Valoració del dolor crònic no oncològic de l'adult a l'atenció primària

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

Valoració del dolor crònic no oncològic de l'adult en l'atenció primària

GOIB
CONSELLERIA
SALUT I CONSUM
SERVEI SALUT
ILLES BALEARS

Autoria (per ordre alfabètic)

- Aguilar Sánchez, José Luis. Cap del Servei d'Anestèsia de l'Hospital Universitari Son Llàtzer. Servei de Salut de les Illes Balears
- Alorda Quetglas, Catalina. Psicòloga de la Unitat de Salut Mental Son Servera. Centre de Salut Llevant (Son Servera). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca
- Aokhiyad Lebrahimi, Layla. Farmacèutica de l'Oficina de Qualitat. Servei de Salut de les Illes Balears
- Arrufat Goterris, Gemma. Farmacèutica d'atenció primària. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca
- Barrio Sanchis, Maria. Metgessa de medicina de família i comunitària del Centre de Salut Santanyí. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca
- Blanco Gómez, María Concepción. Metgessa de medicina de família i comunitària del Centre de Salut Es Pla (Sineu). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca
- Cabanillas Cabanillas, M.ª del Carmen. Terapeuta ocupacional del Centre de Salut Emili Darder (Palma). Hospital Universitari Son Llàtzer. Servei de Salut de les Illes Balears
- Cabanillas Cabanillas, Paula. Infermera gestora de casos del Sector Sanitari de Ponent. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca
- Carandell Jäger, Eugenia. Directora d'Assistència Sanitària. Servei de Salut de les Illes Balears
- Córdoba Holt, Sabina Alejandra. Anestesista de l'Hospital General Mateu Orfila. Servei de Salut de les Illes Balears
- Fernández Fernández, Carmen. Metgessa de medicina de família i comunitària del Centre de Salut Arquitecte Bennàzar (Palma). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca
- Fernández Quetglas, Juana. Metgessa de medicina de família i comunitària del Centre de Salut Rafal Nou (Palma). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca
- Frieyro González, Alberto. Infermer de l'Equip de Suport d'Atenció Domiciliària (ESAD). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca
- Mora Canet, Brígida. Infermera de l'Oficina de Qualitat. Servei de Salut de les Illes Balears
- Munuera Arjona, Susana. Metgessa de medicina de família i comunitària de l'Oficina de Qualitat. Servei de Salut de les Illes Balears
- Muñoz Alonso, Yolanda. Infermera del Servei de Planificació Sanitària. Direcció General de Prestacions i Farmàcia. Conselleria de Salut i Consum del Govern de les Illes Balears
- Navarro Izquierdo, Cristina. Infermera de la Unitat del Dolor de l'Hospital de Manacor. Servei de Salut de les Illes Balears
- Nogueiras Pérez, Teresa. Cap del Servei d'Anestèsia de l'Hospital Can Misses. Servei de Salut de les Illes Balears
- Oliver Mora, Agnès. Psicòloga de l'Equip de Suport d'Atenció Domiciliària (ESAD). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca
- Oliver Rullan, Maria Isabel. Fisioterapeuta del Centre de Salut Emili Darder (Palma). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca
- Ortuño Muro, Rosa. Metgessa de medicina de família i comunitària i documentalista de l'Oficina de Qualitat. Servei de Salut de les Illes Balears
- Peláez Romero, Raquel. Anestesista de la Unitat del Dolor de l'Hospital Universitari Son Llàtzer. Servei de Salut de les Illes Balears
- Puiggròs Hernández, Patricia. Anestesista de l'Hospital de Manacor. Servei de Salut de les Illes Balears
- Santisteban Herrero, Óscar. Metge de medicina de família i comunitària del Centre de Salut Canal Salat (Ciutadella). Àrea de Salut de Menorca
- Serra Sansó, Francisca. Infermera del Centre de Salut Es Pla (Sineu). Gerència d'Atenció Primària de Mallorca
- Tejero García, Miguel. Anestesista de l'Hospital Comarcal d'Inca. Servei de Salut de les Illes Balears
- Utrillas Ortiz, Raquel. Metgessa de medicina de família i comunitària del Centre de Salut Es Viver (Eivissa). Àrea de Salut d'Eivissa i Formentera
- Vicente Tutor, María José de. Anestesista de la Unitat del Dolor de l'Hospital Universitari Son Espases. Servei de Salut de les Illes Balears

Autora corresponsable

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

Declaració de conflicte d'interessos

Atesa la naturalesa d'aquest document, es considera que no és procedent declarar conflicte d'interessos.

Revisió externa (per ordre alfabètic)

- Lafau Marchena, Oriol. Psiquiatre i coordinador de Salut Mental de les Illes Balears. Servei de Salut de les Illes Balears
- Vicens Caldentey, Caterina. Metgessa de medicina de família i comunitària del Centre de Salut Son Serra – La Vileta. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca
- Vidal Thomàs, Clara. Infermera del Gabinet Tècnic. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca

Traducció

Paraula Centre de Serveis Lingüístics

Edició

Servei de Salut de les Illes Balears. Febrer 2020

ISBN

978-84-09-17996-1

Com esmentar aquest document

GRUP DE TREBALL DE DOLOR CRÒNIC DEL SERVEI DE SALUT DE LES ILLES BALEARS. *Valoració del dolor crònic no oncològic de l'adult en l'atenció primària.* Palma: Servei de Salut de les Illes Balears, 2020

Índex de continguts

Introducció 8
Objectius 10
Persones destinatàries 10
Població diana 10
Definició del dolor 11
Característiques i tipus de dolor 11
Mecanisme de cronificació 13
Valoració diagnòstica 16
Indicadors d'avaluació 25
Bibliografia 26
Glossari 29

ANNEXOS 33
Annex 1. Inventari de sensibilització central 35
Annex 2. Banderes vermelles en el dolor lumbar 37
Annex 3. Banderes grogues 38
Annex 4. Qüestionari breu del dolor (versió curta) 39
Annex 5. Índex de Barthel 43
Annex 6. HADS 45
Annex 7. Escala de Lawton i Brody 47
Annex 8. EuroQol-5D-5L 49
Annex 9. DN4 50
Annex 10. PAINAD 52

Introducció

El dolor és una experiència sensitiva i emocional desagradable que afecta de forma rellevant la qualitat de vida de la població i que té una gran repercussió personal, familiar, social i laboral.[1]

Mentre que el dolor agut és un símptoma o una manifestació d'una lesió tissular i té una funció protectora, el dolor crònic no oncològic (DCNO) es considera un problema en si mateix.[2]

El DCNO afecta el 19 % dels europeus i el 17 % dels espanyols adults.[3, 4] La prevalença de dolor crònic augmenta amb l'edat i és de > 30 % en persones més grans de 75 anys.[5]

En l'Enquesta nacional de salut d'Espanya del 2017* un 14,6 % de les persones enquestades manifesten que han hagut de reduir les activitats habituals per algun tipus de dolor en les dues darreres setmanes; aquest percentatge és més elevat en les dones que no en els homes.

En la cronificació potencial del dolor, interactuen una sèrie de factors, no tan sols biològics, sinó també emocionals i socials, que augmenten en la població vulnerable. Sovint s'associa a ansietat, trastorns de la son, deteriorament de la qualitat de vida, absentisme laboral i un increment de l'ús dels serveis sanitaris, per la qual cosa és considerat, avui en dia, un problema de salut pública.

Totes les persones tenen dret al fet que el seu dolor sigui reconegut i respectat, i a rebre una atenció personalitzada i basada en la millor evidència. A més, s'ha d'implicar activament en les pròpies cures en col·laboració amb l'equip sanitari.[6, 7]

Tot i la magnitud del problema i de l'interès professional, científic i social que suposa, la qüestió està infravalorada i es tracta inadequadament per múltiples motius: instruments d'avaluació escassos i poc utilitzats, poca atenció als components emocionals i culturals del dolor i a les actituds i les conductes d'afrontament, accessibilitat reduïda a recursos en tractaments no farmacològics i dèficit de formació adient.[8]

Els professionals d'atenció primària tenen un paper clau en la prevenció i en la detecció, el seguiment, la derivació a altres professionals, l'avaluació de resultats, la promoció de l'autocura i la restauració funcional.[9]

Per això, l'Oficina de Qualitat de Servei de Salut impulsa l'elaboració d'una sèrie de documents clínics destinats a disminuir la variabilitat en la pràctica, i a millorar la formació dels professionals, la coordinació assistencial i l'equitat en l'accés als recursos disponibles.

Aquest primer document tracta de la valoració del DCNO a les consultes d'atenció primària. El tractament i els criteris de derivació es tractaran en documents posteriors.

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

Objectius

General

Millorar la qualitat de vida dels pacients amb dolor crònic atesos a atenció primària.

Específics

- Millorar la valoració del dolor crònic a les consultes d'atenció primària.
- Disminuir la variabilitat no justificada de la pràctica clínica.
- Millorar la qualitat i la seguretat de l'assistència al dolor crònic.

Persones destinatàries

Professionals sanitaris de l'atenció primària de les Illes Balears.

Població diana

Persones que acudeixen a la consulta d'atenció primària amb motiu de dolor crònic no oncològic a la comunitat autònoma de les Illes Balears.

