

Valoración del dolor crónico en pediatría

A. Díez Rodríguez-Labajo y F. Reinoso-Barbero

RESUMEN

Hasta ahora la evaluación de los niños se basaba en la medición de la escala numérica de dolor evaluada por los parientes más cercanos, el llamado *END Parental*¹.

Para la medición de dolor agudo pediátrico existen «herramientas» que consisten en la combinación de unos parámetros «objetivos» conductuales y vegetativos para conformar distintas escalas clínicas que se aplican básicamente dependiendo de la edad de los niños: CRIES², OPS³, CHEOPS⁴ o LLANTO⁵. Sin embargo, estas escalas no son útiles cuando el dolor se cronifica.

La respuesta del niño al dolor crónico viene determinada por la combinación de componentes emocionales, cognitivos y de comportamiento, interrelacionados con factores del entorno, de desarrollo y socioculturales⁶.

Existen múltiples escalas desarrolladas para medir aspectos funcionales, emocionales y de calidad de vida, aspectos afectados en mayor o menor medida en pacientes con dolor crónico. Varios estudios han demostrado que la mejoría de calidad de vida está directamente relacionada con el control del dolor crónico independientemente de su etiología^{1,7}.

Palabras clave: Valoración del dolor. Escalas observacionales. Escalas de autovaloración. Escalas funcionales. Escalas de calidad de vida.

ABSTRACT

Evaluation of children's pain was recently based on the measurement of the numerical scale of pain reported by the closest relatives, the so-called "NPS Parental" scale¹.

Acute pain is usually evaluated using several "tools" that consist in the combination of different vegetative and behavioral parameters to make up some clinical scales that are applied basically depending on the child's age: CRIES², OPS³, CHEOPS⁴ or LLANTO scales⁵. Nevertheless, none of these scales are useful when the pain is long-lasting.

The child's response to chronic pain is determined by a combination of emotional, cognitive and behavioral components, interrelated with environmental, developmental, social and cultural factors⁶. Several scales have been developed to measure functional and emotional aspects and of the quality of life that are affected to different degrees in children with chronic pain. Some studies have shown an improvement in the quality of life after an appropriate control of chronic pain, independently of its etiology^{1,7}. (DOLOR. 2010;25:19-26)

Corresponding author: Francisco Reinoso-Barbero, freinosob.hulp@salud.madrid.org

Key words: Pain evaluation. Observational scales. Self-report scales. Functional scales. Health related quality of life.

Dirección para correspondencia:

DIFICULTAD DE VALORACIÓN DEL DOLOR CRÓNICO EN NIÑOS

En la última década hemos asistido a un innegable avance en los conocimientos científicos disponibles acerca del dolor en los niños, sin embargo los avances conseguidos en el ámbito científico no se han trasladado al campo asistencial pediátrico. Un estudio clásico sobre la calidad formativa de los pediatras españoles en el tratamiento del dolor concluye que sólo uno de cada 10 pediatras es capaz de tratar un dolor intenso¹. Las razones del tratamiento inadecuado del dolor crónico en los niños son, pues, de diversa índole: la formación inadecuada, la persistencia de «mitos» científicos erróneos, como que, en caso de producirse, no dejará ninguna impronta psicológica posterior, y a esto se añade la dificultad a la hora de cuantificar el dolor, por ser éste subjetivo, especialmente en niños en edad preverbal.

Hasta ahora la evaluación del dolor crónico en niños en edad preverbal se basaba en la medición de la END evaluada por los parientes más cercanos, la llamada END parental⁸. Pero ésta todavía no ha sido validada como herramienta para la medición del dolor crónico en niños, y hasta la fecha no existe otro tipo de escala validada que aporte datos más objetivos y globales. Sí existen «herramientas» de medición de dolor agudo pediátrico, como por ejemplo la escala observacional OPS³, la CHEOPS⁴ o la escala LLANTO⁵, pero no son aplicables ni han sido validadas para la medición del dolor crónico pediátrico. Por otro lado, en las enfermedades crónicas, los síntomas físicos se asocian a *distress* emocional, depresión y ansiedad y, por lo tanto, los instrumentos de evaluación validados en poblaciones sanas pueden no resultar extensibles para la medición del dolor crónico pediátrico^{9,10}.

