

Valoración del dolor en el paciente oncológico

O. FARIÑAS, E. GÜELL, M. PRADA Y A. PASCUAL

RESUMEN

La evaluación cuidadosa del dolor del cáncer por parte de todos los profesionales sanitarios es imprescindible para su control adecuado.

El dolor es una experiencia sensorial y emocional subjetiva, desagradable, asociada a daño tisular potencial o real. Precisamente por su carácter subjetivo y la variabilidad en su expresión y tolerancia por los individuos es difícil de evaluar.

Para hacer una correcta evaluación del dolor es preciso analizar este síntoma con una anamnesis detallada y sistemática que recoja: las características cualitativas del dolor, su localización e intensidad, los factores modificadores y la respuesta analgésica. Además, la experiencia del paciente depende de la influencia de factores culturales, ambiente familiar y social, función cognitiva, biografía, expectativas y creencias.

En el presente artículo se revisan las herramientas más utilizadas y contrastadas para proceder a evaluar el dolor oncológico.

Se han descrito muchas características asociadas con la complejidad del dolor del cáncer. En la clasificación por estadios de Edmonton para el dolor del cáncer revisada, cinco características –mecanismo del dolor, dolor incidental, *distress* psicológico, conducta adictiva y función cognitiva– han mostrado valor pronóstico para el control del dolor.

Palabras clave: Dolor oncológico. Mecanismos de dolor. Evaluación del dolor.

Unidad de Cuidados Paliativos
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Universidad Autónoma de Barcelona
Barcelona

ABSTRACT

Assessment of cancer pain is imperative for all health care professionals because failure to assess pain can lead to its undertreatment.

Pain is an unpleasant sensory and emotional subjective experience associated with actual or potential tissue damage. Because of its subjective character, variability of expression and tolerance by each individual, is difficult to assess.

For a correct assessment of pain, it is important to analyze this symptom with a systematic and detailed anamnesis that collects: the qualitative pain characteristics, its localization and intensity, the factors that modifies it, and the analgesic response. The patient's experience of pain depends on the influence of culture, social and familiar environment, cognitive function, life experiences, expectations and beliefs.

Some of the most used assessment tools to proceed to a detailed assessment of cancer pain are quoted in this essay.

There are a variety of characteristics associated with the complexity of cancer pain management. In the revised Edmonton classification system for cancer pain, five features –pain mechanism, incident pain, psychological distress, addictive behavior and cognitive function– have demonstrated prognostic value for control pain. (DOLOR. 2009;24:7-13)

Corresponding author: Óscar Fariñas, ofarinas@santpau.cat

Key words: Cancer pain. Pain mechanisms. Pain assessment.

Dirección para correspondencia:

Óscar Fariñas
Unidad de Cuidados Paliativos
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Universidad Autónoma de Barcelona
Sant Antoni Maria Claret, 167
08025 Barcelona
E-mail: ofarinas@santpau.cat

INTRODUCCIÓN

El dolor es un síntoma con un gran impacto en pacientes con cáncer, tanto por su elevada prevalencia como por la preocupación y percepción de amenaza que ocasiona. La estrategia terapéutica del dolor requiere una combinación ajustada de medidas farmacológicas y no farmacológicas por parte de todos los profesionales que intervienen en la atención al paciente. Un paso previo absolutamente imprescindible es una valoración integral de los múltiples componentes de la experiencia dolorosa¹.

Una de las mayores dificultades para definir el dolor es su subjetividad. La IASP (Asociación Internacional para el Tratamiento del Dolor) lo define como «una experiencia sensorial y emocional subjetiva de carácter desagradable asociada a un daño tisular potencial o real o descrita en términos de dicho daño». A su vez, el *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española* lo considera «una sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior».

En estas dos definiciones se encuentran los aspectos más relevantes a la hora de definir la sensación dolorosa. Por un lado, se habla de «experiencia sensorial». Este concepto remarca un hecho importante. El organismo «aprende» a identificar la sensación dolorosa y la asocia a determinadas situaciones previas. Por ejemplo, en experimentos de laboratorio de condicionamiento animal, si se asocia un determinado estímulo a un refuerzo negativo doloroso, en presencia de ese estímulo se puede desencadenar una respuesta de evitación y una sensación desagradable sin haber llegado a herir o provocar dolor directamente.