Definició del dolor

L'Associació Internacional per a l'Estudi del Dolor (IASP)* defineix el dolor com una «Experiència sensitiva i emocional desagradable associada a lesió tissular real o potencial o descrita en termes d'aquesta lesió».

El dolor crònic és el que està present durant més de tres mesos de forma contínua o intermitent més de cinc dies per setmana.[8-10]

Característiques i tipus de dolor

Tal com s'indica en la taula 1, podem classificar el dolor segons la durada, el curs, l'etiopatogènia i la intensitat.[9]

Taula 1. Classificació dels tipus de dolor segons les seves característiques

Durada	Dolor agut < 1 mes	
	Dolor subagut 1-3 mesos	
	Dolor crònic > 3 mesos	
Curs	Dolor continu	Controlat
		No controlat (irruptiu, final de la dosi)
	Dolor intermitent	
Etiopatogènia	Dolor nociceptiu (somàtic, visceral)	
	Dolor neuropàtic	
	Dolor mixt	
Intensitat	Lleu	EVA* < 4
	Moderat	EVA 4-6
	Intens	EVA > 6

Font: Adaptació del Consens SEMFyC, SEMERGEN, SEMG.

* EVA: Escala visual analògica per valorar la intensitat del dolor.

Durada

- AGUT: té una durada limitada (hores o menys d'1 mes) amb una finalitat protectora, ja que és un senyal d'alarma que remet o desapareix quan cessa la causa o lesió.

- SUBAGUT: dolor d'1 a 3 mesos d'evolució.

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

- CRÒNIC: es prolonga almenys tres mesos (IASP). Es perd el paper protector. Passa de ser un símptoma aïllat més o menys complex a transformar-se en una entitat amb un impacte negatiu en diferents aspectes: orgànic, funcional, emocional, laboral, familiar, social i econòmic.

Curs

- CONTINU: és un dolor persistent al llarg del dia que no desapareix. Si és tolerable i no interfereix en la vida del pacient, es diu que està controlat. Es considera que el dolor no està controlat quan per la seva intensitat o la seva qualitat provoca discapacitat o altera la qualitat de vida del pacient.

  En el curs del dolor crònic o persistent pot aparèixer un dolor episòdic:

  a) DOLOR IRRUPTIU:[11] exacerbació transitòria del dolor. Es pot manifestar de forma espontània o associat a un desencadenant. Per considerar-lo irruptiu, ha de tenir les característiques següents:
    - Inici ràpid en forma de pic de 3-5 minuts.
    - Intensitat de moderada a intensa.
    - Durada entre 1 minut i 4 hores (durada mitjana de 30 minuts).
    - Freqüència d'1 a 4 episodis al dia.
    - Associat a importants repercussions psicològiques, deteriorament funcional del pacient i preocupació dels cuidadors.
      - Incidental: relacionat amb alguna activitat (voluntària o involuntària després d'algun procediment instrumental al pacient).
      - Espontani: apareix sense estar relacionat amb una activitat ni causa establerta.

  b) DOLOR AL FINAL DE LA DOSI: sol aparèixer en el mateix moment del dia, abans de l'hora prevista d'administració de la dosi de l'analgèsic pautat, per dosificació insuficient.

- INTERMITENT: presenta intervals temporals sense dolor. La seva etiologia pot ser neuropàtica, somàtica, visceral o mixta.

Etiopatogènia

Quan es parla de dolor crònic, el més habitual és agrupar-lo per patologies en la bibliografia. Les que més sovint produeixen dolor crònic en l'adult són: el dolor lumbar (60,5 %) i el dolor articular (40 %).[12]

- NOCICEPTIU: desencadenat per l'acció d'un estímul dolorós sobre els receptors nociceptius. Segons on s'origini, pot ser:

  a) SOMÀTIC: és un dolor superficial (cutani o mucós) o un dolor profund (músculs, lligaments, tendons, ossos, articulacions, vasos sanguinis). Exemples: dolor articular i dolor lumbar o cervical (sense afectació neurològica).

b) VISCERAL: té l'origen en les vísceres o òrgans interns, és de difícil localització i sol associar-se a acompanyament neurovegetatiu per participació del sistema nerviós autònom. Exemple: endometriosi.

- NEUROPÀTIC: dolor iniciat o causat per una lesió o disfunció primària que afecta el sistema nerviós somatosensorial. Aquest sistema proporciona informació al cos sobre la pell, el sistema musculoesquelètic i el visceral.

  Pot ser central, com en cas d'accident cerebrovascular, i perifèric o localitzat. El dolor neuropàtic localitzat és un subtipus de dolor que es caracteritza per una àrea de màxim dolor consistent i circumscrit. Exemples: dolor radicular, neuràlgia postherpètica, neuràlgia del trigemin i polineuropatia diabètica.

- MIXT: presenta simultàniament un component neuropàtic i un component nociceptiu. Apareix en un nombre elevat de pacients i requereix un plantejament específic que prevegi tots dos components. Exemple: dolor oncològic causat per metàstasi, que comprèn un component neuropàtic i nociceptiu de tipus inflamatori.

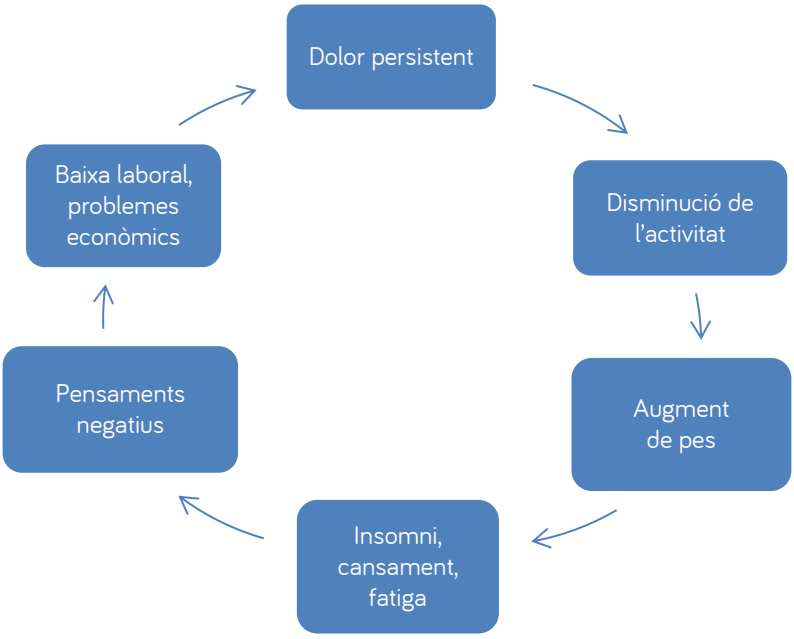
Intensitat[9]

- Lleu: EVA < 4
- Moderat: EVA de 4-6
- Intens: EVA > 6

Mecanisme de cronificació

Quan el dolor apareix i es manté, l'organisme activa una seqüència de processos psicològics motivats per l'aprenentatge i les creences socioculturals que propicien la cronificació o cicle del dolor.

Figura 1. Cicle del dolor



Font: Elaboració pròpia.

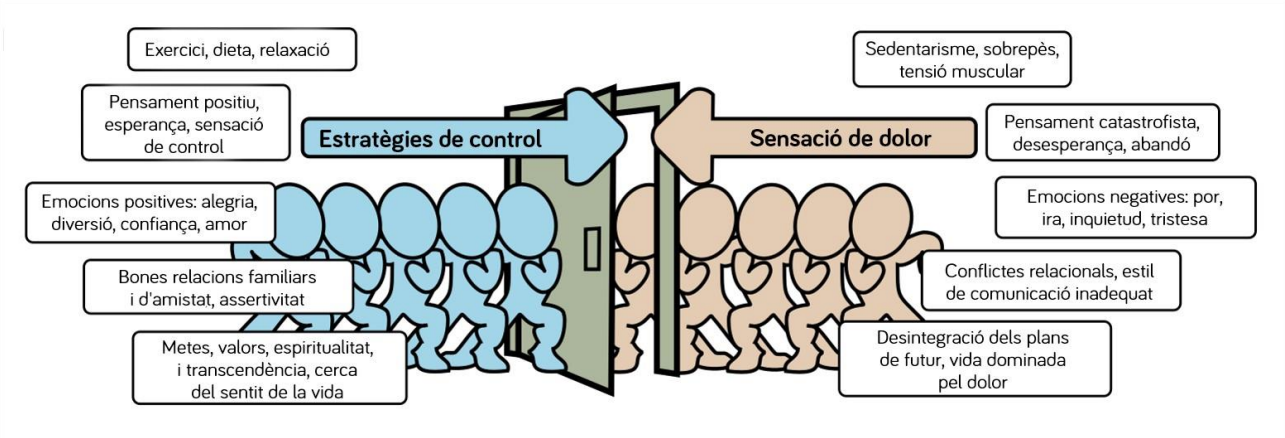
Com es pot observar en la figura 1, el dolor crònic té múltiples conseqüències en aspectes psicològics (ansietat, depressió, insomni, baixa autoestima), en les relacions personals (tendència a l'aïllament), en la qualitat de vida (reducció de l'activitat física, disminució de l'oci, dependència) i en la situació econòmica (baixa laboral, costs sanitaris, incapacitat).

