

Valoración del dolor en los pacientes con demencia

Anne Federico, RN-C, CPAN, CCRN, MA, FNP-BC

AUNQUE TAMBIÉN es probable que haya otras enfermedades que producen dolor, los pacientes ancianos con demencia tienen menos probabilidad de recibir analgesia adecuada que los pacientes ancianos sin demencia¹⁻³.

El dolor continuo desencadena la respuesta al estrés y puede dañar los sistemas cardiovascular, pulmonar, gastrointestinal, metabólico y neuroendocrino. Los pacientes ancianos toleran peor estos efectos. Los pacientes con demencia que tienen dolor continuo pueden desarrollar problemas físicos y psicológicos, incluyendo alteración del modo de andar, anorexia, problemas de sueño, agitación, agresividad, vagabundeo, más alteración cognitiva, agresión verbal, depresión, aislamiento social e impotencia⁴.

Para manejar el dolor de su paciente, empiece con una valoración integral del dolor. Dado que el dolor es subjetivo, las indicaciones del paciente son los mejores indicadores del dolor. Muchos pacientes en un estado inicial de la demencia pueden indicar de forma fidedigna el dolor utilizando una escala analógica visual, aunque pierda su capacidad de entender las escalas de valoración de la intensidad del dolor a medida que progresa la demencia.

Incluso si su paciente no puede decir "Tengo dolor", empiece preguntando por el dolor. Las investigaciones muestran que muchos pacientes con demencia moderada a grave pueden comunicar verbalmente el dolor cuando lo sienten⁵. Utilice descriptores sencillos, como ninguno, leve, moderado o grave. Utilice términos habituales sinónimos de dolor, como inflamación, herida y malestar. Dé tiempo a los pacientes para que respondan y repita las preguntas si es necesario⁶.

Asuma y anticipe el dolor basándose en la enfermedad de su paciente, en su lesión o en el tipo de cirugía. Cuando sea posible, establezca y registre el patrón de comportamiento basal y utilícelo cuando reevalúe al paciente. Tenga presente

que los cambios de comportamiento pueden significar dolor, por lo que debe conseguir la ayuda de los familiares o de los cuidadores habituales para determinar si el comportamiento actual del paciente es distinto del habitual. Observe al paciente durante la actividad y el descanso, aunque debe recordar que los pacientes con demencia pueden tener comportamientos atípicos, como la agresividad. Consulte una lista integral de comportamientos indicativos de dolor, como las establecidas por la American Geriatrics Society (AGS)⁷.

Si no está seguro de si su paciente tiene dolor, administre analgésicos. Si el comportamiento de dolor del paciente mejora, continúe la intervención⁸.

Existen varias herramientas para valorar el dolor en los pacientes con demencia:

- The Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale, una escala observacional de cinco puntos basada en el comportamiento del paciente, recomendada por el Hartford Institute for Geriatric Nursing⁹. Las puntuaciones para la escala PAINAD van desde 0 a 10, y la puntuación mayor indica dolor más grave.
- El protocolo The Assessment of Discomfort in Dementia, que precisa que se valoren las causas físicas del dolor antes de intentar intervenciones no farmacológicas (como la distracción o el cambio de posición) antes de un estudio analgésico.
- La escala The Checklist of Nonverbal Pain Indicators, que incorpora conductas de dolor identificadas por la AGS.
- La escala The Discomfort in Dementia of the Alzheimer's Type, que ayuda a los médicos a evaluar el comportamiento en los enfermos no verbales.
- La herramienta The Faces, Legs, Activity, Crying and Consolability, otra escala de comportamiento diseñada para los pacientes preverbales y no verbales.
- El Non-communicative Patient's Pain Assessment Instrument, conocido

como NOPPAIN, es otra escala de comportamiento para los pacientes no verbales.

Optimizar el manejo del dolor puede ser especialmente difícil si su paciente tiene demencia. Sin embargo, el uso de algunas guías sencillas y las habilidades de observación pueden marcar una gran diferencia para su paciente. **N**

BIBLIOGRAFÍA

1. Cavalieri T. Pain management in the elderly. *J Am Osteopath Assoc*. 2002;102(4):481-485.
2. Morrison RS, Siu AL. A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture. *J Pain Symptom Manage*. 2000;19(4):240-248.
3. Miller LL, Nelson LL, Mezey M. Comfort and pain relief in dementia: awakening a new beneficence. *J Gerontol Nurs*. 2000;26(9):32-40.
4. Shega J, Emanuel L, Vargish L, et al. Pain in persons with dementia: complex, common, and challenging. *J Pain*. 2007;8(5):373-378.
5. Katsma DL, Souza CH. Elderly pain assessment and pain management of long-term care nurses. *Pain Manage Nurs*. 2000;1(3):88-95.
6. Heer K, Bjoro K, Decker S. Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: a state-of-the-science review. *J Pain Symptom Manage*. 2006;31(2):170-192.
7. AGS Panel on Persistent Pain in Older Adults. The management of persistent pain in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50(6):205-224.
8. Rakel B, Herr K. Assessment and treatment of postoperative pain in older adults. *J Perianesth Nurs*. 2004;19(3):194-208.
9. Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc*. 2003;4(1):9-15.

COMPLEMENTOS

Discomfort in Dementia of the Alzheimer's Type scale. http://www.compassionandsupport.org/pdfs/professionals/pain/pain_alzheimers_guide.pdf.
Massachusetts General Hospital pain resources http://www2.massgeneral.org/painrelief/MGH_Pain_Resources.htm.

Non-communicative patient's pain assessment instrument. http://www.sdfmc.org/classlibrary/page/information/datainstances/81/files/339/noppainform_1.pdf.

Anne Federico es enfermera en la unidad de reanimación posquirúrgica del New York University Hospital Center en Nueva York (Nueva York).