ANAMNESIS

Previamente al inicio de cualquier medida terapéutica analgésica debe procederse a una valoración del dolor crónico lo más precisa posible. En todos los pacientes deberá realizarse una detallada anamnesis sobre la historia médica general del paciente en la que consten las enfermedades padecidas, los tratamientos seguidos (quirúrgicos o médicos) y la situación actual de su enfermedad. Habitualmente,

durante la primera visita se completa un cuestionario referido específicamente al dolor interrogando directamente al niño, si es mayor o colaborador, o a los padres si el niño es pequeño o no colabora. Este cuestionario intenta dilucidar tanto los aspectos cualitativos del dolor como su duración, localización y la determinación de los distintos componentes (cognitivo, emotivo y afectivo) del dolor¹¹. También, en la mayoría de los casos, debe realizarse una valoración psiquiátrica completa por parte del servicio de paidopsiquiatría, independientemente de la base orgánica o funcional del dolor. En los niños más mayores la intensidad del dolor crónico puede deducirse mediante el uso de escalas de dolor autorreferido, donde es el propio paciente el que escoge una puntuación numérica del 0-10 (END). Se pueden emplear, por lo tanto, las medidas de dolor utilizadas en el adulto, aunque existan distintas adaptaciones en modo de termómetros de dolor, graduación de colores, escalas de caras sonrientes, etc. Existen también escalas de automedición más adaptadas a la psicología del niño, como el Cuestionario de Dolor Crónico Pediátrico¹² desarrollado para pacientes con enfermedades reumáticas. Estas escalas de automedida del dolor pueden utilizarse con plena fiabilidad en pacientes mayores de 3 años. En niños más pequeños, en edad preverbal, la valoración del dolor crónico no puede hacerse con escalas de valoración del dolor agudo, también llamadas escalas observacionales o escalas objetivas⁵. No pueden usarse en pacientes con dolor crónico, ya que tras varias semanas, meses o incluso años, los pacientes pueden presentar dolor grave o intenso sin signos evidentes de estrés conductual o biológico, en cuyo caso se harán escalas observacionales. El dolor crónico se asocia a cambios conductuales tendentes a aparecer psicológicamente como síntomas depresivos¹³. Otras alteraciones conductuales que se pueden observar y utilizar para valorar el grado de dolor crónico en niños menores de 3 años son los parámetros que midan la calidad de vida del paciente¹⁴. Así, si consideramos la calidad de descanso nocturno, se ha observado que los niños con dolor crónico presentan un patrón de sueño totalmente alterado que les impide descansar, y que una vez establecidas las medidas de analgesia adecuadas el paciente recupera un patrón de sueño normal^{15,16}. También pueden asociarse otros patrones de conducta anormales, que incluyen el patrón alimentario, el patrón psicomotor, el patrón afectivo y el patrón de sociabilidad¹⁷. Se ha demostrado que la intensidad de los cambios conductuales debidos al estrés crónico provocado por el dolor están directamente relacionados con la intensidad del dolor¹⁸. En el caso de la valoración

del dolor crónico pediátrico, la referencia de los cambios conductuales es proporcionada por la familia, ya que son ellos los que conviven a diario con el paciente y los que, por lo tanto, conocen e incluso sufren las consecuencias del dolor crónico de sus hijos⁹. La valoración del dolor que se obtiene de los padres cuando se compara con la proporcionada por el propio niño a través de los cuestionarios de dolor crónico tiene un buen índice de correlación¹⁹. De hecho, los padres colaboran y participan también a la hora de administrar el tratamiento analgésico de sus hijos²⁰, por lo tanto, deben participar de un modo importante o decisivo en su valoración.

El dolor crónico provoca siempre un grave deterioro de la calidad de vida de los pacientes que lo sufren²¹. Una analgesia eficaz puede provocar que la calidad de vida se recupere, y por ello es fundamental valorar la calidad de vida de dichos pacientes. A este respecto, y aunque se pueden aplicar con ciertas modificaciones las escalas utilizadas en adultos, como la escala de Karnofsky o la escala ECOG/WHO, se han desarrollado escalas específicamente pediátricas como el Cuestionario de Discapacidad Funcional Pediátrico (*Functional Disability Inventory* [FDI])²², y la CHQ-PF50, que es el único cuestionario específico de calidad de vida pediátrica validado en lengua castellana.

Otros tests hacen una evaluación práctica y sencilla del dolor crónico en niños, como es el caso del Cuestionario Comprensivo de Dolor en Niños (CCPQ), o el Cuestionario de Dolor Pediátrico de Varni-Thompson (VTPPQ)²³. Estos tests evalúan de forma separada la experiencia que los niños y sus padres tienen de los procesos dolorosos de los niños mediante preguntas abiertas, listas de problemas, escalas cuantitativas de dolor, y valoran el ambiente familiar, cómo se manejan las situaciones de estrés, etc. Además, incluyen una historia de los antecedentes médicos y psiquiátricos²⁴. Pero menos del 50% de los niños con dolor crónico pueden contestar por ellos mismos¹.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Tras cumplimentar el cuestionario de dolor y según los datos expresados en el mismo, debe dirigirse la exploración física detallada del paciente, orientada al sistema nervioso, al sistema muscular o al sistema osteoarticular dependiendo de la enfermedad de base.

