innova
programa de especialización
en inflamación e inmunología

Recomendaciones para valorar, manejar y tratar el dolor en los pacientes con IMID

PP-INP-ESP-0155. Junio 2021
© Copyright 2021. Pfizer, S.L.U. Todos los derechos reservados.

IMID: enfermedades inflamatorias inmunomediadas.

Pfizer

Índice

1. Definición y clasificación del dolor
2. Prevalencia e impacto del dolor en España
3. Fisiopatología
4. Evaluación clínica
5. Abordaje farmacológico del dolor
6. Técnicas intervencionistas
7. Aspectos psicológicos del dolor en las IMID
8. Cuándo derivar al especialista de dolor
9. Conclusiones

IMID: enfermedades inflamatorias inmunomediadas.

“Un dolor curado justifica toda la vida de un médico”

GREGORIO MARAÑÓN
(1887-1960)

1. Definición y clasificación del dolor[1]

- La IASP ha actualizado la definición de dolor después de 40 años.

La definición revisada de dolor de IASP: conceptos, desafíos y compromisos.
Raja *et al.* (2020) | Pain
DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001939

PAIN

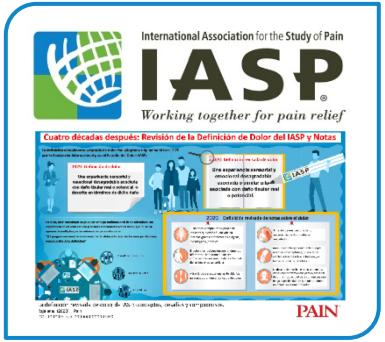
Extraído de Bennett C. Pain Australia 2020[2].

IASP: asociación internacional para el estudio del dolor.

1. Raja SN, Carr DB, Cohen M, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain 2020 Sep 1; 161 (9): 1976-1982. 2. Bennett C. Pain Australia. A new definition of pain [online]. Disponible en: https://www.painaustralia.org.au/media/blog-1/blog-july-2020/the-new-definition-of-pain [último acceso: 04/2021].

1. Definición y clasificación del dolor[1]

Desde el año 2020 el dolor es UNA EXPERIENCIA SENSORIAL Y EMOCIONAL DESAGRADABLE ASOCIADA CON O SIMILAR A UN DAÑO TISULAR REAL O POTENCIAL



Extraído de Bennett C. Pain Australia 2020[2].

El dolor es siempre una experiencia personal influenciada por
Factores biológicos, psicológicos y sociales.

El dolor y la nocicepción son fenómenos distintos.
El dolor no debe ser inferido solo como activación de neuronas sensitivas.

Las personas aprendemos el concepto de dolor a través de nuestra experiencia vital.

Si una persona refiere una experiencia como dolor, es siempre dolor.

Aunque el dolor tiene habitualmente un papel adaptativo, puede tener efectos adversos en la funcionalidad, así como en el bienestar psicológico y social.

La descripción verbal es solo una de las conductas para expresar dolor.

IASP: asociación internacional para el estudio del dolor.
1. Raja SN, Carr DB, Cohen M, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain 2020 Sep 1; 161 (9): 1976-1982. 2. Bennett C. Pain Australia. A new definition of pain [online]. Disponible en: https://www.painaustralia.org.au/media/blog-1/blog-july-2020/the-new-definition-of-pain [último acceso: 04/2021].

1. Definición y clasificación del dolor[1]

Clasificación del dolor

NOCICEPTIVO SOMÁTICO

DOLOR provocado por una respuesta inflamatoria a un estímulo nocivo MUSCULOESQUELÉTICO

NOCICEPTIVO VISCERAL

DOLOR provocado por una respuesta inflamatoria a un estímulo nocivo en una VÍSCERA

NEUROPÁTICO

DOLOR originado por una lesión del SISTEMA SOMATOSENSORIAL

MIXTO

Modelo de dolor con daño INFLAMATORIO y NEUROPÁTICO

Creado a partir de datos de: Julius D, et al. Wall and Melzack's Textbook of Pain 2006. Bolay, et al. Neurology 2002. Brooks J, et al. J.Anat 2005.

1. Julius D, et al., en McMahon SB y Koltzenburg M. Wall and Melzack's Texbook of Pain, 5.ª ed. Londres: Elsevier 2006; p. 35. 2. Bolay H, Moskowitz MA. Mechanisms of pain modulation in chronic syndromes. Neurology 2002; 59 (5 Suppl 2): S2-7. 3. Brooks J, Tracey I. From nociception to pain perception: imaging the spinal and supraspinal pathways. J Anat 2005; 207 (1): 19-33.

2. Prevalencia e impacto del dolor en España[1]

18%

EN ESPAÑA EL DOLOR CRÓNICO AFECTA A APROXIMADAMENTE AL **18%** DE LA POBLACIÓN

12%

SE ESTIMA QUE EL **12%** DE LA POBLACIÓN SUFRE DOLOR INTENSO

2,5%

EL COSTE ECONÓMICO QUE SUPONE EL DOLOR CRÓNICO EN ESPAÑA ES DEL **2,5%** DEL PIB

PIB: producto interior bruto.

1. Caramés MA, Navarro M. Costes del tratamiento del dolor versus su no tratamiento. Aproximación a la realidad de Portugal y España. Dor 2016; 24: 1-9.

2. Prevalencia e impacto del dolor en España[1]

Patologías más prevalentes que cursan con dolor crónico en España:

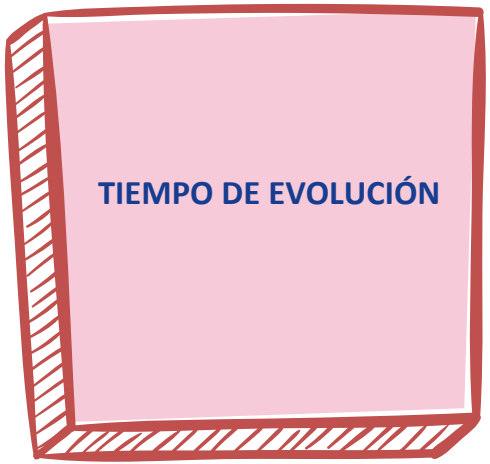
- **DOLOR LUMBAR:** la prevalencia de **LUMBALGIA PUNTUAL** en la población mayor de 20 años es del 14,8%[1].
- **DOLOR NEUROPÁTICO:** el 32,8% de los españoles padecen dolor neuropático[2].
- **DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO CRÓNICO:** 21% de prevalencia[3].
- **ARTROSIS:** >50% de la población >65 años presenta dolor secundario, la **RODILLA** es la articulación más afectada[4].
- 37% de la población **INFANTOJUVENIL** refiere sufrir alguna forma de dolor crónico[5].

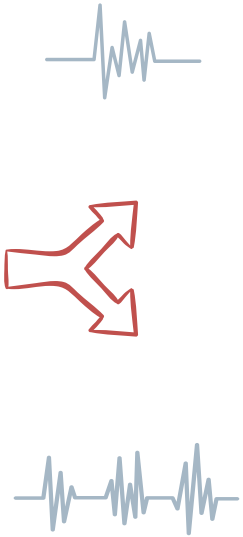
Imagen digital www.shutterstock.com.

1. Humbría A, Carmona L, Peña JL, et al. Impacto poblacional del dolor lumbar en España: resultados del estudio EPISER. Rev Esp Reumatol. 2002;29(10):471-478. 2. Pérez C, Ribera MV, Gálvez R, et al. High prevalence of confirmed, but also of potential and believed, neuropathic pain in pain clinics. Eur J Pain. 2013;17(3):347-356. 3. Martín E, Woolf AD, Zeidler H, et al. Evaluación del dolor musculoesquelético crónico en la población adulta española y su manejo en Atención Primaria: actitudes, percepción del estado de salud y uso de recursos sanitarios. SEMERGEN. 2005;31(11):508-515. 4. Failde I, Dueñas MA. Epidemiología e impacto de los procesos dolorosos. En: Vidal J. (Dir.). Fundamentos, evaluación y tratamiento. Manual de medicina del dolor. Madrid: Sociedad Española del Dolor. Ed. Médica Panamericana; 2016. pp. 9-18. 5. Huguet, A, Miró J. The severity of chronic pediatric pain: An epidemiological study. J Pain. 2008;9(3):226-236.

3. Fisiopatología[1]

Cronificación del dolor





DOLOR AGUDO

MENOS DE 3 MESES
FUNCIÓN PROTECTORA
AUTOLIMITADO
CURABLE

DOLOR CRÓNICO

MÁS DE 3-6 MESES
ENFERMEDAD, SIN FUNCIÓN
SE AUTOPERPETÚA
MODULABLE

Creado por el autor a partir de McMahon SB, et al. Wall and Melzack's Texbook of Pain. Elsevier 2006[1].

1. McMahon SB, Koltzenburg M. Wall and Melzack's Texbook of Pain, 5.ª ed. Londres: Elsevier; 2006, p. 35.

3. Fisiopatología

Sensibilización central: neuroplasticidad[1]

Es la capacidad de las neuronas para adaptar su función, perfil químico o estructura en respuesta a un estímulo persistente. Se produce de tres maneras:

1. ACTIVACIÓN:
Inicio rápido, gran intensidad dolor. Revierte fácilmente.
Wind-up

2. MODULACIÓN:
Estímulos repetidos intensos. Revierte con lentitud.
Sensibilización periférica y central

3. MODIFICACIÓN:
Estímulos intensos repetidos y prolongados o lesión nerviosa. Muy duradero.
Dolor persistente, neuropático

Extraído de Woolf CJ, et al. Science 2000.

1. Woolf CJ, Salter MW. Neuronal plasticity: increasing the gain in pain. Science 2000; 288 (5472): 1765-9.

4. Evaluación clínica

El abordaje biopsicosocial entiende que la experiencia dolorosa se compone de mucho más que nocicepción:

COMPONENTE SENSORIAL[1,2]:
Componente perceptivo-discriminativo.
Tal y como el sujeto percibe el dolor intensidad, localización, duración y características del estímulo.

COMPONENTE AFECTIVO-MOTIVACIONAL[2]:
Responsable de la sensación desagradable asociada al dolor.
Modifica la percepción y facilita o no la ADAPTACIÓN.
FACTOR MODULADOR MÁS IMPORTANTE.

COMPONENTE COGNITIVO EVALUATIVO[2]:
Experiencias anteriores, creencias, cultura.
FORMA DE AFRONTAR EL DOLOR.

Extraído de Tracey I, et al. Neuron 2007.

1. Villemure C, Bushnell MC. Cognitive modulation of pain: how do attention and emotion influence pain processing? Pain. 2002;95(3):195-200. 2. Garland EL. Pain Processing in the Human Nervous System: A Selective Review of Nociceptive and Biobehavioral Pathways. Prim Care. 2012;39(3):561–571. 3. Tracey I, Mantyh PW. The cerebral signature for pain perception and its modulation. Neuron. 2007 Aug 2;55(3):377-91.

Pfizer

4. Evaluación clínica

Evaluación clínica del dolor crónico[1]

HISTORIA CLÍNICA del paciente con dolor

¿DÓNDE duele? ¿Cómo duele? ¿Qué lo desencadena? ¿Cómo se alivia?
Historia clínica de dolor previa del paciente

EXPLORACIÓN FÍSICA orientada al/las área/s de dolor.

PPCC imagen/función orientadas al origen del dolor.

EVALUAR
es mucho más que cuantificar un síntoma:

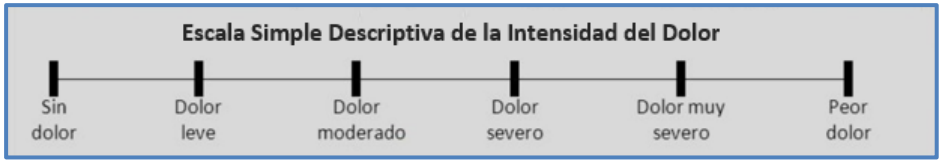
ES LLEGAR A SABER QUÉ ES LO QUE LE OCURRE
ayudándolo a verbalizar y valorando **TODOS** los datos de los que se dispone.

PPCC: pruebas complementarias.

1. Cid J, Acuña JP, De Andrés JA, et al. ¿Qué y cómo evaluar al paciente con dolor crónico? Evaluación del paciente con dolor crónico. Rev Med Clin CONDES - 2014; 25(4) 687-697.

4. Evaluación clínica

Valoración de la intensidad del dolor[1]



Creado a partir de datos de: Haefeli M et al. Eur Spine J. 2006.

Creado a partir de datos de: Haefeli M et al. Eur Spine J. 2006.

Extraído de Hicks CL et al. Pain 2001.

EL DOLOR ES UNA EXPERIENCIA SUBJETIVA Y MULTIDIMENSIONAL.

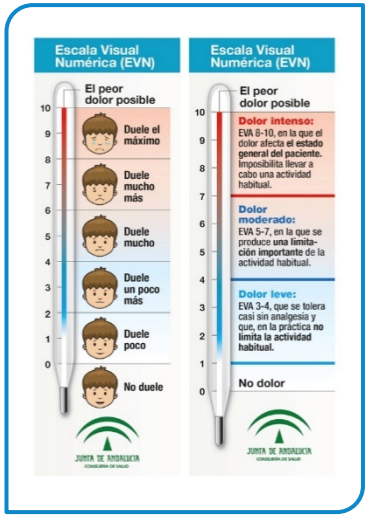
Las escalas son herramientas validadas de valoración de la intensidad del dolor y otros síntomas pero solo son útiles para **COMPARAR LA EVOLUCIÓN EN EL MISMO PACIENTE**.

PPCC: pruebas complementarias.

