

Definición y Clasificación del dolor

FRANCISCO LÓPEZ TIMONEDA

Catedrático y Jefe de Servicio
Anestesiología-Reanimación y Clínica del Dolor
Hospital Clínico San Carlos.
Madrid

DEFINICIÓN DEL DOLOR

¿QUÉ ES EL DOLOR?

Durante siglos se ha fracasado a la hora de englobar en una sola definición, la enorme complejidad y multitud de aspectos y variantes que presenta el dolor; todos sabemos perfectamente a qué nos referimos cuando hablamos de qué es el dolor y sin embargo no significa lo mismo para ninguno de nosotros.

Se han propuesto gran número de definiciones del dolor lo cual refleja la enorme dificultad para encontrar una definición exacta.

El término dolor es definido en la última Edición (2.^a) del Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española, basado en su etimología latina (dolor-oris) como: «aquella sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior» y también como «un sentimiento, pena o congoja que se padece en el ánimo».

En la antigüedad clásica, el concepto de dolor expresaba sobre todo el de una alteración en el equilibrio entre los diferentes humores que constituían el organismo, si bien quedaba mejor caracterizado como un substrato de alerta o de defensa que como elemento negativo per se.

Melzack y Cassey, definen el dolor como una experiencia perceptiva tridimensional con una vertiente sensorial (discriminativa), una vertiente afectiva (motivacional) y una vertiente cognitiva (evaluativa).

La definición más aceptada actualmente, es la de la Asociación Mundial para el Estudio del Dolor (IASP): «es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño».

El dolor se produce cuando llegan a distintas áreas corticales del SNC un número de estímulos suficientes a través de un sistema aferente normalmente inactivo, produciéndose no sólo una respuesta refleja, ni sólo una sensación desagradable, sino una respuesta emocional con varios componentes:

— Componente sensorial-discriminativo: hace referencia a cualidades estrictamente sensoriales del dolor, tales como su localización, calidad, intensidad y sus características temporo-espaciales.

— Componente cognitivo-evaluativo: analiza e interpreta el dolor en función de lo que se está sintiendo y lo que puede ocurrir.

Componente afectivo-emocional: por el que la sensación dolorosa se acompaña de ansiedad, depresión, temor, angustia etc.. Respuestas en relación con experiencias dolorosas previas, a la personalidad del individuo y con factores socio-culturales.

TERMINOLOGÍA

Se describe los términos y definiciones estándar para los profesionales que se dedican al dolor, recomendados por el Subcomité de Taxonomía de la IASP:

— Alodinia: Dolor provocado por un estímulo que, en condiciones normales, no lo provoca.

— Analgesia: Ausencia de dolor ante un estímulo normalmente doloroso.

— Anestesia dolorosa: Percepción de dolor en un área anestésica o insensible*.

— Artralgia: Dolor referido a una articulación.

— Causalgia: Síndrome caracterizado por dolor quemante, alodinia e hiperpatía, secundario a una lesión nerviosa traumática.

— Dermatoma: Segmento sensorial cutáneo correspondiente a una médula nerviosa.

— Disestesia: Sensación desagradable, espontánea o evocada.

— Dolor por desaferentación: Secundario a la pérdida de estimulación sensorial del Sistema Nervioso Central (SNC) desde el Sistema Nervioso Periférico.

— Dolor central: Asociado con lesiones del SNC.

— Dolor fisiológico: En el que hay una relación entre el estímulo y la respuesta.

— Dolor patológico. Respuestas anormales a la estimulación dolorosa.

— Estímulo doloroso: Estímulo que produce daño en un tejido normal.

— Hiperalgesia: Respuesta exagerada a un estímulo doloroso.

— Hiperestesia: Sensibilidad aumentada al estímulo sensorial. Hiperpatía: Síndrome doloroso caracterizado por respuesta aumentada ante un estímulo, especialmente repetitivo.

- Hipoalgesia: Sensibilidad disminuída al estímulo nociceptivo.
- Hipoestesia: Sensibilidad disminuída a la estimulación sensorial.
- Neuralgia: Dolor en la zona de distribución de uno o varios nervios.
- Neuritis: Inflamación de uno o varios nervios.
- Neuropatía: Alteración patológica de un nervio (mononeuropatía, neuropatía múltiple, polineuropatía).
 - Nociceptor: Receptor sensible a un estímulo nociceptivo o a un estímulo que se volverá nociceptivo si persiste.
 - Parestesia: Sensación anormal de tipo «calambre» u «hormigueo» espontánea o evocada. Umbral doloroso: La mínima sensación dolorosa que una persona puede reconocer.