Los términos «emocional» y «aflictiva» vienen a señalar el hecho de que el dolor afecta emocionalmente a la persona o la aflige. A la vez el estado emocional de la persona influye sobre la forma de tolerar o percibir el dolor. Por otro lado, la sensación dolorosa transmitida por las vías nerviosas aferentes se hace consciente a nivel cortical, pero asociado a las experiencias previas del individuo y según su estado producen una respuesta emocional.

Un término importante es el carácter «subjetivo» del dolor. Cada persona lo siente, lo define e incluso lo tolera de forma diferente. La respuesta analgésica varía en cada persona. La principal fuente de información sobre el dolor es, indudablemente, el paciente. Por ello es tan importante la anamnesis en el

diagnóstico y tratamiento del dolor. También es muy importante no añadir la subjetividad del profesional sanitario. Es decir, que si el paciente refiere que le duele significa que tiene dolor o percibe dolor. No hay que entrar a hacer valoraciones sobre la tolerancia al dolor de ese paciente en relación con otros pacientes o dejarnos influir por nuestros propios prejuicios.

La parte visible de la experiencia dolorosa es la expresión de la misma, no su producción a nivel de los receptores de dolor ni su percepción en el SNC. Los profesionales sanitarios hemos de tener en cuenta que la expresión del dolor dependerá en gran medida de las influencias culturales, el estado cognitivo, las experiencias vitales, las expectativas, las creencias y la escala de valores de cada persona. Todos estos factores pueden agravar o mejorar el dolor padecido².

MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS Y CAUSAS DE DOLOR ONCOLÓGICO

Los pacientes con cáncer pueden experimentar dolor agudo o crónico debido al propio tumor, a procedimientos diagnósticos o terapéuticos o a enfermedades preexistentes.

Clásicamente, se ha dividido al dolor como nociceptivo-inflamatorio (somático y visceral), debido a activación directa de nociceptores, y neuropático, debido a lesión nerviosa. Cada uno de estos dolores tiene características clínicas que pueden ayudar en la identificación y orientación del tratamiento (Tabla 1). No obstante, el dolor del cáncer es un síndrome complejo, en muchas ocasiones mixto, con componentes inflamatorios, neuropáticos e isquémicos³.

El dolor somático se produce por activación de nociceptores cutáneos o, con mayor frecuencia, de estructuras más profundas musculares y óseas. Este tipo de dolor suele tener un componente inflamatorio. La lesión tisular produce una liberación de productos como sustancia P, bradicininas, citocinas y prostaglandinas que sensibilizan a otros nociceptores reduciendo su umbral de activación con la consiguiente hiperalgesia periférica. Por otra parte, en los casos de dolor crónico, la activación repetida de fibras C ocasiona cambios plásticos en el sistema nervioso central (SNC), con aumento de actividad en el asta posterior y liberación de sustancia P y otros neurotransmisores que facilitan la activación del receptor N-metil-D-aspartato (NMDA). Ello permite gran en-

Tabla 1. Clasificación del dolor según el mecanismo de producción

	Somático	Visceral	Neuropático
Mecanismo	Activación nociceptores	Activación nociceptores	Lesión nerviosa Actividad espontánea
Características	Sordo Continuo Localizado	Profundo Opresivo, cólico Referido	Disestésico Lancinante Alodinia
Ejemplos	Metástasis óseas	Infiltración retroperitoneal Infiltración pleural	Plexopatías Neuropatías
Estrategia terapéutica	Analgésicos	Analgésicos	Analgésicos + Adyuvantes

trada de calcio en neuronas, resultando en amplificación de la respuesta e hiperalgesia central.

Es un dolor sordo continuo, bien localizado, que con frecuencia tiene exacerbaciones mecánicas. En ocasiones este dolor puede tener irradiaciones y desencadenar reflejos del sistema nervioso autónomo.

El dolor visceral se produce por la estimulación de receptores polimodales sensibles a la inflamación y a la presión, estiramiento o distensión de las vísceras y la cápsula que las envuelve.

Tiende a ser difuso, opresivo, mal localizado y referido o irradiado a sitios cutáneos debido a la amplia divergencia de aferentes viscerales en la médula y a la unión de información aferente somática y visceral en *pools* neuronales comunes en el asta posterior. Suele asociarse a malestar, e induce reflejos disautónómicos como sudoración, reacciones vasomotoras (palidez, bradicardia), náuseas y vómitos.

