



ATUALIZAÇÃO RÁPIDA

É possível medir a dor de nossos pacientes?

¿Es posible medir el dolor de nuestros pacientes?

Is it possible to measure pain in our patients?

<https://doi.org/10.46856/grp.13.e204>

Date received: January 27, 2025

Date acceptance: May 17, 2025

Date published: June 13, 2025

Martinez, J. E., & dos Santos Paiva, E. (2025, May 30). ¿Es posible medir el dolor de nuestros pacientes?. Global Rheumatology. Vol 6/ Ene - Jun [2025]. Available from: <https://doi.org/10.46856/grp.13.e204>





Autores

José Eduardo Martinez

jemartinez1958@gmail.com

ORCID: 0000-0002-386-6822

Brasil

Eduardo dos Santos Paiva

eduevicky@gmail.com

ORCID: 0000-0001-5173-1581

Brasil

Correspondence

José Eduardo Martinez

Rua Portugal, 63. Sorocaba SP Brasil

Código Postal

18045-280



ATUALIZAÇÃO RÁPIDA

É possível medir a dor de nossos pacientes?



Resumo

Em Português

O objetivo desse estudo é descrever e discutir os principais instrumentos para avaliar a dor musculoesquelética crônica e seus sintomas e síndromes associadas. O tratamento de pacientes com dor crônica, independente da doença de base, impõe desafios inerentes à multidimensionalidade. Um dos principais é como aferir o resultado das intervenções. As formas mais comuns de medida são as escalas analógicas. São consideradas unidimensionais porque avaliam apenas a intensidade da dor sem levar em conta os demais aspectos clínicos. O uso de questionários com escalas multidimensionais tem a vantagem de captar não só a intensidade da dor, mas os demais fenômenos que a acompanham, o grau de incapacidade, aspectos emocionais e mesmo os impactos sociais e ocupacionais. Em relação aos instrumentos multidimensionais para avaliação da dor citamos o Inventário Breve de Dor 11 e o Questionário para Avaliação de Dor de McGill. Outros instrumentos multidimensionais incluem: Clinically Aligned Pain Assessment (CAPA)Tool, Defense and Veterans Pain Rating Scale, Geriatric Pain Measure, Pain Impact Questionnaire (PIQ-6), Pain Monitor and ShortForm-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS). Quanto aos questionários mais específicos, existem o Questionário de Impacto da Fibromialgia¹⁴, Escala Fibromiálgica¹⁵ e o Inventário de Sensibilização Central. Entre os sintomas que mais frequentemente acompanham a dor crônica, a fadiga e o sono se destacam. Esses têm questionários específicos para sua medida,

além de comporem os questionários mais genéricos. Concluindo, a busca por uma métrica para a dor crônica que seja simples e aplicável ainda está longe de ser alcançada.

Palavras-chave

Dor musculoesquelética crônica; instrumentos de avaliação da dor; escalas multidimensionais.



Summary

In English

This study aims to describe and discuss the main instruments for assessing chronic musculoskeletal pain and its associated symptoms and syndromes. The treatment of patients with chronic pain, regardless of the underlying disease, presents challenges inherent to its multidimensional nature. One of the main challenges is how to measure the outcomes of interventions. The most common forms of measurement are analog scales. These are considered unidimensional because they assess only pain intensity, without considering other clinical aspects. Questionnaires with multidimensional scales have the advantage of capturing not only pain intensity but also other accompanying phenomena, such as the degree of disability, emotional aspects, and even social and occupational impacts. Regarding multidimensional instruments for pain assessment, we cite the Brief Pain Inventory and the McGill Pain Questionnaire. Other multidimensional instruments include: Clinically Aligned Pain Assessment (CAPA) Tool, Defense and Veterans Pain Rating Scale, Geriatric Pain Measure, Pain Impact Questionnaire (PIQ-6), Pain Monitor, and Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS). As for more specific questionnaires, there are the Fibromyalgia Impact Questionnaire, the Fibromyalgia Scale, and the Central Sensitization Inventory. Among the symptoms that most frequently accompany chronic pain, fatigue and sleep disturbances stand out. These have specific questionnaires for their assessment and are also included in more generic instruments. In

conclusion, the search for a simple and applicable metric for chronic pain is still far from being achieved.

Keywords

Chronic musculoskeletal pain; pain assessment tools; multidimensional scales.



