



ÉS POSSIBLE MESURAR LA INTENSITAT DEL DOLOR?

COM AVALUAR EL PATIMENT DEL PACIENT

Elena Rubio

El dolor és una sensació subjectiva, però per tal d'objectivar-ne la intensitat s'utilitzen diferents tipus d'escala que permeten al pacient assenyalar el grau de dolor que pateix. L'efecte dels medicaments analgèsics s'avalua mitjançant assajos clínics subjectes a regles estrictes per poder comparar l'efecte del medicament amb el produït per substàncies sense activitat analgèsica.

Assumim que la sensació de dolor és subjectiva i per tant l'únic capaç de saber quin dolor té és l'individu que el sent. No obstant això, per tractar el dolor necessitem avaluar-lo objectivament, de manera que puguem dir a la societat, als individus que el pateixen i als especialistes que els tracten quin medicament poden administrar o què és el millor que poden fer per combatre el seu dolor.

■ AVALUACIÓ OBJECTIVA DEL PROPI DOLOR

Per descomptat, l'extensió i qualitat de la lesió condiciona el dolor, però aquest es veu modulats per l'experiència prèvia de dolor que l'individu haja tingut i el seu estat emocional en aquell moment, d'ací la necessitat de valorar-lo en cada cas. Els professionals sanitaris tendeixen a infravalorar el dolor dels seus pacients i per evitar aquest problema tenen a la seua disposició instruments que ajuden a arreplegar l'experiència dolorosa que el pacient relata, de la manera més objectiva possible.

S'han desenvolupat eines que contesten aspectes diferents del dolor que no són independents i per tant, són difícils de separar. Podríem dir que es tracta de contestar les preguntes: quant de mal em fa? I quant patesc?

Per contestar a «quant de mal em fa?», o, dit d'una altra manera, per mesurar la intensitat del dolor, tradicionalment s'han fet servir escales que arrepleguen la

declaració del pacient sobre la quantitat de dolor que sent: l'escala visual analògica, l'escala verbal numèrica i l'escala verbal ordinal o categòrica.

En l'escala verbal ordinal, el pacient selecciona el grau de dolor entre una sèrie de categories que se li ofereixen. La més antiga consta de quatre graus de dolor: sense dolor, lleu, moderat i intens. És fàcil que aquests quatre nivells es queden curts en relació amb les necessitats del pacient per a expressar el seu dolor i a més alguns pacients diuen que la diferència entre lleu i moderat és menor que entre moderat i intens. Per això s'han utilitzat altres escales semblants però en les quals s'han ampliat les categories a triar, com la de 5 punts (sense dolor, dolor lleu, dolor moderat, dolor intens, el pitjor dolor imaginable) o la de 8 punts (sense dolor, a penes es nota, molt lleu, lleu, moderat, intens, molt intens, insuportable).

Una manera d'evitar la mala interpretació de les paraules que defineixen el grau de dolor i igualar els graus entre les diferents categories, és passar a una escala de punts. La més utilitzada pregunta al pacient quin nombre assigna al seu grau de dolor entre 0 i 10, essent els extrems absència de dolor i màxim dolor. Aquesta escala numèrica és de fàcil interpretació i utilització.

Generalment, per a aplicar les escales verbals es necessiten poques explicacions per part de l'avaluador, per la qual cosa no és necessària la formació especia-

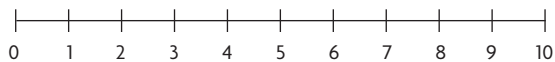
«ASSUMIM QUE LA SENSACIÓ DE DOLOR ÉS SUBJECTIVA I PER TANT L'ÚNIC CAPAÇ DE SABER QUIN DOLOR TÉ ÉS L'INDIVIDU QUE EL SENT. NO OBSTANT AIXÒ, PER TRACTAR EL DOLOR NECESSITEM AVALUAR-LO OBJECTIVAMENT»

litzada de qui arreplega la dada, que pot ser obtinguda pels familiars o cuidadors del pacient. Així mateix es pot arreplegar a través del telèfon o altres mitjans a distància. Aquestes característiques li donen avantatges, encara que, d'altra banda, les dificultats d'audició i parla constitueixen un inconvenient.

