

Elementos para la evaluación del dolor en el paciente con cáncer*

François Boureau**

Ximena Marsiglia**

B. Demuynck***

M. Krulik***

RESUMEN

El dolor asociado a cáncer requiere una evaluación integral del paciente y de su enfermedad, para establecer una adecuada estrategia terapéutica, así como también, una reevaluación periódica en el caso en que se presenten diferentes tipos de dolor o cambios en la evolución del mismo. La evaluación clínica del paciente con dolor por cáncer comprende la identificación de las causas del dolor, el análisis del mecanismo implicado y la evaluación de la intensidad del dolor; ésta última se realiza mediante diversas técnicas disponibles, como escalas unidimensionales globales o métodos comportamentales, que permiten indicar la dimensión de la queja dolorosa, aunque no pueden presumir la causa o definir el componente orgánico y psicológico presente. Debido a que el paciente con dolor por cáncer presenta síntomas psicológicos como sentimientos de inutilidad, stress, incomprensión o pérdida de autoestima, el papel del medio familiar se constituye en un soporte para una mejor calidad de vida del paciente.

Palabras clave: Dolor asociado a cáncer, evaluación clínica del paciente con dolor en cáncer

*Publicado originalmente como *Douleurs liées aux cancers, les différents éléments d'évaluation en La Presse Médicale 1997; 26(36): 1733-9*. Traducido por Sara Inés Jiménez Sanguino e impreso con la autorización del editor y los autores.

**Centre d'évaluation et de traitement de la douleur, Hôpital Saint-Antoine, Paris, France.

*** Service de Médecine Interne, Oncologie, Hôpital Saint-Antoine, Paris, France.

Correspondencia: Dra. Marsiglia. Centre d'évaluation et de traitement de la douleur, Hôpital Saint-Antoine, 184 rue du Faubourg Saint-Antoine E75571, Paris Cedex 12, France.

El cuidado del paciente con dolor crónico, incluyendo el paciente con dolor asociado al cáncer, requiere una evaluación global de la sintomatología para determinar así una terapéutica eficaz, la cual usualmente es de enfoque multidisciplinario.

La naturaleza individual del dolor justifica una aproximación clínica basada en la evaluación integral del paciente y no solo de su enfermedad.^{1,2} Se deben considerar entonces diferentes niveles de análisis:

- Diagnóstico de las causas del dolor.
- Mecanismo del dolor, esto es, si es nociceptivo o neurógeno.
- Intensidad con que se percibe el dolor.
- Impacto del dolor en la calidad de vida y capacidad funcional.
- Contexto psicológico y familiar.

El concepto general de la evaluación del dolor se reduce frecuentemente a un análisis de su intensidad, la cual es una variable esencial para la decisión del tratamiento sintomático, pero no es la única. En esta revisión se intentan describir los pasos necesarios para una evaluación global del

conjunto que constituye la sintomatología de dolor (tabla 1).^{3,4} Se expondrá igualmente el aporte clínico de la evaluación de la intensidad del dolor, sin que se exagere la importancia de las escalas empleadas en su análisis.

Evaluación clínica del paciente con dolor en cancer

Tipos de dolor en cáncer y su estrategia terapéutica: Es esencial que con el diagnóstico se pueda definir si el dolor es:^{2,5}

- Debido a la lesión tumoral *per se* (lo que ocurre en el 50 a 70 % de casos).
- Asociado a la terapia del cáncer, tales como dolor post-quirúrgico, dolor post-radioterapia o post-quimioterapia (15 a 25 % de casos).
- Intercurrente, sin relación de causalidad con el cáncer (5 a 15 % de casos).