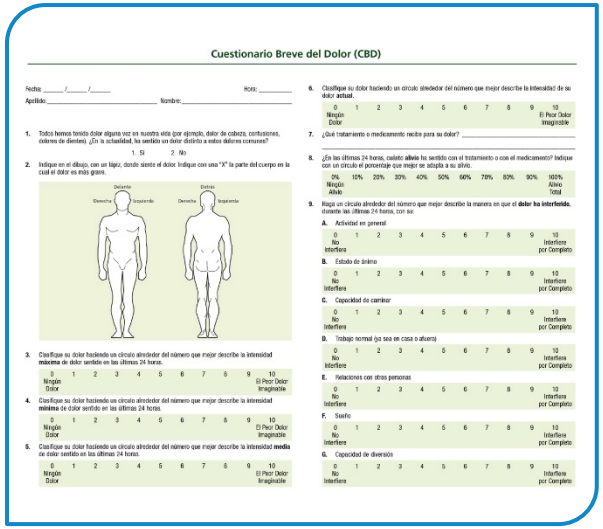
1. Cid J, Acuña JP, De Andrés JA, et al. ¿Qué y cómo evaluar al paciente con dolor crónico? Evaluación del paciente con dolor crónico. Rev Med Clin CONDES - 2014; 25(4) 687-697. 2. Haefeli M, Elfering A. Pain assessment. Eur Spine J. 2006; 15(Suppl 1): S17–S24. 3 Hicks CL, von Baeyer CL, Spafford PA et al. The Faces Pain Scale-Revised: toward a common metric in pediatric pain measurement.Pain. 2001;93(2):173-183..

4. Evaluación clínica

Otras escalas que pueden ayudar a valorar la intensidad del dolor



Extraída de Díaz Osto MR et al[1].



Cuestionario Breve del Dolor (CBD)

Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Apellido: _____ Nombre: _____

1. Todos hemos tenido dolor alguna vez en nuestra vida (por ejemplo, dolor de cabeza, contusiones, cólicos de dientes). ¿En la actualidad, ha sentido un dolor distinto a estos dolores comunes?
   1. Sí 2. No
2. Indique en el dibujo, con un lápiz, donde siente el dolor. Indique con una "X" la parte del cuerpo en la cual el dolor es más grave.

3. Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la **intensidad máxima** de dolor sentido en las últimas 24 horas.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ningún Dolor										El Peor Dolor Imaginable

4. Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad **mínima** de dolor sentido en las últimas 24 horas.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ningún Dolor										El Peor Dolor Imaginable

5. Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad **media** de dolor sentido en las últimas 24 horas.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ningún Dolor										El Peor Dolor Imaginable

6. Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad de su dolor **actual**.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ningún Dolor										El Peor Dolor Imaginable

7. ¿Qué tratamiento o medicamento recibe para su dolor? _____

8. ¿En las últimas 24 horas, cuánto **alivio** ha sentido con el tratamiento o con el medicamento? Indique con un círculo el porcentaje que mejor se adapta a su alivio.

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

9. Haga un círculo alrededor del número que mejor describa la manera en que el **dolor ha interferido**, durante las últimas 24 horas, con su:

A. Actividad en general

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Interfiere										Interfiere por Completo

B. Estado de ánimo

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Interfiere										Interfiere por Completo

C. Capacidad de caminar

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Interfiere										Interfiere por Completo

D. Trabajo normal (ya sea en casa o afuera)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Interfiere										Interfiere por Completo

E. Relaciones con otras personas

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Interfiere										Interfiere por Completo

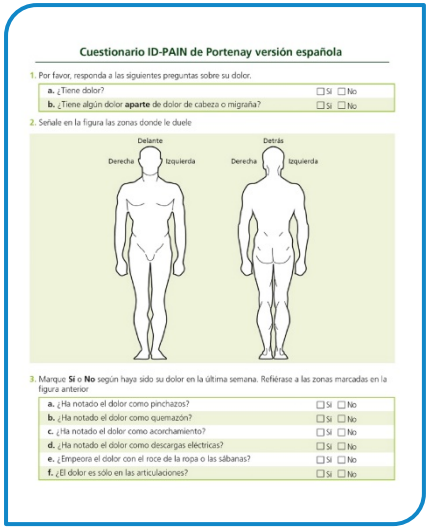
F. Sueño

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Interfiere										Interfiere por Completo

G. Capacidad de diversión

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Interfiere										Interfiere por Completo

Extraído de Karcioglu O.
J Anest & Inten Care Med 2018; 5 (3)[3].

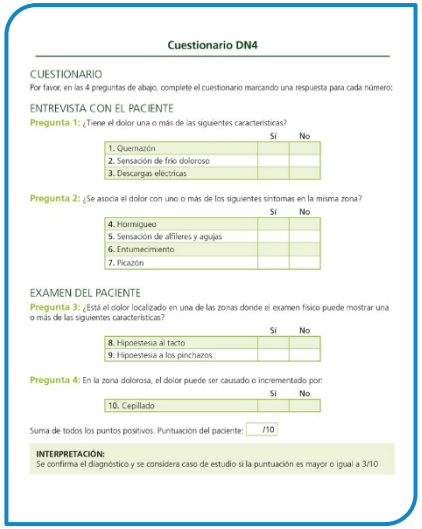


Cuestionario ID-PAIN de Portenay versión española

1. Por favor, responda a las siguientes preguntas sobre su dolor.
   - a. ¿Tiene dolor? ☐ Sí ☐ No
   - b. ¿Tiene algún dolor **aparte** de dolor de cabeza o migraña? ☐ Sí ☐ No
2. Señale en la figura las zonas donde le duele

3. Marque **Sí** o **No** según haya sido su dolor en la última semana. Refiérase a las zonas marcadas en la figura anterior
   - a. ¿Ha notado el dolor como pinchazos? ☐ Sí ☐ No
   - b. ¿Ha notado el dolor como quemazón? ☐ Sí ☐ No
   - c. ¿Ha notado el dolor como acorchamiento? ☐ Sí ☐ No
   - d. ¿Ha notado el dolor como descargas eléctricas? ☐ Sí ☐ No
   - e. ¿Empeora el dolor con el roce de la ropa o las sábanas? ☐ Sí ☐ No
   - f. ¿El dolor es sólo en las articulaciones? ☐ Sí ☐ No

Creado a partir de Gálvez R, et al.
Med Clin (Barc) 2008[4].



Cuestionario DN4

CUESTIONARIO

Por favor, en las 4 preguntas de abajo, complete el cuestionario marcando una respuesta para cada número:

ENTREVISTA CON EL PACIENTE

Pregunta 1: ¿Tiene el dolor una o más de las siguientes características?

	Sí	No
1. Quemazón		
2. Sensación de frío doloroso		
3. Descargas eléctricas		

Pregunta 2: ¿Se asocia el dolor con uno o más de los siguientes síntomas en la misma zona?

	Sí	No
4. Hormigueo		
5. Sensación de alfileres y agujas		
6. Entumecimiento		
7. Picazón		

EXAMEN DEL PACIENTE

Pregunta 3: ¿Está el dolor localizado en una de las zonas donde el examen físico puede mostrar una o más de las siguientes características?

	Sí	No
8. Hipoestesia al tacto		
9. Hipoestesia a los pinchazos		

Pregunta 4: En la zona dolorosa, el dolor puede ser causado o incrementado por:

	Sí	No
10. Cepillado		

Suma de todos los puntos positivos. Puntuación del paciente: ____ /10

INTERPRETACIÓN:
Se confirma el diagnóstico y se considera caso de estudio si la puntuación es mayor o igual a 3/10

Creada a partir de Pérez C, et al.
Health and Quality of Life
Outcomes 2007[2].

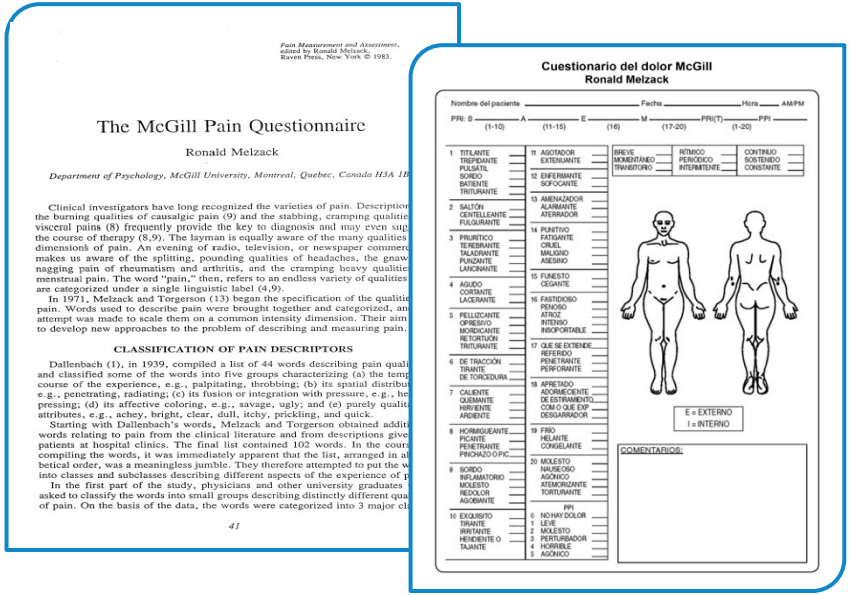
DN-4: dolor neuropático en 4 preguntas; CBD: cuestionario breve del dolor. 1. Díaz Osto MR, Lubián M, Vargas D. Atención Primaria: Pain proposal, Andalucía. Disponible en: https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos_sefac/documentos/Pain%20Proposal%20-%20Andaluc%C3%ADa.pdf. 2. Perez C, Rafael Galvez R, Huelbes S, et al. Validez y fiabilidad de la versión española del cuestionario DN4 (Douleur Neuropathique 4 preguntas) para el diagnóstico diferencial de síndromes dolorosos asociados a un componente neuropático o somático. Health and Quality of Life Outcomes. 2007;5:66. 3. Karcioglu O. An Eternal Challenge: Assessment and Documentation of Acute Pain in the Emergency Setting. J Anest & Inten Care Med 2018; 5(3) 4. Gálvez R, Pardo A, Cerón JM, et al. [Linguistic adaptation into Spanish and psychometric validation of the ID-Pain questionnaire for the screening of neuropathic pain]. Med Clin (Barc). 2008;131:572-8.

Pfizer

4. Evaluación clínica

Escalas multidimensionales del dolor

Cuestionario del dolor McGill



Pain Measurement and Assessment, edited by Ronald Melzack. Raven Press, New York © 1983.

The McGill Pain Questionnaire

Ronald Melzack

Department of Psychology, McGill University, Montreal, Quebec, Canada H3A 1B

Clinical investigators have long recognized the varieties of pain. Description the burning qualities of causalgic pain (9) and the stabbing, cramping qualitie visceral pains (8) frequently provide the key to diagnosis and may even sig the course of therapy (8,9). The layman is equally aware of the many qualities dimensions of pain. An evening of radio, television, or newspaper commer makes us aware of the splitting, pounding qualities of headaches, the gnaw nagging pain of rheumatism and arthritis, and the cramping heavy qualitie menstrual pain. The word "pain," then, refers to an endless variety of qualities are categorized under a single linguistic label (4,9).

In 1971, Melzack and Torgerson (13) began the specification of the qualitie pain. Words used to describe pain were brought together and categorized, an attempt was made to scale them on a common intensity dimension. Their aim to develop new approaches to the problem of describing and measuring pain.

CLASSIFICATION OF PAIN DESCRIPTORS

Dallenbach (1), in 1939, compiled a list of 44 words describing pain quali and classified some of the words into five groups characterizing (a) the temp course of the experience, e.g., palpitating, throbbing; (b) its spatial distribu e.g., penetrating, radiating; (c) its fusion or integration with pressure, e.g., he pressing; (d) its affective coloring, e.g., savage, ugly; and (e) purely qualit attributes, e.g., achey, bright, clear, dull, itchy, prickling, and quick.

Starting with Dallenbach's words, Melzack and Torgerson obtained addit words relating to pain from the clinical literature and from descriptions give patients at hospital clinics. The final list contained 102 words. In the cour compiling the words, it was immediately apparent that the list, arranged in al betical order, was a meaningless jumble. They therefore attempted to put the w into classes and subclasses describing different aspects of the experience of p

In the first part of the study, physicians and other university graduates asked to classify the words into small groups describing distinctly different qua of pain. On the basis of the data, the words were categorized into 3 major cl

41

Cuestionario del dolor McGill
Ronald Melzack

Nombre del paciente _____ Fecha _____ Hora ____ AM/PM

PRI: S ____ (1-10) A ____ (11-15) E ____ (16) M ____ (17-20) PRI(T) ____ (1-20) PPI ____

1 TITILANTE, TREPIDANTE, PULSÁTIL, SORDO, BATIENTE, TRITURANTE
2 SALTÓN, CENTELLEANTE, FULGURANTE
3 PRURÍTICO, TEREBRANTE, TALADRANTE, PUNZANTE, LANCINANTE
4 AGUDO, CORTANTE, LACERANTE
5 PELLUZCANTE, OPRESIVO, MORDICANTE, RETORTIJÓN, TRITURANTE
6 DE TRACCIÓN, TIRANTE, DE TORCEDURA
7 CALIENTE, QUEMANTE, HIRVIENTE, ARDIENTE
8 HORMIGUEANTE, PICANTE, PENETRANTE, PINCHAZO O PIC.
9 SORDO, INFLAMATORIO, MOLESTO, REDOLOR, AGOBIANTE
10 EXQUISITO, TIRANTE, IRRITANTE, HENDIENTE O TAJANTE
11 AGOTADOR, EXTENUANTE
12 ENFERMANTE, SOFOCANTE
13 AMENAZADOR, ALARMANTE, ATERRADOR
14 PUNITIVO, FATIGANTE, CRUEL, MALIGNO, ASESINO
15 FUNESTO, CEGANTE
16 FASTIDIOSO, PENOSO, ATROZ, INTENSO, INSOPORTABLE
17 QUE SE EXTIENDE, REFERIDO, PENETRANTE, PERFORANTE
18 APRETADO, ADORMECIENTE, DE ESTIRAMIENTO, COM O QUE EXP., DESGARRADOR
19 FRÍO, HELANTE, CONGELANTE
20 MOLESTO, NAUSEOSO, ASFÍXICO, ATEMORIZANTE, TORTURANTE