L'escala visual analògica consisteix en una línia horitzontal, generalment de 10 cm de longitud, en la qual un extrem es correspon amb l'«absència de dolor» i l'extrem oposat amb «el màxim dolor imaginable». Al pacient se li demana que faça una marca sobre la línia en el punt que ell considera que representa el seu dolor. La mesura de la distància entre la marca del pacient i l'extrem «absència de dolor» representa la intensitat del dolor en aquest individu. Aquest tipus d'escala també es pot utilitzar per avaluar el component emocional del dolor, és a dir, el grau de patiment o altres emocions que poden acompanyar el dolor, com l'ansietat, el nerviosisme, etc. També pot ser útil per determinar els canvis en la funció de l'òrgan o aparell que fa mal.

La simplicitat d'aquesta escala la converteix en una de les més utilitzades, encara que els pacients grans o amb una capacitat intel·lectual limitada poden tenir dificultats per entendre'n el significat i funcionament. Per fer-la més fàcil s'afegeixen divisions a la línia, que es numeren del 0 al 10; es transforma l'escala visual analògica en una escala visual numèrica. De vegades a la línia no se li posen marques de divisió però s'hi afegeix en la part inferior una llegenda sobre el grau de dolor (lleu, moderat, intens).

Escala visual numèrica



Escala visual categòrica



Escala visual analògica



Diferents models d'escals visuals que ajuden a mesurar la intensitat del dolor.

Hem vist com transformar les escales verbals en visuals. També l'escala verbal ordinal es pot presentar visualment, mitjançant una llista escrita de les diferents categories. Es tracta, en definitiva, d'adaptar a les capa-

citats dels pacients la nostra pregunta d'interès, «quant de mal li fa?». En aquest sentit, i com a casos especials, cal considerar la situació de nens menuts, ancians i discapacitats. Depenent de la capacitat cognitiva o de l'edat del menor, s'han desenvolupat diferents eines.

Una de les més conegudes és l'escala facial gràfica, que es pot usar ja en nens de vora tres anys d'edat. Es correspon a l'escala verbal ordinal per a adults i, encara que va ser introduïda per a nens que no saben llegir, també es pot usar en pacients geriàtrics o amb discapacitat cognitiva.

En tot cas, l'avaluació del dolor en subjectes amb problemes greus de comunicació –ja siga per l'edat, estat, discapacitat o malaltia mental– té una important repercussió en aquestes poblacions. Són pacients històricament mal atesos del seu dolor, ja que, d'acord amb la definició de dolor de l'Associació Internacional per a l'Estudi del Dolor (IASP en les seues sigles en anglès) i tal com el professor Baños descriu, «el dolor existeix quan ho manifesta qui el pateix... En altres paraules, el dolor és present quan el pacient el refereix, no quan els altres el creuen present. Tal consideració portaria a una conclusió lògica: qui no refereix dolor, no en pateix».

És necessari que els cuidadors d'aquests pacients o els sanitaris que els atenen busquen activament modificacions en el comportament (intranquil·litat, nerviosisme, alteracions del son, etc.), alteracions en els paràmetres vitals (respiració, tensió arterial) o altres signes com la posició corporal o l'expressió de la cara que es poden deure al dolor i per tant serveixen per a diagnosticar-lo, avaluar-lo i tractar-lo.

S'han desenvolupat diferents escales que tenen en compte aquestes expressions del dolor, com la «Comfort» per a avaluar xiquets en les sales de vigilància intensiva (UCI), que considera el to muscular, els moviments corporals, l'expressió facial i els signes vitals, com la pressió arterial i la freqüència del batec cardíac. O la «Behavioural Pain Scale», que també s'usa per a pacients adults ingressats en la UCI i utilitza quatre punts distints per a cadascun dels tres dominis següents: expressió facial, moviments dels membres superiors i acomodament al respirador.



© BananaStock Ltd.



© BananaStock Ltd.



© BananaStock Ltd.



© BananaStock Ltd.

En tot cas, i com es pot veure per allò que s'ha comentat fins ací, si estandarditzar el procés per mesurar el dolor no és fàcil en persones capaces de comunicar-se, és molt més difícil quan la comunicació és limitada i es necessita un major esforç en investigació per determinar quin és el mètode idoni per a avaluar el dolor en aquestes circumstàncies.

