

ESCALAS DE VALORACIÓN DEL DOLOR.

Actualizado Diciembre de 2012

Las escalas de valoración del dolor son métodos clásicos de medición de la intensidad del dolor, y con su empleo podemos llegar a cuantificar la percepción subjetiva del dolor por parte del paciente, y ajustar de una forma más exacta el uso de los analgésicos. Recientemente se recomienda obviar el paso escalonado de los analgésicos, establecido por la OMS, en determinados casos, como pacientes que refieran un dolor severo de inicio, deberíamos pasar directamente al tercer escalón, sin necesidad de ensayar los dos escalones previos con el objetivo de evitar períodos de dolor mal controlado.

CONSIDERACIONES IMPORTANTES A LA HORA DE EVALUAR EL DOLOR:

- ✓ *Explicar al paciente y a su familia la utilidad de evaluar de forma continuada los síntomas que presenta (facilita toma de decisiones terapéuticas y el control por parte del paciente).*
- ✓ *Determinar el estado cognitivo del paciente y su deseo/ capacidad para colaborar.*
- ✓ *Explicar los puntos de anclaje adecuando el lenguaje al estilo cultural del paciente.*
- ✓ *Dejar puntuar al paciente sin interferir ni juzgar.*
- ✓ *Una vez haya puntuado el paciente, validar la puntuación con el paciente (saber si ha comprendido el instrumento y el significado de la puntuación).*
- ✓ *EVA (Escala visual analógica)*

El tratamiento analgésico del dolor oncológico dependerá sobre todo del tipo de dolor y de la intensidad. De manera que en los dolores con EVA ≥ 7 se debería de iniciar de entrada con el tercer escalón de la analgesia, obviando los dos escalones previos. La vía de administración recomendada es la vía oral, y en los pacientes con dificultades para la deglución se puede recurrir a las formas transdérmicas (TD), aunque en determinadas circunstancias la vía parenteral es la preferible.

Estas escalas de valoración del dolor oncológico son generalmente de fácil manejo y entendimiento por parte de los pacientes

ESCALA ANALÓGICA VISUAL- EVA

Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

Sin dolor _____ Máximo dolor

ESCALA SPMSQ DE PFEIFFER (Short Portable Mental State Questionnaire)

Es una prueba desarrollada por Pfeiffer en el año 1975, con 10 ítems que valoran varias funciones: orientación, memoria de evocación, concentración y cálculo. Muy breve pero con una aceptable capacidad discriminativa

-Escala SPMSQ de Pfeiffer-

PREGUNTA	ERRORES
Qué fecha es hoy (día, mes ,año)	
Que día de la semana	
Nº teléfono o dirección	
Dónde estamos ahora	
Que edad tiene	
Cuando nació (día, mes y año)	
Quien es el presidente del gobierno	
Quien era anterior presidente gobierno	
Cuál era 1º apellido de su madre	
Reste de 3 en 3 desde 20 (cualquier error hace respuesta errónea)	
TOTAL	

INTERPRETACIÓN

Se adjudica un punto por cada error.

- ✓ Entre 0-2: se considera normal
- ✓ Entre 3-4: deterioro cognitivo leve
- ✓ Entre 5-7: deterioro cognitivo moderado
- ✓ Más de 8 errores: deterioro cognitivo severo

Se permite un error adicional si el nivel educativo es bajo, y un error menos si tiene estudios superiores.

ESCALA PALLIATIVE PERFORMANCE STATUS (PPS)