Aunque es infrecuente, un dolor que reaparece no obstante tener un tratamiento instaurado o en el que las características semiológicas de éste se modifican, puede indicar recidiva de la enfermedad.⁶

Tabla 1. Guía de la evaluación del dolor en cáncer

A. Historia del dolor - Momento del inicio - Características del dolor inicial <ul style="list-style-type: none"> * Localización * Intensidad * Calidad * Modalidades evolutivas - Exámenes practicados - Diagnósticos establecidos - Tratamientos (dosis, modalidades terapéuticas, observación, alivio)
B. Características del dolor actual - Localización - Intensidad - Calidad - Factores agravantes y de disminución - Tratamientos actuales (dosis, modalidades terapéuticas, alivio)
C. Repercusiones del dolor - Cognitivas: conocimiento del diagnóstico y del estado evolutivo, significado dado a la enfermedad, a los tratamientos, qué se espera, objetivos - Afectivas: nivel de ansiedad, de depresión - Comportamiento: actividades cotidianas, capacidad funcional
D. Contexto familiar y médico - Actitud de la familia - Actitud del médico tratante
E. Examen clínico - Examen completo, evaluación del estado evolutivo - Investigación del dolor provocado - Examen neurológico
F. Exámenes paraclínicos - Evaluación de la enfermedad neoplásica marcadores, imágenes - Concordancia con la semiología clínica

Un mismo paciente puede presentar diferentes tipos de dolor en asociación y los dolores pueden cambiar con la evolución, de aquí la importancia de una reevaluación periódica.⁷ Es importante considerar los esquemas corporales en el seguimiento de pacientes con localizaciones múltiples de la enfermedad. En la práctica clínica, es importante considerar el dolor como otro de los síntomas causales de malestar y de sufrimiento para el paciente.

Identificación de las causas del dolor: La primera etapa en el manejo del paciente implica, por supuesto, un diagnóstico riguroso de la o las causas del dolor,⁸ considerando para esto ciertos principios esenciales (tabla 2):

- Anamnesis: momento y forma del principio del síndrome doloroso, tratamientos efectuados, antecedentes patológicos, aspectos cognoscitivos asociados.
- Escuchar atentamente la descripción del dolor actual: topografía, calidad, ritmo evolutivo, factores que lo acentúan o disminuyen.
- Examen clínico minucioso: maniobras que provocan el dolor, signos neurológicos objetivos.
- Concordancia con los datos paraclínicos, especialmente de imágenes.

Se ha de profundizar en la intensidad del dolor y sus implicaciones. En este momento se puede establecer ya la relación del dolor con el cáncer. En este caso, la administración de tratamientos etiológicos como quimioterapia, radioterapia, cirugía u hormonoterapia constituyen la primera etapa del manejo del dolor.⁹

Análisis del mecanismo del dolor: La selección de un tratamiento sintomático está determinada por lo general por el mecanismo del dolor implicado.

Dolor por exceso de estimulación nociceptiva. El exceso de estimulación nociceptiva es el mecanismo que con más frecuencia está implicado en el dolor por cáncer. El proceso tumoral provoca la respuesta de reflejos nociceptivos que a partir de las terminales nerviosas se transmiten hacia la médula espinal y las estructuras centrales. Se expresa en el plano semiológico por un dolor que posee un ritmo mecánico (aumento del dolor por la actividad física) o inflamatorio (despertar nocturno por el dolor). En el examen clínico se puede tener con frecuencia una maniobra que reproduce el dolor. El examen neurológico permanece normal. En ciertos casos se puede notar una hiperestesia cutánea en relación con una proyección del dolor. Los estudios imagenológicos pueden documentar la lesión causal.

A nivel terapéutico se puede actuar sobre la lesión tumoral en sí misma (tratamiento etiológico) o se pueden limitar los efectos excitadores de dolor con antálgicos de acción central o periférica, especialmente los opiáceos o buscando interrumpir la transmisión nerviosa periférica o central con bloqueos o cirugía. Este tipo de dolor es muy sensible a los analgésicos, en especial los opiáceos.

