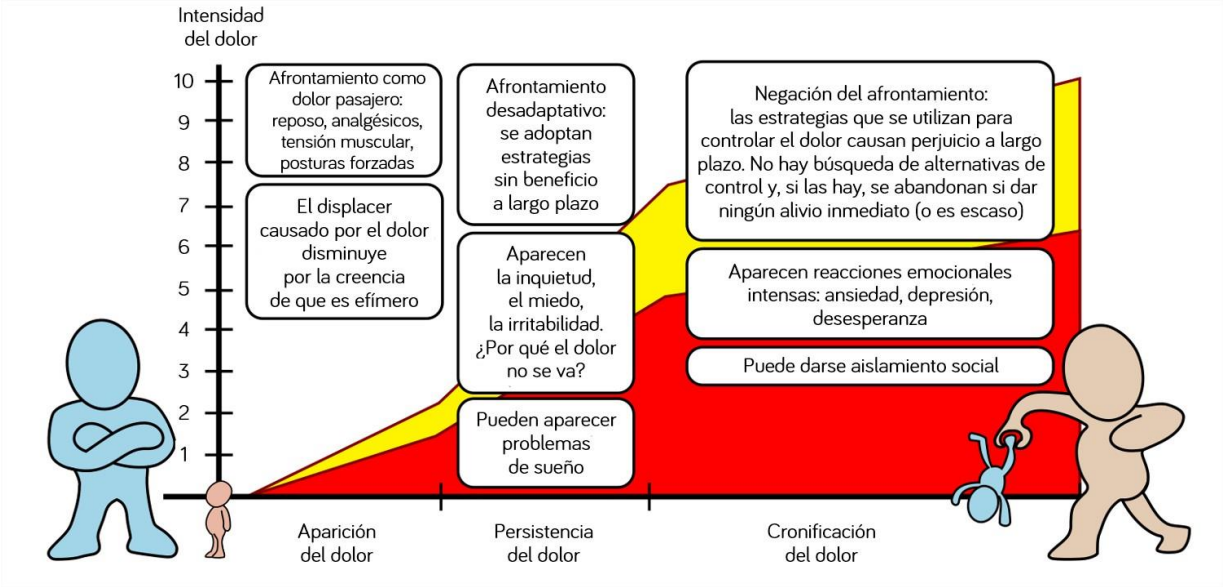
Figura 2. Teoría de la compuerta de Melzack



Fuente: SANZ GÓMEZ, Sergio. «Las causas y consecuencias del dolor crónico», en *Los porqués de la naturaleza* [en línea]. *http://losporquesdelanaturaleza.com/las-causas-y-consecuencias-del-dolor-cronico.*

- Este modelo sugiere que hay algunos factores, como el estilo de vida o las experiencias previas y las estrategias psicológicas y cognitivas, capaces de contribuir a la activación o al bloqueo del dolor.
- Las estrategias de afrontamiento que funcionan a corto plazo en el dolor agudo suelen ser contraproducentes a largo plazo y conducen al mantenimiento y a la cronificación del dolor.

Figura 3. Estrategias de afrontamiento a lo largo del tiempo



Fuente: SANZ GÓMEZ, *loc. cit.*

Teoría de la sensibilización central

- Propone la existencia de un estado de hiperexcitabilidad neuronal ante un estímulo periférico que da lugar a una respuesta dolorosa exagerada en intensidad y duración (hiperalgesia) ante estímulos habitualmente no dolorosos (alodinia).[14]
- Según esta teoría, la sensibilización es el resultado de la plasticidad sináptica del sistema nervioso central a partir de un estímulo nociceptivo (modulación). Diferentes formas de plasticidad (estructural, funcional o química) pueden, a su vez, modificar la forma en que se gestiona y procesa la información sensorial periférica.[15]
- Se manifiesta a través de dolor, espontáneo o persistente, desproporcionado ante estímulos nocivos. Se ha sugerido que podría haber factores genéticos para explicar por qué solo afecta a algunas personas, así como factores o aspectos comportamentales o psicológicos que tendrían un importante rol en el mantenimiento del dolor.[16, 17]
- Se ha elaborado un inventario de la sensibilización central validado en español, que puede consultarse en el anexo 1.[18]

Valoración diagnóstica

Consideraciones preliminares

En 1996, la Sociedad Americana del Dolor (APS) introdujo el concepto de *dolor* como la quinta constante vital. Esta iniciativa quería poner énfasis en la necesidad de valorar el dolor en todos los pacientes, con el fin de manejarlo de forma eficaz.[19] La Joint Commission (JC) de la Sociedad Americana del Dolor estableció unos principios básicos que deben seguir los profesionales sanitarios.[7]

Tabla 2. Decálogo del dolor para profesionales sanitarios

1) Todos los pacientes tienen derecho a que su dolor sea valorado y tratado.
2) El dolor es siempre subjetivo. El mejor indicador de dolor es la información que nos da el paciente. Acepte y respete esa información.
3) Los signos objetivos de dolor físico o conductuales (taquicardia, quejas, inquietud) no son indicadores ni sensibles ni específicos de dolor, y no sustituyen la información que nos proporciona el paciente, excepto que este no se pueda comunicar.
4) Los instrumentos para valorar el dolor deben ser apropiados a la población evaluada. Considere de forma especial a los pacientes que no sean capaces de comunicarse. Incluya la valoración familiar siempre que sea posible.
5) Puede existir dolor sin una causa física identificable. No atribuya de forma rutinaria el dolor a causas psicológicas.
6) A igual estímulo, pacientes distintos experimentarán diferentes niveles de dolor.
7) La tolerancia al dolor es diferente en las personas dependiendo de distintos factores, entre los cuales: herencia, estrategias de afrontamiento, experiencias anteriores, etc.
8) Los pacientes con dolor crónico pueden ser más sensibles al dolor y a otros estímulos.
9) El dolor no tratado tiene efectos físicos y consecuencias psicológicas adversas.
10) El dolor es una experiencia sensorial y emocional adversa, por lo que en la evaluación del dolor es necesario contemplar los aspectos físicos y los psicológicos.

Fuente: Joint Commission.

Elementos fundamentales para la valoración

La anamnesis, la exploración física y las pruebas complementarias permiten llegar al diagnóstico y diseñar un plan terapéutico individualizado.

1. Anamnesis

Toda persona que acude a la consulta por dolor crónico precisa de un enfoque integral y sistemático. Se deben abordar las características del dolor, las estrategias de afrontamiento del paciente, así como su impacto psicosocial y en las actividades de la vida diaria.

Tabla 3. Parámetros a recoger en la anamnesis

Localización	¿Dónde le duele?
Inicio e irradiación	¿Desde cuándo? Distribución del dolor.
Sensación	Cualidad del dolor.
Intensidad	¿Cuánto le duele?
Alivio/empeoramiento	Circunstancias que hacen que alivie/empeore el dolor.
Duración	Duración, curso y evolución. ¿Continuo?, ¿intermitente, ¿irruptivo?
Observaciones	¿Otros síntomas? Episodios anteriores. Creencias del paciente sobre su dolor, expectativas respecto al tratamiento y la evolución del cuadro, etc.
Recuerdo terapéutico	Tratamientos recibidos, eficacia, abandonos, efectos adversos.
Emocional	Estado psicológico: ansiedad, depresión, ideas de suicidio. ¿El dolor provoca trastorno del sueño?

Social	¿Cómo afecta a su vida familiar, a sus relaciones sociales y a su trabajo?

Fuente: FMC 2017 «Abordaje multifactorial del dolor crónico no neoplásico en Atención Primaria».[20] Para facilitar el recuerdo de todos los parámetros que hay que recoger, se puede usar la regla nemotécnica indicada por los autores del artículo: LISIADORES.

Las llamadas *banderas rojas* (*red flags*) son señales de alerta[22, 23] muy sensibles pero poco específicas que se han utilizado para valorar la gravedad del dolor en algunas patologías. Recientes estudios elaborados con pacientes con dolor lumbar han detectado muchos falsos positivos (por ejemplo, respecto al dolor nocturno) y un exceso de pruebas y de costes. Además, la ausencia de banderas rojas no descarta gravedad,[21, 22] por lo que es necesario individualizar cada caso (anexo 2).

De forma análoga, se han descrito las banderas amarillas para identificar riesgos psicosociales en las personas con dolor crónico. El concepto fue propuesto como método para detectar factores de incapacidad a largo plazo[23, 24] (anexo 3).

No hay ninguna medida objetiva del dolor, pero hay una serie de escalas y cuestionarios que pueden ayudar a valorarlo. Son instrumentos que exploran las distintas dimensiones del dolor crónico. Pueden ser generales (unidimensionales, multidimensionales) o específicos (para pacientes sin comunicación verbal o con dolor neuropático). Se recomienda usarlos para precisar el diagnóstico y para valorar la evolución a los 6, 12 y 24 meses.

Tabla 4. Escalas recomendadas en la valoración del dolor crónico

Escalas generales	
Unidimensionales (miden la intensidad del dolor)	Escala visual analógica
	Escala numerada
	Escala de expresión facial
Multidimensionales (exploran la repercusión del dolor crónico y la calidad de vida)	Brief Pain Inventory - Short Form (BPI-SF)
	EuroQOL-5D-5L
Escalas específicas	
Dolor neuropático	DN4
Valoración del dolor en demencia avanzada	PAINAD

Fuente: Elaboración propia.

