

Atención integral al paciente oncológico con dolor

Comprehensive care of oncological patients with pain

Tammy Alonso Díaz^{1*} <http://orcid.org/0000-0001-7537-1082>

María del Carmen LLantá Abreu¹ <http://orcid.org/0000-0003-2555-6411>

Ramón Ropero Toirac¹ <http://orcid.org/0000-0001-9613-983X>

Manuel Bazán Milian¹ <http://orcid.org/0000-0002-7331-5232>

Cecilia Navarrete Dávalos¹ <http://orcid.org/0000-0003-1298-2163>

Yamirka Carrillo Delgado¹ <http://orcid.org/0000-0003-2243-4785>

Jenny Carolina Ávila Pérez¹ <http://orcid.org/0000-0002-5993-2254>

Julián Martínez Carrasco¹ <http://orcid.org/0000-0002-7723-6279>

¹Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR). La Habana, Cuba.

*Autora para la correspondencia: tammy@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El control del dolor es un componente esencial en los cuidados paliativos.

Objetivo: Describir el manejo del dolor oncológico como síntoma frecuente referido por los pacientes.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, longitudinal y prospectivo con la implementación de un modelo de historia clínica para la evaluación del dolor. Incluyó a 116 pacientes admitidos a la Clínica del Dolor del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología en el período comprendido desde el 1^{ero} de julio hasta 31 diciembre de 2019. Los datos se resumieron con el uso de frecuencias para variables cualitativas y mediana para variables cuantitativas y el Chi cuadrado para la asociación entre variables.

Resultados: La mediana de edad fue de 62 años, con predominio del sexo femenino; el 74,2 % se encontraban en estadios avanzados. El 93,1 % refirió dolor

crónico, mixto, de intensidad moderada a severa y el sitio de dolor más frecuente fue en la columna lumbosacra. El dolor severo se asoció a la ansiedad, depresión y al insomnio ($p \leq 0,008$). Se aplicó tratamiento con opioides débiles y adyuvantes a la totalidad de los mismos, con escalado de opioides potentes en 59 pacientes. Se logró control del dolor parcial o total en 104 pacientes. Las reacciones adversas más frecuentes fueron: constipación, náuseas y somnolencia.

Conclusiones: Se alcanzó el control del dolor en la mayoría de los pacientes con la implementación de una historia clínica, evaluación y tratamiento, lo cual permitió un tratamiento eficaz e individualizado.

Palabras clave: dolor; cáncer; cuidados paliativos.

ABSTRACT

Introduction: Pain control is an essential component of palliative care.

Objective: Describe the management of oncological pain as a frequent symptom reported by patients.

Methods: An observational prospective longitudinal study was conducted with implementation of a medical record model for pain evaluation. The study included 116 patients admitted to the Pain Clinic at the National Institute of Oncology and Radiobiology from 1 July to 31 December 2019. The data were summarized with the use of frequencies for qualitative variables, means for quantitative variables and chi-square for the association between variables.

Results: Mean age was 62 years, with a prevalence of the female sex. 74.2% were in advanced stages. Of the patients studied, 93.1% reported chronic, mixed, moderately intense to severe pain. The most common pain site was the lumbosacral spine. Severe pain was associated to anxiety, depression and insomnia ($p \leq 0.008$). Treatment with mild opioids and adjuvants was indicated in all cases, with potent opioid escalation in 59 patients. Partial or total pain control was achieved in 104 patients. The most common adverse reactions were constipation, nausea and somnolence.

Conclusions: Pain control was achieved in most patients with the implementation of a medical record, evaluation and treatment, which permitted the application of an effective individualized treatment.

Key words: pain, cancer, palliative care.

Recibido: 09/01/2021

Aceptado: 02/04/2021

Introducción

El abordaje del paciente con dolor oncológico es complejo, puede ser signo de progresión tumoral o su desaparición de respuesta, una vez cumplida su función de alarma, es un sufrimiento innecesario que puede anular e incapacitar al paciente y requiere para su control una valoración multidimensional.⁽¹⁾

Su etiología es multifactorial, se le puede atribuir al cáncer, a la terapéutica antineoplásica o a otros factores relacionados con las comorbilidades y al mal uso del tratamiento analgésico usado hasta ese momento.⁽²⁾

Se hace necesario identificar de manera temprana y oportuna todos los factores que inciden en su etiología, alivio, y el uso adecuado de una terapéutica que proporcione analgesia rápida y efectiva con la aplicación de la escalera analgésica. En la actualidad continúa siendo la clave del tratamiento, así como con el uso de otros procedimientos no farmacológicos que permiten una adecuada adherencia.^(3,4)

Para realizar una apropiada valoración multimodal del dolor debemos tener en cuenta al menos, seis dimensiones:

1. Fisiológica (localización, duración, etiología y tipo de dolor visceral, somático o neuropático).
2. Sensorial (intensidad, cualidad y patrón doloroso).
3. Afectiva (influencia sobre el estado de ánimo, sensación de bienestar y nivel de ansiedad o depresión).
4. Cognitiva (significado del dolor para el paciente, relación con la neoplasia, estrategias de afrontamiento).

