

EVALUACIÓN DEL DOLOR ONCOLÓGICO EN PACIENTE PALIATIVO EN UN SERVICIO DE RADIOTERAPIA

***Autora:** Pérez Olmedo, María*

***Tutora:** Diezhandino García, Patricia*

***Cotutora:** Garavís Vicente, María Isabel*

Grado en Medicina

Curso 2022-2023

Departamento de anatomía y radiología: área de radiología y medicina física



ÍNDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
EL CANCER Y EL DOLOR	4
TIPOS DE DOLOR Y MANEJO	5
RADIOTERAPIA PALIATIVA (PRT)	7
CUESTIONARIO BREVE PARA LA EVALUACIÓN DEL DOLOR	8
OBJETIVOS	8
MATERIAL Y MÉTODO.....	9
RESULTADOS.....	10
DISCUSIÓN	15
LÍMITES DEL ESTUDIO.....	18
CONCLUSIÓN	19
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	20
ANEXOS	23
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO PACIENTES.....	23
ANEXO 2: CUESTIONARIO BREVE PARA LA EVALUACIÓN DEL DOLOR	25
ANEXO 3: VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO.....	27
ANEXO 4: PÓSTER	

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El dolor oncológico es el síntoma que más condiciona la calidad de vida de los pacientes con cáncer. El buen control de este síntoma es una prioridad siendo necesario un correcto tratamiento, realizando previamente un adecuado diagnóstico, y evaluación. La finalidad de la radioterapia (RT) paliativa es mejorar la calidad de vida mediante el alivio de síntomas. El “*cuestionario breve para la evaluación del dolor*” es muy útil en la valoración de la intensidad y el impacto del dolor en las actividades diarias de la vida del paciente.

OBJETIVO: Valorar la efectividad del tratamiento con radioterapia paliativa antiálgica en la intensidad de la percepción dolorosa y calidad de vida de pacientes oncológicos, midiéndola mediante el cuestionario breve del dolor. Otros objetivos más específicos serían valorar cambios en su calidad de vida valorar cambios en cuanto a su estado psico-social.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio experimental pre-postintervención que incluye pacientes mayores de 18 años del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, con un diagnóstico confirmado de cáncer, en el cual se mide la respuesta antes y después del tratamiento con Radioterapia Paliativa, midiendo la evaluación del dolor mediante el *cuestionario breve para la evaluación del dolor (edición corta)*.

RESULTADOS: Se han analizado un total de 12 pacientes, pero solo 7 lograron contestar a la encuesta tras recibir la RT. La edad media de los pacientes incluidos son 69 años y medio, y todos presentaban metástasis óseas. En el 100% de los ítems del cuestionario se ha observado una mejoría considerable tras la PRT, con un porcentaje de alivio tras el tratamiento aumentando un 34%.

DISCUSIONES Y CONCLUSION: Una buena valoración del dolor se considera un aspecto clave en el momento de indicar un tratamiento, siendo su objetivo controlar este síntoma y mejorar su calidad de vida. La PRT tiene un papel fundamental en el tratamiento paliativo del dolor oncológico y en sus complicaciones asociadas, así como en la mejoría de su interferencia con su vida diaria y actividades generales. Es por esto, que es necesario realizar una adecuada valoración y evaluación integral del paciente, atendiendo a sus necesidades, a la hora de proponer un tratamiento adecuado para su dolor causado por un tumor.

PALBARAS CLAVE: Dolor, calidad de vida, radioterapia paliativa (PRT), cuestionario breve del dolor (CBD).

INTRODUCCIÓN

EL CANCER Y EL DOLOR

El dolor es una de las causas más frecuentes de las consultas médicas, tanto programada como de urgencias. Su definición es muy compleja. En 1979 se aprobó la definición actual de la International Association of the Study of Pain que lo define como *“Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño”*. (1)

En la declaración de Ginebra de la Organización de la Salud (OMS) (en 2002), se concertó que abordar el tratamiento del dolor consiste en un Derecho humano Universal, llevando a cabo una correcta formación a los profesionales de la salud y contando con la presencia de fármacos para el alivio de este síntoma. (4)

En el paciente oncológico, el dolor es uno de los factores que más condiciona su calidad de vida, es por esto la importancia que desempeña en su diagnóstico y tratamiento.

Existen aproximadamente 9,9 millones de muertes en relación con el cáncer en el año 2020, coincidiendo con los datos que fueron proporcionados por la International Agency for Research on Cancer (IARC), es por esto por lo que el cáncer es una de las principales causas de morbi-mortalidad del mundo. La sociedad española de oncología médica ha definido el cáncer como: *“un grupo numeroso de enfermedades que se caracterizan por el desarrollo de células anormales, que se dividen y crecen sin control en cualquier parte del cuerpo”*. Su incidencia está aumentando y por lo tanto el dolor asociado al cáncer también. (5) Los avances realizados en el diagnóstico precoz y en el tratamiento de numerosos tipos de cáncer ha supuesto un aumento en la supervivencia de los pacientes, es por ello que gestionar tanto el cáncer como los síntomas y su tratamiento tendrá un peso cada vez más importante en la labor del profesional sanitario.

La prevalencia del dolor en el paciente oncológico varía dependiendo de distintos factores como localización del tumor, extensión, evolución tumoral, procedimientos terapéuticos y diagnósticos, toxicidad causada por los distintos tratamientos tanto locales (cirugía, radioterapia) como sistémicos (quimioterapia, hormonoterapia, inmunoterapia) y dolor muscular causado por la inactividad física, entre otros. Se desconoce la prevalencia real, pero se estima aproximadamente un 53% de manera global presentando este dolor. (18) Un 95% de los pacientes con cáncer han referido que el dolor es la mayor causa de afectación en su calidad de vida. Entre el 30 y 40 %

presentan dolor desde los estadios iniciales, y hasta un 70%, en estadios avanzados o terminales. (12)

La causa principal del dolor en un paciente con cáncer consiste en el tumor de origen o en sus metástasis que, al originarse, crecer y progresar, existe la posibilidad de comprimir tejido óseo, nervios, y otros tipos de tejidos adyacentes. De esta forma el dolor oncológico presenta los tres tipos más típicos de dolor: dolor visceral, dolor nociceptivo somático, y dolor neuropático. En un porcentaje muy alto de los pacientes que presentan dolor neuropático o mixto, se dificulta el abordaje, así como su limitación funcional. Ha sido demostrado que el dolor oncológico aumenta el sufrimiento psicológico, interfiere en la vida social, dificulta el sueño y afecta a la capacidad de disfrutar plenamente de la vida. (10)

Un tema prevalente cuando hablamos del cáncer son las metástasis. Las metástasis óseas consisten en una diseminación de células cancerígenas secundarias hacia el tejido óseo, ya sea por vía linfática, hematológica y de contigüidad. En pacientes oncológicos, el hueso representa el tercer lugar más frecuente de las metástasis limitando de esta forma su pronóstico de supervivencia y la calidad de vida. Este tipo de metástasis representan la causa más frecuente del dolor oncológico. (6,7) Aproximadamente, un 50-70% de los pacientes con esta enfermedad desarrollarán dolor y trastornos de movilidad. Los responsables del 80% de este tipo de metástasis son los tumores de mama, pulmón y próstata, siendo las localizaciones más comunes la pelvis, la columna, cráneo, costilla y fémur proximal. (8,9)

TIPOS DE DOLOR Y MANEJO

El dolor puede ser clasificado según:

- Su patogenia: Dolor nociceptivo (somático, visceral). Dolor neuropático. Dolor psicógeno
- Su duración: Dolor agudo. Dolor crónico.
- El curso: Continuo. Irruptivo.
- Síndromes de dolor oncológico: Dolor por afectación ósea, por afectación nerviosa y abdominal. (1)

El buen control del dolor es una prioridad en estos pacientes ya que de no ser así las consecuencias pueden ser devastadoras tanto para el paciente como los familiares. Para el correcto tratamiento del dolor oncológico hay que hacer una buena evaluación del dolor, con un estudio adecuado, diagnóstico temprano de su presencia, exploración

detallada de la aparición del dolor y hacer revisiones frecuentes para evaluar la respuesta al tratamiento. Manejar el dolor oncológico tendría que ser una prioridad entre el sistema sanitario y encontrarse entre sus objetivos.