Hipòtesis etiopatogèniques

Teoria de la porta d'entrada de Melzack[13]

- L'estímul dolorós es transmet o es bloqueja segons el tipus de fibra nerviosa que s'activi.
- Quan es produeix una estimulació forta i prolongada de tipus nociceptiu, s'activen alhora fibres nervioses de calibre gran i petit, la qual cosa provoca un conflicte entre l'acció de les primeres, que tendeixen a tancar la porta d'entrada, i de les segones, que tendeixen a obrir-la.
- Melzack proposa imaginar el dolor darrere una porta: quan la porta és tancada, el dolor gairebé no es nota; quan la porta és oberta, el dolor es percep en tota la seva intensitat.

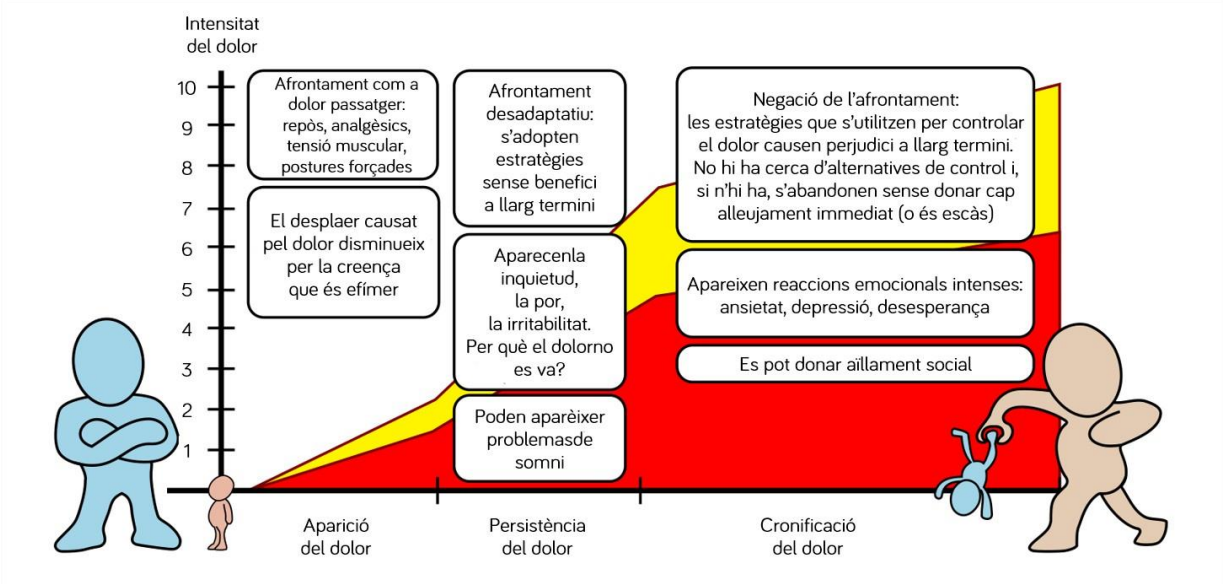
Figura 2. Teoria de la porta d'entrada de Melzack



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

- Aquest model suggereix que hi ha factors, com l'estil de vida o les experiències prèvies i les estratègies psicològiques i cognitives, capaços de contribuir a activar o bloquejar el dolor.
- Les estratègies d'afrontament que funcionen a curt termini en el dolor agut solen ser contraproduents a llarg termini i condueixen al manteniment i la cronificació del dolor.

Figura 3. Estratègies d'afrontament al llarg del temps



Font: SANZ GÓMEZ, *loc. cit.*

Teoria de la sensibilització central

- Proposa que hi ha un estat d'hiperexcitabilitat neuronal davant un estímul perifèric que dona lloc a una resposta dolorosa exagerada en intensitat i durada (hiperalgèsia) davant estímuls habitualment no dolorosos (al·lodínia).[14]
- Segons aquesta teoria, la sensibilització és el resultat de la plasticitat sinàptica del sistema nerviós central a partir d'un estímul nociceptiu (modulació). Diferents formes de plasticitat (estructural, funcional o química) poden, a més, modificar la forma en què es gestiona i es processa la informació sensorial perifèrica.[15]
- Es manifesta mitjançant dolor, espontani o persistent, desproporcionat davant estímuls nocius. S'ha suggerit que hi podria haver factors genètics per explicar per què només afecta algunes persones, així com factors o aspectes comportamentals o psicològics que tindrien un important paper en el manteniment del dolor.[16, 17]
- S'ha elaborat un inventari de la sensibilització central validat en espanyol, que es pot consultar en l'annex 1.[18]

Valoració diagnòstica

Consideracions preliminars

El 1996, la Societat Americana del Dolor (APS) va introduir el concepte de dolor com la cinquena constant vital. Aquesta iniciativa pretenia posar èmfasi en la necessitat de valorar el dolor en tots els pacients per manejar-lo de manera més eficaç.[19] La Joint Commission (JC) de la Societat Americana del Dolor ha establert uns principis bàsics que han de seguir els professionals sanitaris.[7]

Taula 2. Decàleg del dolor per a professionals sanitaris

1)	Tots els pacients tenen dret al fet que el seu dolor sigui valorat i tractat.
2)	El dolor és sempre subjectiu. El millor indicador de dolor és la informació que ens dona el pacient. Acceptau i respectau aquesta informació.
3)	Els signes objectius de dolor físic o conductuals (taquicàrdia, queixes, inquietud) no són indicadors ni sensibles ni específics de dolor, i no substitueixen la informació que ens proporciona el pacient, llevat que aquest no es pugui comunicar.
4)	Els instruments per valorar el dolor han de ser adequats a la població avaluada. Considerau de forma espcial els pacients que no siguin capaços de comunicar-se. Hi heu d'incloure la valoració familiar sempre que sigui possible.
5)	Hi pot haver dolor sense una causa física identificable. No heu d'atribuir de forma rutinària el dolor a causes psicològiques.
6)	Al mateix estímul, distints pacients experimentaran diferents nivells de dolor.
7)	La tolerància al dolor és distinta en les persones depenent de diferents factors, com ara: herència, estratègies d'afrontament, experiències anteriors, etc.
8)	Els pacients amb dolor crònic poden ser més sensibles al dolor i a altres estímuls.
9)	El dolor no tractat té efectes físics i conseqüències psicològiques adverses.
10)	El dolor és una experiència sensorial i emocional adversa, per la qual cosa és necessari preveure els aspectes físics i psicològics en l'avaluació del dolor.

Font: Joint Commission.

Elements fonamentals per a la valoració

L'anamnesi, l'exploració física i les proves complementàries permeten arribar al diagnòstic i dissenyar un pla terapèutic individualitzat.

1. Anamnesi

Totes les persones que van a la consulta per dolor crònic necessiten un enfocament integral i sistemàtic. S'han d'abordar les característiques del dolor, les estratègies d'afrontament del pacient, així com l'impacte psicosocial i en les activitats de la vida diària.

Taula 3. Paràmetres que cal recollir en l'anamnesi

Localització	On té mal?
Inici i irradiació	Des de quan? Distribució del dolor.
Sensació	Qualitat del dolor.
Intensitat	Quant de mal té?
Alleujament/empitjorament	Circumstàncies que fan que alleugi/empitjori el dolor.
Durada	Durada, curs i evolució. Continu?, intermitent?, irruptiu?
Observacions	Altres símptomes? Episodis anteriors. Creences del pacient sobre el seu dolor, expectatives respecte al tractament i l'evolució del quadre, etc.
Record terapèutic	Tractaments rebuts, eficàcia, abandonaments, efectes adversos.

Emocional	Estat psicològic: ansietat, depressió, idees de suïcidi. El dolor, provoca trastorn del son?
Social	Com afecta la vida familiar, les relacions socials i la feina?

Font: FMC 2017 «Abordaje multifactorial del dolor crónico no neoplásico en Atención Primaria».[20] Per facilitar el fet de recordar tots els paràmetres que cal recollir, es pot usar la regla mnemotècnica indicada pels autors de l'article: LISIADORES.

Les anomenades *banderes vermelles* (*red flags*) són senyals d'alerta[22, 23] molt sensibles però poc específiques que s'han utilitzat per valorar la gravetat del dolor en algunes patologies. Estudis recents elaborats amb pacients amb dolor lumbar han detectat molts falsos positius (per exemple, respecte al dolor nocturn) i un excés de proves i de costs. A més, l'absència de banderes vermelles no descarta gravetat,[21, 22] per la qual cosa cal individualitzar cada cas (annex 2).

De forma anàloga, s'han descrit les banderes grogues per identificar riscs psicosocials en les persones amb dolor crònic. El concepte va ser proposat com a mètode per detectar factors d'incapacitat a llarg termini[23, 24] (annex 3).

No hi ha cap mesura objectiva del dolor, però hi ha una sèrie d'escales i de qüestionaris que poden ajudar a valorar-lo. Són instruments que exploren les diferents dimensions del dolor crònic. Poden ser generals (unidimensionals, multidimensionals) o específics (per a pacients sense comunicació verbal o amb dolor neuropàtic). Es recomana usar-los per precisar el diagnòstic i per valorar l'evolució als 6, 12 i 24 mesos.