BREVE, MOMENTÁNEO, TRANSITORIO — RÍTMICO, PERIÓDICO, INTERMITENTE — CONTINUO, SOSTENIDO, CONSTANTE

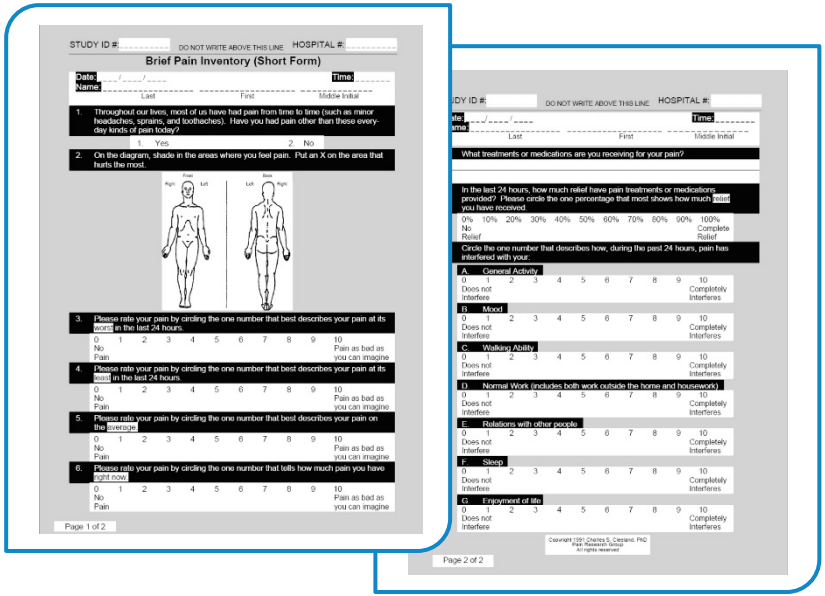
PPI
0 NO HAY DOLOR
1 LEVE
2 MOLESTO
3 PERTURBADOR
4 HORRIBLE
5 AGÓNICO

E = EXTERNO
I = INTERNO

COMENTARIOS:

Extraído de Melzack R. Pain 1975[1].

BPI-SF Brief Pain Inventory



STUDY ID #: _____ DO NOT WRITE ABOVE THIS LINE HOSPITAL #: _____

Brief Pain Inventory (Short Form)

Date: ___/___/___ Time: _____
Name: _____ Last _____ First _____ Middle Initial

1. Throughout our lives, most of us have had pain from time to time (such as minor headaches, sprains, and toothaches). Have you had pain other than these everyday kinds of pain today?
   1 Yes 2 No
2. On the diagram, shade in the areas where you feel pain. Put an X on the area that hurts the most.

3. Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain at its worst in the last 24 hours.
   0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
   No Pain — Pain as bad as you can imagine
4. Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain at its least in the last 24 hours.
   0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
   No Pain — Pain as bad as you can imagine
5. Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain on the average.
   0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
   No Pain — Pain as bad as you can imagine
6. Please rate your pain by circling the one number that tells how much pain you have right now.
   0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
   No Pain — Pain as bad as you can imagine

Page 1 of 2

DY ID #: DO NOT WRITE ABOVE THIS LINE HOSPITAL #:
ate: ___/___/___ Time: _____
ame: _____ Last _____ First _____ Middle Initial

What treatments or medications are you receiving for your pain?

In the last 24 hours, how much relief have pain treatments or medications provided? Please circle the one percentage that most shows how much pain you have received.
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
No Relief — Complete Relief

Circle the one number that describes how, during the past 24 hours, pain has interfered with your:

A. General Activity
B. Mood
C. Walking Ability
D. Normal Work (includes both work outside the home and housework)
E. Relations with other people
F. Sleep
G. Enjoyment of life

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not Interfere — Completely Interferes

Copyright 1991 Charles S. Cleeland, PhD
Pain Research Group
All rights reserved

Page 2 of 2

Extraído de Weingarten TN, et al. Pain Physician 2008[2].

BPI-SF: *brief pain inventory-short form*.

1. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. Pain. 1975 Sep;1(3):277-299. 2. Weingarten TN, Moeschler SM, Ptaszynski AE, et al. An assessment of the association between smoking status, pain intensity, and functional interference in patients with chronic pain. Pain Physician. 2008;11(5):643-53.

4. Evaluación clínica

Diagnóstico de dolor neuropático: enfoque de las 3 Ls[1]

LISTEN (ESCUCHAR)[1,2]

Descriptores verbales del dolor, preguntas y respuestas.

LOCATE (LOCALIZAR)[1,3]

Lesión o enfermedad del sistema nervioso.

LOOK FOR (BUSCAR)[1,4]

Anormalidades sensoriales en el área dolorosa: exploración física sencilla.

1. Freynhagen R, Bennett MI. Diagnosis and management of neuropathic pain. BMJ. 2009;339:b3002. 2. Bennett MI, Attal N, Backonja MM, et al. Using screening tools to identify neuropathic pain. Pain. 2007;127(3):199-203. 3. Freynhagen R, Rolke R, Baron R, et al. Pseudoradicular and radicular low-back pain--a disease continuum rather than different entities? Answers from quantitative sensory testing. Pain. 2008;135(1-2):65-74. 4. Freynhagen R, Baron R. The evaluation of neuropathic components in low back pain. Curr Pain Headache Rep. 2009;13(3):185-90.

4. Evaluación clínica

El enfoque de las 3 Ls puede facilitar y agilizar el diagnóstico del dolor neuropático

	ESCUCHAR	LOCALIZAR	BUSCAR
DOLOR NEUROPÁTICO	Descriptores comunes: *punzante, quemante, hormigueo, picazón, descarga eléctrica, entumecimiento*[1,2,5]. Resultado positivo en escalas **LANSS, DN4, PainDetect**[4].	La región dolorosa no coincide con el lugar de la lesión[2].	La EF sencilla muestra anormalidades sensoriales[2,3].
DOLOR NOCICEPTIVO	Descriptores comunes: *intenso y pulsante.*	La región dolorosa se encuentra en el lugar de la lesión.[3] La manipulación física de la zona genera dolor.	No hay alteraciones sensoriales[2].

Creado a partir de datos de: Gilron I, et al. CMAJ 2006[1]; Haanpää ML, et al. AM J Med 2009[2]; Baron R, et al. Curr Opin Support Palliat Care 2008[3]; Bennett MI, et al. Pain 2007[4] ; Gruccu G, et al. Eur J Neurol 2010[5].

DN4: Dolor neuropático en 4 preguntas; EF: exploración física; LANSS: escala de evaluación de signos y síntomas neuropáticos de Leeds.

1. Gilron I, Watson CPN, Cahill CM, et al. Neuropathic pain: a practical guide for the clinician. CMAJ 2006;175(5)265-75. 2. Haanpää ML, Backonja MM, Bennett MI, et al. Assessment of neuropathic pain in primary care. AM J Med 2009;122(10 supl):513-21. 3. Baron R, Tölle TR. Assessment and diagnosis of neuropathic pain. Curr Opin Support Palliat Care 2008; 2(1): 1-8. 4. Bennett MI, Attal N, Backonja MM, et al. Using screening tools to identify neuropathic pain. Pain. 2007;127(3):199-203. 5. Gruccu G, Sommer C, Anand P, et al. EFNS guidelines on neuropathic pain assessment: revised 2009. Eur J Neurol 2010 17(8): 1010-8.

4. Evaluación clínica

Herramientas de evaluación de DN

Las escalas de DN4 y LANSS discriminan significativamente el dolor neuropático del dolor no neuropático.
Se pueden recomendar ambas escalas para el cribado de los pacientes con sospecha de DN[1].

ESCALA DN4

Cuestionario DN4

CUESTIONARIO

Por favor, en las 4 preguntas de abajo, complete el cuestionario marcando una respuesta para cada número:

ENTREVISTA CON EL PACIENTE

Pregunta 1: ¿Tiene el dolor una o más de las siguientes características?

	Sí	No
1. Quemazón		
2. Sensación de frío doloroso		
3. Descargas eléctricas		

Pregunta 2: ¿Se asocia el dolor con uno o más de los siguientes síntomas en la misma zona?

	Sí	No
4. Hormigueo		
5. Sensación de alfileres y agujas		
6. Entumecimiento		
7. Picazón		

EXAMEN DEL PACIENTE

Pregunta 3: ¿Está el dolor localizado en una de las zonas donde el examen físico puede mostrar una o más de las siguientes características?

	Sí	No
8. Hipoestesia al tacto		
9. Hipoestesia a los pinchazos		

Pregunta 4: En la zona dolorosa, el dolor puede ser causado o incrementado por:

	Sí	No
10. Cepillado		

Suma de todos los puntos positivos. Puntuación del paciente: /10

INTERPRETACIÓN:
Se confirma el diagnóstico y se considera caso de estudio si la puntuación es mayor o igual a 3/10

Extraído de 1aria. Cuestionario DN4[2].

DN: dolor neuropático; DN4: cuestionario de DN en 4 preguntas; LANSS: escala de evaluación de signos y síntomas neuropáticos de Leeds. 1. Mulvey R, Boland E, Bouhassira D, et al. Neuropathic pain in patients with cancer: performance of screening tools and analysis of sympton profiles. Br J Anaesth. 2017 Oct 1;119(4):765-774. 2. 1aria. Cuestionario DN4. Disponible en: https://www.1aria.com/contenido/dolor/dolor-neuropatico/dolor-neuropatico-ayuda/dolor-neuropatico-test [Último acceso: 05/2021].

4. Evaluación clínica

Herramientas de evaluación de DN

Las escalas de DN4 y LANSS discriminan significativamente el dolor neuropático del dolor no neuropático. Se pueden recomendar ambas escalas para el cribado de los pacientes con sospecha de DN[1].

Extraído de 1aria. Escala de dolor LANSS[2]

ESCALA LANSS

A- CUESTIONARIO DEL DOLOR

Piense en cómo ha sentido su dolor en la última semana

Por favor diga si las siguientes frases describen exactamente su dolor

1. ¿Siente su dolor como una desagradable y extraña sensación en su piel? Las siguientes palabras podrían describir esa sensación: Pinchazos, hormigueos, agujas, chinchetas.

- ✓ NO, realmente no siento mi dolor así..... (0)
- ✓ SI, tengo esas sensaciones a menudo..... (5)

2. El aspecto de la piel en el área dolorosa, ¿parece diferente de lo normal? Las siguientes palabras podrían describir esa sensación: enrojecimiento, manchas, moteada

- ✓ NO, mi dolor no afecta al color de mi piel..... (0)
- ✓ SI, he notado que el dolor hace que mi piel parezca diferente... (5)

3. ¿Su dolor hace que su piel sea anormalmente sensible cuando se toca? Esas sensaciones desagradables pueden provocarse acariciando la piel ligeramente o por la ropa.

- ✓ NO, el dolor no hace más sensible la piel en esa zona..... (0)
- ✓ SI, mi piel parece anormalmente sensible cuando me toco esa zona (3)

4. ¿Su dolor aparece repentinamente como si fueran descargas sin ninguna razón aparente? Las siguientes palabras podrían describir esa sensación: corriente eléctrica, golpes, saltos.

- ✓ NO, no siento mi dolor de esa manera..... (0)
- ✓ SI, tengo esas sensaciones a menudo..... (2)

5. La temperatura en el área dolorosa ¿parece diferente a lo habitual? Las siguientes palabras podrian describir esa sensación: calor, caliente, quemazón.

- ✓ NO, realmente no tengo esas sensaciones..... (0)
- ✓ SI, tengo esas sensaciones a menudo..... (1)

B- VALORACIÓN SENSORIAL

La sensibilidad del dolor puede examinarse comparando el área dolorosa con un área adyacente o contralateral no dolorosa, mediante la presencia de alodinia y umbral de dolor alterado mediante pinchazo.

1. ALODINIA

Examine la respuesta al acariciar ligeramente con un algodón sobre el área no dolorosa y el área dolorosa. Si la sensación experimentada es normal en el área no dolorosa, pero duele o provoca sensaciones desagradables (hormigueo, náuseas) la prueba es positiva

- ✓ NO, sensaciones normales en las dos áreas..... (0)
- ✓ SI, presencia de alodinia sólo en el área dolorosa..... (5)

2. UMBRAL DE DOLOR

Determine el umbral de pinchazo comparando la respuesta a una aguja 23g montada sobre una jeringuilla de 2ml colocándola con cuidado sobre la piel en un área no dolorosa y en un área dolorosa.

Si la presión de la aguja se siente en el área no dolorosa, pero provoca una sensación diferente en el área dolorosa [por ejp. ninguna sensación o sólo presión (alto umbral) o una sensación muy dolorosa (bajo umbral)], hay cambios en el umbral de dolor

Si la aguja no se siente en ninguna zona, cambiar la jeringuilla para aumentar el peso y repetir la prueba.

