

## Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios

M. T. Vicente Herrero<sup>1</sup>, S. Delgado Bueno<sup>2</sup>, F. Bandrés Moyá<sup>3</sup>, M. V. Ramírez Iñiguez de la Torre<sup>4</sup> y L. Capdevila García<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Medicina del Trabajo. Servicio de Prevención Grupo Correos. Valencia. <sup>2</sup>Medicina Forense. Instituto Médico-Legal Abascal. Madrid. <sup>3</sup>Profesor Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. <sup>4</sup>Medicina del Trabajo. Servicio de Prevención Grupo Correos. Albacete. <sup>5</sup>Medicina del Trabajo. Servicio de Prevención Mancomunado MAPFRE. Valencia. España

---

Vicente Herrero MT, Delgado Bueno S, Bandrés Moyá F, Ramírez Iñiguez de la Torre MV y Capdevila García L. Valoración del dolor: revisión comparativa de escalas y cuestionarios. Rev Soc Esp Dolor 2018;25(4):228-236.

### ABSTRACT

Pain is defined as an unpleasant emotion, experience, or sensation, associated with potential or the general population, but it acquires special relevance among the working-class population, because of its socioeconomic implications.

The objective of this work is to perform a review of the different scales and questionnaires used for the assessment of pain and its limitations, for their later use in medical, professional, and research purposes.

An investigation of the different scales, questionnaires, disability and incapacity concept for the assessment of pain was carried out, comparing them and reviewing the consideration of pain as an object of qualification in different countries.

The results reaffirm the complexity of the assessment of pain, especially for its future use, quantification, and qualification when those did not previously existed.

Conclusion: All kinds of measurement scales and questionnaires are considered very useful, all beign valid, but none finally conclusive; The researchers must decide which method they will apply in each different case, based on their experience and the goal they try to achieve.

**Key words:** Pain, scales, questionnaires, disability.

### RESUMEN

El dolor se define como una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial. Se trata en todo caso de un concepto subjetivo y existe siempre que un paciente diga que algo le duele. Es una patología prevalente en población general y que adquiere especial relevancia entre la población laboral por sus implicaciones socioeconómicas.

Es objetivo de este trabajo revisar los distintos baremos, escalas y cuestionarios utilizados para la valoración del dolor y sus limitaciones para su posterior uso, tanto con fines médicos como laborales o periciales.

Se realizó una búsqueda de las escalas, cuestionarios y baremos de discapacidad e incapacidad para la valoración del dolor realizando una comparativa entre ellos y revisando la consideración del dolor como objeto de calificación en distintos países.

La comparativa de escalas y cuestionarios reafirma la complejidad de la valoración del dolor, especialmente para su posterior calificación con finalidad pericial ante la inexistencia de la valoración del dolor en los baremos.

Como conclusión se consideran de utilidad las escalas y cuestionarios, todas ellas válidas y ninguna concluyente, siendo el investigador quien debe decidir cuál utilizar en cada caso en función de su experiencia y del objetivo buscado.

**Palabras clave:** Dolor, escalas, cuestionarios, discapacidad.

### INTRODUCCIÓN

El dolor, según la International Association for the Study of Pain (IASP), se define como una experiencia sensorial

o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial, o bien descrita en términos de tal daño. Se trata en todo caso de un concepto subjetivo y existe siempre que un paciente diga que algo le duele (1).

Es una patología prevalente en población general y que adquiere especial relevancia entre la población laboral por sus implicaciones socioeconómicas. Tanto la prevalencia como la intensidad son mayores en las mujeres que en los hombres, aumentando paralelamente a la edad. La relación del dolor con el trabajo muestra valores en general superiores en los hombres que realizan trabajos no manuales y en las mujeres con trabajos manuales (2).

Se observan diferencias en la localización del dolor en función del trabajo desempeñado, con discreta tendencia a incrementarse en extremidades inferiores y superiores en los trabajos manuales, y en cuello y tórax-espalda en los no manuales. La localización difiere por grupo de edad, siendo más frecuentes los dolores en cabeza, cuello y tórax-espalda entre los más jóvenes, y los de pelvis, extremidades inferiores y superiores en los más mayores. Entre los trabajadores, el número medio de puntos de dolor referidos es superior en mujeres y en trabajadores no manuales, y va aumentando a medida que lo hace la edad (3).

El dolor interfiere en las actividades de la vida diaria (AVD) con diferencias por sexo, siendo mayor la afectación en mujeres, e incrementándose a medida que lo hace la edad, y en relación con la actividad realizada y en puestos concretos de trabajo, lo que puede influir en la planificación asistencial y preventiva, dentro de un concepto selectivo que contemple las diferencias encontradas (4).

La prescripción analgésica en cuadros de dolor debe por ello tener en cuenta la edad y el sexo del paciente, junto con el tipo de fármaco. Esta elección deberá estar en función de la etiología causal y de variables ajenas a los aspectos clínicos, como las sociodemográficas, las laborales o las psicosociales (5).

