

EL DOLOR NEUROPÁTICO

EL ÁREA DEL DOLOR EN WWW.1ARIA.COM



Coordinadora: Dra. Cristina Iglesias Díaz

EL DOLOR NEUROPATICO

Actualizado Noviembre 2012

ENTENDIENDO EL CONCEPTO DE DOLOR NEUROPÁTICO

La **Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP)** define el **dolor neuropático** como “*dolor iniciado o causado por una lesión primaria, disfunción, o perturbación transitoria, del sistema nervioso periférico o central*”.

El dolor neuropático crónico es común en la práctica clínica y afecta notablemente la calidad de vida de los pacientes. Independiente de cualquier discusión científica acerca del dolor neuropático, es esencial que los médicos entiendan la percepción y los sentimientos que los pacientes tienen de este dolor, para realizar un diagnóstico y un plan terapéutico adecuado.

El **GOLD STANDARD** para el diagnóstico del dolor neuropático es el juicio clínico experimentado.

Aunque existen múltiples cuestionarios que ayudan al screening del dolor neuropático, el DN4 y LANSS son los únicos que están clínicamente aprobados y que incluyen entre sus ítems la exploración física, con lo que aumenta en gran medida su precisión en relación con otros cuestionarios.

TERMINOLOGÍA DE LOS SÍNTOMAS DEL DOLOR NEUROPÁTICO

Del estudio de las herramientas diagnósticas mencionadas, queda claro que los pacientes usan diferentes palabras para explicar los síntomas y que el médico se basa en estas descripciones para hacer el diagnóstico y plantear el tratamiento.

Es necesario que el equipo de salud se familiarice con la terminología especializada usada para describir estos síntomas:

- ✓ **Alodinia:** *sensación de dolor desencadenada por estímulos que normalmente no causan dolor, ejemplo: dolor después de una fricción suave (alodinia mecánica) o de la aplicación de un poco de calor o de frío (alodinia térmica).*
- ✓ **Disestesia:** *sensibilidad anormal, relatada como desagradable, pero no dolorosa.*
- ✓ **Hiperalgnesia:** *aumento de la sensibilidad dolorosa en respuesta a estímulos dolorosos.*
- ✓ **Hipoestesia/hiperestesia:** *sensibilidad disminuida/aumentada frente a estímulos táctiles.*
- ✓ **Parestesia:** *sensación de hormigueo, prurito o de adormecimiento. No es relatada como experiencia dolorosa.*

PALABRAS USADAS MÁS COMÚNMENTE, POR LOS PACIENTES, PARA DESCRIBIR LOS SÍNTOMAS DEL DOLOR NEUROPÁTICO

Lancinante, Pinchazo / Picada, Pulsante, Punzante, Lacerante, Hormigueo, Electrizzante, Alfileres y agujas, Penetrante, Caliente o quemante (ardor)

PUNTOS PARA RECORDAR

- ✓ El dolor neuropático es un fenómeno multidimensional que difiere del dolor nociceptivo en la intensidad, la localización, el patrón temporal y las características.
- ✓ Los pacientes describen los síntomas del dolor neuropático usando adjetivos similares, independiente de la causa del dolor (por ejemplo, quemante, lacerante, tirante).
- ✓ Los médicos diagnostican y tratan a sus pacientes basados en la terminología que ellos usan para describir.

CAUSAS DE DOLOR NEUROPÁTICO

COMPRESIÓN-ATRAPAMIENTO	Síndrome del túnel carpiano Otros síndromes de atrapamiento nervioso Radiculopatía crónica Estenosis espinal
TRAUMATISMOS	Lesiones por accidentes Cirugía Síndrome de dolor regional complejo Amputación (dolor del miembro fantasma) Lesión de la médula espinal
ONCOLÓGICA	Compresiva Infiltrativa Metastásica Paraneoplásica Yatrogénica
INFECCIÓN	Herpes zóster Mononucleosis infecciosa Síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida (SIDA) Tabes dorsal Difteria Lepra
ALTERACIONES METABÓLICAS	Diabetes mellitus Uremia Amiloidosis Hipotiroidismo Porfiria
TOXINAS	Fármacos Quimioterapia QTP (vincristina, cisplatino) Otros fármacos: nitrofurantoína, isoniacida, fenitoína, hidralacina, talidomida. Metales: arsénico, plomo, oro, mercurio. Sustancias orgánicas
DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	Neuropatía alcohólica Niacina Tiamina Piridoxina
ISQUEMIA - ENFERMEDAD VASCULAR	Ictus Lupus eritematoso sistémico Panarteritis nodosa
GENÉTICAS	Enfermedad de Fabry Neuropatías sensitivas hereditarias
AUTOINMUNE	Esclerosis múltiple Sarcoidosis
OTRAS	Síndrome de Guillain-Barre Siringomielia Crisis epilépticas PSD Polineuropatía crónica

