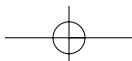
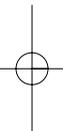
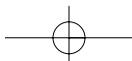
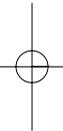




**GUÍA PRÁCTICA
PARA EL TRATAMIENTO
DEL DOLOR EN EL ANCIANO
DESDE EL ÁMBITO SOCIO SANITARIO**





**GUÍA PRÁCTICA
PARA EL TRATAMIENTO
DEL DOLOR EN EL ANCIANO
DESDE EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO**



**GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE BENESTAR SOCIAL**



Conselleria de Benestar Social

Consellera:

Hble. Sra. Angélica Such Ronda

Elaboració:

Direcció General de Persones amb Discapacitat i Dependència
Servei de Coordinació de Centres Propis

Diseño: Centro Especial de Empleo-IVADIS

Imprime: Centro Especial de Empleo-IVADIS

ISBN: 978-84-482-5359-2

Depósito legal: V-16-2010

PRESENTACIÓN

El dolor crónico en la persona mayor tiene un gran impacto en su calidad de vida y requiere una atención integral e interdisciplinar.

En el año 2006 la Dirección General de Servicios Sociales de la Consellería de Bienestar Social, la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud, Fundolor y Pfizer, S.A., establecieron un acuerdo de colaboración para la realización del programa “YAYO sin dolor”, cuyo objetivo final es mejorar el control del dolor en el anciano institucionalizado.

En una primera fase se realizó un programa de formación dirigido al equipo de profesionales que trabaja en el ámbito sociosanitario basado en el modelo utilizado en la Unidad de Dolor del Hospital General de Valencia.

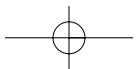
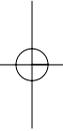
En una segunda fase del programa se presentó una guía de evaluación e intervención en el anciano con dolor, con un objetivo práctico y una visión multidisciplinar.

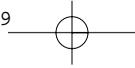
Este proyecto pretende mejorar la calidad y efectividad de las intervenciones realizadas, unificar los criterios de actuación, utilizar todos los medios terapéuticos disponibles y conocer los criterios de derivación a las unidades especializadas en el tratamiento del dolor.

Por otra parte, este programa pretende promover la concienciación del dolor como el quinto signo vital y el desarrollo de habilidades que permitan evaluar el dolor en casos complejos donde sea difícil la comunicación (déficits sensoriales, cognitivos).

Esta guía es un exponente de la utilidad de la coordinación entre las Consellerías de Sanidad y de Bienestar Social. Por ello queremos agradecer a los profesionales de los ámbitos de la atención sociosanitaria y especializada, la ilusión, el trabajo y la experiencia que han aportado a este proyecto.

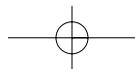
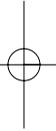
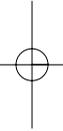
Angélica Such Ronda
Consellera de Bienestar Social

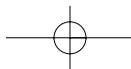
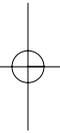




*Saber cómo envejecer es la obra maestra de la sabiduría,
y uno de los capítulos más difíciles en el sublime arte de vivir.*

Henri Frédéric Amiel





Germán Cerdá Olmedo

Decano Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia “San Vicente Mártir”. Médico. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Facultativo Especialista de Área. Unidad Multidisciplinar para Estudio y Tratamiento del Dolor. Consorcio Hospital General de Valencia.

Estela Honrubia González

Enfermera. Unidad Multidisciplinar para Estudio y Tratamiento del Dolor. Consorcio Hospital General de Valencia.

María Dolores López Alarcón

Anestesióloga. Jefe Clínico. Facultativa Jefe Clínico Especialista de Área. Unidad Multidisciplinar para Estudio y Tratamiento del Dolor. Consorcio Hospital General de Valencia. Profesora Universidad Católica de Valencia “San Vicente Mártir”.

Ana Mínguez Martí

Farmacéutica. Especialista en Farmacia Hospitalaria. Facultativa Especialista de Área. Unidad Multidisciplinar para Estudio y Tratamiento del Dolor. Consorcio Hospital General de Valencia.

Vicente Monsalve Dolz

Psicólogo Clínico. Facultativo Especialista de Área. Unidad Multidisciplinar para Estudio y Tratamiento del Dolor. Consorcio Hospital General de Valencia. Profesor Universidad Católica de Valencia “San Vicente Mártir”.

Jorge-Teódulo Monzón Torres

Técnico de animación sociocultural. Residencia para Personas Mayores Dependientes La Cañada. Paterna (Valencia).

AUTORES

Isabel Quintana Vargas

Farmacéutica. Especialista en Farmacia Hospitalaria. Facultativo Especialista. Servicio de Farmacia. Residencia para Personas Mayores Dependientes La Cañada. Paterna (Valencia).

María Dolores Rubio Fernández

Médico Rehabilitador. Facultativo Especialista de Área. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Consorcio Hospital General de Valencia.

Vicente Villanueva Pérez

Médico. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Facultativo Especialista de Área. Unidad Multidisciplinar para Estudio y Tratamiento del Dolor. Consorcio Hospital General de Valencia.

COLABORADORES

Marta Calvo Rius

Médico. Residencia y centro de día para Personas Mayores Dependientes de Puerto de Sagunto. Puerto de Sagunto (Valencia).

Adriana Chala Galindo

Fisioterapeuta. Residencia para Personas Mayores Dependientes de Silla. Silla (Valencia).

Gemma García Escobar

Fisioterapeuta. Residencia para Personas Mayores Dependientes de Burriana. Burriana (Castellón).

Rosario Herrero Cano

Médico. Residencia para Personas Mayores Dependientes de Aldaia. Aldaia (Valencia).

José Miguel León Lobato

Psicólogo. Residencia para Personas Mayores Dependientes La Cañada. Paterna (Valencia).

Sonia López Palomares

Psicóloga. Psicoterapeuta Gestalt. Residencia y centro de día para Personas Mayores Dependientes de Manises. Manises (Valencia).

Salvador Marraes Lozano

Enfermero. Servicio de Farmacia. Residencia para Personas Mayores Dependientes La Cañada. Paterna (Valencia).

Pilar Martínez Antequera

Farmacéutica. Especialista en Farmacia Hospitalaria. Facultativo Especialista. Servicio de Farmacia. Residencia para Personas Mayores Dependientes La Cañada. Paterna (Valencia).

COLABORADORES

Jorge Martínez Solaz

Enfermero. Coordinador de enfermería. Residencia y centro de día para Personas Mayores Dependientes de Chelva. Chelva (Valencia).

Ana Moreno Miralles

Farmacéutica. Especialista en Farmacia Hospitalaria. Facultativo Especialista. Servicio de Farmacia. Residencia para Personas Mayores Dependientes La Cañada. Paterna (Valencia).

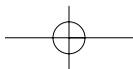
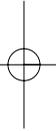
Inmaculada Portolés Rincón

Enfermera. Coordinadora Área de Salud. Residencia y centro de día Velluters. Valencia.

1. INTRODUCCIÓN	19
2. PRINCIPIOS BÁSICOS DEL TRATAMIENTO ANALGÉSICO ..	25
3. ACTUACIÓN DEL EQUIPO INTERDISCIPLINAR	31
3.1. Médico	33
– Introducción	35
– Conceptos de nocicepción y dolor	36
– Tipos fisiopatológicos de dolor	38
– Evaluación del paciente con dolor	40
– Valoración médica y plan terapéutico del dolor en la población geriátrica	46
– Bibliografía recomendada	55
3.2. Farmacéutico	57
– Introducción	59
– Proceso de la atención farmacéutica	60
– Datos clave para la atención farmacéutica individualizada	65
– Selección de los analgésicos según el tipo fisiopatológico de dolor	67
– Características de los analgésicos en función del tipo de dolor	69
– Aspectos prácticos en la utilización de opioides	72
– Bibliografía recomendada	76

3.3. Enfermería	79
– Introducción	81
– Identificación y evaluación del anciano con dolor ...	81
– Intervención en el anciano con dolor	87
– Bibliografía recomendada	93
3.4. Fisioterapeuta	95
– Introducción	97
– Generalidades del tratamiento rehabilitador	97
– Patologías más frecuentes generadoras de dolor crónico y susceptibles de tratamiento rehabilitador en el anciano	99
– Bibliografía recomendada	107
3.5. Psicólogo	109
– Introducción	111
– Evaluación del paciente con dolor	111
– Intervención psicológica	116
– Bibliografía recomendada	117
3.6. Técnico de Animación Sociocultural (TASOC)	119
– Introducción	121
– Evaluación de un episodio, incidencia o anomalía en el residente con dolor	122
– Intervención del TASOC	122
– Bibliografía recomendada	127
4. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS PATOLOGÍAS DOLOROSAS MÁS FRECUENTES EN EL ANCIANO	129
– Exploración diagnóstica del dolor neuropático	131
– Características clínicas de las patologías dolorosas más prevalentes	134
– Dolor osteoarticular	134
– Polineuropatía diabética	137
– Neuralgia postherpética	139
– Neuralgia del trigémino	140

– Neuralgia del glossofaríngeo	142
– Polineuropatía en pacientes con VIH	143
– Dolor neuropático de origen central	145
– Dolor vascular de origen isquémico	146
– Dolor del miembro fantasma	149
– Polineuropatía urémica (pacientes con insuficiencia renal grave)	150
– Síndrome de Dolor Regional Complejo (SDRC)	152
– Dolor en úlceras cutáneas	154
– Dolor oncológico	156
– Trastornos por dolor de causas psicológicas	158
– Bibliografía recomendada	160
5. IDENTIFICACIÓN Y VALORACIÓN DEL DOLOR EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN COGNITIVA	161
– Ancianos sin deterioro cognitivo o con un deterioro leve-moderado	164
– Ancianos con un deterioro cognitivo de moderado-grave a grave	167
– Bibliografía recomendada	171
6. CRITERIOS DE DERIVACIÓN A LA UNIDAD ESPECIALIZADA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR DE REFERENCIA	173
– Introducción	175
– Técnicas aplicadas en una unidad especializada en el tratamiento del dolor	176
– Criterios de derivación de pacientes a una unidad especializada en el tratamiento del dolor	177
ANEXOS	179
– Anexo I: Criterios de calidad en el abordaje del dolor crónico en el anciano	181
– Anexo II: Algoritmo general para la valoración del dolor en función de la posibilidad de comunicación con el anciano	182

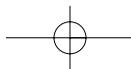
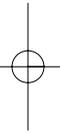


1.

INTRODUCCIÓN

A. Mínguez Martí

I. Quintana Vargas



El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, modificada por las expectativas, emociones y experiencias previas. El dolor en la persona mayor no es diferente al de la población en general, sin embargo, el impacto personal e intransferible de esa experiencia se produce en unas condiciones y en un entorno determinados por la edad.

No obstante, en la práctica clínica la identificación del dolor y su abordaje en la población anciana institucionalizada son complejos. La pluriopatología, las múltiples fuentes potenciales de dolor y la falta de formación del equipo sobre el dolor en esta población, dificultan en gran medida su tratamiento efectivo. De hecho, algunos autores han estimado que el 45-80% de ancianos institucionalizados experimentan dolor persistente que interfiere en su calidad de vida.

Por ello, el objetivo de esta guía es poner en manos de los profesionales que desarrollan su actuación desde el ámbito sociosanitario, una propuesta racional, proporcionada y efectiva de un abordaje interdisciplinar e integral del anciano con dolor crónico.

En su elaboración han intervenido un grupo numeroso de expertos, tanto del ámbito sociosanitario como de una unidad especializada en el tratamiento del dolor, adaptando las actuaciones a la atención sociosanitaria, donde uno de los principales obstáculos identificados es la dificultad en la comunicación con el residente, derivada de la elevada prevalencia de demencias y deficiencias sensoriales.

En definitiva, se propone a todos los profesionales que intervienen en el cuidado del anciano institucionalizado con dolor, un abordaje interdisciplinar.

A los médicos, mediante una propuesta adaptada a las características individuales del anciano, delimitando con claridad el ámbito del tratamiento del dolor en el entorno del paciente institucionalizado, del que precisa del apoyo y actuación de las unidades especializadas en el tratamiento del dolor.

La intervención del farmacéutico se promueve mediante la actuación proactiva y el desarrollo de opciones terapéuticas óptimas, a medida de cada residente, con la finalidad de mejorar la efectividad y seguridad de la farmacoterapia.

A los profesionales de enfermería, por su contacto estrecho y continuo con el anciano, en el marco de su cuidado general, se les propone una planificación individual y minuciosa de las intervenciones a realizar para disminuir el dolor, aumentar el nivel de confort y reducir la ansiedad del anciano.

La intervención del fisioterapeuta tiene como finalidad el diseño de programas de ejercicios físicos, para prevenir procesos dolorosos o aplicar tratamientos sobre las patologías más frecuentes que generan dolor en el anciano.

Se aborda la necesidad de una evaluación psicológica, enmarcada en el contexto del paciente institucionalizado, a través de la valoración del significado individual del dolor, su afrontamiento, la adaptación del anciano al entorno y las expectativas de su tratamiento.

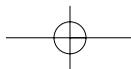
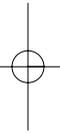
Cabe resaltar también la intervención del Técnico de Animación Sociocultural (TASOC), tanto en la identificación potencial de la presencia de dolor, como en la potenciación de la participación en actividades y en las relaciones sociales, como fuente de distracción y mejora.

Esta propuesta de intervención interdisciplinar pretende mejorar la calidad y la utilidad de las intervenciones individualizadas, unificando criterios de actuación y utilizando los medios disponibles, desde los más accesibles y presentes en la mayoría de los centros, hasta los más sofisticados y disponibles en las unidades especializadas en el tratamiento del dolor.

Este tipo de tratamientos y los criterios de derivación, deben ser conocidos por los profesionales que atienden al paciente en los centros para mayores dependientes. La situación clínica del anciano con dolor no controlado y su esperanza de vida, determinará la utilización de estos recursos.

Por otra parte, esta guía aporta un aspecto novedoso respecto a la identificación del dolor, ya que describe el método observacional para detectar el dolor en aquellos pacientes en los que no es posible la comunicación verbal.

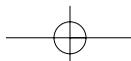
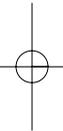
No obstante, no pretende ser un tratado exhaustivo sobre el manejo del dolor, sino que su finalidad es servir de herramienta a los profesionales que ejercemos nuestra actividad en el ámbito sociosanitario.



2.

PRINCIPIOS BÁSICOS DEL TRATAMIENTO ANALGÉSICO

I. Quintana Vargas



A pesar de la frecuente complejidad del tratamiento del dolor crónico en el anciano, existen aspectos básicos de su farmacoterapia cuyo conocimiento es necesario por parte del equipo sanitario.

PRINCIPIOS GENERALES DEL TRATAMIENTO ANALGÉSICO

- Es necesaria la evaluación interdisciplinar del paciente con dolor para identificar y tratar todos los factores que estén influyendo en la sensación de dolor.
- Hay que evaluar periódicamente la función cognitiva, ya que puede empeorar como consecuencia del tratamiento farmacológico.
- En los pacientes con demencia moderada-severa y en aquellos en los que no es posible la comunicación verbal, debe evaluarse el dolor mediante observación del paciente.
- La atención sobre el dolor debe ser continua y no limitarse a los pacientes en cuidados paliativos.
- Cualquiera que sea el ámbito de salud donde se encuentre el paciente, se debería garantizar la calidad en el tratamiento del dolor.
- Los sistemas de salud deberían asegurar la accesibilidad a unidades especializadas en el tratamiento del dolor. Además, deberían apoyar políticas y procedimientos para el cribado, valoración y tratamiento del dolor en el anciano.

Las organizaciones de salud deben incluir la valoración del dolor como una de sus principales prioridades en el desarrollo de las vías y protocolos clínicos.

- La educación sobre el adecuado manejo del dolor de los profesionales implicados debe mejorarse a todos los niveles.

ASPECTOS GENERALES SOBRE EL TRATAMIENTO ANALGÉSICO GLOBAL

- La combinación del tratamiento farmacológico y no farmacológico optimiza los resultados.
- Los pacientes con insomnio primario y dolor crónico requieren tratar ambas patologías para evitar que una de ellas exacerbe la otra.
- Valorar siempre la posibilidad de que exista un componente neuropático del dolor y tratarlo con los fármacos adecuados.
- Antes de establecer un tratamiento farmacológico, hay que evaluar el beneficio-riesgo en cada paciente.
- No se debe utilizar placebos.

ASPECTOS SOBRE EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- El paracetamol es el fármaco de elección en el tratamiento del dolor leve a moderado de origen musculoesquelético. Evitar el tratamiento con AINE de forma continua.
- Habitualmente se inicia el tratamiento analgésico con una dosis inicial de un 50-75% de la recomendada en la población adulta general.
- En el caso de dolor secundario al cuidado de las úlceras se pueden utilizar anestésicos locales, AINE u opioides. En este caso es importante seleccionar una forma farmacéutica y/o una vía de administración cuyo resultado en el paciente sea un inicio de acción rápido (vía subcutánea, vía oral y una forma farmacéutica de liberación rápida).
- Con frecuencia el tratamiento farmacológico debe proporcionar analgesia durante todo el día.
- Debe administrarse analgesia de liberación rápida antes de que el paciente realice actividades que puedan exacerbar el dolor.
- El dolor irruptivo debe ser identificado y tratado con formas de liberación rápida. Existen tres tipos de dolor irruptivo:
 - a) Dolor por “fallo de dosis”. Es el resultado de la reducción de los niveles plasmáticos del fármaco antes de administrar la siguiente dosis. Si ocurre con frecuencia, hay que considerar la reducción del intervalo posológico. Una alternativa es aumentar la dosis del analgésico, aunque aumenta el riesgo de aparición de efectos adversos.

- b) Dolor incidental. Habitualmente se origina por una actividad, por lo que debe ser anticipado y tratado de forma preventiva.
 - c) Dolor espontáneo. Es frecuente en el dolor neuropático. Suele ser fugaz y difícil de predecir, por lo que habitualmente la opción clínica más adecuada es el incremento de la analgesia basal.
- Siempre que sea posible, es preferible utilizar la vía oral.
 - Evitar las pautas “SI PRECISA” o “SI DOLOR”. Estas pautas sin especificar correctamente el tratamiento son incorrectas y origen de morbilidad farmacoterapéutica.