Dentro de la complejidad que comporta el dolor tanto desde el punto de vista clínico-asistencial como social y laboral, destaca el hecho de tener que valorar su impacto y repercusión para su posterior calificación, aspectos estos que se engloban dentro de un marco pericial en el que se tienen en consideración conjuntamente aspectos médicos, laborales y sociales y que lleva a un proceso en el que se relacionan las limitaciones que implica una enfermedad en el ámbito correspondiente y ajustado a normativa concreta. La valoración es por ello un proceso de base médica, mientras que la calificación es un procedimiento ajustado a normativa y tomando como referencia la valoración previamente realizada. Supone, por tanto, trabajar de forma conjunta con aspectos médicos y laborales, y todo esto dentro de la normativa existente en cada país en materia de compensación por daño.

Es objetivo de este trabajo realizar una revisión de los distintos cuestionarios, escalas y baremos utilizados para la

valoración del dolor y sus limitaciones para cualquier uso posterior, tanto con fines médicos como laborales o periciales.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una búsqueda de escalas, cuestionarios validados y a disposición del investigador para la valoración del dolor realizando una comparativa entre ellos y revisando la consideración del dolor como objeto de valoración y calificación en distintos países en función de sus baremos.

Los resultados se presentan en forma de tablas y se acompañan de comentarios y conclusiones derivadas de la interpretación de los mismos por parte de los autores.

## RESULTADOS

Previo a la aplicación de cualquier baremo, se han de tener en cuenta una serie de consideraciones que parten de la base de que se ha de valorar para posteriormente calificar.

### Condiciones necesarias en la valoración

- Que el proceso patológico esté previamente diagnosticado: el paciente debe ser diagnosticado previamente por terceros y después presentado para su evaluación.
- Que la limitación sea permanente: los daños deben estar adecuadamente configurados, al igual que los plazos de curación, convalecencia, rehabilitación, etc., que deben haberse cumplido antes de que el paciente sea evaluado.
- Que la valoración sea realizada cuando exista la máxima mejoría clínica de la enfermedad: es necesario que se hayan agotado todas las medidas de tratamiento antes de ser evaluado.
- En enfermedades que cursan en forma de brotes, la valoración se realizará en los periodos intercríticos, aunque la frecuencia y duración de los brotes son también factores a tener en cuenta.

### Entidades y organismos especializados

Las limitaciones que generan las enfermedades vienen reguladas y son valoradas de forma distinta en función del objeto de la valoración, y su posterior calificación será realizada por diferentes entidades y organismos especializados. Así, se puede ver que:

- La valoración del daño corporal se realizará a efectos de compensación económica en el ámbito del seguro del menoscabo ocasionado por la enfermedad.

- La valoración de la discapacidad tiene como objetivo valorar la repercusión en la persona a efectos sociales, en calidad de vida y en la merma que sufre en su rol social (conceptuado este para sus condiciones personales).
- Y que la valoración de la incapacidad trata de la afectación que la enfermedad ocasiona sobre la capacidad de la persona en cuanto a su desempeño laboral, y por ello ajustado al trabajo realizado.

### Instrumentos para la valoración del dolor. Revisión de baremos

Definir el dolor y hacerlo de tal manera que tenga una aceptación unánime es complejo, puesto que se trata de una experiencia individual y subjetiva, a lo que se une el hecho de que no existe método científico que lo haga “medible”, y se acompaña la percepción de un heterogéneo grupo de matices y sensaciones que pueden incrementarla.

Esta dificultad para evaluarlo hace que se recurra a instrumentos que, con el mínimo esfuerzo para el paciente, sean fácilmente comprensibles y que demuestren fiabilidad y validez; por ello, junto con la información que propor-

ciona la historia clínica, se ha recurrido tradicionalmente a escalas: analógica, verbal, numérica, gráfica, etc. (la comparativa de las mismas se muestra en la Tabla I).

Previamente al uso de estas escalas es necesario que el paciente entienda el significado y contenidos del cuestionario o de la escala, y su utilidad como herramienta de evaluación en la evolución de su sintomatología y en su aplicación para la toma de decisiones terapéuticas. El paciente ha de estar en condiciones cognitivas adecuadas que garanticen su capacidad para colaborar. El lenguaje ha de estar en concordancia con el nivel cultural del paciente y el médico valorador ha de puntuar sin interferir ni juzgar.

Junto con las escalas, son de uso habitual los cuestionarios. Entre ellos destacan por su uso habitual: el Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ) (6), Cuestionario de Dolor en Español (CDE) (7), Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor crónico (CAD) (8), Cuestionario DN4 (DN4) (9,10), Inventario Multidimensional del Dolor de West Haven-Yale (WHYMPI) (11), Test Lattinen (12), Cuestionario Breve del Dolor (Brief Pain Inventory) (13,14), Escalas de valoración del dolor neuropático (15): The LANSS Pain Scale, The Neuropathic Pain Questionnaire (NPQ), Pain DETECT (la comparativa de los mismos se muestra en la Tabla II).