MECANISMOS DEL DOLOR NEUROPÁTICO

ESTIMULACIÓN DIRECTA DE LAS NEURONAS SENSITIVAS DE DOLOR	Las neuronas sensitivas primarias que conducen las señales de dolor pueden activarse en respuesta a mecanismos de compresión o estiramiento
DESCARGA AUTOMÁTICA DE LOS NERVIOS LESIONADOS	Las fibras lesionadas pueden producir descargas espontáneamente en la zona de lesión → dolor continuo y quemante. Puede acompañarse de paroxismos de carácter lancinante, eléctrico o cortante.
ACTIVACIÓN DE LAS FIBRAS SENSITIVAS-A	Un estímulo de baja intensidad → las fibras sensitivas Aβ → liberación de la sustancia P en el asta dorsal medular → un estímulo noiceptivo.
DESAFERENCIACIÓN	La interrupción de la transmisión de sensaciones desde tejidos periféricos al tronco cerebral y al cerebro → irritabilidad y descarga de los nervios y vías por encima de la lesión (miembro fantasma).
DOLOR MEDIADO POR EL SIMPÁTICO	Cualquier estímulo doloroso puede inducir actividad autónoma al mismo nivel de dermatomo sensitivo de la médula, originando cambios locales en la temperatura y la circulación. Los axones lesionados y no lesionados → receptores adrenérgicos α y descargan en respuesta a la E y NE circulantes y liberadas de la MS o de terminaciones simpáticas PG. Los axones simpáticos → el ganglio dorsal de la raíz, y las catecolaminas liberadas → las fibras aferentes 1ª facilitando el dolor mantenido por el simpático
DÉFICIT DE LOS MECANISMOS INHIBITORIOS CENTRALES	Las fibras posteriores medulares ← sobre los aferentes del dolor de la vía lateral

EXPLORACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DEL DOLOR NEUROPÁTICO:

EXPLORACIÓN DE LA ALODINIA

TIPO DE EXPLORACIÓN	VALORACIÓN	RESPUESTA ESPERADA
Mecánica	Ligera presión manual sobre la piel	Dolor lento
Mecánica estática	Ligero pinchazo con objeto punzante	Dolor cortante superficial
Mecánica dinámica	Roce de la piel con un algodón	Dolor cortante, quemante, superficial
Térmica al calor	Tocar la piel con objetos a 40 °C	Sensación quemante dolorosa
Térmica al frío	Tocar la piel con objetos a 20 °C	Sensación quemante dolorosa

EXPLORACIÓN DE LA HIPERALGESIA

TIPO DE EXPLORACIÓN	VALORACIÓN	RESPUESTA ESPERADA
Mecánica estática	Ligero pinchazo con objeto punzante	Dolor lento superficial
Térmica al frío	Contacto de la piel con alcohol	Sensación quemante dolorosa
Térmica al calor	Tocar la piel con un objeto a 45°C	Sensación quemante dolorosa

TRATAMIENTO DEL DOLOR NEUROPÁTICO

El dolor neuropático está causado por una lesión o disfunción del sistema nervioso, es por tanto, una afección neurológica que aparece como consecuencia de alteraciones tanto del sistema nervioso periférico como central.

Los tipos de dolor neuropático más frecuente son la neuralgia del trigémino, la neuropatía diabética, y la posherpética.

NEURALGIA DEL TRIGÉMINO:

Hay pocos estudios sobre la eficacia de los diferentes tratamientos, y son a corto plazo.

El tratamiento de elección es **CARBAMAZEPINA**, fármaco de farmacocinética compleja y reacciones adversas graves, con un NNT de 1,9 para disminución del dolor y de 2,6 para dolor crónico. La eficacia disminuye con el paso del tiempo y requiere aumento de dosis o asociar nuevos fármacos.

Como alternativa tenemos **OXCARBAMAZEPINA**, pendientes de publicación parte de sus ensayos, o en pacientes refractarios **LAMOTRIGINA** o la **cirugía**.