El tratamiento del paciente oncológico es integral, se extiende desde el inicio de la enfermedad hasta el final de la vida. La complejidad de los aspectos médicos y psicológicos de éste requiere la realización de estrategias multidisciplinarias. Entre ellas resulta crucial la atención psicológica en este tipo de pacientes, por lo que estos servicios también se ven afectados en esta demanda. El dolor oncológico y su naturaleza cambiante exige adoptar un seguimiento muy estricto, debido a la respuesta a los tratamientos contra el tumor de origen o la extensión tumoral. En la atención integral del paciente oncológico, son imprescindibles diferentes unidades de especialidades médicas, quirúrgicas, unidades de cuidados continuos y paliativos, al igual que unos profesionales sanitarios que trabajen de forma multidisciplinar. (10)

La atención que se dirige a la calidad de vida y a la calidad en la muerte, debería ser la máxima posible. (10)

En el paciente, a menudo existen distintos tipos o niveles de dolor y todos ellos requieren diagnóstico y tratamiento. Un aspecto importante y un principio fundamental en el tratamiento del dolor oncológico consiste en una buena valoración para conocer bien sus características (2) y estimar el impacto que tiene sobre el paciente para determinar el tratamiento idóneo. Un alivio adecuado del dolor está relacionado con una valoración precisa y adecuada de todos los aspectos del paciente (físico, social, psicológico y espiritual) para, de esta forma, ser capaces de realizar un abordaje integral y completo eficiente. Es necesario un inicio precoz de este abordaje en el momento del diagnóstico y a lo largo de toda la enfermedad. Es necesario señalar que la principal fuente de evaluación e información en relación con el dolor es lo que cada paciente refiere. Es crucial una reevaluación continuada del dolor, de la medicación y sus efectos secundarios, así como estimar las causas dolorosas por separado y saber identificar los tipos de dolor que presenta el paciente. (2, 3)

La incidencia del manejo inadecuado del dolor oncológico se considera muy alta teniendo en cuenta la variedad de guías de práctica clínica que han sido creadas. Las guías actuales para manejar el dolor en pacientes oncológicos han presentado limitaciones relevantes en su contenido y calidad. (13)

Así, el tratamiento del dolor oncológico es multidisciplinar, consistiendo en el tratamiento específico para el dolor producido por el propio tumor, tratamiento analgésico

farmacológico (escalera analgésica de la OMS, coanalgésicos y coadyuvantes), y el no farmacológico entre el que se incluye la radioterapia paliativa.

RADIOTERAPIA PALIATIVA (PRT)

La radioterapia es el tratamiento de las enfermedades que utiliza radiaciones ionizantes procedente de máquinas generadoras o de radioisótopos sellados. La principal aplicación es el tratamiento del cáncer. Esta puede utilizarse sola o combinada con otro tipo de modalidades terapéuticas, para inducir la muerte celular. Su finalidad es destruir un tumor preservando los órganos de riesgo, depositando una dosis terapéutica de RI (radiación ionizante) con una adecuada distribución en el tumor.

Según la intención del tratamiento, ésta puede ser radical de forma exclusiva o combinada con quimioterapia y cirugía o paliativa, y jugando también un papel esencial en el tratamiento de las metástasis óseas y el dolor que se origina por ellas.

La PRT obtiene unos resultados beneficiosos aproximadamente en un 75% de los pacientes aliviando su dolor, (14) aunque no pretende la curación, ni prolongar la vida. Su finalidad es mejorar la calidad de vida mediante el alivio de síntomas con pocos efectos secundarios y duradero, sin deteriorar su calidad de vida. Puede estar indicada hasta en el 40-50% de pacientes que son derivados al servicio de radioterapia con intención paliativa. (15) El dolor es el síntoma más frecuente indicado para la radioterapia, ya que presenta un efecto antiálgico conocido y es utilizado con éxito en el tratamiento de diferentes síndromes del dolor que son causados por un tumor primario o metástasis. (16)

Este tratamiento paliativo beneficia sin ninguna duda a los pacientes oncológicos que se encuentran en diversas etapas de su enfermedad y que tienen como objetivo mejorar los síntomas y prolongar la supervivencia de manera potencial. Realmente no se conoce la utilidad de la RT en los últimos meses ya que existe muy pocos datos que la describen.

La PRT representa el tratamiento principal y fundamental de las metástasis óseas en combinación con analgésicos y opioides. Es realmente eficaz contra el dolor de las metástasis óseas además de que previene las posibles fracturas patológicas, metástasis cerebrales o compresión radicular o medular. Diferentes estudios aleatorizados y prospectivos han mostrado un alivio del dolor de forma aproximada en un 60-80% de los pacientes tras haber recibido el tratamiento con radioterapia y hasta un 30% de ellos han logrado respuestas completas, lo que quiere decir, una remisión total del dolor. (10,17) Los diferentes mecanismos de acción tienen la consecuencia de que el efecto antiálgico que se quiere conseguir se manifieste de forma inmediata o, por otro lado,

que aparezca en 3 semanas después de finalizar la RT. La RT no solo produce este alivio tan significativo del dolor, sino que tiene un papel importante en la mejoría de la calidad de vida de los pacientes, previniendo, además, las fracturas que pueden ser derivadas de las metástasis.

CUESTIONARIO BREVE PARA LA EVALUACIÓN DEL DOLOR

El “*cuestionario breve para la evaluación del dolor (edición corta)*” (ANEXO II) fue desarrollado por Daut en 1983 y en 2002 fue validado en el artículo “*Validación española del cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica*” (Badia et al., 2003) (ANEXO III). Se trata de un cuestionario muy útil en la valoración de la intensidad y del impacto del dolor en las actividades de la vida del paciente. Fue desarrollado para realizar una valoración integral del paciente oncológico con dolor y más adelante se utilizó en la clínica y la investigación para poder valorar la afectación del dolor en las actividades diarias del paciente, así como en el efecto y la intensidad que se produce por el tratamiento. Existen dos versiones que están validadas, la versión larga y la corta, que es la que ha sido utilizada en este proyecto. La utilización de este cuestionario ha aumentado, resultando ser un método estandarizado sobre el dolor oncológico y neuropático. (19)

El cuestionario breve para la evaluación del dolor consta de nueve ÍTEMS. Cuenta con un ítem para indicar la localización del dolor del paciente, 4 ítems que valoran la intensidad del dolor máxima, media y mínima del dolor con una escala numérica del 0 (ausencia de dolor/interferencia en la vida diaria) al 10 (peor dolor imaginable/afectación máxima en la vida diaria), 2 ítems sobre el tratamiento que recibía el paciente para su dolor y el porcentaje de respuesta referido como alivio con ese mismo tratamiento. Por último, hay un ítem sobre la interferencia en las actividades que se compone de 7 subescalas sobre la afectación de su calidad de vida, relaciones sociales e interpersonales, que valoran del 0 al 10 el nivel de afectación.

OBJETIVOS

GENERAL:

El principal objetivo de este trabajo consiste en valorar la efectividad del tratamiento con radioterapia paliativa antiálgica en la intensidad de la percepción dolorosa y calidad de vida de pacientes oncológicos, midiéndola mediante el cuestionario breve del dolor que el paciente ha contestado previamente y después del tratamiento radioterápico, analizando de esta forma la respuesta al dolor oncológico y otros aspectos que están

afectados y están directamente relacionados con la vida del paciente.