En los dolores neuropáticos se intentará localizar la distribución del mismo mediante la aparición de alteraciones sensitivas asociadas a la neuropatía como fenómenos de hiperalgesia o alodinia y se buscarán cambios tróficos que se asocien a este tipo de enfermedad.

En determinados síndromes dolorosos crónicos se producen alteraciones funcionales que son medibles, de tal modo que se puede ver su evolución antes y después de un determinado tratamiento analgésico. Así, por ejemplo, la distrofia simpática refleja se asocia a cambios funcionales en la temperatura corporal²⁵, habitualmente hipotermia relativa del miembro afecto, que tras el tratamiento adecuado se revierte, pudiéndose observar vasodilatación efectiva del miembro afecto y deducirse, por lo tanto, que el tratamiento analgésico ha sido eficaz.

En las artropatías se localizará la articulación o articulaciones afectas y su grado de lesión, con identificación de signos inflamatorios como calor, rubor, aumento de tamaño, e igualmente es importante determinar el grado de impotencia funcional de la movilidad articular.

En el dolor espástico, la exploración se dirigirá a la identificación de los grupos musculares implicados, comprobando los fenómenos de hipertonia y *clonus* en los reflejos osteotendinosos.

Otros aspectos a tener en cuenta en la exploración son: el aspecto general del paciente, su grado de movilización, su capacidad de colaborar con la exploración, la dependencia en mayor o menor grado de sus padres, etc.; aspectos que nos pueden orientar en determinadas ocasiones para la valoración de los componentes psicosociales del dolor.

En muchos casos de dolor crónico no oncológico se presenta con diferentes componentes psicológicos, funcionales, orgánicos o incluso fisiológicos que dificultan extremadamente el diagnóstico acerca de la naturaleza final del tipo de dolor²⁶. En estos casos de dolor complejo pueden ser útiles los bloqueos diagnósticos²⁷. El bloqueo diagnóstico puede orientar acerca de la localización exacta del dolor, del componente simpático o nociceptivo predominante en el dolor, y especialmente acerca del pronóstico en caso de un bloqueo definitivo.

En cualquier caso es importante tener una valoración de referencia inicial en los tres parámetros (dolor, funcionalidad y calidad de vida) que deberá quedar reflejada en la historia.

ESCALAS DE VALORACIÓN DEL DOLOR UTILIZADAS EN PEDIATRÍA

Los estudios de investigación han demostrado una estrecha relación entre los síntomas emocionales y físicos en enfermedades crónicas. Es decir, los síntomas físicos en enfermedades terminales acaban asociándose a *distress* emocional, depresión y ansiedad. Existen múltiples escalas desarrolladas para medir aspectos funcionales, emocionales y de calidad de vida del paciente.

ESCALAS FUNCIONALES

Actualmente se utilizan métodos de evaluación o cuestionarios que contienen un grupo de preguntas, y cada una representa una variable con un peso específico para un factor o dominio dentro de una calificación global, que generan escalas e índices que permiten medir las dimensiones que conforman el estado de salud. Habitualmente el estado funcional se conceptualiza como la capacidad para realizar autocuidados, mantenimiento y actividades físicas, y la mayoría de los índices de salud física valoran la capacidad del paciente de funcionar normalmente y llevar a cabo sus actividades diarias.

Tal vez la primera escala desarrollada con el propósito de definir de forma consistente el estado funcional de los pacientes con enfermedades crónicas fue la de Karnofsky.

- Escala de Karnofsky (KPS)²⁸: escala de 10 puntos considerada como un método fiable para predecir el estado funcional del paciente. La ventaja de esta escala es que es genérica, simple y rápida de aplicar. Su principal desventaja es que es unidimensional; es decir, que sólo evalúa el estado funcional sin medir las otras dimensiones de la calidad de vida. Esta escala es la más frecuentemente mencionada en la literatura de adultos. Desde entonces, varias herramientas han demostrado su eficacia en la valoración del funcionamiento global del niño.
- Una de las herramientas iniciales desarrolladas para medir la afectación funcional en niños con desórdenes físicos crónicos fue la FS I²⁹, que incluía ítems relacionados con la comunicación, movilidad, estado de ánimo, energía, juego, sueño, comida y patrones de aseo. Medía el comportamiento en respuesta a la enfermedad, que interfiere

con el cumplimiento del rol habitual en tres lugares: en casa, en la comunidad y en el colegio durante las actividades de ocio, trabajo y descanso. Los ítems fueron creados para cuatro grupos de edad: de 0 años a 9 meses, de 9-23 meses, de 2-5 años, y más de 5 años.