Resumen

En Español

El objetivo de este estudio es describir y discutir los principales instrumentos para evaluar el dolor musculoesquelético crónico y sus síntomas y síndromes asociados. El tratamiento de pacientes con dolor crónico, independientemente de la enfermedad de base, impone desafíos inherentes a la multidimensionalidad. Uno de los principales es cómo medir el resultado de las intervenciones. Las formas más comunes de medición son las escalas analógicas. Se consideran unidimensionales porque evalúan solo la intensidad del dolor sin considerar otros aspectos clínicos. El uso de cuestionarios con escalas multidimensionales tiene la ventaja de captar no solo la intensidad del dolor, sino también otros fenómenos que lo acompañan, como el grado de incapacidad, aspectos emocionales e impactos sociales y ocupacionales. En cuanto a los instrumentos multidimensionales para la evaluación del dolor, citamos el Inventario Breve de Dolor y el Cuestionario de Evaluación del Dolor de McGill. Otros instrumentos multidimensionales incluyen: Clinically Aligned Pain Assessment (CAPA) Tool, Defense and Veterans Pain Rating Scale, Geriatric Pain Measure, Pain Impact Questionnaire (PIQ-6), Pain Monitor y ShortForm-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS). Respecto a los cuestionarios más específicos, existen el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia, la Escala Fibromiálgica y el Inventario de Sensibilización Central. Entre los síntomas que con más frecuencia acompañan al dolor crónico, destacan la fatiga y los trastornos del sueño. Estos cuentan con cuestionarios específicos

para su evaluación, además de formar parte de instrumentos más genéricos. En conclusión, la búsqueda de una métrica simple y aplicable para el dolor crónico aún está lejos de alcanzarse.

Palabras clave

Dolor musculoesquelético crónico; instrumentos de evaluación del dolor; escalas multidimensionales.



Dor crônica na reumatologia

A reumatologia é a especialidade da Clínica Médica que estuda e cuida as doenças do aparelho locomotor. Embora os mecanismos fisiopatológicos possam ser diferentes de doença para doença, o sintoma dor é o mais frequente, e o que mais leva os pacientes a procurar auxílio médico. (1) Na reumatologia, a dor crônica predomina. Ela é definida como aquela que persiste além do tempo para resolução da lesão que a deu origem. (2) A “International Association for the Study of Pain” (IASP) aponta que a dor crônica é aquela que persiste ou recorre por mais de três meses. (3) Na classificação de dor crônica proposta pela força tarefa da IASP para o Código Internacional de Doenças – CID 11, as doenças reumáticas podem ser colocadas tanto na dor crônica primária que incluiria, por exemplo, a fibromialgia, como nas dores musculoesqueléticas e na dor neuropática. (4)

Desafios na mensuração da dor

O sintoma dor é multidimensional e particularmente a dor crônica envolve a lesão ou “gatilho” desencadeante, sintomas associados tais como fadiga, distúrbios do sono e cognitivos, além do impacto pessoal, familiar e social. (5,6)

O tratamento de pacientes com dor crônica, independente da doença de base, impõe desafios inerentes à multidimensionalidade. Um dos principais é como aferir o resultado das intervenções. Seria possível medir a dor? Tentativas com instrumentos variados têm sido levadas em frente na pesquisa, porém

com pouca adesão na prática clínica diária. (7)

Escalas unidimensionais

As formas mais comuns de medida são as escalas analógicas. São consideradas unidimensionais porque avaliam apenas a intensidade da dor sem levar em conta os demais aspectos clínicos. (5) As escalas podem tomar várias formas, por exemplo, visual (linha de 100 mm), numérica (0 a 10 ou 0 a 100), faces e cores. (7,8) A escolha de qual escala usar depende de cada paciente considerando-se a idade e a cognição. Gallasch & Alexandre compararam quatro tipos dessas escalas em pacientes com baixa escolaridade e concluíram que as escalas numéricas são as mais adequadas com um coeficiente de correlação intraclasse de 0,99. (9) A facilidade e curto tempo de aplicação faz com que esse tipo de instrumento seja o mais utilizado. Por outro lado, já se sabe que o sintoma dor causa impacto importante para além do quão intensa ele se manifesta. Na prática diária, dores de menor intensidade pode ser tão impactantes quando aquelas mais graves. Outros aspectos contam como por exemplo a funcionalidade e mesmo o grau de sofrimento que causam. As escalas unidimensionais não conseguem captar esta complexidade.

Instrumentos multidimensionais

Já o uso de questionários com escalas multidimensionais tem a vantagem de captar não só a intensidade da dor, mas os demais fenômenos que a acompanham, o grau de



incapacidade, aspectos emocionais e mesmo os impactos sociais e ocupacionais. Quanto aos questionários multidimensionais, podemos citar a possibilidade de medida da dor crônica com aqueles específicos para esse fim e ainda questionários genéricos para avaliação de qualidade de vida e estado geral de saúde. Há ainda questionários específicos para doenças ou síndromes particulares tais como a fibromialgia, lombalgia crônica, enxaqueca, disfunção temporomandibular, entre outras.