5. Conductual (impacto del dolor sobre el comportamiento y la conducta: actividad física, sueño, etc.).
6. Socio-cultural (factores étnicos, familiares, laborales, sociales y espirituales).(5)

Además de evaluar correctamente el dolor, debemos realizar una aproximación unidimensional o multidimensional con una nomenclatura estandarizada. La medición ideal del dolor debería ser sensible, válida, simple, fiable, reproducible y asequible. El objetivo final de esta valoración del dolor es la aplicación de un tratamiento ajustado e individualizado en cada paciente.^(4,6)

Evaluar de forma sistemática el dolor de los pacientes tiene una gran importancia:^(2,6)

- a) Permite un adecuado control analgésico.
- b) Facilita el seguimiento de los enfermos y estimula su participación en el proceso terapéutico.
- c) Puede contribuir a detectar nuevas lesiones tumorales previamente no sospechadas.
- d) Es un componente importante en la calidad asistencial.
- e) Contribuye a la investigación clínica de nuevas terapéuticas y a los estudios epidemiológicos sobre dolor.

Por otra parte, una evaluación completa y sistemática del dolor beneficia también a los profesionales sanitarios dado que:

- a) Permite el reconocimiento del dolor como uno de los problemas fundamentales en el tratamiento del paciente.
- b) Supone una mayor implicación en su manejo, una menor sensación de frustración o impotencia con respecto a los intentos de aliviarlo.
- c) Una mejor comunicación con el paciente.

Existe una importante máxima en la valoración del dolor que debe tenerse muy presente: el dolor es lo que el paciente dice que padece y no lo que el médico piensa que debe ser o espera que sea.^(7,8)

Cabe finalizar con un axioma, que es muy importante en relación con la valoración del dolor y que resume el beneficio que dicha valoración tiene para los pacientes: “Medir bien el dolor es tratar bien el dolor”.⁽⁸⁾

El objetivo de la investigación fue describir el manejo del dolor oncológico como síntoma frecuente referido por los pacientes.

Métodos

Se realizó un estudio unicéntrico, observacional, descriptivo, prospectivo y longitudinal con la implementación de un modelo de historia clínica para la evaluación y tratamiento del dolor (Anexo). A todos los pacientes se les solicitó el consentimiento informado.

El universo consistió en pacientes diagnosticados y tratados por cáncer, que fueron remitidos a la Clínica del Dolor del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR). La muestra quedó constituida por 116 pacientes con criterios de dolor crónico, con potencialidad de adherencia al tratamiento y que dieron su consentimiento informado de participación en la investigación en el período comprendido desde el 1^{er}o de julio hasta el 31 de diciembre de 2019.

La fuente primaria de los datos fueron las historias clínicas de los pacientes y las variables del estudio fueron: demográficas, clínicas, clasificación del dolor, tiempo de evolución, síntomas y signos acompañantes, factores que lo alivian, exacerbaban o lo desencadenan, tipo de dolor (visceral, somático, neuropático, mixto), afectaciones psicológicas, estado funcional, tratamientos farmacológicos o no farmacológicos previos, efectos adversos, respuesta al tratamiento. La intensidad del dolor se midió por la auto-aplicación de la escala visual analógica (EVA), en un rango en centímetros del 0 (no dolor) al 10 (dolor muy intenso).⁹

Los resultados fueron recolectados en tablas de Excel versión 2016 de Microsoft y exportada para su análisis a paquete estadístico SPSS versión 25.0.

Las variables cualitativas se resumieron mediante frecuencias absolutas y cifras

porcentuales. Para la descripción de las variables cuantitativas como medida de tendencia central se emplearon la media y el IC95 %. Para relacionar las variables seleccionadas, se empleó el estadígrafo Chi cuadrado de asociación y tomándose como significativos, aquellos valores con $p < 0,05$. Los resultados son presentados en tablas y gráficos para su mejor comprensión.

El protocolo de investigación fue evaluado y aprobado por el Consejo Científico y el Comité de Ética para la Investigación del INOR y se protegió la identidad de los pacientes por la firma de confidencialidad de los investigadores.

Resultados

La tabla 1 muestra las características clínicas y demográficas. La mediana de edad fue de 62 años, de los 116 pacientes, 59 (50,9 %) eran del sexo femenino y 57 (49,1 %) masculino, y de acuerdo a los factores de riesgo, se observó mayor frecuencia del hábito de fumar en 88 pacientes (75,9 %) y la ingestión de bebidas alcohólicas en 69 (59,5 %). Del total de individuos estudiados, 62 (53,4 %) presentaban como antecedentes patológicos personales Hipertensión arterial, 54 (46,6 %) Trastornos digestivos, y 20 (17,2 %) Diabetes mellitus. Se constató desnutrición proteica energética en 39 pacientes para un 33,6 % y en 83 (71,6 %) de ellos, la presencia de metástasis. Hubo predominio de los estadios III y IV en un 24,1 % y 74,2 %, respectivamente.