Generalmente es necesario establecer una pauta de analgesia basal y otra pauta de rescate. Ambas pautas deben especificar claramente la posología y las instrucciones oportunas para su correcta administración.

Tanto la pauta de analgesia basal como la de rescate (o “si dolor”) deben indicar el fármaco, la posología, la vía de administración, el intervalo de horas que hay que esperar entre dos dosis consecutivas, así como las consideraciones necesarias de administración y seguimiento.

El registro de las dosis de rescate administradas servirá para ajustar (aumentar, generalmente) la analgesia basal y reducir así los episodios de dolor.

Las pautas “SI PRECISA” o “SI DOLOR” que no indican la posología correctamente pueden originar errores de administración.

Además, si no van acompañadas de una pauta de analgesia basal, provocan que el anciano probablemente pida el analgésico cuando el dolor ya esté establecido y sea más difícil su alivio.

En otros casos, el anciano no solicita el analgésico aunque tenga dolor, sencillamente por desconocimiento u olvido. Como consecuencia, se origina un fallo en el tratamiento y un sufrimiento innecesario.

Respecto a la utilización de opioides en ancianos:

La combinación de paracetamol o AINE con opioides puede ser útil en el tratamiento del dolor persistente leve/moderado.

No se deben combinar dos AINE ni dos opioides con potencia intrínseca distinta, ya que los de menor potencia estarían ocupando receptores que podrían ocupar los de mayor potencia.

La dosis inicial debe ser pequeña y los incrementos posológicos reducidos. La escalada de dosis de opioides hasta llegar a la dosis de mantenimiento debe individualizarse.

Se deben prevenir los efectos adversos de los opioides, evaluar en cada seguimiento y tratar adecuadamente.

Los ancianos que toman analgésicos opioides deben ser monitorizados frecuentemente, en cuanto a efectividad y efectos adversos.

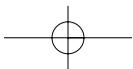
Los pacientes con dolor no controlado o efectos adversos intratables son susceptibles de remitir a una unidad especializada en el tratamiento del dolor.

BIBLIOGRAFÍA

1. AGS Panel on Chronic Pain in Older Persons. The management of chronic pain in older persons. *J Am Geriatr Soc.* 2002; 50: S205-24.

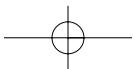
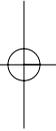
3.

ACTUACIÓN DEL EQUIPO INTERDISCIPLINAR



3.1. MÉDICO

G. Cerdá Olmedo
V. Villanueva Pérez



3.1.1. INTRODUCCIÓN

El dolor es una vivencia subjetiva y de este modo, personal e intransferible, que afecta a todas las esferas del ser humano y por ello, trasciende el aspecto meramente físico, afectando al ámbito personal y espiritual.

El dolor en la población geriátrica no es diferente al de la población general, solo que ese impacto personal e intransferible se produce sobre una persona con unas condiciones determinadas y en un entorno concreto, en muchos casos determinado por la edad.

Así, el dolor crónico en el paciente geriátrico se define como una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada con un daño tisular real o potencial; o descrita en términos de tal daño, que afecta a una persona con más de 65 años y que dura más de tres meses (1).

Esta definición remarca un aspecto fundamental para entender el dolor como un proceso global y complejo, que es la dualidad del mismo. Entendiendo esta dualidad tanto como un proceso sensorial (transmisión neurobioquímica ó fenómeno físico) como emocional (fenómeno psíquico). De forma que se sitúan al mismo nivel las respuestas biológicas a los estímulos nociceptivos y el significado de estos estímulos para cada individuo. Estas características se ponen especialmente de manifiesto en el dolor crónico.

Cabe destacar que el 60.5% de las personas con dolor sufren dolor crónico, es decir, de más de 90 días de evolución. Las causas más frecuentes son la artritis, el reumatismo (enfermedades del aparato locomotor) y la migraña (2). Por otra parte, el dolor crónico es mucho más frecuente en personas de edad avanzada, siendo en esta población el dolor articular, de espalda, piernas y pies los más frecuentes.

El objetivo de este capítulo es precisamente poner en manos de los médicos que atienden a pacientes en geriátricos, una propuesta racional, pro-

porcionada y eficaz de abordaje del dolor crónico. Delimitando con claridad el ámbito del tratamiento del dolor en el entorno del paciente anciano asistido, del que precisa de la actuación de las unidades especializadas en el tratamiento del dolor.

Desde el punto de vista de gestión sanitaria, parece imprescindible mejorar el abordaje del tratamiento del dolor crónico. Desde el punto de vista humano esta necesidad se convierte en un imperativo ético. Debemos formarnos en el tratamiento del dolor y recurrir a todos los medios disponibles, tanto desde la propia atención al paciente residente en los centros sociosanitarios, como desde las unidades especializadas en el tratamiento del dolor, para al menos, si no eliminar, aliviar el dolor de nuestros pacientes. Sólo la desidia y negligencia pueden privar a un paciente con dolor severo, independientemente de su edad, de la utilización de los fármacos o técnicas necesarias para calmar su sufrimiento.

3.1.2. CONCEPTOS DE NOCICEPCIÓN Y DOLOR

Es importante distinguir dos conceptos básicos, nocicepción y dolor:

- Nocicepción: supone un proceso neurobioquímico complejo de transmisión de un impulso eléctrico (potenciales de acción), desde los receptores periféricos especializados para ello (nociceptores), hasta el córtex parietal y las áreas de integración encefálicas.
- Dolor es la percepción de esa sensación. Si no hay percepción de la nocicepción no hay dolor. Es posible la existencia de nocicepción sin dolor, como ocurre en un paciente anestesiado durante una intervención quirúrgica.

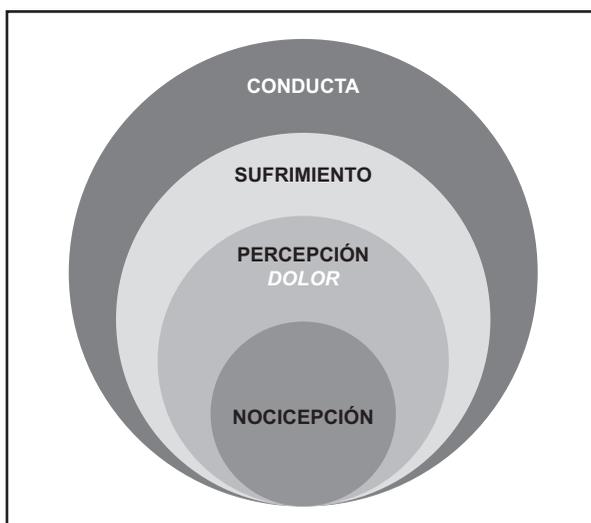
Más difícil de explicar es la experiencia de dolor sin un estímulo nociceptivo. Sin embargo, parece aceptada la existencia de somatizaciones cuando un paciente tiene experiencia de dolor como expresión física de un sufrimiento psicológico y/o espiritual.

La distinción de estos dos conceptos pone de manifiesto que nuestro objetivo terapéutico debe ir ligado a evitar la percepción de la nocicepción (el dolor), pero manteniendo el nivel máximo de alerta del paciente. Si esto no fuera necesario, no hablaríamos de tratamiento del dolor sino de anestesia.

Por ello, tan importante como mitigar el dolor es mantener al paciente con un grado de consciencia adecuado, que le permita interactuar con el medio y las personas, y ser dueño de sus actos y afectos.

El dolor crónico es aquel que persiste en el tiempo, más allá de los 3-6 meses, incluso aunque las causas que lo desencadenaron hayan desaparecido. En este caso, el síntoma se convierte en la verdadera enfermedad. Un dolor que se hace crónico pierde su sentido protector y se convierte en la propia enfermedad o la parte más importante de ella. La persona con dolor crónico acaba organizando su vida en torno al dolor, apareciendo las "conductas de dolor", que limitan y modulan completamente la actividad personal, profesional y social del individuo. A este tipo de dolor se asocia invariablemente un componente de sufrimiento psíquico importante, condicionado o condicionante, en mayor o menor medida, de la aparición de conductas de dolor.

Loesser (3,4) representa este fenómeno gráficamente como unas esferas concéntricas que se incluyen unas a otras. Así, la esfera más interna es la nocicepción, por encima de ella el dolor, como percepción de la anterior. En el siguiente nivel estaría el sufrimiento como la consecuencia del dolor. La importancia de la vivencia de dolor y su expresión como sufrimiento merecería una reflexión propia que excede el objetivo del capítulo, pero sí es necesario conocer que una misma nocicepción, percibida como dolor, puede significar un sufrimiento muy distinto para cada individuo, dependiendo de múltiples variables como son la interpretación personal de la vivencia de dolor, las creencias, el impacto sobre su futuro personal o profesional, la informa-



ción y la capacidad cognitiva. Aquí se abre otro campo importante para el tratamiento del dolor y es el alivio del sufrimiento del paciente, aún cuando no fuéramos capaces de tratar ni la nocicepción ni el dolor. Así, el apoyo psicológico y espiritual, la atención y la implicación de los profesionales en el cuidado de paciente con dolor, ya es suficiente para empezar a tratar el dolor, reduciendo en lo posible el sufrimiento que genera.

La última esfera hace referencia a cómo el dolor crónico acaba condicionando la propia vida del paciente, modificando sus conductas y limitando cada vez más su actividad.

3.1.3. TIPOS FISIOPATOLÓGICOS DE DOLOR (5, 6)

El manejo adecuado y efectivo del dolor crónico supone un certero diagnóstico previo de dolor, diagnóstico que supone utilizar una clasificación fisiopatológica con implicaciones terapéuticas.

Fundamentalmente distinguimos cuatro tipos fisiopatológicos de dolor: dolor somático, visceral, neuropático o psicógeno (Tabla 1). Este último, es objeto de atención en unidades de salud mental, por lo que no nos vamos a referir a él.

Ninguno de estos tipos se presentan habitualmente de forma “pura” y suelen tener algún componente de los otros. Así, habitualmente nos referimos a dolores “predominantemente” somáticos o neuropáticos.

Tabla 1. Tipos fisiopatológicos de dolor

DOLOR SOMÁTICO	DOLOR VISCERAL	DOLOR NEUROPÁTICO
Dolor constante, bien localizado, superficial o profundo destructivo. No referido.	Dolor constante, típicamente acompañado de dolor referido y cortejo vegetativo, ocasionalmente cólico.	Dolor quemante, con disestesias paroxísticas, electricidad. Alodinia mecánica que puede persistir en ausencia de lesión.
Provocado por estímulos nociceptores.	Provocado por estímulos nociceptores viscerales.	Provocado por interacción nociceptora aferente simpático-somática.
Transmisión a través de nervios periféricos.	Transmisión a través de plexos viscerales y SNA.	Con descargas paroxísticas en Sistema Nervioso Periférico. Sistema Nervioso Central inhibido.
Distribución radicular.	Distribución difusa y mal localizado.	Puede persistir en ausencia de la lesión.
Estímulos desencadenantes: calor, frío, presión, químicos y mecánicos.	Estímulos desencadenantes: hipoxia, isquemia, químicos y mecánicos. Respuesta del SNA.	Puede aparecer por estímulos que habitualmente no son dolorosos o de forma espontánea.
Datos exploratorios: • Dolor contrarresistencia. • Dolor a percusión sin irradiación. • Escasa respuesta del SNA.	Datos exploratorios: • Empeora con la inspiración pleurítica, peritoneal o distensión visceral. • Dolor regular con episodios agudos tipo cólico, con irradiación.	Datos exploratorios: • Dolor quemante. • Alodinia. • Paroxismos eléctricos.
Buena respuesta a AINE y opioides.	Buena respuesta a AINE y opioides.	Buena respuesta a fármacos neuromoduladores y estimulación eléctrica. Mala respuesta a opioides.

El tratamiento del dolor agudo debe ir encaminado a la resolución de la causa desencadenante y a una terapia agresiva para yugular el dolor. Sin embargo, esto no ocurre en dolor crónico, en el que la causa desencadenante es conocida pero muchas veces no resoluble. El tratamiento del dolor crónico irá encaminado fundamentalmente al control y adaptación al síntoma, mediante las vías de administración de analgesia, que permitan su utilización mantenida con el mínimo de riesgos para el paciente.

3.1.4. EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON DOLOR

Se identifican siete aspectos esenciales para la correcta evaluación inicial y establecimiento de una estrategia terapéutica:

1. Historia clínica

Una completa historia del dolor debe incluir una historia médica general en la que se recojan los antecedentes personales y patológicos del paciente. Con relación al dolor crónico hay que recoger aspectos como:

- Comienzo del cuadro, cualidad, intensidad, distribución, duración (patrón temporal).
- Síntomas acompañantes como trastornos motores, sensitivos o del sistema nervioso autónomo.
- Factores que lo exacerbaban y factores que lo alivian.
- Componentes afectivos del dolor.
- Resultados de las pruebas complementarias ya realizadas así como de la respuesta a tratamientos previos.

Para la evaluación cuantitativa o de intensidad del dolor existen diferentes escalas: verbales, numéricas, analógica-visuales, gráficas, así como métodos observacionales, que se seleccionarán en función de las características del paciente.

La de uso más extendido por su comodidad y eficacia es la Escala Visual Analógica (EVA) (7), tanto numérica como verbal, como con simbología (expresiones faciales). La más utilizada se compone de una línea horizontal con una longitud exacta de 10 cm, limitada en los extremos por dos líneas verticales que marcan, en uno de los extremos el valor 0 “ausencia de dolor” y en el otro extremo el valor 10 correspondiente a “el mayor dolor”. El paciente marcará sobre la línea la intensidad de su dolor; y midiendo desde el extremo correspondiente al valor 0, se obtendrá en centímetros o milímetros la intensidad del dolor (EVA 5 ó EVA 50, por ejemplo).

Existen cuestionarios para la evaluación clínica del dolor que proporcionan información sobre otros aspectos del dolor crónico y que permiten su caracterización. El Mc Gill Pain Questionnaire (MPQ) (8) es uno

de los más utilizados, aunque en nuestro país presenta importantes inconvenientes respecto a la traducción de los descriptores, y su dificultad de aplicación. El Cuestionario de Evaluación Psicológica del Dolor (CEPD) de Vallejo MA (9) es uno de los primeros desarrollados en España. También se han desarrollado instrumentos de evaluación relacionados con la medida de la adaptación del paciente al dolor crónico, destacando la medida del afrontamiento del dolor mediante el cuestionario de afrontamiento del dolor (CAD-R) de Soriano J. y Monsalve V. (2004) (Capítulo 3.5). Sin embargo, en muchas ocasiones las limitaciones cognitivas del paciente dificultan el uso de estas escalas, por lo que en esos casos resulta muy importante la evaluación de la expresión facial, corporal o vocal (4, 5) o bien los datos aportados por familiares, cuidadores o equipo sanitario (Capítulo 5).

2. Examen físico

Un completo examen físico es imprescindible en una primera evaluación, debiendo incluir una adecuada exploración neurológica y una valoración músculoesquelética. Con especial atención no sólo a una posible causa desencadenante del proceso, sino también a los efectos del dolor de forma crónica sobre el individuo.

También es importante una valoración inicial de la situación funcional y de la calidad de vida actual del paciente. Para ello son útiles la escala de actividad del Eastern Cooperative Group (ECOG) (10), el Índice de Karnofsky (11) y el de Barthel (12).

ÍNDICE DE KARNOSFKY (%)

- 100.** Normal, capaz de llevar una vida normal.
- 90.** Capaz de llevar una vida normal. Signos o síntomas de enfermedad.
- 80.** Actividad normal con esfuerzo, algunos signos o síntomas de enfermedad.
- 70.** Cuida de él mismo. Incapaz de llevar una actividad normal o trabajo activo.
- 60.** Requiere asistencia ocasional aunque es capaz de cuidar de la mayoría de sus necesidades.
- 50.** Requiere una asistencia considerable y frecuentes cuidados médicos.
- 40.** Enfermo, requiere especial cuidado y asistencia.
- 30.** Severamente enfermo. Está indicada la hospitalización, aunque no existe muerte inminente.
- 20.** Muy enfermo, es necesario hospitalizar, requiere un tratamiento activo de soporte.
- 10.** Moribundo. Proceso rápidamente progresivo hacia el fatal desenlace.
- 0.** Muerte.

3. Evaluación psico-social

Debe permitirnos obtener información acerca de la personalidad del paciente y la presencia de síntomas de alteración psicológica, como ansiedad, depresión, angustia, así como de desórdenes mentales de mayor rango.

Existen también cuestionarios encaminados a valorar aspectos afectivos del dolor como el Cuestionario sobre Ansiedad Estado-Rasgo de Spilberger (STAI) o la escala de Depresión de Beck (BDI). En los últimos años se viene utilizando, por su facilidad de aplicación y fiabilidad, la Escala de ansiedad-depresión hospitalaria (HAD) (Capítulo 3.5).

Otro de los más usados es el MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Se trata de un inventario de personalidad que permite el establecimiento de perfiles de personalidad, útil para descartar la presencia de psicopatología en el sujeto. Aunque es un instrumento ampliamente utilizado, está siendo criticado, ya que la presencia de rasgos psicopatológicos no implica necesariamente el origen psicógeno del dolor crónico.

En esta fase, se deben explorar también otros aspectos relevantes que pueden modular la respuesta al tratamiento, como la existencia de litigio, problemas económicos o sociales, así como las expectativas del paciente respecto a la terapia.

4. Aspectos creenciales o espirituales

Pueden tener gran importancia en relación con el significado del dolor y el sufrimiento, así como con la forma de afrontar la situación de dolor crónico, especialmente en pacientes oncológicos.

La atención y modificación de todos estos factores permitirán una atención realmente integral al paciente con dolor crónico y mejorará no sólo el afrontamiento de la situación, sino también la respuesta efectiva a la estrategia terapéutica planteada.

5. Impresión diagnóstica

Tras la realización de las fases previas, debemos estar en condiciones de establecer una primera sospecha diagnóstica que determine la posible etiología y los efectos del dolor.

A veces, antes de emitir el diagnóstico puede ser necesario solicitar pruebas complementarias para confirmar el diagnóstico etiológico y/o descartar cualquier actitud curativa (cirugía o tratamientos curativos específicos).

Sin embargo, la dificultad para solicitar pruebas diagnósticas desde atención primaria puede ser un problema añadido y, en más de una ocasión, supondrá una derivación a la atención especializada y un retardo en el proceso diagnóstico y terapéutico del paciente.