Com hem comentat inicialment, l'avaluació del dolor comporta també caracteritzar el patiment associat que inclou la incapacitat i l'afectació vital. Es poden utilitzar el mateix tipus d'escalas verbals o analògiques que hem definit per a la intensitat però aplicades a mesurar les limitacions en els quefers diaris, socials o laborals que imposa el dolor i també aplicades al sentiment de la persona sobre «com es troba», és a dir, si se sent feliç o trist, apagat o amb molta energia, tant si està patint dolor com si no; en definitiva la contestació a «quant pateix?».

■ QUAN EL DOLOR NO CESSA

L'avaluació de la qualitat de l'experiència dolorosa adquireix especial transcendència en el dolor crònic, que s'interpreta com una malaltia en si mateix, a diferència del dolor agut, considerat generalment com un símptoma d'una lesió o malaltia.

El dolor crònic, d'acord amb la definició de la IASP, és «aquell la durada del qual excedeix el període normal de curació». El pacient el percep com una experiència desagradable que no serveix d'alarma davant de la lesió i fàcilment condueix a la falta d'esperança, amb canvis en la conducta, aïllament i repercussió social, familiar i laboral. Per tant, per afrontar-lo adequadament serà necessari avaluar-lo en totes les seues dimensions.

Entre les eines que valoren el dolor des d'un punt de vista multidimensional, una de les més reconegudes i utilitzades és el qüestionari del dolor de McGill. És un qüestionari que es pot autoadministrar, és a dir, no necessita un enquestador, i està traduït al castellà i avaluat en pacients espanyols. En la seua versió completa, proposada per Melzack (1975), comprèn 78 adjectius distribuïts en vint grups. Generalment s'usa una versió reduïda que arreplega 62 aspectes diferents (descriptors) que es distribueixen en quinze apartats, que al seu torn es classifiquen en tres classes depenent de

«L'AVALUACIÓ DEL DOLOR EN SUBJECTES AMB PROBLEMES GREUS DE COMUNICACIÓ, JA SIGA PER L'EDAT, ESTAT, DISCAPACITAT O MALALTIA MENTAL, TÉ UNA IMPORTANT REPERCUSSIÓ EN AQUESTES POBLACIONS»



© BananaStock Ltd.



© BananaStock Ltd.



Instruccions: Si alguna paraula de les 14 categories descriu el seu dolor, faça una marca en la línia contigua.

- | | |
|--|--|
| 1. Com pulsacions
Com una sacsejada
Com una fuetada | 8. Terrible
Espantós
Horrible |
| 2. Fred
Calent
Ardent | 9. Que mareja
Sufocant |
| 3. Entumiment
Com un pessic
Engarrotament
Rampa
Espasme
Retorçó
Opressiu | 10. Que turmenta
Mortificant
Violent |
| 4. Burxada
Punxant
Penetrant
Agut | 11. Extenuant
Esgotador
Incapacitant |
| 5. Pesat
Tibant
Com un esquinçament
Tens | 12. Incòmode
Que irrita
Que consumeix |
| 6. Superficial
Difús
Que s'irradia
Fix
Intern
Profund | 13. Depriment
Aclaparant
Que angossa
Que obsessiona
Desesperant |
| 7. Adormiment
Picor
Formigueig
Com fiblades
Coïssor
Com un corrent | 14. Momentani
Intermitent
Creixent
Constant
Persistent |
| | Via
Sense dolor
Lleu
Molest
Intents
Fort
Insuportable |



OMBREGI LES ÀREES
ON SENT DOLOR

Sense dolor _____ **Dolor insuportable**
Marque amb una (X) sobre la línia, indicant quant de dolor té actualment.

El qüestionari reduït del dolor de McGill pot realitzar-lo el mateix pacient, de forma que ell mateix avaluï el seu dolor seguint les preguntes que es plantegen.

la dimensió específica que avaluï (sensorial, afectiva i avaluativa o temporal). A més té una escala visual analògica per a la intensitat del dolor, una categòrica i una representació de la figura humana on ha d'assenyalar-se exactament el lloc en què es localitza el dolor. Cada categoria té assignada una puntuació que permet obtenir un valor per a cada una de les dimensions i a mesura que es van sumant aquestes puntuacions parcials s'obté un valor numèric final denominat «índex de valoració del dolor» (o PRI en les seues sigles en anglès).

Per a una valoració completa del pacient amb dolor, el qüestionari del dolor de McGill inclou les dades personals, una història clínica sobre el dolor, la situació de la persona en el moment de l'entrevista, les conseqüències del dolor sobre la vida diària, els tractaments anal-

**«EL PACIENT PERCEP
EL DOLOR CRÒNIC
COM UNA EXPERIÈNCIA
DESAGRADABLE QUE NO
SERVEIX D'ALARMA DAVANT
DE LA LESIÓ I FÀCILMENT
CONDUEIX A LA FALTA
D'ESPERANÇA»**

gèsics previs i actuals, els hàbits de salut, i la situació sociolaboral i familiar.

■ L'EFICÀCIA DEL TRACTAMENT

L'avaluació del dolor pot realitzar-se com un acte mèdic habitual en un pacient aïllat o com a part d'una investigació per a estudiar l'efecte d'un tractament sobre ell. En totes dues circumstàncies ens interessa conèixer quin és el resultat d'aquest tractament, és a dir, si ha disminuït el dolor i quant. Per avaluar el grau d'alleujament podem mesurar la intensitat del dolor després del tractament i la diferència respecte al que inicialment tenia el pacient ens informarà de l'efecte. També es pot preguntar directament sobre el grau d'alleujament oferint al pacient categories preestablertes (sense alleujament del dolor, alleujament lleu, alleujament moderat i alleujament complet) o nombres de l'1 al 10 perquè triï quin és la seua situació.

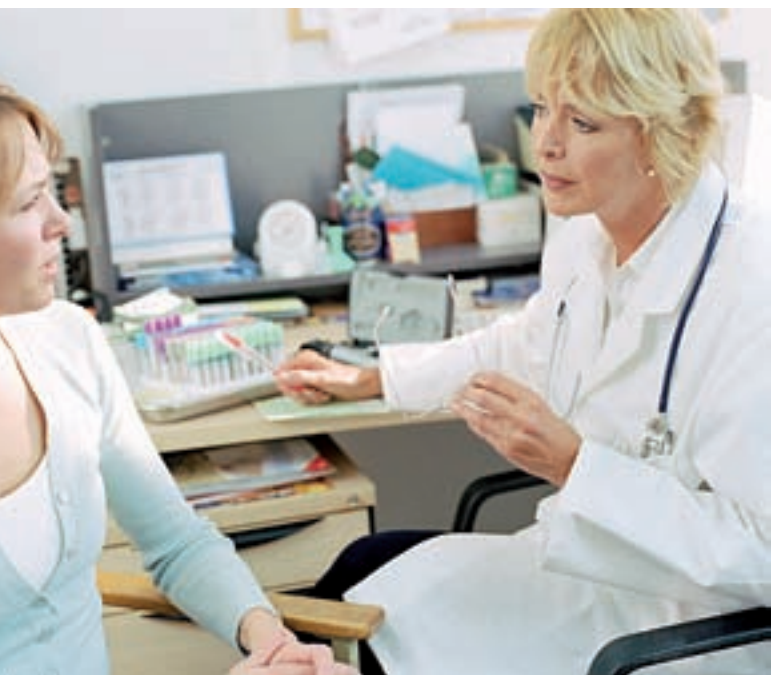
S'ha vist que les mesures repetides abans i després d'un tractament són menys sensibles per a detectar l'efecte del tractament. Així, un estudi que analitzava l'efecte analgèsic en 1.500 pacients va concloure que l'escala categòrica d'alleujament era la més sensible per a detectar l'efecte, seguida de l'escala visual analògica i de la categòrica d'intensitat del dolor. Aquests resultats es van aconseguir després de l'anàlisi de vint assajos clínics en pacients tractats amb analgèsic o placebo i, malgrat les diferències entre les escales per a valorar l'efecte del tractament, en 17 estudis s'havia aconseguit la mateixa conclusió independentment de l'escala utilitzada.