Como complemento à avaliação da dor temos ainda instrumentos para avaliação de depressão, ansiedade, fadiga e sono que podem ser citados. (8,10)

Em relação aos instrumentos multidimensionais para avaliação da dor citamos o Inventário Breve de Dor (11) e o Questionário para Avaliação de Dor de McGill. (12) O Inventário Breve de Dor (Brief Pain Inventory – BPI) usa escala de 0 a 10 para medir intensidade, interferência na habilidade para caminhar, na capacidade para realizar atividades da vida diária, no trabalho, nas atividades sociais, no humor e no sono. (11) O questionário McGill da Dor (MPQ) é composto por 78 descritores divididos em quatro grupos e 20 subclasses: sensorial discriminativo, afetivo motivacional, avaliativo cognitivo e miscelânea. Cada subclasse tem de 2 a 6 descritores. Ainda há um item referente a avaliação da intensidade da dor.¹² Esse questionário tem uma alternativa mais curta (short form). Outros instrumentos multidimensionais incluem: Clinically Aligned

Pain Assessment (CAPA) Tool, Defense and Veterans Pain Rating Scale, Geriatric Pain Measure, Pain Impact Questionnaire (PIQ-6), Pain Monitor and ShortForm-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS). (13)

Ferramentas específicas para síndromes

Quanto aos questionários mais específicos, existem o Questionário de Impacto da Fibromialgia (14), Escala Fibromiálgica (15) e o Inventário de Sensibilização Central. (16) O Questionário de Impacto da Fibromialgia revisado (FIQR) foi criado em 1991 e modificado em 2009, e possui questões relacionadas às atividades do dia a dia, atividades profissionais e à intensidade dos principais sintomas. Seu escore pode variar de 0 a 100, onde 0 é ausência de impacto e 100 o maior impacto possível. (14)

A escala fibromiálgica (FS) também conhecida por Escala do Distress Polissintomático (PDS), é composta pela soma dos dois índices que compõem os Critérios Preliminares para o Diagnóstico da Fibromialgia (ACR2010/2011/2016), com o intuito de modificar dos critérios originais de 2011 para estudos epidemiológicos e acompanhamento clínico. Os dois índices são a Escala Generalizada de Dor e o Índice de Gravidade dos Sintomas. A FS varia de 0 a 31 e sugere que a fibromialgia seja uma entidade contínua e não categórica. (15) A avaliação da dor nociplástica em doenças reumáticas pode ser realizada através do Inventário de Sensibilização Central. Esse questionário é constituído por duas partes, sendo que a

parte A contém 25 afirmações que pontuadas através de escala Likert de 5 pontos. O escore total varia de zero a 100 pontos. A parte B avalia se o paciente já foi previamente diagnosticado com alguma síndrome de sensibilização central. (16)

O acompanhamento de pacientes com dor crônica, seja em ambiente de pesquisa como na prática clínica, pode utilizar questionários genéricos para avaliar a qualidade de vida em saúde. Entre os possíveis questionários com esse fim, dois se destacam em frequência: Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF 36) (17) e o Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). (18)

O SF-36 é composto por 8 escalas (capacidade funcional, aspectos físicos, vitalidade, dor, estado geral de saúde, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental). Cada escala pode ser pontuada entre de zero a cem, sendo que zero reflete o pior estado geral de saúde e cem, o melhor. (17)

O WHOQOL-100 é constituído por cem perguntas referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. As questões são respondidas através de uma escala tipo Likert e cada escala também varia de 0 a 100. (18)

Outros questionários genéricos presentes na literatura são o Quality of Life Scale (QoL); Health Assessment Questionnaire (HAQ);

Nottingham Health Profile (NHP); European Quality of Life (Euroqol) e o Quality of Well-being Scale (QWB). (19) A extensão desses instrumentos e o tempo necessário para aplicá-los dificulta seu uso na prática diária.

Considerações psicométricas e aplicabilidade

Independente destas escalas serem utilizadas para a avaliação multidimensional da dor ou específicas para algumas doenças ou qualidade de vida, há um desafio em comum que é a aplicabilidade. Em geral o tempo para aplicação é maior e muitas vezes requer uma explicação detalhada ao paciente.

Considerando-se que o tempo da consulta muitas vezes é menor do que o desejável, especialmente na medicina pública, introduzir essas escalas torna-se muito difícil. Em cenários onde o médico conta com outros profissionais da saúde que possam aplicar estes questionários, talvez se torne viável sua utilização. Essa não é a realidade da maioria dos Reumatologistas.

Outra limitação é que a utilização das escalas multidimensionais requer, por parte dos pacientes, um nível cognitivo mínimo para o entendimento das questões. Nos países onde a realidade educacional é limitada, essa pode ser uma dificuldade difícil de se superar.