TABLA I  
ESCALAS MÁS UTILIZADAS PARA LA VALORACIÓN DEL DOLOR

<i>Tipo escala</i>	<i>Características</i>	<i>Numeración Interpretación</i>
Escala analógica visual (EVA)	Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros	Sin dolor Máximo dolor
Escala numérica (EN)	Escala numerada del 1-10, donde 0 es la ausencia y 10 la mayor intensidad; el paciente selecciona el número que mejor evalúa la intensidad del síntoma. Es el más sencillo y el más usado	0 = sin dolor 10 = máximo dolor
Escala categórica (EC)	Se utiliza si el paciente no es capaz de cuantificar los síntomas con las otras escalas; expresa la intensidad de síntomas en categorías, lo que resulta más sencillo. Se establece una asociación entre categorías y un equivalente numérico	0 (nada) 4 (poco) 6 (bastante) 10 (mucho)
Escala visual analógica de intensidad	Consiste en una línea horizontal de 10 cm; en el extremo izquierdo está la ausencia de dolor y en el derecho el mayor dolor imaginable	0 = nada 10 = insoportable
Escala visual analógica de mejora	Consiste en la misma línea; en el extremo izquierdo se refleja la no mejora y en el derecho la mejora total	0 = no mejora 10 = mejora

TABLA II  
CUESTIONARIOS/INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN DEL DOLOR

<i>Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ)</i>	Es uno de los más utilizados. Explora las esferas sensorial y afectiva. A los pacientes se les pide que escojan un adjetivo de cada 20 subclases de grupos de adjetivos. Cada palabra se asocia a una puntuación específica. Los índices de dolor se calculan para la puntuación total, así como para cada dimensión. Es útil para discriminar entre pacientes que tienen clases diferentes de dolor. Existe una adaptación española
<i>Cuestionario de Dolor en Español (CDE)</i>	Dirigido a población general con dolor agudo o crónico. Cuestionario autoadministrado con varias dimensiones: sensorial, afectiva y evaluativa
<i>Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor crónico (CAD)</i>	Dirigido a población general con dolor de una duración superior a 6 meses. Cuestionario autoadministrado de 31 ítems distribuidos en 6 subescalas. Sirve para explorar el afrontamiento del dolor crónico y sus áreas
<i>Cuestionario DN4 (DN4)</i>	Conta de siete ítems referidos a síntomas y tres referidos a la exploración. Es fácil de puntuar. Una puntuación total de 4/10 o mayor sugiere dolor neuropático. Se ha validado en 15 idiomas, entre ellos el español
<i>Inventario Multidimensional del Dolor de West Haven-Yale (WHYMPI)</i>	Consta de 52 ítems agrupados en 12 escalas que se distribuyen en tres partes: 1ª (20 ítems), que evalúa 5 escalas de la experiencia de dolor (intensidad, interferencia en áreas de la vida del paciente, insatisfacción con su situación actual, visión del apoyo que recibe de otros, control que percibe tener sobre su vida, estados de ánimo negativos); 2ª (14 ítems) en tres escalas, que evalúan las respuestas de los allegados a las demostraciones y quejas del dolor del paciente, y 3ª (18 ítems), que evalúa la participación del paciente en diferentes tipos de actividades diarias
<i>Test de Lattinen:</i>	Es muy utilizado en las Unidades de Dolor y valora diferentes aspectos que, sumados, dan una idea general del estado del paciente. Es fácil de utilizar y ha sido validado recientemente
<i>Cuestionario Breve del Dolor (Brief Pain Inventory)</i>	Desarrollado originalmente para el dolor oncológico; es muy utilizado en clínica e investigación para evaluar la intensidad e impacto del dolor y los efectos del tratamiento analgésico. Hay dos versiones, la larga y la corta, ambas validadas en español
<i>The LANSS Pain Scale</i>	Contiene cinco síntomas y dos ítems de examen clínico. Una puntuación de 12 o más de 24 posibles, sugiere dolor neuropático. Está validado en español
<i>The Neuropathic Pain Questionnaire (NPQ)</i>	Consiste en 12 ítems que incluyen 10 referidos a sensaciones o respuestas sensoriales y dos referidos al afecto. Existe una forma corta. Tiene poder discriminativo entre dolor neuropático y no neuropático
<i>Pain DETECT</i>	Incorpora un cuestionario autorrellenable con nueve ítems que no requiere examen clínico. Está validado en español

Fuente: elaboración propia.

