

# **EVALUACIÓN DEL DOLOR INSTRUMENTOS DISPONIBLES CUÁNDO, CÓMO Y QUIÉN DEBE MEDIR EL DOLOR**

**Dr. Juan Carulla Torrent**  
**Coordinador de Oncología y Cuidados Continuos**  
**Hospital General "Mateu Orfila"**  
**IB-Salut. Menorca. Illes Balears**  
**[juan.carulla@hgmo.es](mailto:juan.carulla@hgmo.es)**

# DOLOR EN CÁNCER. EPIDEMIOLOGÍA

- ▶ 95% podrían estar libres de dolor , pero se optimiza en el 50%.
- ▶ Dolor = fase terminal de la enfermedad.
- ▶ 75% de los pacientes encamados
- ▶ 50% de los pacientes ambulantes.
- ▶ 60-90% con enfermedad avanzada sufren dolor de intensidad moderada-severa.
- ▶ 17 millones diagnosticados al año
- ▶ > 5 millones fallecen.
- ▶ OMS: Prevalencia : 40% digestivos. 78% ginecológicos.
- ▶ 880 pacientes oncológicos, avanzados:
  - 78% con dolor.
  - 72% tratado con opioides mayores (\*)
- ▶ 116 ingresos consecutivos:
  - 40% por dolor
  - 45% dolor irruptivo

**(\*)Carulla J: "Prevalencia del uso de opioides en Cataluña en pacientes con enfermedad neoplásica avanzada" Med Pal (1999); 56: 67-74**

# DEFINICIONES

- ▶ El dolor es una sensación y una emoción
  - **Sensibilidad:** Capacidad que tiene el individuo de percibir los cambios que ocurren en el medio externo e interno del individuo. Estímulos.
  - **Sensación:** Capacidad de sentir las cualidades de un objeto. Se desencadena al actuar el estímulo sobre los receptores periféricos.
- ▶ La mente modifica esa percepción (umbral individual)
  - **Dimensión afectiva** (ansiedad, depresión, confusión)
  - **Dimensión cognitiva** (interpretación del dolor, estrategias de afrontamiento)
  - **Dimensión socio-cultural** (apoyo familiar, religión, espiritual, conflictos de renta...)
  - **DOLOR TOTAL**
- ▶ **DOLOR NOCICEPTIVO: SOMÁTICO Y VISCERAL**
- ▶ **DOLOR NEUROPÁTICO: CENTRAL O PERIFÉRICO**
- ▶ **DOLOR AGUDO: < 3 MESES > DOLOR CRÓNICO**

## **FACTORES PRONOSTICOS** ***Edmonton Staging System***

***Bruera et al: "A prospective multicenter assessment of the Edmonton Staging System for cancer pain". J Pain Symptom Manage, 1995; 10: 348-355***

### **Estadio I**

- ▶ **Dolor visceral, óseo o de partes blandas**
- ▶ **No dolor incidental**
- ▶ **No distrés emocional**
- ▶ **Δ lenta de opioides**
- ▶ **No drogodependencias**
- ▶ **Control 93%**

### **Estadio II**

- ▶ **Dolor neuropático, mixto o desconocido**
- ▶ **Dolor incidental**
- ▶ **Distrés emocional**
- ▶ **Δ rápida de opioides**
- ▶ **Drogodependencias**
- ▶ **Control 55%**

# CLASIFICACION DEL DOLOR DE EDMONTON

- ▶ **Indicar el estadio de dolor según las características del mismo. La presencia de uno de los criterios que corresponden al estadio III, indica un dolor de mal pronóstico y lo clasifica como estadio III.**
- ▶ **El estadio I corresponde a las características indicadas en el cuadro y el estadio II, de pronóstico intermedio, corresponde cuando las características del dolor no corresponde ni al estadio I ni al estadio III**

<b>A1</b> Visceral	<b>B1</b> No incidental	<b>C1</b> <60 mg morfina	<b>D1</b> No alterac cognitiva	<b>E1</b> No distrés	<b>F1</b> <5% dosis inicial/día	<b>G1</b> No adicción
<b>A2</b> Somático	<b>B2</b> Incidental	<b>C2</b> 60-300 mg morfina	<b>D2</b> Alteración cognitiva	<b>E2</b> Distrés	<b>F2</b> 5% dosis inicial/día	<b>G2</b> Adicción
<b>A3</b> Neuropáti co		<b>C3</b> >300 mg morfina				
<b>A4</b> Mixto						
<b>A5</b> Desconoci do						