Sintomas e comorbidades que frequentemente acompanham a dor crônica também apresentam suas próprias métricas. Devemos considerar seu uso quando essas características são marcantes em pacientes



individuais e, às vezes, se sobressaem sobre o sintoma dor. Ainda quando uma abordagem direcionada para esses aspectos clínicos seja prioritário e, portanto, mereçam uma atenção especial.

Entre os sintomas que mais frequentemente acompanham a dor crônica, a fadiga se destaca. Em alguns pacientes, sua intensidade chega a ser o sintoma de maior impacto na qualidade de vida. (20) Assim, a quantificação desse sintoma é importante para a condução dos pacientes. Para tal medida, temos para a fadiga o Fatigue Severity Scale, Fatigue Questionnaire, Multidimensional Fatigue Inventory, Fatigue Impact Scale, Brief Fatigue Inventory entre outros. (21)

Para o sono temos Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Athens Insomnia Scale (AIS), Insomnia Severity Index (ISI), Mini-Sleep Questionnaire (MSQ), Jenkins Sleep Scale (JSS), Leeds Sleep Evaluation Questionnaire (LSEQ), SLEEP-50 Questionnaire e o Epworth Sleepiness Scale (ESS). (22)

A associação entre depressão, ansiedade e dor está bem estabelecida na literatura. Para a avaliação da depressão podemos citar o Patient Health Questionnaire-9 (PHQ), Hamilton Rating Scale for Depression (HRS), Beck Depression Inventory e a Zung Self-Rating Depression Scale. (18) Para a avaliação da ansiedade temos a Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD7), Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRS) e Beck Anxiety Inventory, entre outros. (23-26)

Outro aspecto emocional frequentemente

citado como envolvido nas síndromes de dor crônica com mecanismo nocioplástico é a catastrofização. Essa condição também pode ser medida por questionários específicos, tais como a Pain Catastrophizing Scale. (27) Um aspecto final a ser comentado é a necessidade que todos esses questionários tenham suas qualidades aferidas durante o seu processo de criação. Espera-se desses questionários que tenham validade de conteúdo, consistência interna, reprodutibilidade e responsividade. (28,29) Além disso, o uso em países diferentes requer um processo de tradução padronizado bem como adaptação cultural. (30)

Conclusão

Concluindo, a busca por uma métrica para a dor crônica que seja simples e aplicável ainda está longe de ser alcançada. Algumas síndromes ou doenças específicas avançaram nesse caminho, mas a complexidade desse sintoma desafia o uso de instrumento único para acompanhar a evolução desses pacientes. O uso de escalas multidimensionais proporciona uma avaliação mais completa desse sintoma tão complexo. A busca por condições de viabilizar o uso de escalas multidimensionais envolvendo outros profissionais de saúde deve ser o objetivo a ser alcançado.



Chronic pain in rheumatology

Rheumatology is the internal medicine specialty that studies and treats diseases of the musculoskeletal system. Although the pathophysiological mechanisms may differ from one disease to another, pain is the most frequent symptom and the main reason patients seek medical help.

In rheumatology, chronic pain predominates. It is defined as pain that persists beyond the time required for tissue healing. The International Association for the Study of Pain (IASP) defines chronic pain as that which persists or recurs for more than three months. In the classification of chronic pain proposed by the IASP task force for the ICD-11, rheumatic diseases may fall under primary chronic pain (e.g., fibromyalgia), musculoskeletal pain, or neuropathic pain.

Challenges in pain measurement

Pain is a multidimensional symptom, particularly when chronic, as it involves the original lesion or "trigger," associated symptoms such as fatigue, sleep, and cognitive disturbances, and impacts on personal, family, and social life.

Treating patients with chronic pain, regardless of the underlying disease, involves challenges inherent to its multidimensional nature. One major challenge is how to measure the outcomes of interventions. Is it possible to measure pain? Research has explored various instruments, but they have seen limited use in daily clinical practice.

Unidimensional scales

The most common tools are analog scales, considered unidimensional since they measure only intensity without considering other clinical aspects. These scales can take several forms, such as visual (100 mm line), numerical (0 to 10 or 0 to 100), facial expressions, and colors. The choice depends on patient characteristics, such as age and cognitive function. Gallasch & Alexandre compared four types of these scales in low-education populations and found that numerical scales were most appropriate, with an intraclass correlation coefficient of 0.99. The ease and short time required make these the most widely used tools. However, it is known that pain has impacts beyond intensity alone. In practice, low-intensity pain can be just as disruptive as more severe pain. Other aspects, such as functionality and degree of suffering, are also important. Unidimensional scales fail to capture this complexity.

Multidimensional instruments

In contrast, multidimensional questionnaires can assess not only pain intensity but also other associated phenomena, disability level, emotional state, and social and occupational impacts.