- ✓ NO, la misma sensación en las dos áreas..... (0)
- ✓ SI, presencia de cambios en el umbral del dolor en el área dolorosa (3)

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

Se suman los valores entre paréntesis de la descripción sensorial y la exploración sensoria para obtener la puntuación total

PUNTUACIÓN TOTAL: MÁXIMO 24

VALORES >12 puntos: probablemente estemos ante un dolor neuropático;

VALORES <12 puntos: probablemente no se trate de un dolor neuropático

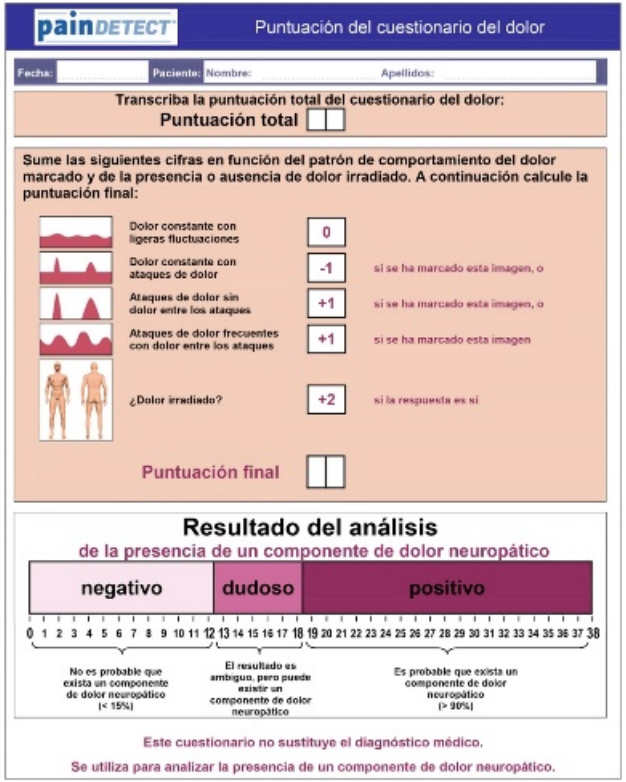
DN: dolor neuropático; DN4: cuestionario de DN en 4 preguntas; LANSS: escala de evaluación de signos y síntomas neuropáticos de Leeds. 1. Mulvey R, Boland E, Bouhassira D, et al. Neuropathic pain in patients with cancer: performance of screening tools and analysis of sympton profiles. Br J Anaesth. 2017 Oct 1;119(4):765-774. 2. 1aria. Cuestionario DN4. Disponible en: https://www.1aria.com/contenido/dolor/dolor-neuropatico/dolor-neuropatico-ayuda/dolor-neuropatico-test [Último acceso: 05/2021].

4. Evaluación clínica

Herramientas de evaluación de DN

Otro cuestionario disponible para evaluación del dolor es el Pain Detect.

PAIN DETECT


painDETECT — Puntuación del cuestionario del dolor

Fecha: Paciente: Nombre: Apellidos:

Transcriba la puntuación total del cuestionario del dolor:
Puntuación total

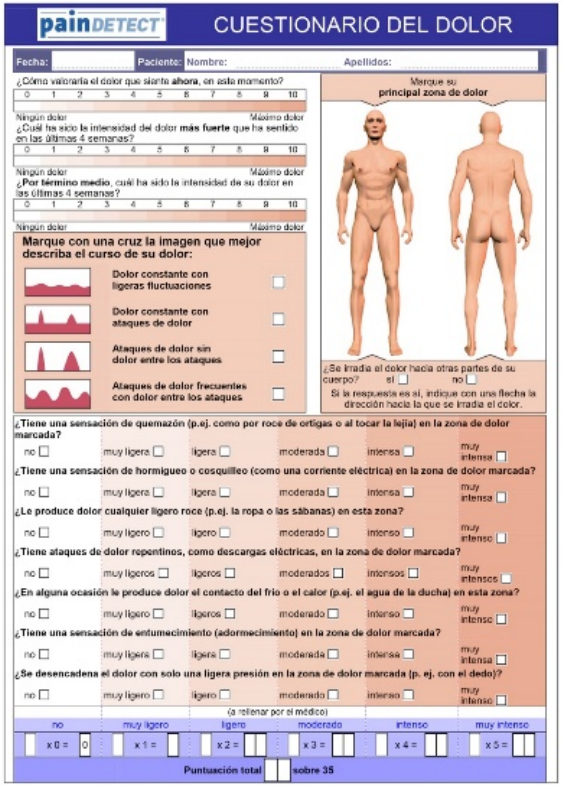
Sume las siguientes cifras en función del patrón de comportamiento del dolor marcado y de la presencia o ausencia de dolor irradiado. A continuación calcule la puntuación final:

Dolor constante con ligeras fluctuaciones	0	
Dolor constante con ataques de dolor	-1	si se ha marcado esta imagen, o
Ataques de dolor sin dolor entre los ataques	+1	si se ha marcado esta imagen, o
Ataques de dolor frecuentes con dolor entre los ataques	+1	si se ha marcado esta imagen
¿Dolor irradiado?	+2	si la respuesta es sí
Puntuación final		

Resultado del análisis
de la presencia de un componente de dolor neuropático

negativo	dudoso	positivo
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	13 14 15 16 17 18	19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38
No es probable que exista un componente de dolor neuropático (< 15%)	El resultado es ambiguo, pero puede existir un componente de dolor neuropático	Es probable que exista un componente de dolor neuropático (> 90%)

Este cuestionario no sustituye el diagnóstico médico.
Se utiliza para analizar la presencia de un componente de dolor neuropático.


painDETECT — CUESTIONARIO DEL DOLOR

Fecha: Paciente: Nombre: Apellidos:

¿Cómo valoraría el dolor que siente ahora, en este momento? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Ningún dolor – Máximo dolor)

¿Cuál ha sido la intensidad del dolor más fuerte que ha sentido en las últimas 4 semanas? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Ningún dolor – Máximo dolor)

¿Por término medio, cuál ha sido la intensidad de su dolor en las últimas 4 semanas? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Ningún dolor – Máximo dolor)

Marque con una cruz la imagen que mejor describa el curso de su dolor:
- Dolor constante con ligeras fluctuaciones
- Dolor constante con ataques de dolor
- Ataques de dolor sin dolor entre los ataques
- Ataques de dolor frecuentes con dolor entre los ataques

Marque su principal zona de dolor

¿Se irradia el dolor hacia otras partes de su cuerpo? sí no
Si la respuesta es sí, indique con una flecha la dirección hacia la que se irradia el dolor.

	no	muy ligera	ligera	moderada	intensa	muy intensa
¿Tiene una sensación de quemazón (p.ej. como por roce de ortigas o al tocar la lejía) en la zona de dolor marcada?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
¿Tiene una sensación de hormigueo o cosquilleo (como una corriente eléctrica) en la zona de dolor marcada?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
¿Le produce dolor cualquier ligero roce (p.ej. la ropa o las sábanas) en esta zona?	☐	ligero ☐	ligero ☐	moderado ☐	intenso ☐	muy intenso ☐
¿Tiene ataques de dolor repentinos, como descargas eléctricas, en la zona de dolor marcada?	☐	ligeros ☐	ligeros ☐	moderados ☐	intensos ☐	muy intensos ☐
¿En alguna ocasión le produce dolor el contacto del frío o el calor (p.ej. el agua de la ducha) en esta zona?	☐	ligero ☐	ligeros ☐	moderado ☐	intenso ☐	muy intenso ☐
¿Tiene una sensación de entumecimiento (adormecimiento) en la zona de dolor marcada?	☐	ligera ☐	ligera ☐	moderada ☐	intensa ☐	muy intensa ☐
¿Se desencadena el dolor con solo una ligera presión en la zona de dolor marcada (p. ej. con el dedo)?	☐	ligero ☐	ligero ☐	moderado ☐	intenso ☐	muy intenso ☐
(a rellenar por el médico)	no	muy ligero	ligero	moderado	intenso	muy intenso
	x 0 = 0	x 1 =	x 2 =	x 3 =	x 4 =	x 5 =

Puntuación total sobre 35

Extraído de Consulmedica. Cuestionario PAINDETECT[1].

DN: dolor neuropático;
1. Consulmedica. Cuestionario PAINDETECT. Disponible en http://www.consulmedica.com/2017/10/paindetect.html [Último acceso: 05/2021].

5. Abordaje farmacológico del dolor

El abordaje farmacológico solo es parte de un plan global para poder convivir con el dolor, que debe centrarse en **mejorar la calidad de vida y la funcionalidad.**[1]

Se debe prestar atención también a aspectos no farmacológicos[1]: **ejercicio físico, terapia cognitivo-conductual, meditación,** etc.

En todas ellas hay disponible evidencia que respalda su eficacia[1].

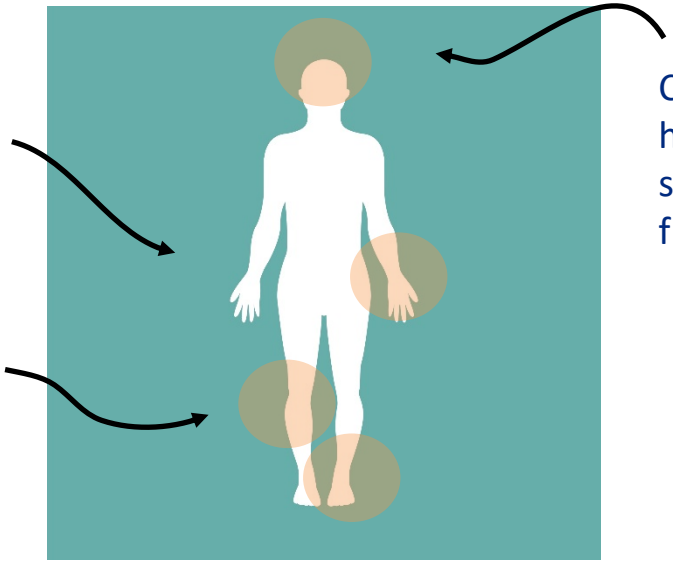


Imagen digital www.shutterstock.com.

Con respecto a los **FÁRMACOS** hay poca evidencia de superioridad de unos fármacos frente a otros[2].

1. Quijano L, Montes MJ, Retamoso I. Tratamiento del dolor neuropático. Arch Med Interna 2010; XXXII(1): 17-21. 2. Rey R. Tratamiento del dolor neuropático. Revisión de las últimas guías y recomendaciones. Neurol Arg 2013; 5 (S 1): 1–7.

5. Abordaje farmacológico del dolor

Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis

Un metanálisis publicado en *The Lancet* en el año 2015 estableció las siguientes recomendaciones para el manejo del **dolor neuropático**[1]:

- Recomendación fuerte para el uso y propuesta como tratamiento de **primera línea** en el dolor neuropático de los **antidepresivos tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina, algunos antiepilépticos.**
- Una recomendación débil para el uso y propuesta como **segunda línea** para los parches conteniendo principios activos analgésicos o anestésicos locales.
- Una recomendación débil para el uso y propuesta como **tercera línea** de **opioides potentes y toxina botulínica A**.

1. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. Lancet Neurol 2015; 14 (2): 162-73.

5. Abordaje farmacológico del dolor

Las guías NICE recomiendan algunos neuromoduladores como tratamiento de primera línea en el dolor neuropático y son utilizadas como referencia en el manejo de estas situaciones clínicas[1]:

Estas guías cubren el manejo del dolor neuropático con tratamientos farmacológicos en adultos en entornos no especializados. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de las personas con dolor neuropático mediante la reducción del dolor y la promoción de una mayor participación en todos los aspectos de la vida diaria.
Las guías establecen cómo los tratamientos farmacológicos para el dolor neuropático difieren del manejo tradicional del dolor.

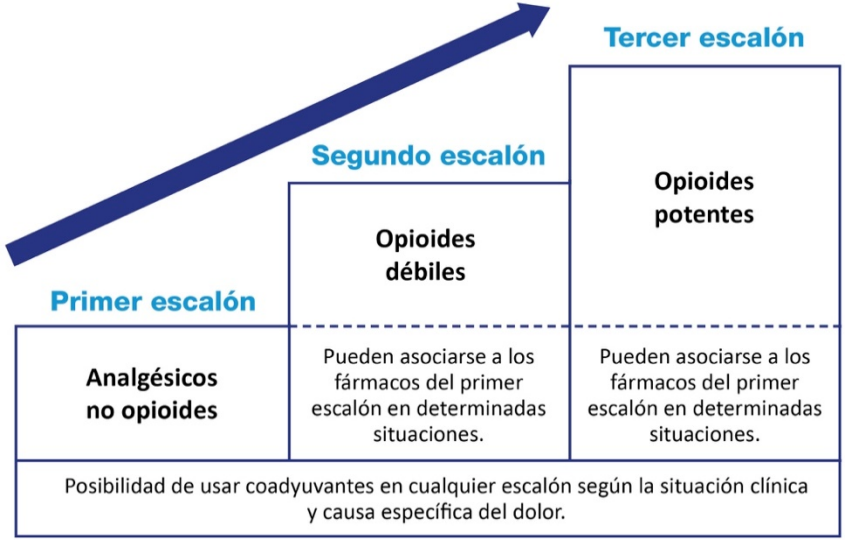
https://www.nice.org.uk

NICE
National Institute for
Health and Care Excellence

NICE: Instituto Nacional de Excelencia Clínica.
1. National Institute for Health and Care Excellence (UK). NICE Clinical Guidelines. Neuropathic pain in adults: pharmacological management in non-specialist settings. London 2020. Disponible en https://www.nice.org.uk/guidance/cg173 [Último acceso: 05/2021].

5. Abordaje farmacológico del dolor

Opioides en Dolor Crónico No Oncológico (DCNO)[1]



Creado a partir de Echegoyen C. En Medicina Familiar UC[2].

Los opioides son los analgésicos de primera elección en DCNO de intensidad media-alta.

Pese a la escasez de datos que avalen su eficacia y seguridad durante su uso a largo plazo, continúan representando un 34% de la medicación prescrita en este grupo de pacientes.

DCNO: dolor crónico no oncológico. AINE: antiinflamatorio no esteroideo.

1. Langley PC, Ruiz-Iban MA, Tornero Molina J, et al. The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain, Journal of Medical Economics 2011;14(3):367-380. 2. Echegoyen C. Dolor en el paciente oncológico II. En Medicina Familiar UC. Disponible en: http://medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/273.html [último acceso 04/2021].