Tabla 1- Características de los pacientes

Parámetros Demográficos		Nº	%
Edad (media, IC95 %)		62, IC95 %(29-71)	
Género	Femenino	59	50,9
	Masculino	57	49,1
Raza:	Blanca	49	42,2
	Negra	67	57,8
<i>Hábitos Tóxicos</i>			
Tabaquismo		88	75,9
Bebidas alcohólicas		69	59,5
Café		41	35,3

<i>Comorbilidades</i>		
Hipertensión arterial	62	53,4
Trastornos digestivos	54	46,6
Diabetes mellitus	20	17,2
<i>Estado Nutricional</i>		
Anemia	44	37,9
Desnutrición Proteico Energética	39	33,6
Normal	33	28,5
<i>Estadio Clínico</i>		
II	2	1,7
III	28	24,1
IV	86	74,2
<i>Extensión de la enfermedad</i>		
Locoregional	33	28,4
Metastásica	83	71,6
Total	116	100

Fuente: Historia Clínica.

Los tipos de cáncer más frecuentes fueron orofaringe en 41 %, seguidos de cérvix 24 % y próstata 15 % (Fig.).

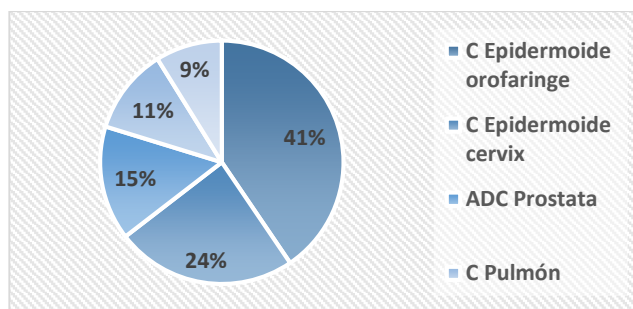


Fig. - Frecuencia de casos tratados por localización.

Las características de los pacientes según las variables relacionadas con el dolor se muestran en la tabla 2, donde el sitio del dolor más frecuente fue columna lumbosacra en 45 pacientes (38,8 %). El 93,1 % refirió dolor crónico, y predominó el tipo mixto (73,3 %) y de intensidad moderada a severa en un 43,1 % y 53,4 %, respectivamente.

Tabla 2- Características de los pacientes según variables relacionadas con el dolor

Variables Clínicas del dolor	Nº	%
<i>Localización del dolor</i>		
Columna lumbosacra	45	38,8
Orofaringe	31	26,7
Columna dorsal	28	24,2
Abdomen	12	10,3
<i>Permanencia en el tiempo</i>		
Agudo	8	6,9
Crónico	108	93,1
<i>Tipo de dolor por su origen</i>		
Mixto	85	73,3
Neuropático	13	11,2
Somático	10	8,6
Visceral	8	6,9
<i>Intensidad del dolor</i>		
Dolor leve	4	3,5
Dolor moderado	50	43,1
Dolor severo	62	53,4
Total	116	100

Fuente: Historia Clínica.

En la tabla 3 apreciamos que los pacientes con dolor severo manifestaron mayor frecuencia de síntomas psicológicos. La intensidad del dolor se asoció con significación estadística con la ansiedad, la depresión y el insomnio ($p = 0,0083$).

Tabla 3- Distribución de pacientes según intensidad del dolor y la ansiedad, depresión e insomnio

Intensidad del dolor	Ansiedad		Depresión		Insomnio		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Dolor leve	3	4,1	1	1	1	1	5	1,9
Dolor moderado	11	14,9	31	33	39	38,2	81	30
Dolor severo	60	81	62	66	62	60,8	184	68,1
Total	74	27,4	94	34,8	102	37,8	270	100

 Chi-cuadrado = 13,59 $p = 0,0083$

Fuente: Historia Clínica.

Antes y después de la aplicación de la Escalera Analgésica, se observó un incremento de todos los tipos de tratamiento, con predominio del escalado de

opioides potentes en 59 pacientes que requirieron incremento de dosis y se realizó intervencionismo en 18 de ellos (15,5 %). Luego de la evaluación hubo un incremento de la frecuencia de pacientes que recibieron tratamiento no farmacológico con Medicina Natural y Tradicional (MNT) y Fisioterapia en un 81,9 % y 29,3 % respectivamente, y fue necesaria la evaluación y seguimiento de 44 pacientes por Psicología. La evaluación posterior se asoció con un incremento significativo de los tratamientos según los procedimientos establecidos ($p = 0,0001$) (Tabla 4).

Tabla 4- Distribución de pacientes según tratamiento por aplicación de la escalera analgésica y momento de evaluación

Tratamiento	Momento de evaluación			
	Previo		Posterior	
	Nº	%	Nº	%
Analgésico	31	26,7		
Antiinflamatorio	36*	31,0	116	100
Opioides débil	38*	32,8	116	100
Opioides potentes	2	1,7	59	50,9
Adyuvantes	45*	38,8	116	100
MNT	0	0	95	81,9
Fisioterapia	0	0	34	29,3
Intervencionismo	0	0	18	15,5
Psicoterapia	0	0	44	37,9

Tratamiento irregular*.
 Medicina Natural y Tradicional (MNT).
 Chi-cuadrado = 72,4 p = 0,0001
 Fuente: Historia Clínica.