**ESTADIO I:** A1, A2, B1, C1, C2, D1, E1, F1, G1

**ESTADIO II:** A4, A5, C3, D2

**ESTADIO III:** A3, B2, E2, F2, G2

**La existencia de un solo factor de mal pronóstico ya clasifica al paciente en ESS II.**

**El factor que determina un mayor riesgo de mal control del dolor es la existencia de historia previa de drogodependencias y enolismo.**

# EVALUACIÓN DEL DOLOR

- ▶ El dolor asociado a cáncer es con frecuencia inadecuadamente tratado.
- ▶ Multietiológico:
  - ▶ Progresión tumoral.
  - ▶ Procedimientos diagnósticos o terapéuticos.
  - ▶ Toxicidad aguda o diferida por RT o QT.
  - ▶ Infecciones.
  - ▶ Dolores musculares por inactividad física o encamamiento.
  - ▶ Causa sufrimientos innecesarios.
  - ▶ Incide en la disminución de las AVD, apetito y sueño.
  - ▶ Emocionalmente: efectos devastadores: ansiedad y/o depresión.



# PRINCIPIOS GENERALES

## Recomendaciones de la Sociedad Americana del Dolor:

- ▶ Estudio adecuado.
- ▶ Diagnóstico precoz.
- ▶ Exploración completa.
- ▶ Frecuentes revisiones para evaluar la respuesta al tratamiento.
- ▶ Equipo multidisciplinar.
- ▶ Plan de cuidados.
- ▶ Paciente, familia y equipo.
- ▶ Tratamiento eficaz, seguro, adecuado al coste y situación socio-cultural, con acceso a sistemas de alta especialización cuando se requiera.

# **EVALUACIÓN INICIAL DEL DOLOR**

## **Objetivos:**

**Definir su fisiopatología, intensidad y repercusión en el paciente.**

**La evaluación del dolor debe basarse en cuatro pilares:**

- ▶ **Anamnesis e historia clínica general y específicamente orientada al dolor.**
- ▶ **Exploración clínica.**
- ▶ **Evaluación psicosocial.**
- ▶ **Diagnóstico.**

# REGLAS "ABCDE"

- ▶ **A: Averiguar** regularmente la situación del dolor y medirlo sistemáticamente, con instrumentos sencillos.
- ▶ **B: Basarse** siempre en la información que el paciente aporta sobre el dolor y lo que lo alivia.
- ▶ **C: Capacitar** a los pacientes y familias para que puedan controlar las situaciones, evaluando.
- ▶ **D: Distribuir** las intervenciones de forma coordinada.
- ▶ **E: Escoger** la opción mejor para el paciente.

# EVALUACIÓN INICIAL DEL DOLOR

## **Interrogar al paciente sobre:**

- ▶ **Intensidad.**
- ▶ **Localización.**
- ▶ **Número de dolores (81% presentan > 2 dolores).**
- ▶ **Características.**
- ▶ **Modificaciones del mismo.**
- ▶ **Eficacia del tratamiento iniciado.**
- ▶ **Considerar otros síntomas.**
- ▶ **Considerar otras enfermedades asociadas.**
- ▶ **Antecedentes de adicciones.**

# EVALUACIÓN DEL DOLOR ONCOLÓGICO

## ▶ Herramientas unidimensionales:

- EVA
- Subescala afectiva del Mc Gill
- Localización: muñeco cuerpo humano.

## ▶ Herramientas multidimensionales:

- Brief pain Inventory (en español)
- Memorial Pain Assessment Card (en curso)
- Mc Gill Pain Questionnaire

# ESCALAS DESCRIPTIVAS SIMPLES

- ▶ Tienen carácter unidimensional y sólo determinan la magnitud del dolor.
- ▶ La escala descriptiva simple está basada en la calificación del dolor atendiendo a su intensidad.
  - **0. No dolor**
  - **1. Dolor leve o ligero**
  - **2. Dolor moderado**
  - **3. Dolor intenso.**
- ▶ La escala de alivio del dolor es más eficaz (?)  
**Ningún alivio**      ⇒      **Alivio completo**
- ▶ Puntuación Total del Dolor ordinal (PTAD).  
**Suma de las puntuaciones del alivio en cada observación según la escala descriptiva.**

# ESCALA VISUAL ANALÓGICA DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR (EVA-I)

Las escalas visuales analógicas o "Visual Analogue Scale" (VAS) fueron empleadas inicialmente en la valoración del estado de ánimo en Psicología. Dada su simplicidad y su teórica facilidad de cumplimentación fueron rápidamente adaptadas para la medición de la intensidad del dolor.