- **Escalas generales unidimensionales**

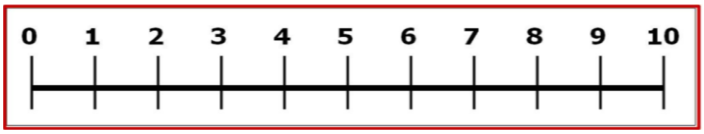
  a) **Escala visual analógica (EVA):** se ha convertido en la escala más utilizada en la clínica por ser la más sensible. Consiste en una línea horizontal (normalmente reflejada sobre una regla o similar) o vertical de 10 centímetros en la que se han rotulado los dos extremos con «Sin dolor» y «El peor dolor», de manera que el paciente debe señalar en la línea la intensidad con que percibe el dolor.[25]

  Figura 4. Escala visual analógica

  Sin dolor — *El peor dolor*

  b) **EVA numerada:** sobre la primera escala visual analógica, se han ido realizando pequeñas modificaciones, como la de numerarla de 0 a 10, para que el paciente elija el número que mejor describe su dolor. Todas estas modificaciones van encaminadas a aumentar la sensibilidad de la medición.

  Figura 5. EVA numerada

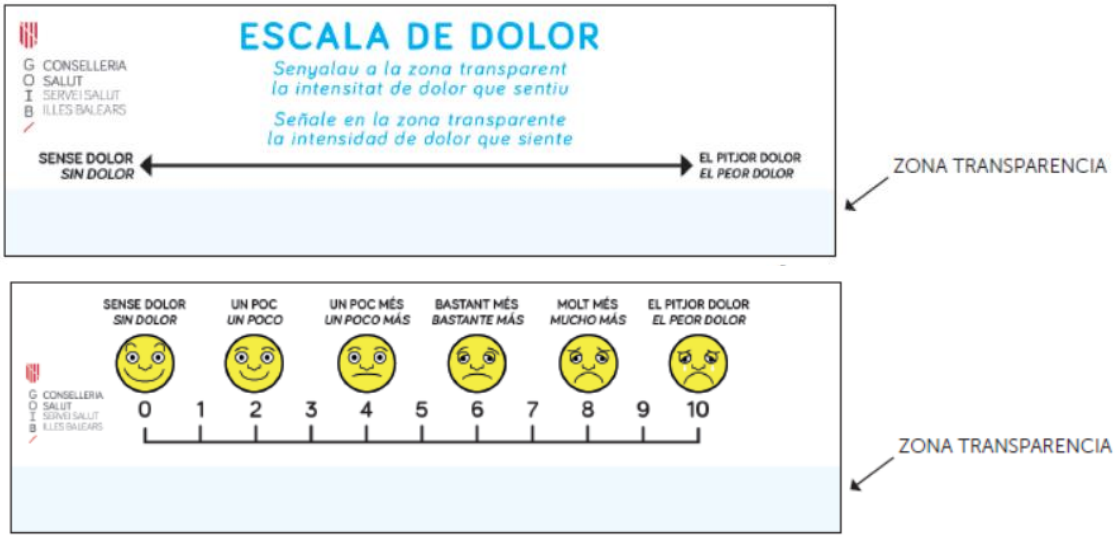
  Cualquiera de las dos es válida; ninguna ha demostrado ser más fiable o eficaz que la otra.[26] Una vez medida la intensidad, se debe registrar el resultado en forma numérica en la historia clínica (e-SIAP) junto al resto de parámetros clínicos. Se considera dolor leve: EVA < 4, dolor moderado: EVA de 4-6 y dolor intenso: EVA > 6.

En pacientes pediátricos o personas con deterioro cognitivo leve-moderado, se puede utilizar una escala de expresión facial.

c) **Escala de expresión facial:** también conocida como «escala de caras Wong-Baker» o «escala de las caras pintadas», ya que consta de varios dibujos de caras que reflejan diversas situaciones: feliz, sonriente, serio, triste y lloroso.

Se ha elaborado un instrumento corporativo para que los profesionales asistenciales puedan medir la intensidad del dolor mediante una de las tres, según las características de la persona afectada.

Figura 6. Escala de dolor corporativa



- **Escalas generales multidimensionales**

a) **Brief Pain Inventory (BPI-SF):**[27,28] se trata de un cuestionario autoadministrado desarrollado originalmente para el dolor oncológico. Es muy utilizado en clínica e investigación. Hay dos versiones validadas, de las que se recomienda la versión más corta, que consta de 9 preguntas que miden: localización, intensidad, efectos del tratamiento analgésico y repercusión del dolor crónico.

En el caso de que se detecte alteración del ánimo o dificultad para llevar a cabo las actividades diarias habituales, se recomienda ampliar la evaluación con otras escalas: HADS,[29] Barthel, Lawton y Brody (todas disponibles en los anexos 4 a 7).

b) **EuroQOL-5D-5L:**[30,31] es un instrumento genérico de medición de la calidad de vida con el que la propia persona valora su estado de salud, aunque también puede ser heteroadministrada. Permite un análisis del estado de salud individual, pero también puede usarse a nivel poblacional para analizar la efectividad de las intervenciones sanitarias.

El tiempo de administración es de aproximadamente 2-3 minutos. Está validado en nuestro medio. Consta de dos apartados:

1) Identifica 5 dimensiones de la salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) y sus niveles de gravedad.

2) Escala visual analógica de 20 centímetros, numerada del 0 (peor estado de salud imaginable) al 100 (mejor estado de salud). La persona usuaria debe marcar el punto en la línea vertical que mejor refleje la valoración de su estado de salud global en aquel momento (anexo 8).

- **Escalas específicas**

a) **DN4:**[32] valora el dolor neuropático o mixto con elevada sensibilidad y especificidad (80-90 %). Requiere un tiempo de aplicación de entre 5 y 10 minutos y está validada en nuestro medio. Mide 7 ítems referidos a síntomas y 3 referidos a la exploración: una puntuación total ≥ 4 sugiere dolor neuropático (anexo 9).

En el caso de que el DN4 sea positivo y el dolor sea localizado, se puede utilizar la herramienta de detección de dolor neuropático localizado,* que diferencia el dolor neuropático localizado de cualquier otro tipo de dolor. Es menos sensible que el DN4, pero mucho más específico.[33]

b) **Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD):**[34] es eficaz para medir el dolor en personas con demencia sin capacidad de comunicación. Esta escala puede ser usada por diferentes profesionales de la salud con poco entrenamiento, presenta una buena fiabilidad y está validada en español.[29] Está compuesta por 5 ítems de comportamientos observables: respiración, vocalizaciones negativas (expresión no verbal de dolor, gemidos, quejidos, etc.), expresión facial, lenguaje corporal y consolabilidad (incapacidad para consolarse).

Estos comportamientos se observan en tres contextos del paciente: en reposo, durante una actividad agradable y en situación de dolor.

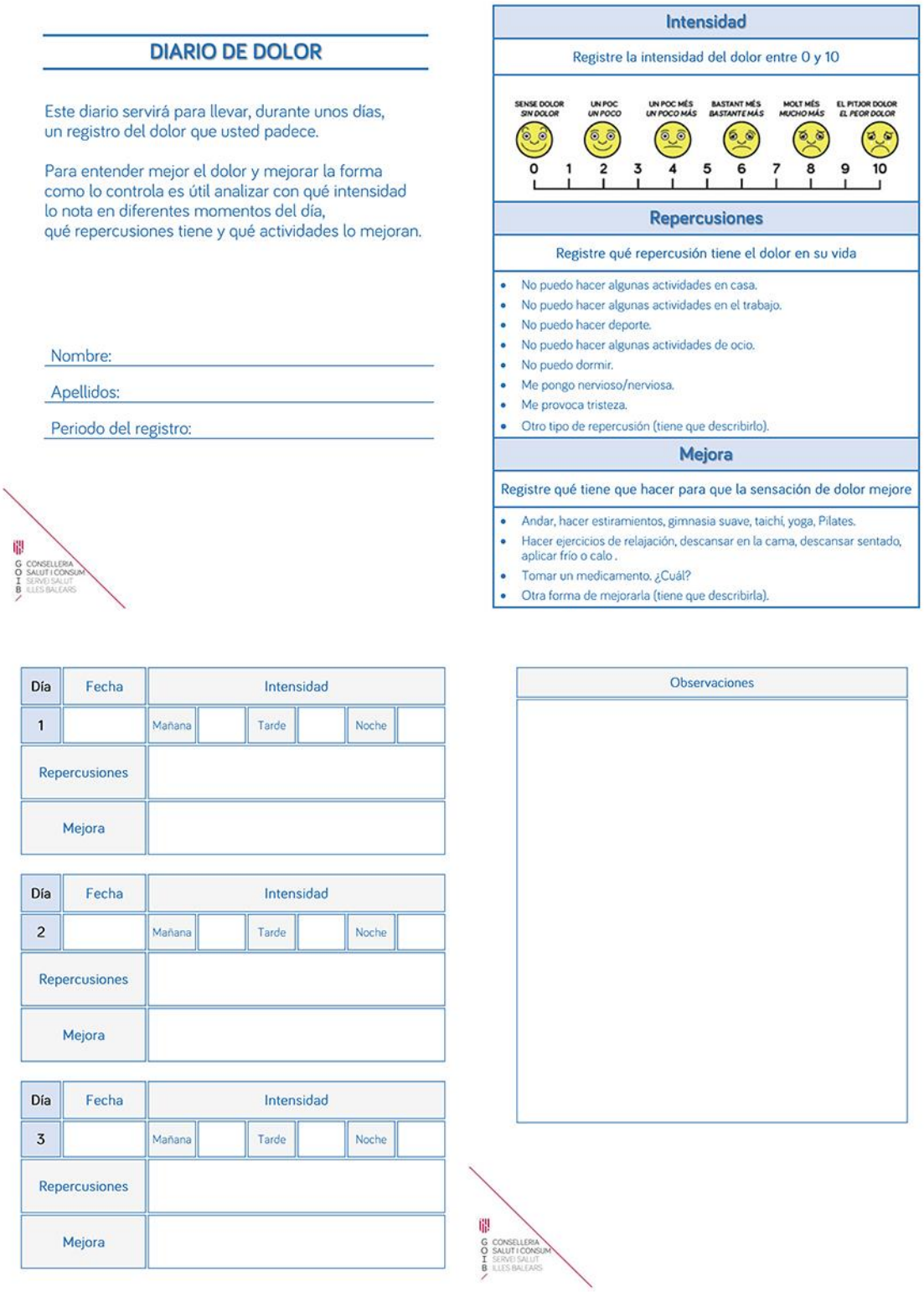
El resultado se extrapola a la escala visual analógica (EVA): < 4 leve, 4-6 moderado, > 6 intenso (anexo 10).

