
EDITORIAL

DOLOR 2002;17:141-143

La evaluación del dolor en los ancianos con demencia: un reto que no permite demoras

El dolor constituye una experiencia universal que, de una forma u otra, afecta a toda la población. Las características del mismo permiten distinguir entre el dolor agudo, que tiene una función protectora para la conservación de la integridad del organismo, y el crónico, sin ningún papel de protección fisiológica, que constituye una importante causa de sufrimiento y de incapacidad. Este último presenta una elevada frecuencia en las personas de edad avanzada y se calcula que entre el 49 y el 83% de las personas ancianas que viven en residencias asistidas o centros sociosanitarios lo sufre de forma permanente¹. La complejidad incrementa cuando se añade el hecho de que cerca del 50% de las personas que residen en los citados centros pueden presentar alteraciones más o menos graves de su capacidad cognitiva¹. Esto dificulta, y puede incluso imposibilitar, la comunicación con los profesionales sanitarios, hecho que tiene una relevancia especial en el caso de padecer dolor crónico.

Comprender qué es el dolor sería difícil si no fuera por el hecho de que constituye una de las experiencias primarias del ser humano. Tal dificultad se manifiesta al analizar la definición más aceptada entre los estudiosos del dolor y su tratamiento y que fue propuesta por la *Association for the Study of Pain* (IASP) hace algunos años: "Ex-

periencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión orgánica o expresada como si esta lesión estuviera presente"². Esta definición contiene elementos de descripción subjetiva (desagradable, p. ej.) que precisan de la comunicación por parte de quien lo sufre. Por esta razón, es comúnmente aceptado que la mejor forma de evaluar el dolor es mediante la declaración del paciente y su cuantificación empleando instrumentos como, por ejemplo, las escalas analógicas visuales, las escalas de puntuación verbal o las numéricas³. Por ello, la ausencia de comunicación, como sucede con los enfermos con trastornos cognitivos graves, dificulta mucho su evaluación. La consecuencia directa es que la definición postulada por la IASP, aunque ampliamente aceptada, no puede aplicarse a diversos grupos de pacientes como los niños pequeños, que carecen de la capacidad para comunicarse, y los enfermos con enfermedades que cursen con alteración grave de la posibilidad de expresar adecuadamente sus sentimientos a los demás⁴.

Las 2 situaciones comentadas en el párrafo anterior han sido tratadas clínicamente de forma diferente. Los niños pequeños tardan un tiempo en desarrollar las habilidades que les permiten una comunicación verbal adecuada. Se calcula que por debajo de los 3 años de edad la evaluación

del dolor no puede realizarse por métodos de autovaloración, mientras que por encima de esta edad existen instrumentos válidos para medir adecuadamente el dolor en los niños, y, probablemente, por encima de los 6 o 7 años pueden emplearse los mismos instrumentos que en los adultos⁵. Por debajo de los 3 años, deben emplearse, por tanto, escalas basadas en la observación de conductas o en los cambios en los parámetros fisiológicos, como frecuencia cardíaca, presión arterial, sudación o palidez cutánea. Sin embargo, estos últimos carecen de la suficiente especificidad y sensibilidad, de manera que los profesionales sanitarios los han ido abandonando en favor de las escalas observacionales, en las que éstos, o los mismos padres, evalúan la presencia de dolor en función de la existencia de conductas predeterminadas como indicadoras de dolor³. En cambio, la evaluación del dolor en ancianos con déficits cognitivos graves es una situación mucho menos resuelta.

EL DOLOR EN LOS PACIENTES CON DEMENCIA

Los pacientes con demencia presentan, de forma más o menos grave, afasia y dificultades para comunicarse, recordar o definir palabras y conceptos⁶. Esta situación dificulta, y a menudo impide, todo tipo de declaraciones que permitan detectar la presencia de dolor. Este hecho es especialmente importante si se considera que más del 80% de los individuos mayores de 65 años padecen enfermedades osteoarticulares (artritis, artrosis) y, por tanto, cabe esperar que sufran dolor más o menos continuo^{7,8}. Sin embargo, la información epidemiológica sobre la presencia de dolor en ancianos con alteraciones cognitivas y residentes en centros socio-sanitarios es mucho más escasa. Un estudio realizado en 217 ancianos de estos centros ha revelado que el 62% de ellos padecen procesos que generan dolor⁹, lo que sugiere que la presencia de dolor es probablemente muy similar a la de la población sin déficits cognitivos.