Taula 4. Escales recomanades en la valoració del dolor crònic

Escales generals	
Unidimensionals (mesuren la intensitat del dolor)	Escala visual analògica
	Escala numerada
	Escala d'expressió facial
Multidimensionals (exploren la repercussió del dolor crònic i la qualitat de vida)	Brief Pain Inventory – Short Form (BPI-SF)
	EuroQOL-5D-5L
Escales específiques	
Dolor neuropàtic	DN4
Valoració del dolor en demència avançada	PAINAD

Font: Elaboració pròpia.

- **Escales generals unidimensionals**

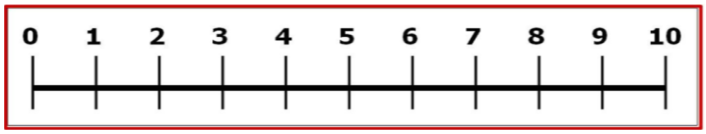
  a) **Escala visual analògica (EVA):** s'ha convertit en l'escala més utilitzada a la clínica perquè és la més sensible. Consisteix en una línia horitzontal (normalment reflectida sobre un regle o similar) o vertical de 10 centímetres en la qual s'han retolat els dos extrems amb «Sense dolor» i «El pitjor dolor», de manera que el pacient ha d'assenyalar en la línia la intensitat amb què percep el dolor.[25]

  Figura 4. Escala visual analògica

  Sense dolor *El pitjor dolor*

  b) **EVA numerada:** s'han fet petites modificacions sobre la primera escala visual analògica, com ara numerar de 0 a 10, perquè el pacient triï el nombre que descriu més bé el seu dolor. Totes aquestes modificacions estan encaminades a augmentar la sensibilitat del mesurament.

  Figura 5. EVA numerada

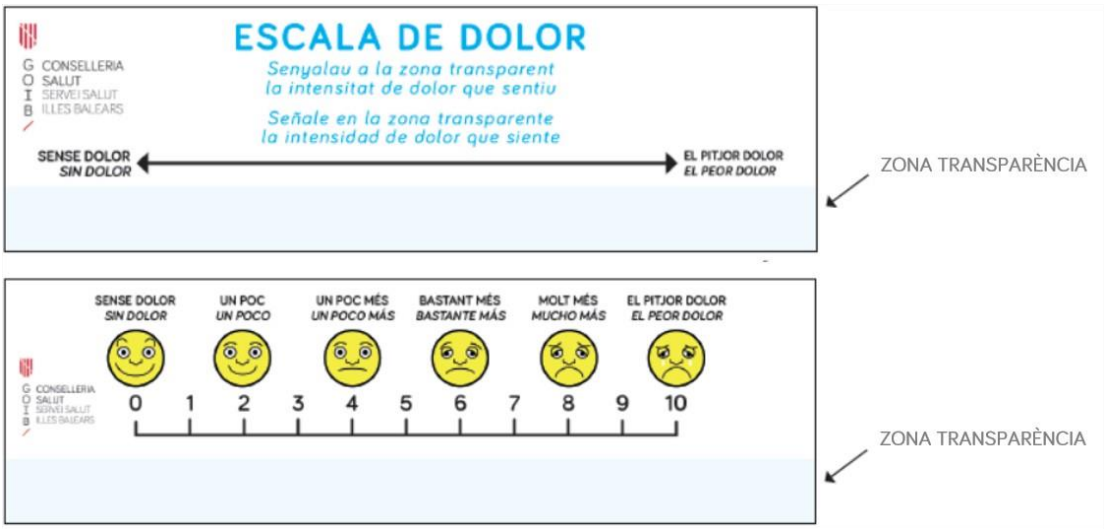
  Qualsevol de les dues és vàlida; cap no ha demostrat ser més fiable o eficaç que l'altra.[26] En haver mesurat la intensitat, s'ha de registrar el resultat en forma numèrica en la història clínica (e-SIAP) al costat de la resta de paràmetres clínics. Es considera dolor lleu: EVA < 4, dolor moderat: EVA de 4-6 i dolor intens: EVA > 6.

En pacients pediàtrics o persones amb deteriorament cognitiu lleu-moderat, es pot utilitzar una escala d'expressió facial.

c) **Escala d'expressió facial:** també coneguda com «escala de cares Wong-Baker» o «escala de les cares pintades», ja que consta de diversos dibuixos de cares que reflecteixen diverses situacions: feliç, somrient, seriós, trist i plorós.

S'ha elaborat un instrument corporatiu perquè els professionals assistencials puguin mesurar la intensitat de dolor mitjançant una de les tres, segons les característiques de la persona afectada.

Figura 6. Escala de dolor corporativa



- **Escales generals multidimensionals**

a) **Brief Pain Inventory (BPI-SF):**[27, 28] es tracta d'un qüestionari autoadministrat desenvolupat originalment per al dolor oncològic. És molt utilitzat en clínica i investigació. Hi ha dues versions validades, de les quals es recomana la versió més curta, que consta de 9 preguntes que mesuren: localització, intensitat, efectes del tractament analgèsic i repercussió del dolor crònic.

Si es detecta alteració de l'ànim o dificultat per dur a terme les activitats diàries habituals, es recomana ampliar l'avaluació amb altres escales: HADS,[29] Barthel, Lawton i Brody (totes disponibles en els annexos 4 a 7).

b) **EuroQOL-5D-5L:**[30, 31] és un instrument genèric de mesura de la qualitat de vida amb el qual la persona mateixa valora el seu estat de salut, encara que també pot ser heteroadministrada. Permet una anàlisi de l'estat de salut individual, però també pot usar-se a escala poblacional per analitzar l'efectivitat de les intervencions sanitàries.

El temps d'administració és d'aproximadament 2-3 minuts. Està validat en el nostre medi. Consta de dos apartats:

1) Identifica 5 dimensions de la salut (mobilitat, cura personal, activitats quotidianes, dolor/malestar i ansietat/depressió) i els nivells de gravetat.

2) Escala visual analògica de 20 centímetres, numerada del 0 (pitjor estat de salut imaginable) al 100 (millor estat de salut). La persona usuària ha de marcar el punt en la línia vertical que reflecteixi més bé la valoració del seu estat de salut global en aquell moment (annex 8).

- **Escales específiques**

a) **DN4**:[32] valora el dolor neuropàtic o mixt amb elevada sensibilitat i especificitat (80-90 %). Requereix un temps d'aplicació d'entre 5 i 10 minuts i està validada al nostre medi. Mesura 7 ítems referits a símptomes i 3 de referits a l'exploració: una puntuació total ≥ 4 suggereix dolor neuropàtic (annex 9).

Si el DN4 és positiu i el dolor està localitzat, es pot utilitzar l'eina de detecció de dolor neuropàtic localitzat,* que diferencia el dolor neuropàtic localitzat de qualsevol altre tipus de dolor. És menys sensible que el DN4, però molt més específic.[33]

b) **Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)**:[34] és eficaç per mesurar el dolor en persones amb demència sense capacitat de comunicació. Aquesta escala pot ser usada per diferents professionals de la salut amb poc entrenament, té una bona fiabilitat i està validada en español.[29] Està composta per 5 ítems de comportaments observables: respiració, vocalitzacions negatives (expressió no verbal de dolor, gemecs, etc.), expressió facial, llenguatge corporal i consolabilitat (incapacitat per consolar-se).

Aquests comportaments s'observen en tres contextos del pacient: en repòs, durant una activitat agradable i en situació de dolor.