NEUROPATÍA DIABÉTICA Y NEURALGIA POSHERPÉTICA

Hay que tener en cuenta que la mayor parte de los EC son a corto plazo (< 3meses), con un pequeño tamaño muestral, que una reducción del dolor del 30% se acepta como significativa, y un %importante de los pacientes no experimentan mejoría.

Los fármacos de **primera elección**:

Antidepresivos tricíclicos: **AMITRIPTILINA**, por razones de seguridad, eficacia, adecuación y coste, con un NNT frente a placebo en torno a 3. Es muy importante manejarla bien, con el fin de minimizar los efectos secundarios; empezar con dosis muy bajas y subir despacio durante 6-8 semanas, utilizar la dosis mínima eficaz, y la eficacia se evaluará tras al menos 2 semanas plenas de tratamiento

GABAPENTINA y PREGABALINA. No hay ensayos en que se comparen ambos fármacos; en una revisión sobre ambas, se concluye que el cociente B/R es similar en ambos, siendo la pregabalina de mayor precio; los valores de NNT para alivio del dolor con gabapentina frente a placebo oscilaron entre 3-4, con un mayor % de abandonos,

Los ISRN: DULOXETINA, sólo se ha evaluado frente a placebo en diabéticos con neuropatía, la dosis de 60mg/día fue más efectiva que placebo a corto plazo (12s) con un NNT en torno a 6 para una reducción del dolor del 50%.

Dentro de los tratamientos **de segunda y tercera línea**, encontramos la **LIDOCAÍNA** y la **CAPSAICINA** tópicas (en algunas situaciones), los **OPIOIDES MAYORES** y el **TRAMADOL**.

La selección del fármaco de primera elección en esta indicación es controvertida,

Actualmente **NO HAY EVIDENCIA PARA RECOMENDAR EL TRATAMIENTO COMBINADO** de entrada, y no debería usarse de forma rutinaria básicamente por motivos de seguridad (con el uso de más fármacos, más posibilidades de interacciones y reacciones adversas).

Tampoco hay evidencia para recomendar la terapia tópica con lidocaína o capsaicina más que como una alternativa cuando otras opciones no son eficaces, no son toleradas o están contraindicadas.

Controlar otros aspectos como las interacciones con otros tratamientos, la prevención, la dosis, y otros aspectos no farmacológicos como estado de Ánimo o el sueño o el empleo de fisioterapia, pueden ayudarnos a lograr mejor nuestros objetivos.

Tabla 1- DOSIS DE FÁRMACOS

FÁRMACO	DOSIS DE INICIO	DOSIS MÁXIMA
AMITRIPTILINA	10 mg/día	75 mg/día
PREGABALINA	150 mg/día (en 2 dosis)	600 mg/día (en 2 dosis)
DULOXETINA	60 mg/día	120 mg/día
TRAMADOL	50 – 100 mg/día	400 mg/día

Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra: "Dolor neuropático y tratamiento. Muchas preguntas en el aire"

TRATAMIENTO DEL DOLOR SEGÚN LA GUÍA NICE

PACIENTES CON NEUROPATÍA DIABÉTICA.

1. PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO:

DULOXETINA ORAL o Amitriptilina oral si duloxetina está contraindicada

Comenzar con una dosis baja e ir titulando con aumentos de la dosis hasta alcanza la dosis efectiva o la dosis máxima tolerada del paciente (Tabla 1).

Realizar una valoración clínica inicial y revisiones clínicas periódicas (ver anexos 1 y 2).

Si el control del dolor no es adecuado a las máximas dosis toleradas, pasamos a la segunda línea de tratamiento

2.- SEGUNDA LÍNEA DE TRATAMIENTO:

Añadir un tratamiento con otro medicamento en lugar de los anteriores o en combinación con el tratamiento de la primera línea después de una entrevista donde se informe al paciente (Tabla 1)

Si el tratamiento de primera línea era la **DULOXETINA**, cambiar a **amitriptilina o pregabalina o combinar con pregabalina**

Si el tratamiento de primera línea era la **AMITRIPTILINA**, **cambiar o combinar con pregabalina**

Realizar una valoración clínica inicial y revisiones clínicas periódicas (ver anexos 1 y 2). Si el control del dolor no es adecuado a las máximas dosis toleradas, pasamos a la tercera línea de tratamiento.

3.- TERCERA LÍNEA DE TRATAMIENTO

Remitir al paciente a una unidad específica-especialista en dolor

Mientras espera la valoración:

Considere la posibilidad de **TRAMADOL ORAL** en lugar de, o en combinación con tratamiento de segunda línea (tabla-1 dosis).