CLASIFICACIÓN DEL DOLOR

Han sido muchos los intentos de clasificar los diferentes tipo de dolor, proponiéndose clasificaciones basadas en la etiología, expectativa de vida, según la región afectada, la intensidad, y el tiempo de duración entre otras.

Clasificación etiológica. El Subcomité de Taxonomía de la IASP ha dado la siguiente clasificación:

- Dolor genético o congénito.
- Dolor postraumático, postquirúrgico, quemado.
- Dolor infeccioso, parasitario.
- Dolor inflamatorio, inmune.
- Dolor por cáncer.
- Dolor tóxico, metabólico.
- Dolor degenerativo, mecánico.
- Dolor disfuncional.
- Dolor de origen desconocido.
- Dolor psicológico.

Clasificación según la expectativa de vida, donde existen básicamente dos tipos de dolor:

- El maligno, que es el producido a consecuencia del cáncer o del Sida.
- El benigno, mal denominado, ya que no puede considerarse como tal a ningún tipo de dolor y que estaría representado por aquellos procesos que no comprometen la supervivencia del individuo.

Clasificación según la región afectada. Según el Subcomité de Taxonomía de la IASP se puede distinguir:

- Dolor de cabeza, cara y boca.
- Dolor de la región cervical.
- Dolor de la parte superior de la espalda y miembros superiores.
- Dolor de la región torácica.

- Dolor abdominal.
- Dolor bajo de espalda, columna lumbar, sacro y coccígeo.
- Dolor de miembros inferiores.
- Dolor pélvico.
- Dolor anal, perianal y genital.
- Dolor que afecta a más de tres regiones.

Clasificación según las características temporales del dolor. Se puede clasificar en episodios simples, dolor continuo, dolor recurrente o dolor paroxístico. O bien, en dolor Agudo y Crónico, que desde el punto de vista práctico utilizamos con mayor frecuencia por las grandes diferencias que existen entre uno y otro, en cuanto a la modulación central del dolor, la repercusión sobre el individuo y el enfoque terapéutico.

TIPOS DE DOLOR

DOLOR AGUDO

Es la señal de alarma del organismo agredido y una vez ha cumplido su misión se transforma en algo inútil y destructivo, si no es aliviado.

El dolor no guarda ninguna relación cuantitativa con la lesión tisular que lo provoca, pero alerta al paciente cuando su tolerancia al dolor ha sido alcanzada, induciéndole a solicitar ayuda médica, sirviendo al médico como orientación diagnóstica y terapéutica.

El dolor agudo produce una serie de efectos indeseables, como consecuencia de la llegada del estímulo doloroso a distintos niveles del SNC. Su duración es corta, bien localizado, se acompaña de ansiedad y de signos físicos autonómicos (taquicardia, hipertensión, taquipnea, íleo, náuseas, vómitos, sudoración, palidez, entre otros).

Puede ser superficial (piel y mucosas), profundo (músculos, huesos, articulaciones, ligamentos) y visceral.

El dolor superficial y profundo es transmitido por nervios somáticos (fibras A delta y C), mientras que el visceral lo es por fibras A delta y C que acompañan a las vías simpáticas, parasimpáticas y nervio frénico.

Según su etiología, el dolor agudo puede ser: Médico, Postquirúrgico o Postraumático y Obstétrico.

DOLOR CRÓNICO BENIGNO

Se acepta que el dolor crónico es aquel que persiste mucho más que el tiempo normal de curación previsto, no habiéndose resuelto con los tratamientos efectuados cuando se tiene una expectativa de que éste ocurra. También se

define como el dolor que dura más de 3 a 6 meses, aún habiéndose realizado los tratamientos adecuados. Cuando el dolor crónico no está asociado con el cáncer o SIDA se denomina Dolor Crónico Benigno. No responde al tratamiento de una causa específica y no hay signos de actividad del Sistema Nervioso Autónomo. Se asocia con cambios de la personalidad y depresión (tristeza, pérdida de peso, insomnio, desesperanza), convirtiéndose el dolor —no ya en un síntoma como en el caso del dolor agudo— sino en una enfermedad. En la mayoría de los casos se requiere un enfoque terapéutico pluridisciplinar.

DOLOR CRÓNICO MALIGNO

El dolor producido en el paciente oncológico constituye una verdadera urgencia que debe tratarse de inmediato y en el que están representados todos los tipos de dolor posibles. Puede ser un dolor continuo y constante, si bien no es infrecuente que aparezcan períodos de agudización en relación con la expansión del proceso tumoral. El dolor puede estar causado por múltiples mecanismos: relacionado con el propio tumor y sus metástasis, relacionado con los tratamientos efectuados o sin relación con la enfermedad de base o su terapéutica. Entre los síndromes dolorosos más frecuentes en pacientes oncológicos están: el dolor por invasión ósea (como lesión primitiva o metastásica), dolor neuropático (por compresión nerviosa) y dolor visceral.