ESPECÍFICOS:

- Valorar cambios en su calidad de vida
- Valorar cambios en cuanto a su estado psico-social

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se realiza en el Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Se trata de un estudio experimental pre-postintervención, en el cual se mide la respuesta antes y después del tratamiento con radioterapia paliativa en el paciente oncológico.

La población de estudio incluye pacientes mayores de 18 años, con un diagnóstico confirmado de cáncer de cualquier etiología, ambulatorio o ingresado, que son derivados a la consulta de oncología radioterápica por dolor relacionado con su enfermedad tumoral para valorar tratamiento paliativo antiálgico con radioterapia.

PROCEDIMIENTO

Para la elaboración y el desarrollo del estudio se ha utilizado el “*cuestionario breve para la evaluación del dolor (edición corta)*”

Este cuestionario ha sido respondido en dos ocasiones, la primera fue antes de recibir el tratamiento con PRT en la primera consulta y la segunda ocasión cuando se acudió a consulta tras finalizar el tratamiento que tuvo lugar entre las dos o tres semanas. El cuestionario pudo ser respondido en la misma consulta o con la opción de llevárselo a su domicilio y una vez respondido nos lo hicieron llegar a nuestro servicio, o por otro lado, contestado de forma telefónica.

VARIABLES

→ Variables del cuestionario

Las variables que han de ser estudiadas y que aparecen en el cuestionario son las siguientes:

- Localización del dolor
- Intensidad del dolor (máxima, media, mínima y en el momento de la encuesta)
- Tratamiento sintomático para el dolor
- Alivio de ese tratamiento
- Calidad de vida
 - Actividad general, trabajo, relaciones con personas, estado de ánimo

sueño, caminar, y disfrute de la vida.

→ Otras variables

Por otro lado, han sido estudiadas también otras variables que son propias de cada paciente, son las siguientes:

- Diagnóstico etiológico del tumor
- Progresión tumoral, localización metástasis
- Año diagnóstico el tumor primario y metástasis.
- Tratamientos recibidos activos para el tipo de tumor (cirugía, QT, RT)
- Número de sesiones de RT y dosis recibida

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos se han analizado con el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 24.0 para Windows. Las variables cuantitativas han sido presentadas con la media, la desviación típica, las puntuaciones mínima y máxima, con la mediana y la amplitud intercuartil, y las cualitativas según su distribución de frecuencias.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se ha preservado en todo momento el anonimato de los encuestados. El Investigador principal ha declarado que respeta las normas en la materia de bioética que se contienen en la declaración de Helsinki 2009; el Convenio de Oviedo sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina; Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales y el Código Deontológico para la profesión de Enfermería dictado por el Consejo Internacional de Enfermeras.

Para su desarrollo, el estudio ha sido aprobado por el comité ético de investigación clínica del área de salud este de Valladolid

Los pacientes han firmado un consentimiento informado de voluntariedad que no implica muestras biológicas para ser incluidos dentro del estudio (*ANEXO I*)

RESULTADOS

Se han analizado un total de 12 pacientes en un periodo desde febrero y mayo de 2023, es decir 4 meses. De los 12 pacientes (100%), solo 7 pacientes (58,3%) han contestado al segundo tras la radioterapia paliativa. De los 5 pacientes que no tienen la segunda encuesta, 2 de ellos fallecieron, uno de estos tras el tratamiento radioterápico manifestó

de palabra que había presentado una mejoría del dolor considerable, pero desarrolló una carcinomatosis cerebral, la cual fue causa de su fallecimiento. Otro paciente no pudo realizar la segunda encuesta por mal estado general, y 2 se perdieron en el seguimiento.

De cada paciente, además de obtener los datos del cuestionario breve del dolor, se estudian una serie de variables que son características propias de cada paciente. Estas variables son las siguientes:

VARIABLES DE CADA PACIENTE	Media → n (%)	
Sexo	Mujer	7 (58,33%)
	Hombre	5 (41,67%)
Edad	<65 años	4 (33,33%)
	>65 años	8 (66,67%)
Tumor primario	Próstata	5 (41,67%)
	Mama	3 (25%)
	Pulmón	3 (25%)
	Mieloma múltiple	1 (8,33%)
Año diagnóstico	2007	1 (8,33%)
	2011	1 (8,33%)
	2017	1 (8,33%)
	2020	2 (16,67%)
	2021	3 (25%)
	2022	2 (16,67%)
	2023	2 (16,67%)
Tratamiento activo tumor 1º	Sí	11 (91,67%)
	No	1 (8,33%)
Metástasis	Sí	12 (100%)
Localización metástasis	Hueso	12 (100%)
	Ganglios	2 (16,67%)
	Hígado	1 (8,33%)
	Partes blandas	1 (8,33%)
Año diagnóstico metástasis	2018	1 (8,33%)
	2020	1 (8,33%)
	2021	1 (8,33%)

	2022	6 (50%)
	2023	3 (25%)
Tratamiento para el dolor	AINES	5 (41,67%)
	Paracetamol	2 (16,67%)
	Nolotil	2 (16,67%)
	Opioides	4 (33,33%)
	Corticoides	1 (8,33%)
Dosis (Gy)	8Gy	1 (8,33%)
	20Gy (4 fracciones de 5Gy)	1 (8,33%)
	20Gy (5 fracciones de 4Gy)	9 (75%)
	30Gy	1 (8,33%)
Nº sesiones RT (fraccionamiento)	10	1 (8,33%)
	5	9 (75%)
	4	1 (8,33%)
	1	1 (8,33%)

TABLA 1: Características de los pacientes que han recibido RT.

La edad media de los pacientes incluidos fue 69 años y medio, siendo la edad mínima 45 y máxima de 93. Más de la mitad de los pacientes son hombres (58,33%), pero no con una marcada diferencia. En relación con el tumor primario de los pacientes que han sido estudiados, el más frecuente es el cáncer de próstata (41,67%), siendo menos frecuentes el cáncer de mama, de pulmón y un mieloma múltiple. El 91,67% han recibido un tratamiento activo frente a su tumor de origen, es por esto por lo que se encontraban en progresión de su neoplasia primaria presentando una extensión metastásica en el 100% de los pacientes.

Respecto a la localización de las metástasis, el 100% se localizó a nivel óseo, cada una en diferente localización, seguidas por metástasis en ganglios, partes blandas e hígado.

Antes de recibir la PRT, cada paciente tenía un tratamiento para aliviar su dolor. El tratamiento más utilizado son los AINES (41,67%), seguidos de los opioides (33,33%), y el resto son paracetamol, nolotil y corticoides.

Con relación a la dosis que recibieron y al número de sesiones de RT, es decir el fraccionamiento, un 75% ha recibido una dosis de 20 Gy en 5 fracciones de 4Gy, un 8,33% recibió una dosis de 20Gy en 4 fracciones de 5 Gy, un 8,33% recibió una dosis de 30 Gy en 10 sesiones y el otro 8,33% una dosis de 8Gy en una única sesión.

El volumen de tratamiento de los pacientes del estudio han sido los siguientes:

VOLUMEN DE TRATAMIENTO
Articulación coxofemoral
Costilla
D10
D7
Isquion izquierdo
L2
L2-S3
S2-S3
Sacro (2 pacientes)
Sacroilíaco bilateral
Conglomerado hepático

TABLA 2: Volumen de tratamiento con RT de cada paciente.

Al analizar el tiempo desde que se finalizó el tratamiento con la PRT hasta que el paciente contestó la segunda encuesta, el 85.7 % (6 pacientes) respondieron en el tiempo que se indicó en el procedimiento con una media de 15.72 días.

Fin RT	01/03	02/03	09/03	16/03	27/03	29/03	19/04
2ª encuesta	14/03	12/03	19/03	13/04	13/04	13/04	02/05
Tiempo	13 días	11 días	9 días	28 días	17 días	15 días	17 días
x → 15,72							

TABLA 3: Tiempo transcurrido desde el fin de la RT a realizar la 2ª encuesta.