Dolor neurogénico. Son causados por una lesión de las vías nerviosas periféricas o centrales. Pueden corresponder a secuelas de terapias independientes del cáncer mismo, por ejemplo neuropatía por los alcaloides de la vinca, dolor postquirúrgico como post-toracotomía o neuropatía post-radioterapia. Un segundo tipo es el debido a infiltración de un tronco o plejo nervioso por el proceso tumoral, en este último caso el dolor puede ser mixto, neurógeno y nociceptivo y determina la selección terapéutica.

El interrogatorio y el examen clínico permiten reconocer el origen neurógeno del dolor. Los dolores

Tabla 2. Características semiológicas de los dolores neurogénicos

1. Descripción clínica
- Componente continuo: ardor, quemadura
- Componente fulgurante, intermitente: descargas eléctricas
- Disestesias: hormigueos, sensación de picazón
2. Topografía
- Compatible con un origen neurológico periférico: plejo, raíz
- Compatible con un origen central: dolor hemicorporal
3. Examen neurológico
- Signos de hiposensibilidad: hipoestesia, anestesia
- Signos de hipersensibilidad: alodinia**

neurogénicos tienen características semiológicas particulares que facilitan su reconocimiento (tabla 3). La descripción verbal es de un dolor continuo, sin ritmo mecánico o inflamatorio característico, como ardor o penetrante sobre el cual sobrevienen accesos espontáneos de lancetazos o descargas eléctricas; igualmente se asocian disestesias como hormigueos o sensación de picadura.¹⁰ La topografía de estos síntomas corresponde a una distribución neurológica periférica (plejos, raíces) o central. El examen neurológico confirma la presencia de signos como hipoestesia, anestesia o hipersensibilidad.

Los dolores neurogénicos son muy poco sensibles a los analgésicos, en cambio responden a drogas como antidepressivos y anticonvulsivantes (carbamazepina, clonazepan), mientras que las secciones quirúrgicas en estos casos pueden agravar el dolor.

Evaluación de la intensidad del dolor

¿Por qué evaluar sistemáticamente la intensidad del dolor? Es importante en la práctica corriente hacer este tipo de evaluaciones,^{11, 12} ya que permite:

- Identificar al paciente con dolor, ya que muchos de ellos no se quejan espontáneamente.
- Mejorar la calidad de la relación médico-paciente, mostrando al paciente que existe un interés en él, ya que se cree en sus síntomas.
- Facilitar la toma de decisiones de tratamientos sintomáticos analgésicos adaptados a la intensidad

del dolor (titulación de dosis de morfina, por ejemplo).

- La utilización a los diferentes miembros del equipo a cargo del paciente de criterios y decisiones comunes.
- La transmisión de información entre el paciente y personal de enfermería y médico.
- La transcripción de la información en la historia del paciente para posteriores análisis o decisiones.
- La evaluación sistemática y regular permite un mejor alivio del dolor, elemento esencial en la calidad del cuidado del paciente y no existe el riesgo de subestimar, malinterpretar o aún no creer en las manifestaciones del paciente.^{13, 14}

Dificultades en la evaluación de la intensidad del dolor. Los problemas en la evaluación del dolor reúnen aquellos que se presentan en todo fenómeno subjetivo, por ejemplo ansiedad, depresión o calidad de vida.¹⁵ Una primera regla es aceptar que el paciente sea el verdadero experto en apreciar la intensidad de su dolor, esto no quiere decir que la queja refleje en forma fiable un dolor nociceptivo dados los factores psicológicos asociados, pero el creer a priori en la queja del paciente facilita una relación médico-paciente de calidad.

Diversos factores pueden conducir a los pacientes a no expresar su dolor o a rechazar un tratamiento analgésico, opiode en particular; puede tratarse de creencias, temores o deseos:

- La idea de que el dolor es inevitable o que el tratamiento se reserva a dolores intolerables.