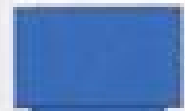
La EVA consiste en una línea de 10 cm. con dos extremos de intensidad (no dolora dolor extremo). El paciente hace una marca en la línea que representará el nivel de intensidad del dolor.

Se debe anotar la medida en mm. recomendándose la línea entre 0 y 100 mm.

La EVA ha demostrado sensibilidad asociada al estado general, en no cáncer, ambulatoriamente o en ingresados, en estrés psicológico, en medidas globales de calidad de vida.

Sólo hay una diferencia del 15% entre la valoración subjetiva del paciente y la opinión del personal observador sanitario.

Máximo dolor imaginable



10

Dolor insuportable

9

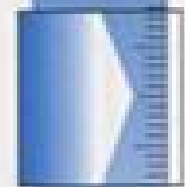
Dolor muy fuerte

8

7

Dolor fuerte

6



5

Dolor moderado

4

3

Dolor leve

2

1

Dolor muy leve

0

Ausencia de dolor

Sin de dolor

Escala analógica visual

Escala verbal simple



# CUESTIONARIO DE DOLOR DE Mc Gill



## **CUESTIONARIOS MULTIDIMENSIONALES: La falta de un componente emocional en las escalas unidimensionales propició la búsqueda de valoración del componente afectivo**

- ▶ MPQ: Propuesto por Melzack y Togerson (1975)
  - Valoración desde la triple perspectiva: Témporo-espacial, afectivo-motivacional y evaluativa.
  - 78 adjetivos distribuidos en 20 grupos.
  - Cada término tiene asignado un rango que permite obtener una puntuación , llegando al "Pain Rating Index" (PRI) o Índice de Valoración del Dolor.
  - También contiene un apartado de intensidad del dolor: "Present Pain Index" o Índice de Intensidad del Dolor.
  - Cuestionario largo: 10-20'.
  - Existe una versión reducida de 15 ítems.
  - Ha tenido que ser adaptado a distintos países.
  - Lázaro C et al: "The development of a spanish questionnaire for assesing pain: preliminary data concerning reliability and validity". Eur J Psychol Assessment (1994); 10: 141-151.

# EVALUACIÓN DEL DOLOR: ESCALAS Y TIPOS DE EVALUACIÓN

McGill Pain Questionnaire

Patient's Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_ am/pm

PH: S \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ E \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ PH(1) \_\_\_\_\_ PH(2) \_\_\_\_\_ PH(3) \_\_\_\_\_

11-100 101-150 151-200 201-250 251-300 301-350

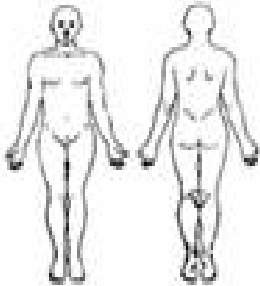
1. Burning	11. Itching	BEST _____ BEST _____ BEST _____ MOMENTARY _____ PERSISTENT _____ STEADY _____ TRANSCIENT _____ INTERMITTENT _____ CONSTANT _____
2. Stinging	12. Stinging	
3. Sharp	13. Prickling	 <p>                     E = EXTERNAL                      I = INTERNAL                 </p>
4. Dull	14. Aching	
5. Tender	15. Sore	COMMENTS: _____ _____ _____
6. Tender	16. Tender	
7. Hot	17. Stinging	
8. Tingling	18. Cold	
9. Swelling	19. Numbness	
10. Tension	20. Numbness	
	21. No Pain	
	22. No Pain	
	23. Discomfort	
	24. Discomfort	
	25. Discomfort	