Las reacciones adversas más frecuentes fueron la constipación (83,6 %); sequedad de la boca (39,7 %) y las náuseas y vómitos (34,5 %) (Tabla 5).

Tabla 5- Reacciones adversas al tratamiento analgésico

Reacciones adversas	Nº	%
Constipación	97	83,6
Sequedad boca	46	39,7
Náuseas y vómitos	40	34,5
Retención urinaria	18	15,5
Sedación	13	11,2

Fuente: Historia Clínica.

La evaluación de la respuesta al tratamiento analgésico se resume en la tabla 6. Se logró control del dolor parcial o total en 104 pacientes (89,7 %).

Tabla 6- Distribución de pacientes según evaluación de la respuesta al tratamiento analgésico

Control del dolor	Nº	%
Total	66	56,9
Parcial	38	32,8
No control	12	10,3
Total	116	100

Fuente: Historia Clínica.

Discusión

El dolor es un síntoma frecuente en el paciente oncológico, muestra su mayor incidencia en las fases avanzadas de la enfermedad;^(8,9,10) en esta serie, el 98,3 % de los pacientes se encontraban en estadios avanzados o terminal, con la presencia de metástasis en el 71,6 % de los casos. Estos resultados son superiores a los reportes internacionales, donde casi todos los autores^(5,6,8,10,11) estiman que se presenta entre el 70 y el 90 % de los pacientes en fases avanzadas o terminales y la incidencia varía entre el 30 y el 50 % de los pacientes en fase de tratamiento oncológico dependen del tipo de cáncer, al igual que una revisión sistemática⁽¹¹⁾ identifica una prevalencia del dolor oncológico que va desde el 64 % en pacientes con metástasis, en fase avanzada o terminal, al 59 % en pacientes que siguen tratamiento curativo y al 33 % en los pacientes tras dichos tratamientos curativos. Se describen factores que pueden variar el umbral doloroso: la edad (mayor dolor en adultos jóvenes que en ancianos), el sexo (mayor en mujeres), el estado psicológico (mayor en pacientes intranquilos o ansiosos),^(11,12,13) en este estudio, predominó el sexo femenino. Se describe mayor frecuencia del hábito de fumar en 75,9 % y la ingestión de bebidas alcohólicas en 59,5 % como factores de riesgo más importantes para el cáncer.

Uno de los aspectos a tener en cuenta para lograr un plan de tratamiento individualizado, según varios autores,^(13,14,15) son las comorbilidades del paciente y dentro de ellas: la Hipertensión arterial, la Diabetes mellitus, los trastornos gastroduodenales, la desnutrición proteico energética, las alteraciones en la función renal y hepática. En este estudio, más de la mitad de los pacientes tenían hipertensión arterial y trastornos digestivos y su estado nutricional comprometido

tanto por la evolución de la enfermedad como por los tratamientos oncoespecíficos que impiden al paciente alimentarse, por ejemplo las mucositis que se observan posterior a la radioterapia y quimioterapia.

Múltiples estudios plantean la importancia de realizar una evaluación adecuada del dolor, no solamente centrada en la intensidad del mismo, sino valorar su posible etiología y sus repercusiones de forma multidimensional,^(16,17) debe ser integral exhaustiva y sistematizada. En cada consulta, se debe preguntar por la presencia de dolor, determinar sus posibles causas, que incida en sus características, síntomas y signos acompañantes, factores agravantes y atenuantes, comorbilidades, respuesta a los tratamientos previos e interferencia con las actividades de la vida diaria, ánimo, sueño, apetito, que permita elaborar un plan terapéutico individualizado, como se plantea en la literatura “Analgesia a la carta”.⁽¹⁸⁾

El dolor del paciente con cáncer puede ser agudo o crónico, nociceptivo somático o visceral, neuropático y mixto. Sin embargo y aunque pueden coexistir varios tipos de dolor, por naturaleza el dolor oncológico es crónico y nociceptivo, con más frecuencia mixto.^(17,18,19) Hubo asociación con significación estadística entre la intensidad del dolor con la ansiedad, depresión e insomnio ($p \leq 0,0001$). En los pacientes con cáncer es frecuente la coexistencia de ansiedad, depresión e insomnio. La coexistencia de depresión y síntomas físicos en los pacientes con cáncer ha sido evaluada en múltiples estudios en los que se establece que el 83 % de los pacientes oncológicos que están deprimidos presentan dolor, y por tanto, se hace necesario distinguir entre lo que es una mera somatización depresiva de un dolor somático.⁽²⁰⁾

