



VALORACIÓN DEL DOLOR EN EL PACIENTE GERIÁTRICO.

AUTOR: D^a Alba Alonso Peirotén

DIRECTOR: Prof. Dr. Julio Oteiza Olaso



GRADO EN ENFERMERÍA
TRABAJO FIN DE GRADO / 2014
UPNA

RESUMEN.

El dolor es un problema frecuente en la población anciana. A menudo no reconocido e infratratado. Es la mayor causa de visita al sistema sanitario y datos poblacionales actuales indican que dolor en los ancianos es el doble en personas mayores de 60 años que en los menores de esa edad. La prevalencia estimada sugiere que aproximadamente un 60% de los ancianos de la comunidad y hasta un 80% de los de residencia experimentan dolor de forma sustancial. Pero aun así, se observan pocos estudios que aborden el tema. La previsión del crecimiento poblacional actual, nos orienta a crear sistemas para el abordaje del dolor en este grupo poblacional específico. Detectando un dolor precozmente se hará un mejor abordaje terapéutico, así como proporcionar una mejoría en la calidad de vida.

PALABRAS CLAVE.

Dolor, Anciano, detección precoz, valoración.

ÍNDICE.

Introducción, 3

Objetivos

Objetivo principal, 4

Objetivos secundarios, 4

Población diana, 4

Metodología, 5

Desarrollo

Contextualización, conceptos generales

¿Qué es el dolor?, 6

¿Qué es un paciente geriátrico?, 7

¿Qué es la demencia?, 8

Signos y síntomas, 8

Formas más comunes, 9

Tratamiento y atención, 9

Factores de riesgo y prevención, 9

Proceso fisiológico del dolor, 9

Glosario, 10

Conceptos básicos, 10

Factores influyentes, 11

Tipos de dolor, 12

Métodos de evaluación del dolor, 15

Valoración del dolor en la demencia, 22

Tratamiento, 23

Plan de cuidados de enfermería, 25

Dolor agudo, 25

Dolor crónico, 29

Recomendaciones para personas mayores, 31

Discusión, 32

Propuesta de escala, 32

Conclusiones, 37

Validez y justificación ética del estudio, 37

Bibliografía, 38

Anexo 1, 40

INTRODUCCIÓN

La enfermería necesita utilizar una forma o método de actuación ordenada y sistemática encaminada a solucionar o minimizar los problemas relacionados con la salud o falta de ella, es decir, necesita un método de resolución de problemas ante las diversas posibles situaciones que puedan presentarse.

El punto de partida y por lo tanto el inicio del trabajo enfermero es la valoración de enfermería, ya que es el método idóneo para recoger información e identificar problemas. De esta forma, será posible plantearnos objetivos de acorde al problema o problemas de salud, para que mediante la realización de intervenciones enfermeras se logre la solución de los problemas planteados o minimización de los mismos.

Esta valoración debe hacerse de forma individualizada, ya que cada usuario es una persona autónoma que va a interactuar con el ambiente de forma diferente a los demás.

Debido a esto, la valoración ha de ser continua y realizarse en todas y cada una de las fases de proceso enfermero: fase de diagnóstico, fase de planificación, formulación de objetivos, fase de intervención y por último la fase de evaluación; dependiendo de cada una de las situaciones en las que se encuentre el paciente.(1)

A esto ha de añadirse el equilibrio a alcanzar entre las técnicas, los conocimientos, la evidencia científica de las intervenciones y la relación con la persona enferma y su entorno (familiares y allegados). Por ello, hace que la aplicación de cualquier técnica y conocimiento adquieran una complejidad cambiante y continúa.

En el caso del dolor adquiere aspectos diversos, el efecto percibido por el paciente y la forma en que lo viven él y su entorno, así como el punto de vista del profesional que intenta evaluarlo y paliarlo.

El principal método de detección es la palabra, la comunicación a través de gestos y la clínica. Pero en el caso de la ancianidad, la comunicación puede verse alterada y es aquí donde ha de entrar la experiencia, formación y habilidad del profesional para detectar el malestar. (2)

La finalidad de este trabajo es proveer al profesional sanitario de una escala sencilla para la evaluación del dolor en pacientes institucionalizados para un mejor manejo del dolor. Una escala sencilla y rápida de aplicar para que el cada vez más saturado personal de enfermería pueda emplearla de forma rápida y eficaz y pueda delegar su uso en otro personal sanitario en caso de necesidad.

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

- ❖ Planteamiento de una escala sencilla y rápida para la valoración del dolor en pacientes ancianos institucionalizados y así proporcionar un tratamiento precoz.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- ✓ Conocimiento de los múltiples aspectos del dolor para su correcta valoración
- ✓ Conocer los actuales sistemas para la valoración del dolor
- ✓ Conocer las características para la valoración del dolor en pacientes con deterioro cognitivo.

POBLACIÓN DIANA

Población anciana institucionalizada.

METODOLOGÍA

El método empleado como arranque del proyecto es la creación de un manual para la valoración por parte de enfermería del dolor en el anciano.

El punto de partida para este proyecto ha sido el análisis de diversos materiales entre los que se encuentran publicaciones de congreso, tesis doctorales, escalas de valoración implantadas en distintos centros, artículos, libros y diverso material electrónico de organismos oficiales.

Para la búsqueda de dicho material han sido empleados distintos motores de búsqueda, entre los que se encuentran: ENFISPO para consulta del catálogo de artículos de la selección de revistas en español que se reciben en la Biblioteca de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid. En menor medida he empleado CUIDEN, base de datos de la Fundación Index, que incluye la producción científica de la enfermería española e iberoamericana tanto de contenido clínico-asistencial en todas sus especialidades como con enfoques metodológicos, históricos, sociales o culturales. Contiene artículos de revistas científicas, libros, monografías y materiales no publicados. Principalmente he empleado este motor de búsqueda para consultar material publicado en Latinoamérica. Para consultar el catálogo de publicaciones periódicas disponibles en la Biblioteca de la Universidad Pública de Navarra, he empleado el catálogo de publicaciones periódicas, el cual permite conocer la disponibilidad de la colección de papel (y alojamiento de la misma) y/o si se dispone de acceso a la versión electrónica de cada una de ellas, así como los años disponibles de esas colecciones y el enlace web directo a las versiones electrónicas y a otros servicios relacionados con cada revista. Por otro lado, he empleado google académico para artículos y datos epidemiológicos en inglés. Para consultar tesis doctorales he empleado la base de datos TESEO, proporcionada por el ministerio español de educación, cultura y deporte.

DESARROLLO

CONTEXTUALIZACIÓN, CONCEPTOS GENERALES

¿Qué es el dolor?

El dolor ha estado estrechamente unido a la vida, durante toda la historia de la humanidad. Ha interesado a todas las civilizaciones, todos ellos han buscado una u otra forma para identificarlo y tratarlo.

El dolor produce alteraciones en la persona que lo padece, modificaciones que varían según el tipo de dolor y del paciente. Ha de tenerse en cuenta que el dolor es una experiencia subjetiva, y es por ello que su correcta definición no está exenta de dificultades.

Todo el mundo sabe perfectamente que es el dolor pero no significa lo mismo para ninguno de nosotros. Es por ello que a lo largo del tiempo han ido apareciendo distintas teorías y formas de definir el dolor.

En la antigüedad clásica, el dolor consistía en una alteración de los humores internos que constituían el organismo. Era percibido como un elemento de alerta. (3)

Posteriormente Melzack y Casey definió el dolor como la consecuencia de una experiencia tridimensional con una vertiente sensorial, una afectiva y una última cognitiva.

Actualmente, la Real Academia Española (RAE), define el dolor como sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior. Así como el sentimiento de pena o congoja.

Aunque la definición que en la actualidad está más aceptada es la proporcionada por la IASP (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor). El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño.

Como consecuencia de las definiciones anteriormente descritas podemos entender el dolor como una experiencia compleja, subjetiva e individual.

Podemos asimismo dividirlo en tres componentes: el cognitivo (relacionado con nuestro aprendizaje cultural del dolor), el sensitivo (el impulso desencadenado desde los receptores periféricos del dolor) y el emotivo afectivo (la interpretación del dolor que se hace mediante el estado anímico) la percepción final del dolor es la suma de estos tres componentes.

En España, la Sociedad Española del Dolor realizó un estudio en el que participaban 5000 personas de edades comprendidas entre los 18 y los 95 años a las que se les realizó una entrevista telefónica. En él se pudo evidenciar una prevalencia del dolor del 30%, el día anterior a la entrevista (37.6% en mujeres y 20.9% en hombres) y del 43.2% la semana anterior. La prevalencia de dolor es mayor en mujeres y pacientes de edad avanzada. Las localizaciones más frecuentes del dolor agudo fueron las EEII, espalda y dolor de cabeza. Por otro lado, las causas más comunes de dolor crónico fueron la artritis, el reumatismo y la migraña.

A nivel Europeo se realizó una encuesta llamada Pain in Europe, en el año 2003. La que fue la mayor encuesta llevada a cabo en Europa, en ella participaron 46.000 personas de

16 países europeos diferentes. Los países participantes fueron: Reino Unido, Francia, Alemania, Italia, España, Dinamarca, Bélgica, Finlandia, Irlanda, Polonia, Suecia, Noruega, Países Bajos, Suiza, Austria e Israel. Se consiguieron respuestas de unos 3000 sujetos de cada país.

El objetivo principal de la encuesta fue la estimación de la prevalencia del dolor crónico en Europa. Como objetivos secundarios se plantearon comprender y cuantificar las fuentes y las causas que originan el dolor crónico y valorar el impacto en la calidad de vida y actividades de la vida diaria. Explorar actitudes de las personas con dolor así como de su entorno próximo, desde el punto de vista del paciente.

Como datos de interés podemos encontrar que España es el país con menos dolor crónico de entre los 16 países participantes, un 11%, siendo la media del 19% entre los países encuestados. El tiempo de evolución fue muy elevado, 9.1 años, siendo la media europea de 7 años.

Por otro lado, España se encuentra entre los países con porcentajes más elevados de dolor causado por artritis reumatoide u osteoartritis, siendo de un 47%.

En el apartado que concierne al tratamiento del dolor, se puede evidenciar que entre los tratamientos recibidos los medicamentos de más amplio uso a nivel Europeo son los antiinflamatorios no esteroideos en un 44%. En España su uso es ligeramente superior a la media Europea, con un 49% de uso. España, junto con Italia son los países con menor porcentaje de uso de opioides fuertes.