5. Abordaje farmacológico del dolor

Contextual evidence review for the CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain - United States, 2016

Published Date: March 18, 2016

Centers for Disease Control and Prevention
National Center for Injury Prevention and Control

REVIEW

Annals of Internal Medicine

The Effectiveness and Risks of Long-Term Opioid Therapy for Chronic Pain: A Systematic Review for a National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop

Roger Chou, MD; Judith A. Turner, PhD; Emily B. Devine, PharmD, PhD, MBA; Ryan N. Hansen, PharmD, PhD; Sean D. Sullivan, PhD; Ian Blazina, MPH; Tracy Dana, MLS; Christina Bougatsos, MPH; and Richard A. Deyo, MD, MPH

¿Funcionan los opioides en DCNO?

- **No existe evidencia que apoye una supuesta eficacia analgésica a largo plazo, pero sí se encontró una fuerte evidencia de daño, especialmente a altas dosis.[1]**
- Sin embargo, existen muchos pacientes cuyas vidas han mejorado gracias a los opioides (según la experiencia en consulta)[1].
- **No está claro cómo predecir qué pacientes obtendrán una buena respuesta y en cuáles se debe evitar la prescripción de opioides[2].**
- Se desconoce si mejora la funcionalidad y la calidad de vida a largo plazo[2].
- Y sí existe una evidencia clara de daño, especialmente a dosis >100 mg de EM diarias[2].

DCNO: dolor crónico no oncológico; EM: equivalente en morfina.

1. Chou R, Turner JA, Devine EB, et al. The effectiveness and risks of long-term opioid therapy for chronic pain: a systematic review for a National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop. Ann Intern Med. 2015;162(4):276-86. 2. Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain—United States, 2016. JAMA. 2016;315(15):1624–1645.

5. Abordaje farmacológico del dolor

Principios generales de prescripción de opioides en DCNO[1]

- **Los opioides NO son lo suficientemente efectivos ni seguros como para fomentar su uso generalizado en DCNO**.
- Aplicar los principios de los cuidados paliativos y del dolor irruptivo por cáncer al DCNO han llevado a la prescripción de dosis demasiado elevadas, que son inseguras e inefectivas.
- **La eficacia analgésica opioide disminuye frecuentemente con el uso continuado** por las adaptaciones de la tolerancia y dependencia; **esto puede evitarse si los opioides se toman de manera intermitente.**
- La terapia cognitivo conductual y el abordaje rehabilitador se han mostrado mejores en eficacia y seguridad para el tratamiento del dolor lumbar inespecífico y la sensibilización central (fibromialgia).
- **Los opioides crónicos deberían reservarse para casos que requieren solo medidas de confort y no restauración funcional.**
- La terapia crónica con opioides retrasa la recuperación funcional y la vuelta al trabajo.
- **Los pacientes jóvenes no son candidatos a *priori*.**

DCNO: dolor crónico no oncológico.

1. Ballantyne JC. Opioids for the Treatment of Chronic Pain: Mistakes Made, Lessons Learned, and Future Direction. Anesth Analg 2017; 125: 1769-78.

6. Técnicas intervencionistas[1]

Objetivos básicos

- **Aliviar el dolor.**
  - El primer objetivo es el alivio parcial o completo del dolor en pacientes con dolor agudo y crónico.
- **Disminuir la medicación analgésica continuada**.
  - Con la toma de opioides se demuestra una reducción de la toma de la misma entre un 65-70% según las distintas series.
- **Incrementar la calidad de vida, la funcionalidad y la reincorporación laboral.**
  - Uno de los mejores criterios de buen funcionamiento de una UDO es la mejoría de la actividad y la reincorporación laboral y social.
- **Reducir la utilización de los recursos sanitarios.**
  - El empleo de estos centros reduce la hospitalización y los procedimientos quirúrgicos mayores.

UDO: unidad del dolor.

López JA, Trinidad JM. Las técnicas intervencionistas: una alternativa en la terapia del dolor crónico [online]. Disponible en: http://www.uca.es/es/cargarAplicacionNoticia.do?identificador=3246 Accedido por última vez: 14/05/2021

6. Técnicas intervencionistas[1]

Técnicas intervencionistas en dolor lumbar crónico

Imagen digital www.shutterstock.com.

Son un conjunto de **procedimientos** médicos **poco invasivos** que se realizan en la proximidad de una estructura nerviosa o de una estructura inervada.

Objetivo:

Interrumpir o bloquear la transmisión del impulso doloroso para disminuir la **percepción del dolor**.
No están exentas de riesgos.

La mayoría se realizan en quirófano en régimen ambulatorio (equipo de RCP, anestesia local/sedación).

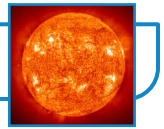
RCP: reanimación cardiopulmonar.
Abejón D, Arango S, Horas C. Avances en las técnicas intervencionistas para incrementar la seguridad. Rev Soc Esp Dolor 2017; 24(5): 264-268

6. Técnicas intervencionistas

Denervación y neuromodulación por radiofrecuencia[1]

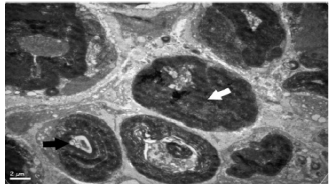
Se trata de aplicar corriente eléctrica de alta frecuencia a un tejido, de forma que parte de la energía cinética de los electrones se transforma en **CALOR**.
El **objetivo** es lesionar o modular neuronas para disminuir la descarga de impulsos dolorosos.

RFC CONTINUA O TÉRMICA

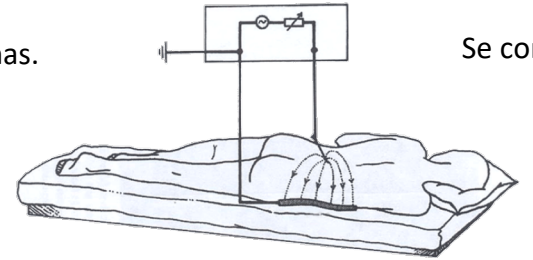


NEUROABLACIÓN o NEUROLISIS

Se administra una corriente constante.
Se alcanza una temperatura de 65-80°C.
Se produce la termocoagulación de proteínas.

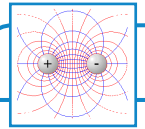


Microfotografía electrónica de transmisión del grupo de radiofrecuencia, 70°C, 60 segundos. Ninguno de los axones mielinizados es estructuralmente normal. En los axones con mielina, la mielina forma ovoides y el citoesqueleto es flocular o está ausente. Además, la mitocondria está hinchada o ausente. La flecha blanca indica la mielina ovoide; la flecha negra la mitocondria hinchada (aumento original x 6.000).



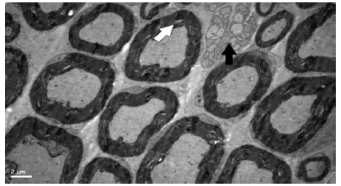
Imágenes extraídas de Cosman ER Sr, et al. Radiofrequency Lesions. In: Pain-Relieving Procedures: The Illustrated Guide 2012.

RFP PULSADA



NEUROMODULACIÓN

Se administra una corriente de alta frecuencia en pulsos.
Se alcanza una temperatura <42°C.
Se consigue una reducción de metabolismo neuronal.



Microfotografía electrónica de transmisión del grupo de radiofrecuencia pulsada. La mayor parte de los axones mielinizados muestran separación en la configuración de la mielina. La flecha blanca, separación de la mielina; flecha negra, axón no mielinizado (aumento original x 6.000).

RFC: radiofrecuencia; RFP: radiofrecuencia pulsada.

1. Cosman ER Sr, Cosman ER Jr. Radiofrequency Lesions. In: P. Prithvi Raj and Serdar Erdine, eds. Pain-Relieving Procedures: The Illustrated Guide. West Sussex, UK: Wiley-Blackwell 2012.

6. Técnicas intervencionistas

Síndrome facetario lumbar: bloqueo diagnóstico y RF convencional del ramo medial[1]

Incidencia estimada:

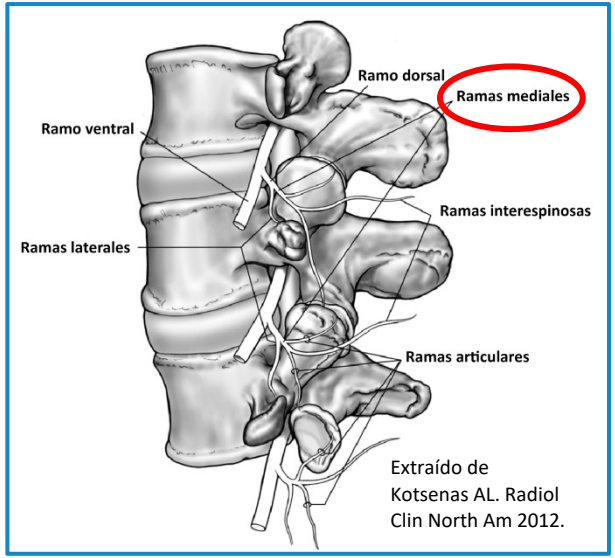
Se estima en torno al 30%-40% del dolor lumbar crónico.

Diagnóstico clínico:

Presentan dolor axial paramedial que **no** es de origen **radicular**.

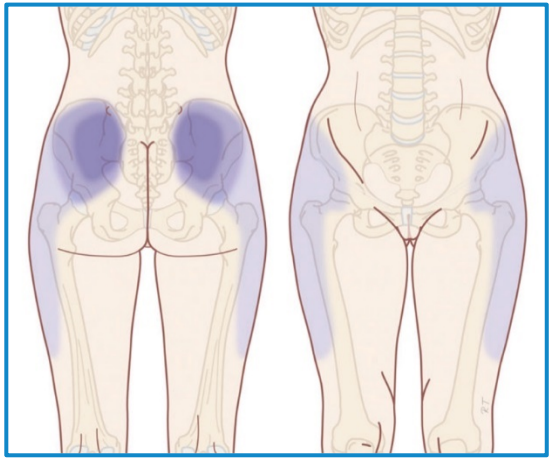
La exploración física es congruente: se observa rigidez y el signo del arco es positivo.

Inervación de los elementos posteriores. Los elementos posteriores son inervados mayormente por las ramas mediales de los ramos dorsales primarios. Cada articulación facetaria es inervada por ramas de dos niveles espinales adyacentes. (Cortesía de la Clínica Mayo, Rochester, MN; con permiso)



Extraído de Kotsenas AL. Radiol Clin North Am 2012.

Patrón de dolor referido en el dolor facetario lumbar según McCall



Extraído de Van Kleef M, et al. Pain Pract 2010.

RF: radiofrecuencia.

1. Kotsenas AL. Imaging of posterior element axial pain generators: facet joints, pedicles, spinous processes, sacroiliac joints, and transitional segments. Radiol Clin North Am 2012; 50 (4): 705-30. 2. Van Kleef M, Vanelderen P, Cohen SP, et al. 12. Pain originating from the lumbar facet joints. Pain Pract Sep-Oct 2010; 10 (5): 459-69.

6. Técnicas intervencionistas

El tratamiento mediante radiofrecuencia del síndrome facetario lumbar presenta un alto grado de recomendación[1]

Resumen de la evidencia para el manejo intervencionista del síndrome facetario lumbar	
Técnica	**Evaluación**
Inyecciones intraarticulares	2 B±
Tratamiento mediante radiofrecuencia de las rami mediales (ramos mediales) y las ramas primarias dorsales de L5.	1 B+

Extraído de Van Zundert J, et al. Pain Pract 2011.

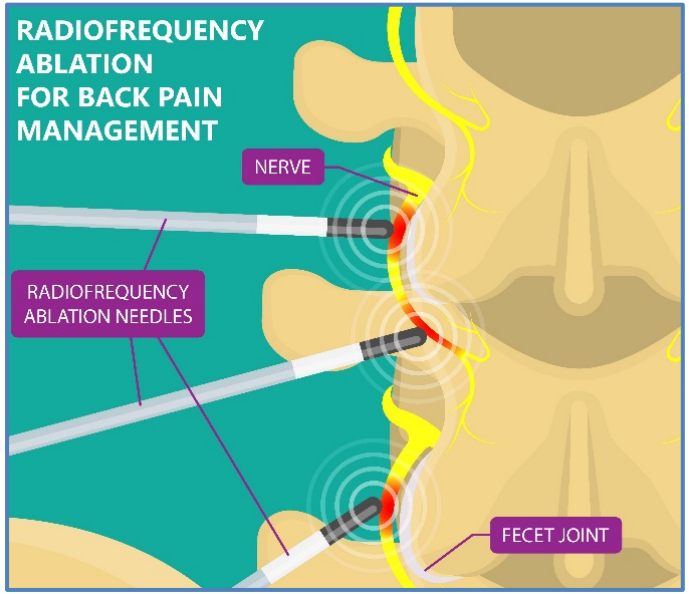


Imagen digital www.shutterstock.com.

1. Van Zundert J, Hartrick C, Patijn J, et al. Evidence-based interventional pain medicine according to clinical diagnoses. Pain Pract 2011 Sep-Oct; 11 (5): 423-9.

6. Técnicas intervencionistas[1]

Dolor de origen en articulación sacroilíaca: definición y bloqueo diagnóstico

La IASP lo define como el dolor sobre la región de la articulación sacroilíaca, reproducible con maniobras de provocación o carga y aliviado selectivamente mediante un **bloqueo intraarticular diagnóstico** en esta articulación.

Se estima que entre **16% y 30%** del dolor lumbar tiene su origen en la articulación sacroilíaca.

Factores riesgo:
Espondilitis anquilosante, dismetrías en EEII, patrón de marcha anómalo, embarazo, trauma, artrodesis lumbosacra con fusión sacra (35%).