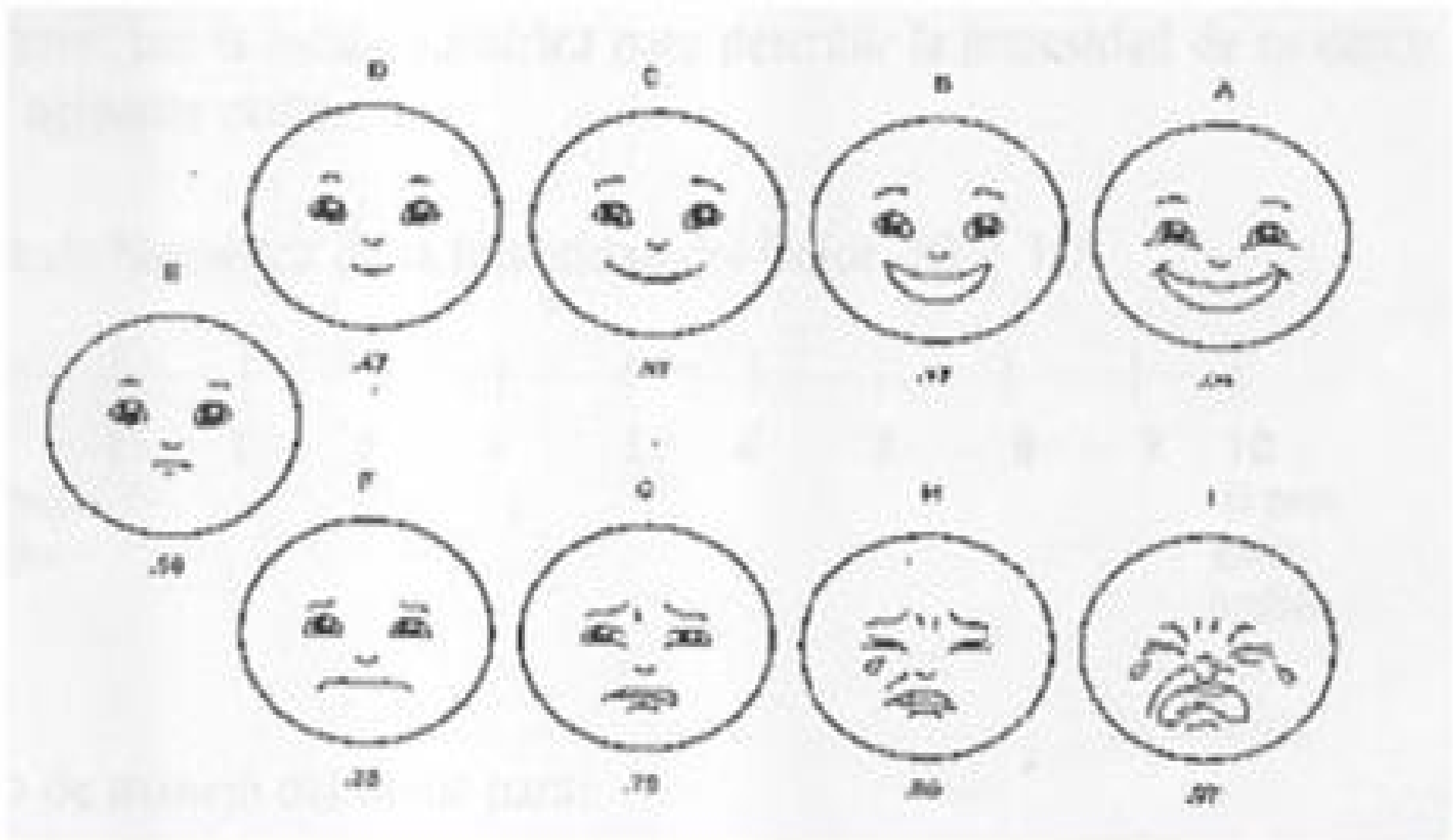
Figura 5. Cuestionario de McGill. Las formas de descripción del dolor se dividen en cuatro grupos: sensoriales (1-10), afectivos (11-15), evaluativos (16) y misceláneas (17-20). Reproducido de la referencia 6.