Tabla 3. Comparación entre dolores nociceptivos y neurogénicos

Fisiopatología
Estimulación de nociceptores Lesión nerviosa: periférica o central
Semiología
Ritmo mecánico o inflamatorio Componente continuo-ardor Componente intermitente: disestesias – hormigueo; picaduras - picazón
Topografía
Regional Vs sin topografía Compatible con un origen neurológico sistematizado - Periférico: plejo o raíz - Central: dolor hemiorcporal
Examen clínico
Examen neurológico normal Signos de hiposensibilidad: Hipo o anestesia Hipersensibilidad (alodinia)

- Temor de que el tratamiento utilizado muy pronto pierda su eficacia.
- Temor de los efectos secundarios y dependencia de los opioides.
- Temor de que el tratamiento con opioides precipita la evolución de la enfermedad.
- Deseo de mostrarse valiente frente al dolor.
- Temor de que el médico crea que el tratamiento de la neoplasia no es eficaz.
- Deseo de no alarmar a los allegados.

Todas estas variables pueden enmascarar una queja espontánea; además, los dolores no inducen necesariamente comportamientos específicos. Su evaluación se apoya esencialmente sobre aquello que dice el paciente, lo cual debe ser tenido en cuenta de manera sistemática en el paciente con cáncer.

La evaluación también puede ser desviada por el personal alrededor del paciente si se apoyan las creencias del paciente, así mismo la falta de tiempo o disponibilidad pueden frenar una adecuada valoración del dolor o puede evitarse el enfrentar situaciones que dan la sensación de impotencia o conllevan la propia angustia ante la muerte. Todos estos factores pueden conducir a una conducta terapéutica insuficiente ante el dolor.^{14,16} Es esencial la estimulación del paciente para que exprese en detalle aquello que siente y el médico debe considerar en principio que la intensidad del dolor no es aquella que él cree si no la que el paciente expresa.

¿Cómo evaluar la intensidad del dolor en la práctica cotidiana? Las informaciones disponibles para valorar la intensidad del dolor son el informe verbal del paciente (autoevaluación) o la observación de su comportamiento (heteroevaluación). Evaluar objetivamente una queja o un comportamiento puede considerarse en forma efectiva si no se exige la evaluación de objetivos que no se pueden esperar. Debe hacerse explícito que los métodos disponibles permiten indicar que existe una queja de dolor, pero en ningún caso puede presumir la causa o definir el componente orgánico y psicológico presente. El problema planteado es la recolección de información en las condiciones mejor estandarizadas posibles con un instrumento válido, reproducible y sensible a las acciones terapéuticas. En el estado actual del conocimiento, contrariamente a las condiciones de laboratorio, no se dispone de un medio de medida del estímulo responsable del dolor ni de un marcador neurobiológico válido.

En la práctica corriente conviene privilegiar los métodos rápidos, no extensos. Es recomendable realizar sistemáticamente una autoevaluación del dolor por el paciente con una escala de medida válida, el médico deberá evitar que el uso de este instrumento reemplace la comunicación y empobrezca la relación con el paciente. Se describirán las escalas unidimensionales globales y posteriormente métodos comportamentales que pueden hacerse necesarios en pacientes no concientes o con los cuales la comunicación verbal no es posible.

Diferentes escalas se proponen apreciar globalmente la intensidad del dolor y su alivio: Escala Verbal Simple (EVS), Escala Numérica (EN), Escala Visual Analógica (EVA).¹⁷ Estas permiten comparar la intensidad del dolor en diferentes momentos en el mismo paciente, pero no pueden emplearse para hacer comparaciones de un paciente a otro. Utilizadas directamente por el paciente para describir su dolor, son escalas de auto-apreciación.

La EVS en su presentación usual está constituida por 4 o 5 categorías ordenadas de descriptores, a cada categoría corresponde un puntaje (de 0 a 4).

La EN permite al paciente dar una nota de 0 a 10 (o a 100); la nota 0 está definida por ausencia de dolor y la nota máxima por un dolor máximo, inimaginable por ejemplo. Para evaluar el alivio se tiene en cuenta la variación en porcentaje en relación a un dolor previo.