- Posteriormente fue modificada y revisada, para mejorar la claridad de los ítems, ampliar el rango de edad analizado, reevaluar y validar la herramienta en un nuevo grupo de niños sanos, con enfermedades crónicas y con enfermedades banales. El resultado final fue la FS II[®] en su forma corta (14 ítems) y en su forma larga (43 ítems), con un tiempo medio de realización de 30 min. En la escala FS II^{®30} cada pregunta contiene dos partes: una relacionada con la actividad específica que desarrolla el niño o con su comportamiento (nunca, raramente, a veces o casi siempre), y otra que estudia los ítems que reflejan un funcionamiento pobre y estudia si la afectación funcional se debe totalmente, en parte o en absoluto a problemas de salud.

La escala FS II[®] contiene la mayoría de los criterios establecidos por Sackett, considerados como índices de medición de estado de salud. Es decir, es comprensible, con orientación positiva, aplicable, sencilla, aceptable, de bajo coste, realizable por cualquier tipo de entrevistador y con una construcción fácil. Además, tiene excelentes propiedades psicométricas y aporta una medición de salud muy concisa para niños de una edad comprendida entre los 0-16 años. Su fuerte son las medidas de salud de niños con afectación física crónica no discapacitante.

- *Children's Global Assessment Scale* (CGAS)³¹: es una herramienta útil para medir la gravedad general de una enfermedad crónica. Dicha escala ha sido adaptada de la escala global de adultos *Global Assessment Scale for Adult*³² y diseñada para reflejar el menor nivel funcional de un niño o adolescente durante un periodo específico. El rango va de 1-100, representando el 1 al niño funcionalmente más afectado, 100 al niño más sano, y una puntuación por encima de 70 registra aquellos niños que tienen una función normal. Ha demostrado favorables propiedades psicométricas, además de ser un test relativamente simple de realizar, útil para la práctica clínica y para estudios de investigación para niños de 4-16 años de edad.
- Cuestionario de Discapacidad Funcional Pediátrico (Walker y Greene, 1991)³³: ha demostrado ser una escala que cumple las propiedades psicométricas,

la prueba del test-retest (estable por encima de 3 meses) y mide la sensibilidad al cambio del estado del paciente después de un tratamiento.

La escala incluye un enunciado o pregunta relacionada con la dificultad o incapacidad para realizar ciertas actividades. Incluye 15 ítems, con un rango de cinco respuestas posibles (sin problema, con un poco de dificultad, con algo de dificultad, con mucha dificultad, imposible).

Esta escala es capaz de medir el impacto de una enfermedad o traumatismo en el funcionamiento diario del paciente pediátrico, de evaluar la extensión del impacto familiar de la incapacidad del paciente de describir los cambios en las funciones del niño debidas a una intervención. Además, es útil para investigar las diferencias individuales en el funcionamiento de grupos de pacientes concretos. La FDI ha sido designada como un instrumento de medición global útil para los estudios de impacto de enfermedad pediátrica sobre su función física y psicosocial. Mide el impacto de la enfermedad en la función social diaria del niño (p. ej. en casa, en el colegio, en su comunidad). Las mediciones pueden realizarse directamente a través de una entrevista con el niño o de los padres. Su diseño sencillo se orientó a facilitar el seguimiento telefónico.

ESCALAS DE AFECTACIÓN PSICOLÓGICA

Entre los portadores de enfermedades pediátricas crónicas e incapacitantes se describe una mayor susceptibilidad a la morbilidad psiquiátrica y una mayor incidencia de estos trastornos que en grupos controles de estudios poblacionales⁹. Existe una estrecha relación entre los síntomas emocionales y físicos en enfermedades crónicas, es decir, los síntomas físicos en enfermedades terminales acaban asociándose a *distress* emocional, depresión y ansiedad. Los instrumentos validados en poblaciones sanas pueden no resultar adecuados en la evaluación psiquiátrica de estos pacientes, debido a una superposición entre síntomas físicos y síntomas depresivos. Una cuestión importante es que sería recomendable desarrollar cuestionarios que midan exclusivamente los síntomas emocionales como la ansiedad y la depresión, o que midan conjuntamente el dolor, la depresión, la ansiedad y otros síntomas. Más de 30 escalas en inglés intentan diagnosticar la existencia de depresión. Bajo el término «depresión» se incluye con frecuencia la presencia de una pena profunda, un conjunto de actitudes