El dolor neuropático se produce por la infiltración o compresión de nervios periféricos, pares craneales o estructuras del SNC. La lesión nerviosa ocasiona una despolarización persistente con aumento en número y expresión de canales de sodio y calcio. Se produce una descarga excesiva y errática de neurotransmisores con activación masiva del receptor NMDA y sensibilización central. A la vez, hay una pérdida de vías inhibitorias gabaminérgicas y opioides. También se produce una hipertrofia y activación de células gliales, incluyendo la microglia de la sustancia gris de la médula. Tras activación, la microglia libera citocinas pronociceptivas (IL-1, TNF α , neurotrofinas) que exacerbaban la transmisión nociceptiva y contribuyen a la sensibilización y mantenimiento del dolor neuropático⁴.

El procesamiento sensorial anormal ocasiona percepciones exageradas de dolor ante estímulos «normales» (hiperalgesia, alodinia, disestesias) y crisis espontáneas de dolor, con sensación de descargas eléctricas (crisis lancinantes).

Se ha establecido un cierto paralelismo entre los mecanismos de producción del dolor neuropático y de la tolerancia opioide, lo que explicaría en parte la menor sensibilidad de este tipo de dolor a los opioides. No obstante, los opioides son la base de su tratamiento, precisando frecuentemente dosis mayores que los dolores nociceptivos y la asociación de fármacos adyuvantes.

Con el fin de establecer el tratamiento más adecuado se recomienda que los clínicos estén entrenados en reconocer los síndromes dolorosos comunes en pacientes con cáncer y sus mecanismos fisiopatológicos⁵.

La mayor parte de los dolores oncológicos agudos se relacionan con intervenciones diagnósticas o terapéuticas. Entre los asociados con diagnóstico destacan el dolor por aspiración o biopsia medular, pleurocentesis o cefalea postpunción lumbar. Los dolores más frecuentes asociados a procedimientos terapéuticos son los postoperatorios. La quimioterapia antineoplásica puede ocasionar mucositis (también la radioterapia) y neuropatías periféricas y autonómicas. Los tratamientos hormonales y biológicos pueden ocasionar cuadros de dolor musculoesquelético.

El 78% de los dolores oncológicos crónicos se debe al propio tumor, correspondiendo la mayoría de los restantes a los causados por los tratamientos⁶. La tabla 2 recoge los dolores crónicos debidos al cáncer.

Tabla 2. Síndromes de dolor oncológico crónico debidos al tumor

Síndromes de dolor óseo
– Metástasis óseas múltiples
– Síndrome de pelvis-cadera
– Síndromes asociados con metástasis en base de cráneo
• Síndrome orbitario
• Síndrome paraselar
• Síndrome de la fosa craneal media
• Síndrome del foramen yugular
• Síndrome del cóndilo occipital
• Síndrome del <i>clivus</i>
• Síndrome del seno esfenoidal
• Destrucción atlantoaxial y fractura odontoides
– Dolor de espalda y compresión epidural
Síndromes dolorosos por infiltración visceral tumoral
– Síndrome de dolor asociado con cáncer de páncreas
– Síndrome de dolor asociado con cáncer de ovario
– Síndrome de dolor asociado con cáncer colorrectal
– Síndrome de distensión hepática
– Síndrome retroperitoneal
– Obstrucción intestinal crónica
– Carcinomatosis peritoneal
– Dolor peritoneal maligno
– Obstrucción ureteral
– Síndrome de dolor pleurítico
Síndromes dolorosos por infiltración nerviosa tumoral
– Infiltración nervio periférico
• Neuropatía sensitiva
• Neuropatía sensitivomotora
– Infiltración del plexo cervical
– Infiltración del plexo braquial
– Infiltración del plexo lumbosacro

Los tumores óseos, primarios o metastásicos, son la causa más frecuente de dolor oncológico. El dolor puede deberse a invasión directa y activación de nociceptores o a compresión de nervios, partes blandas o vasos. Los lugares más frecuentes de metástasis incluyen la columna vertebral, pelvis, fémur y cráneo.

La segunda causa de dolor crónico es la invasión visceral, sobre todo a nivel abdominal. El dolor retroperitoneal, cuyo ejemplo más frecuente es el pancreático, se ha incluido entre los dolores de difícil control.