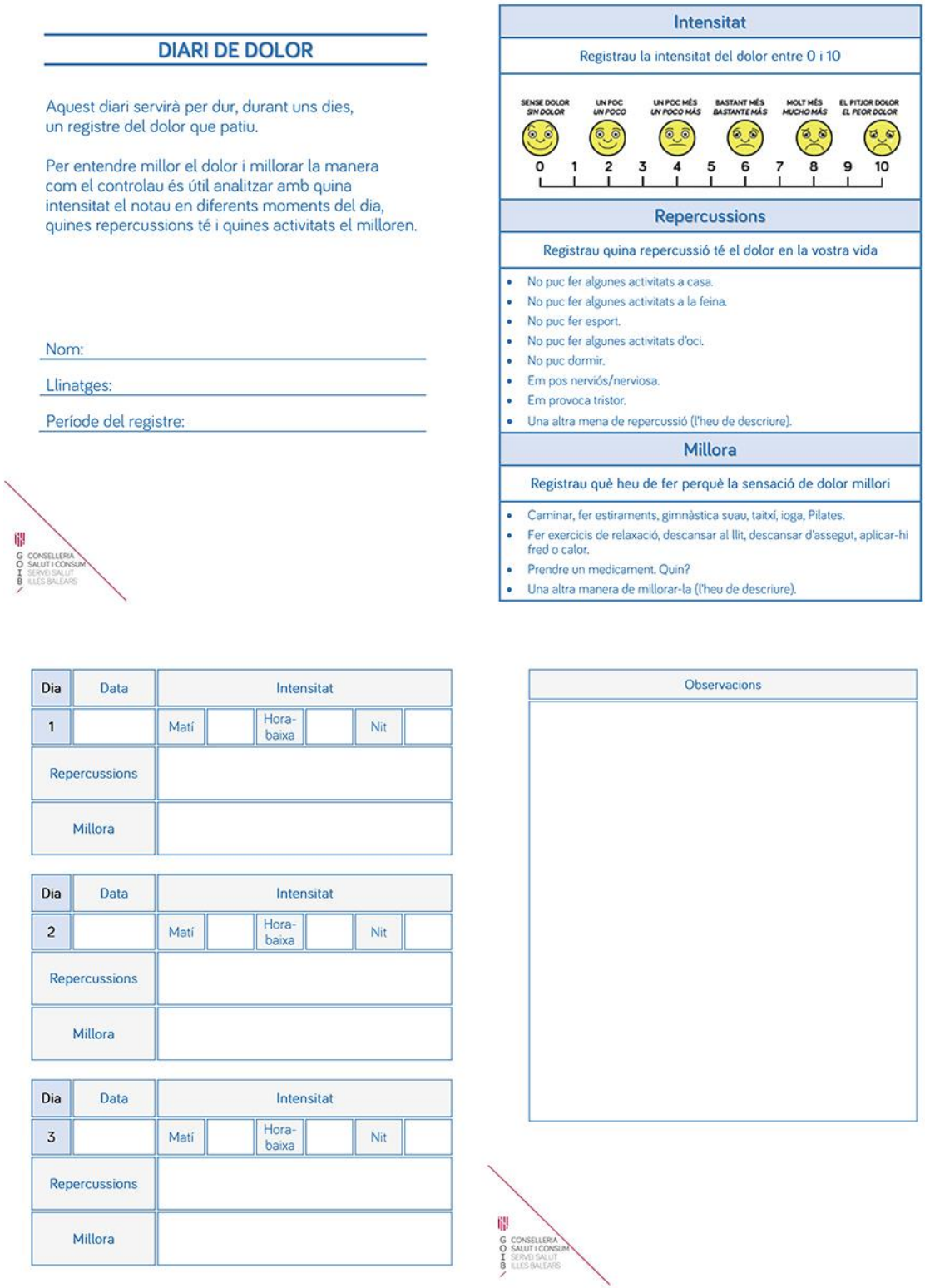
El resultat s'extrapola a l'escala visual analògica (EVA): < 4 lleu, 4-6 moderat, > 6 intens (annex 10).

- **Diari de dolor**

Un diari de dolor pot ser útil per avaluar-lo i per registrar-ne les característiques i les repercussions. Es proposa utilitzar el diari dissenyat pel Servei de Salut durant períodes curts d'1-2 setmanes, tant en el moment de la diagnosi com davant canvis durant el seguiment.

* L'eina de detecció de dolor neuropàtic localitzat està disponible en versió en espanyol a: *https://fs30.formsite.com/sedolor/form13/index.html.*

Figura 7. Diari de dolor (extracte)



DIARI DE DOLOR

Aquest diari servirà per dur, durant uns dies, un registre del dolor que patiu.

Per entendre millor el dolor i millorar la manera com el controlau és útil analitzar amb quina intensitat el notau en diferents moments del dia, quines repercussions té i quines activitats el milloren.

Nom:

Llinatges:

Període del registre:

CONSELLERIA SALUT I CONSUM SERVEI SALUT ILLES BALEARS

Intensitat

Registrau la intensitat del dolor entre 0 i 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

Repercussions

Registrau quina repercussió té el dolor en la vostra vida

- No puc fer algunes activitats a casa.
- No puc fer algunes activitats a la feina.
- No puc fer esport.
- No puc fer algunes activitats d'oci.
- No puc dormir.
- Em pos nerviós/nerviosa.
- Em provoca tristor.
- Una altra mena de repercussió (l'heu de descriure).

Millora

Registrau què heu de fer perquè la sensació de dolor millori

- Caminar, fer estiraments, gimnàstica suau, taitxí, ioga, Pilates.
- Fer exercicis de relaxació, descansar al llit, descansar d'assegut, aplicar-hi fred o calor.
- Prendre un medicament. Quin?
- Una altra manera de millorar-la (l'heu de descriure).

Dia	Data	Intensitat					
1		Matí		Hora-baixa		Nit	
Repercussions							
Millora							

Dia	Data	Intensitat					
2		Matí		Hora-baixa		Nit	
Repercussions							
Millora							

Dia	Data	Intensitat					
3		Matí		Hora-baixa		Nit	
Repercussions							
Millora							

Observacions

CONSELLERIA SALUT I CONSUM SERVEI SALUT ILLES BALEARS

2. Exploració física

Ha de ser integral i ha de posar èmfasi en la valoració funcional i en la síndrome dolorosa concreta.

- **Exploració física general:** pes, talla, índex de massa corporal (IMC), tensió arterial, freqüència respiratòria i cardíaca, i una exploració sistematitzada per aparells.

- **Exploració física de la síndrome dolorosa:** permet elaborar un mapa del dolor i consta de:

  a) Inspecció, palpació i valoració de la mobilitat tant activa com passiva de les articulacions afectades.

  b) Valoració de signes d'inflamació, deformació o limitació de la mobilitat. Avaluació de la postura de la marxa i detecció de punts gallet.

  c) Exploració del sistema somatosensorial: sensibilitat tàctil, presència d'al·lodínia o hiperalgèsia (cotó i agulla) i sensibilitat vibratòria (diapasó).

  d) Sistema motor: força, to i reflexos osteomusculars.

  e) Palpació de pols i, si escau, auscultació de bufs de les zones afectades.

3. Proves complementàries

Segons l'orientació diagnòstica posterior a l'anamnesi i l'exploració física, s'ha de decidir si cal sol·licitar cap prova complementària. En general, estan justificades per confirmar una sospita diagnòstica o si el resultat d'aquesta pot motivar una actitud terapèutica diferent de la que s'ha previst.

Tenint en compte la durada del dolor crònic, el pacient ja pot tenir fetes les proves de diagnòstic.

No obstant això, totes les guies recomanen una anàlisi de totes les proves fetes que aporti el pacient i una reavaluació en cas de signes d'alarma.

La resposta fisiològica al dolor s'ha intentat mesurar mitjançant l'estudi de nombroses proves diagnòstiques, entre les quals s'inclouen:

- Les manifestacions somàtiques de l'activació del sistema nerviós autònom pel dolor.
- Els estudis neurofisiològics.
- Les determinacions analítiques hormonals o de neuropèptids.

En general, els resultats no han estat satisfactoris i l'ús està restringit a investigació, per la qual cosa no es comentaran en aquest document.

Pel que fa al registre en la CIM-9 de la diagnosi en la història clínica d'atenció primària (e-SIAP), la codificació no permet establir un diagnòstic de DCNO, que sí que està previst en altres classificacions, com la CIM-11. Hi ha dos codis de la CIM-9: 338.29 «altre dolor crònic» i 338.4 «síndrome de dolor crònic (dolor crònic associat amb disfunció psicosocial important)».

Actualment, no figuren en l'e-SIAP, però s'ha sol·licitat que s'hi incloguin als responsables de la Unitat de Desenvolupament de la Història Clínica Electrònica d'Atenció Primària (UDHIC-AP).

Indicadors d'avaluació

Ús d'escales per valorar la intensitat del dolor crònic

- Justificació: tots els pacients amb mal de > 3 mesos d'evolució han de tenir almenys una mesura d'intensitat de dolor.
- Dimensió: adequació.
- Fórmula / unitat de mesura: nombre de pacients amb dolor crònic amb qualsevol dels diagnòstics de la CIM-9* en els quals consta almenys una mesura d'intensitat de dolor multiplicat per 100 i dividit entre el nombre de pacients amb dolor crònic registrat amb qualsevol dels diagnòstics de la CIM-9.*
- Tipus d'indicador: de procés.
- Font d'informació: e-SIAP.
- Estàndard: 90 %.

Ús d'escales per identificar el dolor crònic neuropàtic

- Justificació: tots els pacients amb dolor crònic han de ser avaluats per diferenciar el dolor nociceptiu del dolor neuropàtic.
- Dimensió: adequació.
- Fórmula / unitat de mesura: nombre de pacients amb dolor crònic amb qualsevol dels diagnòstics de la CIM-9* als quals s'ha passat en atenció primària el qüestionari DN4 multiplicat per 100 i dividit pel nombre de pacients amb dolor crònic registrat amb qualsevol dels diagnòstics de la CIM-9.*
- Tipus d'indicador: de procés.
- Font d'informació: e-SIAP.
- Estàndard: 90 %.