Multidimensional questionnaires may be specific to chronic pain or more general tools assessing quality of life and overall health status. There are also questionnaires designed for specific diseases or syndromes such as fibromyalgia, chronic low back pain, migraine, and temporomandibular dysfunction.



Complementary tools exist to evaluate depression, anxiety, fatigue, and sleep. Among the multidimensional tools for pain assessment, the Brief Pain Inventory (BPI) and the McGill Pain Questionnaire (MPQ) stand out. The BPI uses a 0 to 10 scale to assess pain intensity and its interference with walking, daily activities, work, social activities, mood, and sleep. The MPQ comprises 78 descriptors across four groups and 20 subcategories: sensory-discriminative, affective-motivational, evaluative-cognitive, and miscellaneous. Each subcategory has 2 to 6 descriptors. The MPQ also includes a pain intensity rating item and has a shorter version (Short Form).

Other multidimensional tools include the Clinically Aligned Pain Assessment (CAPA) Tool, Defense and Veterans Pain Rating Scale, Geriatric Pain Measure, Pain Impact Questionnaire (PIQ-6), Pain Monitor, and the SF-36 Bodily Pain Scale.

Specific tools for syndromes

Specific questionnaires include the Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR), the Fibromyalgia Scale (FS), and the Central Sensitization Inventory (CSI).

The FIQR, created in 1991 and revised in 2009, addresses daily activities, professional activities, and symptom intensity. Scores range from 0 to 100, where 0 indicates no impact and 100 the maximum possible impact.

The FS, also known as the Polysymptomatic Distress Scale (PDS), sums the two indices used in the preliminary criteria for fibromyalgia

diagnosis (ACR 2010/2011/2016): the Widespread Pain Index and the Symptom Severity Score. It ranges from 0 to 31 and suggests fibromyalgia exists on a continuum rather than as a categorical condition.

Assessment of nociplastic pain in rheumatic diseases can be conducted using the Central Sensitization Inventory. Part A includes 25 statements rated on a 5-point Likert scale, with total scores ranging from 0 to 100. Part B asks whether the patient has previously been diagnosed with any central sensitization syndrome.

Chronic pain patient follow-up, whether in research or clinical practice, may use general questionnaires to assess health-related quality of life. Two widely used tools are the SF-36 and the WHOQOL-100. The SF-36 includes 8 scales (physical functioning, role limitations due to physical health, vitality, pain, general health perceptions, social functioning, role limitations due to emotional problems, and mental health), scored from 0 to 100 (0 = worst, 100 = best).

The WHOQOL-100 consists of 100 questions across six domains: physical, psychological, level of independence, social relationships, environment, and spirituality/religion/personal beliefs, all using a 5-point Likert scale with scores ranging from 0 to 100.

Other general tools found in the literature include the Quality of Life Scale (QoL), Health Assessment Questionnaire (HAQ), Nottingham Health Profile (NHP), EuroQol, and the Quality of Well-being Scale (QWB). Their length and complexity can hinder routine use.

Psychometric considerations and applicability

Regardless of whether scales are used for multidimensional pain assessment or specific to a condition or quality of life, one common challenge is applicability. These tools often require more time to administer and may demand detailed explanations for patients. In public healthcare settings where consultation time is limited, implementing these scales is difficult. Where other healthcare professionals are available to assist, their use may become feasible—although this is not the reality for most rheumatologists.

Another limitation is that these tools require a minimum cognitive level from patients to understand the questions. In countries with limited educational access, this poses an additional barrier.

Symptoms and comorbidities commonly associated with chronic pain also have their own metrics. Their evaluation should be considered, especially when they significantly affect individual patients or overshadow pain. In such cases, addressing these features may be a priority.

Among symptoms frequently accompanying chronic pain, fatigue is notable. For some patients, fatigue is the symptom with the greatest impact on quality of life. Thus, quantifying fatigue is important in clinical management. Tools include the Fatigue Severity Scale, Fatigue Questionnaire, Multidimensional Fatigue Inventory, Fatigue Impact Scale, and Brief Fatigue Inventory. Sleep assessment tools include the Pittsburgh

Sleep Quality Index (PSQI), Athens Insomnia Scale (AIS), Insomnia Severity Index (ISI), Mini-Sleep Questionnaire (MSQ), Jenkins Sleep Scale (JSS), Leeds Sleep Evaluation Questionnaire (LSEQ), SLEEP-50 Questionnaire, and the Epworth Sleepiness Scale (ESS).

The association between depression, anxiety, and pain is well-established. Depression assessment tools include the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D), Beck Depression Inventory, and Zung Self-Rating Depression Scale. Anxiety tools include the Generalized Anxiety Disorder 7-item scale (GAD-7), Hamilton Anxiety Scale, and Beck Anxiety Inventory, among others.

Another emotional aspect often linked to nociplastic pain syndromes is catastrophizing. This can be measured with tools like the Pain Catastrophizing Scale.