Existe una relación causal entre los tratamientos oncoespecíficos y el dolor; se observó que el 73,2 % de los mismos tratados con quimioterapia presentaron dolor y el 70,6 % de los pacientes que recibieron radioterapia, por lo que debemos intentar paliar el dolor durante el tratamiento oncológico, ya sea cirugía, radioterapia o quimioterapia y de esta forma mejoramos la calidad de vida de los pacientes, como se plantea en la literatura internacional.^(21,22)

Se investigó sobre el dolor subtratado, la mayoría de los autores concuerdan que los pacientes se encuentran infratratados, con evaluaciones inadecuadas, subsiste

el insuficiente uso de opioides y de coadyuvantes, así como el desconocimiento de las dosis, vías, y tratamiento no farmacológico. Ripamonti y otros plantean que hasta un 43 % de los pacientes con cáncer reciben tratamientos inadecuados para el manejo del dolor.⁽²³⁾ En un estudio canadiense realizado en pacientes oncológicos mayores de 65 años en el que hasta un tercio de los que presentaron dolor intenso no recibieron tratamiento con opiáceos al menos durante el mes siguiente de seguimiento.⁽²⁴⁾ Datos similares son expuestos en una revisión sistemática⁽²⁵⁾ con 11 estudios prospectivos del manejo del dolor oncológico y síntomas asociados en residencias geriátricas que muestran la alta prevalencia del dolor intenso (cerca del 45 %) y su baja prescripción de opiáceos (menos del 40 %).

Al acudir los pacientes a la Clínica del Dolor, se evalúa con el modelo de historia clínica y se aplica el uso racional de analgésicos y coanalgésicos según la escalera analgésica, teniendo en cuenta el término de “ascensor” analgésico,^(2,3,5,26) cada vez más vigente, en el que se propone iniciar el tratamiento en el punto que el dolor del paciente lo indique, se obvia el paso por escalones anteriores, si por la experiencia clínica es sabido que no va a aportar ningún beneficio terapéutico. Los pacientes en fase avanzada de la enfermedad se utiliza analgesia con dosis bajas de opiáceos mayores ante la frecuente necesidad de escalar dosis de un segundo escalón con opiáceos de techo analgésico y más efectos secundarios que los opiáceos mayores (estreñimiento, molestias gástricas, etcétera). La evaluación debe ser de manera individualizada tanto el tratamiento como el seguimiento.⁽²⁶⁾ Se puede combinar con otras modalidades de tratamiento como radioterapia, bloqueos nerviosos, terapia hormonal y el uso de otras terapias alternativas como los masajes, la crioterapia, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS, siglas en inglés), acupuntura, psicoterapia, musicoterapia, las técnicas de relajación, que se han mostrado útiles en el control del dolor o la ansiedad relacionada con el mismo, así como la atención de los aspectos relacionados con las creencias y las necesidades espirituales.^(26,27,28)

Las recomendaciones de la guía americana NCCN sobre el Manejo del Dolor⁽²⁵⁾ enfatizan en realizar una analgesia centrada en las necesidades del paciente, seleccionar el fármaco en función de otros síntomas/comorbilidad (por ejemplo,

depresión y/o insomnio concomitante) educar al paciente en cuanto a la dinámica acierto/error de dicha medicación y la latencia en su efecto, con el objetivo de evitar el desánimo y el abandono terapéutico.

Por lo que el paciente de esta forma es atendido de forma holística, integral,^(26,27) ya que el dintel de percepción del dolor se liga íntimamente a ello y obliga a contemplar el aspecto subjetivo inherente a este síndrome.

Los efectos secundarios inducidos por los opioides incluyen trastornos gastrointestinales, efectos sobre la autonomía, el sistema nervioso central y la piel.^(25,29) En la serie estudiada hubo frecuencias similares con otros estudios internacionales revisados.

Con la implementación de la historia clínica individualizada desde la consulta inicial a los pacientes estudiados y los respectivos tratamientos, se logró el control del dolor parcial o total en 104 pacientes (89,7 %), dato coincidente en otras investigaciones donde se aplican las escalas de tratamiento actualmente propuestas en las diferentes guías temáticas.^(20,21)

Se realizó un análisis del esquema farmacológico que recibían los pacientes antes de ingresar a la Clínica del Dolor y se observó tratamientos inadecuados por ser administrados a demanda, baja prescripción de opiáceos y adyuvantes, no uso de medicina alternativa y se comparó con el esquema farmacológico ordenado por los médicos especialistas del servicio. Se aplicó tratamiento con analgésicos, opioides débiles y adyuvantes a la totalidad de los mismos

Se puede concluir que se alcanzó el manejo del dolor en la mayoría de los pacientes con la implementación del control, evaluación y tratamiento del mismo según los procedimientos de la Clínica del Dolor, lo cual permitió aplicar un tratamiento adecuado e individualizado a cada uno de ellos, con mejoría de la intensidad del dolor y la introducción de métodos no farmacológicos.