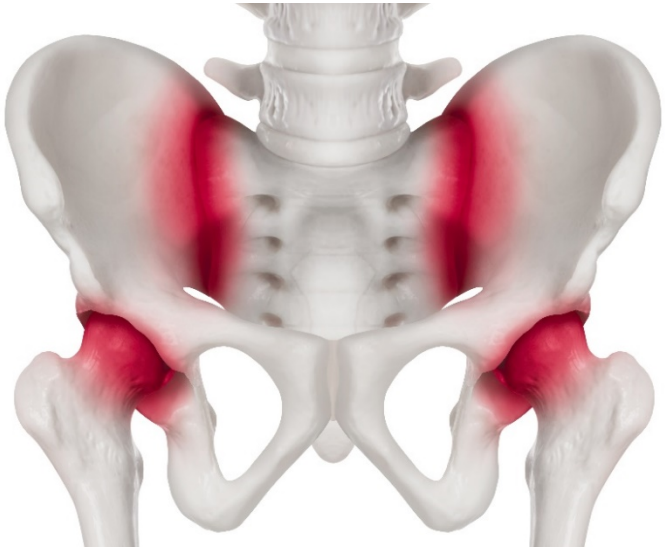


Imagen digital www.shutterstock.com.

IASP: *International Association for the Study of Pain;* EEII: extremidades inferiores.
Mejía GE, Arias M, Valdez K et al. Dolor de la articulación sacroilíaca. Anatomía, Diagnóstico y Tratamiento. Rev. Soc. Esp. Dolor 2008; 3: 170-180.

7. Aspectos psicológicos del dolor en las IMID

DOLOR NO CONTROLADO

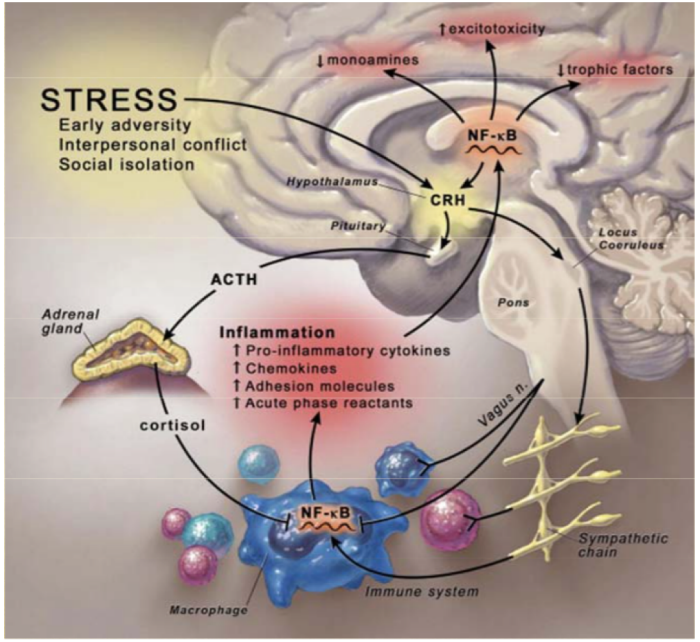
- El **39,5%** de los pacientes que acuden a una consulta de Reumatología presentan **dolor no controlado**[1].
- El dolor no controlado produce **alteraciones en las regiones cerebrales del sistema límbico que controlan el componente afectivo y cognitivo del procesamiento del dolor**. Es decir, las emociones y las evaluaciones interpretativas de lo que está ocurriendo son determinantes claros en la **cronificación del dolor**[2].

Imagen gratuita de www.unsplash.com.

IMID: enfermedad inflamatoria inmunomediada.

1. Plana Veret C, Seoane Mato D, Gobbo Montoya M, et al. Sociedad Española de Reumatología. Evaluación del dolor en Reumatología. Estudio EVADOR 2017. Disponible en: https://www.ser.es/wp-content/uploads/2017/08/Evaluacion_del_dolor-Publicaci%C3%B3n-final.pdf [Último acceso: 05/2021].
2. Coppieters I, Meeus M, Kregel J, et al. Relations Between Brain Alterations and Clinical Pain Measures in Chronic Musculoskeletal Pain: A Systematic Review. J Pain 2016; 17 (9): 949-62.

7. Aspectos psicológicos del dolor en las IMID[1]



Extraído de: Golding M. AMA. 2019[2].

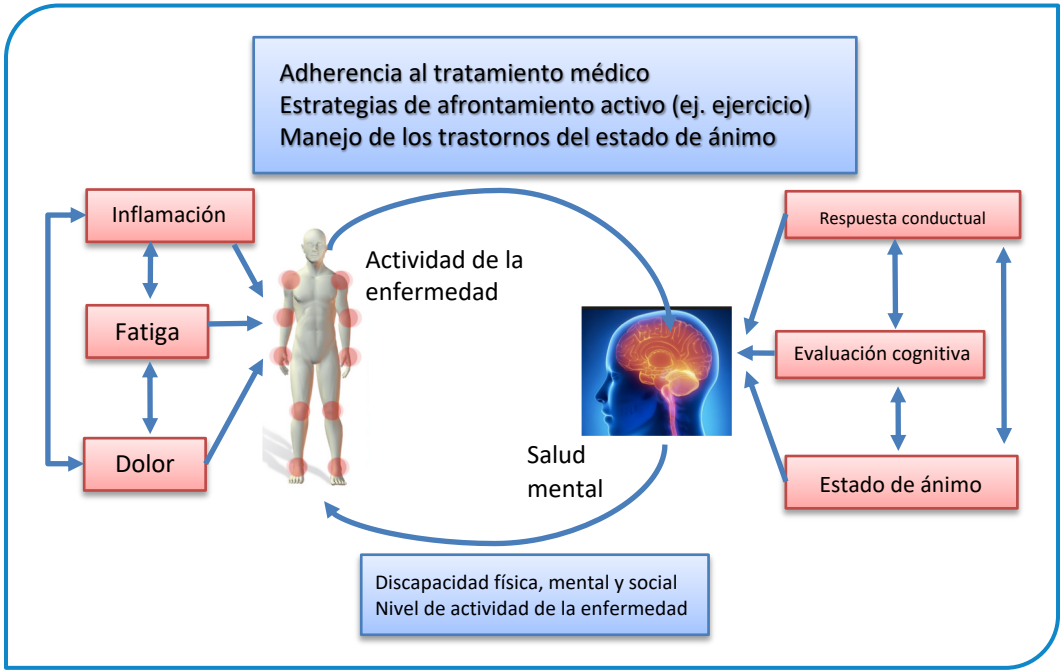
- **El estrés, la ansiedad y la depresión comparten con las IMID algunas características** como inflamación, la alteración del sistema inmune, **el dolor**, la cronicidad y la discapacidad.
- Las interacciones entre todos estos elementos son complejas y resulta **difícil establecer relaciones causa-efecto**.
- Los problemas emocionales **pueden incidir en la etiología, la evolución y el pronóstico de las IMID**.
- La respuesta al estrés se hace a través del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal (cortisol) y el sistema simpático-adrenal-medular (catecolaminas). En una situación de estrés sostenido, la estimulación excesiva y/o constante de estas vías altera el sistema inmunológico y la regulación de la inflamación.
- En los pacientes con artritis crónica, también hay una respuesta anómala al cortisol y el eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal se encuentra afectado.

IMID: enfermedad inflamatoria inmunomediada; CRH: hormona liberadora de corticotropina; ACTH: hormona adrenocorticotropa.

1. Capellino S, Straub RH. Neuroendocrine immune pathways in chronic arthritis. Best Pract Res Clin Rheumatol 2008; 22 (2): 285-97. 2. Golding M Physical and Mental Health in Prison An Overview. Disponible en https://www.ama-assn.org/system/files/2019-11/i19-am-human.pdf. Último acceso 05/2021.

Pfizer

7. Aspectos psicológicos del dolor en las IMID[1]



Creado a partir de Sturgeon JA et al. Nat Rev Rheumatol 2016.

- **Las consecuencias de las IMID** (dolor recurrente, fatiga e inflamación prolongada) **inciden en la salud mental** a través de la evaluación cognitiva, el estado afectivo y las estrategias de respuesta.
- La evaluación que el paciente hace de la enfermedad y de las implicaciones que va a tener en su vida, afecta a su estado de ánimo, el cual **determinará que la conducta del paciente sea más o menos adaptativa.**

IMID: enfermedad inflamatoria inmunomediada.

1. Sturgeon JA, Finan PH, Zautra AJ. Affective disturbance in rheumatoid arthritis: psychological and disease-related pathways. Nat Rev Rheumatol 2016; 12 (9): 532-42.

7. Aspectos psicológicos del dolor en las IMID[1]

- El dolor en IMID está en relación con algunas variables psicológicas que deben ser evaluadas y tratadas en caso necesario:
  - Estrés.
  - Depresión y ansiedad.
  - Catastrofismo e hipervigilancia.

IMID: enfermedad inflamatoria inmunomediada.

1. Peñarroya A, Ballús-Creus C, Pérez Martínez J. Diferencias en el uso de las estrategias de afrontamiento, el catastrofismo y el estado de ánimo en función del tiempo de evolución del dolor crónico. Rev. Soc. Esp. Dolor 2011, 18: 77-83

7. Aspectos psicológicos del dolor en las IMID

Es importante no confiarse, ya que incluso en remisión las personas con IMID presentan un mayor riesgo de ansiedad y depresión[1].

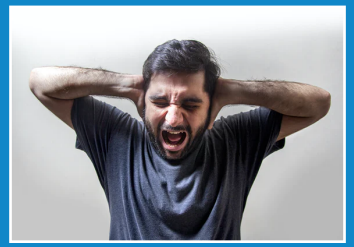
Ansiedad[2,3]

Aparece sobre todo:

- Al inicio de la enfermedad.
- Ante cambios importantes en la misma.

Se puede detectar:

- El paciente anticipa.
- El paciente se focaliza en las posibles amenazas.



Depresión[2,3]

Puede aparecer en cualquier momento:

- Prestar atención ante fracasos terapéuticos.

Ayuda a distinguirla:

- El paciente está centrado en la pérdida.
- El paciente habla desde la desesperación y transmite sensación de indefensión.

Imágenes gratuitas de www.unsplash.com.

IMID: enfermedad inflamatoria inmunomediada.

1. Sambamoorthi U, Shah D, Zhao X. Healthcare burden of depression in adults with arthritis. Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research. 2017;17(1):53-65. 2. Stubbs B, Aluko Y, Myint PK, et al. Prevalence of depressive symptoms and anxiety in osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. Age and Ageing. 2016;45(2):228-35. 3. Zhang L, Fu T, Yin R, et al. Prevalence of depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2017;14;17(1):70.

7. Aspectos psicológicos del dolor en las IMID

Evaluación de la ansiedad[1]

HADS

Para valorar la ansiedad y la depresión se puede recurrir a la escala HADS y explorar en consulta los síntomas asociados.

Síntomas COGNITIVOS

- Preocupación excesiva por la enfermedad.
- Hipervigilancia de los síntomas.

Síntomas FISIOLÓGICOS

- Ahogos.
- Taquicardias.
- Tensión muscular, contracturas, rigidez.
- Sudoración excesiva.

Síntomas CONDUCTUALES

- Movimientos repetitivos.
- Velocidad excesiva del habla o del movimiento.
- Aumento del número de cigarrillos consumidos.
- Ingesta compulsiva.
- Incapacidad para centrar la atención.

IMID: enfermedad inflamatoria inmunomediada; HADS: escala de ansiedad y depresión hospitalaria.

1. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, et al. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale An updated literature review. Journal of Psychosomatic Research 2002; 9; 52 (2): 69-77.

7. Aspectos psicológicos del dolor en las IMID

Evaluación de la depresión[1]

HADS

Para valorar la ansiedad y la depresión se puede recurrir a la escala HADS y explorar en consulta los síntomas asociados.

Síntomas COGNITIVOS

- Tristeza.
- Infravaloración.
- Indecisión.
- Tendencia a pensar en el pasado.
- Negativismo.
- Desinterés.

Síntomas FISIOLÓGICOS

- Opresion en el pecho.
- Pérdida de apetito.
- Somnolencia.
- Abotargamiento.
- Dolor resistente a tratamiento.

Síntomas CONDUCTUALES

- Reducción de actividad.
- Apatía.
- Anhedonia.
- Enlentecimiento del movimiento y del habla.
- Llanto espontáneo.

IMID: enfermedad inflamatoria inmunomediada; HADS: escala de ansiedad y depresión hospitalaria.

1. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, et al. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale An updated literature review. Journal of Psychosomatic Research 2002; 9; 52 (2): 69-77.

7. Aspectos psicológicos del dolor en las IMID

Hipervigilancia[1]:

- Al sentir miedo hacia algo, el individuo vigila de forma continua la fuente de amenaza.
- Presta **más atención** a la presencia o ausencia de lo que teme, en este caso el dolor o la aparición de otros signos o síntomas como por ejemplo, diarreas, manchas o escamas en la piel.

Imagen gratuita de www.unsplash.com.

Catastrofismo o dramatización[2]:

- Pensamientos, ideas o imágenes que **anticipan** resultados negativos o consecuencias aversivas de una experiencia.
- **Malinterpretan** un resultado y lo perciben como extremadamente negativo.

IMID: enfermedad inflamatoria inmunomediada.

1. Hipervigilancia, ¿en qué consiste? [online] Disponible en: https://muysalud.com/mente/hipervigilancia-consiste/ Accedido por última vez: 14/05/2021 2. Peñarroya A, Ballús-Creus C, Pérez Martínez J. Diferencias en el uso de las estrategias de afrontamiento, el catastrofismo y el estado de ánimo en función del tiempo de evolución del dolor crónico. Rev. Soc. Esp. Dolor 2011, 18: 77-83.

7. Aspectos psicológicos del dolor en las IMID[1]

El catastrofismo en IMID está asociado a:

- Mayor dolor.
- Mayor interferencia del dolor en la vida cotidiana.
- Mayor discapacidad.
- Depresión.
- Mala respuesta al tratamiento.
- Uso incrementado de opioides.
- Mayor duración e intensidad del dolor postoperatorio.