Entre los dolores por afectación nerviosa destacan los debidos a plexopatía braquial y lumbosacra y metástasis leptomenígeas.

Con respecto a los síndromes de dolor oncológico crónico secundarios al tratamiento destacan los posquirúrgicos: posmastectomía, postoracotomía y

posdissección cervical. Tras amputación de un miembro puede aparecer un dolor de miembro «fantasma» o un dolor en la cicatriz por desarrollo de un neuroma. La radioterapia puede ocasionar plexopatías braquiales y lumbosacras entre 6 meses y 20 años, tras el tratamiento.

EVALUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE CON DOLOR ONCOLÓGICO

La evaluación del dolor debe formar parte de la rutina clínica, y ante cada nuevo episodio doloroso orientar hacia la identificación de la causa y el establecimiento del plan terapéutico. Como ha sido señalado anteriormente, la principal fuente de información sobre el dolor es el paciente. Por ello, se destaca como primer paso «crear» al paciente.

La evaluación integral del dolor requiere tiempo para abordar todos sus componentes. Además, la experiencia demuestra que la evaluación atenta comienza a generar confianza en el paciente y ejerce un efecto terapéutico.

Hay innumerables escalas y métodos de evaluación del dolor, aunque se echa en falta una metodología consensuada por las sociedades científicas. De hecho, cada grupo investigador ha desarrollado su herramienta propia según los aspectos que ha medido. Un estudio reciente tras realizar una revisión sistemática de los estudios sobre dolor confirma esta conclusión⁷. Frecuentemente, se confunde la evaluación del dolor con la medida de su intensidad. Efectivamente, en el estudio citado un grupo de expertos ha determinado mediante técnicas de consenso que la intensidad era la dimensión más relevante. No obstante, han considerado también muy relevantes el patrón temporal del dolor, su relación con la actividad física y el estado emocional.

La historia clínica del dolor debería contener: localización, calidad, intensidad, patrón temporal, factores que lo aumentan y alivian, síntomas asociados, interferencia con las actividades de la vida diaria, situación emocional, respuesta a tratamientos analgésicos previos, examen clínico con hincapié en la exploración neurológica y de la función cognitiva, exámenes complementarios y reevaluación periódica de la respuesta al tratamiento instaurado.

A continuación revisaremos aspectos relativos a la intensidad, patrón temporal, interferencia con la actividad y situación emocional.

Para la medición de la intensidad del dolor se han utilizado diversas escalas⁸. Consumen tiempo y energía, pero permiten la evaluación regular del dolor, de la respuesta al tratamiento y el análisis de datos y comparaciones entre diversos grupos de pacientes.

Uno de los instrumentos más utilizados ha sido la escala visual analógica (EVA)⁹, consistente en una línea continua de 10 cm de longitud que representa la intensidad dolorosa desde la ausencia de dolor (0) al máximo dolor soportable (10). El paciente debe señalar con una línea perpendicular la intensidad del dolor que padece, y se mide la distancia. Esta escala ha sido sustituida en muchos equipos de cuidados paliativos por una escala numérica visual, que parece de más fácil comprensión. Se recomienda valorar la media de la intensidad del dolor durante las últimas 24 h. Los expertos han señalado limitaciones en el cálculo de esta media de dolor en la población de los países del Sur de Europa, aunque en nuestra experiencia un 80% de los pacientes representa adecuadamente su dolor. En niños y en personas con dificultades de comprensión se ha recurrido a la escala de dolor con caras, indicando que señalen la cara que mejor expresa el dolor que padecen¹⁰.

Para la evaluación más cualitativa del dolor se han desarrollado escalas más complejas, algunas de las cuales han sido validadas al castellano, aunque que su uso queda, generalmente, limitado a estudios de investigación. El cuestionario de McGill es una de las escalas multidimensionales más probadas. Valora el dolor en tres dimensiones: sensorial, afectiva y valorativa. Consiste en una lista de 20 grupos de palabras que definen el tipo y características del dolor. Los primeros 10 grupos representan características sensoriales, los cinco siguientes características afectivas, el grupo 16 intensidad, y los últimos cuatro diversos términos¹¹. El Inventario Breve del Dolor (BPI)¹², además de evaluar diferentes aspectos del dolor, recoge información muy importante sobre cómo el dolor influye sobre las actividades funcionales (ABVD). Está validado en español.