Considere la posibilidad de **LIDOCAÍNA TÓPICA** para el tratamiento del dolor localizado, para las personas que no pueden tomar medicación por vía oral debido a condiciones médicas y / o discapacidad.

4.- Otros tratamientos:

No iniciar el tratamiento con opioides (como la morfina o la oxicodona) **excepto TRAMADOL**, sin una evaluación en una Unidad específica o Servicio Especialista en dolor.

Otros tratamientos farmacológicos que se inician por una unidad de dolor ó anestesia, que comparta responsabilidades tras acuerdos con la atención primaria sobre todo a nivel de la gestión y vigilancia de los efectos adversos.

PACIENTES CON OTRAS CAUSAS DE DOLOR NEUROPÁTICO

1.- PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO:

AMITRIPTILINA ORAL O PREGABALINA. (Tabla-1 dosis)

Si hay un buen control del dolor con **amitriptilina pero no tolera sus efectos adversos**, considerar **IMIPRAMINA O NORTRIPTILINA** como alternativas.

Realizar una valoración clínica inicial y revisiones clínicas periódicas. Si hay buen control del dolor, continuar el tratamiento, considerar reducción gradual de la dosis con el tiempo si la mejoría se mantiene. Si el control del dolor no es adecuado a las máximas dosis toleradas, pasamos a la segunda línea de tratamiento.

2.- SEGUNDA LÍNEA DE TRATAMIENTO:

Ofrecer un tratamiento con otro medicamento en lugar de o en combinación con el medicamento de primera elección después de una entrevista donde se informe al paciente

Si el tratamiento de primera línea era la **AMITRIPTILINA** (imipramina o nortriptilina) **cambiar o combinar con pregabalina.**

Si el tratamiento de primera línea era la **PREGABALINA** **cambiar o combinar con amitriptilina** (imipramina o nortriptilina, si amitriptilina es eficaz pero no tolera efectos adversos de amitriptilina).

Realizar una valoración clínica inicial y revisiones clínicas periódicas. Si hay buen control del dolor, continuar el tratamiento, considerar reducción gradual de la dosis con el tiempo si la mejoría se mantiene. Si el control del dolor no es adecuado a las máximas dosis toleradas, pasamos a

3.- TERCERA LÍNEA DE TRATAMIENTO:

Remitir al paciente a una unidad específica-especialista en dolor

Mientras espera la valoración:

Considere la posibilidad de **TRAMADOL ORAL** en lugar de, o en combinación con tratamiento de segunda línea (tabla-1 dosis).

Considere la posibilidad de **LIDOCAÍNA TÓPICA** para el tratamiento del dolor localizado, para las personas que no pueden tomar medicación por vía oral debido a condiciones médicas y / o discapacidad.

Anexo 1- VALORACIÓN CLÍNICA INICIAL

Después de comenzar o cambiar un tratamiento, realizar una revisión clínica temprana de la titulación de la dosis vía oral, la tolerabilidad y los efectos adversos para evaluar la idoneidad del tratamiento elegido.

Anexo 2- REVISIONES CLÍNICAS PERIÓDICAS

Las revisiones periódicas para evaluar y monitorizar la eficacia del tratamiento escogido, deben incluir la valoración de:

- ✓ La reducción del dolor
- ✓ Efectos adversos
- ✓ La participación en las actividades diarias (como la capacidad de trabajo y para conducir)
- ✓ Estado de ánimo (depresión en particular, posibles y / o ansiedad)
- ✓ La calidad del sueño
- ✓ Mejoría general según lo informado por la persona

Valorar la **derivación del paciente a una unidad específica-especialista** en dolor en cualquier momento, incluido al inicio y en los exámenes clínicos periódicos, si:

- ✓ Tienen dolor severo
- ✓ El dolor limita significativamente la participación en las actividades diarias
- ✓ Su estado de salud subyacente se ha deteriorado

PRINCIPIOS CLAVE DEL CUIDADO-ATENCIÓN EN EL DOLOR NEUROPÁTICO-GUÍA NICE.

PREOCUPACIÓN Y EXPECTATIVAS SOBRE LOS TRATAMIENTOS

Los beneficios y los posibles efectos adversos de cada tratamiento:

¿Por qué se ofrece un tratamiento farmacológico particular?

Estrategias para afrontar el dolor y los posibles efectos adversos del tratamiento

La efectividad de los tratamientos no farmacológicos y / o la remisión a servicios de segundo nivel donde puedan disponer de servicios especializados, como por ejemplo, los tratamientos quirúrgicos y las terapias psicológicas.