## COMPONENTES DEL CUESTIONARIO

- SENSITIVO (1-10)
- AFECTIVO (11-15)
- COGNITIVO (16)
- MISCELÁNEA (17-20)

# Wisconsin Brief Pain Questionnaire (Brief Pain Inventory)

- ▶ Desarrollado para ser empleado en estudios epidemiológicos y clínicos para evaluar la efectividad del tratamiento analgésico.
- ▶ Autoadministrado, de fácil comprensión.
- ▶ Dos dimensiones:
  - La intensidad (4 ítems)
  - El impacto del dolor en las AVD (7 ítems)
  - Nivel de alivio, localización del dolor y causas del dolor (15 ítems)
- ▶ Versión española: Badía X. et al & Grupo VESBPI: "*Validation of the spanish version of the Brief Pain Inventory in patients with oncologic pain*" *Med Clin (Barcelona)* (2003); 120: 52-59



ESCALA DE EXPRESIÓN FACIAL DE McGrath

# VALORACIÓN DEL DOLOR: MÉTODOS DE VALORACIÓN GLOBAL DE SÍNTOMAS

- ▶ Escala de medición de síntomas de Edmonton (ESAS)
- ▶ Escala de medición de síntomas del MSKCC (MSAS).
- ▶ FACT.
- ▶ Evaluación de la intensidad del dolor y sus características:
  - Patrón temporal: Cuándo, con que frecuencia, ha cambiado la intensidad del dolor?.
  - Localización: Dónde, en más de un sitio?.
  - Descripción: Cómo, que palabras utilizaría para describirlo?.
  - Intensidad: 0 a 10.
  - Factores de empeoramiento y alivio.
  - Tratamientos previos.
  - Efecto: en las funciones físicas y sociales.

# EXAMEN FÍSICO Y NEUROLÓGICO

## EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

## EVALUACIÓN PSICOSOCIAL

- ▶ Localización del dolor y evaluación del patrón de irradiación
- ▶ Realización de la evaluación neurológica completa.
- ▶ Evaluar la situación oncológica.
- ▶ Estudios radiológicos.
- ▶ Identificar las limitaciones de los estudios diagnósticos.
- ▶ Grado de comprensión de la situación por paciente y cuidador.
- ▶ Significado del dolor para el paciente y su familia.
- ▶ Experiencias anteriores en dolor.
- ▶ Respuestas típicas del paciente ante el dolor.
- ▶ Conocimiento de las expectativas para control del dolor.
- ▶ Impacto económico del dolor y su tratamiento.
- ▶ Cambios en el comportamiento como consecuencia del dolor.

# ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS CON EL PACIENTE

▶ *"Symptom control trials: A 20-year experience"*.

*Ch L. Loprinzi et al. J Support Oncol (2007); 5: 119-125.*

- El grupo liderado por la Clínica Mayo y el programa oncológico clínico comunitario (CCOP) del NCI, inició hace 20 años, estudios simultáneos sobre el control de 13 síntomas paralelamente a los ensayos clínicos de tratamiento "específico". En 1986 con la mucositis, siguiendo con la caquexia-anorexia y desde 1988, 7 estudios sobre tratamiento del dolor. El grupo ha publicado los resultados positivos y negativos, metodología honesta que deberíamos imitar puesto que determina el curso de la enfermedad y la calidad de vida del paciente.

▶ *"Oncologists' perceptions of cancer pain management in Spain: The real and the ideal"*:

*Carulla J, Jara C, Sanz J et al : European Journal of Pain (2007); 11: 352-359.*

- En el estudio de percepción de los propios oncólogos, la discrepancia mayor entre lo ideal y lo real se encuentra en el fallo que cometemos al no dar información ni instrucciones por escrito al paciente, así como no verificar si ha entendido nuestras instrucciones.



*"Pain management in hospitalized cancer patients: A systematic review". Gabrielle R Goldberg, R. Sean Morrison. (2007) J Clin Oncol; 25: 1792-1801.*

- ▶ En los últimos 20 años , escasas publicaciones sobre evaluación de proceso en el manejo del dolor en el paciente oncológico ingresado.
  - 4 estudios sobre intervenciones educativas en staff de enfermería.
  - 2 estudios sobre educación en pacientes oncológicos hospitalizados.
  - 9 estudios sobre evaluación del dolor y repercusiones en la calidad percibida por el paciente.
  - 3 estudios sobre auditoría y cambios en el sistema.
  - 3 estudios sobre implementación de interconsultas a clínicas del dolor en dolor complejo.
- ▶ Es necesario incluir 5 intervenciones:
  - Educar a staff y pacientes.
  - Evaluar el dolor como 5º signo vital.
  - Auditoría y feedback de resultados.
  - Registros computerizados de las evaluaciones.
  - Aumento de la ratio de consultas a equipos especializados en dolor complejo.