Algunos instrumentos evalúan además del dolor la intensidad de otros síntomas o problemas, lo que resulta especialmente interesante dada la interrelación entre ellos. El de más amplia utilización, el *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS)¹³, consiste en un sistema de evaluación de síntomas que se basa en 10 escalas analógicas, una para cada síntoma, que incluye: dolor, astenia, anorexia, náuseas, ansiedad, depresión, malestar global, somnolencia y disnea.

La escala *Support Team Assessment Schedule* (STAS)¹⁴ es una herramienta de evaluación global que debe cumplimentar el equipo terapéutico. Esta escala repasa los siguientes aspectos: control del dolor, control de otros síntomas, ansiedad del paciente y familia, información del paciente y familia, comunicación entre paciente y familia, comunicación entre profesionales, planificación, ayudas prácticas, situación financiera, pérdidas de tiempo y aspectos espirituales.

Diversos estudios han mostrado que existen discrepancias entre las valoraciones de síntomas realizadas por el propio paciente, la familia y el equipo terapéutico. Evidentemente, la valoración subjetiva del paciente es fundamental. No obstante, resulta útil contrastar o matizar su punto de vista con la valoración consensuada del equipo. Por esta razón, en nuestra unidad evaluamos el dolor y restantes síntomas con la escala ESAS, rellena por el paciente, y la escala STAS, valorada por el equipo de cuidados paliativos. El empleo rutinario de estas escalas, además de repercutir directamente en el control del dolor de cada paciente, permite la revisión periódica de las actuaciones del equipo ante el dolor.

La mayor parte de dolores del cáncer son de tipo crónico, definido clásicamente como un dolor con una duración mayor de 3 meses. A este dolor basal, se añaden con frecuencia crisis de dolor agudo o irruptivo¹⁵, definido como una exacerbación intermitente o transitoria de dolor intenso en un paciente que está tomando medicación analgésica regular, con un buen control la mayor parte del tiempo. Diversos estudios han demostrado, además, una influencia negativa sobre la calidad de vida, con interferencia sobre la actividad, sueño, relaciones sociales y estado de ánimo. En el 50-60% de los dolores irruptivos se identifica un estímulo precipitante, tanto voluntario como involuntario. El dolor relacionado con estímulos voluntarios se denomina incidental, y su causa más frecuente son las lesiones óseas, con crisis a la movilización: caminar, levantarse, sentarse o cambios de posición en la cama. Puede aparecer también con la deglución, micción y defecación. Pueden existir estímulos involuntarios como la contracción de la fibra muscular lisa intestinal o ureteral, distensión visceral o isquemia. El 20-60% de los dolores irruptivos se producen de forma espontánea, por lo que se les ha denominado idiopáticos. El ejemplo más característico serían las crisis lancinantes o disestésicas de dolor neuropático.

Como hemos comentado anteriormente, el dolor crónico aflige y afecta al ánimo de la persona. Al

mismo tiempo, el ánimo influye sobre la tolerancia y la forma de expresar la sensación dolorosa. Por otra parte, el paciente oncológico suele presentar limitaciones funcionales para desarrollar su actividad previa a la enfermedad, y esto también influye sobre el estado de ánimo. La consecuencia de ello es una interrelación constante entre la situación emocional y el dolor. Debe resaltarse que en el paciente con cáncer es excepcional que existan dolores psicógenos. Sin embargo, sobre la base de un estímulo de las vías transmisoras del dolor, es frecuente que se añada un componente de somatización o de aumento de la intensidad del dolor relacionado con problemas emocionales. Por esta razón, el empleo de placebos no está justificado para tratar el dolor oncológico.

Las manifestaciones clínicas de los problemas de la esfera emocional del paciente con dolor oncológico pueden ser variadas. Es frecuente la presencia de diferentes grados de ansiedad que puede condicionar una actitud de irritabilidad hacia los demás o problemas de insomnio, tanto de conciliación como de mantenimiento. Pueden presentar también fobias e incluso trastorno por ansiedad generalizada.

También es frecuente la presencia de síntomas depresivos, con tristeza y desesperanza mantenidos.

La evaluación de la esfera emocional puede hacerse desde la aplicación de tests específicos de ansiedad y depresión o bien de manera más burda pero sencilla mediante la aplicación de EVA de ansiedad/angustia y depresión/tristeza, que ha demostrado buena correlación con el cuestionario de *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS)¹⁶.

