

Evaluación del dolor en los ancianos

E. FRANCIA

RESUMEN

En el anciano existen limitaciones cognitivas para la evaluación del dolor: el delirium (muy frecuente en los pacientes frágiles), y la demencia en ancianos institucionalizados. Para una aproximación en la evaluación del dolor en ancianos se utiliza la evaluación clínica y la autoexpresión del dolor.

La expresión del dolor por el propio paciente es la evidencia más certera y real de la existencia del dolor y de su intensidad. Es necesario hablar del dolor con el paciente, conociendo su terminología preferida: pueden evitar el uso de la palabra "dolor", pero referir discomfort, molestias.

Una evaluación integral incluye no sólo la etiología, sino el impacto en la función del individuo y en su calidad de vida. Debe realizarse: historia médica y examen físico; evaluación funcional y psicosocial; revisión de las pruebas de laboratorio correspondientes y otras exploraciones con el objetivo de establecer una secuencia temporal de los hechos que conduzca a un diagnóstico definitivo, un plan de cuidados y un pronóstico.

La presencia de dolor muchas veces comporta una pérdida de funcionalidad, y consecuentemente de independencia. Por tanto, la evaluación de la función física deberá focalizarse en las discapacidades asociadas con el dolor, incluyendo la evaluación de las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel); y otros de medida funcional como rango de movilidad, «levántate y anda», test de equilibrio de Tinetti.

La gravedad o intensidad del dolor es el primer factor que determina el impacto del mismo en la funcionalidad de la persona y en la sensación de bienestar. Así, la intensidad del dolor sirve como

SUMMARY

One of the problems to deal with pain in old people is the difficulty of its measurement. Making it properly involves an objective and subjectively integral view of all dimensions of pain, and so how it affects on the elder functional, conductual and socialy.

Different methods of measurement included: verbal methods, by the fulfillment of a complete clinical history, and setting different pain scales, verbal, numericals or analogical-visuals easy to apply and reliable.

Functional pain scales, and mental scales that could display cognitive or conductual disorders, very prevalent in old people.

The physical functions were measured including diary activity, with functional scales like Barthel, Tinetti and others. Autoevaluative scales were applied to pain measurement, but it is necessary the ability and cognitive and sensitive integrity of the patient.

Médico adjunto
Departamento de Medicina Interna y Urgencias
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Barcelona

Dirección para correspondencia:
Dra. Esther Francia Santamaría
Médico adjunto Departamento de Medicina
Interna y Urgencias
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Sant Antoni M^a Claret, 167
08025 Barcelona

parámetro para comparar las condiciones del individuo a lo largo del tiempo y la efectividad del tratamiento.

Existen escalas de autoevaluación de la intensidad del dolor: un requisito previo para seleccionar una escala de medida del dolor es la habilidad del individuo para leer, oír y entender las directrices, así como es necesario valorar su nivel cognitivo y educacional.

Palabras clave: Dolor. Geriatria. Escalas y métodos de evaluación.

Key words: Pain. Scales and methods of assessment.

La prevalencia del dolor en los ancianos, a causa de enfermedades agudas y crónicas, es elevada (la prevalencia estimada se sitúa en el 60% de los ancianos de la comunidad e incluso el 80% de los ancianos en centros de larga estancia)¹. Aun así, se han realizado pocas investigaciones en relación con la evaluación del dolor en la población geriátrica (comparada con la población general). Es difícil establecer directrices para la evaluación del dolor y su manejo en los ancianos, existen limitaciones para establecer una base empírica, aunque es posible identificar recomendaciones prácticas basadas en el consenso y en una base científica.

Este artículo revisa las consecuencias del dolor en los ancianos, las limitaciones en la evaluación del dolor en esta población y una aproximación para su evaluación.