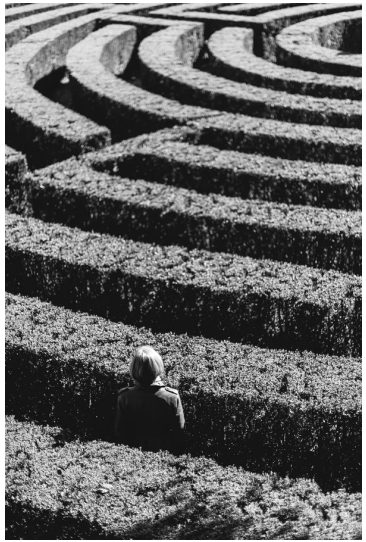
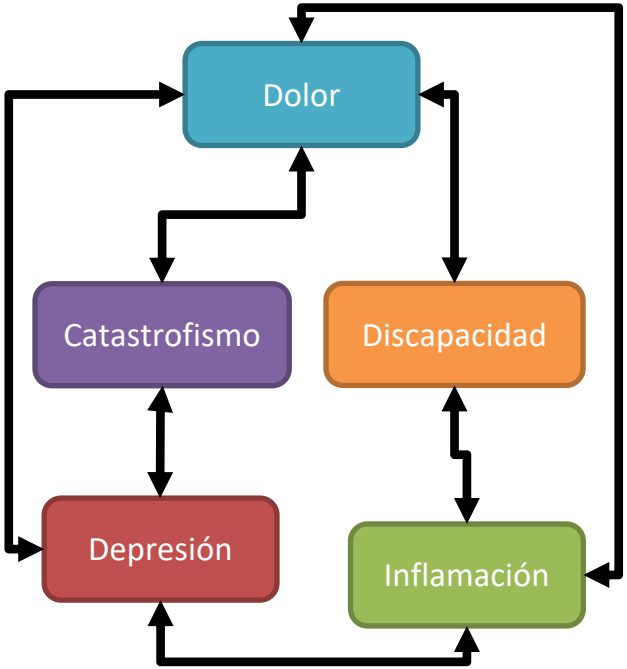


Imagen gratuita de www.unsplash.com.



Creado a partir de Edwards RR, et al. Arthritis Rheum 2006.

IMID: enfermedad inflamatoria inmunomediada.

1. Edwards RR, Bingham CO, Bathon J, et al. Catastrophizing and pain in arthritis, fibromyalgia, and other rheumatic diseases. Arthritis Rheum 2006; 55 (2): 325-32.

7. Aspectos psicológicos del dolor en las IMID

Evaluación de catastrofismo e hipervigilancia[1]

Al igual que con la ansiedad y la depresión, además de los síntomas sobre los que se puede interrogar al paciente en consulta, existe una escala para valorar el catastrofismo.

Escala de catastrofismo de dolor

¿Suele prestar atención con frecuencia a su cuerpo?

¿Atiende con frecuencia a sus síntomas?

¿Le cuesta prestar atención a otras cosas que no sean su enfermedad y su dolor?

Cuando aparecen los síntomas, ¿cree que desembocarán en algo malo?

¿Suele anticipar consecuencias negativas del dolor?

IMID: enfermedad inflamatoria inmunomediada.

1. García Campayo J, Rodero B, Alda M, et al. Validación de la versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. Medicina Clínica 2008; 131 (13): 487-92.

7. Aspectos psicológicos del dolor en las IMID[1]

Imagen gratuita de www.unsplash.com

¿El catastrofismo aumenta el dolor o el dolor aumenta el catastrofismo?

- Parece que es **el catastrofismo** el que aumenta el dolor. Si se interviene sobre el catastrofismo se reduce el dolor.
- Mediante un estudio en el que se inducía dolor con capsaicina se observó que el grado de catastrofismo previo se asociaba con diferencias en la percepción del dolor.

IMID: enfermedad inflamatoria inmunomediada.

1. Campbell CM, Quartana PJ, Buenaver LF, et al. Changes in situation-specific pain catastrophizing precede changes in pain report during capsaicin pain: a cross-lagged panel analysis among healthy, pain-free participants. J Pain 2010 Sep; 11 (9): 876-84.

7. Aspectos psicológicos del dolor en las IMID

Las intervenciones que se han probado **más efectivas** en el tratamiento de las IMID son las basadas en la **terapia cognitivo-conductual multicomponente**, tanto en grupo como de modo individual.

Estas terapias suelen incluir **diversas técnicas** que se complementan entre sí:

- **Relajación** (para la activación fisiológica)[1,3,5-7].
- **Reestructuración cognitiva** (para disminuir el **catastrofismo** y aliviar los pensamientos depresivos)[1-3,6,7].
- Técnicas de **manejo del dolor** (control atencional, imaginación guiada)[11].
- **Habilidades sociales** (para mejorar la comunicación con el entorno)[4].
- Activación conductual (sobre todo recuperación de **conductas reforzantes**)[4].
- Mejora de la **sexualidad**[8].
- Higiene del **sueño**[9].
- Apoyo en el **cumplimiento de las prescripciones** terapéuticas[10].

1. Basler HD, Rehfisch HP. Cognitive-behavioral therapy in patients with ankylosing spondylitis in a German self-help organization. J Psychosom Res 1991;35:345–354. 2. Qureshi AA, Awosika O, Baruffi F, et al. Psychological Therapies in Management of Psoriatic Skin Disease: A Systematic Review. Am J Clin Dermatol. 2019;20:607–624. 3. Mussell M, Bocker U, Nagel N. Reducing psychosocial distress in patients with inflammatory bowel disease by cognitive-behavioural treatment: exploratory study of effectiveness. Scand J Gastroenterol. 2003;38:755-62. 4. García-Vega E. Intervención psicológica en la enfermedad de Crohn. Anal Modif Conducta. 1995;21:99-121. 5. Timmer A, Preiss JC, Motschall E, et al. Psychological interventions for treatment of inflammatory bowel disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 201116;(2):CD006913. 6. Gracie DJ, Irvine AJ, Sood R, et al. Effect of psychological therapy on disease activity, psychological co-morbidity, and quality of life in inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis. Lancet Gastroenterol Hepatol 2017;2:189–199. 7. Li C, Hou Z, Liu Y, et al. Cognitive-behavioural therapy in patients with inflammatory bowel diseases: A systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Pract. 2019 Feb;25(1):e12699. 8. Mayo Clinic. El dolor crónico puede afectar la sexualidad [online]. Disponible en: https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/sexual-health/in-depth/chronic-pain/art-20044369#:~:text=Existe%20una%20interacci%C3%B3n%20compleja%20entre,los%20medicamentos%20o%20el%20estr%C3%A9s. Accedido por última vez: 14/05/2020 9. Higiene del sueño. Guía para dormir mejor. [online] Disponible en: https://fibromialgianoticias.com/higiene-del-sueno/ Accedido por última vez: 14/05/2021. 10. Ruiz-Fernández MD, Hernández-Martínez D, Fernández-Leyva A et al. Factores implicados en la adherencia terapéutica en pacientes con fibromialgia. European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education. 2015, 5, 2 (165-173). 11. López JA, Trinidad JM. Las técnicas intervencionistas: una alternativa en la terapia del dolor crónico [online]. Disponible en: http://www.uca.es/es/cargarAplicacionNoticia.do?identificador=3246 Accedido por última vez: 14/05/2021

IMID: enfermedad inflamatoria inmunomediada.

7. Aspectos psicológicos del dolor en las IMID

- Las intervenciones a través de terapia cognitivo-conductual (TCC) cambiando las creencias negativas por un pensamiento adaptativo y estrategias de afrontamiento son efectivas para reducir el catastrofismo en IMID[1].
- Intervenciones de TCC diseñadas para mejorar el sueño redujeron significativamente el catastrofismo[2].

Imagen gratuita de www.unsplash.com.

Algunas intervenciones no estrictamente psicológicas también pueden mejorar significativamente el catastrofismo:

- **Ejercicio físico[3].**
- **Férulas orales en problemas de la articulación temporomandibular[4].**
- **Algunos medicamentos[6].**

1. Broderick JE, Keefe FJ, Scheneider S, et al.: Cognitive behavioral therapy for chronic pain is effective, but for whom? Pain 2016;157:2115-23. 2. Lerman SF, Finan PH, Smith MT, et al. Psychological interventions that target sleep reduce pain catastrophizing in knee osteoarthritis. Pain 2017;157(9):2115-2123. 3. Vincent HK, George SZ, Seay An, et al. Resistance exercise,disability, and pain catastrophizing in obese adults with back pain. Med Sci Sports Exerc 2014;46:1693-701. 4. Costa YM, Porporatti AL, Stuginski J, et al. effect of occlusal splints on theimprovement of psychological aspects intemporomandibular disorder subjects: A randomized controlled trial. Arch Oral Biol 2015;60:738-44. 5. Clarke H, Kirkham KR, Orser BA, et al. Gabapentin reduces preoperative anxiety and pain catastrophizing in highly anxious patients prior to major surgery: a blinded randomized placebo-controlled trial. Can J Anaesth. 2013; 60:432-43. 6. Zautra AJ, Smith BW. Impact of controlled-release oxycodone on efficacy beliefs and coping efforts among osteoarthritis patients with moderate to severe pain. Clin J Pain. 2005;21(6):471-7.

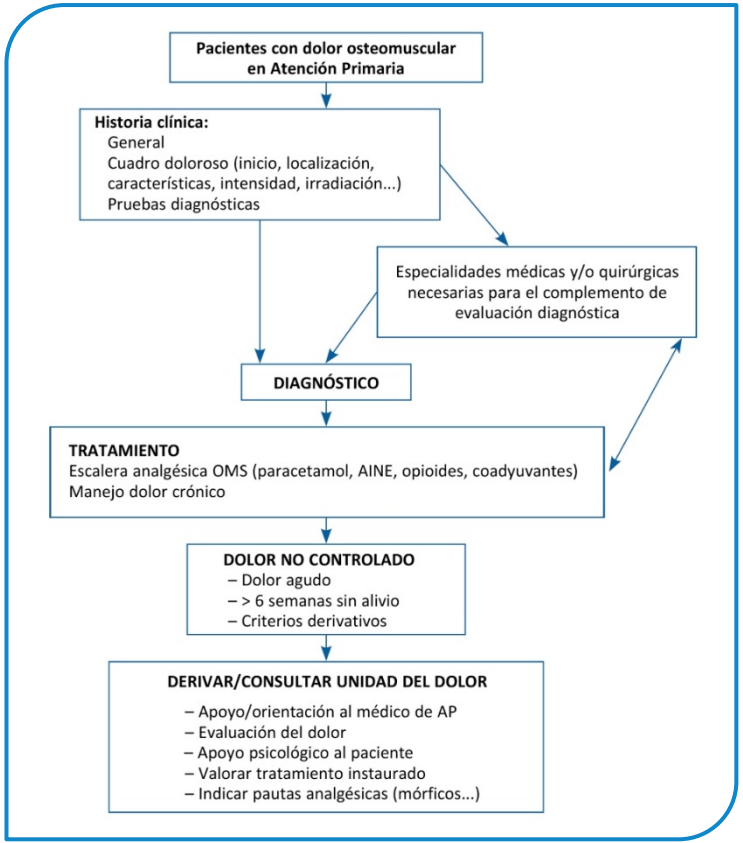
IMID: enfermedad inflamatoria inmunomediada; TCC: terapia cognitivo-conductual.

8. Cuándo derivar al especialista de dolor

Criterios de derivación Unidad de tratamiento del dolor (UTD)[1]:

Ministerio de Sanidad

- El paciente debe ser derivado al nivel especializado cuando exista un problema de diagnóstico de la enfermedad de base que genera el dolor.
- Se debe remitir a la consulta de la UTD, una vez tratado en AP y/o por el especialista de la enfermedad de base si el dolor no ha sido controlado.



Extraído de https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EERR/Unidad_de_tratamiento_del_dolor.pdf.

1. Palanca Sánchez I (Dir.), Puig Riera de Conías MM (Coord. Cient.), Elola Somoza J (Dir.), Bernal Sobrino JL (Comit. Redac.), Paniagua Caparrós JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidad de tratamiento de dolor: estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.

9. Conclusiones

Para llevar a casa…

- Si una persona refiere una experiencia como dolor, es siempre dolor, y esto incluye a nuestros pacientes con IMID. El dolor crónico impacta negativamente en su funcionalidad y en su calidad de vida[1].
- Las guías clínicas recomiendan la utilización de antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina, entre otros fármacos para el tratamiento farmacológico del dolor crónico neuropático[2].
- En dolor crónico en IMID, los opioides deberían reservarse para casos que requieren solo medidas de comfort y no restauración funcional[3].
- No son lo suficientemente efectivos ni seguros como para fomentar su uso generalizado en dolor crónico no terminal[3].

IMID: enfermedad inflamatoria inmunomediada. 1. Raja SN, Carr DB, Cohen M, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain. 2020 Sep 1;161(9):1976-1982. 2. National Institute for Health and Care Excellence (UK). NICE Clinical Guidelines. Neuropathic pain in adults: pharmacological management in non-specialist settings. London:; 2020. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/cg173 [Último acceso: 05/2021]. 3. Chou R, Turner JA, Devine EB, et al. The effectiveness and risks of long-term opioid therapy for chronic pain: a systematic review for a National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop. Ann Intern Med. 2015;162(4):276-86.

9. Conclusiones

Para llevar a casa…

- La eficacia analgésica opioide disminuye frecuentemente con el uso continuado por las adaptaciones de la tolerancia y dependencia; esto puede cambiar si los opioides se toman de manera intermitente[1].
- Las técnicas intervencionistas tienen un papel clave en el tratamiento del dolor crónico lumbar para reducir el sufrimiento, evitar la escalada de medicación analgésica y acortar los tiempos de crisis o reagudización[2].
- El conocimiento de las capacidades de cada profesional por parte de un equipo multidisciplinar no sólo mejora la reducción del dolor en el paciente que sufre, sino que acorta los plazos para conseguir este alivio[3].

