



gta

XXIV Congreso de Especialidades Veterinarias
ZARAGOZA - 25-26 abril 2025

CUALIFICACIÓN Y CUANTIFICACION DEL DOLOR. No todo es igual

Miguel Angel Cabezas Salamanca

La International Association of the study of Pain (IASP) define dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial (IASP 2020).

En el caso del dolor crónico, este ya ha pasado de ser un síntoma a ser una enfermedad en si misma, afectando al paciente en todos sus aspectos, tanto fisiológico como emocional.

Así, como en cualquier otra enfermedad, determinar las características clínicas de la misma y el efecto individual sobre el paciente va a determinar el tratamiento más indicado. Esta individualización del dolor, la determinación de “¿cómo duele?”, va a determinar los analgésicos más específicos en cada paciente y es lo que conocemos como cualificación del dolor. Por otro lado, para poder evaluar la eficacia de un tratamiento concreto, necesitamos poder evaluar de forma objetiva “cuanto duele” y poder determinar así la eficacia de los fármacos administrados (cuantificación del dolor). Esta cualificación y cuantificación deben suplir la limitación de comunicación directa con el paciente que tenemos en el ámbito veterinario.

El dolor crónico aparece asociado a muchas de las patologías crónicas: artrosis, cáncer, lesiones de columna, lesiones viscerales, etc. Cada una de estas patologías y cuadros nociceptivos tienen características individuales por la enfermedad y asociadas a cada paciente. Los cuadros álgidos más frecuentes en nuestros pacientes son: dolor por enfermedad degenerativa articular (EDA), dolor oncológico, dolor neuropático, dolor miofascial y dolor visceral. En cada uno de estos cuadros, las características fisiopatológicas del dolor, aun siguiendo ciertas características comunes, aparecen grandes individualidades respecto a ciertas características en cuanto a la fisiopatología y respecto a la experiencia individual del paciente frente al cuadro concreto. De igual manera, a lo largo del tratamiento, estas características (dolor inflamatorio versus dolor neuropático, por ejemplo), que en definitiva va a determinar el tratamiento farmacológico va a modificarse en función del tratamiento pautado y la evolución natural del paciente.

CUALIFICACIÓN DEL DOLOR

Ya por definición, el dolor es una sensación individual. En el caso del dolor articular, si esta individualidad la sumamos a las diferentes estructuras afectadas en el curso de la EDA, nos encontramos ante la necesidad de intentar centrar el diagnóstico ya no solo de la enfermedad como tal, que en la mayoría de los casos lo podemos hacer mediante técnicas de imagen, sino también en el tipo de dolor que padece ese paciente concreto en ese momento concreto. Esta cualificación del dolor nos permitirá adecuar el tratamiento farmacológico y no farmacológico a cada paciente y cada momento en la evolución de la enfermedad.

Es importante destacar que, en el paciente con EDA, el dolor tiene diferentes localizaciones y componentes, por lo que conviene concretarlos para poder tener la mejor



gta

XXIV Congreso de Especialidades Veterinarias
ZARAGOZA - 25-26 abril 2025

respuesta de los analgésicos prescritos. Además, en evolución, el tipo de dolor predominante puede modificarse, pudiendo ser una explicación frecuente en casos de pérdida de eficacia durante el tratamiento. Los tres componentes principales son¹:

- Dolor articular. Fácilmente localizable a la exploración y con características relacionadas con la inflamación. En los cuadros agudos o de dolor irruptivo, aparece tanto en reposo como en movimiento, mientras que, en casos más crónicos, se presenta como un dolor más sordo en reposo pero que empeora en la movilización de la articulación.
- Dolor propio del hueso (perióstico). La localización es más difusa, no siendo tan sencillo determinarlo en la exploración, aunque en la presión del hueso suele empeorar y reagudizarse, sobre todo en la movilización de la articulación. En casos de afectación tumoral, suele aparecer tanto en reposo como en la movilización, con episodios de dolor irruptivo (reagudización y aumento de intensidad en un cuadro de dolor crónico).
- Dolor muscular (miofascial). En vientre muscular es la parte con menos nociceptores, siendo estos mucho más numerosos en fascias, ligamentos y tendones, sobre todo en la zona de inserción al periostio. Difícil de localizar, aunque aparecen bandas de mayor densidad en la exploración de los paquetes musculares y puntos de mayor intensidad nociceptiva a la presión (puntos gatillo).

CUANTIFICACIÓN

Determinar “cuanto” el duele al paciente en el momento concreto que queremos evaluar puede ayudarnos a determinar la eficacia del tratamiento que hemos pautado.