La EVA en su forma habitual se presenta como una línea horizontal de 100 milímetros, orientada de izquierda a derecha, los dos extremos están definidos por dolor ausente y dolor máximo inimaginable. El paciente responde trazando una cruz sobre la línea. La distancia entre este trazo y el extremo "dolor ausente" sirve de índice para los tratamientos administrados y se expresa en milímetros.

Las escalas globales tienen la ventaja de ser simples, rápidas de completar y permiten hacer mediciones repetidas y cercanas, las cuales son interesantes para estudiar la respuesta a un tratamiento analgésico. En la práctica cotidiana la EN tiene la ventaja de no necesitar un soporte particular, solo papel y regla, e integrada al interrogatorio ayuda a establecer los niveles de dolor en diferentes actividades corrientes como reposo, marcha o en

Tabla 4. Cuestionario de evaluación del dolor (Tomado del BPI- Brief Pain Inventory)

Mida usted mismo su dolor dando una nota de 0 a 10, donde 0= no dolor, 10= dolor máximo imaginable, encierre su respuesta.		
- Sobre una escala de 0 a 10, puede usted indicar el nivel de dolor en este momento	No dolor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dolor máximo imaginable
- Sobre una escala de 1 a 10, puede indicar el nivel de dolor más intenso sentido en las últimas 24 horas		
	No dolor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dolor máximo imaginable
- Indique encerrando una cifra de 0 a 10 en que medida el dolor le perturba o le molesta		
A. El dolor perturba sus actividades en general	No le perturba	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El dolor le perturba
B. El dolor perturba su ánimo o moral	No le perturba	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El dolor le perturba
C. El dolor perturba su capacidad de caminar	No le perturba	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El dolor le perturba
D. El dolor altera o perturba sus relaciones con los otros	No le perturba	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El dolor le perturba
E. El dolor perturba su sueño	No le perturba	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El dolor le perturba

posición sentado; durante el examen se puede evaluar el dolor con maniobras que le provocan. Igualmente, se puede establecer una hoja de registro para el seguimiento del dolor.

Otros métodos para la evaluación del dolor.

La EVA, la EN, la EVS son escalas unidimensionales que no permiten hacer una discriminación entre los diferentes componentes del dolor, tales como las características sensoriales, el componente afectivo o las implicaciones sobre el comportamiento. Para esto existen otros métodos.

La apreciación del impacto del dolor sobre el comportamiento es clave ya que las repercusiones de un dolor sobre el individuo y su conducta son indicadores importantes en la clínica para apreciar la severidad de un dolor, ya que un dolor crónico puede tener repercusiones sobre aspectos de la vida cotidiana como el patrón de sueño, sus actividades o la conducta moral. Estos criterios absolutamente válidos para indicar la gravedad de un dolor no constituyen de todos modos criterios sensibles para establecer la eficacia de un tratamiento analgésico, la eficacia puede detectarse más fácilmente con en informe verbal o la actividad del paciente.

Los cuestionarios de evaluación del dolor permiten un análisis fino pero su empleo demanda mucho más tiempo que con las escalas unidimensionales. Estos cuestionarios pueden plantear problemas de comprensión y actualmente no se adaptan a la práctica cotidiana. Se trata de cuestionarios como el Mc Gill Questionnaire (MPQ) y el Brief Pain

Inventory (BPI), en los que las capacidades de medición han sido verificadas (tabla 4) El cuestionario dolor Saint Antoine (QDSA) es un equivalente francés del MPQ.^{18,19} El BPI ha sido traducido al francés (Cuestionario conciso sobre dolor; tabla 4), y para esta publicación al español.^{13,14}

Dificultades con el paciente no comunicante.