El dolor del cáncer estará además agravado por una serie de factores como: insomnio, fatiga, anorexia, miedo a la muerte, rabia, tristeza, depresión, aislamiento.

DOLOR SOMÁTICO

Es un dolor que procede de estímulos somáticos superficiales o profundos que resulta de activación de nociceptores y es transmitido por los nervios somáticos.

DOLOR VISCERAL

El dolor visceral es un dolor sordo, difuso y mal localizado, cuyo punto de partida son las vísceras huecas o parenquimatosas. Generalmente, es referido a un área de la superficie corporal, siendo acompañado frecuentemente por una intensa respuesta refleja motora y autónoma.

A nivel visceral, los estímulos que producen dolor son: espasmo del músculo liso (vísceras huecas), distensión, isquemia, inflamación, estímulos químicos y tracción, compresión o estiramientos de los mesos.

DOLOR POR DESAFERENTACIÓN

Es el único dolor que no es producido por la estimulación de nociceptores periféricos y que puede resultar de una lesión del Sistema Nervioso Periférico o de lesiones en el propio SNC. El dolor por desafrentación posee unas características diferenciales con respecto al dolor somático que podemos resumir como sigue: no aparece como respuesta a estimulación de nociceptores periféricos; es un dolor que se percibe en forma de hiperalgesia, hiperestesia, disestesia, alodinia; en un alto porcentaje de casos, el dolor no coincide con la lesión neurológica siendo frecuente el retraso en el tiempo entre el daño neurológico y el inicio del dolor (semanas, meses e incluso años); en la mayoría de los casos está mal localizado y su alivio con analgésicos opiáceos es sólo parcial y deficiente, incluso nulo, aunque puede ser aliviado con tiopental intravenoso y psicofármacos. La severidad y el carácter crónico de este dolor no se relaciona directamente con una etiología específica.

DOLOR PSICÓGENO

El dolor psicógeno es un dolor no orgánico, que surge como consecuencia de padecimientos de origen psíquico. Entre ellos, puede incluirse los que aparecen en las neurosis (histeria, estados obsesivos compulsivos, estado de ansiedad e hipocondriasis) y en la psicosis (esquizofrenia en forma de alucinaciones y especialmente en los trastornos afectivos en forma de equivalentes).

No hay que olvidar que el dolor psicógeno forma parte de los síndromes dolorosos crónicos, que es real y que precisa de un tratamiento específico por el psiquiatra.

BIBLIOGRAFÍA

1. ANAND, K. J. S. y CRAIG, K. D.: «New perspectives on the definition of pain», *Pain*, 1996, 67: 3-6.
2. ARNER, S. y MEYERSON, B. A.: «Lack of analgesic effect of opioids on neuropathic and idiopathic forms of pain», *Pain*, 1988, 33: 11-23.
3. IASP: «Subcommittee on Taxonomy. Pain terms: a list with definitions and notes on usage», *Pain*, 1979, 6: 249-252.
4. MERSKEY, H.: «Some features of the history of the idea of pain», *Pain*, 1980, 9: 3-8.
5. MERSKEY, H. (ed.): «Classification of chronic pain. Description of chronic pain syndromes and definitions of pain terms», *Pain*, 3 (suppl.), 1986, S195-S199.
6. MERSKEY, H.: «The definition of pain», *Eur J Psychiatry*, 1991, 6: 153-159.
7. MERSKEY, H. y BOGDUK, N.: *Classification of chronic Pain: Description of chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms*, IASP Press, Settle, 1994.

8. STANTON-HICKS, M.; JANIG, W. y HASSENBUSCH, S. *et al.*: «Reflex sympathetic dystrophy: changing concepts and taxonomy», *Pain*, 1995, 63: 127-133.
9. VON KORFF, M.; ORMEL, J.; KEEFE, F. J. y DWORKIN, S. F.: «Grading the severity of chronic pain», *Pain*, 1992, 50: 133-149.
10. WADELL, G. y MAIN, C. J.: «Assesment of severity in low-back disorders», *Spine*, 1989, 9: 41-53.
11. WOOLF, C. J.: «Somatic pain, pathogenesis and prevention», *Br. J. Anaesth*, 1995, 75: 169-176.
12. WOODFORDE, J. M. y MERSKEY, H.: «Personality traits of patients with chronic pain», *Journal of Psychosomatic Research*, 1972, 16: 167-172.