Partiendo de que actualmente ninguna de las herramientas de las que disponemos ha demostrado ser la definitiva en cuanto a la posibilidad de cuantificar el dolor, las escalas son una de las herramientas más contrastadas de las que disponemos. Estas escalas están enfocadas en un mismo fin: hacer una estimación lo más objetiva posible de una situación sensitiva y emocional individual del paciente, para que diferentes observadores puedan identificar una situación parecida respecto a él.

Debido a esta dificultad, se presenta necesario estandarizar las pruebas y trabajar con aquellas que demuestren su utilidad y hayan sido validas al respecto. Esta validación busca eliminar lo máximo posible los puntos críticos de subjetividad en la evaluación, intentando unificar criterios de diferentes observadores, haciendo más homogénea la interpretación de los resultados. Aun así, siguen presentándose como métodos “estáticos” ya que dicha validación se hace respecto a ese instrumento concreto, específico para una especie y situación de dolor, con unos parámetros determinados y con una pauta de un analgésico concreto por una vía determinada (es la forma en la que poder validar si es capaz de detectar variaciones al administrar un tratamiento) por lo que cuando usamos esa misma herramienta fuera de esos requisitos, los resultados deberíamos tomarlos con cautela³. La gran utilidad de las escalas, más allá de un diagnóstico y valoración inicial, es la capacidad de poder valorar la evolución del paciente una vez instaurado el tratamiento.

- Modificaciones biológicas asociadas al dolor

Son bien conocidas las respuestas fisiológicas en el organismo frente al dolor agudo, y se han establecido diferentes métodos para evaluarlas basado generalmente en la activación simpática



gta

XXIV Congreso de Especialidades Veterinarias
ZARAGOZA - 25-26 abril 2025

del paciente (aumento de frecuencia respiratoria, cardíaca, variabilidad de la amplitud R-R, diámetro de la pupila, etc.), sin encontrarse una buena correlación en el caso del dolor crónico.

- Escalas simples o unidimensionales

Muy utilizadas en medicina human, son las más sencillas en cuanto a su uso, siendo fácilmente entendible por el propietario. Miden únicamente una dimensión del dolor, su intensidad. En nuestros pacientes presenta una importante limitación y es que no es el paciente quien establece esa intensidad, sino que es necesaria la interpretación de su situación nociceptiva por otro sujeto (clínico o propietario) aumentando así la subjetividad. Quizás la más interesante de estas y que podemos aplicar con cierta consistencia es la *Escala analógica visual interactiva (EVAi)*, o *DIVAS* como siglas en inglés de *Dynamic and Interactive Visual Analogue Scale*. Dentro de las simples puede ser quizás la más interesante en nuestro caso, ya que se corresponde con una VAS, que se inicia con la observación del paciente y tras realizar la exploración es cuando se realiza la valoración².

- Escalas complejas o multidimensionales

En un intento de disminuir las limitaciones de las escalas simples, se establecieron una serie muy utilizadas en medicina humana en las que se incluyen diferentes dimensiones del dolor que padece el paciente dándole características sensoriales, emocionales, afectivas, de localización, intensidad, etc. Nuestra limitación en este uso sigue siendo el mismo, la imposibilidad de evaluación directa y comunicación con el paciente, por lo que la subjetividad sigue presente.

En veterinaria encontramos dos grandes grupos en estas escalas, con diferenciación basada principalmente en la clasificación temporal del dolor: agudo y crónico.

Respecto a las de dolor crónico, la mayoría están relacionadas con patologías concretas, principalmente para pacientes con osteoartrosis, aunque actualmente también se han publicado para dolor oncológico. En la mayoría de ellas se establece también una serie de preguntas enfocadas a características más individuales del paciente respecto a su experiencia dolorosa y en como esta afecta a su calidad de vida, siendo este realmente el punto más importante al respecto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cabezas Salamanca MA. Fisiopatología del dolor. En: Manejo Práctico del dolor en pequeños animales. 2023, 2ª edición. Ed Multimédica
2. Martín Jurado O, Benito de la Víbora J, Cabezas Salamanca MA. Diagnóstico y valoración del dolor. Cap 3; Manejo Práctico del dolor en pequeños animales. 2023, 2ª edición. Ed Multimédica
3. Lascelles, B. D. X., Brown, D. C., Conzemius, M. G., Gill, M., Oshinsky, M. L., & Sharkey, M. (2019). Measurement of chronic pain in companion animals: Discussions from the Pain in Animals Workshop (PAW) 2017. *Veterinary Journal*, 250, 71–78