De nuevo en el ámbito nacional, encontramos un nuevo estudio sobre la incidencia del dolor en la Comunidad Autónoma de Andalucía, realizado por la Asociación Andaluza de Tratamiento del Dolor y Asistencia Continuada en el año 2010. Una vez más el método empleado fue la consulta telefónica, y en ella participaron 1200 personas. En este estudio se evidencia que un 30% de los andaluces sufre algún tipo de dolor actualmente o lo ha sufrido en el último mes. También, estima, que el 15,5% de la población sufre dolor de tipo crónico y como localizaciones más frecuentes refiere la espalda, las piernas y las rodillas. Las causas más recurrentes son la artritis o la artrosis u osteoporosis. Los problemas de columna vertebral y los dolores en articulaciones o cartílagos. La mayoría de los cuadros dolorosos están muy localizados 64,4% del total, mientras que en un tercio de los pacientes este se irradia a otras localizaciones. El 65,6% de los afectados refiere sufrir dolores continuos, mientras que el resto los refiere como intermitentes aunque de larga duración. Este estudio indaga además en la satisfacción del paciente con el profesional sanitario que les tratan y casi el 70% de los encuestados dicen estar satisfechos. En cambio el 12% de los afectados refiere estar insatisfecho. (3)

¿Qué es un paciente geriátrico?

Habitualmente se considera a un paciente como geriátrico cuando cumple las siguientes premisas:

- Ser mayor de 65 años
- Presentar pluripatología
- Tendencia a la incapacidad o deterioro.
- Condicionantes psicológicos
- Condicionantes sociales

¿Qué es la demencia?

La demencia es un síndrome (generalmente de naturaleza crónica o progresiva) caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se ve afectada. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación.

La demencia es causada por diversas enfermedades y lesiones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria, como la enfermedad de Alzheimer o los accidentes cerebrovasculares.

La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en todo el mundo. Puede resultar abrumadora no solo para quienes la padecen, sino también para sus cuidadores y familiares. A menudo hay una falta de concienciación y comprensión de la demencia, lo que puede causar estigmatización y suponer un obstáculo para que las personas acudan a los oportunos servicios de diagnóstico y atención. El impacto de la demencia en los cuidadores, la familia y la sociedad puede ser de carácter físico, psicológico, social y económico.

- **Signos y síntomas**

La demencia afecta a cada persona de manera diferente, dependiendo del impacto de la enfermedad y de la personalidad del sujeto antes de empezar a padecerla. Los signos y síntomas relacionados con la demencia se pueden entender en tres etapas.

- Etapa temprana: a menudo pasa desapercibida, ya que el inicio es paulatino. Los síntomas más comunes incluyen:
 - Tendencia al olvido.
 - Pérdida de la noción del tiempo.
 - Desubicación espacial, incluso en lugares conocidos.
- Etapa intermedia: a medida que la demencia evoluciona hacia la etapa intermedia, los signos y síntomas se vuelven más evidentes y más limitadores. En esta etapa las personas afectadas:
 - empiezan a olvidar acontecimientos recientes, así como los nombres de las personas;
 - se encuentran desubicadas en su propio hogar;
 - tienen cada vez más dificultades para comunicarse;
 - empiezan a necesitar ayuda con el aseo y cuidado personal;
 - sufren cambios de comportamiento, por ejemplo, dan vueltas por la casa o repiten las mismas preguntas.
- Etapa tardía: en la última etapa de la enfermedad, la dependencia y la inactividad son casi totales. Las alteraciones de la memoria son graves y los síntomas y signos físicos se hacen más evidentes. Los síntomas incluyen:
 - una creciente desubicación en el tiempo y en el espacio;
 - dificultades para reconocer a familiares y amigos;

- una necesidad cada vez mayor de ayuda para el cuidado personal;
- dificultades para caminar;
- alteraciones del comportamiento que pueden exacerbarse y desembocar en agresiones.

- **Formas más comunes**

Las formas, o causas, de la demencia son múltiples y diversas. La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia: se calcula que representa entre un 60% y un 70% de los casos. Otras formas frecuentes son la demencia vascular, la demencia por cuerpos de Lewy (agregados anormales de proteínas en el interior de las células nerviosas) y un grupo de enfermedades que pueden contribuir a la demencia frontotemporal (degeneración del lóbulo frontal del cerebro). Los límites entre las distintas formas de demencia son difusos y frecuentemente coexisten formas mixtas.

- **Tratamiento y atención**

No hay ningún tratamiento que pueda curar la demencia o revertir su evolución progresiva. Existen numerosos tratamientos nuevos que se están investigando y se encuentran en diversas etapas de los ensayos clínicos.

Sí existen, en cambio, numerosas intervenciones que se pueden ofrecer para apoyar y mejorar la vida de las personas con demencia y sus cuidadores y familias. Los objetivos principales de los servicios de atención relacionados con la demencia son:

- Diagnosticarla de forma precoz;
- optimizar la salud física, la cognición, la actividad y el bienestar;
- identificar y tratar enfermedades físicas concomitantes;
- detectar y tratar los síntomas psicológicos y conductuales;
- proporcionar información y apoyo a largo plazo a los cuidadores.

- **Factores de riesgo y prevención**

Hay pocas investigaciones que tengan por finalidad identificar los factores de riesgo modificables de la demencia. La prevención se centra en los objetivos sugeridos por los estudios científicos disponibles, por ejemplo la lucha contra los factores de riesgo relacionados con las enfermedades vasculares, como la diabetes, la hipertensión y la obesidad en la mediana edad, el tabaquismo y la inactividad física. (4)

PROCESO FISIOLÓGICO DEL DOLOR

- **Transducción:** proceso por el cual del estímulo nocivo periférico se transforma en un estímulo eléctrico. Contacto detectado y recogido por los nociceptores, estos son terminaciones de las fibras nerviosas que detectan los estímulos dolorosos. La mayoría de los nociceptores son polimodales.
- **Transmisión:** propagación del impulso nervioso hasta los niveles sensoriales del SNC. Los impulsos nerviosos discurren a lo largo de las fibras nerviosas. La velocidad de conducción del impulso doloroso depende del tipo de nociceptor que lo conduce.

- Modulación: capacidad que tienen los sistemas analgésicos endógenos de modificar la transmisión del impulso nervioso, fundamentalmente inhibición en las astas dorsales de la medula, pero aparentemente también a otros niveles.
- Percepción: proceso final en que los tres primeros, interactuando con una serie de otros fenómenos, crean la experiencia subjetiva y emocional denominada dolor.
- Reacción: respuesta integral, respuesta motora, una reacción autonómica (predominantemente simpática), manifestaciones emocional diverso (llanto, queja, etc.). (5)

GLOSARIO

- Alodinia: Dolor producido por un estímulo que normalmente no es doloroso.
- Analgesia: Ausencia de dolor en presencia de un estímulo doloroso.
- Hiperalgia: Un incremento en la respuesta ante un estímulo que generalmente es doloroso.
- Hiperestesia: Incremento de la sensibilidad ante un estímulo, excluyendo a los sentidos especiales.
- Hiperpatía: Es un síndrome doloroso caracterizado por una reacción dolorosa ante un estímulo, especialmente a un estímulo repetitivo, así como a un incremento en el umbral.
- Hipoalgia: Disminución del dolor ante un estímulo doloroso.
- Hipoestesia: Disminución de la sensibilidad ante la estimulación, excluyendo a los sentidos especiales.
- Disestesia: Sensación anormal displacentera, no necesariamente dolorosa, la cual puede ser espontánea o provocada por un estímulo externo.
- Parestesia: Sensación anormal no dolorosa, la cual puede ser espontánea o evocada. (5)

CONCEPTOS BÁSICOS

- Umbral de dolor: percepción de los estímulos dolorosos con la misma intensidad de estímulo, P ej. El calor se percibe doloroso a 44-46°C, justamente cuando empieza a lesionar los tejidos.
- Tolerancia al dolor: percepción del dolor y reacción al él, cantidad de dolor que puede soportar antes de que se inicie una respuesta.
 - Factores que disminuyen tolerancia.
 - Episodios repetidos de dolor.
 - Astenia.
 - Ira.
 - Ansiedad.
 - Deprivación de sueño.
 - Factores que aumentan tolerancia.
 - Medicamentos.
 - Alcohol.
 - Hipnosis.
 - Calor.
 - Distracción.
 - Prácticas espirituales. (5)

FACTORES INFLUYENTES

- Edad.
 - Creencias erróneas del personal sanitario.
 - El dolor como parte del envejecimiento (no se reduce la percepción del dolor, si existe menor respuesta a determinados opiáceos).
 - Los ancianos sufren más efectos secundarios con los opiáceos (necesitan y toleran la misma dosis de opiáceos que los jóvenes).
 - Creencias erróneas de los pacientes.
 - El dolor como parte del envejecimiento, miedo a la adicción, pérdida de independencia, baja percepción de los beneficios de la analgesia.
 - Dificultades en la valoración secundarias a barreras de comunicación.
 - Dificultad de la valoración del dolor en pacientes con trastornos cognoscitivos importantes.
 - Alteraciones senso-perceptivas.
- Influencia sociocultural.
 - La respuesta al dolor esta influenciadas por: familia, comunidad y cultura. Determinan el nivel de tolerancia al dolor, las reacciones verbales u otras formas de expresión.
 - Los modelos culturales enseñan, cuanto dolor tolerar, que dolor comunicar, a quien comunicar y el tratamiento a buscar.
 - Las conductas varían dentro de una misma cultura y los modelos cambian de unas generaciones a otras.
 - El profesional de enfermería debe familiarizarse con la diversidad étnica y cultural en la expresión y tratamiento del dolor.
 - Es importante recordar que las conductas relacionadas con el dolor no son un indicador objetivo de la cantidad de dolor presente.
- Estado emocional.
 - La ansiedad y el miedo disminuyen la tolerancia al dolor. La concentración intensa, deporte, etc., aumentan la tolerancia. Esto explica por qué determinadas acciones no farmacológicas pueden mejorar la tolerancia al dolor.
 - La presencia de otros síntomas (nauseas, vómitos) aumenta la sensación de dolor.
 - La ausencia de personas de apoyo o cuidadores puede aumentar la percepción.
 - La falta de sueño, astenia o la depresión aumentan la percepción.
- Experiencias pasadas dolorosas.
 - Las experiencias pasadas pueden aumentar o disminuir la tolerancia al dolor a un episodio doloroso actual.
- Fuente y significado.
 - El significado que se da al dolor influye sobre su experiencia (dolor del parto, dolor como problema de salud, incapacidad, pérdida de estatus, etc.). Percepción como: merecido, como compensación, carente de sentido.