IMID: enfermedad inflamatoria inmunomediada.

1. Ballantyne JC. Opioids for the Treatment of Chronic Pain: Mistakes Made, Lessons Learned, and Future Direction. Anesth Analg. 2017;125:1769–78. 2. Abejón D, Arango S, Horas C. Avances en las técnicas intervencionistas para incrementar la seguridad. Rev Soc Esp Dolor 2017; 24(5): 264-268 3. Palanca Sánchez I (Dir.), Puig Riera de Conías MM (Coord. Cient.), Elola Somoza J (Dir.), Bernal Sobrino JL (Comit. Redac.), Paniagua Caparrós JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidad de tratamiento de dolor: estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011

Bibliografía

- 1aria. Cuestionario DN4. Disponible en https://www.1aria.com/contenido/dolor/dolor-neuropatico/dolor-neuropatico-ayuda/dolor-neuropatico-test [último acceso: 05/2021].
- 1aria. Cuestionario DN4. Disponible en: https://www.1aria.com/contenido/dolor/dolor-neuropatico/dolor-neuropatico-ayuda/dolor-neuropatico-test-lanss [último acceso: 05/2021].
- Asociación andaluza de Pediatría de Atención Primaria. Escala visual numérica. Disponible en: http://pediatrasandalucia.org/Pdfs/evn.pdf [último acceso: 05/2021].
- Ballantyne JC. Opioids for the Treatment of Chronic Pain: Mistakes Made, Lessons Learned, and Future Direction. Anesth Analg. 2017;125:1769–78.
- Baron R, Tölle TR. Assessment and diagnosis of neuropathic pain. Curr Opin Support Palliat Care. 2008;2(1):1-8.
- Basler HD, Rehfisch HP. Cognitive-behavioral therapy in patients with ankylosing spondylitis in a German self-help organization. J Psychosom Res. 1991;35:345-354.
- Bennett C. Pain Australia. A new definition of pain [online] Disponible en: https://www.painaustralia.org.au/media/blog-1/blog-july-2020/the-new-definition-of-pain [último acceso: 04/2021].
- Bennett MI, Attal N, Backonja MM, et al. Using screening tools to identify neuropathic pain. Pain. 2007;127(3):199-203.
- Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, et al. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale An updated literature review. Journal of Psychosomatic Research. 2002;9;52(2):69-77.
- Bolay H, Moskowitz MA. Mechanisms of pain modulation in chronic syndromes. Neurology. 2002;59(5 Suppl 2):S2-7.
- Broderick JE, Keefe FJ, Scheneider S, et al. Cognitive behavioral therapy for chronic pain is effective, but for whom? Pain. 2016;157:2115-23.
- Brooks J, Tracey I. From nociception to pain perception: imaging the spinal and supraspinal pathways. J Anat. 2005;207(1):19-33.
- Campbell CM, Quartana PJ, Buenaver LF, et al. Changes in situation-specific pain catastrophizing precede changes in pain report during capsaicin pain: a cross-lagged panel analysis among healthy, pain-free participants. J Pain. 2010 Sep;11(9):876-84.
- Capellino S, Straub RH. Neuroendocrine immune pathways in chronic arthritis. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2008;22(2):285-97.
- Caramés MA, Navarro M. Costes del tratamiento del dolor versus su no tratamiento. Aproximación a la realidad de Portugal y España. Dor. 2016;24:1-9.
- Chou R, Turner JA, Devine EB, et al. The effectiveness and risks of long-term opioid therapy for chronic pain: a systematic review for a National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop. Ann Intern Med. 2015;162(4):276-86.
- Cid J, Acuña JP, De Andrés JA, et al. ¿Qué y cómo evaluar al paciente con dolor crónico? Evaluación del paciente con dolor crónico. Rev Med Clin CONDES. 2014;25(4):687-697.
- Clarke H, Kirkham KR, Orser BA, et al. Gabapentin reduces preoperative anxiety and pain catastrophizing in highly anxious patients prior to major surgery: a blinded randomized placebo-controlled trial. Can J Anaesth. 2013;60:432-43.
- Consulmedica. Cuestionario PAINDETECT. Disponible en: http://www.consulmedica.com/2017/10/paindetect.html [último acceso: 05/2021].
- Coppieters I, Meeus M, Kregel J, et al. Relations Between Brain Alterations and Clinical Pain Measures in Chronic Musculoskeletal Pain: A Systematic Review. J Pain. 2016;17(9):949-62.
- Cosman ER Sr, Cosman ER Jr. Radiofrequency Lesions. In: P. Prithvi Raj and Serdar Erdine, eds. Pain-Relieving Procedures: The Illustrated Guide. West Sussex, UK: Wiley-Blackwell. 2012.
- Costa YM, Porporatti AL, Stuginski J, et al. effect of occlusal splints on theimprovement of psychological aspects intemporomandibular disorder subjects: A randomized controlled trial. Arch Oral Biol. 2015;60:738-44.
- Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain—United States, 2016. JAMA. 2016;315(15):1624–1645.
- Echegoyen C,. Dolor en el paciente oncológico II. En Medicina Familiar UC. Disponible en http://medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/273.html [último acceso: 04/2021].
- Edwards RR, Bingham CO, Bathon J, et al. Catastrophizing and pain in arthritis, fibromyalgia, and other rheumatic diseases. Arthritis Rheum. 2006;55(2):325-32. 2-8.

Bibliografía

- Failde I, Dueñas MA. Epidemiología e impacto de los procesos dolorosos. En: Vidal J. (Dir.). Fundamentos, evaluación y tratamiento. Manual de medicina del dolor. Madrid: Sociedad Española del Dolor. Ed. Médica Panamericana; 2016. pp. 9-18.
- Fidalgo Rubio A. Slide player. Conociendo el dolor agudo [online], diapositiva 22. Disponible en: https://slideplayer.es/slide/5460523/ [último acceso: 05/2021].
- Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. Lancet Neurol. 2015;14(2):162-73.
- Freynhagen R, Baron R. The evaluation of neuropathic components in low back pain. Curr Pain Headache Rep. 2009;13(3):185-90.
- Freynhagen R, Bennett MI. Diagnosis and management of neuropathic pain. BMJ. 2009;339:b3002.
- Freynhagen R, Rolke R, Baron R, et al. Pseudoradicular and radicular low-back pain--a disease continuum rather than different entities? Answers from quantitative sensory testing. Pain. 2008;135(1-2):65-74.
- Gálvez R, Pardo A, Cerón JM, et al. [Linguistic adaptation into Spanish and psychometric validation of the ID-Pain questionnaire for the screening of neuropathic pain]. Med Clin (Barc). 2008;131: 57
- García Campayo J, Rodero B, Alda M, et al. Validación de la versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. Medicina Clínica. 2008;131(13):487-92.
- García-Vega E. Intervención psicológica en la enfermedad de Crohn. Anal Modif Conducta. 1995;21:99-121.
- Garland, EL. Pain Processing in the Human Nervous System: A Selective Review of Nociceptive and Biobehavioral Pathways. Prim Care. 2012;39(3):561–571.
- Gilron I, Watson CPN, Cahill CM, et al. Neuropathic pain: a practical guide for the clinician. CMAJ. 2006;175(5)265-75.
- Golding M Physical and Mental Health in Prison An Overview. Disponible en https://www.ama-assn.org/system/files/2019-11/i19-am-human.pdf. Último acceso 05/2021.
- Gracie DJ, Irvine AJ, Sood R, et al. Effect of psychological therapy on disease activity, psychological co-morbidity, and quality of life in inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2017;2:189–199.
- Gruccu G, Sommer C, Anand P, et al. EFNS guidelines on neuropathic pain assessment: revised 2009. Eur J Neurol. 2010 17(8): 1010-8.
- Haanpää ML, Backonja MM, Bennett MI, et al. Assessment of neuropathic pain in primary care. AM J Med. 2009;122(10 supl):513-21.
- Huguet, A, Miró J. The severity of chronic pediatric pain: An epidemiological study. J Pain. 2008;9(3):226-236.
- Humbría A, Carmona L, Peña JL, et al. Impacto poblacional del dolor lumbar en España: resultados del estudio EPISER. Rev Esp Reumatol. 2002;29(10):471-478.
- Julius D, et al. en McMahon SB, Koltzenburg M. Wall and Melzack's Texbook of Pain, 5.ª ed. Londres:Elsevier;2006, p. 35.
- Kotsenas AL. Imaging of posterior element axial pain generators: facet joints, pedicles, spinous processes, sacroiliac joints, and transitional segments. Radiol Clin North Am. 2012;50(4):705-30.
- Langley PC, Ruiz-Iban MA, Tornero Molina J, et al. The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain, Journal of Medical Economics. 2011;14(3):367-380.
- Lerman SF, Finan PH, Smith MT, et al. Psychological interventions that target sleep reduce pain catastrophizing in knee osteoarthritis. Pain. 2017;157(9):2115-2123.
- Li C, Hou Z, Liu Y, et al. Cognitive-behavioural therapy in patients with inflammatory bowel diseases: A systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Pract. 2019 Feb;25(1):e12699.
- Martín E, Woolf AD, Zeidler H, et al. Evaluación del dolor musculoesquelético crónico en la población adulta española y su manejo en Atención Primaria: actitudes, percepción del estado de salud y uso de recursos sanitarios. SEMERGEN. 2005;31(11):508-515.
- McMahon SB, Koltzenburg M. Wall and Melzack's Texbook of Pain, 5.ª ed. Londres: Elsevier; 2006, p. 35.

Bibliografía

- Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. Pain. 1975 Sep;1(3):277-299.
- Mulvey R, Boland E, Bouhassira D, et al. Neuropathic pain in patients with cancer: performance of screening tools and analysis of sympton profiles. Br J Anaesth. 2017 Oct 1;119(4):765-774.
- Mussell M, Bocker U, Nagel N. Reducing psychosocial distress in patients with inflammatory bowel disease by cognitive-behavioural treatment: exploratory study of effectiveness. Scand J Gastroenterol. 2003;38:755-62.
- National Institute for Health and Care Excellence (UK). NICE Clinical Guidelines. Neuropathic pain in adults: pharmacological management in non-specialist settings. London:; 2020. Disponible en https://www.nice.org.uk/guidance/cg173. [último acceso: 05/2021].
- Pérez C, Ribera MV, Gálvez R, et al. High prevalence of confirmed, but also of potential and believed, neuropathic pain in pain clinics. Eur J Pain. 2013;17(3):347-356.
- Perez C, Rafael Galvez R, Huelbes S, et al. Validez y fiabilidad de la versión española del cuestionario DN4 (Douleur Neuropathique 4 preguntas) para el diagnóstico diferencial de síndromes dolorosos asociados a un componente neuropático o somático. Health and Quality of Life Outcomes. 2007;5:66.
- Plana Veret C, Seoane Mato D, Gobbo Montoya M, et al. Sociedad Española de Reumatología. Evaluación del dolor en Reumatología. Estudio EVADOR. 2017. Disponible en: https://www.ser.es/wp-content/uploads/2017/08/Evaluacion_del_dolor-Publicaci%C3%B3n-final.pdf [último acceso: 05/2021].
- Quijano L, Montes MJ, Retamoso I. Tratamiento del dolor neuropático. Arch Med Interna. 2010; XXXII(1): 17-21.
- Qureshi AA, Awosika O, Baruffi F, et al. Psychological Therapies in Management of Psoriatic Skin Disease: A Systematic Review. Am J Clin Dermatol. 2019;20:607–624.
- Raja SN, Carr DB, Cohen M, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain. 2020 Sep 1;161(9):1976-1982.
- Rey R. Tratamiento del dolor neuropático. Revisión de las últimas guías y recomendaciones. Neurol Arg. 2013;5(S 1):1–7.
- Salud Castilla y León. Cuestionario breve del dolor. Disponible en: https://www.saludcastillayleon.es/sanidad/cm/portalmedicamento/images?idMmedia=1112696[último acceso: 05/2021].
- Sambamoorthi U, Shah D, Zhao X. Healthcare burden of depression in adults with arthritis. Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research. 2017;17(1):53-65.
- Stubbs B, Aluko Y, Myint PK, et al. Prevalence of depressive symptoms and anxiety in osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. Age and Ageing. 2016;45(2):228-35.
- Sturgeon JA, Finan PH, Zautra AJ. Affective disturbance in rheumatoid arthritis: psychological and disease-related pathways. Nat Rev Rheumatol. 2016;12(9):532-42.
- Timmer A, Preiss JC, Motschall E, et al. Psychological interventions for treatment of inflammatory bowel disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. 201116;(2):CD006913.
- Tracey I, Mantyh PW. The cerebral signature for pain perception and its modulation. Neuron. 2007 Aug 2;55(3):377-91.
- Van Kleef M, Vanelderen P, Cohen SP, et al. 12. Pain originating from the lumbar facet joints. Pain Pract. Sep-Oct 2010;10(5):459-69.
- Villemure C, Bushnell MC. Cognitive modulation of pain: how do attention and emotion influence pain processing? Pain. 2002;95(3):195-200.
- Vincent HK, George SZ, Seay An, et al. Resistance exercise,disability, and pain catastrophizing in obese adults with back pain. Med Sci Sports Exerc. 2014;46:1693-701.
- Weingarten TN, Moeschler SM, Ptaszynski AE, et al. An assessment of the association between smoking status, pain intensity, and functional interference in patients with chronic pain. Pain Physician. 2008;11(5):643-53.
- Woolf CJ, Salter MW. Neuronal plasticity: increasing the gain in pain. Science. 2000;288(5472):1765-9.
- Zautra AJ, Smith BW. Impact of controlled-release oxycodone on efficacy beliefs and coping efforts among osteoarthritis patients with moderate to severe pain. Clin J Pain. 2005;21(6):471-7.
- Zhang L, Fu T, Yin R, et al. Prevalence of depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2017;14;17(1):70.