

CLASIFICACIÓN EDMONTON DEL DOLOR POR CÁNCER

Nombre del paciente:

Nº ID del paciente:

Para cada una de las características siguientes, marque con un círculo la respuesta más adecuada basándose en su evaluación clínica.

1.- MECANISMO DEL DOLOR

No No presenta dolor.

Nc Cualquier combinación de dolor nociceptivo visceral y/u óseo o de tejidos blandos.

Ne Dolor neuropático con o sin cualquier combinación de dolor nociceptivo.

Nx No existe información suficiente para clasificar.

2.- DOLOR INCIDENTAL

lo No presenta dolor incidental.

li Dolor incidental presente.

lx No existe información suficiente para clasificar.

3.- DISTRÉS PSICOLÓGICO

Po No presenta distrés psicológico.

Pp Distrés psicológico presente.

Px No existe información suficiente para clasificar.

4.- CONDUCTA ADICTIVA

Ao No presenta conducta adictiva.

Aa Conducta adictiva presente.

Ax No existe información suficiente para clasificar.

5.- FUNCIÓN COGNITIVA

Co No presenta deterioro cognitivo. El paciente puede describir con detalle su historial de dolor presente y/o pasado.

- Ci Presenta deterioro parcial. El deterioro es suficiente como para afectar la capacidad del paciente de ofrecer una descripción detallada de su historial de dolor presente y/o pasado.
- Cu Presenta deterioro total. El paciente no responde, delira o padece demencia hasta el punto de no poder describir su historial de dolor presente y/o pasado.
- Cx No existe información suficiente para clasificar.

Perfil ECS-CP: N__I__P__A__C__

(Combinación de las cinco respuestas, una para cada categoría)

Evaluado por:

Fecha:

DEFINICIÓN DE TERMINOLOGÍA

Mecanismos del dolor;

El sistema de clasificación ECS-CP se basa en una jerarquía entre los distintos mecanismos del dolor en la que el dolor neuropático representa un mayor desafío en su abordaje que el del dolor nociceptivo. Si un paciente presenta uno o más tipos de dolor en los que se involucran distintos mecanismos del dolor, entonces la clasificación ECS-CP priorizará aquel cuyo abordaje sea más complejo.

Por ejemplo, si un paciente presenta dos tipos distintos de dolor oncológico i sólo uno de ellos es neuropático, la clasificación ECS-CP priorizará al dolor neuropático. También hace referencia al descriptor para el dolor neuropático (Ne) que se refiere a “dolor neuropático con o sin combinación con el dolor nociceptivo”. La valoración del mecanismo del dolor es una decisión que realiza el clínico basándose en la historia clínica, la exploración física i en las distintas pruebas de imagen disponibles. La utilización de otros test como puede ser el LANSS (Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs) puede mejorar todavía más la clasificación del mecanismo del dolor.

Dolor Incidental;

Hablamos de dolor incidental cuando el paciente presenta un dolor basal con una intensidad no mayor que moderada (EVA 0-3), con episodios intermitentes con una intensidad moderada o severa, habitualmente con un inicio rápido y, a menudo, también con un factor desencadenante conocido.

Tenemos 6 características del dolor incidental que hay que tener en cuenta:

- *Relación con el dolor basal:* La intensidad del dolor incidental es significativamente mayor que la del dolor basal.
- *Severidad:* la intensidad del dolor incidental es de moderada a severa (EVA 4-10).
- *Predictibilidad:* La causa inicial es, a menudo, conocida (movimiento, micción, defecar, tragar o cambiar un apósito). No obstante, dolores episódicos intensos también pueden ser considerados como incidentales (espasmos urinarios o cólicos intestinales).
- *Inicio:* El inicio suele ser rápido con un pico de intensidad que puede acontecer antes de los 5 minutos.
- *Transitoriedad:* El dolor incidental es transitorio y puede retornar al nivel basal previo poco después que la causa inicial desaparece.
- *Recurrencia:* El dolor incidental es intermitente y puede reaparecer cuando reaparezca la causa desencadenante.

Distrés psicológico;

El distrés psicológico, en el contexto de la experiencia dolorosa, se define como un estado interior de la persona de sufrimiento, resultado de factores físicos, psicológicos, sociales, espirituales y/o cuestiones prácticas que pueden comprometer la capacidad del paciente

para adaptarse y dificultar la manifestación del dolor o de cualquier otro síntoma.

Tenemos 5 características clave del distrés psicológico que hay que tener en cuenta.

- *Relación con el dolor:* la definición de distrés psicológico se limita a pacientes que manifiesten distrés psicológico en el contexto de la experiencia dolorosa y que simula expresar el sufrimiento a través de síntomas físicos.
- *Relación con el sufrimiento:* El distrés psicológico es una manifestación de sufrimiento, a menudo referida como *dolor total*.
- *Multidimensional:* El distrés psicológico es multidimensional en su naturaleza, pudiendo influir en diversos ámbitos de la experiencia del paciente. Puede incluir sin limitarse a factores físicos, psicológicos, sociales y espirituales.
- *Relación con la capacidad de adaptación:* El distrés psicológico puede limitar la capacidad del paciente de adaptarse a su enfermedad.
- *Expresión de síntomas físicos:* El distrés psicológico se manifiesta a menudo como una exacerbación del dolor y/o de otros síntomas y que puede conceptualizarse como una forma de somatización.

La valoración del distrés psicológico puede incluir, pero no tiene porqué limitarse a los siguientes:

- Valoración de la experiencia del paciente en múltiples dominios.

- Historia paralela a través de cuidadores y familiares.
- Perfil del paciente y perfil de la manifestación de los síntomas.

Conducta adictiva;

La adicción es una enfermedad primaria, crónica y de base neurobiológica con unos factores de base genética, psicosocial y medioambientales que influyen en su desarrollo y en sus manifestaciones. Se caracteriza por comportamientos que pueden incluir uno o más de los siguientes: falta de capacidad de controlar el uso de drogas, uso compulsivo, uso continuado a pesar de ser nocivo y *craving*.

Tenemos 5 características de la conducta adictiva que hay que tener en cuenta:

- *Cronicidad:* Se trata de una alteración crónica que puede presentar episodios de remisión.
- *Multidimensional:* Es multidimensional en su desarrollo y manifestaciones pudiendo incluir factores genéticos, psicosociales y medioambientales.
- *Compulsividad.*
- *Uso continuado a pesar de ser nocivo.*
- *Craving.*

Tenemos, no obstante, ciertas limitaciones:

- Una historia previa/antigua de abuso de alcohol/drogas NO debe ser considerado como relevante que pueda interferir en la valoración y posterior tratamiento del paciente.

- Por sustancias de abuso incluimos el alcohol, medicamentos con receta médica, sin receta médica y drogas ilegales.
- No se incluye el uso del tabaco.

La valoración de la conducta adictiva puede incluir (y no debe limitarse) los siguientes:

- Utilización del test CAGE como instrumento de despistaje.
- Manifestación del comportamiento del paciente después de unas valoraciones.
- Historia clínica de abuso de sustancias proporcionada por el paciente.
- Historia paralela a través de cuidadores y familiares.

Función cognitiva;

La valoración de la función cognitiva recae sobre la voluntad del evaluador y se centra en la habilidad de proveer una correcta historia del dolor. Otros métodos de valoración como puede ser el MMSE (Mini-Mental Status Examination) u otros pueden ser incluidos como parte del proceso de despistaje, si se considera apropiado.