6. Plan de tratamiento

Como guía general, el manejo del dolor crónico debe basarse en los siguientes puntos (13):

- Necesidad de un enfoque interdisciplinar, en el que se vean involucrados todos los profesionales de la salud, tanto de la atención socio-sanitaria como de la atención especializada, en el que se aborden tanto los aspectos farmacológicos, la rehabilitación física, los aspectos psicológicos y espirituales, la modificación de conductas y la atención a la familia.
- El objetivo debe ser la reincorporación del paciente a una vida activa personal, recuperando sus relaciones interpersonales y sociales. Tanto los tratamientos propuestos, como los objetivos del tratamiento, deben ser discutidos y acordados siempre que el estado de salud del paciente lo permita.
- La ausencia aparente de signos físicos o causas médicas o quirúrgicas como origen del dolor no debe de negar su existencia. Será necesario investigar en extensión y profundidad el origen del mismo, haciendo hincapié en el aspecto psíquico.
- El paciente debe ser el principal asesor y participar en las decisiones terapéuticas, corresponsabilizándose de ellas. Algunos estudios han demostrado que pacientes oncológicos con dolor crónico a los que se les asigna un papel activo en el manejo de su dolor obtienen importantes beneficios.
- La analgesia para el dolor crónico continuo debe ser prescrita y administrada de forma pautada y regular, no a demanda.

- El miedo a la dependencia o adicción a determinados fármacos no debe limitar su uso, cuando la intensidad del dolor así lo requiera. Su uso en dolores no malignos tiene las mismas indicaciones que para el paciente en situación terminal.
- La cirugía debería ser utilizada sólo cuando hay evidencias de la reversibilidad del proceso.
- Existen una serie de axiomas más específicos, que son útiles para el manejo del dolor crónico:
 - a) Los objetivos del tratamiento del dolor son escalonados:
 - Primer objetivo: alivio del dolor nocturno, permitir el descanso
 - Segundo objetivo: control del dolor en reposo
 - Tercer objetivo: control del dolor en actividad
 - b) Debe ser un abordaje sistemático, secuencial, en el que progresivamente se van utilizando fármacos y técnicas más potentes. Por tanto, tan inadecuada es la infradosificación (aceptamos el riesgo de efectos secundarios sin obtener el beneficio de la analgesia) como la sobredosificación, que acarreará efectos secundarios que pueden ser graves.
 - c) No se debe utilizar dos analgésicos del mismo escalón al mismo tiempo, ni por vías de administración diferentes. No se potencian los efectos analgésicos y sí los efectos indeseables.
 - d) Pueden asociarse fármacos analgésicos de diferentes escalones, excepto opioides mayores y menores (estos últimos bloquearían receptores para las moléculas con mayor potencia intrínseca). También es posible asociar en cualquier escalón de analgesia, los fármacos denominados coadyuvantes de la analgesia.
 - e) Administración reglada, pautada, “reloj en mano”. Es más fácil y eficaz evitar la aparición del dolor que eliminarlo cuando ya se ha establecido. Si ya ha aparecido el dolor, aunque se controle con posterioridad, el paciente ya lo ha sufrido durante un periodo más o menos largo de tiempo. En el dolor crónico, especialmente en el paciente oncológico, es necesario mantener los niveles plasmáticos constantes, y esto solo es posible conseguirlo con la adminis-

tración regular de los fármacos, a los intervalos correctos, según las características farmacocinéticas y farmacológicas del fármaco en cuestión.

- f) Se deben prevenir, sin esperar a que aparezcan, aquellos efectos secundarios que sabemos que con una alta probabilidad se van a presentar.
- g) Sobre una estrategia terapéutica basal establecida, se deben prevenir las medidas iniciales de rescate, fundamentalmente encaminadas al control del dolor incidental e irruptivo.
- h) Si no se puede o no se debe utilizar la vía oral, como vía de administración analgésica, hay que recurrir a otras vías de administración o remitir el paciente a una unidad especializada en el tratamiento del dolor.

7. Distribución de las actividades de registro

La evaluación inicial y la estrategia terapéutica deben quedar registradas en la historia clínica del paciente. Ésta debe ser una labor realizada por el médico responsable de la atención y seguimiento del paciente.

Deben registrarse las siguientes variables en las sucesivas visitas de control:

1. Intensidad y frecuencia del dolor incidental. Valorar la intensidad de las crisis de dolor y su frecuencia. Intentar determinar factores desencadenantes.
2. Mejoría global en el control del dolor desde el último ajuste terapéutico, valorada en tanto por ciento (p.ej. mejoría de un 30%).
3. Posibles efectos secundarios del tratamiento, haciendo hincapié en aquellos previsibles y que se deben prevenir.
4. El cumplimiento terapéutico.
5. La asociación de otros tratamientos pautados por otros especialistas, que puedan producir interacciones farmacológicas.
6. Presencia de nuevos signos o síntomas relacionados con el dolor.
7. Aspectos psicológicos y de afrontamiento. Valorar el cumplimiento y la adherencia a las estrategias acordadas en ese sentido.

El registro de todos estos factores, una vez se ha conseguido un control adecuado del dolor, puede ser realizado en la consulta de enfermería con personal previamente formado en este aspecto. En las evaluaciones sucesivas, ante la identificación de cualquier dato que implique una evaluación clínica o de la estrategia terapéutica, el paciente debe ser remitido lo antes posible al médico, que valorará las medidas a tomar o su remisión a una unidad especializada en el tratamiento del dolor.

Existe otra forma de registro más detallado de la evolución del dolor crónico, muy útil en las fases iniciales de su abordaje, o ante periodos de descompensación, que son los diarios de dolor. Son sistemas de registro cumplimentados por el propio paciente, que recogen de forma horaria todos los cambios y fenómenos relacionados con su dolor.

La frecuencia de las visitas variará según el grado de control de la sintomatología. Serán más frecuentes al inicio hasta conseguir el control adecuado del dolor y menos frecuentes con posterioridad.

La Task Force de la Sociedad Americana de Anestesiología (14) para el manejo del dolor crónico reconoce, que mantener una monitorización periódica sobre los efectos del tratamiento y el estado del paciente, supone una importante mejoría en el control del dolor y reduce los efectos adversos de la terapia analgésica.

El éxito en el tratamiento del dolor crónico estará en un seguimiento y monitorización adecuadas que permitan optimizar la estrategia terapéutica a las necesidades de analgesia en cada momento.

3.1.5. VALORACIÓN MÉDICA Y PLAN TERAPÉUTICO DEL DOLOR EN LA POBLACIÓN GERIÁTRICA

El dolor del anciano responde a uno de los modelos fisiopatológicos del dolor existentes. Por lo que el “diagnóstico del dolor”, independiente del diagnóstico causal u origen del mismo, es el primer paso para un correcto abordaje terapéutico.

La valoración cuantitativa del dolor se realizará utilizando las diversas escalas propuestas adaptadas a los distintos tipos de pacientes y que serán seleccionadas en función de su estado cognitivo.

Para realizar una **valoración básica** podemos seguir la regla mnemotécnica: “P-Q-R-S-T”:

- P (Provocación o paliación): factores que empeoran o alivian el dolor.
- Q (Calidad): descripción del dolor.
- R (Radiación): diseminación o irradiación del dolor.
- S (Severidad): grado de dolor (leve, moderado, intenso).
- T (Tiempo): duración y cronología del dolor.

El anciano tiene unas características fisiológicas que condicionan y modulan el tratamiento analgésico. La presencia de múltiples patologías coexistentes, los problemas sociales, psicológicos y emocionales, la polifarmacia, el deterioro cognitivo y funcional progresivo son algunas de las situaciones que con mayor frecuencia se asocian al dolor crónico en el anciano. Todas ellas deben ser evaluadas y contempladas a la hora de establecer una estrategia terapéutica.

El objetivo terapéutico debe ser mantener al paciente libre de dolor y totalmente alerta. Deben seguirse unos objetivos escalonados como se ha comentado anteriormente.

Los **criterios clínicos que definen un adecuado control del dolor** son:

1. Intensidad EVA < 4
2. Menos de tres crisis de dolor al día
3. Sueño reparador

El enfoque terapéutico se basa en una visión multidisciplinar, global y secuencial que debe abordar tanto el componente físico del dolor como la esfera psíquica y social del individuo.

Tras la fase inicial de evaluación integral del anciano y considerando todas estas facetas se establece el tratamiento farmacológico, que seguirá las directrices de la escalera analgésica de la OMS. Pero si ello no fuera suficiente para disminuir la intensidad del dolor, se dispone de otros recursos terapéuticos (técnicas no farmacológicas o intervencio-

nistas) que se irán integrando en la estrategia terapéutica en función de las necesidades individuales del paciente. Es fundamental potenciar la intervención psicológica, que puede realizarse en cada una de las fases del diagnóstico y tratamiento del anciano, así como la del resto de profesionales implicados: enfermería, farmacéuticos, fisioterapeutas, técnico de animación sociocultural, etc.

Ante un abordaje terapéutico en el paciente anciano deberemos de considerar una serie de **premisas que nos ayudaran a optimizar el tratamiento:**

- a) Evaluación etiológica
- b) Valorar la relación beneficio-riesgo de cualquier tratamiento (no siempre lo más adecuado es tratar los síntomas)
- c) Iniciar el tratamiento lo antes posible y realizar el seguimiento de la respuesta. Iniciar con la menor dosis posible e incrementar lenta y progresivamente (“comenzar lento y continuar despacio”)
- d) Elegir un tratamiento de fácil cumplimiento, adecuar la vía de administración a la situación del paciente. Utilizar la vía oral siempre que sea posible
- e) Evitar la polimedicación. No mantener un tratamiento innecesariamente
- f) No se debe rechazar a priori ninguna actitud terapéutica en función exclusiva de la edad

Deberemos tener en cuenta aquellos **factores de mal pronóstico en el control del dolor:**

- Dolor neuropático
- Dolor incidental
- Deterioro cognitivo grave
- Malestar psicológico importante
- Historia de abuso de alcohol o adicción a drogas (indica estrategias pobres para enfrentarse a las situaciones de estrés cotidianas)

Selección del tratamiento analgésico

Las Figuras 1, 2 y 3 (15-20) muestran las estrategias terapéuticas y su indicación según el diagnóstico inicial de dolor. Un uso adecuado de los tres peldaños de la escalera analgésica de la OMS, junto con las medidas de apoyo general comentadas, permitirán mejorar el control del dolor de la mayoría de nuestros pacientes ancianos. Su evaluación continua, sobre todo al inicio del tratamiento, permitirá conocer el grado de analgesia alcanzado y/o adaptar nuestra respuesta terapéutica a las necesidades individualizadas del paciente.

Una vez agotada la escalera analgésica en sus tres escalones por vía oral, transdérmica e incluso subcutánea y utilizando dosis plenas sin respuesta o con presencia de efectos secundarios intolerables, el médico que ejerce su labor en el ámbito sociosanitario debe conocer la disponibilidad de otras muchas medidas terapéuticas disponibles en una unidad especializada de tratamiento del dolor, resumidas en las figuras al final de este capítulo y desarrolladas en el Capítulo 6. Debe plantearse remitir al paciente a una unidad especializada en el tratamiento del dolor, donde se evaluará cada caso.

Como regla general, cabe resaltar que siempre se debe iniciar el tratamiento por el analgésico eficaz menos potente. La potencia analgésica vendrá determinada por la intensidad del dolor, no por el diagnóstico ni la duración del proceso. Y, siempre que sea posible, la vía de elección para la administración será la vía oral. Es recomendable llegar a la dosis eficaz “desde abajo”, es decir, titulando las dosis progresivamente y de modo ascendente hasta alcanzar el alivio del dolor (13-15).

La administración de cualquier estrategia terapéutica para el dolor crónico debe ser regular y profiláctica, mediante una administración programada.

Es muy recomendable seguir el consejo de la Sociedad Americana de Geriátrica de “empezar lento y continuar despacio” (17), a fin de evitar problemas en el uso de fármacos, incluso potentes, en estos pacientes. El tratamiento farmacológico resulta más eficaz cuando se implementan programas no farmacológicos como ejercicio, técnicas de relajación y de modificación de conducta (16). Las recomendaciones más importantes sobre manejo del dolor en paciente anciano se indican a continuación:

- El dolor es una parte importante de la valoración integral del paciente anciano así como la cuantificación del mismo tras la terapia adecuada.
- Los AINE se deben emplear con precaución dada la frecuente posibilidad de efectos adversos en la población anciana. Constituyen la causa más habitual de reacciones adversas.
- El paracetamol es el fármaco de elección para el control del dolor musculoesquelético de intensidad leve-moderada.
- Si el dolor se considera entre moderado e intenso se intentará controlar con opioides.
- La analgesia no opioide puede ser eficaz para sujetos con dolor neuropático y otras modalidades de dolor crónico.
- Las estrategias no farmacológicas aisladas o en combinación son una parte integral en los planes de cuidados.
- Cuando los intentos de control del dolor fracasan, se debe ofertar la posibilidad de una valoración multidisciplinar.
- Las instituciones sanitarias deben revisar las políticas existentes y potenciar el acceso del anciano con dolor a una analgesia opioide eficaz.

Hemos de tener en cuenta algunas consideraciones generales en el uso de medicación. Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) presentan una elevada incidencia de problemas a nivel gastrointestinal, renal y deben usarse con precaución en pacientes hipertensos, constituyéndose así el paracetamol en el fármaco de elección en dolor leve-moderado por su mejor perfil (16,18-21). En caso de utilizarlos, es preferible utilizar aquellos de acción rápida y corta para evitar dosis acumulativas por defectos de eliminación.

En casos de dolor moderado-severo resulta preciso utilizar fármacos opioides. La variedad de presentaciones y de vías de administración (vía oral, transdérmica, intratecal, subcutánea, transmucosa) facilita enormemente la adecuada administración, incluso en pacientes muy deteriorados.

En el caso de los opioides debemos prevenir los efectos secundarios: añadir laxantes, antieméticos, recomendar ingesta hídrica, etc.

Tabla 2. Principales cuadros de dolor y su tratamiento en la población geriátrica (modificada de Franco et al.)

TIPO DOLOR	ORIGEN	CUADROS	TRATAMIENTO
NOCICEPTIVO – Somático – Visceral	Estimulación de receptores de dolor. Inflamación tejidos.	<ul style="list-style-type: none"> • Origen musculoesquelético (artritis reumatoide, osteoartritis, alteraciones mecánicas del raquis, post-traumática, etc.). • Síndrome miofascial. • Úlceras cutáneas. • Alteraciones inflamatorias no articulares (polimialgia reumática). • Dolor isquémico (arteriopatías, arterio-esclerosis, etc.). • Metástasis óseas. • Incisiones quirúrgicas. • Dolor visceral (pancreatitis, cirrosis, etc.). 	<p>ANALGÉSICOS COMUNES + ABORDAJE NO FARMACOLÓGICO.</p> <p>Pueden asociar fármacos coadyuvantes.</p> <p>Posibilidad de técnicas (4.º escalón).</p>
NEUROPÁTICO	Alteraciones fisiopatológicas tanto de SNC o de SNP.	<ul style="list-style-type: none"> • Neuralgia postherpética. • Neuralgia del trigémino. • Neuropatía diabética dolorosa. • Dolor central (ACV, etc.). • Dolor postamputación, "miembro fantasma". • Dolor mielopático o radicular (estenosis de canal medular, fibrosis periradicular, etc.). • Síndrome Dolor Regional Complejo (SDRC). 	<p>FARMÁCOS COADYUVANTES CON ACTIVIDAD ANALGÉSICA INTRÍNSECA:</p> <p>antidepresivos tricíclicos, anticonvulsivantes o relajantes musculares + dosis bajas de analgésicos.</p>
MIXTO/PATOLOGÍA INDETERMINADA	Combinaciones previas.	<ul style="list-style-type: none"> • Cefalea crónica (cefalea tensional, migraña, cefaleas mixtas). • Vasculopatías dolorosas. 	<p>Diferentes estrategias terapéuticas, solas o combinadas.</p>
PSICÓGENO	Influido por factores psicológicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Somatizaciones. • Cuadros histéricos. 	<p>Terapia psicológica-psiquiátrica</p>