Bibliografia

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 (Suïssa), 2007. *www.who.int/medicines/areas/quality_safety/delphi_study_pain_guidelines.pdf*. [Consulta: 20 desembre 2019]

2. EUROPEAN FEDERATION OF IASP CHAPTERS. *EFIC's Declaration on Chronic Pain as a Major Healthcare Problem, a Disease in its Own Right*. Brusselles, 2001. *www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/20042005RighttoPainRelief/painasadisease.pdf*. [Consulta: 20 desembre 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 desembre 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 desembre 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 desembre 2019]

6. REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO (RNAO). *Valoración y manejo del dolor* (p. 1-14). Toronto (Canadà), 2013. *rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2015_-_BPG_Pain_16_01_2015_-_3rd_Edition.pdf*. [Consulta: 20 desembre 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 desembre 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 desembre 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 desembre 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 desembre 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 desembre 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 desembre 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 desembre 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 desembre 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 desembre 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 desembre 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 desembre 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 desembre 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 desembre 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 desembre 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 desembre 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 desembre 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 desembre 2019]

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

Glossari

Afrontament

Sèrie de pensaments o accions que capaciten les persones per manejar situacions difícils. Procés d'esforços dirigits a reduir, minimitzar, tolerar o controlar les demandes internes i ambientals.

Al·lodínia

Dolor generat per un estímul que normalment no el provoca.

Arrel nerviosa

Feix de nervis motors i sensorials que sorgeixen en les vèrtebres i connecten la medul·la espinal amb el sistema nerviós perifèric. Cada arrel nerviosa alimenta una secció del sistema nerviós perifèric, que cobreix una àrea coneguda com *dermatoma*.

Autocura

Pràctica d'activitats que els individus inicien i fan en benefici propi per mantenir la vida, la salut i el benestar.

Dimensió del dolor

Aspecte o faceta del dolor. Melzack i Casey, el 1968, varen proposar tres dimensions de l'experiència dolorosa: sensitivodiscriminativa, cognitivoavaluativa i afectivoemocional.

Dolor agut

Resposta fisiològica normal i predictible a un estímul dolorós. És un senyal d'alarma davant un dany real o imminent amb una funció protectora. Té una durada limitada i remet quan la lesió desapareix o es cura.

Dolor crònic

És el dolor que persisteix després que desaparegui el mal que l'ha causat, de manera que ja ha perdut la funció d'alarma i de protecció que tenia. És una malaltia en si mateixa i suposa un gran repte terapèutic. En general, es considera crònic el dolor que dura > 3 mesos.

Dolor mixt

És el dolor que comparteix característiques tant del dolor nociceptiu como del dolor neuropàtic.

Dolor neuropàtic

És el dolor causat per una lesió o disfunció primària en el sistema nerviós. Hi ha un trastorn fisiopatològic de les fibres nervioses que provoca una activitat anormal en les vies de transmissió sensorial, amb hipersensibilitat perifèrica o central del sistema nociceptiu. Sol tenir les característiques del dolor crònic.

Dolor nociceptiu

És el dolor causat per la presència d'un estímul dolorós sobre les terminacions de les neurones especialitzades en la recepció del dolor (nociceptors). Depenent de l'origen, pot ser somàtic superficial (originat en pell i mucoses), somàtic profund (originat en ossos, articulacions, músculs, lligaments, tendons, vasos sanguinis o fàscies) i visceral (originat en les vísceres o òrgans).

Dolor radicular

És el dolor associat a la lesió d'una arrel nerviosa.

Modulació del dolor

Fenomen pel qual es pot inhibir o afavorir la transmissió del dolor a través del sistema nerviós.

Neuràlgia

Dolor continu al llarg d'un nervi i les ramificacions d'aquest, generalment sense fenòmens inflamatoris.

Nocicepció

És el procés neuronal mitjançant el qual es codifiquen i es processen els estímuls potencialment nocius contra els teixits de l'organisme.

Nociceptors

Són les terminacions nervioses lliures de les neurones sensitives primàries, els cossos neuronals de les quals es troben als ganglis raquidis. Hi ha tres classes de nociceptors: tèrmics, mecànics o químics. Tots tenen un llindar d'excitació molt més elevat que els receptors de la temperatura i del tacte normal, per la qual cosa habitualment no s'activen llevat que hi hagi un estímul nociu.

Plasticitat

Capacitat de les cèl·lules del sistema nerviós per regenerar-se anatòmicament i funcionalment després d'estar subjectes a influències patològiques ambientals o del desenvolupament, inclosos traumatismes i malalties.

Radiculopatia

Pèrdua o disminució sensitiva o motora d'una arrel nerviosa.

Sensibilització central

Procés que consisteix en un estat d'hiperexcitabilitat neuronal davant un estímul perifèric que dona lloc a una resposta dolorosa exagerada en intensitat i durada (hiperalgèsia), així com la percepció de dolor davant estímuls normalment no dolorosos (al·lodínia).

Síndrome de dolor miofascial

Trastorn d'origen musculoesquelètic que s'associa a dolor i rigidesa muscular. Es caracteritza per la presència de punts gallet.

Síndrome de dolor regional complex o distròfia simpàtica reflexa

És un trastorn que sol afectar una extremitat (braç, cama, mà o peu); generalment comença després d'una lesió. Es caracteritza per dolor prolongat, canvis en el color de la pell i la temperatura, i inflor a la zona afectada. Es creu que és el resultat d'una disfunció del sistema nerviós.

Sistema somatosensorial

Parteix del sistema nerviós que ens proporciona la informació conscient, com la del tacte, el dolor, la pressió, la vibració, la temperatura, etc., des dels receptors perifèrics (pell, músculs, fàscies i articulacions) fins al cervell.

ANNEXOS

Annex 1. Inventari de sensibilització central

Per contestar el qüestionari, no imprimiu aquestes imatges, sinó el PDF corresponent.

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		

Interpretació

No s'ha establert exactament el nombre de punts a partir del qual s'ha de considerar que una persona pateix la síndrome de sensibilització central. Mayer[4] conclou que els clínics han de considerar que la persona té la síndrome de sensibilització central quan hagi estat diagnosticada d'una malaltia o més d'una de l'apèndix B i presenti una puntuació elevada en l'apèndix A.

A efectes pràctics, a la Unitat del Dolor de l'Hospital Universitari Son Espases es considera que en els casos en què es registra una puntuació superior a 40 en l'apèndix A i una malaltia o més d'una de l'apèndix B hi ha una probabilitat alta de patir síndrome de sensibilització central.

Annex 2. Banderes vermelles en el dolor lumbar

Bandera vermella	Possible causa de la lumbàlgia
Antecedent de càncer	Càncer o infecció
Pèrdua de pes inexplicada	
Immunosupressió	
Infecció urinària	
Ús de drogues per la via parenteral	
Ús prolongat de corticoides	
Lumbàlgia que no millora amb un tractament conservador	
Traumatisme significatiu	Fractura espinal
Traumatisme lleu en pacient amb possibilitat d'osteoporosi	
Ús prolongat de corticoides	
Retenció urinària aguda o incontinència per sobreeiximent	Síndrome de la *cauda equina*
Incontinència fecal	
Anestèsia de sella	
Debilitat progressiva de les extremitats inferiors	

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

Annex 3. Banderes grogues

Factors psicosocials que incrementen el risc de desenvolupar o perpetuar el dolor crònic i la discapacitat a llarg termini[23]

- Actitud i creences inadequades.
- Conducta inadequada.
- Problemes relacionats amb la feina o aspectes de compensació postural.
- Problemes emocionals.

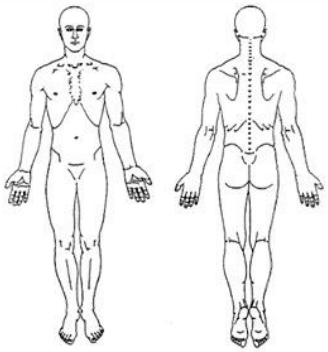
Annex 4. Qüestionari breu del dolor (versió curta)

Qüestionari autoadministrat molt utilitzat en clínica i investigació. Consta de 9 preguntes que mesuren la localització, la intensitat, els efectes del tractament analgèsic i la repercussió del dolor crònic.

Per contestar el qüestionari, no imprimiu aquestes imatges, sinó el PDF corresponent.

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:

Interpretació

Per avaluar les preguntes 3-6 (sobre la intensitat de dolor) i la pregunta 9 (sobre la repercussió del dolor), s'utilitza l'EVA numerada del 0 al 10, en què el 0 indica que no hi ha repercussió i el 10 indica una repercussió completa en l'àrea definida.

La pregunta 9 està dividida en set apartats, *a)-g)*, que mesuren la repercussió del dolor crònic en la vida diària de la persona. Si la puntuació de l'EVA és superior a 5 en els apartats *a)*, *b)* o *d)*, cal aplicar altres escales o qüestionaris per aprofundir en l'estudi del cas:

	Escala recomanada	Descripció	Característiques	Interpretació
a) Activitat general	Barthel (annex 5)	Valora les activitats bàsiques de la vida diària: graus de dependència	7 apartats. Cada un es puntua per separat	0-20 total 21-60 greu 61-90 moderada 91-99 lleu 100 independència
b) Estat d'ànim	HADS (annex 6)	Valora l'ansietat i la depressió	14 ítems en dues sèries (una per a l'ansietat i l'altra per a la depressió) de 7 qüestions	≤ 7 normal 8-10 *borderline* > 11 alterat
d) Feines habituals	Lawton i Brody (annex 7)	Valora la capacitat per a les activitats instrumentals: graus de dependència	8 ítems. Cada un es puntua amb 0 (independent) o 1 (dependent)	2-3 important 4-5 moderat 6-7 lleuger 8 independència

Font: Elaboració pròpia.