Finally, all these tools must undergo quality validation during development. They should demonstrate content validity, internal consistency, reproducibility, and responsiveness. Additionally, cross-cultural adaptation and standardized translation are essential for use in different countries.

Conclusion

The search for a simple and applicable metric for chronic pain remains a challenge. Some syndromes and specific diseases have made progress, but the complexity of this symptom resists a one-size-fits-all tool.

Multidimensional scales offer a more



comprehensive evaluation of this complex symptom. Efforts should be made to facilitate their use, particularly through the involvement of other healthcare professionals.



Dolor crónico en la reumatología

La reumatología es la especialidad de la medicina interna que estudia y trata las enfermedades del aparato locomotor. Aunque los mecanismos fisiopatológicos pueden diferir entre enfermedades, el dolor es el síntoma más frecuente y la principal causa que lleva a los pacientes a buscar ayuda médica.

En reumatología, predomina el dolor crónico, definido como aquel que persiste más allá del tiempo esperado para la resolución de la lesión. La "International Association for the Study of Pain" (IASP) define el dolor crónico como aquel que persiste o recurre por más de tres meses.

En la clasificación del dolor crónico propuesta por el grupo de trabajo de la IASP para la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), las enfermedades reumáticas pueden clasificarse dentro del dolor crónico primario (como la fibromialgia), el dolor musculoesquelético y el dolor neuropático.

Desafíos en la medición del dolor

El dolor es un síntoma multidimensional que, especialmente cuando es crónico, involucra la lesión o "disparador" original, síntomas asociados como fatiga, trastornos del sueño y cognitivos, y un impacto en la vida personal, familiar y social.

El tratamiento de pacientes con dolor crónico implica desafíos relacionados con su naturaleza multidimensional. Uno de los principales es cómo medir los resultados de las intervenciones. ¿Es posible medir el dolor?

Se han explorado diversos instrumentos, pero con poca adopción en la práctica clínica diaria.

Escalas unidimensionales

Las herramientas más comunes son las escalas analógicas, consideradas unidimensionales porque solo miden la intensidad sin considerar otros aspectos clínicos. Estas escalas pueden ser visuales (línea de 100 mm), numéricas (0 a 10 o 0 a 100), con caras o colores. La elección depende de características del paciente como edad y función cognitiva. Gallasch y Alexandre compararon cuatro tipos de estas escalas en pacientes con bajo nivel educativo y concluyeron que las escalas numéricas son las más adecuadas, con un coeficiente de correlación intraclase de 0,99. Su facilidad y brevedad hacen que sean las más usadas. Sin embargo, se sabe que el dolor impacta más allá de la intensidad. En la práctica, dolores de baja intensidad pueden ser tan incapacitantes como los más severos. Otros aspectos como la funcionalidad y el grado de sufrimiento también cuentan. Las escalas unidimensionales no capturan esta complejidad.

Instrumentos multidimensionales

Por el contrario, los cuestionarios multidimensionales permiten evaluar no solo la intensidad del dolor, sino también fenómenos asociados, grado de discapacidad, aspectos emocionales e impactos sociales y laborales.

Estos cuestionarios pueden ser específicos

para el dolor crónico o más generales, evaluando calidad de vida y estado de salud. También hay cuestionarios para enfermedades o síndromes particulares como fibromialgia, lumbalgia crónica, migraña y disfunción temporomandibular. Además, existen instrumentos para evaluar depresión, ansiedad, fatiga y sueño.

Entre los instrumentos multidimensionales destacan el Inventario Breve de Dolor (Brief Pain Inventory - BPI) y el Cuestionario de Dolor de McGill (McGill Pain Questionnaire - MPQ). El BPI usa una escala de 0 a 10 para medir la intensidad y la interferencia del dolor en caminar, actividades diarias, trabajo, actividades sociales, estado de ánimo y sueño. El MPQ contiene 78 descriptores en cuatro grupos y 20 subcategorías: sensorial-discriminativo, afectivo-motivacional, evaluativo-cognitivo y miscelánea. Cada subcategoría tiene de 2 a 6 descriptores. También incluye un ítem para evaluar la intensidad y cuenta con una versión corta (short form).

Otros instrumentos multidimensionales incluyen el Clinically Aligned Pain Assessment (CAPA) Tool, Defense and Veterans Pain Rating Scale, Geriatric Pain Measure, Pain Impact Questionnaire (PIQ-6), Pain Monitor y SF-36 Bodily Pain Scale.

Herramientas específicas para síndromes

Los cuestionarios específicos incluyen el Cuestionario Revisado de Impacto de la Fibromialgia (FIQR), la Escala Fibromiálgica (FS) y el Inventario de Sensibilización Central

(CSI).