- **Diario de dolor**

Un diario de dolor puede resultar de utilidad para evaluarlo y para registrar las características y las repercusiones del dolor. Se propone usar el diario diseñado por el Servicio de Salud durante periodos cortos de 1-2 semanas, tanto en el momento del diagnóstico como ante cambios durante el seguimiento.

* La herramienta de detección de dolor neuropático localizado está disponible en versión en español en: *https://fs30.formsite.com/sedolor/form13/index.html*.

Figura 7. Diario de dolor (extracto)



DIARIO DE DOLOR

Este diario servirá para llevar, durante unos días, un registro del dolor que usted padece.

Para entender mejor el dolor y mejorar la forma como lo controla es útil analizar con qué intensidad lo nota en diferentes momentos del día, qué repercusiones tiene y qué actividades lo mejoran.

Nombre:

Apellidos:

Periodo del registro:

G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS

Intensidad

Registre la intensidad del dolor entre 0 y 10

SENSE DOLOR SIN DOLOR · UN POC UN POCO · UN POC MÉS UN POCO MÁS · BASTANT MÉS BASTANTE MÁS · MOLT MÉS MUCHO MÁS · EL PITJOR DOLOR EL PEOR DOLOR

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Repercusiones

Registre qué repercusión tiene el dolor en su vida

- No puedo hacer algunas actividades en casa.
- No puedo hacer algunas actividades en el trabajo.
- No puedo hacer deporte.
- No puedo hacer algunas actividades de ocio.
- No puedo dormir.
- Me pongo nervioso/nerviosa.
- Me provoca tristeza.
- Otro tipo de repercusión (tiene que describirlo).

Mejora

Registre qué tiene que hacer para que la sensación de dolor mejore

- Andar, hacer estiramientos, gimnasia suave, taichí, yoga, Pilates.
- Hacer ejercicios de relajación, descansar en la cama, descansar sentado, aplicar frío o calo .
- Tomar un medicamento. ¿Cuál?
- Otra forma de mejorarla (tiene que describirla).

Día	Fecha	Intensidad					
1		Mañana		Tarde		Noche	
Repercusiones							
Mejora							

Día	Fecha	Intensidad					
2		Mañana		Tarde		Noche	
Repercusiones							
Mejora							

Día	Fecha	Intensidad					
3		Mañana		Tarde		Noche	
Repercusiones							
Mejora							

Observaciones

G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS

2. Exploración física

Debe ser integral y hacer hincapié en la valoración funcional y en el síndrome doloroso concreto.

- **Exploración física general:** peso, talla, índice de masa corporal (IMC), tensión arterial, frecuencia respiratoria y cardiaca, y una exploración sistematizada por aparatos.

- **Exploración física del síndrome doloroso:** permite elaborar un mapa del dolor y consta de:

  a) Inspección, palpación y valoración de la movilidad tanto activa como pasiva de las articulaciones afectadas.

  b) Valoración de signos de inflamación, deformación o limitación de la movilidad. Evaluación de la postura de la marcha y detección de puntos gatillo.

  c) Exploración del sistema somatosensorial: sensibilidad táctil, presencia de alodinia o hiperalgesia (algodón y alfiler) y sensibilidad vibratoria (diapasón).

  d) Sistema motor: fuerza, tono y reflejos osteomusculares.

  e) Palpación de pulsos y, si procede, auscultación de soplos de las zonas afectadas.

3. Pruebas complementarias

Según la orientación diagnóstica tras la anamnesis y la exploración física, se debe decidir si es necesario solicitar alguna prueba complementaria. En general, están justificadas para confirmar una sospecha diagnóstica o si el resultado de la misma puede motivar una actitud terapéutica distinta de la prevista.

Teniendo en cuenta la duración del dolor crónico, el paciente puede tener realizadas ya pruebas de diagnóstico.

No obstante, todas las guías recomiendan un análisis de todas las pruebas realizadas que aporte el paciente y una reevaluación en caso de signos de alarma.

La respuesta fisiológica al dolor se ha intentado medir mediante el estudio de numerosas pruebas diagnósticas, entre las que se incluyen:
- Las manifestaciones somáticas de la activación del sistema nervioso autónomo por el dolor.
- Los estudios neurofisiológicos.
- Las determinaciones analíticas hormonales o de neuropéptidos.

En general, los resultados no han sido satisfactorios y su uso está restringido a investigación, por lo que no se comentarán en este documento.

En cuanto al registro en la CIE-9 del diagnóstico en la historia clínica de atención primaria (e-SIAP), la codificación no permite establecer un diagnóstico de DCNO, que sí está contemplado en otras clasificaciones, como la CIE-11. Hay dos códigos de la CIE-9: 338.29 «otro dolor crónico» y 338.4 «síndrome de dolor crónico (dolor crónico asociado con disfunción psicosocial importante)».

Actualmente, no figuran en e-SIAP, pero se ha solicitado incluirlos a los responsables de Unidad de Desarrollo de la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria (UDHIC-AP).

Indicadores de evaluación

Uso de escalas para valorar la intensidad del dolor crónico

- Justificación: todos los pacientes con dolor de > 3 meses de evolución deben tener al menos una medida de intensidad del dolor.
- Dimensión: adecuación.
- Fórmula / unidad de medida: número de pacientes con dolor crónico con cualquiera de los diagnósticos de la CIE-9* en los que consta al menos una medida de intensidad del dolor multiplicado por 100 y dividido entre el número de pacientes con dolor crónico registrado con cualquiera de los diagnósticos de la CIE-9.*
- Tipo de indicador: de proceso.
- Fuente de información: e-SIAP.
- Estándar: 90 %.

Uso de escalas para la identificación del dolor crónico neuropático

- Justificación: todos los pacientes con dolor crónico deben ser evaluados para diferenciar el dolor nociceptivo del dolor neuropático.
- Dimensión: adecuación.
- Fórmula / unidad de medida: número de pacientes con dolor crónico con cualquiera de los diagnósticos de la CIE-9* a los que se ha pasado en atención primaria el cuestionario DN4 multiplicado por 100 y dividido por el número de pacientes con dolor crónico registrado con cualquiera de los diagnósticos de la CIE-9.*
- Tipo de indicador: de proceso.
- Fuente de información: e-SIAP.
- Estándar: 90 %.

* Códigos 338.29 y 338.4 de la CIE-9.

Bibliografía

1. World Health Organization. *WHO Normative Guidelines on Pain Management: Report of a Delphi Study to determine the need for guidelines that should be developed by WHO*. Ginebra (Suiza), 2007. *www.who.int/medicines/areas/quality_safety/delphi_study_pain_guidelines.pdf*. [Consulta: 20 diciembre 2019]

2. European Federation of IASP Chapters. *EFIC's Declaration on Chronic Pain as a Major Healthcare Problem, a Disease in its Own Right*. Bruselas, 2001. *www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/20042005RighttoPainRelief/painasadisease.pdf*. [Consulta: 20 diciembre 2019]

3. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain. 2006;10(4):287-333. *www.pae-eu.eu/wp-content/uploads/2013/12/Survey-of-chronic-pain-in-Europe.pdf*. [Consulta: 20 diciembre 2019]

4. Torralba A, Miquel A, Darba J. Situación actual del dolor crónico en España: Iniciativa "pain Proposal." Rev la Soc Esp del Dolor. 2014;21(1):16-22. *scielo.isciii.es/pdf/dolor/v21n1/original2.pdf*. [Consulta: 20 diciembre 2019]

5. Fundación Grünenthal. *Evaluación y diagnóstico del dolor: reunión de expertos* (p. 111-122). Salamanca, 2007. *catedradeldolor.com/PDFs/Docencia_Expertos/2007 Evaluacion del Dolor.pdf*. [Consulta: 20 diciembre 2019]

6. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Valoración y manejo del dolor* (p. 1-14). Toronto (Canadá), 2013. *rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2015_-_BPG_Pain_16_01_2015_-_3rd_Edition.pdf*. [Consulta: 20 diciembre 2019]

7. National Pharmaceutical Council (NPC) / The Joint Commission on Acreditaction of Healthcare Organizations. *Pain: current understanding of assessment, management and treatments*. 2010. *www.npcnow.org/system/files/research/download/Pain-Current-Understanding-of-Assessment-Management-and-Treatments.pdf*. [Consulta: 20 diciembre 2019]

8. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Documento marco para la mejora del abordaje del dolor en el SNS*. Madrid, 2014. *www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/CISNS_DocumentoMarcoDolor.pdf*. [Consulta: 20 diciembre 2019]

9. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFyC) / Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). *La atención al paciente con dolor crónico no oncológico en atención primaria: documento de consenso* (p. 114-125). Madrid: Sanaidea Creativos Healthcare, 2016. *www.semfyc.es/wp-content/uploads/2016/06/DOCUMENTO-CONSENSO-DOLOR-17-04-A.pdf*. [Consulta: 20 diciembre 2019]

10. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. Pain. 2015;156(6):1. *www.researchgate.net/publication/274571115_A_classification_of_chronic_pain_for_ICD-11*. [Consulta: 20 diciembre 2019]

11. Velázquez I. El dolor irruptor, ¿sólo oncológico? Rev. Soc. Esp. Dolor. 2006;23(1):3-5. *scielo.isciii.es/pdf/dolor/v23n1/02_editorial.pdf*. [Consulta: 20 diciembre 2019]

12. Langley PC, Ruiz-Iban MA, Tornero Molina J, De Andrés J, González-Escalada Castelló JR. The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain. J Med Econ. 2011;14(3):367:89. *www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3111/13696998.2011.583303?needAccess=true*. [Consulta: 20 diciembre 2019]

13. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. Science. 1965;150(3699):971-9. *pdfs.semanticscholar.org/38d2/be60471398c102c148b998b093a779773e3a.pdf.* [Consulta: 20 diciembre 2019]

14. Woolf CJ, Salter MW. Neuronal plasticity: increasing the gain in pain. Science. 2000;288(5472):1765-8. *pdfs.semanticscholar.org/7e94/f6f9f6d7eebc1f4f16c39ebe5f15250a0d86.pdf?_ga=2.79793617.758210781.1578913200-1402103976.1567409517.* [Consulta: 20 diciembre 2019]

15. Van Wilgen CP, Keizer D. The sensitization model to explain how chronic pain exists without tissue damage Pain Manag Nurs. 2012;13(1):60-5.

16. Azkue JJ, Ortiz V, Torre F, Aguilera L. La sensibilización central en la fisiopatología del dolor. Gac Med Bilb. 2007;104(4):136-40. *www.elsevier.es/es-revista-gaceta-medica-bilbao-316-pdf-S0304485807745936.* [Consulta: 20 diciembre 2019]

17. Woolf CJ. Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. Pain. 2011;152(3):S2-S15. *www.bethshelly.com/docs/Central-Sensization-Woolf-CJ-Pain-2011.pdf.* [Consulta: 20 diciembre 2019]

18. Mayer TG, Neblett R, Cohen H, Howard KJ, Choi YH, Williams MJ, et al. The development and psychometric validation of the central sensitization inventory. Pain Pract. 2012;12(4):276-85.

19. Geriatrics and Extended Care Strategic Healthcare Group. *Pain as the 5th vital sign toolkit.* Washigton: Veterans Health Administration, 2000. *www.va.gov/PAINMANAGEMENT/docs/Pain_As_the_5th_Vital_Sign_Toolkit.pdf.* [Consulta: 20 diciembre 2019]

20. Calvo Mosquera G, Calvo Rodríguez D, González Cal A. Abordaje multifactorial del dolor crónico no neoplásico en Atención Primaria. Form Medica Contin en Aten Primaria. 2017;24:1-55.

21. Wong HK. Commentary & Perspective. Should we still use red flags in the diagnosis of low back pain? J Bone Joint Surg Am. 2018; 100(5):e31.

22. Premkumar A, Godfrey W, Gottschalk MB, Boden SD. Red Flags for Low Back Pain Are Not Always Really Red. J Bone Joint Surg Am. 2018;100(5):368-74. *cor-kinetic.com/wp-content/uploads/2018/07/red-flags-for-low-back-pain-are-not-always-really-red.pdf.* [Consulta: 20 diciembre 2019]

23. Kendall NAS, Linton SJ, Main C. Psychosocial yellow flags for acute low back pain: yellow flags as an analogue to red flags. European Journal of Pain. 1998:2:87-9.

24. Grimmer-Somers K, Prior M, Robertson J. Yellow flag scores in a compensable New Zealand cohort suffering acute low back pain. J Pain Res. 2008;1:15-25. *www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3004613.* [Consulta: 20 diciembre 2019]

25. Scott J, Huskisson EC. Graphic representation of pain. Pain. 1976;2:175-84.

26. Williamson A, Hoggart B. Pain: a review of three commonly used rating scales. J Clin Nurs. 2005;14(7):798-804. *onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1365-2702.2005.01121.x.* [Consulta: 20 diciembre 2019]

27. Badia X, Muriel C, Gracia A, Núñez-Olarte JM, Perulero N, Gálvez R, et al. Validación española del cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica. Med Clin. 2003;120(2):52-9.

28. De Andrés Ares J, Cruces Prado LM, Canos Verdecho MA, Penide Villanueva L, Del Valle Hoyos M, Herdman M, et al. Validation of the Short Form of the Brief Pain Inventory (BPI-SF) in Spanish Patients with Non-Cancer-Related Pain. Pain Pract. 2014;15(7):643-53.

29. Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, De Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. Gen Hosp Psychiatry. 2003;25(4):277-83.

30. Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D : una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. Aten Primaria. 2001;28(6):425-9. *www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656701704064.* [Consulta: 20 diciembre 2019]

31. Piñol Jané A y Sanz Carrillo C. Importancia de la evaluación de la calidad de vida en atención primaria. Gastr y Hepat. 2004;27(3):49-55. *www.elsevier.es/es-revista-gastroen-terologia-hepatologia-14-articulo-importancia-evaluacion-calidad-vida-atencion-13058930.* [Consulta: 20 diciembre 2019]

32. Pérez C, Gálvez R, Huelbes S, Insausti J, Bouhassira D, Díaz S, et al. Validity and reliability of the Spanish version of the DN4 (Douleur Neuropathique 4 questions) questionnaire for differential diagnosis of pain syndromes associated to a neuropathic or somatic component. Health Qual Life Outcomes. 2007;5(1):66. *hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-5-66.* [Consulta: 20 diciembre 2019]

33. BARON, Ralf [et al.]. *Herramienta de detección de dolor neuropático localizado*. Grunenthal. *www.faecap.com/documents/download/357.* [Consulta: 20 diciembre 2019]

34. García-Soler Á, Sánchez-Iglesias I, Buiza C, Alaba J, Navarro AB, Arriola E, et al. Adaptación y validación de la versión española de la escala de evaluación de dolor en personas con demencia avanzada: PAINAD-Sp. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2014;49(1):10-4. *www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-adaptacion-validacion-version-espanola-escala-S0211139X13000516.* [Consulta: 20 diciembre 2019]

35. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Guía de práctica clínica para el manejo del paciente con trastornos de ansiedad en atención primaria* (p. 31-105). Madrid, 2010. *www.madrid.org/bvirtual/BVCM009771.pdf.* [Consulta: 20 diciembre 2019]

Glosario

Afrontamiento

Serie de pensamientos o acciones que capacitan a las personas para manejar situaciones difíciles. Proceso de esfuerzos dirigidos a reducir, minimizar, tolerar o controlar las demandas internas y ambientales.

Alodinia

Dolor generado por un estímulo que normalmente no lo provoca.

Autocuidado

Práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

Dimensión del dolor

Aspecto o faceta del dolor. Melzack y Casey, en 1968, propusieron tres dimensiones de la experiencia dolorosa: sensitivodiscriminativa, cognitivoevaluativa y afectivoemocional.

Dolor agudo

Respuesta fisiológica normal y predecible a un estímulo doloroso. Es una señal de alarma ante un daño real o inminente con una función protectora. Tiene una duración limitada y remite cuando la lesión desaparece o cura.

Dolor crónico

Es aquel que persiste después de que desaparezca el daño que lo causó, por lo que ya ha perdido su función de alarma y protección. Es una enfermedad en sí misma y supone un gran reto terapéutico. En general, se considera crónico el dolor que dura > 3 meses.

Dolor mixto

Es aquel que comparte características tanto del dolor nociceptivo como del dolor neuropático.

Dolor neuropático

Es el dolor causado por una lesión o disfunción primaria en el sistema nervioso. Existe un trastorno fisiopatológico de las fibras nerviosas que provoca una actividad anormal en las vías de transmisión sensorial, con hipersensibilidad periférica o central del sistema nociceptivo. Suele tener las características del dolor crónico.

Dolor nociceptivo

Es el causado por la presencia de un estímulo doloroso sobre las terminaciones de las neuronas especializadas en la recepción del dolor (nociceptores). Dependiendo de su origen, puede ser somático superficial (originado en piel y mucosas), somático profundo (originado en huesos, articulaciones,

músculos, ligamentos, tendones, vasos sanguíneos o fascias) y visceral (originado en las vísceras u órganos).

Dolor radicular

Es el dolor asociado con la lesión de una raíz nerviosa.

Modulación del dolor

Fenómeno por el cual se puede inhibir o favorecer la transmisión del dolor a través del sistema nervioso.

Neuralgia

Dolor continuo a lo largo de un nervio y sus ramificaciones, por lo común sin fenómenos inflamatorios.

Nocicepción

Es el proceso neuronal mediante el cual se codifican y se procesan los estímulos potencialmente nocivos contra los tejidos del organismo.

Nociceptores

Son las terminaciones nerviosas libres de las neuronas sensitivas primarias, cuyos cuerpos neuronales se encuentran en los ganglios raquídeos. Hay tres clases de nociceptores: térmicos, mecánicos o químicos. Todos tienen un umbral de excitación mucho más elevado que los receptores de la temperatura y del tacto normal, por lo que habitualmente no se activan a no ser que exista un estímulo nocivo.

Plasticidad

Capacidad de las células del sistema nervioso para regenerarse anatómica y funcionalmente después de estar sujetas a influencias patológicas ambientales o del desarrollo, incluyendo traumatismos y enfermedades.

Radiculopatía

Pérdida o disminución sensitiva o motora de una raíz nerviosa.

