

Guía básica del dolor: definición, tipos y evaluación para estudiantes de farmacia

1. 🧠 ¿QUÉ ES EL DOLOR? (según la IASP y la OMS)

El dolor es **mucho más que una molestia física**. Es una experiencia subjetiva, compleja y profundamente humana que se ha redefinido para comprenderla desde múltiples dimensiones.

1.1 📖 Definición oficial de la IASP (2020):

“El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la que se asocia con daño tisular real o potencial.”

Esta definición, actualizada por la **Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP)**, tiene tres claves fundamentales:

1. 🔍 **No se limita a lesiones visibles.**
Puede haber dolor **sin daño aparente**, como en el dolor neuropático o el dolor crónico.
2. 🧠 **Incluye componentes emocionales y cognitivos.**
El dolor se ve influido por cómo nos sentimos, qué pensamos, nuestro entorno y cultura.
3. 👤 **Es subjetivo y único en cada persona.**
Una misma lesión puede ser vivida con diferentes niveles de dolor por distintos pacientes.

1.2 📖 ¿Cuál es la diferencia entre dolor y nocicepción?

- **Nocicepción:** proceso neurológico de detección de estímulos dañinos (pinchazo, calor, corte). No implica consciencia ni emoción.
- **Dolor:** interpretación consciente de esa señal, con componentes **sensoriales, emocionales y evaluativos**.

🔍 Por eso un paciente puede tener **nocicepción sin dolor** (como bajo anestesia), o **dolor sin nocicepción** (como en algunos dolores crónicos).

1.3 ⚠ El dolor también puede ser una enfermedad.

Cuando el dolor **persiste más de 3–6 meses** y ya no cumple su función protectora, se convierte en una **enfermedad en sí misma**: el **dolor crónico**.

🎯 Afecta a:

- La calidad de vida.
- El estado emocional.
- El sueño, la movilidad, la vida social y laboral.

Por eso, **la OMS lo reconoce en la CIE-11 como un diagnóstico clínico independiente**.

2. 🧩 CLASIFICACIÓN DEL DOLOR (IASP y CIE-11)

El dolor se puede clasificar de distintas formas según su **duración, origen, mecanismo fisiopatológico o impacto clínico**. La clasificación que propone la **OMS (Organización Mundial de la Salud)** en la **CIE-11** y que adopta también la **IASP**, ayuda a los profesionales sanitarios a entender mejor el tipo de dolor que sufre el paciente y a elegir el tratamiento más adecuado.

🕒 2.1. Según la duración del dolor:

🟡 Dolor agudo

- Tiene una **causa identificable** (como una herida, cirugía, infección).
- Su duración es limitada: **desaparece cuando se resuelve la causa**.
- Funciona como **mecanismo de defensa o alerta** del organismo.

🖋 Ejemplos:

- Dolor postoperatorio.
- Dolor por esguince.
- Dolor dental agudo.

Dolor crónico.

- **Dura más de 3 meses o persiste más allá del tiempo habitual de curación.**
- Puede tener o no una causa conocida.
- **Se considera una enfermedad en sí misma.**

Impacta en:

- El estado de ánimo.
- La funcionalidad física.
- El sueño.
- La vida social.

Ejemplos:

- Lumbalgia crónica.
- Fibromialgia.
- Dolor oncológico persistente.

2.2. Según el mecanismo fisiopatológico:

Dolor nociceptivo.

Ocurre cuando los nociceptores (receptores del dolor) detectan un estímulo dañino y lo envían al sistema nervioso.

- **Somático superficial:** piel y mucosas → dolor localizado, punzante.
- **Somático profundo:** músculos, huesos, articulaciones → dolor más difuso.
- **Visceral:** órganos internos (intestino, vejiga...) → dolor profundo, mal localizado, puede acompañarse de náuseas o sudoración.

 Ejemplos: artritis, esguinces, apendicitis.

Dolor neuropático.

Causado por una **lesión o enfermedad del sistema nervioso central o periférico**.

 No es por daño físico directo, sino por **disfunción nerviosa**.