Es preciso analizar la comparación entre la intensidad del dolor y la afectación de la calidad de vida de los pacientes antes y después de la RT mediante la primera y la segunda encuesta realizada. Es por esto, que vamos a comparar las medias de cada variable.

	Pre – RT (1ª encuesta) Escala EVA n=12	Post – RT (2ª encuesta) Escala EVA n= 7	Mejoría tras RT
Dolor máximo	8,08	4,71	41.68%
Dolor mínimo	3,92	1,57	59.88%
Dolor medio	6,17	3,71	39.77%
Dolor en el momento de la encuesta	5,75	1,57	72.67%
Alivio tratamiento	50,83	68,57	-34.98%
INTERFERENCIA VIDA DIARIA			
Actividad general	7,50	3,29	56.19%
Estado de ánimo	7,75	3,57	53,92%
Caminar	7,92	3,14	60.3%
Trabajo normal	7,83	4,14	47.11%
Relaciones personales	5,58	1,71	69,30%
Sueño	6,00	2,71	54.76%
Disfruta de la vida	8,58	3,86	55.06%

TABLA 4: resultados de las medias obtenidas en la evaluación del dolor mediante el cuestionario breve del dolor antes y después de la RT.

Todos los ítems excepto el alivio del tratamiento, se representan mediante una escala del 0 al 10, siendo el 0 la ausencia de dolor o no afectación de ese ítem, y el 10 el peor dolor imaginable y una afectación completa. Sin embargo, el alivio del dolor tiene una escala del 0 al 100%.

En todos los ítems se ha observado una mejoría considerable, destacando especialmente el dolor mínimo que aumenta un 59.88%, su dolor en el momento de responder a cada encuesta en un 72.67%, su dificultad para caminar aumentando un 60,3% y la afectación

en sus relaciones personales, que aumenta un 69,30%. Todos los ítems presentan una mejoría del 50 %, excepto: el dolor máximo, el dolor medio y la afectación que tienen en su trabajo normal, que se encuentran alrededor del 40-50% de mejora. En cuanto al alivio del tratamiento, se compara, en la primera encuesta el alivio con el tratamiento que cada paciente tenía para su dolor (AINES, analgésicos, corticoides y opioides), mientras que en la segunda el tratamiento se refiere a la RT que han recibido, y que alivia su dolor tras haberla finalizado. El porcentaje de alivio tras el tratamiento con PRT aumenta en un 34%.

DISCUSIÓN

La finalidad de comparar la percepción de la evolución del dolor tras el tratamiento con radioterapia paliativa consiste en valorar la efectividad del mismo como tratamiento oncológico tras haber realizado una buena valoración, y de esta forma, abordar una atención integrada del paciente, no solo mediante terapias médicas o quirúrgicas. La gran mayoría de los pacientes que son oncológicos terminales, podrían mantener una mejor calidad de vida al combinar un manejo eficaz de fármacos analgésicos junto con una radioterapia antiálgica diseñada adecuadamente.

Estudiar la prevalencia del dolor oncológico es importante a la hora de determinar una buena propuesta de tratamiento personalizado para cada paciente que consulta por este dolor. Es necesario tomar conciencia de esta problemática y saber la afectación que produce en la calidad de vida de los pacientes, para de esta forma, ser capaces de abordarlo y evaluarlo de manera adecuada.

Tres estudios en México, del Instituto Nacional de Cancerología, están en relación con la epidemiología del dolor oncológico. En 1988, Romero, realizó un trabajo con 190 pacientes de reciente ingreso. 90 de los cuales (47%) presentaban dolor, y en 63 (33%) ese síntoma estaba relacionado con su tumor. De los dolores más intensos, uno fue el del cáncer de pulmón, ovario y linfoma, y solo un 53% de los pacientes recibieron un tratamiento antiálgico. Otro estudio en 1996 de Allende, tiene como muestra a 100 pacientes con cáncer, de los cuales un 89% refería dolor. Reyes Chiquete, en 2002, estudió a 952 pacientes oncológicos que estaban hospitalizados. 292 (32,7%) tenían dolor. De estos pacientes, un 44,3% del dolor era crónico, el 37,2% agudo postquirúrgico, 10,6% agudización del oncológico. Solo el 61,2% de estos pacientes estaban bajo control. (26,27,28)

El efecto antiálgico de la RT se conoce aproximadamente desde los años 60. Este tratamiento logra aliviar el dolor en un 75% de los pacientes y que llegue a desaparecer entre un 20 y 60%. Este efecto puede empezar a notarse entre el tercer y décimo día,

dependiendo de los fraccionamientos que se han utilizado. (20,21)

La PRT puede administrarse en forma de única sesión de 8 Gy, 4/5 sesiones (20 Gy) o 10 sesiones (30 Gy), pero no se conoce el mejor esquema para la RT en las metástasis óseas. Varios estudios aleatorizados y metaanálisis presentan resultados sin observar diferencias significativas en comparación con una dosis única de 8 Gy, la única diferencia que presenta es la reirradiación cuando se emplean solo una dosis. Estudios prospectivos han confirmado una misma eficacia y seguridad en estos esquemas y con un alivio del dolor en más del 70% de los pacientes antes de las dos o tres semanas. Otros tres metaanálisis tampoco encontraron diferencias en cuanto al control del dolor producido por estas metástasis entre los fraccionamientos de la RT. Por lo general, la dosis y la duración del tratamiento se basan en guías clínicas que buscan la optimización de la respuesta clínica en un menor tiempo. (21,22) Al final de la vida es frecuente usar esquemas cortos con el fin de evitar que tengan que acudir varios días al hospital, lo que suele conllevar una dificultad añadida para el paciente.

En el año 2012, un estudio se realizó con revisión de casos clínicos sobre pacientes que se trataron en la clínica IRAM de Chile durante ese año, que tenían indicación de PRT para tratamiento de metástasis óseas. En el estudio se incluyeron 197 pacientes, 131 mujeres y 66 hombres. Los tumores histológicos más frecuentes fueron en primer lugar, mama, seguido de pulmón, próstata y riñón. En relación con la respuesta al tratamiento, el 62% de los pacientes estudiados obtuvo una respuesta muy buena mientras que en el 10% la respuesta fue más pobre al tratamiento. Algunos pacientes no fueron evaluados para esta variable. (25) En este estudio se discutía que el manejo paliativo de los pacientes oncológicos representa aproximadamente la mitad de las indicaciones para la RT. En el estudio de Barnes et al, se demuestra que existen algunos factores que los médicos de familia han considerado como posibles barreras para acceder a este tratamiento, la RT paliativa. Entre estos factores se encuentran: el retraso para iniciar una terapia después de la primera consulta, el retraso en obtener una cita, transporte y alojamiento del paciente...etc. Por otro lado, existe un desconocimiento en relación con las indicaciones de PRT en pacientes con el cáncer diseminado. En este estudio se observó que muchos de los médicos no estaban cómodos con el conocimiento sobre la RT paliativa. Este tratamiento permite mejorar la calidad de vida del paciente, y la de su familia. (26) La medición de la sobrevida, no consiste en una medición objetiva del efecto de un tratamiento paliativo, sino en una mejoría del síntoma que está produciendo el deterioro de la calidad de vida como por ejemplo el dolor.