Raíz nerviosa

Haz de nervios motores y sensoriales que surgen en las vértebras y conectan la médula espinal con el sistema nervioso periférico. Cada raíz nerviosa alimenta una sección del sistema nervioso periférico, que cubre un área conocida como *dermatoma*.

Sensibilización central

Proceso que consiste en un estado de hiperexcitabilidad neuronal ante un estímulo periférico que da lugar a una respuesta dolorosa exagerada en intensidad y duración (hiperalgesia), así como la percepción de dolor ante estímulos normalmente no dolorosos (alodinia).

Síndrome de dolor miofascial

Trastorno de origen musculoesquelético que se asocia a dolor y rigidez muscular. Se caracteriza por la presencia de puntos gatillo.

Síndrome de dolor regional complejo o distrofia simpática refleja

Es un trastorno que suele afectar a una extremidad (brazo, pierna, mano o pie); generalmente comienza después de una lesión. Se caracteriza por dolor prolongado, cambios en el color de la piel y la temperatura, e hinchazón en la zona afectada. Se cree que es el resultado de una disfunción del sistema nervioso.

Sistema somatosensorial

Parte del sistema nervioso que nos proporciona la información consciente, como la del tacto, el dolor, la presión, la vibración, la temperatura, etc., desde los receptores periféricos (piel, músculos, fascias y articulaciones) hasta el cerebro.

ANEXOS

Anexo 1. Inventario de sensibilización central

Para contestar el cuestionario, no imprima estas imágenes, sino el PDF correspondiente.

Apéndice A

		Nunca 0	Rara vez 1	A veces 2	A menudo 3	Siempre 4
1	Me siento cansado cuando me levanto por la mañana					
2	Siento los músculos rígidos y doloridos					
3	Tengo ataques de ansiedad					
4	Rechino o aprieto los dientes					
5	Tengo problemas de diarrea o estreñimiento					
6	Necesito ayuda para las actividades de la vida diaria					
7	Soy sensible a las luces brillantes o intensas					
8	Me canso muy fácilmente cuando estoy físicamente activo					
9	Siento dolor en todo mi cuerpo					
10	Tengo dolores de cabeza					
11	Siento molestias en la vejiga y/o quemazón al orinar					
12	No duermo bien					
13	Tengo dificultad para concentrarme					
14	Tengo problemas en la piel (sequedad, picor, sarpullido)					
15	El estrés hace que el dolor empeore					
16	Me siento triste o deprimido					
17	Tengo poca energía					
18	Tengo tensión muscular en el cuello y los hombros					
19	Tengo dolor en la mandíbula					
20	Algunos olores —como los perfumes— hacen que me sienta mareado y con náuseas					
21	Tengo que orinar frecuentemente					
22	Siento molestias en las piernas y las muevo constantemente cuando estoy en la cama					
23	Tengo dificultad para recordar cosas					
24	Sufrí un trauma psíquico en la infancia					
25	Tengo dolor en la zona de la pelvis					

Apéndice B

¿Ha sido diagnosticado por un médico de alguna de las enfermedades siguientes?
Nota: revise el cuadro para cada diagnóstico y anote el año.

		Sí	No
1	Síndrome de piernas inquietas		
2	Síndrome de fatiga crónica		
3	Fibromialgia		
4	Enfermedad de la articulación temporomandibular		
5	Migraña o cefalea tensional		
6	Síndrome de colon irritable		
7	Sensibilidad química múltiple		
8	Lesión cervical (incluyendo el latigazo cervical)		
9	Ansiedad o ataques de pánico		
10	Depresión		

Interpretación

No se ha establecido exactamente el número de puntos a partir del cual hay que considerar que una persona sufre síndrome de sensibilización central. Mayer[4] concluye que los clínicos deben considerar que la persona tiene síndrome de sensibilización central cuando haya sido diagnosticada de una enfermedad o más de una del apéndice B y presente una puntuación elevada en el apéndice A.

A efectos prácticos, en la Unidad del Dolor del Hospital Universitario Son Espases se considera que en los casos en los que se registra una puntuación superior a 40 en el apéndice A y una enfermedad o más de una del apéndice B hay una probabilidad alta de sufrir síndrome de sensibilización central.

Anexo 2. Banderas rojas en el dolor lumbar

Bandera roja	Posible causa de la lumbalgia
Antecedente de cáncer	Cáncer o infección
Pérdida de peso inexplicada	
Inmunosupresión	
Infección urinaria	
Uso de drogas por la vía parenteral	
Uso prolongado de corticoides	
Lumbalgia que no mejora con un tratamiento conservador	
Traumatismo significativo	Fractura espinal
Traumatismo leve en paciente con posibilidad de osteoporosis	
Uso prolongado de corticoides	
Retención urinaria aguda o incontinencia por rebosamiento	Síndrome de la *cauda equina*
Incontinencia fecal	
Anestesia en silla de montar	
Debilidad progresiva de las extremidades inferiores	

Fuente: American College of Radiology Appropriateness Criteria. *www.acr.org/Clinical-Resources/ACR-Appropriateness-Criteria.*

Anexo 3. Banderas amarillas

Factores psicosociales que incrementan el riesgo de desarrollar o perpetuar el dolor crónico y la discapacidad a largo plazo[23]

- Actitud y creencias inapropiadas.
- Conducta inapropiada.
- Problemas relacionados con el trabajo o aspectos de compensación postural.
- Problemas emocionales.

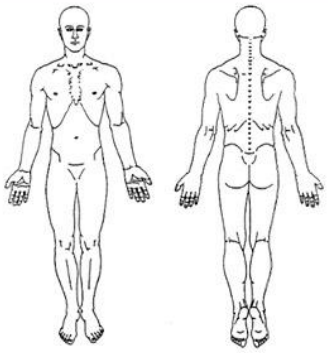
Anexo 4. Cuestionario breve del dolor (versión corta)

Cuestionario autoadministrado muy utilizado en clínica e investigación. Consta de 9 preguntas que miden la localización, la intensidad, los efectos del tratamiento analgésico y la repercusión del dolor crónico.

Para contestar el cuestionario, no imprima estas imágenes, sino el PDF correspondiente.

1. Todos hemos tenido dolor alguna vez en nuestra vida (por ejemplo, dolor de cabeza, dolor de muelas...). En la actualidad, ¿ha sentido un dolor distinto a esos dolores comunes? ❑ Sí ❑ No

2. Indique en el dibujo, con un lápiz, dónde siente el dolor. Marque con una × la parte del cuerpo en la que el dolor es más fuerte.



3. Clasifique el dolor haciendo un círculo alrededor del número que describa mejor la intensidad MÁXIMA del dolor en las últimas 24 horas (0 = ningún dolor, 10 = el peor dolor imaginable)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Clasifique el dolor haciendo un círculo alrededor del número que describa mejor la intensidad MÍNIMA del dolor en las últimas 24 horas (0 = ningún dolor, 10 = el peor dolor imaginable)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5. Clasifique el dolor haciendo un círculo alrededor del número que describa mejor la intensidad MEDIA del dolor en las últimas 24 horas (0 = ningún dolor, 10 = el peor dolor imaginable)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6. Clasifique el dolor haciendo un círculo alrededor del número que describa mejor la intensidad ACTUAL del dolor (0 = ningún dolor, 10 = el peor dolor imaginable)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7. ¿Qué tratamiento o medicación recibe para el dolor?

8. En las últimas 24 horas ¿cuánto alivio ha sentido con ese tratamiento o medicamento? Indique con un círculo el porcentaje que se adapta mejor a su grado de alivio (0 % = ningún alivio; 100 % = alivio total)

0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %

9. Haga un círculo alrededor del número que describa mejor la manera en que el dolor ha interferido durante las últimas 24 horas en cada aspecto de su vida (0 = no interfiere, 10 = interfiere por completo)

a) Actividad en general

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

b) Estado de ánimo

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

c) Capacidad para caminar

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

d) Trabajos habituales (en casa o fuera)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

e) Relaciones con otras personas

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

f) Sueño

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

g) Capacidad de diversión

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Observaciones:

Interpretación

Para evaluar las preguntas 3-6 (sobre la intensidad del dolor) y la pregunta 9 (sobre la repercusión del dolor), se utiliza la EVA numerada del 0 al 10, en que el 0 indica que no hay repercusión y el 10 indica una repercusión completa en el área definida.

La pregunta 9 está dividida en siete apartados, *a)*-*g)*, que miden la repercusión del dolor crónico en la vida diaria de la persona. Si la puntuación de la EVA es superior a 5 en los apartados *a)*, *b)* o *d)*, será necesario aplicar otras escalas o cuestionarios para profundizar en el estudio del caso:

	Escala recomendada	Descripción	Características	Interpretación
a) Actividad general	Barthel (anexo 5)	Valora las actividades básicas de la vida diaria: grados de dependencia	7 apartados. Cada uno se puntúa por separado	0-20 total 21-60 grave 61-90 moderada 91-99 leve 100 independencia
b) Estado de ánimo	HADS (anexo 6)	Valora la ansiedad y la depresión	14 ítems en dos series (una para la ansiedad y otra para la depresión) de 7 cuestiones	≤ 7 normal 8-10 *borderline* > 11 alterado
d) Trabajos habituales	Lawton y Brody (anexo 7)	Valora la capacidad para las actividades instrumentales: grados de dependencia	8 ítems. Cada uno se puntúa con 0 (independiente) o 1 (dependiente)	2-3 importante 4-5 moderado 6-7 ligero 8 independencia

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 5. Índice de Barthel

Escala autoadministrada que valora la capacidad para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Mide 10 apartados, cada uno de los cuales se puntúa por separado dependiendo de la ayuda necesaria para llevar a cabo cada actividad básica de la vida diaria.