Figura 1. Estrategia terapéutica del dolor crónico en el paciente

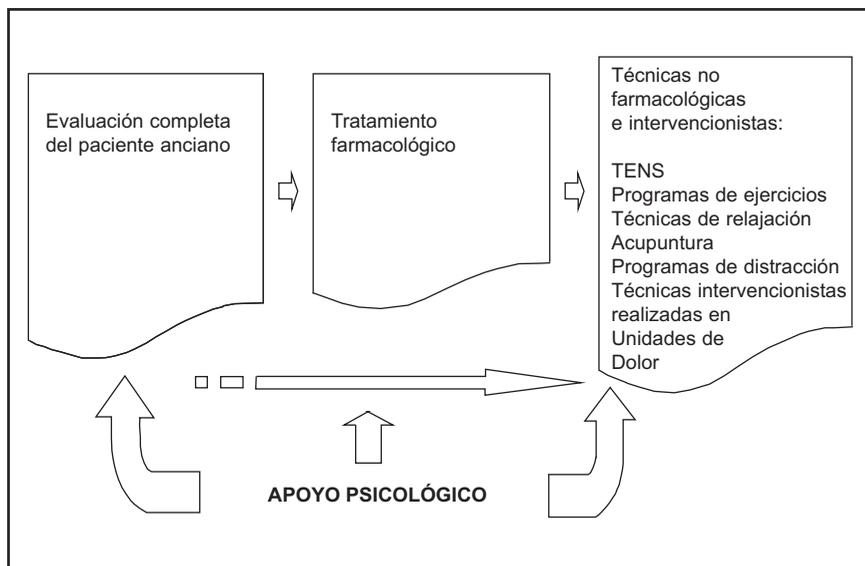


Figura 2. Algoritmo de decisión para el tratamiento de dolor crónico

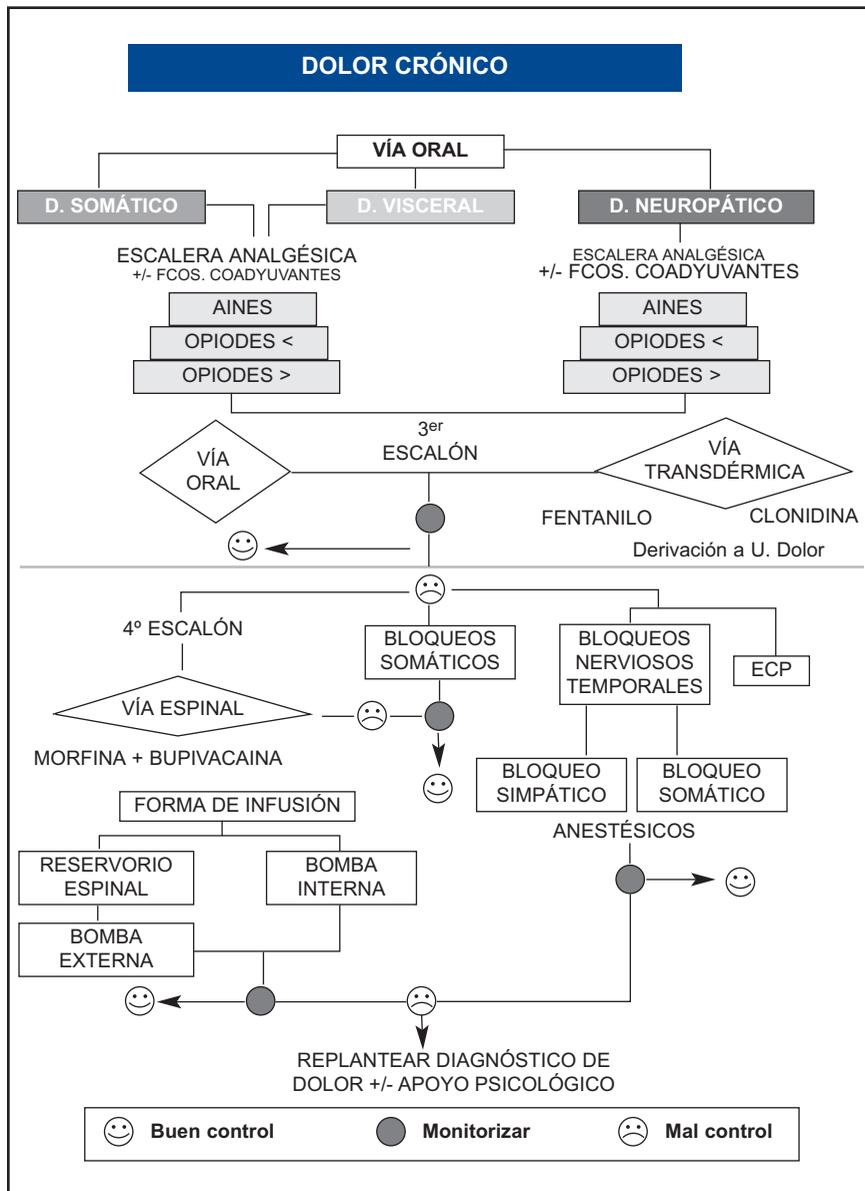
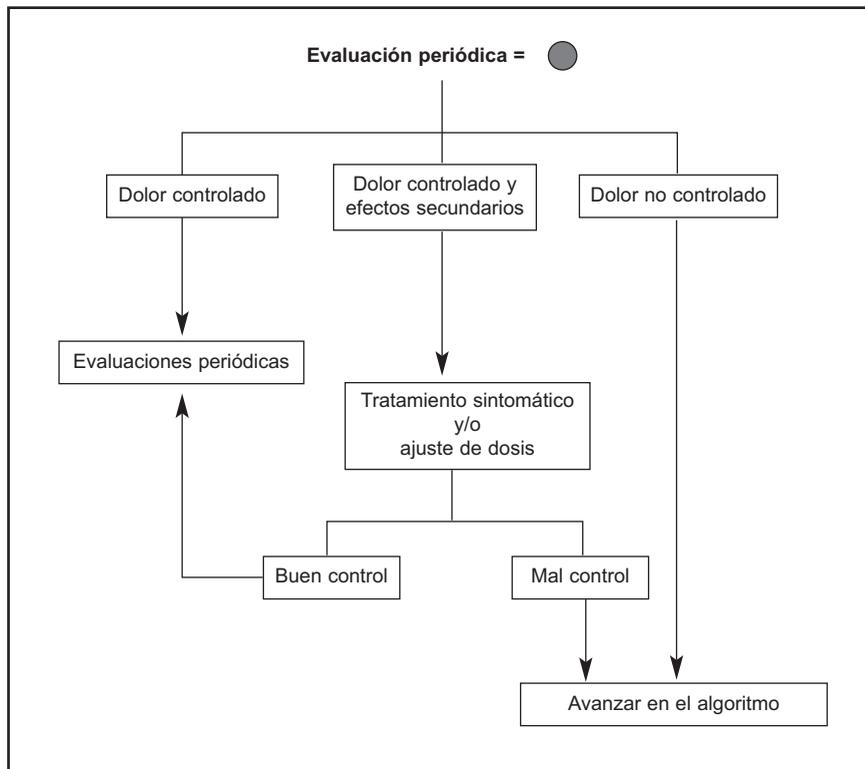


Figura 3. Algoritmo de decisión para las evaluaciones periódicas



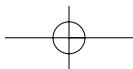
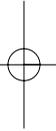
3.1.6. BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy. Classification of Chronic Pain. *Pain*, 1986, 3: S3-S12 y S216-S221.
2. Cerdá G, Monsalve V, Cabo C. Epidemiología del Dolor: Discapacidad y calidad de vida. Aspectos sociales y económicos del enfermo con dolor crónico. Humanización de la atención sociosanitaria. Ed. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana, 2002, 369-375.
3. Loesser JD, Black RG. A taxonomy of pain. *Pain*, 1975, 1: 81-84.
4. Loesser JD, Black RG. Perspectives of pain. Proceeding of first world conference on clinical pharmacology and therapeutics. Londres, 1980.
5. Bonica JJ. Definitions and taxonomy of pain. The management of pain. 2nd edition. Philadelphia, Lea and Febiger, 1990, 18-27.
6. Bonica JJ. General considerations of chronic pain. The management of pain. 2nd edition. Philadelphia, Lea and Febiger, 1990, 180-196.
7. Chapman CR y Syrjala KL. (2001). Measurement of pain. Loesser JD, Butler SH, Chapman Cr, YTurk DC. Ed. Bonica's Management of Pain. Philadelphia, Lipincott, Williams and Wilkins, 2001, 310-328.
8. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*, 1975, 1: 277-299.
9. Vallejo M.A. Evaluación y tratamiento psicológico del dolor. *Revista española de terapia del comportamiento*, 1983, 3: 329-378.
10. Finkelstein DM, Cassileth BR, Bonomi PD, Ruckdeschel JC, Ezdinli EZ, Wolter JM. A pilot study of the Functional Living Index-Cancer (FLIC) scale assessment of quality of life for metastatic lung cancer patients. A Cooperative Oncology Group Study (ECOG). *Am J Clin Oncol*, 1988, 11: 630-633.
11. Karnofsky DA, Burchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. En: Evaluation of chemotherapeutic agents. CM MacLeod, New York, Columbia University press, 1949, 191-205.
12. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md Med J*, 1965, 14: 61-65.

13. Cerdá G, De Andrés J. Guía de actuación clínica de atención primaria. En: Tratamiento del dolor crónico. Generalitat Valencia. Conselleria de Sanitat, 2002.
14. American Society of Anaesthesiologists Task Force on Pain Management, Chronic pain Section. Practice guidelines for chronic pain management. *Anesthesiology*, 1997, 86: 995-1004.
15. Cerdá-Olmedo G, Monsalve V, Mínguez A, Valía JC, De Andrés J. Algoritmo de decisión para el tratamiento del dolor crónico. Una propuesta necesaria (I). *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 2000, 7: 225-233.
16. Franco M.L, Seoane de Lucas A. Características del dolor crónico en el anciano: tratamiento. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 2001, 8: 29-38.
17. American Geriatrics Society (AGS). The Management of Persistent Pain in Older Persons, *JAGS*, 2002, 50: S205-S224.
18. Villanueva VL, Cerdá-Olmedo G, Moliner S, Mínguez A, Aguilar T, De Andrés J. Cox-2: actualización. Biblioteca da Dor. Ed. Permanyer, Portugal, 2007.
19. Villanueva VL, Cerdá-Olmedo G, Moliner S, Mínguez A, Aguilar T, De Andrés J. Paracetamol. Farmacología y eficacia analgésica. Biblioteca da Dor. Ed. Permayer, Portugal, 2007.
20. Lamberg L. New guidelines on managing chronic pain in older person. *JAMA*, 1998, 280-331.
21. Perry G. Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Patients. *Clin J Pain*, 2004, vol. 20 (4): 220-226.

3.2. FARMACÉUTICO

A. Mínguez Martí
I. Quintana Vargas



3.2.1. INTRODUCCIÓN

El farmacéutico que presta atención farmacéutica en el ámbito sociosanitario puede contribuir activamente en la mejora de la calidad asistencial del anciano con dolor.

La atención sociosanitaria interdisciplinar es imprescindible para garantizar el cuidado global del anciano institucionalizado. Las manifestaciones clínicas del dolor crónico en esta población son complejas y multifactoriales, por tanto, el dolor necesita un abordaje interdisciplinar.

La aportación del farmacéutico puede tener muchas vertientes, en función de las posibilidades reales de actuación. Esta actuación puede ir desde la validación de la farmacoterapia prescrita a la actuación proactiva, bien en el contexto interdisciplinar de la Valoración Geriátrica Integral (VGI), bien mediante grupos de evaluación y seguimiento que se constituyan para este fin.

También puede ser válido cualquier otro modo de actuación que tenga un impacto considerado sobre la seguridad, efectividad y/o eficiencia del tratamiento farmacoterapéutico.

En la práctica clínica, la identificación del dolor y su tratamiento en la población anciana institucionalizada son complejos. Son escasos los estudios con muestras adecuadas y metodología correcta sobre el dolor en el anciano.

El principal obstáculo encontrado en este ámbito de trabajo es la falta de formación y práctica en la valoración del dolor por parte de los profesionales. Esta situación es acorde a la bibliografía consultada.

Hay que tener en cuenta que es frecuente la dificultad de comunicación con el residente (demencias, deficiencias sensoriales, etc.), que invalida

la utilización de las escalas habituales para cuantificar el dolor. Además, la pluripatología y las múltiples fuentes de dolor dificultan su diagnóstico y tratamiento.

Por parte del sistema, se encuentra la falta de prioridad dada al control del dolor frente a otras patologías. Incluso el anciano se pone sus propias barreras con pensamientos como: “no me quejo, así soy mejor paciente”, “no quiero tomar más medicación”, “los profesionales ya saben lo que me pasa”, etc.

El tratamiento adecuado del dolor es además de un problema clínico, una cuestión ética y legal. Por ello, el farmacéutico debe implicarse, una vez identificado el problema y el impacto que puede tener su actuación, en paliar el dolor crónico en el anciano.

3.2.2. PROCESO DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA

El papel más importante del farmacéutico es la elaboración de opciones terapéuticas óptimas, “a medida” de cada anciano con dolor. Su aportación en el cuidado del anciano va siendo cada vez más relevante en la reducción de la morbilidad farmacoterapéutica, por las características del paciente (pluripatología, alta prevalencia de deficiencias sensoriales) y sus tratamientos.

Ahora bien, sus actuaciones podrían diferenciarse según el contexto de actuación:

a) Actuaciones generales

Supone un proceso de concienciación, educación y formación del equipo sociosanitario sobre la importancia de la detección del dolor y la necesidad de un tratamiento adecuado. Esta actuación puede realizarse mediante la organización de cursos, sesiones, jornadas, carteles a modo de recordatorio en los centros, etc.

b) Actuación de forma integrada en el equipo interdisciplinar

En este caso es necesario consensuar un plan de actuación y establecer una serie de parámetros, como son la frecuencia de sesiones de evaluación, el modo de valoración de los pacientes, el seguimiento, la comunicación de casos de dolor, etc.

La atención farmacéutica es un proceso responsable y las decisiones derivadas de la valoración interdisciplinar adquieren un compromiso que el farmacéutico debe asumir.

Las intervenciones farmacéuticas sobre el anciano con dolor requieren conocimientos clínicos y farmacoterapéuticos sobre las patologías más prevalentes, sus tratamientos, efectos esperados, así como de las interacciones de los analgésicos con el tratamiento farmacológico global del paciente. Además, es necesario adquirir habilidades como la de transmitir adecuadamente la información, tanto al paciente como al resto de profesionales implicados.

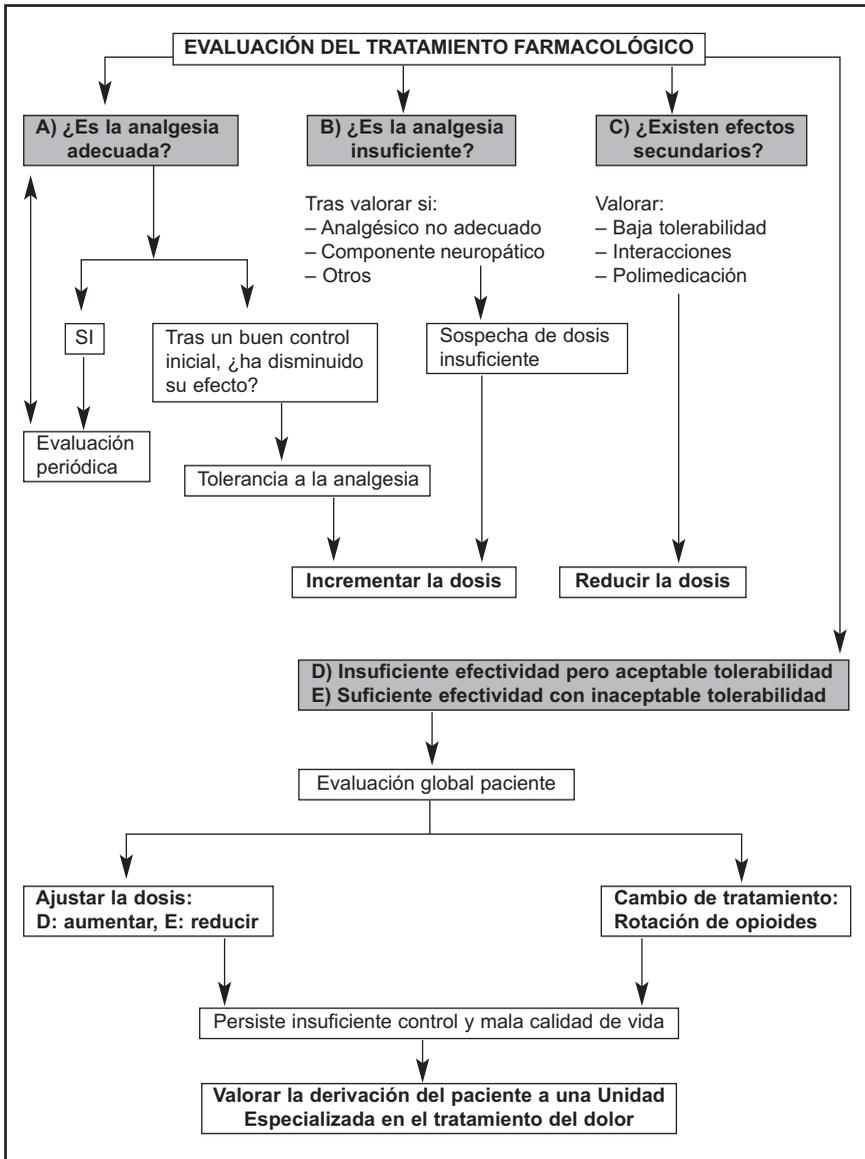
Consideraciones en la evaluación interdisciplinar del anciano con dolor crónico:

- Etapas generales del abordaje interdisciplinar del dolor en el anciano institucionalizado
- ¿Cuándo hay que realizar la valoración interdisciplinar del dolor?
- ¿Qué ancianos pueden tener mayor probabilidad de presentar PRM?
- Etapas generales del abordaje interdisciplinar del dolor en el anciano institucionalizado:
 - Identificación de los casos (ancianos con dolor).
 - Valoración integral, completa y detallada del dolor y su impacto en la persona. La valoración inadecuada es el factor más importante que contribuye al fracaso del tratamiento del dolor.
 - Diseño individualizado del tratamiento farmacológico y no farmacológico.
 - Seguimiento farmacoterapéutico del paciente. Se considera seguimiento la “actividad del farmacéutico centrada en evaluar la evolución del paciente tras una actuación farmacéutica, con el fin de comprobar que se resuelven o previenen los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) identificados y su morbilidad asociados, así como prevenir o identificar la aparición de nuevos PRM en el paciente (HUPAF, 2005)”.

En la figura 1 se propone un algoritmo de seguimiento e intervención farmacéutica.

- Documentación en la historia clínica del paciente.
- Derivación a una unidad especializada en el tratamiento del dolor cuando se considere oportuno.

Figura 1. Evaluación de la efectividad, tolerabilidad y tolerancia del tratamiento analgésico con opioides en el paciente con dolor crónico



- ¿Cuándo hay que realizar la valoración interdisciplinar del dolor?

La atención farmacéutica, dentro del funcionamiento del equipo interdisciplinar puede realizarse en tres o más situaciones distintas:

- En cada Valoración Geriátrica Integral (VGI), que se realiza al ingreso en el centro para personas mayores dependientes y después, de forma periódica.
- Reuniones con el equipo interdisciplinar con una periodicidad establecida.

El cribado o identificación del dolor crónico en todos los ancianos es muy importante, porque algunos ancianos no lo comunican a los profesionales, por motivos personales, culturales o psicológicos, incluso aunque el dolor le esté produciendo una gran incapacidad funcional.

Por ello siempre se recomienda preguntar directamente al paciente, tanto en los cribados, al ingreso, en las VGI y en todas aquellas situaciones en las que se valore el dolor.

Incluso en aquellos ancianos con deterioro cognitivo moderado, también se recomienda preguntar directamente, de forma sencilla, hablando pausadamente, repitiendo las preguntas. Sólo si no es posible la comunicación, habrá que utilizar un método observacional basado en cambios de conducta.

- En los casos en los que se haya identificado la presencia de dolor y además su evaluación y/o tratamiento no sea sencillo (gran parte de los casos).

- ¿Qué ancianos pueden tener mayor probabilidad de presentar PRM?

Es interesante priorizar la valoración del dolor en la población anciana con mayor probabilidad de presentar PRM. Estos son aquellos que:

- Presenten patologías potencialmente dolorosas.
- Han sufrido una caída o una fractura en los últimos 6 meses.
- Se ha observado reducción o alteración en la movilidad o de la capacidad funcional, en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), en el estado de ánimo, en la conducta habitual, etc.
- Se encuentren en tratamiento analgésico.

c) Validación del tratamiento analgésico

En el proceso de validación del tratamiento analgésico se utiliza el estándar de práctica asistencial del farmacéutico, aplicando las recomendaciones de utilización de los fármacos analgésicos y de prevención de efectos adversos en la población anciana.

Aunque es muy frecuente la identificación de casos de indicación no tratada, efectos adversos, interacciones y fallo de tratamiento, es conveniente el registro de los PRM y su análisis posterior, que permitan evaluar la contribución del farmacéutico al cuidado del anciano así como optimizar futuras actuaciones.

Los datos mínimos del paciente necesarios para la correcta validación de la prescripción de analgesia son:

Características relacionadas con el paciente:

- Identificación, sexo, edad
- Peso, talla, IMC (índice de masa corporal)
- Alergias e intolerancias
- Función renal y hepática
- Patologías agudas y crónicas
- Características del dolor
- Patologías que suelen ser concomitantes (depresión, alteraciones del sueño, etc.)

Características relacionadas con el tratamiento farmacológico:

- Tratamiento farmacológico completo
- Tratamientos analgésicos anteriores (posología, vía, efectividad y efectos adversos)
- PRM anteriores (relacionados con la analgesia)
- Pauta analgésica basal y pauta de rescate

Son muy frecuentes las pautas “si precisa”, sin especificar la posología y sin una pauta de analgesia basal. P. ej. Paracetamol, si precisa.

Generalmente es necesario establecer una pauta de analgesia basal y además, otra de rescate. Hay que tener siempre presente que el per-

fil final de la analgesia debe ser similar al perfil de dolor del paciente, en cuanto a su duración e intensidad.

Ambas pautas deben especificar claramente la posología y las instrucciones oportunas para su correcta administración.

Quando se pauta una analgesia de rescate o “si dolor”, la prescripción debe indicar el fármaco, la posología, la vía de administración, el intervalo de horas que hay que esperar entre dos dosis consecutivas y las consideraciones oportunas para la adecuada administración y seguimiento.

El registro de las dosis administradas servirá para ajustar (aumentar, generalmente) la analgesia basal y reducir así los episodios de dolor.

d) Otras intervenciones

Para que el dolor se valore de forma sistemática y efectiva, es necesario que los organismos sanitarios y/o sociosanitarios competentes consideren prioritaria la valoración del dolor en el contexto de la atención global al paciente. En este sentido el farmacéutico puede contribuir haciendo constar esta necesidad.

Para ello se debe valorar el dolor en el paciente al menos en cada Valoración Geriátrica Integral. Además es necesario que existan normativas y protocolos que normalicen la recogida de datos en cuanto a variables que lo describen, su detección, seguimiento y documentación en la historia clínica del paciente.

3.2.3. DATOS CLAVE PARA LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA INDIVIDUALIZADA

En la Tabla 1 se recogen algunos datos que sirven de orientación para establecer un tratamiento analgésico adecuado en el paciente anciano.

Tabla 1. Datos que aportan información clave para la atención farmacéutica individualizada

DATOS DEL PACIENTE	ORIENTA SOBRE:	OBSERVACIONES
Edad, peso, talla, situación clínica	Riesgo potencial de yatrogenia. La dosis inicial y los incrementos posológicos	En general, la dosis inicial debe ser pequeña y los incrementos posológicos lentos
Situación cognitiva y nivel educativo	Método de valoración del dolor y escalas viables para su cuantificación	En deterioro cognitivo moderado-grave, el abordaje del dolor tiene consideraciones especiales y está basado en la observación (Capítulo 5)
Diagnóstico de la patología dolorosa	Tipo fisiopatológico de dolor, aunque pueden coexistir varios componentes	No hay que olvidar que en el dolor neuropático la base del tratamiento no son los fármacos clásicos de la escalera de la OMS (Figura 2)
Localización/es	Tipo fisiopatológico de dolor. En ocasiones hay más de una localización y cada una debe evaluarse por separado	El dolor localizado puede ser susceptible de tratamiento no farmacológico. Es básico conocer el origen del dolor y si se irradia a otras zonas
Intensidad del dolor	Potencia del analgésico a utilizar, vía de administración y forma farmacéutica. Rapidez con la que es necesario hacer los incrementos de dosis	No siempre hay que esforzarse en eliminar o paliar primero el dolor más intenso. En ocasiones éste puede ser muy puntual y lo más molesto para el paciente puede ser otro dolor menos intenso, pero continuo y/o más incapacitante
Alergias/ Intolerancias	Intolerancias: en principio no hay que descartar el tratamiento. Alergias: no utilizar el fármaco ni los de su grupo	En caso de intolerancia, averiguar si se inició con la dosis recomendada en ancianos y se si pautó tratamiento profiláctico para prevenir los potenciales efectos adversos
IR, IH, IC, HTA, HDA, riesgo de caídas	Riesgos potenciales	Valorar en cada caso, ajustar la dosis, utilizar con precaución o considerar una alternativa farmacológica
Tratamiento analgésico actual	Si es adecuado a priori al diagnóstico y a las características del paciente y su tratamiento global	Valorar la efectividad y los posibles efectos adversos del tratamiento que esté tomando el paciente en el momento de la valoración
Tratamiento farmacológico completo	Riesgo de yatrogenia	Seguir las recomendaciones generales y valorar reducir la dosis de otro fármaco con el que pueda producir un efecto sinérgico
Horario en el que se presenta el dolor	Polosogía adecuada, forma farmacéutica óptima, etc	Si representamos en una gráfica la intensidad del dolor frente al tiempo, servirá de ayuda para establecer una pauta analgésica que se adapte lo mejor posible al perfil del dolor. Ahora bien, hay que tener en cuenta que hay que priorizar el tratamiento del dolor más molesto para el paciente

3.2.4. SELECCIÓN DE LOS ANALGÉSICOS SEGÚN EL TIPO FISIOPATOLÓGICO DE DOLOR

Los tipos fisiopatológicos básicos de dolor son: somático, visceral y neuropático. Hay que tener en cuenta que es frecuente que coexistan varios tipos de dolor en un paciente.

A continuación se resumen las características de los tipos fisiopatológicos de dolor (Tabla 2), así como los fármacos utilizados en cada caso (Figura 2).

Tabla 2. Resumen de los características habituales de los tipos fisiopatológicos de dolor

TIPO FISIOPATOLÓGICO DE DOLOR	CARACTERÍSTICAS HABITUALES
SOMÁTICO	<p>Dolor bien localizado, pulsátil, punzante. En el dolor osteoarticular, aparece al movimiento (también en reposo cuando la patología está avanzada), se alivia con el calor y los movimientos pasivos. No interrumpe el sueño y se aprecian ruidos articulares.</p> <p>Signos inflamatorios: En el dolor osteoarticular, mayor intensidad de dolor en reposo. De predominio matutino. Aparece limitación funcional, calor local, derrame articular, etc. No hay ruidos articulares. Interrumpe el sueño.</p>
VISCERAL	<p>Dolor profundo, sordo, difuso, como una presión o tracción.</p>
NEUROPÁTICO	<p>Dolor extraño, evocado o espontáneo. Puede ser referido como descargas, corrientes, quemazón, acorchamiento, presión, etc.</p>

Figura 2. Analgésicos utilizados en función del tipo fisiopatológico de dolor



3.2.5. CARACTERÍSTICAS DE LOS ANALGÉSICOS EN FUNCIÓN DEL TIPO DE DOLOR

A continuación (Tablas 3, 4 y 5) se indican ciertas características (posología, actuación en caso de insuficiencia renal o hepática y precauciones de utilización) de algunos fármacos analgésicos.

Tabla 3. Analgésicos utilizados en dolor nociceptivo

FÁRMACO	I	Di	D _{max}	IR	IH	PRECAUCIONES
Paracetamol	I-m	650-1000/ 8 h	4000 mg	<10: evitar tratamientos crónicos	Si es necesario, utilizar a dosis bajas (reducir la dosis un 50-75%). Evitar el uso crónico	Toxicidad hepática dosis-dependiente. Precaución en hepatitis crónicas y alcoholismo. Contraindicación en fallo hepático
Metamizol	I-s	500/6-8 h	2 g/6-8 h (IV)	Reducir la dosis	Utilizar con precaución	Riesgo de hipotensión, alteraciones dérmicas, agranulocitosis
Opioides						
Tramadol	m-s	25-50/día	300 mg	<30: D _{max} =200 mg, intervalo=12 h <10: D _{max} =50 mg, intervalo=12 h	Aumentar el intervalo posológico. En cirrosis, D _{max} = 50 mg/12 h	Dosis inicial baja e incrementos lentos, mejora la tolerancia de los opioides
Buprenorfina	m-s	1/4-1 parche 35 mcg/h cada 3-4 días	-	No es necesario ajustar la dosis	Valorar ajustar la dosis/ intervalo posológico	Dosis inicial baja e incrementos lentos, mejora la tolerancia de los opioides
Fentanilo	s	12 mcg/h cada 3 días	-	<50-10: 75% de la dosis habitual <10%: 50% de la dosis habitual	Algunos estudios sugieren reducir la dosis	Dosis inicial baja e incrementos lentos, mejora la tolerancia de los opioides
Morfina	s	10-20/día	-	<50-10: 75% de la dosis habitual <10%: 50% de la dosis habitual	Evitar, puede originar encefalopatía	Dosis inicial baja e incrementos lentos, mejora la tolerancia de los opioides
<p>Abreviaturas: I: intensidad del dolor (I-m: leve-moderado, m-s: moderado a severo, s: severo), Di: dosis inicial (mg), D_{max}: dosis máxima diaria, IR: insuficiencia renal, IH: insuficiencia hepática, IC: insuficiencia cardíaca; <X: hace referencia al aclaramiento de creatinina (ml/min).</p> <p>Nota: EVA dolor I-m = 1-3, EVA dolor m-s = 4-6, EVA dolor s = 7-10.</p>						

Tabla 4. Analgésicos utilizados en dolor inflamatorio (AINE)

FÁRMACO	I	Di	D _{max}	IR	IH	PRECAUCIONES
Ibuprofeno	I-s	400-600/8h	3200 mg	Evitar en IR grave	Evitar en IH grave	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar la dosis mínima efectiva durante el tiempo estrictamente necesario, cuando el dolor tenga un componente inflamatorio. Valorar de forma individualizada el beneficio-riesgo del tratamiento con AINE. - La asociación con paracetamol puede permitir reducir la dosis de AINE en pacientes con escaso componente inflamatorio. Se pueden combinar con opioides. - Utilizar gastroprotección: omeprazol 20 mg/24 h. - Disminuyen la filtración glomerular, pueden producir retención hidrosalina, edemas y empeorar el control de la HTA y de la IC. Evitar su uso en IC, IR, IH (graves). También en úlcera gastroduodenal, enfermedad de Crohn y pacientes anticoagulados. - Se han asociado con riesgo cardiovascular. Utilizar con precaución en pacientes con enfermedades o riesgos cardiovasculares. - En casos de dosis elevadas puede aparecer confusión, agitación y alucinaciones. - Utilizar con precaución en pacientes en tratamiento con corticoides o en ancianos debilitados.
Meloxicam	I-s	7.5/día	15 mg			
Diclofenaco	I-s	100-150/día en 2-3 dosis	150 mg			

Tabla 5. Analgésicos utilizados en dolor neuropático

FÁRMACO	I	Di	D _{max}	IR	IH	PRECAUCIONES
Gabapentina	-	150 mg al acostarse	1800 mg	30-49: 300-900 mg/día 15-29: 300 mg/48 h-600 mg/día <15: 300 mg/día-300 mg/48 h	-	Riesgo de caídas por somnolencia, confusión y mareos. Ataxia. Fatiga, fiebre. Astenia. Alteraciones visuales, infecciones (respiratorias, urinarias, otitis). Edema periférico. Iniciar con dosis muy bajas y realizar incrementos lentos. La retirada debe ser gradual. Puede interactuar con morfina, produciendo un incremento en el AUC de gabapentina.
Pregabalina	-	25-75 mg al acostarse	600 mg	30-60: 75mg/día D _{max} =300 mg 15-29: 25-50 mg/día D _{max} =150 mg <15: 25 mg/día D _{max} =75 mg	-	Riesgo de caídas somnolencia, confusión y mareos. Ataxia. Fatiga. Alteraciones visuales. Edema periférico. Puede agravar la insuficiencia cardíaca. Iniciar con dosis muy bajas y realizar incrementos lentos. La retirada debe ser gradual.
Amitriptilina	-	10-25 mg al acostarse	-	-	Precaución: Valorar la reducción de dosis	Somnolencia, efectos anticolinérgicos (confusión, sequedad de boca, retención urinaria, visión borrosa, estreñimiento), hipotensión ortostática, taquicardia. Iniciar con dosis bajas (por la noche). Incrementar o suspender el tratamiento gradualmente.
Duloxetina	-	20-30 mg/ mañana	60 mg	No recomendado si <30	No utilizar	Insomnio, somnolencia, mareo, fatiga, nerviosismo, letargia, trastornos cognitivos y de memoria, náuseas, anorexia, dificultad en la micción, hipotensión ortostática, HTA, estreñimiento. Interacciona con muchos fármacos (consultar).
Carbamazepina	-	100 mg/ 12-24 h	1.200 mg	Reducir dosis según la función renal	Reducir la dosis	Indicada en neuralgia del trigémino. Mareo, sedación, confusión, agitación, ataxia, vértigo, trastornos del habla, hiponatremia, bradicardia, bloqueo A-V. Monitorizar hemograma y función hepática.

3.2.6. ASPECTOS PRÁCTICOS EN LA UTILIZACIÓN DE OPIOIDES

a) Tratamiento con opioides

- Inicio de tratamiento: deben utilizarse dosis iniciales bajas. Se recomienda pautar desde el inicio del tratamiento una analgesia basal y otra de rescate. En general, se recomienda iniciar el tratamiento con los opioides de menor potencia analgésica.
- Ajuste posológico: Antes de un cambio posológico hay que efectuar el seguimiento del paciente durante un mínimo de 24-48 horas. El tiempo entre seguimientos dependerá de la farmacocinética del fármaco y la situación clínica del paciente. Los incrementos de dosis serán pequeños. Habitualmente se hace una titulación de dosis con formas de liberación rápida. Una vez controlado adecuadamente el dolor, se recomienda cambiar a una forma farmacéutica de liberación modificada que facilite la adherencia al tratamiento.
- Analgesia de rescate: Si persiste dolor en los intervalos entre dosis, administrar un opioide potente de liberación rápida. Deben evaluarse frecuentemente los requerimientos de analgesia de rescate para ajustar la analgesia basal.
- Cambio de vía de administración: Al cambiar el tratamiento de morfina vía oral a la vía parenteral se recomienda administrar la mitad/la tercera parte de la dosis. Al cambiar de la vía parenteral a la vía oral, se administra el doble/el triple de dosis.
- La evaluación del paciente ha de ser periódica.
- Rotación de opioides.

La rotación de opioides o cambio de tratamiento a otro opioide potente está indicada en los casos de dolor refractario a opioides, efectos secundarios intratables, rápida aparición de tolerancia, necesidad de cambio de vía de administración, fallo renal, etc.

- Debe evitarse cuando no puede garantizarse adecuadamente el seguimiento del paciente.
- La rotación de opioides no es meramente un cálculo matemático, su indicación, ajuste de dosis y seguimiento han de basarse en criterios clínicos.
- La naloxona es el antídoto específico en intoxicación aguda por opioides. Su utilización queda reservada exclusivamente a los casos

de depresión respiratoria. En este caso, administrar vía IV/IM/SC 0.4 mg, repetibles (puede administrarse 0.1-0.2 mg en pacientes dependientes a opioides) cada 2-3 min. Si no hay respuesta tras administrar 10 mg en total, es necesario replantearse el diagnóstico.

Hay que tener un control clínico estrecho, pues la rápida inversión de los efectos de los opioides puede precipitar un síndrome de abstinencia agudo. Además, por su corta semivida de eliminación, debe vigilarse la reaparición de síntomas de intoxicación por opioides.

El delirio, la agitación y las mioclonías no responden a naloxona.

- Si el paciente necesita la administración de analgesia vía parenteral, hay que seleccionar la más apropiada a su situación clínica.
- Las tablas de conversión equianalgésicas y las ratios o proporciones de dosis equivalentes se han desarrollado como guía. Sin embargo tienen algunas limitaciones. Los estudios no incluyen pacientes en tratamiento crónico con opioides, sino que se han desarrollado con ensayos de administración única.

El desarrollo original de estas tablas era servir de ayuda a los investigadores para introducir nuevos analgésicos, por lo que hay que tomar estos datos con precaución.

- A continuación se resume el procedimiento para realizar la rotación de opioides, así como algunas ratios de equivalencia de dosis entre opioides potentes.

MÉTODO PROPUESTO PARA LA ROTACIÓN DE OPIOIDES

- Primero:** Valorar si efectivamente se trata de un empeoramiento del dolor o se trata de un nuevo dolor.
- Segundo:** Calcular la dosis total diaria del opioide actual requerida.
- Tercero:** Decidir el opioide con el que se le va a tratar y calcular la dosis teórica equivalente.
- Individualizar la dosis y valorar su reducción en un 25-30%, incluso superior, según la situación del paciente (existencia o no de dolor, riesgo de efectos adversos, etc.).
- Cuarto:** Calcular la dosis de rescate como el 5-15% de la dosis total del opioide.
- Quinto:** Hay que tener en cuenta la farmacocinética y la farmacodinamia tanto del fármaco que se va a retirar, como del que se va a iniciar el tratamiento.
- Sexto:** Evaluar al paciente frecuentemente tras la conversión.

EJEMPLOS DE CAMBIO DE OPIOIDE ATENDIENDO A SU FARMACOCINÉTICA/FARMACODINAMIA

Buprenorfina vía transdérmica a otro opioide:

Esperar 24 horas después de retirar el parche de buprenorfina antes de iniciar el tratamiento con otro opioide.

Fentanilo vía transdérmica a otro opioide:

Esperar aproximadamente 12 horas tras retirar el parche de fentanilo antes de iniciar el tratamiento con otro opioide.

Opioide (distinto a buprenorfina) a Fentanilo vía transdérmica:

Continuar con la pauta del opioide 12 horas después de la administración del primer parche de fentanilo.

CONVERSIÓN DE DOSIS DE OPIOIDES

Morfina (v. oral): Oxycodona (v. oral)

Ratio de dosis 2:1

Morfina (v. oral): Buprenorfina (v. transdérmica)

Ratio de dosis 75:1

Para convertir a la presentación del parche, que se expresa en velocidad de liberación, dividir la dosis resultante entre 24 h y aproximar a las presentaciones disponibles.

Morfina (v. oral): Fentanilo (v. transdérmica)

Ratio de dosis 100:1

Para convertir a la presentación del parche, que se expresa en velocidad de liberación, dividir la dosis resultante entre 24 h y aproximar a las presentaciones disponibles.

EJEMPLOS DE CÁLCULOS DE CONVERSIÓN DE DOSIS DE OPIOIDES

- Morfina 60 mg (v. oral) a fentanilo (v. transdérmica):
Cálculo:
 $60/100 = 0.6$ mg (600 mcg) de fentanilo en 24 horas.
 $600 \text{ mcg}/24 \text{ horas} = 25 \text{ mcg/h}$.
- Morfina 60 mg (v. oral) a buprenorfina (v. transdérmica):
Cálculo:
 $60/75 = 0.8$ mg (800 mcg) de buprenorfina en 24 horas.
 $800 \text{ mcg}/24 \text{ horas} = 33.3 \text{ mcg/h}$ (aproximación a un parche de 35 mcg/h)
- Buprenorfina 35 mcg/h (v. transdérmica) a morfina (v. oral):
Cálculo:
 $35 \text{ mcg} \times 24 \text{ horas} = 840 \text{ mcg}$ (0.84 mg) en 24 horas
 $0.84 \times 75 = 63$ mg de morfina (aproximación a 60 mg de morfina diarios).
- Buprenorfina 35 mcg/h (v. transdérmica) a fentanilo (v. transdérmica):
Primero, calcular la equivalencia en morfina como paso intermedio: buprenorfina 35 mcg/h equivale a 60 mg de morfina v.o.
 $60/100 = 0.6$ mg (600 mcg) de fentanilo en 24 horas.
 $600 \text{ mcg}/24 \text{ horas} = 25 \text{ mcg/h}$
- Fentanilo 25 mcg/h (v. transdérmica) a buprenorfina (v. transdérmica):
Primero, calcular la equivalencia en morfina como paso intermedio: fentanilo 25 mcg/h equivale a 60 mg de morfina v.o.
 $60/75 = 0.8$ mg (800 mcg) de buprenorfina en 24 horas.
 $800 \text{ mcg}/24 \text{ horas} = 33.3 \text{ mcg/h}$ (aproximación a un parche de 35 mcg/h)

- La retirada de opioides debe realizarse gradualmente para evitar que se establezca un síndrome de abstinencia.
- No se recomienda en el tratamiento del dolor persistente el uso de petidina (meperidina).
- Si el paciente no responde adecuadamente a la administración de opioides hay que replantearse el diagnóstico y la estrategia terapéutica utilizada para averiguar el origen del fallo de tratamiento (fármaco no efectivo, dosis insuficiente, vía de administración inadecuada, necesidad de tratamientos no farmacológicos, problemas psiquiátricos o psicosociales concomitantes, etc). Una vez considerados todos estos aspectos y agotados los recursos disponibles, valorar la derivación del paciente a una unidad especializada en el tratamiento del dolor.

b) Efectos adversos de los opioides

- Son efectos adversos comunes de los opioides: somnolencia, vértigo, estreñimiento, náuseas, vómitos, diaforesis (exceso de sudoración), sequedad de boca, retención urinaria, prurito, miosis, delirio.
- La insuficiencia renal de cualquier etiología (p.ej. por deshidratación) es la causa más frecuente de toxicidad por morfina.
- Existe tolerancia a los efectos depresores, pero no al estreñimiento.
- Prevención y tratamiento de efectos adversos:
 - Estreñimiento: iniciar un tratamiento profiláctico con un laxante, recomendar una hidratación adecuada y actividad física. Debe evaluarse en cada seguimiento.
 - Náuseas-vómitos: algunos autores proponen pautar domperidona o metoclopramida al inicio del tratamiento así como en los incrementos posológicos del opioide.
- Precaución en: hipotensión, hipotiroidismo, asma, insuficiencia respiratoria, IR, IH, arritmias, hipertrofia prostática, antecedentes de convulsión, riesgo de confusión y caídas.
- Fiebre o calor externo (mantas eléctricas, estufas, radiación infrarroja, etc.):
 - La concentración plasmática puede incrementarse significativamente, por lo que se recomienda monitorizar los síntomas de toxicidad y ajustar la dosis si es necesario.
 - Advertir al paciente que no exponga el lugar de la aplicación del parche a una fuente de calor.

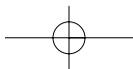
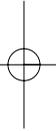
- Caídas:

- En el tratamiento con opioides y algunos fármacos indicados en dolor neuropático existe riesgo de caídas, ya que pueden originar somnolencia y ataxia. Se recomienda realizar una escalada de dosis lenta y monitorizar los desplazamientos al inicio/cambio de tratamiento o de pauta posológica.

3.2.7. BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

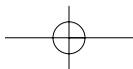
1. Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. *J Am Geriatr Soc.* 2009; 57: 1331-46.
2. AGS Panel on Chronic Pain in Older Persons. The management of chronic pain in older persons. *J Am Geriatr Soc.* 2002; 50: S205-24.
3. Strickland J. Palliative Pharmacy Care. American Society of Health-System Pharmacists, Inc; 2009.
4. Porta J, Rodríguez D, Sala D. Dolor. En: Manual. Control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. 2ª Ed. Arán Ediciones, S.L.; 2008. p. 45-107.
5. Quintana I, Pascual I. Valoración y tratamiento del dolor crónico en el anciano institucionalizado: actuación farmacéutica. En: Cuidados farmacéuticos en personas en situación de dependencia. Aspectos generales y farmacoterapia. Barcelona: Glosa, S.L.; 2009. p. 145-158.
6. Nota informativa de seguridad de medicamentos: actualización sobre los riesgos de tipo aterotrombótico de los coxibs y AINE tradicionales. Octubre 2006. Agència Valenciana de Salut. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
7. Elliot M. Use of nonsteroidal antiinflammatory drugs. An update for clinicians. A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2007; 62: 26-34.
8. Climente Martí M, Jiménez Torres, NV. Manual para la atención farmacéutica. Tercera edición. Edita: AFAHPE. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia, 2005.
9. Pantex S, Gold G. Assessing Pain in older adults. *Geriatrics aging.* 2006; 9: 399-402.

10. Hadjistavropoulos, T. An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. *Clin J Pain.* 2007; 23: S1-S43.
11. *Geriatric Dosage Handbook.* 11ª Ed. Ohio: Lexi-Comp Inc; 2006.
12. Pergolizzi J, Böger RH, Budd K. Opioids and the management of chronic severe pain in the elderly: consensus statement of an International Expert Panel with focus on the six clinically most often used World Health Organization Step III opioids (buprenorphine, fentanyl, hydromorphone, methadone, morphine, oxycodone). *Pain Pract.* 2008; 8: 287-313.
13. Mínguez A, de Andrés J, Cerdá G, Monsalve V. Integration of a Hospital Pharmacist in a Multidisciplinary Pain Control Hospital Care Team. *EJHP.* 2004; 5: 76-80.
14. Cerdá-Olmedo M, Mínguez A. Dolor Crónico; Tratamiento Farmacológico. En: *Humanización de la atención sanitaria.* Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. 2002. p. 395-403.



3.3. ENFERMERÍA

E. Honrubia González



3.3.1. INTRODUCCIÓN

La actividad de enfermería dentro del equipo interdisciplinar consiste en el cuidado general de la persona mediante la planificación individual y minuciosa de las intervenciones a realizar.

El profesional de enfermería es un pilar fundamental en el cuidado del anciano institucionalizado, por su contacto próximo y permanente, y por tanto, por su capacidad de identificar problemas y poner en marcha la labor del equipo interdisciplinar.

Sus objetivos son aliviar el dolor, aumentar el nivel de confort y reducir la ansiedad, siempre en el contexto del cuidado global del anciano.

Este capítulo tiene el enfoque de proporcionar unas bases metodológicas al personal de enfermería, así como una secuencia lógica y sencilla para planificar sus cuidados, aumentando además su percepción y sensibilidad hacia el dolor y la calidad de vida de los pacientes a los que cuida (1,2).

Las recomendaciones siguientes están basadas en las indicaciones sobre el documento “Diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería en atención domiciliaria dentro del plan para la mejora de la atención domiciliaria”, elaborado por la Conselleria de Sanitat (2004-07) (3). Esta guía sigue la taxonomía II de Nanda 2005-2006 (4).

No obstante, estas indicaciones deben adaptarse a las características y circunstancias propias del paciente institucionalizado y de su entorno.

3.3.2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE CON DOLOR

El primer paso consiste en la recogida de datos objetivos y subjetivos que permitan conocer las características, la intensidad, la funcionalidad y el estado anímico que el dolor provoca en el paciente. En este senti-

do, una de la guías más exhaustivas disponibles es la Nursing Outcomes Classification (NOC) (5), que podría adaptarse al ámbito de atención sociosanitaria.

La valoración del dolor y las actuaciones en el caso de que el residente tenga un deterioro cognitivo moderado-grave, y en definitiva, no sea posible la comunicación, requieren consideraciones específicas (Capítulo 5).

El dolor ha de evaluarse, dentro del funcionamiento del equipo interdisciplinar, en tres o más situaciones distintas:

- En cada Valoración Geriátrica Integral (VGI).
- Reuniones con el equipo interdisciplinar con una periodicidad establecida.

El cribado o identificación del dolor crónico en todos los ancianos es muy importante, porque algunos ancianos no lo comunican a los profesionales por motivos personales, culturales o psicológicos.

- Todos los casos en los que se haya identificado la presencia de dolor y además su evaluación y/o tratamiento no sea sencillo (gran parte de los casos).

Es interesante priorizar la valoración del dolor en la población anciana con mayor probabilidad de presentar dolor y/o efectos adversos por medicamentos. Estos son aquellos que:

- Presenten patologías potencialmente dolorosas (Tabla 1).
- Han sufrido una caída o una fractura en los últimos 6 meses.
- Se ha observado reducción o alteración en la movilidad o de la capacidad funcional, en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), en el estado de ánimo, en la conducta habitual, etc.
- Se encuentren en tratamiento analgésico.

Tabla 1. Patologías potencialmente dolorosas en el anciano

PATOLOGÍAS	TIPO DE DOLOR QUE PREDOMINA *
Musculoesqueléticas Úlceras cutáneas Dolor isquémico (ej. IAM) Dolor visceral (ej. pancreatitis) Metástasis óseas Incisión quirúrgica Alteraciones inflamatorias	Nociceptivo (somático o visceral)
Neuralgias (ej. postherpética, del trigémino) Neuropatía diabética Dolor central (ej. post-ACV) Dolor del miembro fantasma	Neuropático
Somatizaciones Cuadros histéricos	Psicógeno
* Habitualmente el tipo fisiopatológico de dolor del paciente es mixto	

Evaluación del anciano con dolor

1. Descripción del dolor

- Intensidad del dolor. La cuantificación de la intensidad del dolor es útil para:
 - Seleccionar la potencia de los analgésicos a utilizar.
 - Decidir la rapidez con la que es necesario obtener el efecto (a través de la forma farmacéutica, vía de administración adecuadas, necesidad de dosis de choque, etc).
 - Comparar valores de los resultados de las escalas durante el tratamiento analgésico, que permitan verificar si está siendo efectivo, sólo parcialmente, o si no es efectivo.

Para identificar y valorar el dolor en el ámbito sociosanitario, hay que distinguir dos poblaciones de ancianos (Capítulo 5):

- **Ancianos con los que es posible la comunicación.**
A los que preguntaremos directamente sobre su dolor.
- **Ancianos con los que no es posible la comunicación.**
En este caso hemos de ser conscientes de que se puede valorar el dolor, aunque es más complejo y hay que adquirir ciertas habilidades. Tenemos que basarnos en la observación y prestar especial atención a los cambios de conducta que puedan indicar la existencia de dolor.

Las escalas visuales, numéricas y verbales (Figura 1) son las más utilizadas en la práctica clínica para cuantificar el dolor. A veces se utiliza más de una escala en un mismo paciente, habitualmente una numérica y una verbal, sobre todo cuando no estamos seguros de su fiabilidad.

En el caso que no exista la posibilidad de comunicación con el anciano, tendremos que utilizar la observación.

Podemos ordenar las escalas según su complejidad desde el punto de vista del esfuerzo de comprensión por parte del anciano:

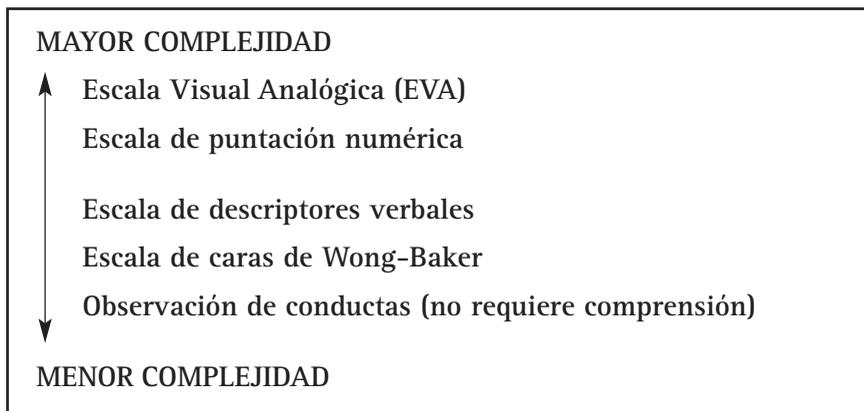
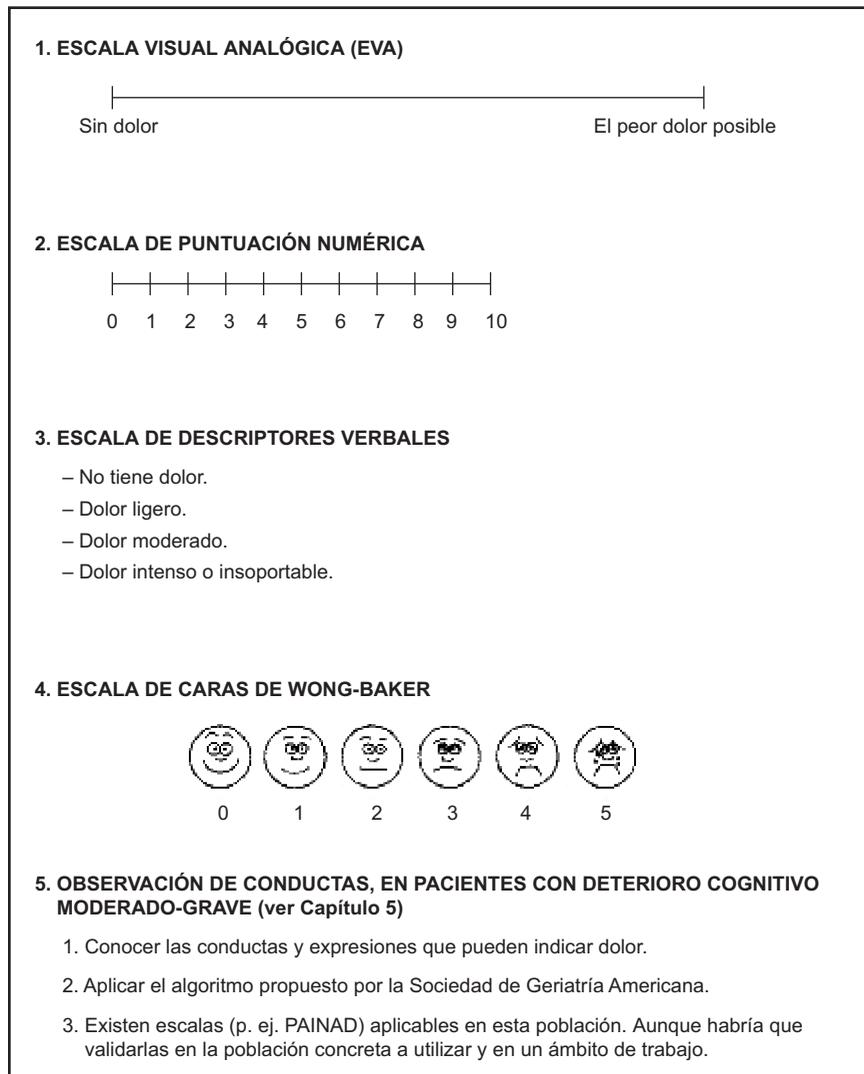


Figura 1. Escalas de valoración de dolor habitualmente utilizadas



- Localización (una o más).
- Expresiones que utiliza para describir su dolor.
- Frecuencia (continuo, intermitente, etc.).
- Horario (diurno, nocturno).
- Expresiones orales, faciales, corporales de dolor.
- Tensión muscular.
- Cambio de la frecuencia respiratoria, cardiaca, presión arterial.
- Cambios en la coloración de la piel, sudoración.
- Inquietud.

2. Repercusión del dolor sobre el residente

Son las respuestas cognitivas y emocionales adversas observadas o referidas al dolor físico:

- Trastorno de la memoria.
- Nivel de angustia.
- Temor al dolor insoportable.
- Preocupación sobre la carga a los demás.
- Tristeza.
- Sentimientos de desprecio.
- Ideas de suicidio.
- Rencor hacia los demás.
- Ira por los efectos incapacitantes del dolor.
- Impacto del dolor sobre la calidad de vida, sueño, apetito, actividad, función cognitiva, humor, relaciones, roles.

3. Acciones personales para aliviar el dolor

Son las acciones del anciano que utiliza para aliviar su dolor:

- Reconoce el comienzo del dolor.
- Utiliza medidas preventivas.
- Utiliza medidas de alivio no analgésicas.
- Utiliza los analgésicos de forma apropiada.
- Reconoce los síntomas asociados al dolor.

4. Nivel de comodidad

- Bienestar físico y psicológico referidos.
- Satisfacción expresada con las relaciones sociales.
- Satisfacción referida con el nivel de independencia.
- Satisfacción expresada con el control del dolor.

5. Deseo de vivir

Es el deseo, determinación y esfuerzo para vivir.

- Expresión de determinación de vivir.
- Expresión de sentimientos.
- Utiliza estrategias para compensar los problemas relacionados con la enfermedad.
- Depresión.
- Pensamientos pesimistas, pensamientos suicidas.

3.3.3. INTERVENCIÓN EN EL ANCIANO CON DOLOR

Para describir las intervenciones posibles se utilizará la clasificación NIC (Nursing Intervention Classification) (6,7).

Las intervenciones recomendadas son:

1. Intervenciones relacionadas con el tratamiento farmacológico

Respecto al tratamiento farmacológico existen unas recomendaciones básicas que deben conocer los profesionales de enfermería:

- Administrar el fármaco prescrito a la dosis, pauta, hora y vía adecuadas. Algunas consideraciones respecto a las formas farmacéuticas y vías de administración se resumen en la Tablas 2 y 3.
- Para ajustar la pauta de analgesia basal es necesario registrar previamente las administraciones realizadas como “rescate”.
- Observar la aparición de posibles alergias e intolerancias.
- Observar que la vía por la que se administra la analgesia es útil. En caso contrario, se comunicará al médico y/o farmacéutico.
- Ofrecer información al paciente y a la familia sobre los efectos terapéuticos de los fármacos analgésicos u observarlos directamente. Comunicarlos y anotarlos en la historia clínica del paciente.

- Prevenir, monitorizar y comunicar los efectos adversos farmacológicos. Los más frecuentes se enumeran en la Tabla 4.
- Informar al paciente y supervisar los desplazamientos en casos de inicios de tratamiento o incremento de dosis de fármacos que pueden aumentar el riesgo de confusión y caídas.

Otras intervenciones

- Contribuir a la relajación y distracción del anciano. Evitar las situaciones que pueden ser estresantes para el paciente (p.ej. “pitidos” de las bombas para administrar nutrición enteral, aglomeraciones, ruido, etc.).
- Fomentar la realización de ejercicio físico.
- Fomentar la escucha activa, mostrando interés por el paciente y favoreciendo la expresión de sentimientos. Prestar atención a los mensajes no verbales.
- Aplicar frío/calor en los casos que sea necesario, cuidando su administración, modo de empleo, temperatura de aplicación y duración.
- Los coordinadores de enfermería deben observar, valorar, planificar y dar instrucciones precisas (preferiblemente por escrito) al personal de enfermería (enfermeras y auxiliares de enfermería) sobre:
 - Cambios posturales.
 - Necesidad de siesta o periodos de descanso en posición de decúbito en determinados pacientes, especialmente en aquellos casos en los que mejora el dolor en reposo (aplastamientos a nivel lumbar, artrosis generalizada, etc).
 - Postura adecuada del anciano, tanto en la silla de ruedas como en los desplazamientos.
 - Situaciones en las que hay que valorar el dolor.
 - Procedimientos para detectar dolor relacionado con actividades o procedimientos puntuales (movilización, aseo, etc.).

El dolor incidental está relacionado con la realización de una actividad: la movilización (levantarse o acostarse, aseo, ejercicios de rehabilitación), las curas de úlceras, etc. Se distingue del dolor paroxístico porque este último no tiene una causa desencadenante y por tanto, no es predecible.

El tratamiento analgésico del dolor incidental debe administrarse con suficiente antelación a la actividad que lo origina para que sea efectiva, con independencia del horario de las comidas.

– La documentación del dolor en la historia clínica.

- Evitar creencias erróneas entre el personal sanitario como: “en los ancianos es normal tener dolor”, “quieren llamar la atención”, “si se tratan con opioides crearán adicción”, “la morfina sólo se administra al paciente en cuidados paliativos”, “no se puede valorar el dolor en pacientes con demencia”, “las alteraciones en la conducta se atribuyen a la demencia y no al dolor”, “siempre ha tenido la misma expresión, no debe ser por el dolor...”, etc.

Tabla 2. Consideraciones sobre las vías de administración de analgésicos

VÍA DE ADMINISTRACIÓN	CARACTERÍSTICAS / OBSERVACIONES
Oral	<p>De elección si el tubo digestivo está funcionando y la situación clínica del paciente lo permite. Si el dolor es muy intenso se puede combinar inicialmente con otra vía (p.ej. SC, IV).</p> <p>Existen múltiples formas farmacéuticas. Habitualmente, las de efecto rápido (líquidos, comprimidos de liberación normal, etc), se utilizan para las pautas de rescate, para prevenir el dolor incidental, como inicio de la instauración analgésica con opioides, etc.</p> <p>Las formas farmacéuticas de liberación modificada se utilizan para establecer una analgesia basal estable.</p> <p>La morfina administrada vía oral, no es especialmente adecuada en caso de mal estado general, requerimientos de dosis elevadas, insuficiencia renal grave. Esto es consecuencia de que por esta vía se generan metabolitos tóxicos que se acumulan.</p>
Transmucosa	<p>Está indicada en el dolor irruptivo.</p> <p>Las formas farmacéuticas habituales consisten en un comprimido con un aplicador bucal integrado.</p> <p>Es importante seguir las instrucciones de uso, ya que el fármaco tiene que ser absorbido a través de la mucosa oral (no deglutido), para que pase directamente a la circulación sanguínea. Esto hace que su efecto sea muy rápido. No debe utilizarse sin una pauta de analgesia basal, ni si el paciente no entiende bien las instrucciones de administración.</p>
Transdérmica	<p>Aporta comodidad, aunque conlleva mayor coste. Los parches producen niveles plasmáticos constantes del fármaco durante un tiempo determinado.</p> <p>No utilizar en dolor agudo, agudizaciones de un dolor crónico, dolor incidental ni como tratamiento de rescate, ya que el inicio de su acción es lento (puede tardar más de 10 horas).</p> <p>Si se trata de un inicio de tratamiento, administrar al mismo tiempo un opioide de efecto rápido.</p> <p>Tras la retirada del parche (p.ej. por efectos adversos), el fármaco sigue liberándose del depósito cutáneo formado durante unas horas (10-12 h).</p>
Tópica	<p>Efecto local. Utilidad limitada en determinados casos de dolor localizado.</p>
Rectal	<p>No debe ser considerada como primera elección, ya que en muchos fármacos la absorción es irregular e incompleta. Además, algunos irritan la mucosa rectal.</p>
Subcutánea	<p>Pacientes terminales o con tubo digestivo no funcionando.</p> <p>Manejo sencillo con pocas instrucciones. Administración vía subcutánea directa o mediante bombas elásticas. El analgésico utilizado habitualmente es la morfina.</p> <p>Las bombas elásticas suponen un coste elevado pero proporcionan unos niveles constantes del analgésico.</p>
Intramuscular / Intravenosa	<p>La vía intravenosa proporciona un efecto rápido y una dosificación precisa. Aunque tiene inconvenientes, como la aparición de tromboflebitis, infección, etc.</p> <p>La vía intramuscular no es de elección. Puede proporcionar rechazo por parte del paciente, porque puede ser dolorosa. La velocidad y la intensidad del efecto es, habitualmente, inferior a la vía intravenosa.</p>
Espinal	<p>Utilizada en dolor intenso no controlado o efectos adversos intratables por otras vías.</p> <p>Aunque se implantan en las unidades del dolor, el paciente puede ser portador de una bomba con analgésicos o un neuroestimulador en el ámbito socio-sanitario.</p> <p>Las bombas implantadas requieren el llenado por personal experto. El personal de enfermería del centro podría monitorizar el volumen del reservorio, el volumen de reserva y el momento en que se ha de proceder a su llenado (con un instrumento facilitado por la unidad especializada en el dolor).</p>

Tabla 3. Consideraciones específicas sobre algunas formas farmacéuticas / dispositivos para administrar analgésicos

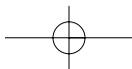
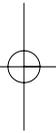
FORMA FARMACÉUTICA / DISPOSITIVO DE ADMINISTRACIÓN	CONSIDERACIONES SOBRE SU APLICACIÓN
<p>Comprimidos para chupar con aplicador (vía transmucosa)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coger el aplicador y aproximarlos entre las mejillas y las encías. Con el aplicador, desplazar el comprimido por la boca, especialmente por las mejillas. Gire el aplicador a menudo. Se puede beber un poco de agua antes de su uso, pero no se debe comer ni beber durante su aplicación. 2. Para que el alivio sea óptimo, debe acabarse totalmente la unidad en unos 15 minutos. No morder ni masticar el comprimido. 3. En caso de sentirse mareado o con ganas de vomitar antes de haber acabado el medicamento, hay que retirarlo de la boca y consultar al médico/ farmacéutico. 4. Una vez conseguido que una dosis determinada del fármaco sea efectiva, si se utilizan más de 4 unidades al día, comunicar de inmediato al médico. 5. No utilizar más de dos unidades para un solo episodio de dolor irruptivo.
<p>Parches (vía transdérmica)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Limpiar el lugar de aplicación sólo con agua. Secar perfectamente. Aplicar sobre piel intacta y sin vello. En caso de vello, cortar a ras de la piel, pero no afeitar. 2. Aplicar en la zona del cuerpo que indique el fabricante: <ul style="list-style-type: none"> - Fentanilo: región externa del brazo, región superior del tórax o de la espalda. - Buprenorfina: preferiblemente debajo de la clavícula, en el pecho o en la parte superior de la espalda. 3. Quitar la mitad de la lámina y aplicar en la piel. Después quitar la otra mitad. Una vez pegado el parche en la piel, presionar firmemente durante 30 segundos para que se adhiera bien. 4. En caso de que el parche se despegue, aplicar un nuevo parche en otro lugar. 5. No exponer el lugar de aplicación a calor: mantas eléctricas, lámparas de calor, el sol, botellas de agua caliente, saunas, etc.
<p>Infusores elastoméricos (vía subcutánea)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. El dispositivo infusor está indicado en paciente que requieran una lenta y continua administración de fármacos vía subcutánea (la vía parenteral, en general). 2. Se debe preparar y administrar de acuerdo con las instrucciones de cada fabricante. 3. Los fármacos o mezclas de fármacos deben ser estables durante el tiempo que permanezca el infusor. Además, para mantener la velocidad de flujo especificada por el fabricante, hay que utilizar el diluyente adecuado. 4. La preparación tiene una fase de llenado y otra de cebado. En la preparación se deben mantener condiciones de esterilidad. 5. No utilizar agujas para el llenado del infusor. Se llena al inyectar la medicación por el punto de llenado usando una jeringa de cono Luer. Se recomienda utilizar un filtro durante el llenado. 6. Antes de usar, confirmar visualmente que el contenido del infusor está fluyendo a través del cierre Luer distal. Hay que cerciorarse de que todo el aire ha sido purgado. 7. La administración se realiza habitualmente con una aguja con palomilla adecuada para la vía subcutánea.

Tabla 4. Efectos adversos frecuentes de los analgésicos habitualmente utilizados

FÁRMACO O GRUPOS DE FÁRMACOS	EFECTOS ADVERSOS
Paracetamol	Toxicidad hepática dosis-dependiente. Precaución en hepatitis crónicas y alcoholismo. Contraindicado en fallo hepático.
Metamizol	Hipotensión, sobre todo administrado vía parenteral.
Antiinflamatorios (AINE): Ibuprofeno, meloxicam, diclofenaco, etc.	Disminuyen la filtración glomerular. Pueden producir retención hidrosalina, edemas y empeorar el control de la HTA y de la IC. Evitar su uso en: a. Insuficiencia cardiaca, renal o hepática, graves b. Úlcera gastroduodenal c. Enfermedad de Crohn d. Pacientes anticoagulados Se han asociado con riesgo cardiovascular. Utilizar con precaución en pacientes con enfermedades o riesgos cardiovasculares. Utilizar con precaución en pacientes en tratamiento con corticoides o en ancianos debilitados.
Opioides: tramadol, buprenorfina, codeína, etc.	Somnolencia, vértigo, estreñimiento, náuseas, vómitos, exceso de sudoración, sequedad de boca, retención urinaria, prurito, miosis, delirio. La insuficiencia renal de cualquier etiología (p.ej. por deshidratación) es una causa frecuente de toxicidad. Precaución en: hipotensión, hipotiroidismo, asma, insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal o hepática, arritmias, hipertrofia prostática, antecedentes de convulsión, riesgo de confusión y de caídas.
Gabapentina, Pregabalina	Riesgo de caídas por somnolencia, confusión, mareos, etc.
Duloxetina	Insomnio, somnolencia, dolor de cabeza, náuseas, anorexia, fatiga, nerviosismo, letargia, estreñimiento.
Amitriptilina	Muy frecuentes y aparentes en el anciano. Si es posible, utilizar una alternativa. Somnolencia, confusión, sequedad de boca, retención urinaria, visión borrosa, estreñimiento, hipotensión ortostática, taquicardia.

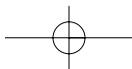
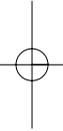
3.3.4. BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. La Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería: Un Marco Unificador. Consejo Internacional de Enfermeras. La Versión Gamma. Ginebra (2003).
2. Duarte G, Montesinos N. El consenso como estrategia de implementación del diagnóstico enfermero, valoraciones estandarizadas y selección de etiquetas diagnósticas. *Enfermería Clínica*, 1999, 9(4): 142-151.
3. Diagnósticos, intervenciones y resultados en Enfermería en atención domiciliaria. Plan para la mejora de la atención domiciliaria 2004-2007. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2006.
4. Diagnósticos Enfermeros, 2005-2006: Definición y Clasificación. NANDA. Ed. Harcourt Brace, Madrid, 2005.
5. Johnson M, Maas M, Moorhead S. Proyecto de Resultados de IOWA. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Ed. Harcourt, 2002.
6. Johnson M, Bulechek G, McCloskey J, Maas M, Moorhead S. Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC, y NIC. Mosby. Ediciones Harcourt, 2002.
7. McCloskey J, Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Ed. Síntesis, Madrid, 1999.



3.4. FISIOTERAPEUTA

MD. Rubio Fernández



3.4.1. INTRODUCCIÓN

La vejez supone la aparición progresiva de déficits e incapacidades, aunque muchos de los cambios atribuidos al envejecimiento en realidad son secundarios a la inactividad que conlleva el sedentarismo. Una parte de la pérdida funcional atribuida a la edad es debida al desuso y por tanto se puede corregir.

Sabemos que el fenotipo de la vejez es el resultado de las relaciones genéticas y ecológicas entre nuestro organismo y nuestro ambiente físico y social, y sobre ambas facetas habrá que actuar.

Existen estudios que evidencian los efectos beneficiosos de diferentes programas de ejercicios sobre ciertas patologías en el anciano, con una mejora de la calidad de vida y disminución de la frecuencia y gravedad de las caídas, con lo que esto supone de prevención de procesos dolorosos, persistiendo los beneficios según algunos autores a los dos años de seguimiento (1).

La American Geriatrics Society (AGS) (2) sugiere que para la atención del dolor en el anciano las terapéuticas no farmacológicas (educación, terapia cognitivo-conductual, ejercicios, terapia ocupacional, etc.), utilizadas solas o en combinación con fármacos, deberían ser parte de un plan integral de cuidados de los ancianos con dolor crónico.

3.4.2. GENERALIDADES DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR

El papel de la rehabilitación puede ser de prevención y/o tratamiento, seleccionando distintos medios terapéuticos físicos según los objetivos perseguidos (3,4,5):

a) Medios terapéuticos físicos utilizados en la rehabilitación del anciano

- **Reposo.** Disminuye el estrés (físico y emocional) y alivia el dolor.
- **Ejercicio.** Mantiene la función, la propiocepción y la imagen corporal.
- **Calor.** Da sensación de confort, relajación y alivia el dolor. Se produce un aumento del flujo sanguíneo local y una estimulación de los mecanismos que modulan el dolor en el sistema nervioso central a través de la estimulación cutánea.
- **Frío.** Alivia el dolor por disminución de la liberación de mediadores inflamatorios y la estimulación cutánea con bloqueo periférico y modulación medular.
- **Masoterapia.** Relaja las contracturas y facilita la realización de ejercicios. También es importante su efecto psicológico.
- **TENS.** (Estimulación Eléctrica Nerviosa Transcutánea). Provoca analgesia por la inhibición de los estímulos nociceptivos en la médula, impidiendo su transmisión a centros superiores.
- **Ultrasonidos.** Tienen efecto antiinflamatorio y antiálgico.

b) Programas de ejercicio físico recomendados en el anciano (6,7)

El programa de acondicionamiento debe contemplar:

- **Ejercicios de fortalecimiento.** Pueden hacer recuperar al anciano parte de la fuerza muscular. Es suficiente usar como resistencia el peso de un segmento corporal o cargas externas sencillas.
- **Ejercicios de flexibilización.** Muy recomendables. De estiramiento muscular o articular. Pueden ser estáticos, activos o pasivos realizados durante 30 segundos/3 repeticiones/3 veces al día. Requieren un calentamiento previo de la articulación con ejercicios aeróbicos o termoterapia.
- **Ejercicios de coordinación, de velocidad de movimiento.** Disminuyen la incidencia de caídas.
- **Ejercicios aeróbicos.** Realizados con una intensidad entre 70-90% de la máxima frecuencia cardiaca que se calcula según la fórmula (220-edad en años). Ejercicios de 20-60 minutos, 3-5 sesiones por semana, rítmicos, dinámicos y trabajando grandes grupos musculares lentamente, progresivos por el riesgo de lesiones. La monitorización en ancianos no cardiopatas no suele ser necesaria.

3.4.3. PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES GENERADORAS DE DOLOR CRÓNICO Y SUSCEPTIBLES DE TRATAMIENTO REHABILITADOR EN EL ANCIANO

El grupo de patologías dolorosas es muy amplio, por lo que se han seleccionado aquellas que se consideran más habituales en los ancianos y que generan dolor y limitación funcional importante, limitando notablemente su calidad de vida.

a) Patología degenerativa osteomuscular (8)

Tiene una incidencia del 80% en las personas mayores de 60 años.

Es característica la artropatía degenerativa crónica, que puede afectar a cualquier articulación del cuerpo, si bien las más afectadas suelen ser la columna, rodillas y caderas. Requiere tratamiento farmacológico, rehabilitador y enseñanza de economía articular para evitar sobrecargar las articulaciones afectadas.