autodestructoras, el inevitable resultado de la adversidad, o bien un estado de disfunción del sistema de neurotransmisión central. Unas escalas ponen más énfasis en la valoración de la ansiedad que en el estado de ánimo deprimido. La ansiedad puede ser generalizada o focalizada en situaciones particulares, puede ser proporcional o desproporcionada a la situación vivida por el paciente, y puede ser una situación de comienzo reciente o un rasgo de larga duración asociado a la personalidad del mismo. El término «ansiedad» engloba un estado de ánimo específico equivalente al miedo, sentimientos de inseguridad con una anticipación aprensiva, contenido de pensamientos dominados por desastres o incompetencias personales, estado de vigilancia acentuado, sensación de constricción respiratoria conduciendo a la hiperventilación y a sus consecuencias, tensión muscular provocando dolor, temblor e inquietud, y una variedad de alteraciones somáticas basadas en la hiperactividad del sistema nervioso autónomo.

Además de dichas escalas, existen otras herramientas adicionales diseñadas para la investigación, fuera de un contexto clínico, orientadas a evaluar la personalidad con rasgos depresivos, entre los que se encuentran la baja autoestima, el pesimismo y la incapacidad de experimentar placer. La definición de ansiedad en la clasificación internacional (ICD-10) enfatiza los aspectos somáticos de la ansiedad, mientras que el manual revisado de diagnóstico de enfermedades psiquiátricas (DSM-IV) hace hincapié en la excesiva preocupación, como rasgo cardinal del mismo.

La mayor parte de las escalas de valoración de la afectación psicológica contienen ítems relacionados con el estado de ánimo, la cognición, el comportamiento, la hiperexcitabilidad y la somatización.

Las siguientes escalas de afectación psicológica han demostrado su eficacia a la hora de medir síntomas emocionales:

- *Hamilton Anxiety Scale* (HRS-D)^{34,35}: instrumento complejo compuesto inicialmente por 17 ítems, y después le fueron añadidos otros cuatro; unos ítems son evaluados con una puntuación de 0-3 y otros hasta 5. El desarrollo de esta escala se basó en el estudio de pacientes depresivos, aunque también se agregaron síntomas relacionados con la ansiedad. En 1981, Bech demostró la ausencia de consistencia interna del test HDS original de 17 ítems, así como el hecho de que varios ítems variaban con la edad y el sexo. Además, se comprobó un contenido muy alto en contenido somático, que hacía que las conclusiones

relacionadas con la depresión fueran engañosas³⁶. Concluyó que una parte de la escala HDS, la subescala melancolía, que contenía los ítems de estado de ánimo deprimido, culpa, trabajo e interés, retraso, ansiedad psíquica y síntomas somáticos generales, sí podría formar la base de una escala de medición cuantitativa de estados depresivos. Esta escala evolucionó a la *Hamilton Depression Rating Scale* (HAM-D), que ha sido la escala más utilizada para evaluar la depresión. Su uso se ha centrado en la discriminación entre el uso de placebo frente a fármacos activos, para demostrar la relación dosis-respuesta en pacientes con depresión y no tanto para el diagnóstico de depresión mayor, ya que la puntuación total del test no es suficientemente fiable para este fin.

- *Melancholia Scale* (MES)^{37,38}: desarrollada a partir de la escala HRS-D. Consiste en 11 ítems, medidos en una escala de cinco puntos, y el énfasis se puso en el retraso a nivel motor, verbal, intelectual, psíquico y emocional. Es una escala exclusivamente cuantitativa, sensible a los cambios en la gravedad de la depresión y que ha demostrado cumplir los requisitos de consistencia interna.
- *Beck Depression Inventory* (BDI)³⁹: consiste en un listado de 21 afirmaciones utilizadas para evaluar al paciente o para autoevaluación. Pone el énfasis en las actitudes del paciente hacia sí mismo, es decir, el paciente autojuzga su función cognitiva y su estado de ánimo. Esta escala se modificó a una forma más corta, la *Beck Depression Inventory-Short Form* (BDI-SF), o que ha demostrado ser capaz de detectar episodios de depresión moderada o grave en pacientes ingresados. Con propósito de *screening* se recomienda un punto de corte de 9/10, pero en aquellos casos en que se requiere una especificidad alta deberá garantizarse un punto de corte de 13/14⁴⁰. Las subescalas de HSCL-90⁴¹ y SCL-90⁴² son capaces de valorar los síntomas depresivos y de incomodidad. Estas subescalas de depresión, ansiedad e incomodidad presentan una validez concurrente elevada.
- *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD Scale)⁴³: se construyó con el objetivo de disminuir en lo posible los efectos somáticos de la enfermedad, de diferenciar los aspectos relacionados con la depresión o la ansiedad y de centrarse en aspectos relacionados con la anhedonia. Ésta ha sido considerada uno de los marcadores más fiables de la experiencia depresiva y de respuesta a los antidepresivos. Esta escala ha demostrado ser fiable a la hora de detectar estados depresivos o ansiosos en pacientes ambulatorios, así como en la medición del grado de gravedad de un desorden emocional. La escala se compone de siete ítems en cada subescala. Consideraciones interesantes a mencionar son: que la selección de los ítems fue realizada concienzudamente (asegurándose de no incluir síntomas relacionados con somatizaciones), mantienen la mayor separación posible entre los síntomas de ansiedad y depresión, hacen hincapié en el concepto de anhedonia o falta de placer relacionado con la depresión, y la puntuación refleja el presente estado de ánimo (motivo por el cual las preguntas van dirigidas al estado de ánimo en la última semana).
- *Mental Health Inventory 5 item version* (MHI-5)^{44,45}: instrumento adaptado del ítem 20 del *Rand Mental Health Inventory*, de Kane. Ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas, pero no ha sido utilizado en la población. La recomiendan para el estudio y seguimiento del *distress* emocional en pacientes crónicos, pero sólo para un estudio de investigación en una población de enfermos crónicos.
- *Profile of Mood State Short Form* (POMS short form)⁴⁶: consiste en 11 ítems relacionados con la depresión, la ansiedad, con la extensión de la enfermedad y el dolor. Ha sido utilizado en pacientes crónicos y graves, en pacientes con cáncer, en pacientes terminales, y ha sido muy recomendado para la medición de la afectación emocional en este grupo de pacientes.
- *Memorial Symptom Assessment Scale* (MSAS)⁴⁷: es una escala multidimensional que evalúa muchos síntomas comunes en pacientes con cáncer. Mide la gravedad, la frecuencia y el *distress* de 23 síntomas con una medición ordinal. Los síntomas emocionales se focalizan básicamente en los aspectos psicológicos. Esta escala la construyen los tres grandes grupos de síntomas: los psicológicos, los físicos de prevalencia alta y los físicos de prevalencia baja. Mide, por lo tanto, síntomas físicos, emocionales y síntomas relacionados con la calidad de vida.
- MDI⁴⁸; ECOG/WHO (*World Health Organization*) *Depression Scale*: es un formulario para padres de niños mayores de 1 año. La desventaja es que es una escala adaptada de una escala de adultos. Desarrollada para evaluar la historia clínica completa, la descripción y el grado de gravedad de la depresión.

- *Profile of Chronic Pain: Screen* (PCP:S)⁴⁹: evalúa el impacto psicológico debido al dolor a través de la medición de 15 ítems relacionados con la gravedad del dolor, la interferencia funcional y la carga emocional relacionada con el dolor. Cumple los criterios psicométricos para ser considerada una herramienta potencialmente útil para identificar a aquellos individuos de la población adulta general que no han sido referidos al hospital y cuyo dolor crónico merece una evaluación psicosocial más detallada. Permite realizar una medición rápida y coste-efectiva, sin embargo su punto débil está en su validez predictiva.

En un futuro se evaluará si el instrumento es o no capaz de predecir la función psicosocial longitudinalmente, y si mide la sensibilidad al cambio tras la instauración de un tratamiento. Los investigadores no pudieron estudiar la sensibilidad o especificidad de dicha herramienta por no existir una escala o herramienta de medición del impacto del dolor que sea un *gold standard*.

- *General Health Questionnaire* (GHQ)^{50,51}: incorpora 60 conceptos para identificar una morbilidad psiquiátrica menor y además es útil para medir la calidad de vida. Es un test utilizado predominantemente para hacer un test de *screening* psiquiátrico en proyectos comunitarios de investigación, porque tiene pocos falsos positivos, pero pueden quedar fuera aquellos pacientes con enfermedades crónicas. Debido a la complejidad y longitud del mismo, se ha propuesto una versión reducida con 28 ítems, el 28-GHQ. Dicho test está compuesto por cuatro subescalas, que recogen síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave. Es un test muy útil en la práctica clínica para detectar enfermedades psiquiátricas y disfunciones cognitivas intrahospitalarias.

ESCALAS DE CALIDAD DE VIDA

Los aspectos que conciernen al bienestar físico, psicológico y social del paciente se definen frecuentemente con la calidad de vida relacionada con la salud (con el *Health Related Quality of Life* [HRQL]). La calidad de vida consta de al menos dos aspectos: el global, descrito por el médico, y el subjetivo, descrito por el paciente⁵², y su evaluación es difícil de cuantificar objetivamente.

Varios estudios ya han demostrado que la mejoría de calidad de vida está directamente relacionada con el control del dolor crónico, independientemente de su etiología⁷, y que éste influye en las escalas de calidad de vida⁵². Por este motivo, la utilización de escalas de calidad de vida pueden estar informando del grado e intensidad del dolor crónico.

Una aproximación válida para su medición y cuantificar los problemas de salud son los cuestionarios, con mediciones referidas al inicio de la enfermedad, a su diagnóstico y a los cambios de los síntomas a través del tiempo. Basado en estos principios y dificultades, nosotros desarrollamos y validamos un test, el EASP-22, que mide específicamente la afectación de calidad de vida relacionada con el dolor crónico pediátrico¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Díez Rodríguez-Labajo A, Martín Capilla MC, Madero R, Fernández E, Reinoso Barbero F. Estudio de la utilidad de una escala de afectación de calidad de vida como escala de medición del dolor crónico en pacientes en edad pediátrica. *Algía Hospital*. 2006; 1(2):94-101.
2. Krechel SW, Bildner J. CRIES: a new neonatal postoperative pain measurement score. Initial testing of validity and reliability. *Paediatric Anaesthesia*. 1995;5(1):53-61.
3. Tyler DC, Tu A, Chapman RC. Toward validation of pain measurement tools for a pilot study. *Pain*. 1993;52:301-9.
4. McGrath PA. Development of the WHO guidelines on cancer pain relief and palliative care in children. *J Pain Sympt Manag*. 1996;12:87-92.
5. Herreras JL, Reinoso-Barbero F, Pérez-Scharnowska H, et al. Escala «LLANTO»: nueva escala de medida de dolor en pediatría. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 1999;46 Suppl 1:160-1.
6. American Academy of Pediatrics and American Pain Society. The Assessment and Management of Acute pain in Infants, Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2003;108(3):793-7.
7. Palermo TM. Impact of recurrent and chronic pain on child and family daily functioning: a critical review of the literature. *J Dev Behav Pediatr*. 2000;21:58-69.
8. Reinoso Barbero F. Dolor crónico en niños: ¿un gran desconocido o un gran olvidado? *An R Acad Nac Med (Madr)*. 2003;120:295-305.
9. Cadman D, Boyle M, Szatmari P, et al. Chronic illness, disability and mental and social well-being: findings of the Ontario Child Health Study. *Pediatrics*. 1987;79:805-13.
10. Ware JE, Sherbourne CD. The Health-Related Quality of Life: HRQL. *Med Care*. 1992;30:473-83.
11. Rapoff MA, Lindsley CB. The pain puzzle: a visual and conceptual metaphor for understanding and treating pain in pediatric rheumatic disease. *J Rheumatol*. 2000;27 Suppl 58:29-33.
12. Varni JW, Thompson KL, Hanson V. The Varni/Thompson Pediatric Pain Questionnaire. I. Chronic musculoskeletal pain in juvenile rheumatoid arthritis. *Pain*. 1987;28:27-38.
13. Varni JW, Rapoff MA, Wakiron SA, Gragg RA. Chronic pain and emotional distress in children and adolescents. *J Dev Behav Pediatr*. 1996;17:154-61.
14. Rollman GB, Gillespie JM. The role of psychosocial factors in temporomandibular disorders. *Curr Rev Pain*. 2000;4:71-81.
15. Lewin DS, Dahl RE. Importance of sleep in the management of pediatric pain. *Dev Behav Pediatr*. 1999;20:244-52.
16. Menefee LA, Frank ED, Doghramji K, et al. Self-reported sleep quality and quality of life for individuals with chronic pain conditions. *Clin J Pain*. 2000;16(4):290-7.
17. Kain ZN, Rimar S. Management of chronic pain in children. *Pediatr Rev*. 1995;16:218-22.
18. Varni JW, Rapoff MA, Waldron SA, Gragg RA. Effects of perceived stress on pediatric chronic pain. *J Behav Med*. 1996;19:515-28.

19. Gragg RA, Rapoff MA, Danovsky MB, et al. Assessing chronic musculoskeletal pain associated with rheumatic disease: further validation of the pediatric pain questionnaire. *J Pediatr Psychol.* 1996;21:237-50.
20. Clay DL. Commentary: rethinking our interventions in pediatric chronic pain and treatment research. *J Pediatr Psychol.* 2000;25:53-5.
21. Gare BA, Fasth A. The natural history of juvenile chronic arthritis: a population based cohort study. II. Outcome. *J Rheumatol.* 1995; 22:308-19.
22. Walker LS, Greene JW. The functional disability inventory. Measuring a neglected dimension of child health status. *J Pediatric Psychology.* 1991;16:39-58.
23. Thompson KL, Varni JW. A developmental cognitive-biobehavioral approach to pediatric pain assessment. *Pain.* 1986;25:283-96.
24. Reid GJ, Lang BA, McGrath PJ. Primary juvenile fibromyalgia: psychological adjustment, family functioning, coping, and functional disability. *Arthritis Rheum.* 1997;40:752-60.
25. Stanton RP, Malcolm JR, Wesdock KA, Singen BH. Reflex sympathetic dystrophy in children: an orthopedic perspective. *Orthopedics.* 1993;16:773-9.
26. Cassidy JT. Progress in diagnosis and understanding chronic pain syndromes in children and adolescents. *Adolesc Med.* 1998;9: 101-14.
27. Lowy LJ. Pediatric peroneal spastic flatfoot in the absence of coalition. A suggested protocol. *J Am Podiatr Med Assoc.* 1998;88:181-91.
28. Schag CC, Heinrich RL, Ganz PA. Karnofsky performance status revised: reliability, validity, and guidelines. *J Clin Oncol.* 1984; 2(3):187-93.
29. Stein REK, Reisman CK. The development of an impact-on-family scale: preliminary findings. *Medical Care.* 1980;18(4):465-72.
30. Stein REK, Jessop DJ. Functional Status II®. A measure of child health status. *Medical Care.* 1990;28(11):1041-55.
31. Shaffer D, Psych FRC, Gould MS, et al. A children's global assessment scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry.* 1983;40:1228-31.
32. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL. The global assessment scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry.* 1976;33:766-71.
33. Walker LS, Greene JW. The functional disability inventory: measuring a neglected dimension of child health status. *J Pediatric Psychology.* 1991;16:39-58.
34. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurology Neurosurgery and Psychiatry.* 1960;23:56-62.
35. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Social and Clinical Psychology.* 1967;6:278-96.
36. Bech P, Allerup P, Gram L, et al. The Hamilton Depression Scale: evaluation of objectivity using logistic models. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 1981;63:290-9.
37. Bech P, Rafaelsen OJ. The use of rating scales exemplified by a comparison of the Hamilton and the Bech-Rafaelsen Melancholia Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 1980;62 Suppl 285:128-31.
38. Bech P, Kastrup M, Rafaelsen OJ. Mini-compendium of rating scales for states of anxiety, depression, mania, schizophrenia with corresponding DSM III syndromes. *Acta Psychiatr Scand.* 1986;73 Suppl 326:1-37.
39. Bech AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961;4:561-71.
40. Furlanetto LM, Mendlowicz MV, Romildo Bueno J. The validity of the Beck Depression Inventory-Short Form as a screening and diagnostic instrument for moderate and severe depression in medical inpatients. *J Affect Disord.* 2005;86(1):87-91.
41. Bech P. Health related quality of life rating scales. In: Bech P, ed. *Rating scales for psychopathology, health status and quality of life.* Berlin: Springer-Verlag; 1993; p. 395-424.
42. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale. *Psychopharmacol Bull.* 1973;9:13-27.
43. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67:361-70.
44. Ware JE, Johnston SA, Davies-Avery A, et al. Conceptualization and measurement of health for adults in the health insurance study. Vol III. *Mental health.* Santa Mónica, CA: Rand Corporation; 1979.
45. Berwick DM, Murphy JM, Goldman PA, et al. Performance of five-item mental health screening test. *Med Care.* 1991;29:169-76.
46. Cella DF, Jacobson PB, Orlov EJ, et al. A brief POMS measure of distress for cancer patients. *J Chron Dis.* 1987;40:939-42.
47. Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB, et al. The memorial symptom assessment scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *Eur J Cancer.* 1994;30:1326-36.
48. WHO Regional Office for Europe. *Wellbeing measures in primary health care.* Copenhagen: WHO, 1998. The Depcare Project. Report on a WHO Meeting; 1998; Stockholm.
49. Ruelheman LS, Karoly P, Newton C, Aiken LS. The development and preliminary validation of a brief measure of chronic pain impact for use in the general population. *Pain.* 2005;113:82-90.
50. Goldberg DP. *The detection of psychiatric illness by questionnaire.* London: Oxford U Press; 1972.
51. Bridges KW, Goldberg DP. The validation of the GHQ-28 and the use of the MMSE in neurological in-patients. *Br J Psychiatry.* 1986.
52. Bech P. Health-related quality of life measurements in the assessment of pain clinic results. *Acta Anaesthesiol Scand.* 1999;43:893-6.