- Conocimientos.
 - La falta de conocimiento de la fuente, el resultado y el significado del dolor, manejo y los medios para su tratamiento. (5)

TIPOS DE DOLOR

Hay diversas maneras de clasificar el dolor. Podemos hacerlo atendiendo a su duración, patogenia, localización, curso, intensidad, según factores pronóstico del dolor y según la farmacología a emplear. Aunque quizás la clasificación más empleada de todas ellas sea aquella basada en su duración o evolución y en la naturaleza de su origen.

- Según su duración.
 - **Agudo:** Limitado en el tiempo, con escaso componente psicológico. Es producido por un daño tisular notorio y su duración en el tiempo depende del lapso estimado como suficiente y necesario para que los tejidos sanen. El subcomité de Taxonomía de las Algias de la IASP (International Association for the Study of Pain) estableció un tiempo de tres meses como duración límite para definir un dolor como agudo. Los factores psicológicos tienen una gran importancia en la manera en que el dolor agudo es experimentado, ya que aunque existen raras excepciones, esta clase de dolor obedece a causas psicopatológicas o ambientales. El dolor agudo asociado a una enfermedad, previene al individuo ante la presencia de una disfunción, podríamos llamarlo una señal de alarma. La cual hace limitar la actividad del sujeto, previniendo un daño mayor y así favoreciendo una pronta recuperación. El papel sanitario en este tipo de dolor puede ser útil mediante dos clases de intervenciones: para la prevención y reducción del dolor y para la aceleración del proceso de cicatrización, por acortamiento de la duración de la lesión. Asimismo, el dolor agudo puede ser el inicio de una serie de acontecimientos en el sistema nociceptivo que desencadenan la persistencia del dolor. Por ello, su temprano manejo puede alterar la consecuente evolución al dolor crónico.

Por ejemplo: Perforación de víscera hueca, dolor neuropático, dolor musculoesquelético en relación con fracturas patológicas.

- **Crónico:** Limitado en su duración, se acompaña de componente psicológico. El dolor crónico puede deberse a la persistencia en la estimulación de los nociceptores en áreas que han padecido un daño tisular. Sin embargo, frecuentemente podemos observar la persistencia del dolor aún tiempo después se haya reparado el daño en el tejido que lo desencadenó. En algunos casos de personas con dolor crónico no se encuentra evidencia de lesión previa. De este modo, la persistencia del estímulo, de la enfermedad o de algunas condiciones fisiopatológicas, puede conducir al establecimiento del dolor crónico. El dolor crónico se diferencia del dolor agudo en términos de la persistencia del dolor en el tiempo (un intervalo entre 3 y 6 meses) y de los cambios adaptativos como puede ser la neuroplasticidad descrita en algunos niveles del sistema nervioso. Estos cambios pueden durar horas, días o incluso meses y años, aun y cuando el

estímulo desencadenante esté ausente. Desde el punto de vista terapéutico, es de especial interés el reconocimiento de si el dolor al que nos enfrentamos es crónico o agudo ya que el enfoque es completamente distinto. El abordaje del dolor crónico requiere de un manejo interdisciplinar, ya que los problemas dolorosos llegan a ser de una complejidad tal, que es de gran dificultad encontrar una solución adecuada para el paciente, por ello no solo ha de enfocarse el problema desde un punto de vista orgánico o psicosocial.

Por ejemplo: El dolor típicamente presentado por un paciente oncológico. El dolor oncológico está presente en un 30% de los pacientes con cáncer en el momento en que se diagnostica la enfermedad. Este porcentaje se eleva hasta alcanzar cifras del 65-85% de pacientes que padecerán esta clase de dolor durante la evolución de la enfermedad. Un porcentaje variable de entre el 50% y el 80% de los pacientes oncológicos no obtiene un alivio significativo de su dolor por la infravaloración terapéutica.

- Según su patogenia.
 - Neuropático: Está producido por estímulo directo del sistema nervioso central. O como resultado de lesiones o alteraciones en vías nerviosas periféricas o centrales. Característicamente, el síntoma se presenta como una sensación basal dolorosa, como punzante o quemante (distesia). Acompañado de parestesias, distesias, hiperalgesia y alodinia,

Por ejemplo: La plexopatía braquial o lumbo-sacra postirradiación, la neuropatía periférica postquimioterápica y/o postradioterápica y la compresión medular.

El dolor neuropático tiene dos subclasificaciones según su localización:

- Dolor de origen central: Por ejemplo en un Accidente Cerebro Vascular o en la Esclerosis Múltiple. Suele ser más resistente que el dolor de origen periférico.
- Dolor de origen periférico: Por ejemplo el tipo de dolor presente en la Neuropatía Diabética, neuropatía inducida por agentes de tipo químico. Es el tipo de dolor neuropático que mejor pronóstico y respuesta al tratamiento tiene.

El dolor neuropático representa un desafío tanto a la hora de emitir un diagnóstico, como para la asignación del tratamiento pertinente. La dificultad para su diagnóstico se origina en la presentación del cuadro clínico, ya que por ejemplo a la hora de realizar un diagnóstico de un Síndrome de Dolor Regional Complejo de grado IV resulta más fácil que el diagnóstico del mismo síndrome en grado I, el cual puede pasar inadvertido con más facilidad. Ya que puede desarrollarse y persistir en ausencia de un estímulo nociceptivo evidente. Los síntomas pueden presentarse de forma generalizada o pueden ser más focales.

- Nociceptivo: Así es llamado el tipo de dolor más frecuente y se subdivide en somático y visceral. (Clasificación según la localización)
 - Somático: Se produce por la excitación anormal de nociceptores somáticos superficiales o profundos (piel, musculoesquelético,

vasos, etc.). Este tipo de dolor es la respuesta normal del organismo a una injuria y tiene por objetivo prevenir un daño mayor (por ejemplo, retirar la mano de un objeto caliente después de un primer contacto). Es un dolor que habitualmente se encuentra bien localizado, punzante y que se irradia siguiendo trayectos nerviosos. El paciente no tiene grandes dificultades para describirlo. De forma estricta debería incluir el dolor originado en cualquier parte del cuerpo que no pertenezca al Sistema Nervios Central o periférico; sin embargo se habla con asiduidad de dolor somático, cuando los receptores están en la piel, músculos, huesos o articulaciones.

Su tratamiento ha de incluir un AINE (Antiinflamatorio no esteroideo) ya que tiene buena respuesta a ellos, así como a los opioides. Desaparece cuando cesa la noxa.

Por ejemplo: El dolor somático más frecuente es el dolor óseo producido por metástasis óseas. También es el dolor que aparece en: artritis reumatoide, osteoartritis, alteraciones mecánicas de la columna lumbar o cervical, polimialgia reumática, úlceras cutáneas y mucosas, dolor isquémico, etc.

- Visceral: Es producto de la estimulación (excitación anormal) de receptores del dolor que inervan estructuras viscerales. Clásicamente este dolor es referido por el paciente como inespecífico, que se localiza mal, percibido de forma continua (de carácter "sordo") y profundo; características mal definidas. Puede irradiarse a zonas alejadas al lugar donde inicialmente se originó. Con frecuencia se acompaña de síntomas neurovegetativos.

Por ejemplo: Dolores de tipo cólico nefrítico, pancreatitis, metástasis hepáticas y cáncer pancreático. Esta clase de dolor presenta una buena respuesta al tratamiento con fármacos opioides.

- Psicógeno: Interviene el ambiente psicosocial que rodea al sujeto. Ocurre cuando el paciente describe problemas de tipo psicológicos como la ansiedad o depresión en términos utilizados para describir daño tisular, verbalmente o a través de su comportamiento. Si es que el daño estuvo o está presente, el problema central es la amplificación y distorsión de esos impulsos periféricos por el estado psicológico. Es típico la necesidad de un aumento constante de la dosis de analgésicos con escasa eficiencia.
- Según el curso:
 - Continuo: Persistente a lo largo del día y no desaparece.
 - Irruptivo: Exacerbación transitoria del dolor en pacientes bien controlados con dolor de fondo estable.
 - El dolor incidental es un subtipo del dolor irruptivo inducido por el movimiento o alguna acción voluntaria del paciente.
- Según la intensidad:
 - Leve: El paciente puede realizar actividades habituales.

- Moderado: El dolor interfiere con las actividades habituales del paciente. Precisa ser tratado con opioides menores.
- Severo: El dolor es tal que interfiere con el descanso del sujeto. Por ello precisa tratamiento con opioides mayores.
- Según factores pronósticos de control del dolor:
 - El dolor difícil, también llamado complejo en ocasiones, es aquel que no responde a la estrategia analgésica habitual, escala analgésica de la organización mundial de la salud (OMS).
 - El Edmonton Staging System es una tabla para el pronóstico del dolor difícil de controlar.

Tabla 1. Edmonton Staging System (6); Formato modificado	
Estadio I (Buen pronóstico)	Estadio II (Mal pronóstico)
Dolor visceral, óseo o de partes blandas.	Dolor neuropático, mixto (dolor tenesmoide rectal, dolor vesical) o de causa desconocida.
Dolor no irruptivo.	Dolor irruptivo.
No existencia de distrés emocional.	Existencia de distrés emocional.
Escala lenta de opioides.	Incremento rápido de la dosis de opioides.
No antecedentes de enolismo y/o adicción a drogas	Antecedentes de enolismo y/o adicción a drogas.

- Según la farmacología:
 - Responde bien a los opiáceos: dolores viscerales y somáticos
 - Parcialmente sensible a los opiáceos: dolor óseo (además son útiles los antiinflamatorios no esteroideos como tratamiento coadyuvante) y el dolor por compresión de nervios periféricos (en los que es conveniente asociar un esteroide para complementar el tratamiento).
 - Escasamente sensible a opiáceos: dolor por espasmo de la musculatura estriada y el dolor por infiltración- desnutrición de nervios periféricos (responde a antidepresivos o anticonvulsivos). (3,6)

MÉTODOS DE EVALUACIÓN DEL DOLOR

La intensidad del dolor es la más estudiada de las múltiples dimensiones del dolor. La intensidad del dolor es, además una experiencia personal que solamente va a poder ser evaluada mediante una medición por el propio paciente, empleando escalas de valoración unidimensionales que intentan valorar varias dimensiones del dolor.

Las escalas más frecuentemente empleadas, tanto en el ámbito clínico como en el de investigación son: La escala analógica visual (EAV), la escala numérica y la escala verbal.

Que sean las escalas más utilizadas no significa que sean las que proporcionen mayor información o sean más útiles en el momento de evaluar la intensidad del dolor.

Existen estudios que recomiendan la escala numérica para la evaluación de resultados en los ensayos de dolor crónico e idiopático.

- La entrevista clínica.