 Características:

- Quemazón.
- Hormigueo.
- Descargas eléctricas.
- Hiperestesia (todo duele más de lo normal).
- Alodinia (duele algo que normalmente no duele, como el roce de la ropa).

 Ejemplos:

- Neuralgia postherpética.
- Neuropatía diabética.
- Dolor tras una cirugía con daño nervioso.

Dolor mixto.

Combina componentes **nociceptivos y neuropáticos**.

Es muy común en dolor crónico.

 Ejemplo: un paciente con artrosis puede tener inflamación (nociceptivo) y, con el tiempo, afectación de nervios (neuropático).

Otros tipos reconocidos:

- **Psicógeno:** influido predominantemente por factores psicológicos.
- **Idiopático o de causa desconocida:** sin origen claro, pero con dolor persistente real.



2.3. Clasificación clínica del dolor crónico (CIE-11 - OMS)

La **CIE-11** es la Clasificación Internacional de Enfermedades que utiliza la **OMS** para definir oficialmente diagnósticos en todo el mundo.

Y algo muy importante es que en esta última versión **se incluye por primera vez el dolor crónico como una enfermedad** con entidad propia, no sólo como un síntoma.



¿Por qué es tan importante esto?

Porque muchas personas con dolor crónico **no tienen una lesión evidente**, pero sufren a diario. Que el dolor esté reconocido como diagnóstico clínico significa que se puede **evaluar, tratar y registrar de manera adecuada**.

La CIE-11 propone **7 grandes categorías clínicas de dolor crónico**, que te explico aquí con ejemplos claros para que sea fácil de entender (y de recordar si estás estudiando):

1.  **Dolor crónico primario** → sin causa identificable, afecta emocional y funcionalmente (ej: fibromialgia, dolor crónico generalizado).
2.  **Dolor crónico oncológico** → asociado a cáncer o su tratamiento.
3.  **Dolor crónico postquirúrgico o postraumático** → dura más allá del periodo de curación esperada.
4.  **Dolor neuropático crónico** → por lesiones nerviosas.
5.  **Dolor orofacial y cefalea crónica** → migrañas, neuralgias craneales.
6.  **Dolor visceral crónico** → en órganos internos (colon irritable, cistitis intersticial).
7.  **Dolor musculoesquelético crónico** → artrosis, lumbalgia, cervicalgia persistente.

3. EVALUACIÓN DEL DOLOR – ESCALAS Y HERRAMIENTAS CLÍNICAS

Dado que el dolor es **subjetivo** (cada persona lo experimenta de forma diferente), los profesionales sanitarios necesitan **herramientas objetivas** para cuantificarlo y tomar decisiones clínicas adecuadas.

Estas herramientas nos permiten:

-  Evaluar la intensidad del dolor.
-  Guiar la elección del tratamiento.
-  Hacer seguimiento y ajustar la terapia según evolución.

3.1 Escala Numérica (EN)

- Se le pregunta al paciente: “De 0 a 10, ¿cuánto te duele ahora?”.
- 0 = Sin dolor.
- 10 = El peor dolor imaginable.

 Es rápida, fácil y muy útil en **urgencias, consultas médicas y farmacia**.

3.2 Escala Visual Analógica (EVA)

- Es una **línea de 10 cm sin marcas**, donde:
 - Izquierda: 0 = Sin dolor.
 - Derecha: 10 = Dolor insoportable.

El paciente marca un punto según su percepción.

 Muy usada en investigación clínica y unidades del dolor.

3.3 Escala Verbal Simple (EVS)

- Se ofrece al paciente una lista de palabras:
 - Sin dolor.
 - Dolor leve.
 - Dolor moderado.
 - Dolor intenso.
 - Dolor insoportable.

 Útil en personas mayores, con dificultades cognitivas o cuando hay barreras idiomáticas.

😊 3.4 Escala de Caritas – Wong-Baker FACES

Es una herramienta visual diseñada para evaluar el dolor en personas que tienen dificultades para expresarlo verbalmente, como niños o pacientes con barreras idiomáticas o cognitivas.