Un estudio Nicaraguense, basándose en las estadísticas del cáncer del centro nacional de radioterapia Nora Astorga (REGCAN4-CNRNA), estimó que las metástasis óseas en

los pacientes constituyen el 8% de los nuevos casos y representan el primer motivo de atención en las urgencias oncológicas. Se trató de un estudio descriptivo, retrospectivo, analítico, no experimental, correccional, y de corte transversal. El estudio propuso realizar un análisis de los pacientes para intentar conseguir conocer el manejo con RT con cobalto60 (Co60). La población de estudio la formaban 341 pacientes oncológicos que presentaban metástasis óseas. La muestra de pacientes que fue tomada fueron 266, y entre sus principales patologías se encontraban el cáncer de mama, de próstata, cérvico-uterino y pulmón. El síntoma más frecuente antes del diagnóstico fue el dolor en el 73%,

que fue seguido de la anemia y la hipercalcemia. La RT externa paliativa fue la técnica utilizada, ya sea en 2D o 3D, y utilizando un fraccionamiento en función de la dosis deseada para cada paciente.

Independientemente de la dosis, se demostraron una mejoría en el 58% de los pacientes en el control del dolor entre el 6-16 días tras haber recibido RT. (23)

Tabla 2. Manejo radioterapéutico paliativo realizado y sobrevida de los pacientes incluidos en el estudio (n= 266).

Categoría	No. Pacientes	%
Tipo de Planificación		
2D	262	98
3D	4	2
Dosis de RTP		
8 Gy en dosis única	192	72
20 Gy en 5 fx de 4Gy c/u	46	17
30 Gy en 10fx de 3Gy c/u	28	11
Mejoría del Dolor post RTP (en días)		
Inmediato	0	0
2-5 días	30	11
6-10 días	57	21
11-16 días	97	36
17-30 días	50	19
> 31 días	32	12
Ningún Cambio	0	0

Imagen tomada de: Vista de Metástasis óseas y radioterapia paliativa en el Centro Nacional de Radioterapia Nora Astorga, 2012-2017 [Internet]. Edu.ni. [citado el 20 de mayo de 2023]. (29)

En otro estudio realizado en la clínica de dolor de la UMAE Puebla, IMSS, evaluaron el dolor oncológico a 17 pacientes que padecían un cáncer de mama en estado terminal, mediante el **cuestionario breve del dolor**, que es el cuestionario que se ha utilizado en este estudio. Este estudio demostró que, en un porcentaje altamente significativo, el 94% del total, los pacientes presentaban dolor en el momento de realizar el cuestionario, y un 76,47% había tenido dolor de intensidad moderada en las últimas 24 horas. La interferencia del dolor en sus actividades en las últimas 24 horas fue leve en un 64,70%, moderado en un 29,41% e intenso en un 5,88%. Se concluyó que la interferencia en la vida diaria se vio más alterada en la actividad general y en el trabajo normal en comparación con las relaciones personales y la capacidad de caminar. El alivio del dolor con la medicación fue un 60%. (24)

En la validación española del CBD en pacientes con dolor de causa oncológica se pretendía evaluar el dolor y su intensidad además del impacto en la vida diaria. Incluyeron a 126 pacientes con cáncer que respondieron el cuestionario dos veces. En los resultados se obtuvo que un 85,1% había tenido dolor en las últimas 24 horas. Los valores del CBD pudieron relacionar la existencia de tumor diseminado con la percepción del paciente en cuanto a la intensidad máxima de su dolor. La validez interna de las dimensiones fue adecuada (0,87 y 0,89) y se demostró que el CBD es una media y un instrumento válido para recalcar los cambios en las fases y la intensidad del dolor. Es por esto, que esta versión española del cuestionario ha demostrado ser útil y válida.(30)

Es necesario señalar la utilidad del CBD como un instrumento multidimensional en cuanto a la evaluación del dolor oncológico ya que aporta una información sobre la afectación e interferencia en la actividad diaria de los pacientes, así como la intensidad del mismo, además de valorar su localización y el porcentaje de alivio del tratamiento que reciben. Se trata de un método útil, válido y eficaz, para medir el dolor, además de resultar relativamente sencillo de responder para los pacientes debido a que consiste en un cuestionario visual a la hora de rellenar y asequible para una persona que presenta diferentes comorbilidades y no puede permitirse un tiempo excesivo respondiendo a unas preguntas.

Destaco también la facilidad en el análisis de los datos obtenidos mediante el CBD, pudiendo comparar de manera válida, representativa y sencilla las dos respuestas en cada uno de los ítems valorando y logrando describir una mejoría tras la PRT.

El objetivo principal de este estudio ha consistido en valorar la efectividad del tratamiento con radioterapia paliativa en la intensidad del dolor en los pacientes oncológicos midiéndola mediante el “cuestionario breve del dolor”. Tras la realización del estudio podemos concluir que, los pacientes se benefician del tratamiento con PRT y que experimentan un cambio en su calidad de vida en todas las esferas: relaciones sociales, sueño, estado de ánimo, trabajo, capacidad de caminar y disfrute de la vida.

LÍMITES DEL ESTUDIO

Las respuestas obtenidas en el CBD antes y después de la PRT se consideran unas respuestas subjetivas que se encuentran bajo la percepción del dolor de cada uno de los pacientes, no pudiendo evaluar, por tanto, de forma objetiva, los resultados logrados y la necesidad de tratar mediante PRT de manera exacta y concreta.

La muestra del estudio se considera representativa de los pacientes que han acudido al servicio de Oncología Radioterápica para valorar ser tratados con RT y que han realizado

ese tratamiento en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, durante los meses que se ha llevado a cabo este estudio, es decir, 4 meses, siendo conscientes de que no consiste en una muestra muy grande y que represente la población oncológica de manera general.

CONCLUSIÓN

El dolor en el paciente oncológico es un síntoma muy importante por su prevalencia e incidencia y la afectación en la calidad de vida secundaria. Se debería enfocar su tratamiento como un verdadero problema en los sistemas de salud debido a que una adecuada valoración del mismo es considerada un aspecto clave en el momento de la decisión de un tratamiento. El tratamiento del dolor oncológico se debe adaptar a su intensidad y a las circunstancias del paciente.

El “cuestionario breve del dolor” fue desarrollado para realizar una valoración integral de los pacientes oncológicos con dolor, y evaluar el impacto en sus actividades diarias, su intensidad y el efecto del tratamiento que reciben. La realización del mismo por parte de los pacientes ha resultado ser asequible y sencillo, al igual que el análisis de este estudio mediante esta herramienta.

La radioterapia, ya sea de forma aislada o combinada con otros tratamientos, tiene un papel clave en el tratamiento paliativo del dolor oncológico y en sus complicaciones asociadas, especialmente contra el dolor secundario a las metástasis óseas (el 100% de los pacientes de este estudio presentaban estas metástasis). La respuesta en todos los ítems del cuestionario ha resultado ser positiva, con una mejoría del dolor y de la calidad de vida del paciente debido a este tratamiento.

La radioterapia es eficaz en el tratamiento analgésico y es un arma que debe estar presente en todos los especialistas a la hora de tratar el dolor, pudiendo formar parte de un manejo eficaz del paciente oncológico al combinarla con fármacos analgésicos