Para contestar el cuestionario, no imprima esta imagen, sino el PDF correspondiente.

Parámetro	Situación del paciente	Puntos
Lavarse e ir al baño	Independiente, entra y sale solo/sola del baño	5
	Dependiente	0
Arreglarse y asearse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, etc.	5
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente: se pone y se quita la ropa, se ata los cordones de los zapatos, se abotona...	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Comer	Totalmente independiente	10
	Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, etc.	5
	Dependiente	0
Usar el retrete	Independiente para ir al váter, quitarse y ponerse la ropa	10
	Necesita ayuda para ir al váter, pero se limpia solo/sola	5
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillón a la cama	15
	Mínima ayuda física o supervisión	10
	Gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado/sentada sin ayuda	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente, camina solo/sola 50 metros	15
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
Escalones	Independiente para subir y bajar escaleras	10
	Necesita ayuda física o supervisión	5
	Dependiente	0
Micción	Continente o es capaz de cuidar de la sonda	10
	A veces, episodio de incontinencia (cada 24 h máx.) o necesita ayuda para la sonda	5
	Incontinente	0
Deposiciones	Continente	10
	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para las lavativas	5
	Incontinente	0
	TOTAL	

Interpretación

La puntuación final oscila entre 0 (completamente dependiente) y 100 (completamente independiente):

< 20 dependencia total

20-40 dependencia grave

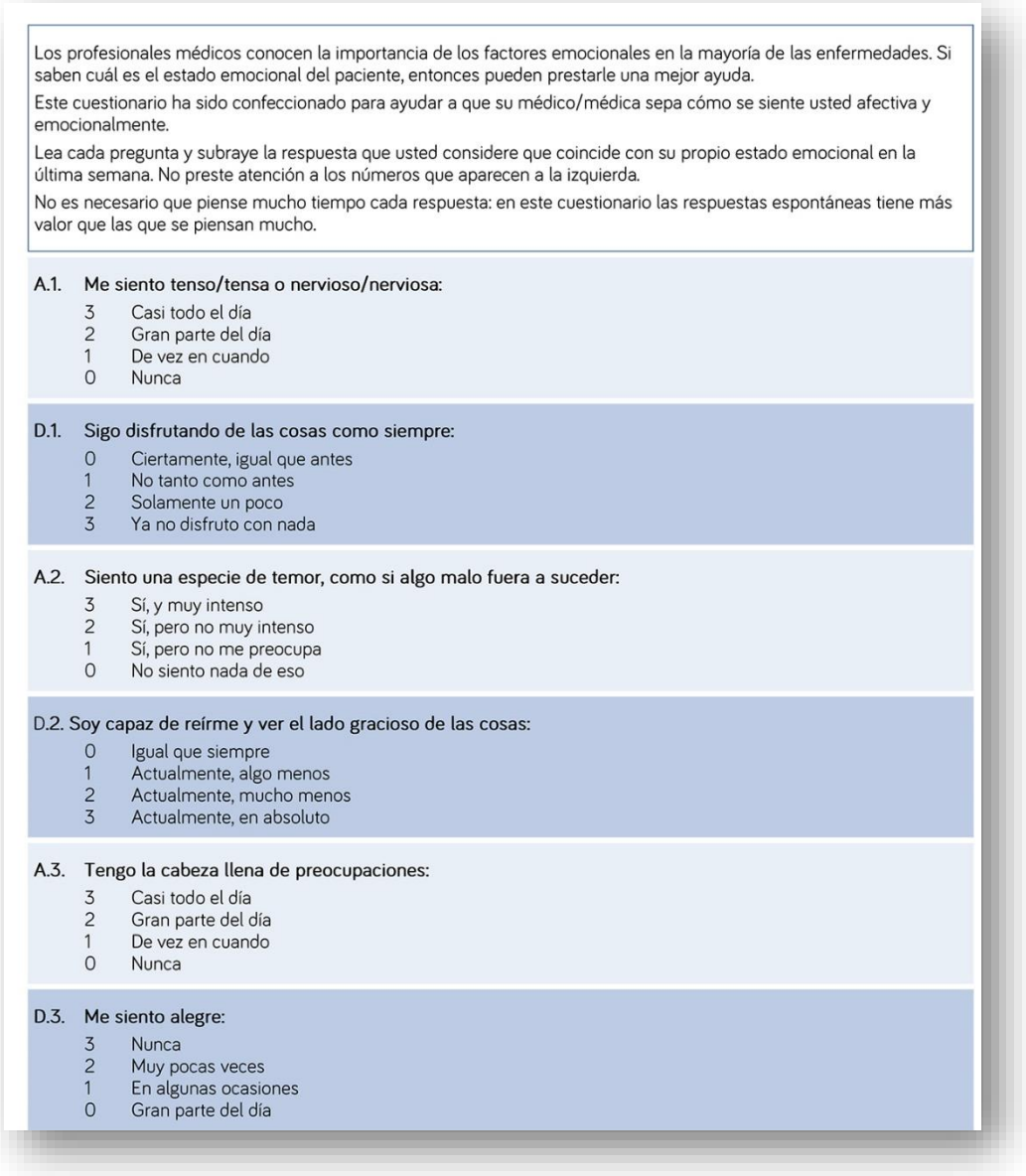
41-59 dependencia moderada
≥ 60 dependencia leve

Anexo 6. HADS

La HADS (*hospital anxiety and depression scale*, 'escala de ansiedad y depresión hospitalaria')[29] es un instrumento de cribado para detectar trastornos afectivos. Mide estados de depresión y ansiedad y puede aplicarse tanto en el ámbito hospitalario como en el extrahospitalario. Es una escala validada, ampliamente utilizada y autoadministrada.

Consta de 14 ítems, distribuidos en dos series de 7 cuestiones: una serie representa la subescala de ansiedad, y la otra, la de depresión. El paciente al que se aplique la HADS debe referir cómo se siente en el momento presente, incluyendo los días previos.

Para contestar el cuestionario, no imprima estas imágenes, sino el PDF correspondiente.



Los profesionales médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de las enfermedades. Si saben cuál es el estado emocional del paciente, entonces pueden prestarle una mejor ayuda.

Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico/médica sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente.

Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana. No preste atención a los números que aparecen a la izquierda.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta: en este cuestionario las respuestas espontáneas tiene más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/tensa o nervioso/nerviosa:
- 3 Casi todo el día
- 2 Gran parte del día
- 1 De vez en cuando
- 0 Nunca

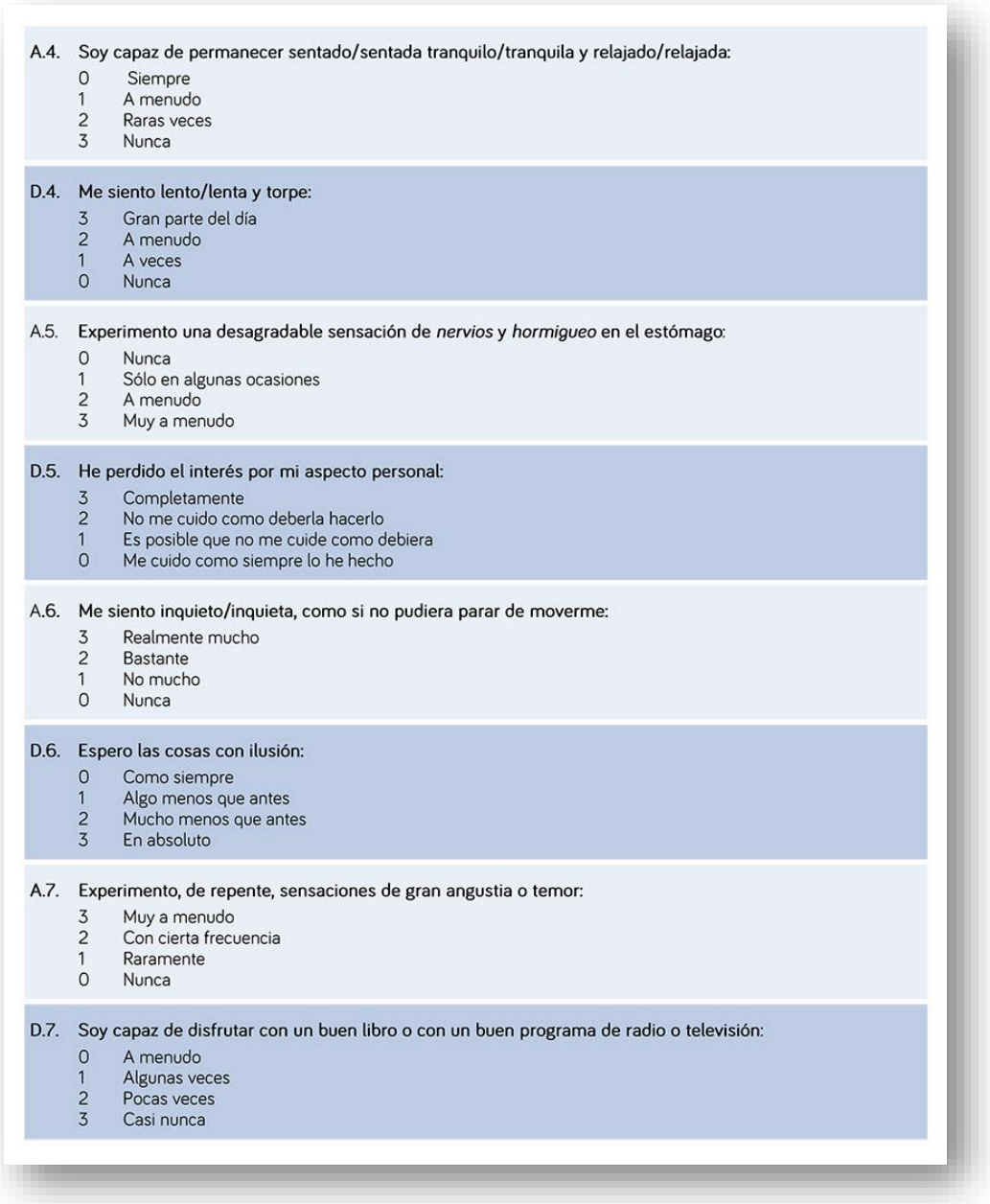
D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:
- 0 Ciertamente, igual que antes
- 1 No tanto como antes
- 2 Solamente un poco
- 3 Ya no disfruto con nada