Annex 5. Índex de Barthel

Escala autoadministrada que valora la capacitat per dur a terme les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD). Mesura 10 apartats, cadascun dels quals es puntua per separat depenent de l'ajuda necessària per dur a terme cada activitat bàsica de la vida diària.

Per contestar el qüestionari, no imprimiu aquesta imatge, sinó el PDF corresponent.

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	

Interpretació

La puntuació final oscilla entre 0 (completament dependent) i 100 (completament independent):

< 20 dependència total
20-40 dependència greu
41-59 dependència moderada

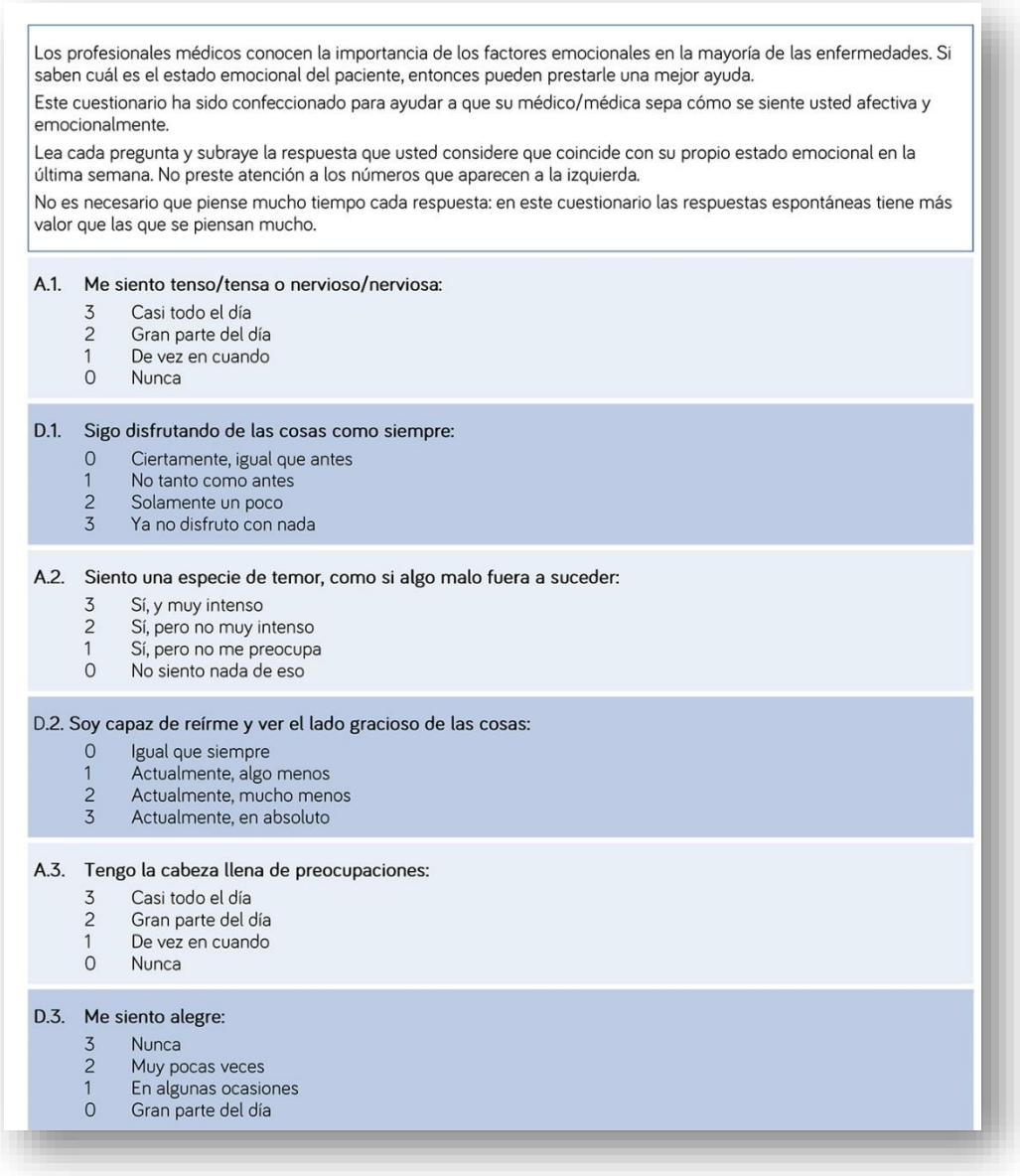
≥ 60 dependència lleu

Annex 6. HADS

La HADS (*hospital anxiety and depression scale*, 'escala d'ansietat i depressió hospitalària')[29] és un instrument de cribratge per detectar trastorns afectius. Mesura estats de depressió i ansietat i pot aplicar-se tant en l'àmbit hospitalari com en l'extrahospitalari. És una escala validada, àmpliament utilitzada i autoadministrada.

Consta de 14 ítems, distribuïts en dues sèries de 7 qüestions: una sèrie representa la subescala d'ansietat, i l'altra, la de depressió. El pacient a qui s'apliqui la HADS ha d'indicar com se sent en aquell moment, inclosos els dies previs.

Per contestar el qüestionari, no imprimiu aquestes imatges, sinó el PDF corresponent.



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

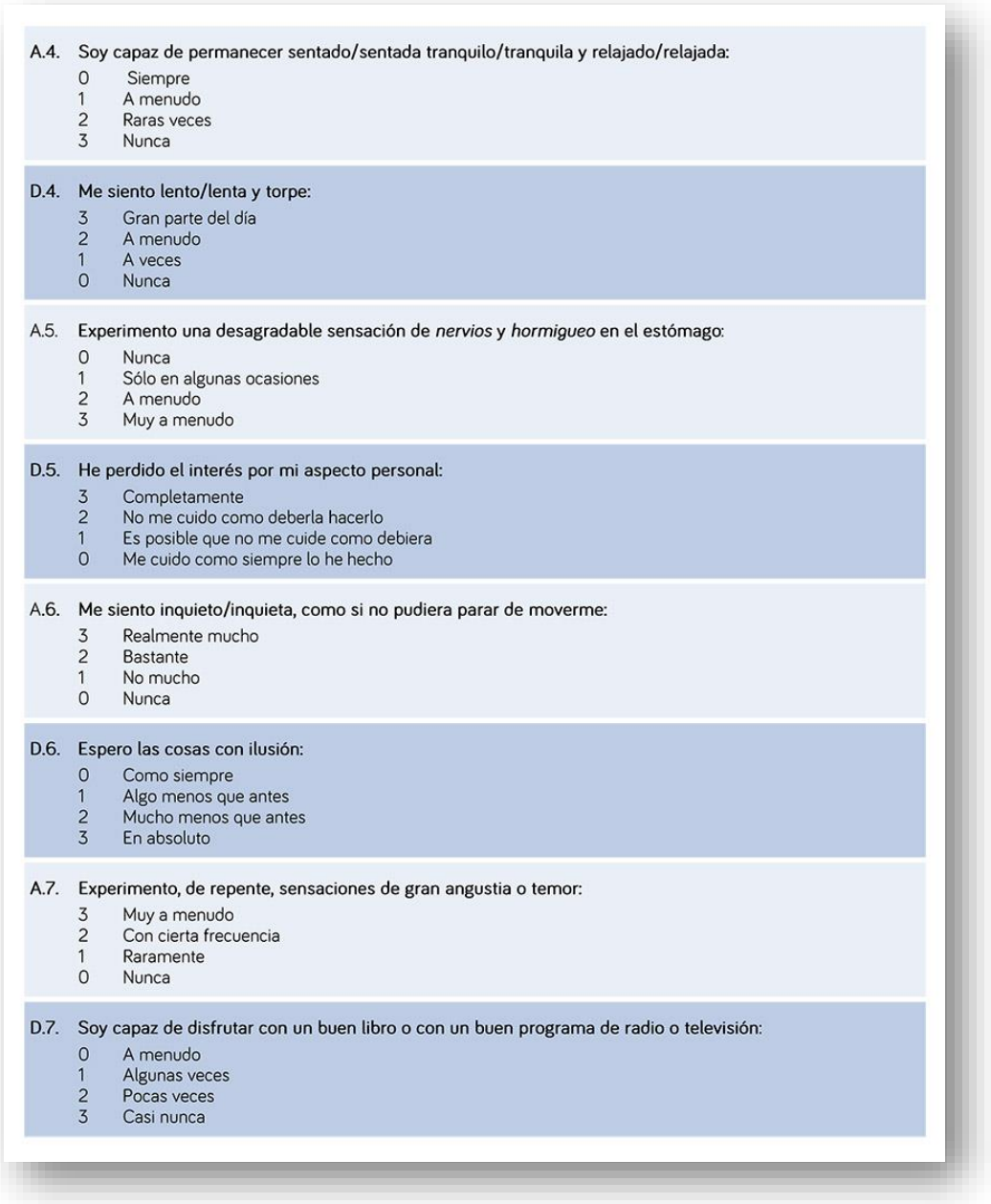
D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:
- 0 Ciertamente, igual que antes
- 1 No tanto como antes
- 2 Solamente un poco
- 3 Ya no disfruto con nada

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 debería 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

Font: Adaptat de MINISTERI DE SANITAT I CONSUM. *Guía de práctica clínica para el manejo del paciente con trastornos de ansiedad en atención primaria.*[35]

Interpretació

Les puntuacions superiors a 11 es consideren indicatives de morbiditat; una puntuació de 8-10 s'interpreta com un cas *borderline* o fronterer, i les puntuacions inferiors a 7 indiquen absència de morbiditat significativa.