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1. Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. *Oncol (Barc)* [Internet]. 2005 [citado el 18 de mayo de 2023];28(3):33–7. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006
2. Dopico Santamariña LM, Hermida Porto L. Manejo del dolor oncológico [monografía en Internet]. *Fisterra*; 2014 [acceso 8 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/manejo-dolor-oncologico/>
3. Bader P, Echte D, Fonteyne V, Livadas K, de Meerleer G, Paez Borda A et al. Guía clínica sobre el tratamiento del dolor [monografía en Internet]. *European Association of Urology*; 2010 [acceso el 10 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://uroweb.org/wp-content/uploads/16-GUIA-CLINICA-TRATAMIENTO-DOLOR1.pdf>
4. González-Álvarez MT, Martínez-Picazo M, Navarro-Córcoles L, AlcañizMesas AI, Fernández-Cañadas PF, Bravo-López P, et al. Valoración y manejo del dolor en el paciente oncológico y hematológico hospitalizado. 2018;40.
5. seom.org W. Las cifras del cáncer en España 2022 [Internet]. *Seom.org*. [citado el 18 de mayo de 2023]. Disponible en: https://seom.org/images/LAS_CIFRAS_DEL_CANCER_EN_ESPANA_2022.pdf
6. National Comprehensive Cancer Network (NCCN), Bone, Guidelines Version 1.2017.
7. National Comprehensive Cancer Network (NCCN), Palliative Care, Guidelines Version 1.2017. (https://www.nccn.org/guidelines/category_1)
8. Lantis, S.H., Murray, T., Bolden, et al. Cancer statistics, 1998. *CA Cancer J Clin* 1998; 48:6-29.
9. Vakaet, L.A., Boterberg, T. Pain control by ionizing radiation of bone metastasis. *Int J Dev Biol* 2004; 48:599-606
10. 1.Albiach CF, Villegas Estévez FJ, Dolores D, Alarcón L. Diagnóstico y tratamiento del dolor asociado al cáncer EDITOR [Internet]. *Seor.es*. [citado el 17 de mayo de 2023].
11. Neves Silva TO, Ribeiro Silva V, Regina Martínez M, Cortes Gradim CV. Avaliação da dor em pacientes oncológicos. *Rev Enferm UERJ* [revista en Internet]. 2011 [acceso 10 de mayo de 2017]; 19(3): [359-63]. Disponible en: <http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a03.pdf>
12. Almenarez Gómez JA, Dolor Oncológico [internet] Medellín: Cátedra de Oncología Médica [acceso 10 julio 2011] Disponible: www.slideshare.net
13. P.G. Shekelle, R.L. Kravitz, J. Beart, M. Marger, M. Wang, M. Lee.

Are nonspecific practice guidelines potentially harmful?. A randomized comparison of the effect of nonspecific versus specific guidelines on physician decision making.

Health Serv Res., 34 (2000), pp. 1429-1448

14. González C, García T, Calvo FA. Valoración del impacto del tratamiento radioterápico. Criterios de toxicidad aguda y crónica. En: Murillo M, ed. Cuidados Continuos en Oncología Radioterápica. Madrid: Continuo; 2007. p. 71-88.
15. Barnes EA., Palmer JL., Bruera E. Prevalence of symptom control and palliative care abstracts presented at the Annual Meeting of the American Society for Therapeutic Radiology and Oncology. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2002;54(1):211-214
16. Dolinsky, C., Metz, J.M: Palliative Radiotherapy in Oncology. *Anesthesiology Clin N Am.* 2006; 24:113-128.
17. Thottungal A, Kumar P , Bhaskar A . Interventions for myofascial pain syndrome in cancer pain: recent advances: why, when, where and how. *Curr Opin Support Palliat Care.* 2019 Sep;13(3):262-69.
18. Portenoy RK, Miransky J, Thaler HT, et al. Pain in ambulatory patients with lung or colon cancer. Prevalence, characteristics, and effect. *Cancer* 1992; 70: 1616-24.
19. Vicente Herrero MT, Delgado Bueno S, Bandrés Moyá F, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García L. Valoración del dolor. Revisión Comparativa de Escalas y Cuestionarios. *Rev la Soc Española del Dolor.* 2018;25(4):228– 36.
20. González C, García T, Calvo FA. Valoración del impacto del tratamiento radioterápico. Criterios de toxicidad aguda y crónica. En: Murillo M, ed. Cuidados Continuos en Oncología Radioterápica. Madrid: Continuo; 2007. p. 71-88.
21. Centeno C, González C. Radiotherapy for palliation of symptoms. En: *Handbook of Advanced Cancer Care.* Fisch MJ, Bruera, eds. Cambridge: Cambridge University Press; 2003. p. 27-39.
22. Chow E, Harris K, Fan G, et al. Palliative radiotherapy trials for bone metastases: a systematic review. *J Clin Oncol.* 2007;25:1423-36.
23. Ministerio de Salud de Nicaragua, Registro del Cáncer del Centro Nacional de Radioterapia “Nora Astorga”, (REGCAN4-CNR), 2017.
24. Dr. José Alberto Bonilla Camilo, “Evaluación del dolor oncológico con el ‘‘cuestionario breve del dolor’’, en pacientes con cáncer de mama terminal del hospital de especialidades Puebla, IMSS, H. Puebla de Zaragoza. Septiembre 2020.
25. Vargas G L, Barrientes G R, Baeza B R. Experiencia DE tratamiento paliativo en metástasis óseas. *Rev Chil Cir [Internet].* 2016 [citado el 18 de mayo de 2023];68(1):38– 42. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262016000100007
26. Reyes D, Plancarte R, Mayer J, et al. Prevalencia del dolor en pacientes hospitalizados en un centro médico nacional de atención oncológica. Póster presentado en la XIX Reunión Nacional Médica del Instituto Nacional de Cancerología de México, 19-23 de febrero de 2002.
27. Allende, S, Carvell HC. México: status of cancer and palliative care. *J Pain Symptom Manage* 1996;12:127-9.
28. Moris JN, More V, Gilberg RJ. The effect of treatment setting and patient characteristic on pain in terminal cancer patient: a report from the national hospice study. *J Chron Dis* 1986;39:27-35.

29. Vista de Metástasis óseas y radioterapia paliativa en el Centro Nacional de Radioterapia Nora Astorga, 2012-2017 [Internet]. Edu.ni. [citado el 20 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://revistacienciasmedicas.unan.edu.ni/index.php/rcsem/article/view/47/32>
30. Badia X, Muriel C, Gracia A, Manuel Núñez-Olarte J, Perulero N, Gálvez R, et al. Validación española del cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica. Med Clin (Barc) [Internet]. 2003 [citado el 20 de mayo de 2023];120(2):52–9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-validacion-espanola-del-cuestionario-brief-13042265>

ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO PACIENTES

 <p>HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID</p> <p>Avda. Ramón y Cajal, 3 - 47003 Valladolid Tel.: 983 42 00 00 - Fax 983 25 75 11 genera.hcu@sal.uca.es</p>	<p>DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN CLÍNICA QUE NO IMPLIQUE MUESTRAS BIOLÓGICAS HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID</p>	 <p>Sacyl</p> <p>V.SEP-2021</p>
--	---	--

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE POR ESCRITO.

Estudio "Evaluación del dolor oncológico en paciente paliativo en un servicio de radioterapia".

Yo, _____

(Nombre y apellidos de paciente ó representante legal)

He leído la información que me ha sido entregada.

He recibido la hoja de información que me ha sido entregada.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado del estudio con _____

(Nombre y apellidos del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1.- Cuando quiera.
- 2.- Sin tener que dar explicaciones.
- 3.- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Por la presente, otorgo mi consentimiento informado y libre para participar en esta investigación.

Accedo a que los médicos del HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID contacten conmigo en el futuro en caso de que se necesite obtener nuevos datos. SÍ NO (marcar con una X lo que proceda)

Accedo a que los médicos del HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID contacten conmigo en caso de que los estudios realizados sobre mis datos aporten información relevante para mi salud o la de mis familiares SÍ NO (marcar con una X lo que proceda)

Una vez firmada, me será entregada una copia del documento de consentimiento.

FIRMA DEL PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA
EN CALIDAD DE (Parentesco, tutor legal, etc.)		

Yo he explicado por completo los detalles relevantes de este estudio al paciente nombrado anteriormente y/o la persona autorizada a dar el consentimiento en nombre del paciente.

FIRMA DEL INVESTIGADOR	NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA
------------------------	--------------------	-------

Se entrega copia de este documento al paciente

3

 <p> HCUV HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID Avda. Ramón y Cajal, 3 - 47003 Valladolid Tel.: 983 42 00 00 - Fax 983 25 75 11 gerente.hcu@saludcastilayleon.es </p>	<p> DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN CLÍNICA QUE NO IMPLIQUE MUESTRAS BIOLÓGICAS HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID </p>	 <p>V.SEP-2021</p>
--	--	---

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE POR ESCRITO.

APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO (CONTACTAR CON EL INVESTIGADOR PRINCIPAL)

Yo _____ revoco el consentimiento de participación en el estudio, arriba firmado con fecha _____

Firma:

ANEXO 2: CUESTIONARIO BREVE PARA LA EVALUACIÓN DEL DOLOR

CUESTIONARIO BREVE PARA LA EVALUACIÓN DEL DOLOR (EDICIÓN CORTA)

Fecha: / /

Hora:

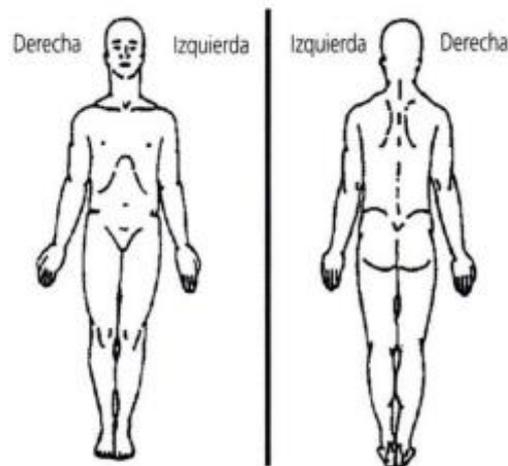
Apellido: Nombre:

1. Todos hemos tenido dolor alguna vez en nuestra vida (por ejemplo, dolor de cabeza, contusiones, dolores de dientes). ¿En la actualidad, ha sentido un dolor distinto a estos dolores comunes?

1. Sí

2. No

2. Indique en el dibujo las zonas donde siente dolor, sombreado la parte afectada. Marque con una "X" la zona que más le duele.



3. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describe la intensidad *máxima* de su dolor en la última semana.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún dolor

El peor dolor imaginable

4. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describe la intensidad *mínima* de su dolor en la última semana.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún dolor

El peor dolor imaginable

5. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describe la intensidad *media* de su dolor.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún dolor

El peor dolor imaginable

6. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describe la intensidad de su dolor *ahora mismo*.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún dolor

El peor dolor imaginable

7. ¿Qué tratamiento o medicamento está recibiendo para su dolor?

.....

CUESTIONARIO BREVE PARA LA EVALUACIÓN DEL DOLOR (EDICIÓN CORTA) (CONTINUACIÓN)

8. ¿En la última semana, ¿hasta qué punto le han aliviado los tratamientos o la medicación para el dolor? Por favor, rodee con un círculo el porcentaje que corresponde al grado de alivio que ha sentido.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Ningún alivio										Alivio total

9. Rodee con un círculo el número que mejor describa hasta qué punto el dolor le ha afectado en los siguientes aspectos de la vida, durante la última semana:

A. Actividad general

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No me ha afectado										Me ha afectado por completo

B. Estado de ánimo

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No me ha afectado										Me ha afectado por completo

C. Capacidad de caminar

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No me ha afectado										Me ha afectado por completo

D. Trabajo normal (incluye tanto el trabajo fuera de casa como las tareas domésticas)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No me ha afectado										Me ha afectado por completo

E. Relaciones con otras personas

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No me ha afectado										Me ha afectado por completo

F. Sueño

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No me ha afectado										Me ha afectado por completo

G. Disfruta de la vida

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No me ha afectado										Me ha afectado por completo

ORIGINALES

Validación española del cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica



Xavier Badia^{a,b}, Clemente Murie^c, Alfredo Gracia^d, Juan Manuel Núñez-Olarte^e, Núria Perulero^b, Rafael Gálvez^f, Joan Carulla^g y Charles S. Cleeland^h, en nombre del Grupo Vesbpi*

^aUnitat de Recerca en Resultats en Salut. Servei d'Epidemiologia Clínica i Salut Pública. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
^bHealth Outcomes Research Europe.
^cCátedra y Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor. Universidad de Salamanca.
^dGrupo Ferrer Internacional.
^eServicio de Cuidados Paliativos. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.
^fUnidad del Dolor. Hospital Virgen de las Nieves. Granada.
^gServicio de Oncología Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona. España.
^hUniversity of Wisconsin-Madison. EE.UU.

FUNDAMENTO Y OBJETIVO: Validar la versión española del cuestionario Brief Pain Inventory (BPI) para medir la intensidad del dolor de causa neoplásica y su impacto en las actividades de la vida diaria en pacientes con cáncer.

PACIENTES Y MÉTODO: Se incluyó consecutivamente a pacientes con dolor de origen neoplásico. Los pacientes cumplimentaron los cuestionarios BPI (Cuestionario Breve del Dolor o CBD en español) y el Rotterdam Symptom Checklist (RSCL) en la visita de inclusión. El CBD se repitió a los 3-5 días en los pacientes clínicamente estables de su dolor de origen neoplásico y ambos cuestionarios se repitieron al mes en los pacientes no estables de su dolor.

RESULTADOS: Se evaluó a 126 pacientes, el 85,1% había sufrido algún episodio de dolor irruptivo en las 24 h previas al inicio del estudio. El 86,5% de los pacientes completó el CBD en su totalidad. Las puntuaciones del CBD se correlacionaron con la percepción del paciente de la intensidad máxima del dolor y con la presencia de tumor diseminado. La dimensión «síntomas psicológicos» del RSCL fue la que presentó mayor correlación con las dimensiones del CBD («intensidad del dolor» e «interferencia en las actividades»). La consistencia interna de las dimensiones fue buena (0,87 y 0,89), y la fiabilidad test-retest entre baja y moderada (0,53 y 0,77). El CBD ha demostrado ser un instrumento capaz de detectar cambios en el nivel de dolor. Los cambios observados en las dos dimensiones del CBD entre las dos visitas de estudio reflejan los cambios percibidos por el propio paciente en la intensidad del dolor.

CONCLUSIONES: La versión española del CBD se mostró válida para medir la intensidad del dolor de causa neoplásica y su impacto en las actividades de la vida diaria, en condiciones de práctica clínica habitual.

Palabras clave: Dolor de causa neoplásica. Cuestionario. Brief Pain Inventory. Validación.

Validation of the Spanish version of the Brief Pain Inventory in patients with oncological pain

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Our goal was to validate the Spanish version of the Brief Pain Inventory (BPI) questionnaire used to measure the intensity of oncological pain and its impact on activities of daily living in patients with cancer.

PATIENTS AND METHOD: Patients with oncological pain were consecutively included in the study. These patients filled up the Spanish version of the BPI questionnaire (CBD) and the Rotterdam Symptom Checklist (RCSL) during the inclusion visit and again after 3-5 days (patients with clinically stable oncological pain) or after one month (patients with unstable oncological pain).

RESULTS: 126 patients were assessed; 85.1% of them had suffered some episode of irruptive pain 24 hours prior to their inclusion in the study. 86.5% of patients fully completed the questionnaire. The CBD showed mild to moderate correlations with the patients perception of pain severity and with the presence of tumor dissemination. The «psychological symptoms» dimension of the RCSL displayed the highest correlation with the dimensions of the BPI («pain intensity» and «interference in activities of daily living»). The internal consistency and the test-retest reliability between dimensions were good (0.87 and 0.89) and low to moderate (0.53 and 0.77), respectively. The CBD questionnaire was found to be a tool capable of detecting changes in pain intensity. The changes observed in the two CBD dimensions between study visits fairly reflected the patients perceived changes in pain intensity.

CONCLUSIONS: The Spanish version of BPI is valid for measuring the intensity of oncological pain and its impact on activities of daily living in conditions of usual clinical practice.

Key words: Oncological pain. Questionnaire. Brief Pain Inventory. Validation.

Correspondencia: Dr. X. Badia.
 Departamento de Epidemiología Clínica y Salud Pública.
 Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Casa de la Convalescència.
 Sant Antoni M.ª Claret, 171. 08041 Barcelona. España.
 Correo electrónico: xbadia@cochrane.es

Recibido el 19-3-2002; aceptado para su publicación el 22-10-2002.

El tratamiento oncológico tiene dos objetivos fundamentales: controlar la progresión de la enfermedad para aumentar el tiempo de supervivencia y minimizar tanto la frecuencia de los episodios de dolor como su intensidad¹. La mayoría de los tratamientos oncológicos tiene efectos secundarios importantes, como fatiga, caída del cabello o náuseas, que hacen que el paciente pueda no llegar a percibir el beneficio real que dicho tratamiento le reporta. Esto evidencia la necesidad de evaluar el tratamiento oncológico mediante indicadores clínicos e indicadores valorados por el propio paciente. Existen diversos indicadores clínicos para valorar la eficacia del tratamiento, como la reducción del tamaño del tumor. Sin embargo, cada vez más se tiene en cuenta el impacto de la enfermedad mediante indicadores valorados por el paciente, como el grado de bienestar y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) mediante preguntas dirigidas o cuestionarios estandarizados².

Uno de los aspectos de la CVRS de los pacientes que se ve más afectado por la enfermedad oncológica es el dolor. Entre el 60 y el 80% de los pacientes oncológicos terminales refieren dolor de base de moderado a importante³ que puede agravarse con crisis de dolor irruptivo. La importancia de la valoración del dolor en pacientes oncológicos explica la creciente utilización de escalas de evaluación del dolor en la investigación clínica. Los tres tipos de escalas más utilizadas en la evaluación del dolor son las escalas de descripción verbal (EDV), las escalas visuales analógicas (EVA) y las escalas numéricas (EN)⁴. Además del dolor, la mayoría de los pacientes oncológicos tiene también afectada la función física y psicológica, lo que se agudiza a medida que el dolor se agrava en intensidad y frecuencia de las crisis⁵. En general, las escalas de evaluación del dolor utilizadas en la investigación clínica informan sobre

AUTORA: MARÍA PÉREZ OLMEDO

TUTORA: DRA. PATRICIA DIEZHANDINO GARCÍA

COTUTORA: DRA. MARÍA ISABEL GARAVÍS VICENTE

Departamento de anatomía y radiología: área de radiología y medicina física

INTRODUCCIÓN

El dolor oncológico es un síntoma que condiciona la calidad de vida de los pacientes. Su buen control es una prioridad para realizar un adecuado tratamiento. La finalidad de la PRT (Radioterapia Paliativa) es mejorar la calidad de vida mediante el alivio de los síntomas.

OBJETIVOS

General: valorar la efectividad del tratamiento de la PRT antiálgica en la intensidad de la percepción dolorosa y calidad de vida de los pacientes oncológicos.

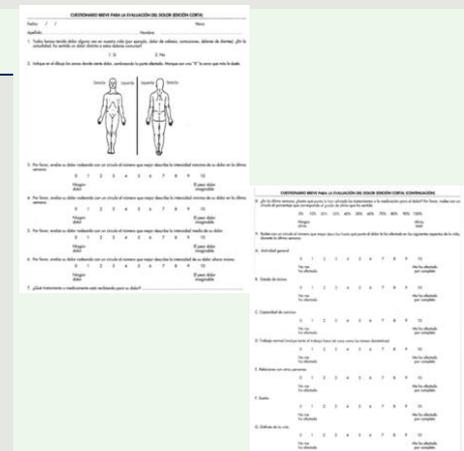
Específico: valorar cambios en su calidad de vida y en su estado psico - social.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un **estudio experimental** postintervención que ha incluido pacientes oncológicos que van a ser sometidos a PRT para control del dolor, a los que se les aplica un cuestionario previo y posterior al tratamiento. El cuestionario utilizado es el "cuestionario breve para la evaluación del dolor (edición corta) (CBD)"

El **análisis estadístico** ha sido realizado con el programa IBM SPSS Statistics versión 24.0 para Windows.

Las consideraciones éticas han sido las siguientes: los pacientes han firmado un consentimiento informado de voluntariedad para participar en el estudio, preservando su anonimato.



RESULTADOS

Se han incluido 12 pacientes oncológicos, de los cuales solo 7 han concluido el estudio respondiendo a los dos cuestionarios. La edad media de los pacientes ha sido 69,5 años. El tiempo transcurrido entre el fin de la PRT y el segundo cuestionario ha tenido una media de 15,72 días.

El 100% presentó metástasis óseas y las dosis de radioterapia variaron entre 8, 20 y 30Gy en diferentes fraccionamientos.

Han sido estudiadas las variables del cuestionario y otras que son características del paciente y de su tumor. En todos los ítems del CBD se ha observado una mejoría considerable tras la PRT en el dolor y en la afectación de la actividad diaria.

El **porcentaje de alivio tras la PRT** ha aumentado un **34%** respecto a su tratamiento anterior. (Tabla 1)

	Pre - RT (1ª encuesta) Escala EVA n=12	Post - RT (2ª encuesta) Escala EVA n= 7	Mejoría tras RT
Dolor máximo	8,08	4,71	41.68%
Dolor mínimo	3,92	1,57	59.88%
Dolor medio	6,17	3,71	39.77%
Dolor en el momento de la encuesta	5,75	1,57	72.67%
Alivio tratamiento	50,83	68,57	-34.98%
INTERFERENCIA VIDA DIARIA			
Actividad general	7,50	3,29	56.19%
Estado de ánimo	7,75	3,57	53.92%
Caminar	7,92	3,14	60.3%
Trabajo normal	7,83	4,14	47.11%
Relaciones personales	5,58	1,71	69.30%
Sueño	6,00	2,71	54.76%
Disfruta de la vida	8,58	3,86	55.06%

Tabla 1: Resultados de las medias obtenidas en la evaluación del dolor

CONCLUSIONES

- El dolor es un síntoma muy presente en el paciente oncológico que afecta a su calidad de vida.
- La muestra del estudio ha sido de pocos pacientes, los cuales presentaban un dolor importante secundario a las metástasis.
- La realización del cuestionario por parte de los pacientes ha resultado ser asequible y sencilla, al igual que el análisis del estudio mediante esta herramienta.
- Se ha obtenido una respuesta positiva en todos los ítems del cuestionario, con una mejoría de la intensidad del dolor y de la calidad de vida del paciente.

La radioterapia es eficaz en el tratamiento analgésico y es un arma que debe estar presente en todos los especialistas a la hora de tratar el dolor.

BIBLIOGRAFÍA

1. De [Coordinadores A, Concepción Pérez Hernández D, Babarro AA, Paz L, Madrid A, et al. GUÍA PARA EL ABORDAJE INTERDISCIPLINAR DEL DOLOR ONCOLÓGICO [Internet]. Seom.org. Disponible en: https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Guia_GADO_dolor_oncologico.pdf
2. Badia X, Muriel C, Gracia A, Manuel Núñez-Olarte J, Perulero N, Gálvez R, et al. Validación española del cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica. Med Clin (Barc) [Internet]. 2003 [citado el 20 de mayo de 2023];120(2):52-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-validacion-espanola-del-cuestionario-brief-13042265>
3. Centeno C, González C. Radiotherapy for palliation of symptoms. En: Handbook of Advanced Cancer Care. Fisch MJ, Bruera, eds. Cambridge: Cambridge University Press; 2003. p. 27-39.
4. 1.Albiach CF, Villegas Estévez FJ, Dolores D, Alarcón L Diagnóstico y tratamiento del dolor asociado al cáncer EDITD R [Internet]. Seores.
5. Dr. José Alberto Bonilla Camilo, "Evaluación del dolor oncológico con el "cuestionario breve del dolor", en pacientes con cáncer de mama terminal del hospital de especialidades Puebla, IMSS, H. Puebla de Zaragoza. Septiembre 2020.