Referencias bibliográficas

1. Gómez SM. Historia Clínica del dolor, clasificación, evaluación, prevalencia. Cuidados Paliativos: Las Palmas de Gran Canaria. T II Cap. 46. GAFOS. 2003

- [acceso 23/05/2007]:223-55. Disponible en:
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/dolor_1.pdf
2. Nueva Guía de la Asociación Americana del Dolor sobre dolor postoperatorio. Rev Soc Esp Dolor. 2016 [acceso 18/10/2019];23(3):164-5. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462016000300008
3. Reyes C, Grau J, Chacón M. Cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado: 120 preguntas y respuestas. Tomo II. Editorial Ciencias Médicas. 2009 [acceso 14/09/2011]:21-64. Disponible en:
<http://www.worldcat.org/oclc/1011163705>
4. Williams AC, Craig KD. Updating the definition of pain. Pain. 2016;157:2420-3. DOI: 10.1097/j.pain0000000000000613
5. Van den Beuken-van Everdingen MH, Hochstenbach LM, Joosten EA. Update on Prevalence of Pain in Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. J Pain Symptom Manage. 2016;51:1070.
6. American Pain Society. Principles of Analgesic Use. 7th ed. Chicago: American Pain Society; 2016.
7. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. Lancet. 2018;391:1391.
8. Antolinez AM, Pérez PP, Molina BM, López DD. Consumo de opioides en pacientes hospitalizados en un centro oncológico. Revista Colombiana de Cancerología. 2017;21(4):194-201. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rccan.2017.12.002>
9. Von Korff M, Jensen MP, Karoly P. Assessing global pain severity by self-report in clinical and health services research. Spine. 2000;25:3140-51.
10. Karayannis NV, Sturgeon JA, Chih-Kao M, Cooley C, Mackey SC. Pain interference and physical function demonstrate poor longitudinal association in people living with pain: a PROMIS investigation. Pain. 2017;158(6):1063-8. DOI: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000881>
11. Paice JA, Portenoy R, Lacchetti C. Management of Chronic Pain in Survivors of Adult Cancers: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline. J Clin Oncol. 2016;34:3325.

12. Tetsunaga T, Tetsunaga T, Tanaka M, Ozaki T. Efficacy of tramadol-acetaminophen tablets in low back pain patients with depression. *J Orthop Sci.* 2015;20:281-6. DOI: 10.1007/s00776-014-0674-4.
13. Regueira Betancourt SM, Fernández Pérez MD, Díaz Pérez M. Escalera analgésica en el tratamiento del dolor oncológico. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta.* 2015 [acceso 19/06/2019];40(12). Disponible en: <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/364>
14. Van Hecke O, Austin SK, Khan RA, Smith BH, Torrance N. Neuropathic pain in the general population: A systematic review of epidemiological studies". *Pain.* 2014;155(4):654-62. DOI: 10.1016/j.pain.2013.11.013.
15. Linares Gavidia S, Lahud Cuadra S, García Meléndez Z. Caracterización y manejo de los episodios de dolor postquirúrgico en Cirugía y Ortopedia. *SINAPSIS UJMD.* 2018 [acceso 19/06/2019];8(1):4-11. Disponible en: <http://www.sinapsisujmd.org/index.php/sinujmd/article/view/58>
16. Zaslansky R. Pain out: an international acute pain registry supporting clinicians in decision making and in quality improvement activities. *Journal of evaluation in clinical practice.* 2014 [acceso 18/10/2019];20(6):1090-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24986116>
17. Hernández Hernández L, Ramírez Bermejo A, Peña Riveron AA, Gordillo Álvarez V. Analgesia Postoperatoria Basada en Protocolos. *Rev Mex Anest.* 2017 [acceso 16/10/2019];40(1):233-5. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cmas171bq.pdf>
18. González-Escalada JR, Camba A, Casas A, Gascón P, Herruzo I, Núñez-Olarte JM, et al. Código de buena práctica para el control del dolor oncológico. *Rev Soc Esp Dolor.* 2011;2:98-117.
19. Díaz Matos I, Pérez Cruz N, Martínez Torres MC, Alfonso Hidalgo A. Towards better patient care: drugs to avoid in 2020. *Prescrire Int.* 2020 [acceso 10/02/2019];29(212):511-29. Disponible en: <https://english.prescrire.org/en/6F97DDE73867D348A4A7590670A69DA9/Download.aspx>