Horgas y Tsai¹⁰ han descrito que los pacientes ancianos con alteraciones cognitivas reciben menos analgésicos que los que tienen una capacidad de comunicación normal, lo que podría ser interpretado como una presencia menor de dolor. Sin

embargo, como Marzinski¹¹ ha señalado, es muy probable que la incapacidad verbal de estos pacientes para manifestar su dolor les comporte un tratamiento insuficiente. Para apoyar esta opinión, el autor analizó un grupo de pacientes con enfermedad de Alzheimer y halló que la mitad tenían diagnósticos médicos de condiciones que podían causar potencialmente dolor intenso. Sólo un 10% de los pacientes recibían analgésicos y eran casualmente los que presentaban cuadros de confusión menor. Otro estudio realizado en pacientes con fractura de cadera observó que los pacientes con demencia grave recibían un tercio de las dosis de analgésicos del grupo de ancianos intervenidos que fueron juzgados como cognitivamente normales¹². Parece deducirse de estos estudios la dificultad para evaluar de forma similar el dolor en los pacientes con alteraciones cognitivas y en los que carecen de ellas. Una encuesta realizada en profesionales dedicados a la atención de pacientes con la enfermedad de Alzheimer reveló que ninguno de ellos identificaba el dolor por técnicas no verbales¹³. Estos resultados fueron confirmados por un estudio posterior de Weiner, et al.¹⁴, que mostró las dificultades de los profesionales sanitarios para detectar dolor en los pacientes con deterioro cognitivo.

La situación descrita en el párrafo anterior tiene repercusiones importantes por diversas razones. Estos pacientes suelen tener edad avanzada y es conocido que ésta se asocia a la presencia de dolor crónico con frecuencia, como ya se ha comentado. Sin embargo, la ausencia de reconocimiento de esta situación por la ausencia de declaración de los pacientes puede conllevar el sufrimiento del paciente, aunque no se verbalice. Además, la presencia de dolor comportaría la aparición de comportamientos de agitación que pueden ser interpretados como manifestaciones inespecíficas de las enfermedades de base y, por tanto, ser tratados de forma incorrecta¹⁵. Asimismo, no existen instrumentos suficientes para analizar adecuadamente la presencia de dolor en estos pacientes. Todo ello puede conducir a una carga adicional de estrés en los profesionales sanitarios que ignoran qué puede estar pasando y sienten la impotencia de no poder aliviarlos, lo que puede aumentar el ya elevado riesgo del síndrome de *burn-out*.

No hay duda de que la situación es compleja. Para complicar aún más las cosas, parece existir un subgrupo de pacientes con la enfermedad de Alzheimer que pueden dejar de percibir el dolor fisiológico de alarma y, por tanto, encontrarse en

riesgo de sufrir complicaciones médicas graves por enfermedades intercurrentes¹³. Se ha observado, por ejemplo, una disminución de la respuesta fisiológica a la punción venosa conforme avanza la enfermedad¹⁶. Otros estudios sugieren que los pacientes con enfermedad de Alzheimer pueden tener disminuido el componente emocional del dolor por la afectación límbica que se encuentra presente en la enfermedad¹⁷. De hecho, los potenciales evocados somatosensoriales sugieren que la percepción del dolor puede ser distinta en los pacientes con enfermedad de Alzheimer¹⁸. Un estudio reciente de Benedetti, et al.¹⁷ muestra que el componente sensorial de dolor se mantiene en los pacientes con enfermedad de Alzheimer, aunque la tolerancia se altera en relación con la progresión de la enfermedad. No existe una explicación clara a este hallazgo, pero se ha sugerido que los pacientes con enfermedad de Alzheimer pueden sufrir menos dolor en las fases iniciales e intermedias de la enfermedad a consecuencia de lesiones neuropatológicas en el área límbica, una estructura cerebral vinculada a la respuesta a las emociones¹⁹.

LA NECESIDAD DE EVALUAR EL DOLOR EN LOS PACIENTES CON DEMENCIA

Closs²⁰ ha sugerido que la observación de conductas de los pacientes puede ayudar a los profesionales en la obtención de información sobre el dolor que sufren. Entre ellas se encuentran las vocales, como gritos, lloros o jadeos y las no verbales, como muecas y posturas de defensa. Sin embargo, no siempre se asocian a dolor pues pueden estar influidas por factores culturales e, incluso, su ausencia no debe interpretarse como la ausencia de dolor, como otros autores corroboran^{9,21}. Un estudio de Simons y Malabar²² ha demostrado también que las escalas conductuales tienen la sensibilidad suficiente para detectar la respuesta al tratamiento analgésico en los pacientes ancianos sin posibilidad de comunicación verbal.