A.2. Siento una especie de temor, como si algo malo fuera a suceder:
- 3 Sí, y muy intenso
- 2 Sí, pero no muy intenso
- 1 Sí, pero no me preocupa
- 0 No siento nada de eso

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:
- 0 Igual que siempre
- 1 Actualmente, algo menos
- 2 Actualmente, mucho menos
- 3 Actualmente, en absoluto

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:
- 3 Casi todo el día
- 2 Gran parte del día
- 1 De vez en cuando
- 0 Nunca

D.3. Me siento alegre:
- 3 Nunca
- 2 Muy pocas veces
- 1 En algunas ocasiones
- 0 Gran parte del día



A.4. Soy capaz de permanecer sentado/sentada tranquilo/tranquila y relajado/relajada:
0 Siempre
1 A menudo
2 Raras veces
3 Nunca

D.4. Me siento lento/lenta y torpe:
3 Gran parte del día
2 A menudo
1 A veces
0 Nunca

A.5. Experimento una desagradable sensación de *nervios* y *hormigueo* en el estómago:
0 Nunca
1 Sólo en algunas ocasiones
2 A menudo
3 Muy a menudo

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:
3 Completamente
2 No me cuido como deberla hacerlo
1 Es posible que no me cuide como debiera
0 Me cuido como siempre lo he hecho

A.6. Me siento inquieto/inquieta, como si no pudiera parar de moverme:
3 Realmente mucho
2 Bastante
1 No mucho
0 Nunca

D.6. Espero las cosas con ilusión:
0 Como siempre
1 Algo menos que antes
2 Mucho menos que antes
3 En absoluto

A.7. Experimento, de repente, sensaciones de gran angustia o temor:
3 Muy a menudo
2 Con cierta frecuencia
1 Raramente
0 Nunca

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:
0 A menudo
1 Algunas veces
2 Pocas veces
3 Casi nunca

Fuente: Adaptado de MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Guía de práctica clínica para el manejo del paciente con trastornos de ansiedad en atención primaria.*[35]

Interpretación

Las puntuaciones superiores a 11 se consideran indicativas de morbilidad; una puntuación de 8-10 se interpreta como un caso *borderline* o fronterizo, y las puntuaciones inferiores a 7 indican ausencia de morbilidad significativa.

Anexo 7. Escala de Lawton y Brody

Escala heteroaplicada que se utiliza para valorar la capacidad de la persona para llevar a cabo las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Está validada en español.

Evalúa 8 ítems: tener capacidad para usar el teléfono, ir de compras, preparar la comida, cuidar de la casa, lavar la ropa, utilizar medio de transporte, ser responsable de la medicación y tener capacidad de usar dinero. A cada ítem se le asigna un valor numérico 1 (= independiente) o 0 (= dependiente). La información se obtiene preguntando directamente a la persona afectada o a la persona cuidadora principal. La media de tiempo que se requiere para completar el cuestionario es de 4 minutos.

Para contestar el cuestionario, no imprima esta imagen, sino el PDF correspondiente.



Paciente ..... Edad: ..... Sexo: ❑ Hombre ❑ Mujer

Con la ayuda de la persona cuidadora principal, puntúe la situación del paciente sobre estos ocho aspectos.

A) Capacidad para usar el teléfono	
1. Usa el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números, etc.	1
2. Marca unos cuantos números bien conocidos	1
3. Contesta al teléfono pero no marca	1
4. No usa el teléfono	0
B) Ir de compras	
1. Hace todas las compras necesarias con independencia	1
2. Compra con independencia pequeñas cosas	0
3. Necesita compañía para hacer cualquier compra	0
4. Completamente incapaz de ir de compras	0
C) Preparar la comida	
1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia	1
2. Prepara las comidas si se le dan los ingredientes	0
3. Calienta y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada	0
4. Necesita que se le prepare y se le sirva la comida	0
D) Cuidar de la casa	
1. Cuida la casa solo/sola o con ayuda ocasional (ej., trabajos pesados)	1
2. Lleva a cabo tareas domésticas ligeras, como fregar los platos o hacer la cama	1
3. Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	1
4. Necesita ayuda en todas las tareas de la casa	1
5. No participa en ninguna tarea doméstica	0
E) Lavar la ropa	
1. Se encarga completamente de lavar la ropa personal	1
2. Lava ropa pequeña	1
3. Necesita que otra persona se ocupe de lavar la ropa	0
F) Medio de transporte	
1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce un vehículo	1
2. Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa el transporte público	1
3. Viaja en trasportes públicos si le acompaña otra persona	1
4. Solamente viaja en taxi o en automóvil con ayuda de otras personas	0
5. No viaja	0
G) Responsabilidad sobre la medicación	
1. Es responsable del uso de la medicación, de las dosis y de las horas correctas para tomarlas	1
2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis	0
3. No es capaz de responsabilizarse de su medicación	0
H) Capacidad de usar dinero	
1. Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos	1
2. Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, hacer grandes gastos, etc.	1
3. Incapaz de manejar dinero	0
TOTAL	

Interpretación

La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 (= máxima dependencia) y 8 (= independencia total).

Anexo 8. EuroQol-5D-5L

Instrumento genérico de medición de la calidad de vida con el que la propia persona valora su estado de salud. Se puede utilizar para valorar el estado de salud individual o para analizar la efectividad de las intervenciones sanitarias en la población.

Individual

- Análisis de 5 dimensiones de la salud: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Cada una tiene cinco niveles de gravedad: sin problemas, problemas leves, problemas moderados, problemas graves e incapacidad o síntomas extremos, que se codifican de 1 a 5 respectivamente.

  El resultado se obtiene sumando las 5 dimensiones: sin ningún problema (puntuación = 5) o con algún problema en alguna dimensión (puntuación > 5).

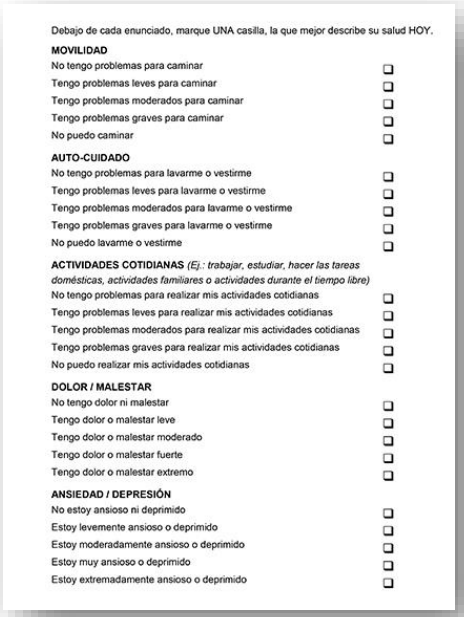
- Escala visual analógica vertical, de 20 centímetros, milimetrada, numerada de 0 (= peor estado de salud imaginable) a 100 (= mejor estado de salud imaginable). La persona debe marcar el punto en la línea vertical que refleje mejor la valoración de su estado de salud global en el día en el que completa la escala.

Tanto el análisis de las dimensiones como la escala visual analógica son útiles para valorar la calidad de vida a lo largo del tiempo.

Poblacional

Instrumento utilizado para determinar el estado de salud en poblaciones atendidas. En general, se usa para investigación o para gestionar recursos. En este caso se determina un índice que oscila entre el valor 1 (= mejor estado de salud) y el 0 (= muerte). Se puede combinar con los años de vida para calcular los años de vida ajustados por calidad (AVAC).[30]

Para contestar el cuestionario, no imprima esta imagen, sino el PDF correspondiente.



Debajo de cada enunciado, marque UNA casilla, la que mejor describe su salud HOY.