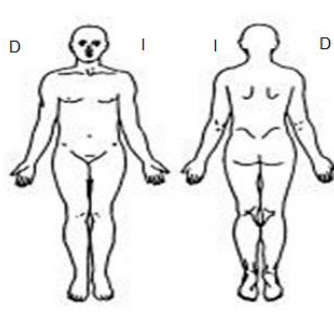
20. Reich M. Depression and cancer: recent data on clinical issues, research challenges and treatment approaches. *Curr Opin Oncol.* 2008;20(4):353-9. DOI: <https://doi.org/10.1097/CCO.0b013e3282fc734b>
21. Aguilar JL. Manejo farmacológico del dolor agudo postoperatorio en España. Datos de la encuesta nacional de la Sociedad Española del Dolor (SED). *Rev Soc Esp Dolor.* 2018 [acceso 15/05/2019];25(2):70-85. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113480462018000200070&script>
22. Mesas Idáñez A. Guía de práctica clínica para el control del dolor postoperatorio y evaluación de la analgesia postoperatoria. [Tesis doctoral] Barcelona: Universidad autónoma de Barcelona. 2015 [acceso 06/10/2019] Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2015/hdl_10803_322797/ami1de1.pdf
23. Ripamonti CI, Bossi P, Santini D, Fallon M. Pain related to cancer treatments and diagnostic procedures: A no man's land. *Ann Oncol.* 2014;25:1097-106.
24. Barbera L, Seow H, Husain A, Howell D, Atzema C, Sutradhar R, et al. Opioid prescription after pain assessment: a population-based cohort of elderly patients with cancer. *J Clin Oncol.* 2012;30(10):1095-9. DOI: 10.1200/JCO.2011.37.3068
26. Swarm RA, Paice JA, Anghelescu DL, Are M, Bruce JY, Buga S, et al. Adult Cancer Pain, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw.* 2019;17(8):977-1007. DOI: <https://doi.org/10.6004/jnccn.2019.0038>
27. Fernández-Hernández M, Bouzas-Pérez D. Fentanilo de liberación rápida: la punta del iceberg. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 2018 [acceso 22/02/2021];25(1):62-3. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462018000100062&lng=es
28. Rang HP, Ritter JM, Flower RJ, Henderson J. Analgesic drugs. In: RANG AND DALE'S Pharmacology. 8ed. London: Elsevier Churchill Livingstone. 2016 [acceso 28/09/2018]:515-26. Disponible en <https://www.elsevier.com/books/rang-andampamp-dales-pharmacology/ritter/978-0-7020-5362-7>
29. Perea Martínez A, López Navarrete G, Busto M, Reyes Gómez U. Antiinflamatorios no esteroideos y sus aplicaciones terapéuticas (Parte 2). *Bol Clin*

Hosp Infant Edo Son. 2016 [acceso 22/06/2019]34(1):1-10. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2017/bis171f.pdf>

Anexo

Modelo de Historia Clínica

Ministerio de Salud Pública		DOLOR	
Oncología			
Modelo-			
I-REMISIÓN			
<input type="checkbox"/> 1- NO REMITIDO <input type="checkbox"/> 2- ATENCIÓN PRIMARIA <input type="checkbox"/> 3-CONSULTA EXTERNA <input type="checkbox"/> 4- UNIDAD DE URGENCIA <input type="checkbox"/> 5- HOSPITALIZACIÓN			
II-ANAMNESIS			
DOLOR <input type="checkbox"/> 1-LEVE <input type="checkbox"/> 2- MODERADO <input type="checkbox"/> 3-SEVERO TRATAMIENTO ANTERIOR: <input type="checkbox"/> 4-ANALGÉSICOS <input type="checkbox"/> 5-OPIOIDES LEVES <input type="checkbox"/> 6-OPIOIDES POTENTES			
III-ANTECEDENTES			
a- HÁBITOS TÓXICOS : <input type="checkbox"/> 1-TABAQUISMO <input type="checkbox"/> 2-INGESTION DE BEBIDAS <input type="checkbox"/> 3-CAFÉ <input type="checkbox"/> 4-ABUSO DE DROGAS		b-PERSONALES PATOLOGICOS <input type="checkbox"/> 1- ASMA <input type="checkbox"/> 2-HIPERTENSIÓN ARTERIAL <input type="checkbox"/> 3-IRC <input type="checkbox"/> 4- DIABETES MELLITUS <input type="checkbox"/> 5- TRASTONOS DIGESTIVOS <input type="checkbox"/> 6- ARRITMIAS <input type="checkbox"/> 7-ALERGIAS MEDICAMENTOS _____ _____	
IV TRATAMIENTOS ONCOESPECÍFICOS			
<input type="checkbox"/> a-RTP <input type="checkbox"/> 4-SEVERO		ESCALA DEL DOLOR <input type="checkbox"/> 1- NINGUNO <input type="checkbox"/> 2- LEVE <input type="checkbox"/> 3- MODERADO	
<input type="checkbox"/> b-QTP <input type="checkbox"/> 4-SEVERO		ESCALA DEL DOLOR <input type="checkbox"/> 1-NINGUNO <input type="checkbox"/> 2-LEVE <input type="checkbox"/> 3- MODERADO	