En estas situaciones, la observación del comportamiento del paciente da las informaciones útiles sobre la intensidad del dolor (postura, fascies, limitación de movimientos, dificultades para vestirse o desvestirse). Estas informaciones contribuyen a la evaluación, particularmente en los pacientes que no pueden describir su dolor por problemas de conciencia o de expresión.

En la práctica si no es posible interrogar al paciente se debe interrogar en el medio que le rodea sobre la existencia de comportamientos compatibles con dolor como expresión facial, actitudes antálgicas, gemidos, si su aparición es espontánea o por la movilización o durante su cuidado y se debe confiar la observación del paciente a una persona de su medio.

Evaluación psicológica y familiar

¿Cómo establecer el límite entre la parte física y psíquica del dolor? Este es un problema complejo; desde una perspectiva dualista se puede aducir un componente orgánico y uno psicológico, que se atenúa dentro de un punto de vista global, en el cual los pacientes se abordan sistemáticamente a la vez física y psicológicamente. En el punto de

vista dualista se corre el riesgo de evidenciar factores psicológicos que pueden llevar en algunos casos a abstención terapéutica.¹⁹

Establecer la organicidad del dolor. En el contexto del cáncer se puede establecer fácilmente la organicidad del dolor, de todos modos cuando la causa no es demostrable, se debe descartar de plano la posibilidad de un diagnóstico rápido de dolor idiopático o psicógeno. El origen psicógeno no se basa en la falta de organicidad sino en el diagnóstico de una semiología psicopatológica de base.

Evaluar el componente psicológico. Numerosos factores psicológicos que pueden acentuar el dolor o el stress se pueden evidenciar en los pacientes con cáncer y no son reflejo de psicopatología sino de procesos de adaptación frente a la enfermedad o la posibilidad de la muerte. No existe un test que pueda establecer el límite entre físico y psicológico y, por tanto, el cuidado del paciente es global.

Evaluación psicológica. El nivel de sufrimiento psicológico es muy variable de un paciente a otro y depende básicamente de tres factores:

- Factores médicos ligados a la localización y estado evolutivo del cáncer, a su pronóstico, tratamiento y a la presencia de dolores.
- Factores ligados a la personalidad del paciente y a su mayor o menor grado de hacer frente y aceptar (el coping de los anglosajones).
- Factores sociales como presencia o ausencia de un soporte familiar, de amistad o profesional y las dificultades materiales o financieras creadas o agravadas por la enfermedad.

Los pacientes con cáncer sufren frecuentemente de síntomas depresivos, ansiosos o mixtos y los problemas psiquiátricos son más frecuentes en los pacientes con cáncer y dolor. El dolor crónico puede engendrar ideas suicidas y el stress del paciente se aumenta al correlacionar sistemáticamente dolor con agravación de su enfermedad.

En los pacientes con cáncer en general la frecuencia de depresión mayor es del 5 al 15% y dado que los problemas del sueño, la fatiga y anorexia pueden estar presentes tanto en cáncer como en depresión, estos síntomas tienen menos valor para establecer el diagnóstico de depresión en un paciente con cáncer que los síntomas psicológicos tales como retiro, entumecimiento psicomotor, pérdida de interés,

sentimiento de inutilidad, incompreensión o abandono, pérdida de autoestima, pensamientos recurrentes de muerte e ideas suicidas.

La relación entre dolor y problemas del afecto en los pacientes con cáncer es compleja y se ha establecido que en el paciente con cáncer y dolor la evaluación psicológica debe ser sistemática, en la búsqueda de problemas ansioso-depresivos accesibles a tratamiento como psicotropos o psicoterapia. Y en el caso de un paciente con cáncer con problemas psiquiátricos la evaluación y control del dolor son indispensables y contribuyen al manejo psiquiátrico efectivo.¹⁹

Evaluación familiar. El médico que tiene a cargo un paciente con cáncer y dolor debe evaluar el ambiente que rodea al paciente a fin de comprender cuales son las personas que cuentan y con las cuales se puede apoyar el cuidado del paciente, frecuentemente esposo (a), otras personas de la familia o amigos, vecinos y colegas. El papel fundamental del medio familiar está claramente establecido y la ausencia de un soporte por un próximo confidente se asocia a una menor calidad de vida y un mayor stress. El esposo o esposa u otra persona de la familia juegan un papel primordial en el cuidado corporal y tareas cotidianas a la vida del paciente en su domicilio.