Annex 7. Escala de Lawton i Brody

Escala heteroaplicada que s'utilitza per valorar la capacitat de la persona per dur a terme les activitats instrumentals de la vida diària (AIVD). Està validada en espanyol.

Avalua 8 ítems: tenir capacitat per utilitzar el telèfon, anar de compres, preparar el menjar, tenir cura de la casa, rentar la roba, utilitzar mitjà de transport, ser responsable de la medicació i tenir capacitat d'utilitzar doblers. S'assigna a cada ítem un valor numèric 1 (= independent) o 0 (= dependent). La informació s'obté fent les preguntes directament a la persona afectada o a la persona cuidadora principal. La mitjana de temps que es requereix per completar el qüestionari és de 4 minuts.

Per contestar el qüestionari, no imprimiu aquestes imatges, sinó el PDF corresponent.



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	

Interpretació

La puntuació final és la suma del valor de totes les respostes i oscil·la entre 0 (= màxima dependència) i 8 (= independència total).

Annex 8. EuroQol-5D-5L

Instrument genèric de mesurament de la qualitat de vida amb el qual la persona mateixa valora el seu estat de salut. Es pot utilitzar per valorar l'estat de salut individual o per analitzar l'efectivitat de les intervencions sanitàries en la població.

Individual

- Anàlisi de 5 dimensions de la salut: mobilitat, cura personal, activitats quotidianes, dolor/malestar i ansietat/depressió. Cadascuna té cinc nivells de gravetat: sense problemes, problemes lleus, problemes moderats, problemes greus i incapacitat o símptomes extrems, que es codifiquen d'1 a 5 respectivament.

  El resultat s'obté sumant les 5 dimensions: sense cap problema (puntuació = 5) o amb algun problema en alguna dimensió (puntuació > 5).

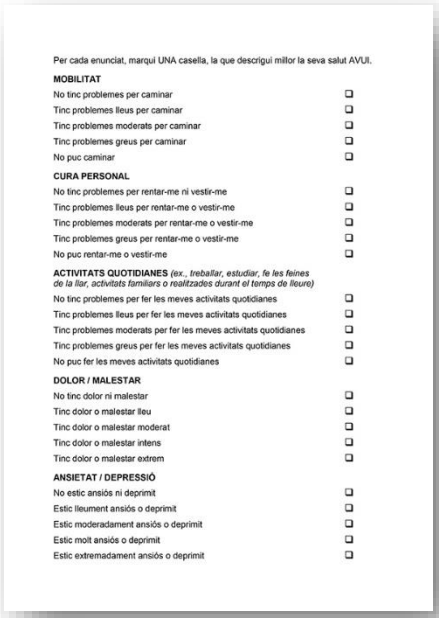
- Escala visual analògica vertical, de 20 centímetres, mil·limetrada, numerada de 0 (= pitjor estat de salut imaginable) a 100 (= millor estat de salut imaginable). La persona ha de marcar el punt en la línia vertical que reflecteixi millor la valoració del seu estat de salut global en el dia en què completa l'escala.

Tant l'anàlisi de les dimensions com l'escala visual analògica són útils per valorar la qualitat de vida al llarg del temps.

Poblacional

Instrument utilitzat per determinar l'estat de salut en poblacions ateses. En general, s'usa per a investigació o per gestionar recursos. En aquest cas es determina un índex que oscil·la entre el valor 1 (= millor estat de salut) i el 0 (= mort). Es pot combinar amb els anys de vida per calcular els anys de vida ajustats per qualitat (AVAQ).[30]

Per contestar el qüestionari, no imprimiu aquestes imatges, sinó el PDF corresponent.



Per cada enunciat, marqui UNA casella, la que descrigui millor la seva salut AVUI.

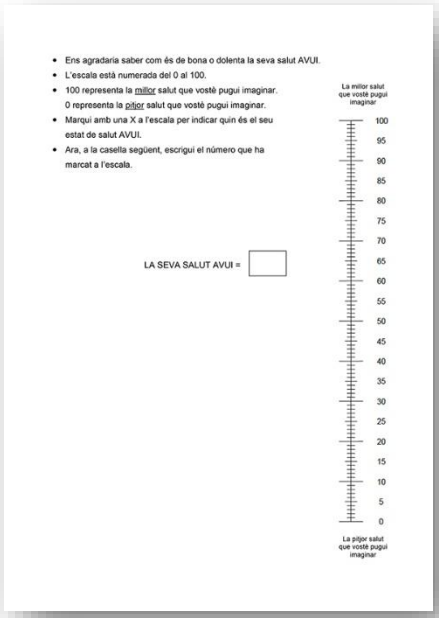
MOBILITAT
- No tinc problemes per caminar ❑
- Tinc problemes lleus per caminar ❑
- Tinc problemes moderats per caminar ❑
- Tinc problemes greus per caminar ❑
- No puc caminar ❑

CURA PERSONAL
- No tinc problemes per rentar-me ni vestir-me ❑
- Tinc problemes lleus per rentar-me o vestir-me ❑
- Tinc problemes moderats per rentar-me o vestir-me ❑
- Tinc problemes greus per rentar-me o vestir-me ❑
- No puc rentar-me o vestir-me ❑

ACTIVITATS QUOTIDIANES *(ex., treballar, estudiar, fe les feines de la llar, activitats familiars o realitzades durant el temps de lleure)*
- No tinc problemes per fer les meves activitats quotidianes ❑
- Tinc problemes lleus per fer les meves activitats quotidianes ❑
- Tinc problemes moderats per fer les meves activitats quotidianes ❑
- Tinc problemes greus per fer les meves activitats quotidianes ❑
- No puc fer les meves activitats quotidianes ❑

DOLOR / MALESTAR
- No tinc dolor ni malestar ❑
- Tinc dolor o malestar lleu ❑
- Tinc dolor o malestar moderat ❑
- Tinc dolor o malestar intens ❑
- Tinc dolor o malestar extrem ❑

ANSIETAT / DEPRESSIÓ
- No estic ansiós ni deprimit ❑
- Estic lleument ansiós o deprimit ❑
- Estic moderadament ansiós o deprimit ❑
- Estic molt ansiós o deprimit ❑
- Estic extremadament ansiós o deprimit ❑



- Ens agradaria saber com és de bona o dolenta la seva salut AVUI.
- L'escala està numerada del 0 al 100.
- 100 representa la millor salut que vostè pugui imaginar. 0 representa la pitjor salut que vostè pugui imaginar.
- Marqui amb una X a l'escala per indicar quin és el seu estat de salut AVUI.
- Ara, a la casella següent, escrigui el número que ha marcat a l'escala.

LA SEVA SALUT AVUI = ☐

La millor salut que vostè pugui imaginar
100 95 90 85 80 75 70 65 60 55 50 45 40 35 30 25 20 15 10 5 0
La pitjor salut que vostè pugui imaginar

Annex 9. DN4

El DN4 (dolor neuropàtic en 4 preguntes) és un dels qüestionaris més efectius i útils en la pràctica clínica. Originàriament escrit en francès, s'ha validat en 15 idiomes, entre els quals hi ha l'espanyol.

Té una sensibilitat i una especificitat altes (80-90 %) per detectar el dolor neuropàtic o mixt.

Mesura 7 ítems referits a símptomes i 3 de referits a l'exploració. Requereix un temps d'aplicació de 5 a 10 minuts.

Per contestar el qüestionari, no imprimiu aquestes imatges, sinó el PDF corresponent.

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

Interpretació

Una puntuació total ≥ 4 suggereix dolor neuropàtic.

Annex 10. PAINAD

L'escala PAINAD (*Pain Assessment in Advanced Dementia*, 'valoració del dolor en demència avançada') és eficaç per mesurar el dolor en les persones amb alguna demència sense capacitat de comunicació. Presenta una bona fiabilitat, està validada en espanyol i la poden fer servir diferents professionals de la salut amb poc entrenament.[29]

Consisteix en 5 ítems de comportaments observables: respiració, vocalitzacions negatives (expressió no verbal de dolor, gemecs, etc.), expressió facial, llenguatge corporal i consolabilitat (incapacitat per consolar-se). Aquests comportaments s'observen en tres condicions del pacient: en repòs, durant una activitat agradable i en situació de dolor.

Per contestar el qüestionari, no imprimiu aquestes imatges, sinó el PDF corresponent.

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, versió de García-Soler, A. *et al.* Adaptació de la versió espanyola d'avaluació del dolor en persones amb demència avançada.[34]

Interpretació

Les puntuacions varien del 0 (= sense dolor) al 10 (= dolor intens). El resultat s'extrapola a l'escala visual analògica (EVA):

< 4 dolor lleu
4-6 dolor moderat
> 6 dolor intens



GOIB
CONSELLERIA
SALUT I CONSUM
SERVEI SALUT
ILLES BALEARS