El FIQR, creado en 1991 y revisado en 2009, aborda actividades diarias, profesionales y la intensidad de los síntomas. Su puntuación va de 0 a 100, donde 0 indica ausencia de impacto y 100 el máximo impacto posible.

La FS, también llamada Escala de Malestar Polisintomático (PDS), suma dos índices de los criterios preliminares para el diagnóstico de fibromialgia (ACR 2010/2011/2016): Índice de Dolor Generalizado e Índice de Severidad de Síntomas. Su rango es de 0 a 31 y sugiere que la fibromialgia es un continuo, no una condición categórica.

La evaluación del dolor nociplástico en enfermedades reumáticas puede hacerse mediante el Inventario de Sensibilización Central. La parte A contiene 25 afirmaciones puntuadas en una escala Likert de 5 puntos, con un total de 0 a 100 puntos. La parte B evalúa si el paciente ha sido diagnosticado previamente con algún síndrome de sensibilización central.

El seguimiento de pacientes con dolor crónico, tanto en investigación como en la práctica clínica, puede usar cuestionarios generales para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud. Dos herramientas frecuentes son el SF-36 y el WHOQOL-100. El SF-36 incluye 8 escalas (función física, limitaciones por salud física, vitalidad, dolor, percepción general de salud, función social, limitaciones por problemas emocionales y salud mental), con puntuaciones de 0 a 100 (0 = peor, 100 = mejor).

El WHOQOL-100 consta de 100 preguntas en

seis dominios: físico, psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, ambiente y espiritualidad/religión/creencias personales, usando una escala Likert de 5 puntos con puntuaciones de 0 a 100.

Otros instrumentos generales incluyen Quality of Life Scale (QoL), Health Assessment Questionnaire (HAQ), Nottingham Health Profile (NHP), EuroQol y Quality of Well-being Scale (QWB). Su extensión y complejidad dificultan su uso diario.

Consideraciones psicométricas y aplicabilidad

Independientemente del instrumento, un desafío común es la aplicabilidad. Estos cuestionarios suelen requerir más tiempo y explicación, lo que dificulta su uso en consultas con tiempo limitado, especialmente en salud pública. Su uso puede ser viable donde otros profesionales de la salud puedan aplicarlos, aunque esto no es común en reumatología.

Otra limitación es el nivel cognitivo mínimo requerido para entender los cuestionarios, un obstáculo en países con acceso educativo limitado.

Los síntomas y comorbilidades asociados frecuentemente al dolor crónico también tienen sus propias métricas. Su evaluación debe considerarse especialmente cuando afectan significativamente al paciente o predominan sobre el dolor, y cuando merecen atención prioritaria.

Entre estos síntomas, la fatiga destaca por su impacto en la calidad de vida, siendo en

algunos casos el síntoma más discapacitante. Por eso, es importante su cuantificación mediante herramientas como Fatigue Severity Scale, Fatigue Questionnaire, Multidimensional Fatigue Inventory, Fatigue Impact Scale y Brief Fatigue Inventory.

Para el sueño se usan: Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Athens Insomnia Scale (AIS), Insomnia Severity Index (ISI), Mini-Sleep Questionnaire (MSQ), Jenkins Sleep Scale (JSS), Leeds Sleep Evaluation Questionnaire (LSEQ), SLEEP-50 Questionnaire y Epworth Sleepiness Scale (ESS).

La relación entre depresión, ansiedad y dolor está bien documentada. Para depresión: Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D), Beck Depression Inventory y Zung Self-Rating Depression Scale. Para ansiedad: Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7), Hamilton Anxiety Scale y Beck Anxiety Inventory, entre otros.

Un aspecto emocional importante en síndromes de dolor crónico con mecanismo nociplástico es la catastrofización, evaluada con cuestionarios como Pain Catastrophizing Scale.

Finalmente, todos estos cuestionarios deben ser validados en cuanto a validez de contenido, consistencia interna, reproducibilidad y capacidad de respuesta. Además, requieren procesos estandarizados de traducción y adaptación cultural para su uso en distintos países.

Conclusión



La búsqueda de una métrica simple y aplicable para el dolor crónico sigue siendo un desafío. Algunos síndromes y enfermedades específicas han logrado avances, pero la complejidad de este síntoma resiste el uso de una herramienta única. Las escalas multidimensionales ofrecen una evaluación más completa de este síntoma tan complejo. Se deben hacer esfuerzos para facilitar su uso, especialmente mediante la participación de otros profesionales de la salud.