La historia analgésica tiene un gran valor en pacientes que con frecuencia han recibido múltiples tratamientos. Las cuestiones sobre la eficacia y toxicidad de tratamientos previos ayudarán a orientar de forma más rápida a un tratamiento efectivo, evitando repeticiones fútiles.

Por otra parte, una vez instaurado el tratamiento, conviene evaluar periódicamente la respuesta al mismo, especialmente durante la fase de titulación. Por norma general, se considera controlado un dolor cuando la intensidad es inferior o igual a 3/10 y el paciente precisa menos de tres dosis de medicación de rescate (indicada para las crisis de dolor irruptivo) sin presentar signos de toxicidad a la pauta analgésica prescrita. En caso contrario, es necesario aumentar las dosis de analgésicos o cambiar la pauta.

CLASIFICACIÓN PRONÓSTICA DEL DOLOR ONCOLÓGICO

Aunque la estrategia analgésica propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) permite controlar muchos de los dolores que presentan los pacientes con cáncer, un porcentaje importante de ellos presenta mayor complejidad de manejo. Entre los factores que influyen en esta complejidad se han destacado: carácter neuropático, dolor incidental, *distress* psicológico, historia de adicción a drogas, etilismo, desarrollo de tolerancia, predisposición a efectos secundarios, factores genéticos y presencia de *delirium*.

En 1989, Bruera, et al.¹⁷ propusieron una clasificación por estadios del dolor (I, II, III) según su dificultad de control, el sistema de estadios de Edmonton. El alivio de dolor osciló entre 82% de los pacientes en estadio I, y el 10% en estadio III. Los factores analizados fueron: mecanismo de dolor, componente incidental, dosis diaria de opioide, función cognitiva, *distress* psicológico, tolerancia y antecedentes de alcoholismo o adicción a drogas.

El mismo grupo revisó la clasificación y estableció dos grupos: buen y mal pronóstico¹⁸. El dolor se controlaba sólo en el 55% de los pacientes incluidos en el grupo de mal pronóstico. El criterio fue la presencia de uno o varios de los siguientes factores: dolor neuropático, dolor incidental, *distress* psicológico, tolerancia y antecedentes de adicción a drogas o alcohol.

Recientemente, se ha propuesto una revisión de la clasificación por estadios de Edmonton (Tabla 3)¹⁹.

El mecanismo fisiopatológico neuropático es uno de los cinco factores adversos para el control del dolor.

Para considerar a un dolor como incidental se requiere que el dolor basal sea como máximo moderado y que las crisis de dolor sean moderadas o intensas, predecibles por un desencadenante (p. ej. movimiento) y de comienzo rápido.

El *distress* psicológico, en el contexto de la experiencia dolorosa, se define como un estado interior de sufrimiento con componentes físicos, psicológicos, sociales, espirituales y/o factores prácticos que pueden comprometer la capacidad de adaptación del paciente y complicar la expresión de dolor y/u otros síntomas. Se considera que tiene un componente de somatización.

Tabla 3. Clasificación por estadios de Edmonton para el dolor del cáncer revisada (Fainsinger, 2008)

1. Mecanismo del dolor	
No	No hay síndrome doloroso
Nc	Cualquier combinación nociceptiva de dolor visceral y/o dolor óseo y de partes blandas
Ne	Síndrome de dolor neuropático con o sin cualquier combinación de dolor nociceptivo
2. Dolor incidental	
Io	No dolor incidental
Ii	Dolor incidental presente
3. <i>Distress</i> psicológico	
Po	No <i>distress</i> psicológico
Pp	<i>Distress</i> psicológico presente
4. Conducta adictiva	
Ao	No conducta adictiva
Aa	Conducta adictiva presente
5. Función cognitiva	
Co	No alteración. Capaz de proporcionar una historia de dolor pasado y presente sin limitaciones
Ci	Alteración parcial. Suficiente limitación como para afectar a la capacidad del paciente para proporcionar una historia adecuada de dolor presente y/o pasado
Cu	Alteración total. Paciente irresponsable, con <i>delirium</i> o demencia, hasta el punto de ser incapaz de proporcionar una historia de dolor presente y/o pasado.