Al igual que en cualquier otra situación clínica, para la correcta evaluación del dolor el primer paso a seguir es la realización de una entrevista clínica. Con este sencillo procedimiento intentaremos indagar todas las características del dolor: La localización, la duración, las variaciones temporales en intensidad y frecuencia, la relación con las horas del día, con los movimientos, etc.

Existen varias propuestas de entrevistas clínicas, aunque son escasas las que están orientadas específicamente para este tipo de pacientes. Getto et al. o Turket al. han propuesto entrevistas estructuradas dirigidas específicamente para pacientes con dolor.

Para valorar el dolor de forma específica se emplean los métodos autovalorativos, esencialmente los unidimensionales y los multidimensionales.

- La historia Clínica.

La dificultad para encontrar métodos o fórmulas que permitan determinar la magnitud del dolor experimentado por el paciente, es consecuencia de la propia forma de definir el dolor, ya que el dolor es sobre todo un estado emocional, y por lo tanto subjetivo, solo el paciente sabe si le duele y en qué medida.

Hay que tener en cuenta que el dolor agudo es más fácil de medir por tratarse de un acontecimiento que está limitado en el tiempo, por lo tanto es breve y más fácilmente reproducible. Por el contrario, el dolor cónico, debido a los numerosos factores que inciden sobre él, constituye un fenómeno más complejo a la hora de medirlo.

La primera fase de toda evaluación del dolor está determinada por la comprobación de la cualidad, intensidad y localización del mismo. Por lo que se debe disponer de una buena anamnesis tanto general como antiálgica.

La historia clínica ha de dividirse en:

- Historia general y antecedentes clínicos generales.
- Historia álgica:
 - Localización
 - Distribución
 - Tipo: intensidad, factores que lo agravan o atenúan (con la actividad, etc.)
 - Factores que influyen sobre el dolor: características del trabajo que realiza, compensaciones que recibe, rutinas diarias, influencia sobre el reposo, sueño, etc.
 - Diagnóstico según la nomenclatura de la IASP (Asociación Internacional para el estudio del Dolor).
 - Plan terapéutico.
 - Test de evaluación del dolor.

- Métodos de evaluación del dolor

Los procedimientos para evaluar el dolor pueden ser clasificados en tres grandes categorías:

- Métodos Verbales.
 - Modelos unidimensionales.
 - Modelos multidimensionales.
- Evaluaciones conductuales.
- Métodos fisiológicos.

A continuación se procederá a la descripción de los mismos:

- Métodos Verbales.

Como bien sabemos la entrevista clínica es insustituible en la valoración del dolor, pero ha de ser complementada con otra serie de medidas adecuadas a las características de cada paciente. Las manifestaciones verbales o escritas valoran las impresiones subjetivas de los pacientes y tienen en común su elevada objetividad en el proceso de cuantificación.

 - Modelos unidimensionales.

❖ Escala Verbal.

Introducida por Keele en 1948, ha sufrido desde entonces diversas modificaciones. Representa el más básico abordaje para medir el dolor y sólo requiere que el paciente tenga un lenguaje adecuado para la descripción. El paciente no suele encontrar gran dificultad en emplear esta escala para indicar el nivel en que percibe su dolor, pero plantea el problema de que una misma palabra puede tener un significado diferente para distintos pacientes. Las palabras empleadas son descripciones relativas y no tienen aceptación universal, son conceptos que varían de una persona a otra. Se utiliza con frecuencia, pero tiene como limitación que es inespecífica, no muy sensible y no siempre reproducible.

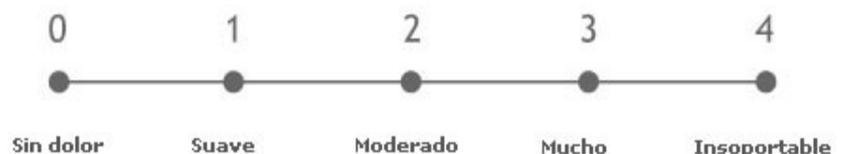


Figura 1. Fuente: Rodríguez de la Torre R. Generalidades del dolor. [VIII Curso básico de formación en dolor: resúmenes de presentaciones y talleres cedidos por los ponentes]. XIII congreso de la asociación andaluza del dolor y asistencia continuada 2014.

❖ Escala Numérica.

Introducida por Downie en 1978, es el método más simple y empleado con mayor frecuencia para establecer los grados subjetivos del dolor. Se pide a los pacientes que indiquen la intensidad del dolor en números de una escala que comprende números del 0 al 100. En la cual el 0 representaría una ausencia absoluta de dolor y el 100 el peor dolor imaginable. Existe una variación de esta escala

anterior, en el que la medición se lleva a cabo del 0 al 10, que pasa a sustituir al 100 como el peor dolor imaginable.

Aunque al paciente se le pide que emplee los valores numéricos para indicar el nivel del dolor, la utilización de palabras clave es necesario si esperamos que el paciente conceptualice su dolor en términos numéricos, así como son necesarias instrucciones previas para que el paciente emplee de manera apropiada la escala. Con este tipo de escala del dolor se considera un concepto unidimensional y se mide solo según su intensidad. Es útil como instrumento para valorar la respuesta a un tratamiento seleccionado.

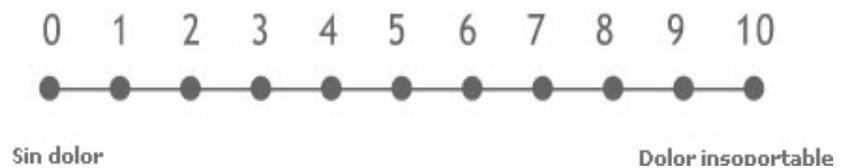


Figura 2. Fuente: Rodríguez de la Torre R. Generalidades del dolor. [VIII Curso básico de formación en dolor: resúmenes de presentaciones y talleres cedidos por los ponentes]. XIII congreso de la asociación andaluza del dolor y asistencia continuada 2014.

❖ Escala analógica visual (EVA, VAS).

Ideada por Scott Huskinson en 1976, es el método de medición empleado con más frecuencia en muchos hospitales. Consiste en una línea de 10 cm de longitud, anclada en un extremo con el título “no dolor”, y en el otro extremo con el “peor dolor imaginable”. La puntuación de la intensidad del dolor se lleva a cabo marcando en un punto de la línea o deslizando un cursor o flecha, cuya distancia se traduce en centímetros. Su mayor ventaja es que no contienen números o palabras descriptivas. Al paciente no se le pide que describa su dolor empleando un lenguaje específico, sino que es libre de indicar sobre una línea continua la intensidad de su sensación o percepción dolorosa en relación con los dos extremos de la misma.

Esta escala es un método simple, sólido, sensible, fiable y reproducible. Por ello resulta útil para reevaluar el dolor en el mismo paciente en diferentes ocasiones a lo largo del tiempo. Su validez y fiabilidad para la medición del dolor experimental ha sido demostrada en numerosos estudios.

Aunque este método de evaluación resulta relativamente sencillo, se ha constatado que del 7% al 11% de los pacientes encuestados son incapaces de completarla o la encuentra confusa.

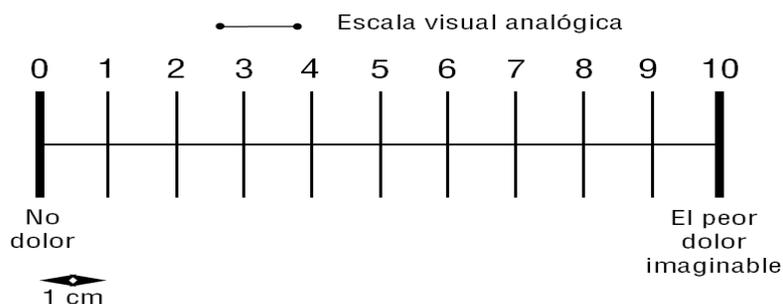


Figura 3. Fuente: Rodríguez de la Torre R. Generalidades del dolor. [VIII Curso básico de formación en dolor: resúmenes de presentaciones y talleres cedidos por los ponentes]. XIII congreso de la asociación andaluza del dolor y asistencia continuada 2014.

- Modelos multidimensionales.

Estas escalas pretenden superar las limitaciones de aquellas que únicamente evalúan un aspecto como ocurre con las escalas unidimensionales. Ya que si la experiencia dolorosa está conformada por distintos componentes sería necesario evaluarlas de una forma conjunta.

- ❖ Mc Gill Pain Questionnaire (MPQ)

Es con toda probabilidad, el instrumento con estas características que goza de mayor difusión. Divide el dolor en tres aspectos: sensorial, afectivo y evaluativo. El test consta de 20 grupos de palabras que definen el dolor. Se pide al paciente que seleccione dentro de cada grupo aquellos vocablos que mejor definan su experiencia de dolor.

También existe una adaptación española denominada Mc Gill Pain Questionnaire Spanish Version (MPQ- SV). El cuestionario de dolor en español no es simplemente la traducción literal del Mc Gill Pain Questionnaire, sino que se elaboró completamente de nuevo siguiendo la misma teoría y la misma metodología que el cuestionario inicial. El cuestionario completo comprende: 62 descriptores distribuidos en 15 clases y estos a su vez en tres subclases o dimensiones (sensorial, afectiva y evaluativa), una escala visual analógica y una representación de la figura humana en la que debe señalarse exactamente el lugar en que se localiza el dolor. Desde su publicación en 1975, el MPQ se ha convertido en el instrumento más empleado y sensible en la valoración multidimensional del dolor. Melzac presentó el cuestionario como un primer intento de desarrollar un instrumento de medida del dolor que se basase en su teoría del dolor, él mismo sugirió que tan solo se trataba de una

versión preliminar, que otros investigadores podían perfeccionar, sin embargo, el método sigue empleándose en su formato original.

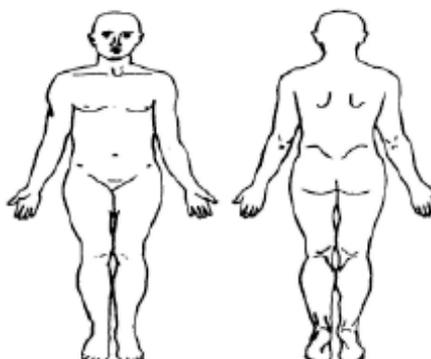
McGill Pain Questionnaire

Patient's Name _____ Date _____ Time _____ am/pm

PRI: S _____ A _____ E _____ M _____ PRI(T) _____ PPI _____
 (1-10) (11-15) (16) (17-20) (1-20)

<p>1 FLICKERING QUIVERING PULSING THROBBING BEATING POUNING</p> <p>2 JUMPING FLASHING SHOOTING</p> <p>3 PRICKING BORING DRILLING STABBING LANCINATING</p> <p>4 SHARP CUTTING LACERATING</p> <p>5 PINCHING PRESSING GNAWING CRAMPING CRUSHING</p> <p>6 TUGGING PULLING WRENCHING</p> <p>7 HOT BURNING SCALDING SEARING</p> <p>8 TINGLING ITCHY SMARTING STINGING</p> <p>9 DULL SORE HURTING ACHING HEAVY</p> <p>10 TENDER TAUT RASPING SPLITTING</p>	<p>11 TIRING EXHAUSTING</p> <p>12 SICKENING SUFFOCATING</p> <p>13 FEARFUL FRIGHTFUL TERRIFYING</p> <p>14 PUNISHING GRUELLING CRUEL VICIOUS KILLING</p> <p>15 WRETCHED BLINDING</p> <p>16 ANNOYING TROUBLESOME MISERABLE INTENSE UNBEARABLE</p> <p>17 SPREADING RADIATING PENETRATING PIERCING</p> <p>18 TIGHT NUMB DRAWING SQUEEZING TEARING</p> <p>19 COOL COLD FREEZING</p> <p>20 NAGGING NAUSEATING AGONIZING DREADFUL TORTURING</p> <p style="text-align: center;">PPI</p> <p>0 NO PAIN 1 MILD 2 DISCOMFORTING 3 DISTRESSING 4 HORRIBLE 5 EXGRUCIATING</p>
---	--

BRIEF _____	RHYTHMIC _____	CONTINUOUS _____
MOMENTARY _____	PERIODIC _____	STEADY _____
TRANSIENT _____	INTERMITTENT _____	CONSTANT _____



COMMENTS:

Figura 4. Fuente: Rodriguez de la Torre R. Generalidades del dolor. [VIII Curso básico de formación en dolor: resúmenes de presentaciones y talleres cedidos por los ponentes]. XIII congreso de la asociación andaluza del dolor y asistencia continuada 2014.

❖ Test de Lattinen

Muy empleado en nuestro país debido a su lenguaje fácil y comprensión para el paciente. Las valoraciones se obtienen por la suma de la puntuación asignada a cada uno de los cinco grupos de cuatro preguntas, pudiendo ser alcanzado un máximo de 20 puntos que nos informaran sobre aspectos como: la intensidad subjetiva del dolor, la frecuencia de la presentación del mismo, el consumo de analgésicos, la discapacidad causada por el dolor y por último la influencia del dolor sobre el reposo y descanso nocturno.

Fecha	Día, mes, año	
Intensidad del dolor	Ligero	1
	Molesto	2
	Intenso	3
	Insoportable	4
Frecuencia del dolor	Raramente	1
	Frecuente	2
	Muy frecuente	3
	Continuo	4
Consumo de analgésicos	Ocasionalmente	1
	Regular y pocos	2
	Regular y muchos	3
	Muchísimos	4
Incapacidad	Ligera	1
	Moderada	2
	Ayuda necesaria	3
	Total	4
Horas de sueño	Normal	0
	Despierta alguna vez	1
	Despierta varias veces	2
	Insomnio	3
	Sedantes	+1
TOTAL	VALOR INDICATIVO	

Lattinen

Figura 5. Fuente: Rodríguez de la Torre R. Generalidades del dolor. [VIII Curso básico de formación en dolor: resúmenes de presentaciones y talleres cedidos por los ponentes]. XIII congreso de la asociación andaluza del dolor y asistencia continuada 2014.

○ Evaluaciones conductuales.

Existen muchas conductas claramente indicadoras de la experiencia dolorosa. La observación de estos hechos puede ser efectuada tanto por personas cercanas al paciente como por personal sanitario cualificado.

- Métodos fisiológicos.

Los métodos fisiológicos nos permiten obtener parámetros que valoren objetivamente el dolor. Su mayor utilidad se debe a la asociación a otras medidas cognitivas o conductuales. Con estos métodos se trata de medir las respuestas fisiológicas como índice del dolor. La medición de las respuestas psicofisiológicas del sistema nervioso autónomo, cuando el dolor se acompaña de manifestaciones vegetativas que se traducen en hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Se han intentado determinar índices como la tensión arterial, la frecuencia cardíaca, la sudoración, etc., pero sin éxito para establecer una correlación con el dolor. Por otro lado, el estudio de los potenciales evocados, se ha comprobado un aumento de la amplitud de las ondas cerebrales correlacionándose con la intensidad del dolor y una disminución de las ondas al administrar analgésicos. Y por último la determinación de catecolaminas, reflejos nociceptivos de flexión, etc. (3,5,6)

VALORACIÓN DEL DOLOR EN LA DEMENCIA.

Actualmente, la demencia tipo Alzheimer es la primera causa de demencia en el anciano, seguida de la demencia vascular. El diagnóstico de la demencia en la persona mayor constituye un importante objetivo en Geriátrica, no sólo por las implicaciones de manejo global (cognitivo, conductual, funcional, y social) que conlleva, sino también por el aspecto ético-legal acompañante.

Estos son los criterios diagnósticos de demencia del DSM-IV:

- Desarrollo de déficit cognoscitivos múltiples que se manifiestan por:
 - Alteraciones de la memoria (alteración de la capacidad de aprender nueva información o recordar información previamente aprendida).
 - Una o más de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
 - Afasia
 - Apraxia
 - Agnosia
 - Alteración de la función ejecutiva (capacidad para el pensamiento abstracto y para planificar, iniciar, secuenciar, monitorizar y detener un comportamiento complejo)
- Los defectos cognoscitivos de estos criterios han de ser lo suficientemente graves como para provocar un deterioro significativo de la actividad social y laboral.

Estos ítems representan un déficit respecto a un nivel previo.

La demencia es uno de los ejemplos más evidentes de enfermedad degenerativa crónica, con un periodo más o menos largo de enfermedad, con progresivo empeoramiento cognitivo y físico, que conlleva importantes repercusiones en la calidad de vida del enfermo y de sus cuidadores.

La atención a la frecuente asociación dolor y demencia, es relativamente nueva, prestando especial interés en los últimos años y apareciendo poco a poco estudios en esta población diana. (7)

- Feldt ha creado una lista de indicadores no verbales que incluye: gemidos, muecas, nerviosismo y frotamientos. Esta escala está basada en comportamientos más frecuentes que han sido citados por otros investigadores.
- Kovach identificó los signos de disconfort en los últimos estadios de la demencia como lenguaje corporal en tensión, expresiones faciales de pena, nerviosismo, verbalizaciones perseverantes y estallidos verbales.
- La escala de disconfort de la demencia tipo Alzheimer DS-DAT (Discomfort Scale-Dementia of the Alzheimer Type): Se anotan comportamientos como respiración ruidosa, negativa a la vocalización, expresiones faciales de satisfacción, expresiones faciales de tristeza, de temor, nerviosismo. Estas áreas se puntúan en términos de intensidad, frecuencia y duración y se obtiene una puntuación total que correspondería con el nivel de dolor.
- FLACC (“face, legs, activity, crying, consolability”) se ha propuesto como otra alternativa que puede usarse en población geriátrica sin capacidad de expresarse verbalmente aunque inicialmente se desarrolló para pacientes pediátricos. (8)
- PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia: Asistencia del Dolor en la Demencia Avanzada). “Esta escala abarca aspectos no verbales y de respuesta vegetativa, tales como tipo de respiración, verbalización, expresión facial, lenguaje corporal, consolabilidad.(9)
- DOLOPLUS. Se utiliza a pacientes mayores de 65 años con trastornos de la comunicación. Valorará las reacciones somáticas, psicomotoras y psicosociales. (10). Es la más empleada por enfermería.
- NOPPAIN para valorar las conductas con dolor en pacientes con demencia en distintos grados. (11)
- La escala PADE valora tres grandes áreas (física, global y funcional).
- La escala RAPID está compuesta por 18 ítems, los cuales valorarán diferentes áreas como la autonómica, postural y emocional y de comportamiento. (10)

TRATAMIENTO

- Tratamiento farmacológico
 - Escala analgésica de la OMS

TABLA II			
Escala analgésica de la O.M.S.			
		Escalón III	Escalón IV
Escalón I	Escalón II	Opioides potentes ± Coanalgésicos ± Escalón I	Métodos Invasivos ± Coanalgésicos
Analgésicos no opioides ± Coanalgésicos	Opioides débiles ± Coanalgésicos ± Escalón I	-----	
-----	-----	--	
Paracetamol AINE Metamizol	- Codeína Tramadol	Morfina Oxicodona Fentanilo Metadona Buprenorfina	

Existen unas normas de uso de la escala analgésica:

1. La cuantificación de la intensidad del dolor es esencial en el manejo y seguimiento del dolor. Generalmente se utilizan escalas unidimensionales como la escala verbal numérica o la escala visual analógica (EVA).
2. La subida de escalón depende del fallo al escalón anterior. En primer lugar se prescriben los analgésicos del primer escalón. Si no mejora, se pasará a los analgésicos del segundo escalón, combinados con los del primer escalón más algún coadyuvante si es necesario. Si no mejora el paciente, se iniciarán los opioides potentes, combinados con los del primer escalón, con el coadyuvante si es necesario.
3. Si hay fallo en un escalón el intercambio entre fármacos del mismo escalón puede no mejorar la analgesia (excepto en el escalón 3).
4. Si el segundo escalón no es eficaz, no demorar la subida al tercer escalón.
5. La prescripción de co-analgésicos se basa en la causa del dolor y se deben mantener cuando se sube de escalón.
6. No mezclar los opioides débiles con los potentes.
7. Prescribir cobertura analgésica del dolor irruptivo.

Los enfermos con dolor leve son indicación de tratamiento con fármacos como el Paracetamol, Aspirina u otros analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (primer escalón). Estos agentes presentan techo terapéutico: una vez alcanzada la dosis máxima recomendada, el incremento de la dosis no produce mayor analgesia. La Sociedad Americana del Dolor recomienda que todos los regímenes analgésicos deben incluir un fármaco no opioide aunque el dolor sea suficientemente intenso como para añadir un analgésico opioide.

El dolor moderado se puede beneficiar de un tratamiento con opioides menores como la codeína. Se utilizan conjuntamente con analgésicos no opioides, ya que pueden ser aditivos o sinérgicos. Los opiáceos actúan a través de receptores en el sistema nervioso central, mientras que los analgésicos no opioides ejercen su acción en la periferia (segundo escalón).

Los enfermos con dolor severo necesitan tratamiento con opioides mayores como la morfina, fentanilo y la oxicodona de liberación retardada (tercer escalón). Los agonistas puros (morfina, metadona y fentanilo) no tienen techo analgésico a diferencia de los agonistas parciales (buprenorfina).

Cuando no se obtiene una analgesia adecuada con opioides sistémicos, debe considerarse el cuarto escalón que incluye procedimientos como la analgesia continua espinal o epidural, bloqueo de nervios periféricos, bloqueo simpático, etc.

Los coadyuvantes aumentan la eficacia analgésica, se utilizan en el manejo de síntomas concurrentes que exacerban el dolor y para tipos específicos

de dolor como el neuropático. Se indican en cualquier escalón si el tipo de dolor lo precisa. (6)

- Tratamiento quirúrgico
 - Cordectomía, neurectomía, simpatectomía, rizotomía.
- Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea
- Terapias complementarias
 - Acupuntura
 - Bioretroalimentación
 - Relajación
 - Distracción (5)

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

El diagnóstico de enfermería se realizara tomando la duración del dolor como indicador. Por ello encontraremos dos diagnósticos de enfermería NANDA diferentes: Dolor agudo y dolor crónico.

Dolor agudo

Definición: experiencia sensorial y emocional desagradable producida por un daño tisular real o potencial o descrita según dicho daño (Asociación internacional para el Estudio del Dolor); comienzo repentino o gradual con una intensidad de suave a elevada con un fin anticipado o predecible y una duración de menos de seis meses.

- Características definitorias.
 - Subjetivas.
 - Informe oral o codificado (del dolor).
 - Objetivas.
 - Actitud en guardia o gestos de protección.
 - Atención centrada en uno mismo.
 - Atención limitada (Por ejemplo: Percepción temporal alterada, disminución de los procesos cognitivos, reducción de la interacción con las personas y el entorno).
 - Cambio en el tono muscular (puede variar entre languidez y rigidez).
 - Cambios en el apetito.
 - Comportamiento de distracción (Por ejemplo: movimiento, búsqueda de otras personas o actividades, actividades repetitivas).
 - Comportamiento expresivo (Por ejemplo: Inquietud, quejas, lloros, estado de alerta, irritabilidad, suspiros).
 - Mascara facial de dolor.
 - Observaciones de evidencias de dolor.
 - Posicionamiento de evidencias de dolor.
 - Problemas para dormir (ausencia de brillo ocular, aspecto cansado, movimientos fijos o dispersos, mueca)
 - Respuestas autónomas (Por ejemplo: Sudoración, cambios en la presión sanguínea, respiración o pulso, dilatación de las pupilas)
 - Otras características definitorias (no recogidas en NANDA internacional).
 - Atención limitada.
 - Comunicación de descriptores de dolor (Por ejemplo: molestias, náuseas, sudores nocturnos, calambres musculares, picor cutáneo, entumecimiento, hormigueo de las extremidades).

- Muecas.
 - Palidez.
 - Retraimiento.
- Factores relacionados.
 - Agentes nocivos (Por ejemplo: biológicos, químicos, físicos, psicológicos).
- Sugerencias de uso.

El dolor agudo puede diagnosticarse por lo que afirma el propio paciente, ya que, algunas veces, éste es el único signo de dolor agudo. Ninguna de las demás características definitorias por sí sola sería suficiente para diagnosticar dolor agudo. Los factores relacionados indican que un paciente puede sufrir de dolor agudo tanto física como psicológicamente. Convendría añadir la opinión de un calificador a este diagnóstico para indicar la gravedad, ubicación y naturaleza del dolor.

Es importante distinguir entre el dolor agudo y el dolor crónico, ya que los objetivos de las actividades de enfermería son diferentes para cada uno. El dolor agudo (por ejemplo: tras una incisión quirúrgica) suele ser un problema conjunto que se soluciona principalmente administrando analgésicos opioides. Hay varias intervenciones de enfermería independientes para dolor agudo, como enseñar al paciente a inmovilizar la incisión al moverse, pero estas intervenciones no ofrecen por sí mismas un alivio adecuado del dolor. El profesional de enfermería tiene un papel más activo al enseñar a los pacientes a gestionar su problema en caso de dolor crónico. Cuando el dolor es agudo o está causado por un elemento que no puede tratarse mediante una intervención de enfermería (por ejemplo: una incisión quirúrgica), puede ser una etiología y no un problema.

La comparación se muestra en la tabla a continuación, que sirve de claro distintivo entre dolor agudo y crónico.

Tabla 3: Características definitorias. (12)	Dolor agudo	Dolor crónico
Duración inferior a 6 meses.	x	
Duración superior a 6 meses.		x
Respuestas autónomas, como palidez, aumento de los signos vitales y sudoración.	x	
Cambios de la personalidad.		x
Pérdida de peso.		x

El dolor también puede ser la etiología (es decir, factor relacionado) de otros diagnósticos de enfermería.

Resultados NOC.

- Control del dolor: Acciones personales para controlar el dolor.
- Nivel de comodidad: Alcance de la percepción positiva del confort físico y psicológico.
- Nivel del dolor: Gravedad del dolor observado o referido.

Intervenciones NIC.

- Administración de analgésicos: Uso de agentes farmacológicos para reducir o eliminar el dolor.
- Gestión de la medicación: Fomento de un uso seguro y eficaz de los medicamentos prescritos y sin receta.
- Gestión de la sedación: Administración de sedantes, control de la respuesta del paciente y ofrecimiento de la asistencia fisiológica necesaria durante un procedimiento diagnóstico o terapéutico.
- Gestión del dolor: Alivio del dolor o reducción del dolor hasta un nivel que el paciente pueda soportar.
- Instruir en la analgesia controlada por el paciente: Facilitación del control del paciente sobre la administración y regulación de analgésicos.

Actividades de enfermería.

- Valoración.
 - Emplear un autoinforme como primera opción para obtener información de evaluación.
 - Preguntar al paciente cuál es su nivel de dolor o incomodidad en una escala del 0 al 10 (0 = ausencia de dolor, molestia, 10 = el mayor dolor).
 - Utilizar un gráfico de flujo del dolor para supervisar el alivio del dolor debido a los analgésicos y los posibles efectos secundarios.
 - Valorar el impacto de la religión, la cultura, las creencias y las circunstancias en el dolor y las respuestas del paciente.
 - Al valorar el dolor del paciente, emplear términos adaptados a la edad y nivel de desarrollo del paciente.
 - (NIC) Gestión del dolor:
Realizar una valoración completa del dolor en la que se incluya la ubicación, características, aparición y duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor, así como los elementos que lo favorecen. Observar los elementos no verbales de incomodidad, especialmente en las personas que no sean capaces de comunicarse de manera eficaz.
- Educación del paciente y la familia.
 - Al dar el alta, incluir en las instrucciones la medicación específica que se ha de tomar, la frecuencia de administración, los posibles efectos secundarios, las posibles interacciones de los medicamentos, las precauciones específicas que se deben tener al tomar la medicación (Por ejemplo: limitaciones de la actividad física, restricciones de la dieta) y el nombre de la persona a la que notificar en caso de que el dolor no se alivie.
 - Indicar al paciente que informe al profesional de enfermería si no consigue aliviar el dolor.
 - Informar al paciente de los procedimientos que pueden aumentar el dolor y sugerir acciones para hacerles frente.
 - Corregir las ideas erróneas que tenga el paciente sobre los analgésicos opioides (Por ejemplo: Riesgos de adicción y sobredosis).

- (NIC) Gestión del dolor:
Ofrecer Información sobre el dolor, como las causas del dolor, la duración que tendrá y las molestias derivadas de los procedimientos que se realizarán.
- (NIC) Gestión del dolor:
Indicar el uso de técnicas no farmacológicas (Por ejemplo: bioinformación, estimulación eléctrica transcutánea (TENS), hipnosis, relajación, control mental, musicoterapia, distracción, terapia de juegos, terapia de actividades, acupuntura, aplicación de calor o frío y masajes) antes, después y, si fuera posible durante las actividades dolorosas; antes de que el dolor se produzca o aumente, y de forma paralela a otras medidas de alivio del dolor.
- Actividades auxiliares.
 - Gestionar el dolor postoperatorio inmediato con el opioide establecido o la analgesia controlada por el paciente.
 - (NIC) Gestión del dolor:
Emplear medidas de control antes de que el dolor se agrave.

Informar al médico si las medidas no surten efecto o si la queja actual supone un cambio significativo de la anterior experiencia de dolor del paciente.
- Otras.
 - Ajustar la frecuencia de la dosis según se indique tras la valoración del dolor y de los efectos secundarios.
 - Ayudar al paciente a identificar las medidas de comodidad que funcionaron anteriormente, como la distracción, la relajación o la aplicación de frío o calor.
 - Cubrir las necesidades de comodidad y realizar otras actividades que ayuden a la relajación, incluidas las medidas siguientes.
 - Ofrecer un cambio de posición, un masaje de espalda y relajación.
 - Cambiar la ropa de cama, según proceda.
 - Ofrecer cuidados de un modo pausado y positivo.
 - Implicar al paciente en decisiones relativas a las actividades de cuidados.
 - Ayudar al paciente a centrarse en las actividades en lugar de en el dolor y la incomodidad, ofreciéndole diversión a través de televisión, radio, cintas y visitas.
 - Emplear un enfoque positivo para optimizar la respuesta del paciente a los analgésicos (Por ejemplo: "Esto le ayudará a aliviar el dolor").
 - Explorar las sensaciones de miedo a la adicción; para tranquilizar al paciente, preguntar: "Si ya no sintiera este dolor, ¿seguiría queriendo tomar este fármaco?"

- (NIC) Gestión del dolor:

Involucrar a la familia en el alivio del dolor, si es posible.

Controlar los factores ambientales que pueden influir en la respuesta del paciente a las incomodidades (Por ejemplo: Temperatura ambiente, iluminación y ruidos).

Ofrecer analgésicos previos al tratamiento o estrategias no farmacológicas antes de los procedimientos dolorosos.

Dolor crónico

Definición: experiencia sensorial y emocional desagradable producida por un daño tisular real o potencial o descrita según dicho daño (Asociación internacional para el Estudio del Dolor); comienzo repentino o gradual con una intensidad de suave a elevada, constante o recurrente, con un fin anticipado o predecible y una duración de más de seis meses.

- Características definitorias.

Informe verbal o codificado u observaciones de evidencias de lo siguiente:

- Subjetivas.

- Depresión.
- Fatiga.
- Miedo a sufrir otra lesión.

- Objetivas.

- Alteración de la capacidad de continuar con la actividad previa.
- Anorexia.
- Atención centrada en uno mismo.
- Atrofia del grupo muscular implicado.
- Cambios de peso.
- Cambios en el patrón de sueño.
- Comportamiento alerta.
- Inquietud.
- Irritabilidad.
- Máscara facial.
- Observación de comportamiento de protección.
- Reducción de la interacción con otras personas.
- Respuestas de origen receptivo (Por ejemplo: Fiebre, frío, cambios de posición corporal, hipersensibilidad).

- Factores relacionados.

Discapacidad física o psicosocial crónica (Por ejemplo: Cáncer metastásico, lesión neurológica, artritis).

- Sugerencias de uso.

Las indicaciones para el uso de este diagnóstico son las mismas descritas anteriormente para el dolor agudo.

Resultados NOC.

- Control de la depresión: acciones personales para minimizar la tristeza y mantener el interés por los sucesos diarios.
- Control del dolor: acciones personales para controlar el dolor.
- Dolor: efectos nocivos: gravedad de los efectos nocivos observados o referidos del dolor crónico en el funcionamiento diario.

- Dolor: respuesta psicológica adversa: gravedad de las respuestas adversas cognitivas y emocionales observadas o referidas ante el dolor físico.
- Nivel de comodidad: alcance de la percepción positiva del confort físico y psicológico.
- Nivel de depresión: gravedad del estado de tristeza y de pérdida de interés por los sucesos diarios.
- Nivel del dolor: gravedad del dolor observado o referido.

Intervenciones NIC.

- Administración de analgésicos: uso de agentes farmacológicos para reducir o eliminar el dolor.
- Facilitar la autorresponsabilidad: ayudar al paciente a asumir una mayor responsabilidad con respecto a su propio comportamiento.
- Gestión de la medicación: fomento de un uso seguro y eficaz de los medicamentos prescritos y sin receta.
- Gestión del dolor: Alivio del dolor o reducción del dolor hasta un nivel que el paciente pueda soportar.
- Gestión del humor: ofrecimiento de seguridad, estabilización, recuperación y mantenimiento de un paciente que experimenta un humor depresivo o elevado disfuncional.
- Instruir en la analgesia controlada por el paciente: Facilitación del control del paciente sobre la administración y regulación de analgésicos.
- Mejorar el afrontamiento: ayuda a un paciente para adaptarse a los elementos de estrés, los cambios o las amenazas percibidos que interfieran con los requisitos y los roles de su vida.
- Modificación de conducta: fomento de un cambio de conducta.
- Pactar con el enfermo: negociación de un acuerdo con una persona para reforzar un cambio de comportamiento determinado.
- Reestructuración cognitiva: animar a un paciente a cambiar los patrones de pensamiento distorsionados y verse a sí mismo y al mundo que le rodea de un modo más realista.

Actividades de enfermería. (Validas aquellas aplicadas en el dolor agudo)

- Valoración.
 - Valorar y documentar los efectos de un uso prolongado de los medicamentos.
 - (NIC) Gestión del dolor:

Controlar la satisfacción del paciente con respecto a la gestión del dolor a intervalos determinados.

Determinar el impacto del dolor en la calidad de vida (Por ejemplo: Sueño, apetito, actividad, cognición, humor, relaciones, rendimiento en el trabajo y responsabilidades).

- Educación del paciente y de la familia.
 - Indicar al paciente que es posible que el alivio total del dolor no sea posible.
- Actividades auxiliares.
 - Iniciar una conversación sobre la planificación de los cuidados multidisciplinares del paciente.
 - (NIC) Gestión del dolor:

Considerar la posibilidad de remitir al paciente, a los familiares y a personas cercanas a grupos de apoyo y otros recursos, según proceda.
- Otras.
 - Ofrecer al paciente medidas de alivio del dolor para complementar la medicación contra el dolor (Por ejemplo: bioinformación, técnicas de relajación, masajes de espalda).
 - Ayudar al paciente a identificar un nivel de dolor razonable y aceptable.
 - (NIC) Gestión del dolor.
 - Fomentar un descanso y un sueño adecuados para facilitar el alivio del dolor.
 - Mediar al paciente antes de una actividad para aumentar su participación, pero evaluar el peligro de la sedación.

Recomendaciones para personas mayores.

- Tener en cuenta que las personas mayores muestran un aumento de la sensibilidad ante los efectos analgésicos de los opioides, con un efecto pico más elevado y una mayor duración del alivio del dolor.
 - Estar alerta ante posibles interacciones entre diferentes fármacos y entre fármacos y enfermedades en el caso de personas mayores, ya que suelen presentar múltiples afecciones y toman muchos medicamentos.
 - Reconocer que el dolor no es una parte normal del proceso de envejecimiento.
 - Prever la reducción de la dosis habitual de opioides a las personas mayores, ya que se muestran más sensibles a estos.
 - Evitar el uso de petidina (Demerol) y propoxifeno (Darvon) u otros fármacos que se metabolizan principalmente en el riñón.
 - Evitar el uso de fármacos con una larga vida media debido al aumento de la probabilidad de toxicidad a causa de la acumulación de fármacos.
 - Al hablar del dolor, asegurarse de que el paciente puede oírle y ver cualquier escala de dolor por escrito.
 - Al ofrecer información sobre medicamentos, repetir la información tanto como sea necesario; dejar información por escrito al paciente.
 - Valorar las interacciones de los fármacos, incluidos los medicamentos sin receta.
- (12)

DISCUSIÓN

Actualmente vivimos en una sociedad donde la población anciana ocupa un gran porcentaje y el dolor es un problema que encontramos con frecuencia en este grupo poblacional. Es la causa principal de visita al sistema sanitario. Pero, aun así, se observan pocos estudios que aborden el tema.

La previsión del crecimiento poblacional actual, nos orienta a crear sistemas para el abordaje del dolor en este grupo específico. Detectando un dolor precozmente se hará un mejor abordaje terapéutico, así como proporcionar una mejoría en la calidad de vida.

El dolor ha estado estrechamente unido a la vida, durante toda la historia de la humanidad. Ha interesado a todas las civilizaciones, todos ellos han buscado una u otra forma para identificarlo y tratarlo y ahora con la tendencia al envejecimiento poblacional se abre un nuevo campo de estudio.

La valoración geriátrica es parte fundamental en el quehacer de la asistencia especializada dirigida a los ancianos, y uno de los elementos fundamentales en términos de prevención de la incapacidad y la dependencia de los mayores hospitalizados.

El problema es la actual escasez de personal sanitario en el entorno sanitario. Esta escasez es especialmente notoria en el personal de enfermería.

Por ello, la finalidad de este trabajo es proveer al profesional sanitario de una escala sencilla para la evaluación del dolor en pacientes institucionalizados para un mejor manejo del dolor. Una escala sencilla y rápida de aplicar para que el cada vez más saturado personal de enfermería pueda emplearla de forma rápida y eficaz. Siendo un instrumento adaptado al grupo poblacional que nos ocupa: el paciente geriátrico. Por ello haremos una simplificación del lenguaje y lo haremos visualmente agradable.

Propuesta de escala

El contenido de las premisas que engloba este cuestionario para la evaluación del dolor en el anciano se ha elaborado de forma racional a partir de conductas propuestas en la literatura. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y se han encontrado distintos cuestionarios. La información localizada ha servido para la selección de ítems y creación de un dossier para la evaluación del dolor en ancianos institucionalizados.

La valoración geriátrica es parte fundamental en el quehacer de la asistencia especializada dirigida a los ancianos, y uno de los elementos fundamentales en términos de prevención de la incapacidad y la dependencia de los mayores hospitalizados. Mediante esta técnica se pretende detectar el dolor de un modo precoz.

Para ello se dispone de la historia clínica habitual y diversas pruebas o escalas diseñadas para medir la capacidad funcional y cognoscitiva de los sujetos mayores evaluados y otros aspectos relacionados con su salud, como son la nutrición o los órganos de los sentidos.

A continuación se procede a presentar una nueva escala sencilla para la valoración del dolor en pacientes institucionalizados.

Para ello comenzaremos rellenando un cajetín con datos identificativos:

DATOS GENERALES	
Datos de identificación:	Nombre paciente:
	Numero historia clínica:
	Profesional de referencia:
	Centro:
	Fecha y hora de valoración:
Datos clínicos:	Motivo de ingreso:
	Diagnósticos principales:
	Diagnósticos secundarios/patología crónica:
	Sí existe demencia cual y en qué grado: (según escala GDS)
	*GDS (anexo 1)
	Fármacos y dosis:
	Puntos significativos historia álgica
Otras observaciones de interés:	

A la hora de evaluar el dolor en un anciano que no presente demencia podemos usar las escalas habituales. Ya que la autoevaluación mediante escalas simples es el indicador más fiable para el dolor, incluso en personas que presentan deterioro cognitivo leve.

Teniendo en cuenta la gran cantidad de comorbilidad existente, es interesante indagar en el dolor actual, en episodios anteriores similares y problemas médicos presentes en el momento de la evaluación.

En el caso en que el profesional sanitario así lo decida se realizara un examen físico para complementar los datos obtenidos mediante anamnesis.

Las escalas empleadas habitualmente presentan descriptores que pueden resultar difíciles de entender entre los ancianos. Por ello, pese a que a continuación se expone un modelo simple de escala para la valoración del dolor, se recomienda estar abierto al uso de sinónimos y a la adaptación de conceptos para que la indagación sea lo más precisa posible. Por ello, una vez que identifiquemos la palabra o lenguaje con que el paciente describe su dolor de forma más acertada, siempre debemos emplearla durante toda la entrevista.

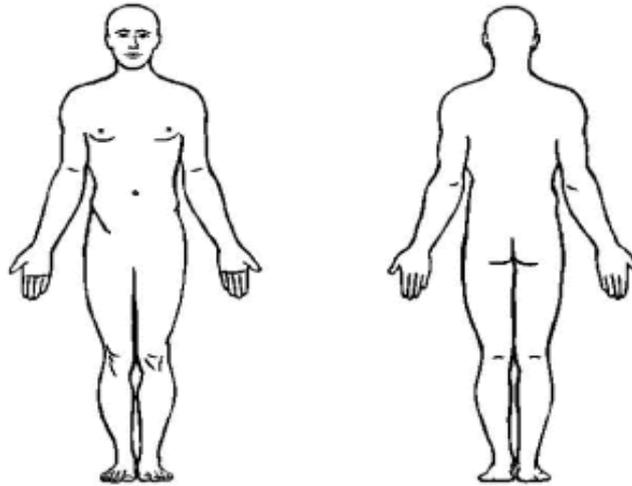
Las personas ancianas, especialmente aquellas que puedan presentar alguna demencia leve, pueden precisar más tiempo para la correcta resolución de las cuestiones. Por ello se recomienda tener una actitud paciente y abierta a realizar aclaraciones, pero siempre dejando un margen paciente para que el paciente responda con tranquilidad.