### Discapacidad, incapacidad y dolor

La valoración específica del dolor como tal no se incluye en los baremos para la evaluación de la discapacidad o de la invalidez, excepción hecha de Colombia 2011 y Australia a través del EVA. Por ello, la bibliografía de forma unánime entiende que la valoración del dolor es puramente médica y está basada en criterios de intensidad y frecuencia que debe ser medida a través de escalas validadas y, a través de estas mediciones, incorporar los resultados obtenidos a la valoración de la invalidez y /o discapacidad de la misma manera

que se hace para la valoración de la funcionalidad, rigidez y otras variables que, si bien no aparecen específicamente en ningún capítulo de ningún baremo, sí se muestran constantemente en todas las patologías incluidas en los mismos.

Se muestran en la Tabla III algunos de estos países referentes con sus correspondientes baremos: las tablas AMA (16), Baremo Canadá (17), Baremo Australia (18,19), Baremo Europeo (20), Baremos España (21-24), Baremo Portugal (25), Baremo Italia (26-28), Baremo Francia (29), Baremo Bélgica (30), Baremo Perú (31), Baremo Colombia (32), Baremo Argentina (33), Baremo OMS (34).

TABLA III  
COMPARATIVO DE BAREMOS

<i>Baremos</i>	<i>Evaluación del dolor</i>
Tablas AMA	No incluido
Canadá	No incluido. En pág. 70 dolor crónico
Australia	Sí. incluido Pág. 201. Tabla 2.1. EVA o VAPS "Visual Analogue Pain Scale" (0-10)
Baremo Europeo	No incluido
España-Discapacidad	No incluido
España-Responsabilidad civil	No incluido
España-Incapacidad	No incluido
España-Tráfico	No incluido
Portugal	No incluido
Italia	No incluido
Francia	No incluido
Perú	No incluido
Colombia	Sí incluido en Cap. 1.
Argentina	No incluido
OMS. Clasificación Internacional de deficiencias, discapacidades y Minusvalías (CCDDM)	No incluido

Fuente: elaboración propia.

### Utilidad y controversias en el uso de escalas y cuestionarios en la práctica clínica y pericial

La subjetividad del concepto de dolor y las variaciones interindividuales ha hecho que, para la evaluación de la intensidad del dolor, se recomiende el uso de escalas de dolor unidimensionales como la Escala de Escala Numérica (NRS), la Escala de Puntuación Verbal (VRS) o la Escala Analógica Visual (VAS). Por ello distintos autores han recurrido a estudios de revisión de la literatura que comparaban específicamente todas ellas como parte del trabajo de Colaboración Europea sobre la evaluación del dolor. En algunos casos los estudios se han centrado en algún cuestionario concreto, como es el caso del NRS, concluyendo que es aplicable para la evaluación unidimensional de la intensidad del dolor en la mayoría de los entornos, aspecto este que ayudaría al objetivo de lograr una medida estandarizada basada en el consenso (35).

La escala de evaluación verbal (VRS) y la escala de clasificación numérica (NRS) se usan regularmente para evaluar y monitorear el dolor en pacientes con dolor crónico. Aunque generalmente se prefirió el NRS, la respuesta comparativa es limitada. Por este motivo algunos trabajos se han centrado en comparar la capacidad de respuesta de

VRS y NRS midiendo el dolor actual e investigando la influencia de diferentes referencias del dolor (el peor, el menor, el promedio y el dolor actual o su compuesto) en la respuesta de los NRS y, centrados en pacientes con dolor crónico, los resultados mostraron que el NRS es más sensible para el dolor actual que el VRS, pero que el NRS es una mejor referencia para la medición en pacientes con dolor mejorado, y recomiendan utilizar cada cual en relación con la selección de medidas de intensidad del dolor en estudios que utilicen tipos similares de intervención (36).

La Escala de Análisis Visual (VAS), la Escala Numérica de Escala (NRS), la Escala de Clasificación Verbal (VRS) y la Escala de Dolor de Caras-Revisada (FPS-R) están entre las medidas más comúnmente usadas de intensidad del dolor en contextos clínicos y de investigación. Aunque la evidencia apoya su validez como medidas de la intensidad del dolor, pocos estudios los han comparado con respecto a los criterios de validez crítica, o ha comparado directamente las 4 medidas en el mismo estudio. Sin embargo, algunos trabajos han realizado específicamente comparativas de validez entre ellos para detectar diferencias en la intensidad del estímulo doloroso y las diferencias entre hombres y mujeres en respuesta al dolor inducido experimentalmente, encontrando diferencias relativamente pequeñas entre esca-



las y por sexos. Los hallazgos apoyan la validez de cada escala, aunque el mayor apoyo es para el NRS por mostrar mayor sensibilidad y ser capaz de detectar las diferencias por sexo en la intensidad del dolor (37).