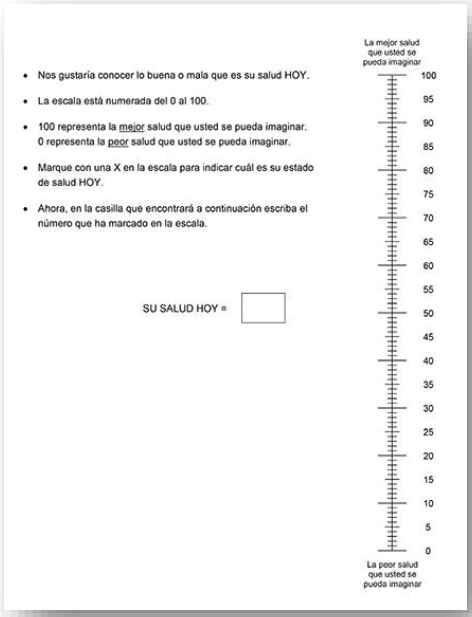
MOVILIDAD
- No tengo problemas para caminar ☐
- Tengo problemas leves para caminar ☐
- Tengo problemas moderados para caminar ☐
- Tengo problemas graves para caminar ☐
- No puedo caminar ☐

AUTO-CUIDADO
- No tengo problemas para lavarme o vestirme ☐
- Tengo problemas leves para lavarme o vestirme ☐
- Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme ☐
- Tengo problemas graves para lavarme o vestirme ☐
- No puedo lavarme o vestirme ☐

ACTIVIDADES COTIDIANAS *(Ej.: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)*
- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas ☐
- Tengo problemas leves para realizar mis actividades cotidianas ☐
- Tengo problemas moderados para realizar mis actividades cotidianas ☐
- Tengo problemas graves para realizar mis actividades cotidianas ☐
- No puedo realizar mis actividades cotidianas ☐

DOLOR / MALESTAR
- No tengo dolor ni malestar ☐
- Tengo dolor o malestar leve ☐
- Tengo dolor o malestar moderado ☐
- Tengo dolor o malestar fuerte ☐
- Tengo dolor o malestar extremo ☐

ANSIEDAD / DEPRESIÓN
- No estoy ansioso ni deprimido ☐
- Estoy levemente ansioso o deprimido ☐
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido ☐
- Estoy muy ansioso o deprimido ☐
- Estoy extremadamente ansioso o deprimido ☐



- Nos gustaría conocer lo buena o mala que es su salud HOY.
- La escala está numerada del 0 al 100.
- 100 representa la mejor salud que usted se pueda imaginar. 0 representa la peor salud que usted se pueda imaginar.
- Marque con una X en la escala para indicar cuál es su estado de salud HOY.
- Ahora, en la casilla que encontrará a continuación escriba el número que ha marcado en la escala.

SU SALUD HOY = ☐

La mejor salud que usted se pueda imaginar
100 95 90 85 80 75 70 65 60 55 50 45 40 35 30 25 20 15 10 5 0
La peor salud que usted se pueda imaginar

Anexo 9. DN4

El DN4 (dolor neuropático en 4 preguntas) es uno de los cuestionarios más efectivos y útiles en la práctica clínica. Originariamente escrito en francés, se ha validado en 15 idiomas, entre ellos el español.

Tiene una sensibilidad y una especificidad altas (80-90 %) para detectar el dolor neuropático o mixto.

Mide 7 ítems referidos a síntomas y 3 referidos a la exploración. Requiere un tiempo de aplicación de 5 a 10 minutos.

Para contestar el cuestionario, no imprima esta imagen, sino el PDF correspondiente.

Responda a las cuatro preguntas siguientes marcando *Sí* o *No* en la casilla correspondiente:

Entrevista

Pregunta 1. ¿Tiene el dolor alguna de estas características?

		Sí	No
1	Quemazón	❑	❑
2	Sensación de frío doloroso	❑	❑
3	Descarga eléctrica	❑	❑

Pregunta 2. ¿Tiene en la zona donde le duele alguno de estos síntomas?

		Sí	No
4	Hormigueo	❑	❑
5	Pinchazos	❑	❑
6	Entumecimiento	❑	❑
7	Escozor	❑	❑

Examen físico

Pregunta 3. ¿Se evidencia en la exploración alguno de estos signos en la zona dolorida?

		Sí	No
8	Hipoestesia al tacto	❑	❑
9	Hipoestesia al pinchazo	❑	❑

Pregunta 4. El dolor en la zona dolorida puede ser causado o intensificado por:

		Sí	No
10	El roce	❑	❑

Cada respuesta afirmativa se puntúa con 1 y cada respuesta negativa, con 0.

Puntuación (= suma de todos los puntos)	/10

Interpretación

Una puntuación total ≥ 4 sugiere dolor neuropático.

Anexo 10. PAINAD

La escala PAINAD (*Pain Assessment in Advanced Dementia*, 'valoración del dolor en demencia avanzada') es eficaz para medir el dolor en las personas con alguna demencia sin capacidad de comunicación. Presenta una buena fiabilidad, está validada en español y la pueden usar diferentes profesionales de la salud con poco entrenamiento[29] (anexo 3).

Consiste en 5 ítems de comportamientos observables: respiración, vocalizaciones negativas (expresión no verbal de dolor, gemidos, quejidos, etc.), expresión facial, lenguaje corporal y consolabilidad (incapacidad para consolarse). Estos comportamientos se observan en tres condiciones del paciente: en reposo, durante una actividad agradable y en situación de dolor.

Para contestar el cuestionario, no imprima esta imagen, sino el PDF correspondiente.

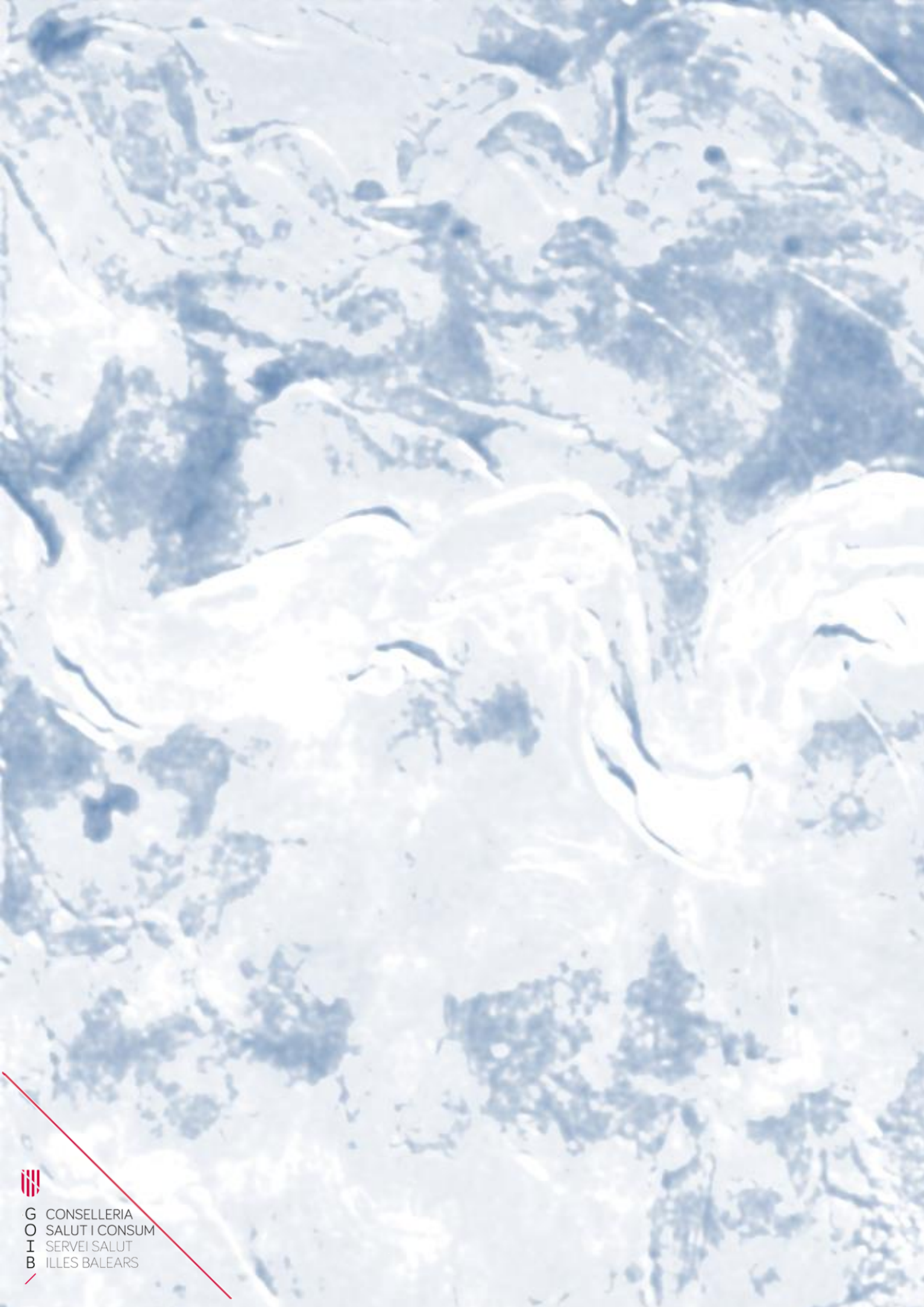
Apartados	0	1	2	Puntuación
Respiración independiente de la verbalización-vocalización del dolor	Normal	Respiración dificultosa ocasional Periodos cortos de hiperventilación	Respiración ruidosa y dificultosa Periodos largos de hiperventilación Respiración de Cheynes-Stokes	
Vocalización (verbalización negativa)	Normal	Gemido o quejido ocasional Habla con volumen bajo o con desaprobación	Llamadas agitadas y repetitivas Gemidos y quejidos en volumen alto Llanto	
Expresión facial	Sonriente o inexpresivo	Triste Atemorizado Ceño fruncido	Muecas de disgusto y desaprobación	
Lenguaje corporal	Relajado	Tenso Camina de forma angustiada No deja quietas las manos	Rígido Puños cerrados Rodillas flexionadas Agarra o empuja Agresividad física	
Consolabilidad	No necesita que se le consuele	Se le distrae o se le tranquiliza hablándole o tocándole	Es imposible consolarle, distraerle o tranquilizarle	
			TOTAL	

Escala PAINAD-SP, versión de García-Soler, A. *et al.* Adaptación de la versión española de evaluación del dolor en personas con demencia avanzada.[34]

Interpretación

Las puntuaciones varían del 0 (= sin dolor) al 10 (= dolor intenso). El resultado se extrapola a la escala visual analógica (EVA):

< 4 dolor leve
4-6 dolor moderado
> 6 dolor intenso



GOIB
CONSELLERIA
SALUT I CONSUM
SERVEI SALUT
ILLES BALEARS