Si los próximos al paciente están implicados en su cuidado, ellos están igualmente en una situación de sufrimiento y ellos mismos requieren de soporte. La familia puede estar comprendida por un sistema, es decir, un conjunto de elementos que está constituido por cada miembro y la modificación de la situación de uno de ellos implica una modificación en la vida de todos; así, el paciente grave puede desequilibrar este medio. Ciertos estudios ponen en evidencia un nivel de depresión y ansiedad tan o más importante que el del paciente en su compañero/a y en ciertos casos se requiere un manejo específico.

Los miembros de la familia pueden tener ciertas necesidades que el equipo al cuidado del paciente puede contribuir a satisfacer:

- Sentirse útil al paciente.
- Reasegurar acerca del control de síntomas.
- Estar informado acerca de la evolución, de la posibilidad de una muerte cercana, etc.
- Poder expresar libremente sus pensamientos sin la presencia del paciente.

FICHA DE SEGUIMIENTO HORARIO DEL DOLOR																									
Paciente																									
Fecha																									
<i>Dolor máximo imaginable</i>																									
	8h				12h					16h					20h					24h				4h	
10																									
9																									
8																									
7																									
6																									
5																									
4																									
3																									
2																									
1																									
0																									
<i>Ausencia de dolor</i>																									

Figura 1. Ficha de seguimiento horario del dolor

El domicilio requiere a veces reacomodaciones como camas médicas, sillas de ruedas o instalación de pasamanos en sitios específicos, las cuales pueden sugerirse a los familiares.

El médico tratante debe conocer los recursos locales o regionales que permitan una mejor atención de las necesidades ya establecidas para el paciente y para su familia.

Al concluir esta evaluación global, será posible combinar diversas estrategias terapéuticas adaptadas a la sintomatología de dolor del paciente con cáncer (Tabla 5). No debe desconocerse la necesidad de una evaluación regular y continua del dolor, en particular para la adaptación del tratamiento (Figura 1). La reaparición de un dolor debe conllevar a una reevaluación completa, dado que el mecanismo puede ser diferente. En todos los casos se debe establecer una historia, que se lleva al día por el personal involucrado con el paciente, identificándose cada uno de ellos. Este seguimiento puede realizarse tanto a nivel hospitalario como a domicilio, con la estrecha colaboración del grupo a cargo del paciente.

Summary

The pain associated to cancer requires a patient's integral evaluation and his disease to establish an appropriate therapeutic strategy; as

well as, a periodic reappraisal when exist different pain types or changes in the pain evolution. The patient's clinical evaluation with pain in cancer must be have the identification of the causes of the pain, the analysis of the mechanism of the pain and the evaluation of the intensity of the pain; the which one is carried out by means of many technical available -as unidimensional global scales or behavioral methods -, they allow to indicate if a pain complaint exists, although they can not show off the cause or to define the organic or psychological component. Because the patient with pain in cancer presents psychological symptoms as feelings of uselessness, stress, incomprehension, or loss of self-esteem, the family role is to be a support for a better quality of the patient's life.

Key words: Pain associated to cancer, the patient's clinical evaluation with pain in cancer.