Mejorar la calidad de vida en los ancianos con deterioro cognitivo es una tarea de los profesionales de los centros sociosanitarios y, por esta razón, debe prestarse especial atención a las situaciones que puedan interferir con aquélla, como el dolor

crónico. Aunque se dispone de un número amplio de analgésicos para poder tratarlo y de instrumentos de valoración útiles en pacientes con capacidad cognitiva normal, cuando ésta no se encuentra presente deben desarrollarse nuevas estrategias. La mayoría de ellas, especialmente las referidas a la medida del dolor, no se encuentran disponibles y han de ser desarrolladas con urgencia, pues la utilización de instrumentos que permiten evaluar síntomas y medir las respuestas a las intervenciones terapéuticas mejoran la calidad de la asistencia. No hay duda que el camino no será fácil, pero no es menos cierto que un resultado positivo nos compensará con creces.

BIBLIOGRAFÍA

1. Epps CD. Recognizing pain in the institutionalised elder with dementia. *Geriatr Nurs* 2001;22:71-9.
2. IASP. Subcommittee on Taxonomy. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain* 1979;6:249-52.
3. Torrubia R, Baños JE. Evaluación clínica del dolor. En: Aliaga A, Baños JE, De Barutell C, Molet J, Rodríguez de la Serna A (eds). *Tratamiento del dolor. Teoría y práctica*. 2ª ed. Barcelona: Permanyer 2002:49-56.
4. Anand KJ, Craig KD. New perspectives on the definition of pain. *Pain* 1996;67:3-6.
5. Barajas C, Baños JE. La valoración del dolor a pediatría. *But Soc Cat Pediatr* 1994;54:231-7.
6. Wills R. Delirium tremens and dementia. En: Carnevali DL, Patrick M (eds). *Nursing management for the elderly*. 3ª ed. Filadelfia: Lippincot 1993:1154-61.
7. Davis MA. Epidemiology of osteoarthritis. *Clin Ger Med* 1988;4:241-5.
8. American Geriatrics Society. *The management of chronic pain in older persons*. Nueva York: The Society 1998.
9. Ferrell BR, Ferrell BA, Rivera L. Pain in cognitively impaired nursing home patients. *J Pain Symptom Manage* 1995;10:591-8.
10. Horgas AL, Tsai P. Analgesic drug prescription and use in cognitively impaired nursing home residents. *Nur Res* 1998;47:235-42.
11. Marzinski LR. The tragedy of dementia: clinically assessing pain in the confused non-verbal elderly. *J Gerontol Nurs* 1991;17:25-8.
12. Morrison RS, Siu AL. A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture. *J Pain Symptom Manage* 2000;19:240-8.
13. Fisher-Morris M, Gellatly A. The experience and expression of pain in Alzheimer patients. *Age Ageing* 1997;26:497-500.
14. Weiner D, Bercedis P, Keefe F. Chronic pain-associated behaviors in the nursing home: resident versus caregiver perceptions. *Pain* 1999;80:577-88.

15. Robinson D, Bucci J, Genn H. Pain assessment in the Alzheimer's patient. *J Am Geriatr Soc* 1995;43:318-9.
16. Porter FL, Malhotra KM, Wolf CM, Morris JC, Miller JP, Smith MC. Dementia and response to pain in the elderly. *Pain* 1996;68:413-21.
17. Benedetti F, Vighetti S, Ricco C, Lagna E, Bergamasco B, Pinessi L, et al. Pain threshold and tolerance in Alzheimer's disease. *Pain* 1999;80:877-82.
18. Yamamoto M, Kachi T, Igata A. Pain-related somatosensory evoked potentials in dementia. *J Neurol Sci* 1996;137:117-9.
19. Scherder EJA, Bouma A. Is decreased use of analgesics in Alzheimer disease due to a change in the affective component of pain? *Alzheimer Dis Assoc Disorders* 1997;11:171-4.
20. Closs SJ. Pain in the elderly patients: a neglected phenomenon. *J Adv Nurs* 1994;19:1072-81.
21. Hayes R. Pain assessment in the elderly. *Brit J Nurs* 1995;4:1199-204.
22. Simons S, Malabar R. Assessing pain in elderly patients who cannot respond verbally. *J Adv Nurs* 1995;22:664-9.

J.E. Baños,¹ R. Baeza¹, R. Torrubia², P. Loncán¹

¹ *Departamento de Farmacología, Terapéutica y Toxicología. Facultad de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona*

² *Unidad de Psicología Médica. Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal. Facultad de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona*