

Evaluación del dolor en personas mayores con capacidad verbal

Staja Q. Booker, MS, RN, y Christine Haedtke, PhD, RN

EL DOLOR ES UN MOTIVO frecuente de ingreso en el hospital para personas mayores que pueden experimentar dolor persistente (crónico) y agudo con episodios de dolor intercurrente¹. Aproximadamente el 30% de adultos de más de 60 años sufren dolor persistente². Por su elevada prevalencia, el dolor es un síntoma geriátrico emergente, un problema multifactorial de salud con implicaciones exclusivas para la función y la calidad de vida³. Sin embargo, para las enfermeras y los profesionales sanitarios de cuidados intensivos y de larga duración a menudo es difícil evaluar el dolor y el malestar en los ancianos; hasta un 34% de ellos pocas veces reciben una evaluación del dolor o esta es incoherente^{4,5}. Hay estudios que muestran que el dolor suele subestimarse en esta población^{2,5,6}.

Para mejorar el control del dolor, este artículo proporciona recomendaciones para la evaluación del dolor en personas mayores que pueden comunicarlo verbalmente. Los próximos artículos de esta serie hablarán de la evaluación del dolor en pacientes sin capacidad verbal, así como del tratamiento y la evaluación de todas las personas mayores.

Llamarlo por su nombre: evaluación del dolor a partir del aviso del paciente

Como el dolor es una experiencia subjetiva, siempre que se puede se evalúa e identifica a partir de la notificación verbal⁶. Sin embargo, hay muchos factores que aumentan el riesgo de dolor, de dolor exacerbado y que complican la notificación del dolor^{7,8} (véase el cuadro *Clasificación de los factores condicionantes*). La notificación verbal requiere que el paciente:

- identifique e interprete los estímulos dolorosos;
- comprenda y responda exactamente a la pregunta planteada;

- recuerde episodios dolorosos;
- describa y asigne una puntuación o descriptor numérico al dolor;
- quiera y pueda notificar su dolor⁹.

Aparte de la notificación del dolor del anciano, los familiares pueden proporcionar información útil sobre su conducta y sus síntomas.

Cuando se mida el dolor en una persona mayor que puede notificarlo verbalmente, utilice estas recomendaciones para individualizar el plan de evaluación y tratamiento basándose en las necesidades y preferencias del paciente.

Paso 1: Determinar la fiabilidad, la capacidad y la voluntad del paciente para informar del dolor que siente.

Recomendado: las enfermeras deben determinar según su criterio si un anciano es fiable a través de lo siguiente:

- fijándose en si tiene unos patrones de comunicación y pensamiento coherentes;
- evaluando su estado mental a través de un instrumento válido y fiable acorde al protocolo del centro; por ejemplo, el test Mini-Cog para pacientes con dolor agudo y la breve entrevista del estado mental para residentes de larga duración^{10,11};
- observando cualquier diagnóstico de deterioro cognitivo, teniendo en cuenta que muchos ancianos con demencia de leve a moderada pueden autoevaluarse el dolor de manera fiable;
- evaluando la comprensión pidiéndole al paciente que muestre los grados de dolor o dolor grave representados en una escala de intensidad del dolor⁶.

Las deficiencias sensoriales también pueden afectar a la capacidad y fiabilidad de autoevaluación del paciente. Véase el cuadro

Tener en cuenta las deficiencias sensoriales para consultar recomendaciones.

La voluntad de una persona mayor para notificar que siente dolor está determinada por la visión personal del dolor como un hecho normal del envejecimiento, las pocas ganas de “molestar” a las enfermeras, el miedo de depender o tener adicción a los analgésicos fuertes, la fortaleza, las normas de género, la etnia, la cultura y el tipo de centro sanitario. Hay que tener en cuenta que algunos ancianos se sienten más cómodos diciéndole a una enfermera que les duele algo cuando ya tienen confianza con esa persona. Además, sucede que en algunas culturas el portavoz del paciente debe ser el hombre más mayor de la familia.

Para animarles a que notifiquen su dolor, explíquenles la importancia de hacerlo apenas aparezca. Fomenten la autonomía, la dignidad y la participación diciendo a los pacientes: “Cuento con ustedes para que me avisen cuando tengan algún dolor o malestar”.

No recomendado: No hay que dar por supuesto que un diagnóstico de deterioro cognitivo conlleva que el paciente no puede o no quiere notificar que le duele algo. A veces las enfermeras determinan erróneamente que una persona mayor presenta dolor basándose solamente en su lenguaje corporal y expresiones faciales, pero estos no pueden considerarse indicadores fiables¹². La única manera de asegurarse de que no sufren dolor es preguntándoles si les duele algo.

Paso 2: Preguntarle al paciente si le duele algo o si tiene malestar en ese momento.

Recomendado: Utilizar términos de dolor adecuados según las preferencias del paciente, que pueden depender de su cultura¹³. Por ejemplo, algunos pacientes

pueden ser reacios a admitir que algo “les duele” y aceptar mejor que “tienen malestar”^{3,8}. Si el paciente niega el dolor, reformule la pregunta con otros descriptores del dolor como “molestias” y pregúntele sobre los sitios específicos que usted sospeche que le duelen^{14,15}. Según convenga, consiga ayuda de un intérprete médico que le ayude a superar las posibles barreras lingüísticas.

No recomendado: Formular preguntas de manera poco precisa puede dar lugar a respuestas influidas por la sociedad sobre el bienestar global no específico del dolor. Por ejemplo, cuando se analiza el dolor específicamente en personas mayores, hay que evitar preguntas como estas: “No le duele nada, ¿verdad?”, o “¿Está cómodo?”

Paso 3: Medir la intensidad del dolor utilizando una escala de intensidad del dolor fiable que al paciente le parezca bien.

Recomendado: Las escalas fiables de clasificación de la intensidad del dolor adecuadas para pacientes mayores incluyen la escala de descriptores verbales (EDV), la escala verbal numérica (EVN), la escala de dolor con caras revisada (FPS-r) o el termómetro de dolor de Iowa (IPT o IPT-revisado). Las investigaciones confirman que muchos estadounidenses de origen africano y latinoamericano prefieren la FPS-r, el IPT-r y la EDV; los de origen asiático, la EVN; y los de raza blanca, la EVN, la EDV y el IPT¹⁶⁻¹⁸.

Hay que tener disponibles varias escalas en diferentes idiomas, explicarles cómo se utiliza cada una de ellas y determinar qué escala se ajusta a las necesidades sensoriales y cognitivas del paciente. La escala más adecuada se elige atendiendo a las necesidades y preferencias del paciente; luego, cada vez que se evalúe el dolor del paciente, se utilizará siempre la misma escala.

No recomendado: No se recomienda utilizar en adultos la escala de caras de Wong-Baker, creada originalmente para niños, por las caras de tipo cómic que, por lo general, no atraen a los adultos. La FPS-r utiliza expresiones neutras que son más aptas para adultos. La imagen de una

cara con lágrimas para representar dolor o malestar podría no ser la más adecuada para algunos pacientes mayores o estoicos¹⁹. La escala visual analógica tampoco se recomienda porque es más difícil para los mayores calibrar conceptualmente el dolor en una escala de ese tipo¹⁷.

La EVN no debería utilizarse sola, sobre todo en edades avanzadas, cuando la capacidad de utilizarla adecuadamente se reduce; lo que mejor ayudaría a los mayores a evaluar el dolor sería una combinación de escalas como la EDV y la EVN^{20,21}. Este método no solo proporciona una calificación numérica de la intensidad, sino también una descripción cualitativa de la gravedad del dolor.

Paso 4: Evaluar la tolerabilidad del dolor.

Recomendado: La tolerabilidad del dolor conlleva evaluar cuán tolerable o incapacitante es el dolor en relación con la capacidad funcional. Un tercio de las personas mayores describió el dolor postoperatorio como “doloroso pero soportable” (calificación en la EVN: 5/10)²¹.

Las personas mayores pueden decir: “puedo soportar el dolor, no duele tanto”, y así rechazar los analgésicos²². Cuando un paciente no quiere analgésicos, hay que averiguar los motivos y corregir cualquier idea equivocada, ofrecer intervenciones no farmacológicas como aplicaciones de frío y calor superficial y realizar evaluaciones frecuentes.

En comparación con los pacientes con dolor agudo, los acostumbrados a dolor persistente tienen un punto de referencia distinto de la intensidad y tolerabilidad del dolor²³. Por ejemplo, una calificación de intensidad de 5/10 para dolor persistente puede ser diferente de una de 5/10 para dolor agudo; un paciente con dolor persistente puede considerar el 5/10 más soportable, lo que justifica un enfoque diferente del tratamiento.

Es importante determinar el efecto del dolor en el funcionamiento porque podría limitar las actividades físicas y de rehabilitación, como la deambulaci3n y la capacidad de reintegrarse en la comunidad. Utilice la escala funcional del dolor para evaluar cómo afecta el dolor



Tener en cuenta las deficiencias sensoriales

Sentido	Deficiencia	Efectos	Soluciones
Oído	<ul style="list-style-type: none"> ● Impactación o infección de oído ● Audífonos mal ajustados 	<ul style="list-style-type: none"> ● Quizás no oiga las preguntas que le hacen sobre el dolor 	<ul style="list-style-type: none"> ● Asegurarse de que los audífonos y amplificadores están bien colocados y funcionando ● Reducir el ruido externo ● Ponerse de cara al paciente ● Hablar claramente y de forma audible, con un tono de bajo a moderado. Hablar a un ritmo constante ● Servirse de un intérprete de lenguaje de signos para los sordos. Tenga en cuenta que algunos descriptores del dolor pueden confundirse fácilmente con otras palabras en el lenguaje de signos americano²⁸ ● Utilizar una escala visual del dolor con instrucciones escritas ● Examinar si hay cerumen impactado
Vista	<ul style="list-style-type: none"> ● Glaucoma ● Infección ocular ● Sequedad de ojos ● Degeneración macular asociada a la edad 	<ul style="list-style-type: none"> ● Quizás no pueda ver las escalas del dolor ● Quizás no pueda leer las instrucciones informativas sobre el dolor o las etiquetas de los medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> ● Asegurarse de que el paciente lleva lentes correctoras adecuadas a la prescripción ● Utilizar un dispositivo de aumento ● Utilizar material impreso con un tamaño de letra grande, en negrita y sin brillo ● Proporcionar suficiente luz ● Utilizar una herramienta de evaluación verbal del dolor (hay que verificar la comprensión en pacientes con deterioro cognitivo)
Gusto (y cavidad bucal)	<ul style="list-style-type: none"> ● Úlceras bucales por enfermedad periodontal ● Irritación de encías por prótesis dentales mal ajustadas ● Glosodinia 	<ul style="list-style-type: none"> ● Quizás se reduzca el consumo de alimento y medicación ● Quizás se niegue a tomar analgésicos de sabor desagradable ● Quizás reduzca la ingesta de alimentos, lo que desembocaría en pérdida de peso y malnutrición 	<ul style="list-style-type: none"> ● Pedir un preparado líquido de analgésicos como morfina (puede añadirse un saborizante porque los mayores pueden tener un gusto o un olfato reducidos) ● Tomar los medicamentos con las comidas si no está contraindicado ● Establecer precauciones de aspiración para adultos con disfagia ● Considerar otras vías de administración de medicamentos si tiene dificultad para tragar: tópica, intravenosa, transdérmica o rectal
Tacto (y piel)	<ul style="list-style-type: none"> ● Fibromialgia ● Neuropatías ● Úlceras por presión ● Desgarros de piel ● Prurito por incontinencia ● Callosidades 	<ul style="list-style-type: none"> ● Quizás sea sensible al tacto ● Quizás tenga menos sensación de dolor con el tacto, sobre todo en casos de neuropatías ● Quizás no quiera tratar el dolor con toque terapéutico ● Quizás tenga dificultades con inyecciones, venopunciones y muestras de sangre capilar intermitente 	<ul style="list-style-type: none"> ● Pedir permiso a los pacientes antes de tocarlos ● Evaluar la idoneidad de tratamientos no farmacológicos para el dolor que impliquen contacto ● Tener en cuenta que la absorción transdérmica de analgésicos puede alterarse en personas mayores con la piel fina ● Considerar que los más mayores pueden ser más sensibles a las terapias de frío-calor para el dolor ● Establecer precauciones contra caídas para mayores con neuropatía periférica

al funcionamiento²⁴. Pregunte sobre el dolor en reposo y en movimiento, sobre todo si se sospecha que el paciente tiene dolor al moverse o que empeora con el movimiento. Trate el dolor antes de

llevar a cabo actividades dolorosas como tratamiento físico.

No recomendado: No asuma que el dolor calificado como “soportable” no deba tratarse. Explique cuidadosamente

los efectos del dolor que no se mitiga y no se trata, y despeje cualquier idea errónea o miedo hacia el tratamiento del dolor, como se identifica en el paso 1. Si el dolor es intenso, reposar en

cama durante 24 horas con cambios de posición regulares es una opción, pero estar así más tiempo puede tener efectos adversos, como la pérdida de fuerza y masa muscular, la ruptura de la piel, el deterioro de la condición física general y pulmonía²⁵. Como mínimo, hay que tratar el dolor, cambiar al paciente de posición a menudo, realizar ejercicios de amplitud de movimiento y alentarlos a que retome las actividades normales de cada día.

Paso 5: Evaluar el efecto del dolor en el sueño y el humor.

Recomendado: Los trastornos del sueño por dolor son frecuentes en personas mayores. Antes de que el paciente se vaya a dormir, evalúe el dolor y elabore un plan de tratamiento nocturno; pregúntele si quiere que lo despierten para evaluar y tratar el dolor. Los pacientes con dolor persistente o constante pueden requerir que los despierten para recibir su analgésico; mientras estén despiertos, asegúrese de evaluar la intensidad del dolor.

El dolor puede ocasionar depresión, ansiedad o enojo. Estas emociones dificultan la evaluación y el tratamiento e intensifican el dolor. El cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9, PHQ-2) o la escala de depresión geriátrica pueden utilizarse para evaluar la depresión en pacientes en centros de estancia prolongada o de cuidado intensivo²⁶.

No recomendado: No dé por supuesto que una persona mayor dormida o sedada no sufre dolor. Recuerde que la sedación no elimina el dolor; los pacientes sedados corren el riesgo de que se subestime su examen²⁷.

Paso 6: Desarrollar conjuntamente un plan de tratamiento del dolor orientado al confort-función-estado de ánimo.

Recomendado: Tras la exploración, hable de las opciones adecuadas con el paciente y su familia y elabore un plan de tratamiento del dolor que incorpore soluciones farmacológicas y no farmacológicas con el equipo interdisciplinario del paciente. Durante esta conversación, desarrolle con el paciente objetivos medibles y

realizables para mejorar y mantener el nivel de confort, función y estado de ánimo. Recuerde al paciente y a su familia que lograr reducir el dolor no es siempre un objetivo realista, pero que se pueden alcanzar reducciones significativas determinadas por el paciente. Documente los planes de tratamiento en la historia clínica del paciente y comuníquelos a todos los profesionales en todas las fases del tratamiento.

No recomendado: El plan de tratamiento no debería elaborarlo solo la enfermera o el profesional sanitario; el equipo sanitario debe trabajar con los pacientes para desarrollar un plan adaptado a sus necesidades y preferencias.

Enfoque centrado en el paciente

El tratamiento adecuado del dolor es especialmente importante para las personas mayores en riesgo de tratamiento insuficiente. Provisos de evaluaciones precisas y razonadas, las enfermeras pueden desarrollar planes de atención centrados en los pacientes que reducirán el dolor para minimizar el sufrimiento y maximizar la calidad de vida. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Ashcraft AS, Owen DC. From nursing home to acute care: signs, symptoms, and strategies used to prevent transfer. *Geriatr Nurs.* 2014;35(4):316-320.
2. Kennedy J, Roll JM, Schraudner T, Murphy S, McPherson S. Prevalence of persistent pain in the U.S. adult population: new data from the 2010 national health interview survey. *J Pain.* 2014;15(10):979-984.
3. Makris UE, Abrams RC, Gurland B, Reid MC. Management of persistent pain in the older patient: a clinical review. *JAMA.* 2014;312(8):825-836.
4. Herr K, Titler M. Acute pain assessment and pharmacological management practices for the older adult with a hip fracture: review of ED trends. *J Emerg Nurs.* 2009;35(4):312-320.
5. Spilman SK, Baumhover LA, Lillegraven CL, et al. Infrequent assessment of pain in elderly trauma patients. *J Trauma Nurs.* 2014;21(5):229-235.
6. Herr K. Pain assessment strategies in older patients. *J Pain.* 2011;12(3 suppl 1):S3-S13.
7. Booker SQ, Bartoszczyk DA, Herr KA. Pain management in frail elders. *Am Nurs Today.* In press.
8. Coker E, Papaioannou A, Kaasalainen S, Dolovich L, Turpie I, Taniguchi A. Nurses' perceived barriers to optimal pain management in older adults on acute medical units. *Appl Nurs Res.* 2010;23(3):139-146.
9. Buffum MD, Hutt E, Chang VT, Craine MH, Snow AL. Cognitive impairment and pain management: review of issues and challenges. *J Rehabil Res Dev.* 2007;44(2):315-330.

10. Borson S, Scanlan JM, Chen P, Ganguli M. The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. *J Am Geriatr Soc.* 2003; 51(10):1451-1454.

11. Saliba D, Buchanan J, Edelen MO, et al. MDS 3.0: brief interview for mental status. *J Am Med Dir Assoc.* 2012;13(7):611-617.

12. Inelmen EM, Mosele M, Sergi G, Toffanello ED, Coin A, Manzato E. Chronic pain in the elderly with advanced dementia. Are we doing our best for their suffering? *Aging Clin Exp Res.* 2012; 24(3):207-212.

13. Booker SS, Pasero C, Herr KA. Practice recommendations for pain assessment by self-report with African American older adults. *Geriatr Nurs.* 2015; 36(1):67-74.

14. Herr KA, Garand L. Assessment and measurement of pain in older adults. *Clin Geriatr Med.* 2001; 17(3) :457-478.

15. Diallo B, Kautz DD. Better pain management for elders in the intensive care unit. *Dimens Crit Care Nurs.* 2014;33(6):316-319.

16. Herr KA, Spratt K, Mobily PR, Richardson G. Pain intensity assessment in older adults: use of experimental pain to compare psychometric properties and usability of selected pain scales with younger adults. *Clin J Pain.* 2004;20(4):207-219.

17. Herr K, Spratt KF, Garand L, Li L. Evaluation of the Iowa Pain Thermometer and other selected pain intensity scales in younger and older adult cohorts using controlled clinical pain: a preliminary study. *Pain Med.* 2007;8(7):585-600.

18. Ware LJ, Herr KA, Booker SS, et al. Psychometric evaluation of the revised Iowa Pain Thermometer (IPT-r) in a sample of diverse cognitively intact and impaired older adults: a pilot study. *Pain Manag Nurs.* 2015;16(4):475-482.

19. Herr KA. Personal correspondence. 2014.

20. Wood BM, Nicholas MK, Blyth F, Asghari A, Gibson S. Assessing pain in older people with persistent pain: the NRS is valid but only provides part of the picture. *J Pain.* 2010;11(12):1259-1266.

21. van Dijk JF, Kappen TH, van Wijck AJ, Kalkman CJ, Schuurmans MJ. The diagnostic value of the numeric pain rating scale in older postoperative patients. *J Clin Nurs.* 2012;21(21-22):3018-3024.

22. Denny DL, Guido GW. Undertreatment of pain in older adults: an application of beneficence. *Nurs Ethics.* 2012;19(6):800-809.

23. Pergolizzi JV Jr, Raffa RB, Taylor R Jr. Treating acute pain in light of the chronification of pain. *Pain Manag Nurs.* 2014;15(1):380-390.

24. Arnstein P. *Clinical Coach for Effective Pain Management.* Philadelphia: FA. Davis; 2010.

25. Chou R, Huffman LH. *Guideline for the Evaluation and Management of Low Back Pain: Evidence Review.* Glenview, IL: American Pain Society; 2015.

26. Messenger-Rapport BJ, Gammack JK, Thomas DR, Morley JE. Clinical update on nursing home medicine: 2013. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14(12): 860-876.

27. Clukey L, Weyant RA, Roberts M, Henderson A. Discovery of unexpected pain in intubated and sedated patients. *Am J Crit Care.* 2014;23(3):216-220.

28. LeFort S. Pain assessment very difficult in deaf patients. *Pain Med News.* 2014;12(8).

Staja Booker es investigadora del National Hartford Center for Gerontological Nursing Excellence Patricia G. Archbold and MayDay especializada en el tratamiento del dolor en personas mayores étnicamente diversas. Booker es candidata doctoral y Christine Haedtke recientemente defendió su tesis en la Universidad de Iowa en Iowa City (EE. UU.).

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses económicos relacionados con este artículo