Referencias

1. Cherny N, Portenoy R. Cancer pain: principles of assesment and syndromes. In Wall P, Melzack R (eds). Textbook of pain. 3rd ed, Churchill Livingstone, 1994.
2. Foley K. Clinical assessment of pain. Acta Anaesthesiol Scandinavica 1982; 74: 91-6.
3. Doubrere JF. Entretien avec le patient douloureux chronique. Pratique du traitement de la douleur. Paris, Doin, 1988.
4. Krakowski I, Gestin Y, Jaulmes et al. Recommendations pour une bonne pratique dans la prise en charge de la douleur chez l'adulte et l'enfant. Bull Cancer 1996; 83: suppl 1.
5. Twycross R, Lack R. Symptom control in far advanced cancer. Pain 1982 ; 14: 303-10.
6. Pichard Leandri E. Evaluation de la douleur du malade cancéreux in Doleurs, bases fondamentales, pharmacologie, douleurs aiguës, douleurs chroniques, thérapeutiques. Brasseur L, Chauvin M, Guilbaud G. Editions Maloine 1996; 589-96.
7. TwycrossR, Harcourt J, Bergl S. A survey of pain in patients with advanced cancer. J Pain Symptom Management 1996; 12: 273-82.

Tabla 5. Evaluación del dolor del paciente con cáncer a la terapéutica

Etiología
- Tratamiento oncológico - Tratamiento específico
Mecanismo del dolor
- Nociceptivo: Antiálgico según la escala de la OMS - Neurogénico: Antidepresivos, anticonvulsivantes
Intensidad: Selección de la escala de la OMS
Alivio del dolor: Titulación/ajuste de dosis
Ansiedad
- Entrevista/información - Planteamiento de temores - Relajación
Depresión: Antidepresivos/psicoterapia
Dificultades de relación
- Pareja o familia: Entrevista/psicoterapia - Equipo de cuidado: Reunión de síntesis

8. Caraceni A, Foley K. La douleur du cancer et les syndromes douloureux du cancer. In Brasseur L, Chauvin M, Guilbaud G (Ed). Douleurs, bases fondamentales, pharmacologie, douleurs aiguës, douleurs chroniques, thérapeutiques. Editions Maloine 1996; 567-87.
9. Bonica J. Treatment of cancer pain: current status and future needs. In Advances in pain reserche and therapy, Vol 9. Proceedings of the 4th World Congress on Pain. New York, Raven Press, 1985; 589-616.
10. Boureau F, Doubrere JF, Luu M. Study of verbal description in neuropathic pain. Pain 1990; 42: 145-52.
11. Melzack R, Katz J. Pain measurement in persons in pain. In Wall P, Melzack R (ed). Textbook of pain. 3rd ed, Churchill Livingstone, 1994.
12. Rowlingson J, Hamill R, Patt R. Comprehensive assessment of the patient with cancer pain. In Patt R (ed). Cancer pain. Philadelphia, Lippincott, 1993; 23-39.
13. Larue F, Colleau S, Brasseur L, Cleelands CS. Multicentre study of cancer pain and its treatment. Br Med J 1995; 310: 1034-7.
14. Larue F, Colleau SM, Fontane A, Brasseur L. Oncologists and primary care physicians attitudes toward pain control and morphine prescribing in France. Cancer 1995; 76:2375-82.
15. Foley K. Pain assessment and cancer pain syndromes. In Doyle D, Hanks G, MacDonald N. Oxford textbook of palliative medicine. Oxford, Oxford University Press, 1994: 148-65.
16. Gauvain-Piquard A, Rodary C. Evaluation de la douleur in la douleur chez l'enfant. Medsi/Mc Graw-Hill, 1989; 38-59.
17. Boureau F, Luu M, Doubrere JF. Problemes posés par l'évaluation de la douleur et de ses aspects psychologiques. Neurophysiol Clin 1990; 20: 357-68.
18. Boureau F, Luu M, Doubrere JF, Gay C. Elaboration d'un questionnaire d'auto-évaluation de la douleur par liste de qualificatifs. Comparaison avec le McGill Questionnaire de Melzack. Thérapie 1984; 39: 119-29.
19. Ruzsniwski M. Face a la maladie grave: patients, familles, soignantes. Dunod, 1995.