CONSECUENCIAS DEL DOLOR EN LOS ANCIANOS

El dolor no tratado y sus consecuencias puede impactar profundamente en la calidad de vida del anciano. Además de los riesgos fisiológicos asociados al dolor no tratado (p.ej. supresión del estímulo tusígeno tras fractura costal, con la consecuente retención de secreciones), se asocian con el dolor (incrementando la necesidad y el coste de la asistencia sanitaria): depresión, alteración en la función cognitiva, alteraciones en el sueño, en las habilidades funcionales, socialización disminuida².

Es importante recordar que el manejo del dolor es más efectivo cuando se identifica y se trata la causa

subyacente. Es necesario diferenciar el dolor agudo, que puede indicar una enfermedad concurrente asociada, de las exacerbaciones del dolor crónico. No existen además marcadores biológicos objetivos de la presencia del dolor, por lo que la evidencia más real y certera de la existencia del dolor y de su intensidad es lo que refiere el paciente².

LIMITACIONES EN LA EVALUACIÓN DEL DOLOR EN LOS ANCIANOS

Conceptos erróneos

La carencia de una investigación sistemática en el fenómeno del dolor en los ancianos ha conducido a muchos conceptos erróneos con serias implicaciones en la evaluación y tratamiento en esta población (Tabla 1). Entre éstos cabe señalar la creencia de que

Tabla 1.

- | |
|--|
| – Conceptos erróneos: |
| – consecuencia normal de la edad |
| – temor a exploraciones, tratamientos, hospitalización |
| – sinónimo de muerte |
| – Limitaciones en la comunicación: |
| – alteraciones motoras, sensoriales |
| – presentación atípica |
| – Limitaciones cognitivas: |
| – delirium |
| – demencia |

el dolor es una consecuencia esperada y natural en relación con la edad, aunque no está confirmada por la literatura, ya que además conocemos poco en relación con los cambios neuroanatómicos y neuroquímicos asociados con la edad^{1,2}. Muchas veces son los propios ancianos los que presentan “barreras” para evaluar el dolor: muchos esperan la aparición del dolor con la edad; aquellos que viven en residencias muchas veces no expresan dolor por no molestar; no refieren dolor por evitar hospitalizaciones, tests diagnósticos o tratamientos no deseados, evitar la pérdida de la independencia... Incluso, para algunos ancianos, dolor es un “sinónimo” de enfermedad importante o de muerte. El hecho de que no expresen dolor no debe ser interpretado como ausencia del mismo, así es necesario instituir evaluaciones sistemáticas del dolor.

Limitaciones en la comunicación

Es necesario siempre que sea posible obtener la información acerca del dolor del propio paciente³. Pero en este punto es donde existen las mayores limitaciones, ya que muchos ancianos presentan alteraciones cognitivas, sensoriales y de percepción, motoras (afasia, disfasia), presbiacusia, síndrome confusional... Todo ello interfiere en la comunicación o en la capacidad de cuantificar su experiencia de dolor. Como en otros síndromes geriátricos, a veces el dolor se manifiesta de una manera atípica: síndrome confusional, aislamiento social, apatía... Muchos de ellos presentan incapacidad para manifestar su dolor, presentando un alto riesgo de ser infradiagnosticados e infratratados.

Limitaciones cognitivas

Existen limitaciones cognitivas para la evaluación del dolor: el delirium (muy frecuente en los pacientes frágiles con enfermedad aguda) y la demencia (presente incluso en el 50% de los ancianos institucionalizados). Varios estudios han recogido la validez de las expresiones verbales en este grupo de pacientes, pero también es cierto que estas expresiones van disminuyendo tal y como aumenta el grado de demencia. Este grupo poblacional es el de mayor riesgo para ser infradiagnosticados e infratratados.

APROXIMACIÓN EN LA EVALUACIÓN DEL DOLOR EN LOS ANCIANOS

Evaluación clínica

Es esencial evaluar de forma intensiva el dolor, para poder identificar, intervenir y evaluar la

eficacia de nuestras intervenciones. Es importante realizar una evaluación periódica sobre la presencia del dolor, sobre la mejoría, deterioro o complicaciones atribuibles al tratamiento establecido^{1,2,4}. La frecuencia del seguimiento debe establecerse en función de la gravedad del dolor y según los potenciales efectos adversos del tratamiento¹. Deben conocerse los componentes remediabiles del dolor: en el agudo, identificación de la causa subyacente; en el crónico, conocer su etiología y las consecuencias físicas, psicológicas y sociales. En los pacientes con alteraciones cognitivas o del lenguaje, recordar que se puede presentar en forma de alteraciones del comportamiento, cambios en la funcionalidad, en el equilibrio, estar agitados (emitir chillidos, gemidos...)⁴. La evaluación debe ser unidimensional (en relación con la intensidad del dolor) y multidimensional (experiencia del dolor)^{1,3}.

Autoexpresión del dolor

La expresión del dolor por el propio paciente es la evidencia más certera y real de la existencia del dolor y de su intensidad. Es necesario hablar del dolor con el paciente, conociendo su terminología preferida: pueden evitar el uso de la palabra “dolor”, pero referir disconfort, molestias...^{1,3}. A veces la pregunta debe ser indirecta, como “¿te sientes bien?”. Una vez conocida la terminología, debe utilizarse siempre, que conste en el curso clínico y que la conozca el equipo de atención de salud. Lógicamente, debe disponerse del tiempo suficiente para cuestionar la pregunta y para que responda el paciente. Si se utiliza una escala del dolor, su elección debe basarse en los déficits cognitivos o sensoriales que presente el paciente.

EVALUACIÓN INTEGRAL DEL DOLOR

Una evaluación integral incluye no sólo la etiología, sino el impacto en la función del individuo y en su calidad de vida. Debe realizarse: historia médica y examen físico; evaluación funcional y psicosocial; revisión de los tests de laboratorio correspondientes y otras exploraciones con el objetivo de establecer una secuencia temporal de los hechos que conduzca a un diagnóstico definitivo, un plan de cuidados y un pronóstico².

Historia y examen físico

La principal fuente de información es la anamnesis, en la que debe constar las características del dolor, entre ellas, el inicio del mismo, la gravedad o intensidad, características, localización, factores precipitantes y analgesia. Pueden ser muy útiles dibujos del cuerpo humano donde el paciente señale la zona del dolor¹. La evaluación inicial debe incluir una historia minuciosa de la medicación analgésica, remedios naturales... Deben ser recogidas la efectividad y los efectos adversos de la medicación actual y de los tratamientos usados previamente.

Respecto al examen físico, debe realizarse una revisión por sistemas, haciendo especial énfasis en el neuromuscular y musculoesquelético. En relación con el sistema neuromuscular deben descartarse la alteración neurológica, debilidad, hiperalgesia, hiperpatía, anestesia, parestesia. En el musculoesquelético: palpación buscando zonas inflamatorias, deformidad, puntos "gatillo"... Debe realizarse movilidad articular pasiva, sobre todo si existe alteración cognitiva, para ver si produce dolor: buscar artritis, dolor en puntos de fractura, neuropatía periférica e infecciones asociadas con dolor¹.

Evaluación funcional y psicosocial

La presencia de dolor muchas veces comporta una pérdida de funcionalidad, y consecuentemente de independencia. Por tanto, la evaluación de la función física deberá focalizarse en las discapacidades asociadas con el dolor, incluyendo la evaluación de las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel); y otros tests de medida funcional como rango de movilidad, "levántate y anda", test de equilibrio de Tinetti².

La valoración integral del dolor también comprende la influencia del mismo en el estado de ánimo, sobre todo en relación con la aparición de depresión, aplicando tests como la Escala de Depresión Geriátrica². Muchos pacientes que experimentan dolor crónico tienen síntomas depresivos significativos, y pueden beneficiarse de la intervención psiquiátrica o psicológica¹. Si existe depresión debe tratarse, si no el tratamiento del dolor será ineficaz, considerando además que los estados depresivos pueden alterar la percepción del dolor o aumentar su intensidad. Es importante valorar el impacto que producen el dolor y el estado depresivo en las relaciones familiares y sociales, en las actividades ocupacionales y recreativas, en el sueño, en el apetito y en la actividad sexual, en el ejercicio