Aunque todas las escalas de puntuación del dolor son válidas, fiables y apropiadas para su uso en la práctica clínica, la Escala Analógica Visual tiene más dificultades prácticas que la Escala de Calificaciones Verbal o la Escala Numérica. Para fines generales, la escala de calificación numérica tiene una buena sensibilidad y genera datos que pueden ser estadísticamente analizados. Los pacientes que buscan una escala sensible al dolor probablemente elegirían la escala de calificación verbal, pero carece de sensibilidad y los datos que produce pueden ser malinterpretados. Es por ello que para el uso de escalas con fines médicos o de investigación se haya de tener en cuenta el potencial de error dentro de las herramientas, y el potencial que tienen para proporcionar la información requerida. Esto conlleva que la interpretación de los datos de una escala de puntuación del dolor no sea tan sencilla como podría parecer (38).

La bibliografía médica es unánime al considerar que se necesitan directrices comunes sobre la definición y la medición del dolor. Esto es especialmente trascendente en especialidades como la cirugía, donde se requiere de una medida unificada y confiable de dolor que pueda abordar su componente sensorial. Algunos trabajos preconizan el VAS como escala que puede proporcionar información confiable sobre la experiencia del dolor y, por lo tanto, mejorar su manejo general (39).

También en reumatología cobra gran importancia la valoración del dolor recurriendo a escalas clínicas. Sin embargo, ningún estudio publicado en los últimos 25 años ha explorado las preferencias de los pacientes para las 2 escalas clínicas más frecuentemente utilizadas: la escala verbal de clasificación (VRS) y la escala analógica visual (VAS). Estudios concretos han centrado su atención en evaluar las preferencias de los pacientes, las razones asociadas a sus preferencias, la fiabilidad test-retest y la validez de constructo de estas escalas, llegando a la conclusión de que las dos escalas son medidas válidas de la intensidad del dolor y que, por ello, la elección debe depender de la configuración, la meta del clínico y el nivel de educación del paciente. La preferencia de los pacientes es fundamental para mejorar la comunicación médico-paciente (40).

Estudios realizados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) comparan la viabilidad, validez y desempeño de la Escala Analógica Visual (VAS-H) y vertical (VAS-V), la Escala de Descriptor Verbal (VDS), la curva oral 0-10 (NRS-O) y el NRS-V laminado visualmente ampliado 0-10 para la evaluación del dolor en pacientes críticos, concluyendo que en estos pacientes el NRS-V debe ser la herramienta de elección para la UCI, ya que es la escala de autorreporte más factible y discriminativa para medir la intensidad de dolor de estos pacientes críticos (41).

Las evaluaciones de la intensidad del dolor con VAS y VRS no son intercambiables debido a la superposición de los registros de dolor entre las dos escalas, la existencia de desacuerdos sistemáticos al compararlas y un bajo porcentaje de acuerdo intraescalar. Además, las posiciones de corte de VAS inferiores a las de VRS indican un significado diferente de la intensidad de dolor nominal dependiendo de la etiología que lo ocasiona. Estas escalas tienen propiedades no lineales y probablemente interpretación diferente, es por ello que algunos autores son favorables a la utilización de la VRS en las evaluaciones de intensidad del dolor, pero si se prefiere la VAS, los datos deben ser analizados como continuos utilizando métodos estadísticos adecuados para los datos ordinales, ya que existe un riesgo de sobre o subestimar el dolor percibido por el paciente al interpretar los datos condensados de EAV (42). VAS y VRS no deben utilizarse indistintamente en el ámbito clínico o para aumentar el poder estadístico en la investigación del dolor (43).

En valoraciones del dolor, la salud autoreferida (SSR) es una medida de resultado que se ha utilizado para predecir con exactitud la mortalidad, la morbilidad, la función y el bienestar psicológico. El dolor crónico no maligno se presenta con un patrón que incluye bajos niveles de poder y altos niveles de dolor, depresión y discapacidad. Las diferencias en la SSR pueden estar relacionadas con variaciones dentro de este patrón. Por ello algunos trabajos se han referido de forma específica a identificar determinantes de la SSR y probar su capacidad para predecirla en pacientes con dolor crónico no maligno y sugieren que intervenciones de dolor diseñadas para mejorar el estado de ánimo y proporcionar oportunidades de participación pueden tener un mayor impacto en la salud en general que aquellas que solo apuntan al dolor y a la discapacidad (44).

En esta misma línea se sitúan los estudios tendentes a probar un modelo analítico de trayectoria que conceptualizara la autoeficacia como mediador de la discapacidad y que podría ayudar a explicar las circunstancias en las que la discapacidad se desarrolla más en algunos pacientes con dolor crónico que en otros. La autoeficacia es una variable importante que contribuye a la discapacidad de los pacientes con dolor crónico, por lo tanto, evaluar y reforzar la creencia del paciente en sus propias habilidades puede ser un componente importante de la terapia, independientemente de su cuantificación y valoración (45).

Pero, ¿cuál es el papel de los factores psicológicos en el dolor crónico y en la discapacidad generada por el mismo? La bibliografía muestra diversos estudios observacionales para proporcionar evidencia sobre esta cuestión. La mayoría evalúan variables psicológicas como predictores del retorno al trabajo, y son los estudios prospectivos de cohortes, los que proporcionaron la mayor cantidad de datos sobre etiología. Pero sigue siendo escaso el número de estudios al respecto, o bien estos han proporcionado pruebas limitadas del peso de aspectos como la depresión

crónica, el nerviosismo previo y los eventos negativos de la vida como predictores de discapacidad laboral por dolor. Estos hallazgos no prueban que los factores psicológicos tengan un papel en el desarrollo del dolor crónico, ya que el deterioro psicológico puede preceder al inicio del dolor, si bien, sobre la base de los conocimientos actuales, también puede surgir como una complicación del dolor crónico (46).

En la valoración del dolor dentro del concepto de discapacidad se ha de considerar que la discapacidad es un fenómeno multifactorial y que los factores no clínicos, incluyendo la edad, la educación y la situación laboral, se correlacionan con la discapacidad. Por ello surge la cuestión de si los factores relacionados con el empleo predicen el dolor crónico y/o la discapacidad en aquellos casos de dolor crónico, y especialmente en patologías tan ligadas al ámbito laboral como el dolor lumbar, donde aspectos como la falta de adaptación laboral o de autonomía pueden incrementar la discapacidad del dolor crónico. Sin embargo, sigue sin existir evidencia clara de que la falta de satisfacción en el trabajo, la percepción de condiciones y demandas laborales difíciles, las exigencias físicas fuertes del trabajo, el empleo privado en lugar del público y la pertenencia a grupo socioeconómico inferior predigan la discapacidad del dolor crónico. No es concluyente el peso de la antigüedad laboral en este concepto (47).

Muchas cuestiones quedan por resolver en el concepto de dolor, discapacidad y su impacto, tanto más cuando esto se circunscribe al mundo del trabajo. Algunos autores se preguntan: ¿puede un historial de lesión anterior similar, incluyendo la reaparición de la lesión, o de los síntomas de un individuo, incluyendo el tiempo libre en ello, predecir el dolor crónico y/o la discapacidad del dolor crónico? Los estudios al respecto proporcionan evidencia moderada de que una historia de dolor similar anterior predice informes subsecuentes de dolor. Igualmente, existe evidencia limitada de que una historia de dolor similar predice resultados más pobres después de la lesión recurrente. Algunos estudios proporcionan evidencia moderada de que la mayor duración del dolor predice la aparición de informes posteriores de reincidencia, y existe evidencia limitada de que el mayor tiempo de ausencia del trabajo antes del tratamiento predice una actividad peor y unos resultados de participación más bajos después de una lesión recurrente (48).

## CONCLUSIONES

Visto lo analizado en esta revisión se reafirma la idea de la complejidad de la valoración del dolor, tanto más si da paso a posterior calificación con finalidad pericial. Se consideran de utilidad las escalas y cuestionarios, todas ellas pueden ser válidas y ninguna lo es de forma concluyente, siendo el investigador quien debe decidir cuál

utilizar en cada caso en función de su experiencia y del objetivo buscado.

Se ha de tener en cuenta que, independientemente de la causa del dolor y del tipo e intensidad del mismo, influyen múltiples factores no directamente relacionados con la etiología causal y que pueden modular la duración, intensidad e impacto o discapacidad de la sensación dolorosa. Estos aspectos han de ser tenidos en cuenta para una valoración global más eficaz y partiendo siempre de una historia clínica que recoja todos los aspectos que circundan la sintomatología y a la persona afectada y sus condiciones específicas.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. IASP. International Association for the Study of Pain. Subcommittee on Taxonomy. Pain terms: A list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain* 1979;6(3):249-52.
2. Vicente Herrero MT, López González AA, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García L, Terradillos García MJ, Aguilar Jiménez E. Dolor en trabajadores: prevalencia e intensidad: repercusión de variables sociodemográficas y laborales. *Rev Asoc Esp Espec Med Trab* 2015;24(4):158-68.
3. Vicente Herrero MT, López González MT, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García L, Terradillos García MJ, Aguilar Jiménez E. Dolor crónico y localización en trabajadores: variables sociodemográficas y laborales implicadas. *Revista El Dolor* 2014;61:26-34. DOI: 10.13140/RG.2.1.2238.6088.
4. Vicente Herrero MT, López González AA, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García L, Terradillos García MJ, Aguilar Jiménez E. Dolor en población laboral y su interferencia en actividades de la vida diaria. *Rev Soc Esp Dolor* 2016; 23(2):64-74. DOI: 10.20986/resed.2016.3425/2016.
5. Vicente Herrero MT, López González AA, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García L, Terradillos García MJ, Aguilar Jiménez E. Dolor y trabajo. Influencia de variables sociodemográficas en la respuesta terapéutica y la productividad laboral. *Semergen* 2016;42(6):370-9. DOI: 10.1016/j.semerg.2015.07.006.
6. Ronald Melzack. The McGill Pain questionnaire from description to measurement. *Anesthesiology* 2005;103(1):199-202.
7. Ruiz López R, Pagerols M, Collado A. Cuestionario del dolor en español: resultados de su empleo sistematizado durante el periodo 1990-93. *Pain* 1993;11S.
8. Soriano J, Monsalve V. CAD: Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico. *Rev Soc Esp Dolor* 2002;9:13-22.
9. López de Uralde Villanueva I, Gil Martínez A, Candelas Fernández P, de Andrés Ares J, Beltrán Alacreu H, La Touche R. Validación y fiabilidad de la versión española de la escala autoadministrada de Evaluación de Signos y Síntomas