# ESCALERA DE LA OMS

## ▶ ESCALON 1: Dolor leve o moderado

- Analgésicos no opioides +/- adyuvantes
- Permite la combinación de varios fármacos
- Paracetamol

## ▶ ESCALON 2: Dolor moderado a severo

- Introduce opioides débiles +/- adyuvantes
- Codeína → Tramadol.

## ▶ ESCALON 3: Dolor severo o no controlado con los fármacos previos:

- Morfina y derivados
- Combinados con adyuvantes

# DOLOR NEUROPATICO

- ▶ Es el dolor secundario a la afectación de las vías sensitivas de un nervio periférico o bien estructuras del SNC.
- ▶ Responde mal a los opioides (?).
- ▶ El éxito en el control del dolor reside en el manejo de los coadyuvantes y rotación precoz de opioides (metadona).

# DOLOR IRRUPTIVO

Es la exacerbación transitoria del dolor que aparece sobre la base de un dolor persistente y estable, generalmente tratado con opioides.

- ▶ **Incidental:** 53%
- ▶ **Espontáneo:** 32%
- ▶ **Fallo final de dosis:** 15%

*Gómez-Batiste X, Madrid F, Moreno F, "Breakthrough cancer pain: prevalence and characteristics in patients in Catalonia, Spain". Estudio ESPIDCAT. J Pain Symptom Manage; 2002; 24: 45-53.*

- ▶ **Intensidad moderada a severa (EVA: 7,3 mm)**
- ▶ **Frecuencia de crisis: 1-4 /24h**
- ▶ **Aparición rápida (< 3' en el 43% pacientes)**
- ▶ **Duración de la crisis corta: 30'.**
- ▶ **Tiempo hasta obtener respuesta analgésica: 23,4'**

# Fisiopatología del dolor irruptivo

<b>Clasificación</b>	<b>Tejidos lesionados</b>	<b>Descripción</b>	<b>Tratamiento</b>
<b>Somático</b>	<b>Todos los tejidos del organismo</b>	<b>palpitante, continuo, punzante</b>	<b>opioides</b>
<b>Visceral</b>	<b>órganos</b>	<b>profundo, sordo, continuo</b>	<b>opioides</b>
<b>Neuropático</b>	<b>SNC o SNP</b>	<b>quemante, hormigueo, lancinante</b>	<b>analgesia coadyuvante</b>

# TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Las características de las crisis determinan un tipo de analgesia con:

- ▶ alta potencia
- ▶ respuesta rápida
- ▶ corta duración
- ▶ escasos efectos secundarios

(suponiendo control del dolor basal y corregido final de dosis !!)

*Valentin V, Camps C, Carulla J, et al: “Tolerabilidad y efectividad del citrato de fentanilo oral transmucoso en el tratamiento a largo plazo del dolor irruptivo en pacientes oncológicos: estudio ECODIR”, (2004)*

**CFOT (Citrato de fentanilo oral transmucoso): su acción se inicia a los 5', presentaciones de 200 a 1600 µg , equivalentes a 6-48 mg de sulfato de morfina oral rápida (con absorción rápida equivalente a la vía ev !!).**

**Sobre 174 pacientes, tiempo de alivio medio de 12,7', con alta reducción de la intensidad del dolor, comparado con otros opioides**



## CONCLUSIONES:

### ¿Qué deberíamos transmitir al paciente y familia por parte del equipo?

- ▶ Necesidad de una Hª descriptiva completa, con exploración “explicativa” de la etiología de cada dolor.
- ▶ Evaluación de la EVA del dolor y su relación con la presencia de “racimos” de síntomas. Tiempo hasta la RP o RC del dolor.
- ▶ Explicación de la mejor opción terapéutica en cada momento.
- ▶ Registro de la “compliance” del tratamiento.
- ▶ Desmitificación del uso de opioides.
- ▶ Dar por escrito las explicaciones y los instrumentos de medida.
- ▶ Transmitir la filosofía del “no abandono”, monitorización telefónica.
- ▶ Registros computerizados de la evolución de síntomas y del alivio conseguido.
- ▶ Evaluación continuada de la percepción de calidad recibida por el paciente.
- ▶ Evaluación de toxicidades.
- ▶ Transmitir que para el dolor, como síntoma impactante, disponemos del mejor arsenal, prácticamente inagotable y personalizado.
- ▶ Si se ha usado RT antiálgica, evaluar a corto-medio plazo y disminuir dosis de opioides para evitar intoxicación.

**Gracias por su atención**