La conducta adictiva requiere cronicidad, compulsividad, uso persistente y ansiedad. La llamada dependencia química (drogas o alcohol) se socia a estrategias de adaptación a la enfermedad inadecuadas, con aumento de la expresión del dolor y mayor demanda opioide, sobre todo de rescates.

Por último, se incluye como factor pronóstico la alteración de la función cognitiva. Los pacientes con una alteración cognitiva grave tienen un componente de desinhibición para la expresión del dolor. La administración repetida de opioides puede ocasionar un círculo vicioso: mayor expresión de dolor - confusión - mayor expresión de dolor. En casos dudosos puede resultar interesante evaluar la función cognitiva con el test Mini-Mental²⁰.

Estas clasificaciones tienen un gran interés, por una parte para una mejor identificación de los factores de riesgo, y por otra, para poder comparar distintos grupos de pacientes con dolor oncológico según su complejidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kaasa S, Loge JH, Fayers P, et al. Symptom assessment in palliative care: a need for international collaboration. *J Clin Oncol.* 2008;26:3867-73.
2. Yennurajalingam S, Peuckmann V, Bruera E. Recent developments in cancer pain assessment and management. *Supp Cancer Therapy.* 2004;1:97-110.
3. Urch CE. Pathophysiology of cancer pain. En: Walsh D, ed. *Palliative medicine.* Philadelphia: Saunders Elsevier; 2009. p. 1378-84.
4. Schrijvers D. Pain control in cancer: recent findings and trends. *Ann Oncol.* 2007;18 Suppl 9:37-42.
5. Jacox A, Carr DB, Payne R, et al. Management of cancer pain. Clinical Practice Guideline nº 9. AHCPR Publication N° 94-0592. Rockville: Agency for Health Care Policy Research, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, march 1994.
6. Foley KM. Acute and chronic cancer pain syndromes. En: Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K, eds. *Oxford textbook of palliative medicine.* Oxford: Oxford University Press; 2004. p. 298-316.
7. Hjermstad MJ, Gibbins J, Haugen DF. Pain assessment tools in palliative care: an urgent need for consensus. *Palliat Med.* 2008;22:895-903.
8. Nabal M, Pascual A, Llombart A. Valoración general del paciente oncológico avanzado. Principios de control de síntomas. *Atención Primaria.* 2006;38 Suppl 2:21-8.
9. Miller MD, Ferris DG. Measurement of subjective phenomena in primary care research: the visual analogue scale. *Fam Pract Res J.* 1993;13:15-24.
10. Bieri D, Reeve RA, Champion GD. The face pain scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: development, initial validation and preliminary investigation for ratio scale properties. *Pain.* 1990;41:139.
11. Graham C, Bono SS, Gerkovich MM, et al. Use of the McGill Pain questionnaire in assessment of cancer pain replicability and consistency. *Pain.* 1980;8:377-87.
12. Cleeland CS, Ryan KM. Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Ann Acad Med Singapore.* 1994;23:129-38.
13. Bruera E, Kuehn N, Millar J, Selmser P, McMillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliative Care.* 1991;7:6-9.
14. Higginson IJ, McCarthy M. Validity of the Support Team Assessment Schedule: do staff's ratings reflect those made by patients or their families? *Pal Med.* 1993;7:219-28.
15. Portenoy RK, Payne D, Jacobsen P. Breakthrough pain: characteristics and impact in patients with cancer pain. *Pain.* 1999;81:129-34.
16. Martínez M, Porta J, Espinosa J, Gómez Batiste X. Evaluación sencilla y rápida del *distress* emocional en una consulta de cuidados paliativos. *Medicina Paliativa.* 2006;13:144-8.
17. Bruera E, McMillan K, Hanson J, MacDonald RN. The Edmonton staging system for cancer pain. *Pain.* 1989;37:203-9.
18. Bruera E, Schoeller T, Wenk R, MacEachern T, Marcelino S, Hanson J. A prospective multicenter assessment of the Edmonton staging system for cancer pain. *J Pain Symptom Manage.* 1995;10:348-55.
19. Fainsinger R, Nekolaichuk CL. A "TNM" classification system for cancer pain: the Edmonton Classification System for Cancer Pain (ECS-CP). *Support Care Cancer.* 2008;16:547-55.
20. Lobo A, Saz P, Marcos G, et al. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del *Mini-Mental Status Examination*) en la población general geriátrica. *Medicina Clínica.* 1999;112:767-74.