- Neuropáticos de Leeds (S-LANSS). *Neurologia* 2016. pii: S0213-4853(16)30224-9. DOI: 10.1016/j.nrl.2016.10.009.
10. Pérez C, Gálvez R, Huelbes S, Insausti J, Bouhassira D, Díaz S, et al. Validity and reliability of the Spanish version of the DN4 (Douleur Neuropathique 4 questions) questionnaire for differential diagnosis of pain syndromes associated to a neuropathic or comatic component. *Health Qual Life Outcomes* 2007;5:66.
  11. Ferrer VA. Inventario Multidimensional del Dolor de West Haven-Yale. *Pain* 1993; 8:153-60.
  12. González Escalada R, Camba A, Muriel C, Rodríguez M, Contreras D, Barutell C. Validación del índice de Lattinen para la evaluación del paciente con dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor* 2012;19(4):181-8.
  13. Badía X, Muriel C, Gracia A, Núñez-Olarte J, Perulero N, Gálvez R, et al. Validation of the Spanish version of the Brief Pain Inventory in patients with oncological pain. *Med Clin (Barc)* 2003;120(2):52-9.
  14. De Andrés Ares J, Cruces Prado L, Canos Verdecho M, Penide Villanueva L, Del Valle Hoyos, M, Herdman M, et al. Validation of the Short Form of the Brief Pain Inventory (BPI-SF) in Spanish Patients with Non-Cancer-Related Pain. *Pain Pract* 2015;15(7):643-53. DOI: 10.1111/papr.12219.
  15. Haanpää N, Attal N, Backonja M, Baron R, M. Bennett M, Bouhassira D, et al. NeuPSIG guidelines on neuropathic pain assessment. *Pain* 2011;152:14-27. DOI: 10.1016/j.pain.2010.07.031.
  16. Master the AMA Guides 5th: A Medical and legal transition to the Guidelines to the evaluation of permanent impairment. Linda Cocchiarella & Stephen J Lord (eds.), Fifth Edition. AMA press; 2001.
  17. Australian Government. Guidelines for assessment of permanent medical impairment. Department of Justice and Attorney-General. Office of Fair and Safe Work Queensland 2013. Disponible en: [https://www.worksafe.qld.gov.au/\_data/assets/pdf\_file/0006/92751/Guidelines-to-Evaluation-of-Permanent-Impairment.pdf].
  18. Guide to the assessment of the degree of permanent impairment - Edition 2.1 of the Guide. Disponible en: [https://www.comcare.gov.au/\_data/assets/pdf\_file/0015/100905/Guide\_to\_the\_assessment\_of\_the\_degree\_of\_permanent\_impairment\_the\_Guide\_Edition\_2.1\_of\_the\_Guide\_PDF\_1.84\_MB.pdf].
  19. State Insurance Regulatory Authority. NSW Workers compensation guidelines for the evaluation of permanente impairment. NSW Government, 4ª Ed. 2016. Disponible en: [http://www.sira.nsw.gov.au/\_data/assets/pdf\_file/0007/76642/nsw-workers-comp-guidelines-perm-impair-4th-edition.pdf].
  20. Baremo guía europeo de evaluación del menoscabo a la integridad física y psíquica. Grupo ROTHLEY; 2003. Disponible en: http://www.uv.es/edumursa/EDP/Documentos/Baremo%20Europeo%20preambulo.pdf
  21. Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. BOE núm. 22, de 26 de enero de 2000, p. 3317-410.
  22. Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor. España. Ministerio de la Presidencia. BOE núm. 267, de 5 de noviembre de 2004, p. 36662-95.
  23. VV. AA. Guía de Valoración de Incapacidad Laboral para Médicos de Atención Primaria (2.ª edición). Terradillos García MJ (Dir.), Terradillos García MJ, Aguado Benedí MJ, García Puerto M, Sanz González J, Cabello Heranz MJ (Coord.). Madrid: Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (ENMT). Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Economía y Competitividad Ciencia; 2015.
  24. Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. España. Jefatura del Estado. BOE núm. 228, de 23 de septiembre de 2015, p. 84473-979.
  25. Decreto Ley 352/2007, de 23 de octubre de 2007. Tabla nacional de valoración de la incapacidad permanente en derecho civil. Portugal; 2001.
  26. Bargagna, M Busnelli FD (eds). Guías para la valoración del daño biológico y de la invalidez permanente. Padua; 2001.
  27. Decreto de 3 de julio de 2003. Tabla del menoscabo permanente de la integridad psicofísica del 0-9 %. Italia; 2003.
  28. Comisión Ex D.M, 26 de mayo de 2004. Tabla del menoscabo permanente de la integridad psicofísica entre 10-100 puntos. Italia; 2004.
  29. Mélenec L. Valoración de las discapacidades y del daño corporal. Baremo internacional de invalideces. Editorial Masson; 1997.
  30. Baremo Oficial Belga de Invalidez (Barème officiel belge des Invalidités). Arrêtés royau 'des 20 mars 1975, 2 juillet 1975 et 6 janvier 1978. Disponible en: [http://www.expertise-medicale.be/upload/documents/documentation/bobi.pdf].
  31. Manual de evaluación y calificación del grado de invalidez (MECGI). Superintendencia de Banca, Seguros y AFP. República de Perú. Disponible en: [http://www.sbs.gov.pe/sistema-privado-de-pensiones/manual-de-evaluacion-y-calificacion-del-grado-de-invalidez-mecgi].
  32. Decreto 1507, de 12 agosto 2014. Manual único para la calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional. Colombia. Disponible en: [http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=58941].
  33. Baremo AACs (Asociación Argentina de Compañías de Seguros). Clasificación y Valoración de Secuelas Psicofísicas. Argentina; 2012. Disponible en: [www.aacs.org.ar/doc/baremo/baremo.pdf].
  34. OMS. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (Eds); 2001. Disponible en: [http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/435cif.pdf].
  35. Hjermstad MJ, Fayers PM, Haugen DF, Caraceni A, Hanks GW, Loge JH, et al. Studies comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for assessment of pain intensity in adults: a systematic literature review. *J Pain Symptom Manage* 2011;41(6):1073-93. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2010.08.016.
  36. Chien CW, Bagraith KS, Khan A, Deen M, Strong J. Comparative responsiveness of verbal and numerical rating scales to measure pain intensity in patients with chronic pain. *J Pain* 2013;14(12):1653-62. DOI: 10.1016/j.jpain.2013.08.006.
  37. Ferreira Valente MA, Pais Ribeiro JL, Jensen MP. Validity of four pain intensity rating scales. *Pain* 2011;152(10):2399-404. DOI: 10.1016/j.pain.2011.07.005.
  38. Williamson A, Hoggart B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales. *J Clin Nurs* 2005;14(7):798-804.



39. Coll AM, Ameen JR, Mead D. Postoperative pain assessment tools in day surgery: literature review. *J Adv Nurs* 2004;46(2):124-33.
40. Clark P, Lavielle P, Martínez H. Learning from pain scales: patient perspective. *J Rheumatol* 2003;30(7):1584-8.
41. Chanques G, Viel E, Constantin JM, Jung B, de Lattre S, Carr J, et al. The measurement of pain in intensive care unit: comparison of 5 self-report intensity scales. *Pain* 2010;151(3):711-21. DOI: 10.1016/j.pain.2010.08.039.
42. Lund I, Lundeberg T, Sandberg L, Budh CN, Kowalski J, Svensson E. Lack of interchangeability between visual analogue and verbal rating pain scales: a cross sectional description of pain etiology groups. *BMC Med Res Methodol* 2005;5:31.
43. Klinger M, Stahl S, Haddad M, Suzan E, Adler R, Eisenberg. Measuring the Intensity of Chronic Pain: Are the Visual Analogue Scale and the Verbal Rating Scale Interchangeable? *Pain Pract* 2015;15(6):538-47. DOI: 10.1111/papr.12216.
44. Siedlecki SL. Predictors of self-rated health in patients with chronic nonmalignant pain. *Pain Manag Nurs* 2006;7(3):109-16.
45. Arnstein P. The mediation of disability by self-efficacy in different samples of chronic pain patients. *Disabil Rehabil* 2000;22(17):794-801.
46. Kuch K. Psychological factors and the development of chronic pain. *Clin J Pain* 2001;17(4 Suppl):S33-8.
47. Teasell RW, Bombardier C. Employment-related factors in chronic pain and chronic pain disability. *Clin J Pain* 2001;17(4 Suppl):S39-45.
48. Hunter J. Medical history and chronic pain. *Clin J Pain* 2001;17(4 Suppl):S20-5.