físico (pueden evaluarse con preguntas como "¿cuántas veces en los últimos 6 meses ha sido incapaz a causa del dolor de hacer lo que quería?"). En este sentido el apoyo social en estos pacientes desempeña un papel clave en su integración y adaptación. Otros trastornos que pueden presentarse asociados con el dolor son la ansiedad y el síndrome confusional. Este último puede aparecer en relación con el dolor y su tratamiento; es necesario pensar en él e intentar detectarlo incluso en las personas con historia de demencia previa. Todos los factores antes descritos permiten una valoración global de la calidad de vida del paciente, del impacto del dolor en la misma. Es importante establecer qué significa la "experiencia de dolor" (cómo influye en su vida) y cómo responden, perciben y controlan el dolor. Debe conocerse cómo el anciano ha reaccionado a las experiencias del dolor previamente, conocer las preferencias en los métodos del manejo del dolor para poder establecer un plan terapéutico¹. Además, hay que considerar que la experiencia del dolor está influida por muchos factores: étnicos, culturales, demográficos, religiosos, sociales, familiares. Las variables socioculturales que pueden influir en la evaluación del dolor deben ser identificadas y respetadas por los miembros del equipo de salud.

Los pacientes con dolor crónico y sus cuidadores deben ser instruidos para usar un registro del dolor o diario del dolor con anotaciones regulares en relación con la intensidad del dolor, tratamientos farmacológicos, respuesta a los mismos, y actividades asociadas^{2,4}.

CUANTIFICACIÓN EN LA INTENSIDAD DEL DOLOR

La gravedad o intensidad del dolor es primer factor que determina el impacto del mismo en la funcionalidad de la persona y en la sensación de bienestar. Así, la intensidad del dolor sirve como parámetro para comparar las condiciones del individuo a lo largo del tiempo y la efectividad del tratamiento.

Existen escalas de autoevaluación de la intensidad del dolor: un requisito previo para seleccionar una escala de medida del dolor es la habilidad del individuo para leer, oír y entender las directrices, así como es necesario valorar su nivel cognitivo y educacional.

Las diferentes escalas propuestas (Tabla 2) son:

- **ESCALA NUMÉRICA:** consiste en un registro de 0 (ausencia de dolor) a 10 (máximo dolor imaginable). Puede orientarse como vertical u horizontal, pero la presentación vertical es más fácil en las personas con alteración del pensamiento abstracto, preferible en los ancianos.
- **ESCALA DESCRIPTIVA VERBAL:** en esta escala se presentan una serie de frases que muestran diferentes niveles de intensidad del dolor: ausencia / leve / moderado / grave / extremo / el dolor imaginable más intenso. Ha demostrado su validez en los ancianos. Es la escala preferida por muchos ancianos, incluso válida en pacientes con deterioro cognitivo de leve a moderado.
- **TERMÓMETRO DEL DOLOR:** es una variación de la escala anterior. Preferible en pacientes con déficits de moderado a grave, o pacientes con alteración en la comunicación verbal o de pensamiento abstracto.
- **ESCALAS GRÁFICAS DEL DOLOR:** consisten en expresiones faciales de discomfort, progresivas. El paciente escoge la expresión que representa la gravedad o intensidad de su dolor. En ancianos con alteración leve o cognición intacta. Tiene ventajas claras en los ancianos con nivel educacional limitado o con dislexia.
- **ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA):** viene representada por una línea de 10 cm, a la izquierda se sitúa la ausencia de dolor, a la derecha el dolor imaginable más intenso. Tiene más fallos en los ancianos que otras escalas abstractas, en relación, sobre todo, con el nivel educacional, alteraciones cognitivas, y habilidades motoras (más que con la edad en sí misma). Requiere pensamiento abstracto, habilidades sensoriales, motoras y de percepción para usar un lápiz para marcar la línea. Es preferible su presentación vertical. La preferencia en los ancianos son la numérica y la descriptiva verbal. En pacientes

con alteración cognitiva de leve a moderada, mejor el termómetro del dolor y la descriptiva verbal, seguida de las gráficas del dolor (gráficas faciales y mapa del dolor para localización y extensión del dolor). Si hay déficit cognitivo grave: otros métodos, como observación del comportamiento.

- **MÉTODOS OBSERVACIONALES:** los pacientes con alteración cognitiva, analfabetos, no comunicativos... presentan dificultad para ser evaluados utilizando escalas del dolor tradicionales, basándonos entonces en métodos observacionales. Suponen una alternativa, evaluando las manifestaciones del comportamiento en relación con el dolor: claves no verbales, vocalizaciones, expresiones faciales, cambios en el comportamiento habitual⁴. La familia puede ser de ayuda para determinar los comportamientos habituales del paciente ante el dolor. Hay que considerar, sin embargo, que existe un “sesgo” de información, ya que se ha demostrado que el equipo de atención de salud tiende a infraestimar el dolor del paciente, y los cuidadores a sobreestimarlos¹. En los pacientes que no se comunican, con alteración cognitiva grave, el comportamiento típico ante el dolor puede estar ausente o difícil de interpretar por muchos factores de confusión, teniendo en cuenta, además, que algunas formas de demencia tienden a anular la expresión facial. En este sentido, la Escala de Discomfort de los pacientes con demencia tipo Alzheimer, consistente en ítems relacionados con verbalización, expresiones faciales, lenguaje corporal... ha demostrado validez aceptable, aunque su uso ha sido cuestionado por falta de estudios de sensibilidad en la población. Una línea de particular interés en la investigación está focalizada en el uso de analgésicos como parte del protocolo de evaluación de la presencia del dolor en los pacientes que no se comunican: el uso de analgésicos en pacientes con cambios en su comportamiento, sugestivos de dolor, puede producir mejoría en el mismo¹.

Tabla 2. Métodos de cuantificación del dolor

-
- Escalas de dolor:
 - numérica
 - descriptiva verbal
 - termómetro del dolor
 - gráfica/facial
 - analógica visual (EVA)
 - Métodos observacionales
 - Respuesta a analgesia
-

CONCLUSIONES EN LA EVALUACIÓN DEL DOLOR

El dolor en los ancianos es complejo y multidimensional, requiriendo un enfoque multidisciplinario. Un proceso sistemático, en el cual el dolor es reconocido, evaluado, documentado y reevaluado regularmente,

resultará en un manejo mejor de todos los pacientes, sobre todo en aquellos con alteraciones cognitivas (será más fácil identificarlo si la evaluación se realiza en múltiples ocasiones)⁴. Los pacientes con dolor crónico deben ser reevaluados regularmente para detectar la mejoría, deterioro o complicaciones atribuibles al tratamiento. La frecuencia de seguimiento se establecerá en función de la gravedad del dolor y de los potenciales efectos adversos del tratamiento. El seguimiento debe incluir la evaluación de los problemas significativos identificados inicialmente; las escalas cuantitativas iniciales deben ser las mismas en el seguimiento; debe revisarse el tratamiento; revisar los efectos positivos y negativos de los tratamientos². Todo el equipo sanitario debe ejercer una "vigilancia del dolor", estando alerta en relación con las claves que sugieren que el anciano puede estar experimentando dolor, adaptando la evaluación para conocer las

necesidades de cada individuo. Deberían realizarse estudios institucionales para monitorizar la efectividad del proceso de evaluación y manejo del dolor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Herr KA, Garand L. Assessment and Measurement of pain in older adults. *Clinics in Geriatric Medicine* 2001;17:477-8.
2. AGS Panel on Chronic Pain in Older Persons. The Management of Chronic Pain in Older Persons. *JAGS* 1998;46:635-51.
3. AGS Clinical Practice Committee. Management of Cancer Pain in Older Patients. *JAGS* 1997;45:1273-6.
4. Sengstaken EA, King SA. The Problems of Pain and Its Detection among Geriatric Nursing Home Residents. *JAGS* 1993;41:541-4.