En el paràgraf anterior hem citat el mètode per excel·lència per a avaluar l'eficàcia dels tractaments que utilitzem, no sols per al dolor, sinó per a qualsevol malaltia. Es tracta de l'assaig clínic, comparant el medicament amb placebo. L'assaig clínic el podríem definir com un experiment planificat per a avaluar l'efecte dels medicaments en persones que de manera voluntària i després de ser acuradament informats donen el seu consentiment per participar-hi.

De manera simple podríem definir el placebo com una substància amb aspecte semblant al medicament però que no té activitat farmacològica, encara que pot produir un efecte derivat de la creença del pacient que està prenent una medicina que li servirà per a curar o pal·liar el dolor, o la seua malaltia en general. L'ús del



L'avaluació del dolor pot presentar problemes d'interpretació en funció de les característiques del pacient. Aquestes dificultats es resolen amb el diàleg metge-pacient per tractar l'individu i per consens d'experts quan es tracta d'estudis en grups de pacients.



placebo és necessari per a provar l'efecte d'un medicament, altrament es podrien comercialitzar medicaments l'efecte dels quals seria igual al que aconseguiríem si a un pacient li donàrem un got amb aigua dient-li que allò és el medicament que el pot curar.

En els estudis amb analgèsics, per no privar el pacient d'un tractament eficaç per al dolor si està en el grup que rep placebo (l'assignació s'ha de fer per atzar), s'administra la denominada «medicació de rescat». S'explica al pacient que si, transcorregut un temps raonable després de la presa de la medicació, no s'ha produït l'efecte analgèsic, pot prendre'n un altre prèviament seleccionat pels investigadors. Amb aquest procediment evitem el patiment innecessari del voluntari, ja siga perquè està en el grup que pren placebo o perquè el medicament que estudiem no té prou efecte analgèsic.

En els assajos clínics de nous analgèsics, el placebo s'utilitza en estudis de duració curta i, generalment, en les fases inicials de la investigació, per exemple per determinar quina dosi hauríem de triar.

Pareix raonable pensar que a major necessitat de medicació de rescat, menor efecte analgèsic del medicament, per això el consum de medicació de rescat també s'utilitza per mesurar l'efecte de l'analgèsic. Perquè aquest mètode siga realment útil i no estiga sotmès a errors, ha de quedar expressat de forma molt clara com es donarà l'analgèsic de rescat, perquè ja hem comentat que si es deixa a l'opinió del personal sanitari, podem infradosificar-lo.

Si el que volem avaluar és el possible efecte d'un nou medicament sobre el dolor, no sols haurem de seleccionar una eina sensible i reproducible de mesurar el dolor, sinó també haurem de seleccionar de manera idònia l'experiència dolorosa sobre la qual volem utilitzar-la. Això significa seleccionar l'estímul dolorós, la patologia que provoca el dolor.

En estudis de dolor agut, se sol recórrer al dolor postquirúrgic en pacients sotmesos no sols al mateix tipus de cirurgia (sobre el tòrax, la via urinària, etc.) sinó també amb la mateixa tècnica quirúrgica. En aquest sentit l'extracció del tercer molar (l'anomenat queixal de l'enteniment) és un procediment quirúrgic molt utilitzat com a mètode per a avaluar analgèsics en el dolor agut. Presenta l'avantatge de ser una tècnica quirúrgica molt estandarditzada i sobretot que es realitza generalment sobre persones joves i sanes, sense altres problemes de salut que dificulten la interpretació del resultat.

Amb aquest model es va posar de manifest la importància de la intensitat del dolor abans d'administrar el medicament o placebo. Com sembla lògic, si actuem sobre un dolor lleu és possible que tant el placebo com l'analgèsic disminueixen quasi a zero el dolor, per la





Marusela Granell. *Obsessió*, 2011. Fotografia, dimensions variables.

qual cosa no observariem diferències en el resultat de cada un dels grups i hauríem de concloure que l'analgèsic realment no ho és, ja que fa el mateix que el placebo. També seria molt difícil que en un estudi sobre dolor lleu s'observara la diferència entre un analgèsic potent com la morfina i un de més suau, com el paracetamol. Ambdós llevarien el dolor i per tant podríem concloure que són iguals.

Les situacions comentades han portat a recomanar que els estudis per provar l'eficàcia d'un analgèsic es facen en pacients amb dolor moderat o intens. En el cas del dolor posterior a l'extracció del tercer molar, el 60% dels pacients declaren dolor moderat i la resta intens. Ha de recordar-se la importància d'una planificació adequada del rescat analgèsic, quan estem parlant de dolor moderat-intens i de pacients tractats amb placebo.

Per tal d'avaluar l'efecte d'un analgèsic en dolor crònic no es pot assenyalar un model particular d'experiment, en part pel fet que hi ha malalties molt distintes que produeixen dolor crònic i que responen de manera diferent als analgèsics. A títol d'exemple podríem recordar la migranya, el dolor en el càncer o el dolor en les malalties reumàtiques. Per això si volem investigar un nou medicament en dolor crònic, hem de seleccionar la malaltia en què provar-ne l'efecte i que es mostre eficaç en l'artrosi no vol dir que serveix per a la migranya. Si volguérem indicar-ho en aquesta última malaltia hauríem de demostrar-ne l'eficàcia per tractar-la.

En els estudis sobre analgèsia en el dolor crònic, s'ha d'avaluar l'efecte del medicament en més d'un moment al llarg de l'estudi i deixar clarament especificat quan i com es farà. Per fer-ho s'utilitzen els denominats «diaris del pacient» on aquest arreplega les dades del seu dolor tal com s'haja acordat i que serviran per provar l'efecte del medicament en estudi. No es pot confiar en la memòria del pacient perquè descriga el seu dolor, ja que, com dèiem, l'experiència dolorosa prèvia modula el dolor actual. De fet s'ha comprovat que si el dolor en un moment és intens, el pacient recorda el que va tenir en episodis passats com més intens del que realment va ser i viceversa.

En definitiva l'avaluació del dolor i la manera d'afrontar-lo presenta dificultats que es resolen amb el diàleg metge-pacient per tractar l'individu i per con-



El mètode per excel·lència per avaluar l'eficàcia del tractament del dolor o de qualsevol malaltia és l'assaig clínic comparant el medicament amb el placebo.

«EN ELS ASSAJOS CLÍNICS DE NOUS ANALGÈSICS, EL PLACEBO S'UTILITZA EN ESTUDIS DE DURACIÓ CURTA I EN LES FASES INICIALS DE LA INVESTIGACIÓ, PER DETERMINAR QUINA DOSI HAURÍEM DE TRIAR»

sens d'experts quan es tracta d'estudis¹ en grups de pacients.

BIBLIOGRAFIA

- AVERBUCH, M. i M. KATZPER, 2000. «Baseline Pain and Response to Analgesic Medications in the Postsurgery Dental Pain Model». *The Journal of Clinical Pharmacology*, 40: 133-137.
- BAÑOS i DIEZ, J. E., 2004. «Medición del dolor y el sufrimiento en personas con déficit de comunicación: Niños preverbales, ancianos con demencia y personas mentalmente discapacitadas». *Monografías Humanitas*, 2: 39-52.
- FRANCK L. S. i E. BRUCE, 2009. «Putting Pain Assessment into Practice: Why is it so Painful?». *Pain Research & Management*, 14: 13-20.
- GARCÍA-ALONSO, F. *et al.*, 1997. «El placebo en ensayos clínicos con medicamentos». *Medicina Clínica*, 109: 797-801.
- LÁZARO, C. *et al.*, 1994. «The Development of a Spanish Questionnaire for Assessing Pain: Preliminary Data Concerning Reliability and Validity». *European Journal of Psychological Assessment*, 10:145-151.
- RUIZ-LÓPEZ, R. *et al.*, 2011. «Medidas de dolor. Cuestionario del dolor en español (Mc Gill Pain Questionnaire-MPQ-; Melzack, 1975)». In BADIA, X. (ed.). *La medida de la salud: guía de escalas de medición en español*. PPU. Barcelona. Disponible en: <<http://www.clinicadeldolor.com/publicaciones.html>>.

Elena Rubio. Catedràtica de Farmacologia del Departament de Farmacologia. Facultat de Medicina i Odontologia. Universitat de València.

¹ Un bon exemple es pot trobar en els documents publicats en la web <www.immpact.org> del grup IMMPACT, acrònim en anglès de «iniciativa sobre mètodes, mesures i valoració del dolor en els assajos clínics» («Initiative on Methods, Measurement and Pain Assessment in Clinical Trials»).