CUESTIONARIO PACIENTES COOPERADORES

Localización

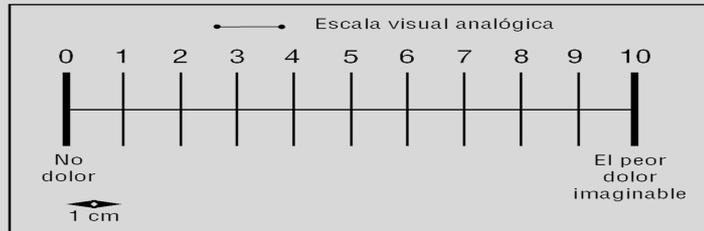
Marque con un círculo aquellos puntos en los que sienta dolor.

Marque con una X los puntos en los que el dolor sea más fuerte.



Intensidad

Indique cual es el nivel de dolor que presenta en este momento.



¿Con que intensidad?

- Ligero
- Molesto
- Intenso
- Insoportable

Periodicidad

¿Con que periodicidad lo siente?

- Ocasionalmente
- Frecuentemente
- Asiduamente
- Continuamente

Antecedentes

¿Ha sentido previamente esta clase de dolor?



¿Ha sido capaz de calmarlo de alguna forma?



¿Sí la anterior respuesta ha sido afirmativa, de qué manera?



Efectos secundarios

¿De qué forma afecta a su vida diaria?



¿Descansa usted de forma adecuada?



Posible etiología

¿Presenta usted alguno de estos problemas?

- Diabetes.
- Úlceras por decúbito.
- Problemas dentales.
- Contracturas.
- Enfermedad articular degenerativa.
- Artritis reumatoide.
- Fracturas previas.
- Osteoporosis.

En caso de que el paciente presente demencia en estadios más avanzados, el profesional sanitario encargado de hacer una valoración ha de fijarse en indicadores no verbales. Ha de estar atento y en caso de que aparezcan signos de inquietud, actitud extremadamente protectora, expresiones faciales de malestar, otras expresiones tales como gritos, llantos o gemidos, proceder al uso de la escala.

Otra indicación para el uso de la escala es la alteración de las constantes vitales, ha de llevarse un control riguroso de las mismas y prestar atención a cambios en la TA, FC o RPM.

La escala puede ser empleada siempre y cuando el profesional sanitario lo crea necesario.

CUESTIONARIO PACIENTES NO COOPERADORES		
Presenta tres o más de los siguientes indicadores:	Boca cerrada	
	Labio superior montado	
	Ceño fruncido	
	Gemidos	
	Gritos	
	Llanto	
	Movimientos incoordinados	
	Actitud de lucha	
	Puños cerrados	
	Puños muy difíciles de abrir	
	Vagabundeo	
	Sudoración de manos / difusa	
	Insomnio	
	Despertar nocturno	
	Disminución de la interacción	
	Negativa a comer	
Presenta alguno de los siguientes indicadores.	Reacciones de defensa.	
	Expresión facial de dolor	
	Negativa a la movilización	
	Posición antialgica	

CONCLUSIONES

- El dolor es un problema frecuente en la población anciana.
- Su correcta valoración es indispensable para un tratamiento precoz.
- Hay distintos métodos para evaluar el dolor pero son pocos los que están adaptados a ancianos.
- El lenguaje empleado ha de ser simple y adaptable.
- La escala ha de ser intuitiva y rápida de aplicar.

VALIDEZ Y JUSTIFICACIÓN ÉTICA DEL ESTUDIO

Este proyecto contempla la selección de beneficiarios de forma equitativa teniendo en cuenta la edad del sujeto (paciente geriátrico) y su condición (encontrarse institucionalizado) para la vigilancia continua por parte del personal sanitario y el uso de la escala para la valoración del dolor propuesta con anterioridad.

La elección de escala se hará teniendo en cuenta la presencia de demencia o no y el grado en que esta se presente.

Este proyecto de escala no presenta ningún conflicto de intereses, ya que para su realización se ha empleado revisión bibliográfica. En ningún caso ha sido probada en pacientes reales.

El diseño propuesto es científicamente válido.

BIBLIOGRAFÍA.

- (1) Fuden [Sede web]. Observatorio, metodología enfermera. [acceso 24 de abril de 2014]. Valoración de enfermería. Disponible en:
http://www.ome.es/media/docs/G1-Doc.%20Valoraci%C3%B3n_enfermera.pdf
- (2) Palacios D. Dolor en la demencia: Visión de la familia. Revista de Enfermería Gerontológica 2010; vol 14: 28-33.
- (3) Rodríguez de la Torre R. Generalidades del dolor. [VIII Curso básico de formación en dolor: resúmenes de presentaciones y talleres cedidos por los ponentes]. XIII congreso de la asociación andaluza del dolor y asistencia continuada 2014.
- (4) Organización Mundial de la Salud [Sede web]. Centro de prensa; 2012 [acceso 2 de mayo de 2014]. Demencia. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- (5) Montes Y. Manejo del paciente con dolor. Enfermería del adulto y del anciano. [Clase]. Universidad Pública de Navarra; 2011
- (6) Puebla F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. Oncología (Barc.). 2005, vol.28 (3): 33-37.
- (7) Gomez FJ. Dolor y demencia. Catedra Extraordinaria del Dolor "Fundación Gruenthal" de la Universidad de Salamanca 2004; 23-38
- (8) Rodríguez J. Valoración del dolor en el anciano. Catedra Extraordinaria del Dolor "Fundación Gruenthal" de la Universidad de Salamanca 2004; 17-22
- (9) Álaba J, Arriola E. Prevalencia de dolor en pacientes geriátricos institucionalizados. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2009; 16(6): 344-351. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462009000600007
- (10) Alaba J., Arriola E., Navarro A., González M. F., Buiza C., Hernández C. et al . Demencia y dolor. Rev. Soc. Esp. Dolor 2011 Jun; 18(3): 176-186. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462011000300005&script=sci_arttext
- (11) Baeza R. Desarrollo de un instrumento para la valoración del dolor en personas con trastorno cognitivo grave: la escala de Evaluación del Dolor en Ancianos con Demencia (EDAD). [Tesis Doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Departament de Psiquiatria i Medicina Legal; 2006.
- (12) Wilkinson JM, Ahern NR. Manual de diagnósticos de enfermería. 9ª ed. Pearson. Prentice Hall; 2008

Otro material de consulta:

- López A. Dolor y ancianidad en el Mundo Antiguo. Revista de Enfermería Gerontológica 2010; vol 14: 7-19.
- López A. Dolor en el anciano. Revista de Enfermería Gerontológica 2010; vol 14: 21-23.
- Peñafiel A. Valoración del dolor en la demencia. Revista de Enfermería Gerontológica 2010; vol 14: 24-27.
- Montealegre L. Valoración-Evaluación del dolor en los ancianos. Revista de Enfermería Gerontológica 2010, vol 14: 34-37.
- Ruiz A, Iranzo JM. Evaluación del dolor en pacientes con demencia ingresados en un hospital de agudos. Revista Sociedad Española del Dolor 2001; vol 8: 392-396.
- Malouf J, Baños JE. La evaluación clínica del dolor. Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria 2006; vol 10.
- Malouf J. Tratamiento del dolor en pacientes hospitalizados: relación entre satisfacción y tratamiento analgésico. [Tesis Doctoral]. Universitat Pompeu Fabra. Departament de Ciències Experimentals i de la Salut; 2011

ANEXO 1: La Escala Global del Deterioro para la Evaluación de la Demencia Primaria Degenerativa (GDS)

Diagnóstico	Fase	Señales y Síntomas
Falta de demencia	Fase 1: Ningún declive cognitivo	En esta fase la persona tiene una función normal, no experimenta la pérdida de la memoria, y es sano mentalmente. Gente que no tiene la demencia sería considerada estar en la Fase 1.
Falta de demencia	Fase 2: Un declive cognitivo muy leve	Esta fase se usa para describir el olvido normal asociado con el envejecimiento; por ejemplo, olvidarse de los nombres y de donde se ubican los objetos familiares. Los síntomas no son evidentes a los seres queridos ni al médico.
Falta de demencia	Fase 3: Declive cognitivo leve	Esta etapa incluye la falta de memoria creciente, dificultad leve que concentra, funcionamiento de trabajo disminuido. La gente puede conseguir perdió más a menudo o tiene dificultad que encuentra las palabras correctas. En esta etapa, un person' s amados comenzará a notar una declinación cognoscitiva. Duración media: 7 años antes del inicio de la demencia
Etapa temprana	Fase 4: Declive cognitivo moderado	Esta etapa incluye dificultades de concentrarse, una disminución de la habilidad de acordarse de los eventos recientes, y dificultades de manejar las finanzas o de viajar solo a lugares nuevos. La gente tiene problemas llevando a cabo eficientemente/con precisión las tareas complejas. Puede no querer reconocer sus síntomas. También la gente puede recluirse de los amigos y de la familia porque las interacciones sociales se hacen más difíciles. En esta etapa un médico puede notar problemas cognitivos muy claros durante una evaluación y entrevista con el paciente. Duración promedia: 2 años.

Etapa media	Fase 5: Declive cognitivo moderadamente severo	Gente en esta fase tiene deficiencias serias de la memoria y necesita ayuda a completar las actividades diarias (vestirse, bañarse, preparar la comida). La pérdida de la memoria se destaca más que antes y puede incluir aspectos importantes de la vida actual; por ejemplo, puede ser que la persona no recuerda su domicilio o número de teléfono. También puede que no sepa la hora, el día, o donde está. Duración promedio: 1,5 años.
Etapa media	Fase 6: Declive cognitivo severo (la demencia media)	Las personas en esta fase requieren ayuda extensiva a hacer las actividades diarias. Empiezan a olvidar los nombres de los miembros de la familia y tienen muy poco recuerdo de los eventos recientes. Muchas personas solamente pueden recordar algunos detalles de la vida temprana. También tienen dificultades de contar atrás de 10 y de llevar a cabo las tareas. La incontinencia (la pérdida del control de la vejiga o de los intestinos) es un problema en esta fase. Cambios de la personalidad tales como el delirio (creer algo que no es verdad), las compulsiones (repetir una actividad, como limpiar), la ansiedad o la agitación pueden ocurrir. Duración promedio: 2,5 años.
Etapa avanzada	Fase 7: Declive cognitivo muy severo (la demencia avanzada)	Las personas en esta fase esencialmente no tienen la habilidad de hablar ni de comunicarse. Requieren ayuda con la mayoría de las actividades (p.ej., usar el baño, comer). A menudo pierden las habilidades psicomotrices, por ejemplo la habilidad de caminar. Duración promedio: 2,5 años.

(Reisberg, et al., 1982; DeLeon and Reisberg, 1999)