Referências

- 1 - The problem of pain in rheumatology: variations in case definitions derived from chronic pain phenotyping algorithms using electronic health records. *The Journal of Rheumatology*. 2024;51(3):297–304.
- 2 - Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*. 2029;160(1):19–27.
- 3 - Kang Y, Trewern L, Jackman J, McCartney D, Soni A. Chronic pain: definitions and diagnosis. *BMJ*. 2023;381.
- 4 - Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*. 2012;156(6):1003–1007.
- 5 - Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *The Lancet*. 2021;397(10289):2082–2097.
- 6 - Olivier A. The social dimension of pain. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*. 2024;23(2):375–408.
- 7 - Pimenta CAM. Escalas de avaliação de dor. In: Teixeira MD (ed.) *Dor: conceitos gerais*. São Paulo: Limay; 1994. p. 46–56.
- 8 - Hawker GA, Mian S, Kendzerska T, French M. Measures of adult pain: Visual analog scale for pain (VAS Pain), numeric rating scale for pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), short-form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), chronic pain grade scale (CPGS), short form-36 bodily pain scale (SF-36 BPS), and measure of intermittent and constant osteoarthritis pain (ICOAP). *Arthritis Care & Research*. 2011;63(S11):S240–S252.
- 9 - Gallasch CH, Alexandre NMC. The measurement of musculoskeletal pain intensity: a comparison of four methods. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2007;28(2):260.
- 10 - Bendinger T, Plunkett N. Measurement in pain medicine. *BJA Education*. 2016;16(9):310–315.
- 11 - Stanhope J. Brief Pain Inventory review. *Occupational Medicine*. 2016;66(6):496–497.
- 12 - Burckhardt CS. The use of the McGill Pain Questionnaire in assessing arthritis pain. *Pain*. 1984;19:305–314.
- 13 - Scher C, Petti E, Meador L, Van Cleave JH, Liang E, Reid MC. Multidimensional pain assessment tools for ambulatory and inpatient nursing practice. *Pain Management Nursing*. 2020;21(5):416–422.
- 14 - Paiva ES, Heymann RE, Rezende MC, Helfenstein Jr M, Martínez JE, Provenza JR et al. A Brazilian Portuguese version of the Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR): a validation study. *Clinical Rheumatology*. 2013;32:1199–1206.
- 15 - Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RS et al. Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: a modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology*. 2011;38(6):1113–1122.
- 16 - Mayer TG, Neblett R, Cohen H, Howard KJ, Choi YH, Williams MJ et al. The development and psychometric validation of the Central Sensitization Inventory. *Pain*

Practice. 2012;12(4):276–285.

17 - Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Rev Bras Reumatol. 1999;39(3):143–150.

18 - Fleck MPDA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. Ciência & Saúde Coletiva. 2000;5:33–38.

19 - Coons SJ, Rao S, Keininger DL, Hays RD. A comparative review of generic quality-of-life instruments. Pharmacoeconomics. 2007;17:13–35.

20 - Shoenfeld Y, Ryabkova VA, Scheibenbogen C, Brinl L, Martinez-Lavin M, Ikeda S et al. Complex syndromes of chronic pain, fatigue and cognitive impairment linked to autoimmune dysautonomia and small fiber neuropathy. Clinical Immunology. 2020;214:108384.

21 - Hjollund NH, Andersen JH, Bech P. Assessment of fatigue in chronic disease: a bibliographic study of fatigue measurement scales. Health and Quality of Life Outcomes. 2007;5:1–5.

22 - Fabbri M, Beracci A, Martoni M, Meneo D, Tonetti L, Natale V. Measuring subjective sleep quality: a review. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18(3):1082.

23 - Costello CG, Comrey AL. Scales for measuring depression and anxiety. The Journal of Psychology. 1967;66(2):303–313.

24 - Joiner Jr TE, Walker RL, Pettit JW, Perez M, Cukrowicz KC. Evidence-based assessment of depression in adults. Psychological Assessment. 2005;17(3):267.

25 - Therrien Z, Hunsley J. Assessment of anxiety in

older adults: a systematic review of commonly used measures. Aging & Mental Health. 2012;16(1):1–16.

26 - Williams N. The GAD-7 questionnaire. Occupational Medicine. 2014;64(3):224.

27 - McWilliams LA, Kowal J, Wilson KG. Development and evaluation of short forms of the Pain Catastrophizing Scale and the Pain Self-efficacy Questionnaire. European Journal of Pain. 2015;19(9):1342–1349.

28 - Terwee CB, Bot SD, de Boer MR, van der Windt DA, Knol DL, Dekker J et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. Journal of Clinical Epidemiology. 2007;60(1):34–42.

29 - Keszei AP, Novak M, Streiner DL. Introduction to health measurement scales. Journal of Psychosomatic Research. 2010;68(4):319–323.

30 - Rahman A, Iqbal Z, Waheed W, Hussain N. Translation and cultural adaptation of health questionnaires. JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association. 2003;53(4):142–147.



GLOBAL RHEUMATOLOGY

BY PANLAR

globalrheumpanlar.org