<input type="checkbox"/> c-QUIRURGICO MODERADO <input type="checkbox"/> 4-SEVERO	ESCALA DEL DOLOR	<input type="checkbox"/> 1-NINGUNO	<input type="checkbox"/> 2-LEVE	<input type="checkbox"/> 3-
<input type="checkbox"/> d- INMUNOTERAPIA MODERADO <input type="checkbox"/> 4-SEVERO	ESCALA DEL DOLOR	<input type="checkbox"/> 1- NINGUNO	<input type="checkbox"/> 2- LEVE	<input type="checkbox"/> 3-
V EVALUACIÓN CLÍNICA DEL DOLOR				
a -TIEMPO DE EVOLUCIÓN: <input type="checkbox"/> 1-AGUDO (≤ 3 MESES) <input type="checkbox"/> 2-CRÓNICO (≥ 3 MESES)			b-LOCALIZACIÓN E IRRADIACIÓN 	
c-INCREMENTA CON EL MOVIMIENTO: <input type="checkbox"/> d1- MUCHO <input type="checkbox"/> 2- REGULAR <input type="checkbox"/> 3-POCO				
d- LIMITA LA ACTIVIDAD: <input type="checkbox"/> 1- MUCHO <input type="checkbox"/> 2-REGULAR <input type="checkbox"/> 3-POCO				
e- LIMITA EL SUEÑO: <input type="checkbox"/> 1-MUCHO <input type="checkbox"/> 2- REGULAR <input type="checkbox"/> 3-POCO				
f- SE ACOMPAÑA DE: <input type="checkbox"/> 1-ANSIEDAD <input type="checkbox"/> 2-DEPRESIÓN <input type="checkbox"/> 3-INSOMNIO				
g- TIPO DE DOLOR: <input type="checkbox"/> 1- VISCERAL <input type="checkbox"/> 2- SOMÁTICO <input type="checkbox"/> 3-NEUROPÁTICO <input type="checkbox"/> 4-MIXTO				
h- SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES: <input type="checkbox"/> 1-HIPERALGESIA <input type="checkbox"/> 2- ALODINIA <input type="checkbox"/> 3-ANESTESIA <input type="checkbox"/> 4-PARESTESIA				
VI TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS				
a-ANALGÉSICOS <input type="checkbox"/> 1- DAPIRONA(500mg) <input type="checkbox"/> 3-AINES <input type="checkbox"/> 2-PARACETAMOL(500 mg)		b-OPIOIDES LEVES <input type="checkbox"/> 1-COSEDAL(30mg) <input type="checkbox"/> 2-TRAMADOL (50mg)		c-OPIOIDES POTENTES <input type="checkbox"/> 1-MORFINA
d-COADIUVANTES <input type="checkbox"/> 1-ESTEROIDES <input type="checkbox"/> 2- ANTIDEPRESIVOS <input type="checkbox"/> 3-ANTICONVULSIVANTES <input type="checkbox"/> 4-PROTECTORES GÁSTRICOS <input type="checkbox"/> 5-LAXANTES				
VII REACCIONES ADVERSAS				

<input type="checkbox"/> 1- ESTREÑIMIENTO	<input type="checkbox"/> 4- SEQUEDAD ORAL	<input type="checkbox"/> 7-RASH Y PRURITO	
<input type="checkbox"/> 10-RETENCIÓN URINARIA			
<input type="checkbox"/> 2- SEDACIÓN	<input type="checkbox"/> 5-NÁUSEAS Y VÓMITOS	<input type="checkbox"/> 8-BRADICARDIA	
<input type="checkbox"/> 11-HIPOTENSIÓN ARTERIAL			
<input type="checkbox"/> 3- ALUCINACIONES	<input type="checkbox"/> 6-MIOCLONUS	<input type="checkbox"/> 9-TOLERANCIA	
<input type="checkbox"/> 12-DEPRESIÓN RESPIRATORIA			
VIII TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS			
<input type="checkbox"/> 1- INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA	<input type="checkbox"/> 2- MNT		
<input type="checkbox"/> 3-PROCEDERES INVASIVOS			
VIII EVALUACIÓN AL TRATAMIENTO			
<input type="checkbox"/> 1- CONTROL DEL DOLOR	<input type="checkbox"/> 2- CONTROL PARCIAL	<input type="checkbox"/> 3- NO CONTROL	FECHA
(dd/mm/aa) __ __ __ __ __ __			
MÉDICO:		REGISTRO PROFESIONAL:	FIRMA
1 ^{er} APELLIDO		2 ^{do} APELLIDO	NOMBRE
No HISTORIA CLÍNICA	No CARNET IDENTIDAD __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	EDA D
			RAZ A
			FECHA DE CONFECCIÓN (dd/mm/aa) __ __ __ __ __ __

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Tammy Alonso Díaz: Idea original, recolección de datos, análisis estadístico, interpretación de datos, preparación y aprobación del artículo final.

María del Carmen LLantá Abreu: Recolección de datos, interpretación de datos, preparación y aprobación del artículo final.

Ramón Ropero Toirac: Análisis estadístico, preparación y aprobación del artículo final.

Manuel Bazán Miliam: Recolección de datos, interpretación de datos, preparación y aprobación del artículo final.

Cecilia Navarrete Dávalos: Recolección de datos, preparación y aprobación del artículo final.

Yamirka Carrillo Delgado: Recolección de datos, preparación y aprobación del artículo final.

Julién Martínez Carrasco: Recolección de datos, preparación y aprobación del artículo final.

Jenny Ávila Pérez: Recolección de datos, preparación y aprobación del artículo final.