AL SELECCIONAR LOS TRATAMIENTOS DEBEREMOS DE TENER EN CUENTA:

La fragilidad personal a efectos adversos por la presencia de patología concomitante.

Consideraciones de seguridad y contraindicaciones que se detallan en el resumen de las características del producto (SPC)

Preferencias de los pacientes y Estilo de vida.

Los problemas de salud mental (como la depresión y / o ansiedad)

Cualquier otra medicación que el paciente esté tomando

EXPLICAR

Tanto la importancia del ajuste de la dosis como del proceso de ajuste de la misma, proporcionar información por escrito si es posible.

AL RETIRAR O CAMBIAR EL TRATAMIENTO

Ajustar el régimen de retirada teniendo en cuenta la dosificación y cualquier síntoma de alarma en esta situación

CUANDO SE INTRODUCE UN NUEVO TRATAMIENTO

Considerar solapar (mezclar, uno en pauta ascendente y otro en pauta descendente) el tratamiento nuevo con el tratamiento antiguo para evitar el deterioro en el control del dolor.

SEGUIR LOS TRATAMIENTOS EXISTENTES

Para las personas cuyo dolor neuropático ya está controlado con eficacia

CONCLUSIONES

- ✓ Asegurar un diagnóstico y tratamiento adecuado es importante y requiere abordar primero los problemas del paciente de manera integral.
- ✓ Puede que el proceso subyacente de la enfermedad que está causando el dolor haya empeorado, pero también es igualmente probable que la absorción de la terapia anteriormente tolerable pueda haberse modificado, el paciente pudiera haberse vuelto tolerante a los efectos de las medicaciones, o el paciente puede estar experimentando una angustia personal importante que ha reducido su tolerancia al dolor.
- ✓ Para medicamentos con efectos secundarios potencialmente importantes, el tratamiento debe comenzar con una dosis baja y se va ajustando lentamente. Para medicamentos nuevos con menos efectos secundarios, se pueden iniciar las dosis a niveles terapéuticos.

- ✓ Lo que es más importante, la dosis debe seguir aumentándose hasta que haya un efecto beneficioso, hasta que el paciente tenga demasiados efectos secundarios, o hasta que el nivel usado supera el rango terapéutico alto, antes de decidir si el tratamiento está funcionando. Del mismo modo, se debería dar tiempo suficiente para determinar el éxito o el fracaso del tratamiento.
- ✓ Debido a que las medicinas de la misma clase pueden funcionar a través de diferentes mecanismos, todos los fármacos de una clase deben ser probados secuencialmente en pacientes con síntomas difíciles de controlar.
- ✓ Teniendo en cuenta el complejo conjunto de síntomas que participan en el dolor crónico, a menudo es necesaria la multimedicación. Si un medicamento funciona, es razonable tratar los efectos adversos asociados con dosis terapéuticas altas cuando sea necesario. En lo posible, los efectos secundarios deben preverse y manejarse agresivamente.
- ✓ Además de la utilización adecuada de la variedad de opciones de terapéuticas para el tratamiento del dolor neuropático, tal vez la más importante intervención clínica que los médicos podemos ofrecer a los pacientes con dolor neuropático es la empatía, la esperanza y el apoyo permanente. La importancia de esto nunca es exagerada.
- ✓ El dolor crónico inflige importantes cargas sensoriales y emocionales a nuestros pacientes y ambos deben ser tratados para garantizar el éxito de los resultados. La mayoría de los pacientes con dolor neuropático experimentan algunas mejoras cuando los médicos adoptan un enfoque holístico para el tratamiento.

Manejo farmacológico del dolor neuropático en adultos- guía Nice.

<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12948/47949/47949.pdf>

ANEXO I: CUESTIONARIOS PARA EL SCREENING DEL DOLOR NEUROPÁTICO

- ✓ CUESTIONARIO DN4
- ✓ ESCALA DE DOLOR DE LANSS
- ✓ CUESTIONARIO DE DOLOR DE McGUILL-VERSION CORTA

CUESTIONARIO DN4

Por favor complete este cuestionario marcando una respuesta para cada número en las 4 preguntas:

ENTREVISTA		
Pregunta 1: ¿Tiene el dolor una o más de las siguientes características?		
	SI	NO
1- Quemazón		
2- Frío doloroso		
3- Calambres eléctricos		
Pregunta 2: ¿Está asociado el dolor con uno o más de los siguientes síntomas en la misma zona?		
	SI	NO
4- Hormigueo		
5- Alfileres y agujas		
6- Entumecimiento		
7- Picazón		
EXAMEN FÍSICO		
Pregunta 3: ¿Está el dolor localizado en una zona donde el examen físico puede mostrar una o más de las siguientes características?		
	SÍ	NO
8- Hipoestesia al tacto		
9- Hipoestesia a pinchazos		
Pregunta 4: En la zona dolorosa, el dolor es causado o incrementado por:		
	SÍ	NO
10- Cepillado suave de la piel		
Por cada respuesta positiva asigne un punto, por cada respuesta negativa asigne un valor de 0 (cero). Sume los puntos; si es mayor o igual a 4 se considera que hay dolor neuropático.		
Puntuación del paciente: /10		

Bouhassira D et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). Pain 114(2005) 29-36. (Bajo copyright: "DN4 contact information and permission to use: MAPI Research Trust, Lyon, France. E-mail: PROinformation@mapi-trust.org - Internet: www.mapi-trust.org)

ESCALA DE DOLOR DE LANSS

La escala de dolor de LANSS (*Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs*) es una de las más recientes herramientas desarrolladas para evaluar el dolor neuropático. Se basa en el análisis de la descripción sensorial y la exploración de la disfunción sensorial en la cabecera del paciente, y facilita información inmediata en contextos clínicos

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 podrían 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:

El cuestionario LANSS parece ser adecuado para evaluar dolor neuropático en un rango de contextos clínicos que incluya poblaciones de dolor crónico y ha mostrado tener muy buena validez y fiabilidad; comprende la valoración de cinco síntomas, la determinación de la presencia de alodinia y un pin-prick test.

PUNTUACIÓN TOTAL: MÁXIMO 24

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

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

RESULTADOS > a mayor PUNTUACION > GRADO INCAPACIDAD

CUESTIONARIO DE DOLOR DE MCGUILL-VERSION CORTA

El Cuestionario del dolor de McGill evalúa aspectos cuantitativos y cualitativos del dolor, como son localización, cualidad, propiedades temporales e intensidad.

A- DESCRIBA SU DOLOR EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS (MARQUE SÓLO UNO)				
	Ninguno (0)	Leve (1)	Moderado(2)	Severo (3)
1.Pulsante	0	1	2	3
2.Punzante	0	1	2	3
3.Lancinante	0	1	2	3
4.Lacerante	0	1	2	3
5.Tipo cólico	0	1	2	3
6.Tirante	0	1	2	3
7.Caliente/quemante	0	1	2	3
8.Aguijoneante	0	1	2	3
9.Pesadez	0	1	2	3
10.Sensibilidad	0	1	2	3
11.Sensación de resquebrajamiento	0	1	2	3
12.Extenuante	0	1	2	3
13.Enfermante	0	1	2	3
14.Atemorizante	0	1	2	3
15.Cruel	0	1	2	3

B- MIDA SU DOLOR DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS	
<p>La siguiente línea representa el dolor, con una intensidad que va aumentando desde “ausencia de dolor”, hasta el “peor dolor posible”. Coloque una marca sobre la línea horizontal en donde mejor describa el dolor sufrido en los últimos 7 días</p>	
 <p style="text-align: center;">No dolor El peor dolor</p>	

C- INTENSIDAD ACTUAL DEL DOLOR	
Sin dolor	0
Leve	1
Incómodo	2
Estresante	3
Horrible	4
Insoportable	5

BIBLIOGRAFIA:

Manejo farmacológico del dolor neuropático en adultos- guía Nice.

<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12948/47949/47949.pdf>.

Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra: "Dolor neuropático y tratamiento. Muchas preguntas en el aire"

http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Documentacion+y+publicaciones/Publicaciones+tematicas/Medicamento/BIT/Vol+19/BIT+Vol+19+N+1.htm

Bouhassira D et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). Pain 114(2005) 29-36. (Bajo copyright: "DN4 contact information and permission to use: MAPI Research Trust, Lyon, France. E-mail: PROinformation@mapi-trust.org – Internet: www.mapi-trust.org)

Bennet, M. The LANSS Pain Scale: the Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs. Rev.Soc.Esp.Dolor, 2002, 9: 74-87.

Melzack, R., Katz, J. y Jeans, M.E. (1985).The role of compensation in chronic pain: Analysis using a new method of scoring the McGill Pain Questionnaire. Pain, 23, 101-112.