👤 Se muestran **6 caritas** con expresiones que representan distintos niveles de dolor, y el paciente elige la que mejor representa cómo se siente.

Las caritas son:

1. 😊 **Cara muy feliz → Sin dolor (0)**
2. 😊 **Cara sonriente leve → Dolor leve (2)**
3. 😐 **Cara seria/neutra → Dolor molesto (4)**
4. 😞 **Cara preocupada → Dolor moderado (6)**
5. 😭 **Cara llorando → Dolor intenso (8)**
6. 😱 **Cara con llanto fuerte → Dolor insoportable (10)**

📌 Esta escala es muy útil porque permite adaptar la comunicación del dolor a personas no verbales o con dificultades de expresión. También es sencilla de interpretar y aplicar en mostrador si atendemos a niños o personas mayores.

El paciente elige la cara que representa cómo se siente.

✅ Ideal para:

- 👦 Niños.
- 🧠 Pacientes con deterioro cognitivo.
- 🌐 Personas que no hablan el idioma.

📌 Interpretación general del resultado:

- **Dolor leve** → 1 a 3.
- **Dolor moderado** → 4 a 6.
- **Dolor intenso** → 7 a 10.

Esta categorización nos sirve para ubicar al paciente en la **escalera analgésica de la OMS**, que veremos a continuación.

4. ESCALERA ANALGÉSICA DE LA OMS

La **Escalera Analgésica** fue creada en 1986 por la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** para tratar el **dolor oncológico**, pero hoy en día se utiliza en muchos contextos clínicos: dolor postoperatorio, traumatismos, dolor crónico no oncológico, etc.

¿Qué propone esta escalera?

Un enfoque progresivo: **empezar con lo más suave y subir de nivel si el dolor no se controla**, combinando fármacos si es necesario.

4.1. ¿Cómo se estructura esta escalera?

Consta de **3 escalones**, según la **intensidad del dolor**:

Escalón 1 – Dolor leve (EVA 1–3)

- ♦ Se utilizan **analgésicos no opioides**, solos o combinados.

Fármacos frecuentes:

-  **Paracetamol**: analgésico y antipirético.
-  **AINes**: ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco, dexketoprofeno, ácido acetilsalicílico.
-  **Metamizol**: muy eficaz en dolor visceral o fiebre alta.

Objetivo:

Controlar el dolor sin necesidad de opioides.

💡 Si no mejora → pasar al escalón 2.

Escalón 2 – Dolor moderado (EVA 4–6)

- ♦ Se añaden **opioides débiles**, solos o en combinación con los del escalón 1.

Fármacos frecuentes:

-  **Tramadol**.
-  **Codeína**.

-  **Paracetamol + codeína / tramadol.**

Precaución:

- Riesgo de efectos adversos: náuseas, somnolencia, estreñimiento
- Deben utilizarse bajo **valoración médica**

Escalón 3 – Dolor intenso (EVA 7–10)

- ♦ Se usan **opioides potentes**, con o sin coadyuvantes.

Fármacos frecuentes:

-  Morfina.
-  Fentanilo.
-  Oxycodona.

Condiciones de uso:

- Siempre bajo **supervisión médica.**
- Evaluación continua de eficacia y efectos adversos.
- Riesgo de dependencia y depresión respiratoria.

¿Por qué es útil esta escala?

-  **Evita sobremedicar** desde el principio.
-  Permite un **tratamiento escalonado.**
-  Facilita combinar fármacos con mecanismos distintos.
-  Es **flexible y adaptativa**: se puede escalar y desescalar.

4.2. ¿Qué debemos saber como técnicos en farmacia?

Aunque no podemos dispensar sin receta los medicamentos del **escalón 2 y 3**, es fundamental que sepamos:

-  Reconocer principios activos y combinaciones comunes.
-  Detectar duplicidades (paracetamol solo + en combinación).
-  Identificar signos de abuso o mal uso.
-  Explicar dosis, precauciones y cuándo derivar al farmacéutico.