%	Deambulación	Evidencia enfermedad (EE)	Autocuidados	Ingesta	Conciencia
100	<i>Libre</i>	<i>Normal. Sin EE</i>	<i>Completos</i>	<i>Normal</i>	<i>Alerta</i>
90	<i>Libre</i>	<i>Normal. Alguna EE</i>	<i>Completos</i>	<i>Normal</i>	<i>Alerta</i>
80	<i>Libre</i>	<i>Con esfuerzo. Alguna EE</i>	<i>Completos</i>	<i>Normal o reducida</i>	<i>Alerta</i>
70	<i>Reducida</i>	<i>Alguna EE</i>	<i>Completos</i>	<i>Normal o reducida</i>	<i>Alerta</i>
60	<i>Reducida</i>	<i>Imposible hacer hobbies trabajo doméstico. E. manifiesta</i>	<i>Ayuda ocasional</i>	<i>Normal o reducida</i>	<i>Alerta o confusión</i>
50	<i>Principalmente sentado o estirado</i>	<i>Imposible cualquier trabajo. E. extensa</i>	<i>Ayuda considerable</i>	<i>Normal o reducida</i>	<i>Alerta o confusión</i>
40	<i>Principalmente encamado</i>	<i>Igual</i>	<i>Básicamente asistido</i>	<i>Normal o reducida</i>	<i>Alerta o somnolencia o confusión</i>
30	<i>Totalmente encamado</i>	<i>Igual</i>	<i>Completamente dependiente</i>	<i>Reducida</i>	<i>Igual</i>
20	<i>Totalmente encamado</i>	<i>Igual</i>	<i>Completamente dependiente</i>	<i>Pequeños sorbos</i>	<i>Igual</i>
10	<i>Totalmente encamado</i>	<i>Igual</i>	<i>Completamente dependiente</i>	<i>Cuidados boca</i>	<i>Somnolencia o confusión</i>
0	<i>Fallecido</i>				

ESCALA DE VALORACIÓN FUNCIONAL DE KARNOFSKY

- ✓ Permite conocer la capacidad que tiene el paciente para las actividades de la vida cotidiana.
- ✓ Es un elemento predictor independiente de mortalidad, en enfermedades oncológicas y no oncológicas.
- ✓ Sirve para la toma de decisiones clínicas y para valorar impacto de tratamiento y progresión de la enfermedad.
- ✓ Karnofsky ≤ 50 indica alto riesgo de muerte en los 6 meses siguientes


Interpretación:

- 100.-** Normal: sin quejas, sin indicios de enfermedad
- 90.-** Actividades normales, pero con signos y síntomas leves de enfermedad.
- 80.-** Actividad normal con esfuerzo, con algunos signos síntomas de enfermedad.
- 70.-** Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a término actividades normales o trabajo activo.
- 60.-** Requiere atención ocasional, pero puede cuidarse a si mismo
- 50.-** Requiere gran atención, incluso de tipo médico. Encamado menos del 50% del día.
- 40.-** Inválido, incapacitado, necesita cuidados y atenciones especiales. Encamado más del 50% del día
- 30.-** Inválido grave, severamente incapacitado, tratamiento de soporte
- 20.-** Encamado por completo, paciente muy grave, necesita hospitalización y tratamiento activo
- 10.-** Moribundo
- 0.-** Fallecido

EL DOLOR NEURÓPÁTICO. CUESTIONARIO DE DOLOR DE MCGUILL- VERSION CORTA

El Cuestionario del dolor de McGill evalúa aspectos cuantitativos y cualitativos del dolor, como son localización, cualidad, propiedades temporales e intensidad.

A- DESCRIBA SU DOLOR EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS (MARQUE SÓLO UNO)				
	Ninguno (0)	Leve (1)	Moderado(2)	Severo (3)
1.Pulsante	0	1	2	3
2.Punzante	0	1	2	3
3.Lancinante	0	1	2	3
4.Lacerante	0	1	2	3
5.Tipo cólico	0	1	2	3
6.Tirante	0	1	2	3
7.Caliente/quemante	0	1	2	3
8.Aguijoneante	0	1	2	3
9.Pesadez	0	1	2	3
10.Sensibilidad	0	1	2	3
11.Sensación de resquebrajamiento	0	1	2	3
12.Extenuante	0	1	2	3
13.Enfermante	0	1	2	3
14.Atemorizante	0	1	2	3
15.Cruel	0	1	2	3

B- MIDA SU DOLOR DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS	
<p>La siguiente línea representa el dolor, con una intensidad que va aumentando desde “ausencia de dolor”, hasta el “peor dolor posible”. Coloque una marca sobre la línea horizontal en donde mejor describa el dolor sufrido en los últimos 7 días</p>	
	

C- INTENSIDAD ACTUAL DEL DOLOR	
Sin dolor	0
Leve	1
Incómodo	2
Estresante	3
Horrible	4
Insoportable	5