El dolor es mecánico, relacionado con los movimientos y posturas, y se asocia a deformidad y limitación articular sin inflamación. La artrosis en el anciano suele afectar sobre todo a articulaciones intervertebrales, rodillas, caderas y manos.

FACTORES DE RIESGO DE APARICIÓN DE OSTEOARTRITIS Y CAPACIDAD DE MODIFICACIÓN DE LOS MISMOS	
Modificables	Obesidad, debilidad muscular Trabajos físicos intensos Inactividad
Potencialmente modificables	Traumas Propiocepción reducida Problemas biomecánicos (laxitud)
No modificables	Edad Sexo Malformaciones osteoarticulares

- **Tratamiento de la patología degenerativa osteomuscular**

- **Tratamiento farmacológico (9).** Papel limitado. Es un tratamiento sintomático.
- **Tratamiento rehabilitador.** Sus objetivos son la prevención del deterioro, la preservación de la función y el alivio del dolor.

Economía articular: Hay que evitar las marchas por terrenos irregulares, los plantones, ejercicios en flexión ventral, uso de almohadas bajo las rodillas, sillas bajas, etc. Es importante actuar sobre los factores de riesgo modificables.

Es recomendable usar descargas articulares mediante ortesis, bastones, periodos de reposo intercalados con la actividad. Es importante en la medida de lo posible corregir deformidades (p. ej. cuñas pronadoras en el genu varo, etc.).

Ejercicios: Deben ser sencillos, de máximo recorrido articular, en descarga (favorece la nutrición del cartilago al alternar carga/descarga), suaves, progresivos e indoloros. Se harán algunos de fortalecimiento muscular y sobre todo aeróbicos de bajo impacto (bici, natación, baile, etc.).

Medios físicos. Masaje relajante, tracciones suaves articulares (para trabajar los flexos), termoterapia de conducción (bolsas de agua caliente, compresas, parafango, parafina, almohadilla eléctrica) o de radiación (infrarrojos), ultrasonidos. La hidroterapia estará contraindicada en cardiópatas, en casos de incontinencia de esfínteres, etc.

- **Dolor degenerativo en la columna**

Orientación diagnóstica:

- Dolor de inicio lento, progresivo.
- Crónico, localizado o difuso.
- Asociado a limitación de movilidad (rigidez).
- Crepitaciones, crujidos.
- Irradiación a miembros, tórax o abdomen.
- Deformidad progresiva en flexión.

Objetivos del tratamiento rehabilitador: Enlentecer el avance de la involución e invalidez y mejorar los síntomas, así como conseguir la máxima independencia en las actividades de la vida diaria y mejorar la integración del anciano en su entorno (10).

Principios a seguir durante el tratamiento físico:

- Dar normas claras y progresivas en un ambiente optimista, agradable y esperanzador.
- Ejercicios simples y de fácil realización en sesiones cortas.
- Generar confianza para que cooperen.

Pautas de tratamiento físico:

- Enseñar posturas correctas.
- Incentivar los cambios posturales.
- Evitar la inmovilización prolongada, plantones, etc.
- Promover la actividad física (paseos).
- Dar instrucciones de la “Escuela de Espalda”.
- Programar ejercicios diarios de los segmentos vertebrales.

• Dolor degenerativo de hombro (11)

Orientación diagnóstica:

La patología más frecuente en el anciano suele ser el hombro doloroso simple (artrosis, síndrome subacromial, rotura tendinosa degenerativa) y la limitación de la movilidad (capsulitis).

Tratamiento:

- Sintomático, analgesia oral (primer escalón), infiltraciones (puede tener complicaciones de infecciones o roturas tendinosas).
- Calor local suave.
- Ejercicios de mantenimiento de la movilidad necesaria para realizar las actividades de la vida diaria: pendulares, autoasistidos con ayuda externa, terapia ocupacional, etc.

b) Osteoporosis (12)

Las complicaciones de la osteoporosis generan dolor. Éstas son sobre todo las fracturas vertebrales y de cadera. La prevención es fundamental, pero una vez establecidas, el tratamiento puede ser médico y/o quirúrgico.

• Fractura osteoporótica vertebral

Las opciones de tratamiento son las siguientes: reposo en cama 2-3 días con almohada en la zona fracturada, pudiendo usarse ortesis en extensión vertebral para iniciar la bipedestación.

Analgésicos simples, sedantes o relajantes.

TENS, ejercicios respiratorios y ejercicios moderados en extensión vertebral (isométricos musculatura paravertebral/abdominal).

- **Fractura de cadera**

La incidencia de fracturas de cadera ha aumentado considerablemente por el envejecimiento de la población. Además, pueden generar graves complicaciones e incapacidades.

El aumento de esperanza de vida no garantiza que sea en ausencia de enfermedad, pero el pronóstico actual ha mejorado, ya que han disminuido las complicaciones por los avances en las técnicas quirúrgicas/analéscicas utilizadas, los avances en bioingeniería, en los cuidados posquirúrgicos y en la incentivación de la bipedestación precoz con un mejor control del dolor.

Antes de iniciar el tratamiento rehabilitador en estos pacientes debemos valorar el pronóstico, ya que de ello dependerá el tratamiento. Según los objetivos terapéuticos, se puede hacer la siguiente clasificación de los pacientes según Halping y Nelson (13):

1. Pacientes que permanecerán en cama. Los objetivos serán disminuir el dolor y mitigar las complicaciones
2. Pacientes semiactivos. Se iniciará una marcha precoz para evitar el deterioro del estado general
3. Pacientes activos con expectativa de vida prolongada. Se busca conseguir una consolidación de la fractura sin el peligro de la necrosis, evitando el dolor y realizando marcha funcional

Tipos de fracturas de cadera

1. **Fracturas subcapitales femorales:** Intracapsulares, con alto riesgo de necrosis avascular de cabeza femoral y falta de consolidación, con lo que supone dolor e impotencia funcional. El tratamiento de elección es la reducción abierta y artroplastia (prótesis), que en ancianos con gran osteoporosis será cementada y en ancianos con aceptable calidad de vida y buena calidad ósea, serán híbridas. La hospitalización es muy corta, con una bipedestación precocísima, lo que evita las complicaciones de la otra técnica quirúrgica, la osteosíntesis (necrosis avascular, emigración de la osteosíntesis, no consolidación, etc.).

2. Fracturas femorales intertrocanterreas: Son extracapsulares, por lo que consolidan mejor (línea de fractura más amplia) y tienen menor riesgo de necrosis. El tratamiento de elección será mediante clavo-placa (si hay desplazamiento) o mediante tornillos (si no hay desplazamiento).

Objetivos de la rehabilitación en la fractura de cadera

- Aliviar el dolor
- Prevenir y tratar deformidades y contracturas
- Mejorar la movilidad articular, pero evitando maniobras que la luxen
- Potenciar la musculatura, sobre todo glúteos
- Reeducar la marcha, lo más importante para su independencia

Valoración del enfermo a su llegada a la residencia tras su ingreso hospitalario

Se debe valorar:

- Dolor
- Deformidad o actitudes posturales anómalas de miembros inferiores
- Rango articular y balance muscular de la cadera afecta
- Patologías asociadas en la cadera cinética (articulares y extraarticulares)
- Valoración funcional: Escala de la Medida de Independencia funcional (FIM) (15) y Escala Funcional de Enneking
- Potencial rehabilitador: situación cognitiva y psicológica, respiratoria, cardiovascular, neuromuscular, etc

Tratamiento rehabilitador en los Centros para Mayores Dependientes

1. Pacientes con carga autorizada (16)

- Control del dolor: analgésicos, TENS, crioterapia, etc
- Ejercicios respiratorios abdomino-diafragmáticos e incentivación de la espiración, enseñanza tos y expectoración
- Recuperar y aumentar el arco de movimiento: ejercicios activos-asistidos de cadera, libres de rodilla, tobillo y pie (prevención de la trombosis venosa profunda)

- Tonificar la musculatura con isométricos del miembro inferior (glúteos, cuádriceps) o resistidos progresivos.
- Transferencias de decúbito-sedestación y sedestación-bipedestación.
- Controlar una buena posición en la silla y cama.
- Bipedestación y marcha asistida: andador, bastón.

2. Pacientes con carga no autorizada

- Isométricos de cuádriceps y glúteos.
- Movilizaciones suaves activo-asistidas del miembro afecto.
- Ejercicios libres de rodilla, tobillo y pie.

3. Según la vía de abordaje quirúrgico los movimientos a evitar son:

- Si vía postero-externa: la flexión-abducción-rotación interna.
- Si vía antero-lateral: la extensión-abducción-rotación externa.

4. Cuidados higiénicos en la cama

- Cambios posturales frecuentes con cuidados de la piel para evitar úlceras por presión.
- Evitar decúbitos contralaterales y rotaciones externas (T antirrotatorias).
- Levantarse y acostarse por el lado invertido.
- Dormir con caderas en abducción y rotación neutra (cuña abductora).

5. Cuidados a la sedestación

- Utilizar asientos altos quedando las caderas más altas que las rodillas y evitar cruzar las piernas. El paso de sedestación a bipedestación se hará con el miembro invertido en extensión y abducción.

6. Valoración clínica de la evolución: signos de alarma de posibles complicaciones

Hay que valorar signos y síntomas de posibles complicaciones:

- Caída del pie (déficit dorsiflexión): Posible lesión del CPE (nervio ciático poplíteo externo). Se debe usar una ortesis. Tras iniciar una buena recuperación, la presencia de dolor, una actitud antiálgica y/o cadera en flexión-abducción, nos hará sospechar una posible luxación (el 23% de pacientes presenta dolor al cargar).

- Actitud antiálgica evitando el apoyo: Descartar fractura o infección (fiebre, dolor, empastamiento de la zona, signos inflamatorios).
- Control vascular de miembros inferiores. Evaluar signos de tromboflebitis venosa profunda.
- Evaluar la situación neurológica.
- Acortamiento extremidad: un 33% por pérdida de musculatura abductora de cadera o aumento de la longitud de la prótesis para dar mayor estabilidad. Se puede usar alza.
- Marcha en Trendelenburg por insuficiencia muscular glútea.

Pero las causas más comunes de los fracasos funcionales son el estado mental del paciente y la actividad que realizaba previamente, por lo que el apoyo psicológico es importante para que se sientan seguros y no tengan miedo al iniciar la bipedestación y marcha.

7. Medición del dolor (algometría)

Los métodos utilizados son:

- Método visual analógico (EVA). Una línea de 10 cm. Sensible.
- Escala numérica o verbal. De 0 a 10.
- Método cuantitativo. “Leve, moderado, severo y muy severo”.
- Evaluación por el comportamiento o conducta.
- Cuestionario de McGill.

8. Indicadores pronósticos de la evolución del anciano que ha sufrido una fractura de cadera

- Antecedentes personales: edad, condición física y psíquica, sexo, tipo de fractura, medio en que se desenvuelve, etc.
- Variables funcionales: actividad física que desarrollaba, actividades sociales, etc.
- Capacidad de desarrollar actividades de la vida diaria dos semanas después de la cirugía.

Evaluación del riesgo de caídas

Hay que contemplar los siguientes factores:

Factores de riesgo de sufrir caídas: utilización de tranquilizantes, uso de bastones para deambular, etc.

Factores de riesgo de sufrir caídas sucesivas tras una caída anterior:

- Deficiencias cognitivas
- Incontinencia urinaria
- Reducción de la movilidad
- Factores de riesgo de sufrir nuevas fracturas en la caída
- Estado mental, dependencia, institucionalización y sedentarismo.

Intervenciones para la prevención de riesgos de caídas

- Control de problemas visuales.
- Mejorar la propiocepción, la coordinación y el equilibrio.
- Control ambiental: iluminación adecuada, suelos no resbaladizos, evitar el exceso de muebles, etc.
- Precaución en el uso de sedantes.
- Control de la hipotensión ortostática.
- Calzado adecuado.
- Ayudas a la deambulación.
- Uso de protectores (reducción de fracturas importante, mal tolerados) (17).
- Buena alimentación, con suplementos de calcio si fuera necesario.
- Medidas rehabilitadoras preventivas.

c) Otras patologías frecuentes

• Síndromes vasculares periféricos (14)

Pueden ser arteriales, venosos o linfáticos.

Provocan dolor y graves complicaciones (p. ej. tromboembolismo pulmonar).

Todas las vasculopatías pueden beneficiarse de la realización de ejercicios:

- Ejercicios de Buerger: favorecen la circulación
- Ejercicios libres, de cadera, rodillas y tobillos en decúbito supino
- Bicicleta estática si el paciente puede

Normas higiénicas generales: evitar el uso de ropa estrecha, calcetines apretados, plantones, etc.

• **Paciente con patologías neurológicas: espina irritativa**

La hemiplejía espástica provoca aumento de la hipertonia y espasmos dolorosos. Suelen ser pacientes que han mejorado su capacidad funcional y marcha y que repentinamente empeoran. Debemos tener control sobre ortesis (roces, heridas, tamaño no bien adaptado, etc.), infecciones de orina subclínicas, uñas encarnadas, procesos febriles, úlceras en miembros inferiores, etc.

Finalmente se resume en un esquema el papel de la rehabilitación en el anciano institucionalizado según las medidas de prevención y/o tratamiento que serán seleccionadas por el profesional en función de los objetivos perseguidos.

PAPEL DE LA REHABILITACIÓN EN EL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO	
<p>PREVENCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados higiénicos - Ejercicio físico - Eliminación de factores de riesgo - Detección de casos de espina irritativa - Economía articular 	<p>TRATAMIENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Objetivos: prevenir el deterioro, preservar la función y aliviar el dolor - Reposo/ejercicio, termoterapia, masoterapia, hidroterapia, TENS/corrientes, ultrasonidos, tratamiento farmacológico, otros tratamiento no farmacológicos

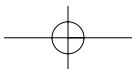
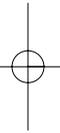
3.4.4. BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Miralles JA, Torralba F, Jordá M, Catalán MJ, Soler A. Perfil clínico de los pacientes geriátricos atendidos en un Servicio de Rehabilitación, Madrid, 2001, 35(4): 229-234.
2. Guideline for the prevention of falls in older persons. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society and American Academy of Orthopedic Surgeons: panel on Falls Prevention. J Am Geriatric Soc, 2001, 49(5): 664-672.
3. Parreño J. Rehabilitación en Geriatria, 2.ª ed. Editores Médicos, S.A., Madrid, 1994.
4. Miranda JL. Rehabilitación Médica. Grupo Aula Médica, S.L., Madrid, 2004.
5. Plaja J. Analgesia por medios físicos. McGraw-Hill Interamericana, Madrid, 2003.

6. Montagut F, Flotats G, Lucas E. Rehabilitación domiciliaria: Principios, indicadores y programas terapéuticos. Ed. Masson, Barcelona, 2005.
7. Peña A. Papel del ejercicio físico en el paciente con artrosis. Rehabilitación, 2003, 37(6): 307-322.
8. Rodríguez S, Castellano A. Intervención clínica y psicosocial en el anciano. Instituto Canario de Estudios y Promoción Social Sanitaria (ICEPSS). Las Palmas de Gran Canaria, 1995.
9. Oteo A, Domínguez M, Marín MT. Guía rápida de actuación en dolor. Ars Médica, Barcelona, 2005.
10. Sánchez I, Ferrero A, Aguilar JJ, Climent JM, Conejero JÁ, Flórez MT et. al. Manual Sermef de Rehabilitación y Medicina Física. Editorial Médica Panamericana, S.A., Madrid, 2006.
11. Toral A. Dolor en geriatría. Encuentros Profesionales, S.L., Madrid, 2000.
12. Ringe JD. Fracturas por osteoporosis en el anciano. Prevención y tratamiento clínico. Ediciones Médicas, S.L., Barcelona, 1997.
13. Rapado A y Guillén F. Osteoporosis y caídas en el anciano. Fondo editorial Zahoemo. Barcelona, 1994.
14. Sierra L, Solera D. Vasculopatías periféricas: rehabilitación del amputado. En: Parreño J. Rehabilitación en Geriatría, 2ª ed. Editores Médicos, S.A., Madrid, 1994, 235-244.
15. Mirallas JA, Real MC. ¿Índice de Barthel o Medida de Independencia Funcional? Rehabilitación. Madrid, 2003; 37:152-157.
16. Salgado A, Olivera FJ. Estudio de la accesibilidad a los domicilios en ancianos con fractura de cadera. Rehabilitación, Madrid, 2005, 39(5): 207-214.
17. Alguacil JM, Morales M, Miangolarra JC. Uso del protector de cadera en los centros residenciales para personas mayores, dependientes de la Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Rehabilitación, Madrid, 2005, 39(5):255-621.

3.5. PSICÓLOGO

V. Monsalve Dolz



3.5.1. INTRODUCCIÓN

Desde la publicación de la Teoría de la Compuerta (1), el dolor se ha considerado como una experiencia multidimensional, configurada por variables sensoriales, emocionales y cognitivas. Esto hace necesaria una intervención interdisciplinar para su tratamiento.

Por otra parte, la percepción del dolor se ve modulada por variables como la interpretación de los síntomas o el efecto de los tratamientos, las respuestas emocionales personales o aquellas generadas en el entorno del paciente, o las ganancias que el sujeto obtiene mediante la expresión de su dolor, etc. Desde esta perspectiva, es necesario que en el abordaje del dolor crónico exista una valoración psicológica del paciente.

La evaluación psicológica del anciano con dolor en el ámbito sociosanitario debe enmarcarse considerando el contexto del paciente institucionalizado. La institucionalización supone además de la pérdida del entorno habitual, en ocasiones, pérdida de independencia personal, cambios en los horarios, actividades y costumbres. Se generan nuevas relaciones sociales, nuevos roles tanto del paciente, de la familia, y de los cuidadores primarios, que pueden reflejarse como una pérdida en la capacidad en tomar decisiones.

3.5.2. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DEL PACIENTE CON DOLOR

El dolor es una percepción subjetiva, de forma que sólo el propio sujeto tiene la capacidad de evaluar la intensidad de su dolor, excepto en aquellos casos que presentan deterioro cognitivo o dificultades en la comunicación, donde se utilizarán estrategias de evaluación específicas (Capítulo 5). Por tanto, una regla inicial en la evaluación del dolor es preguntar al paciente.

Los aspectos que deben recogerse en la evaluación psicológica del paciente con dolor son:

- **Valoración del significado individual del dolor para cada paciente**

Debemos analizar qué supone el dolor para el paciente y como interpreta dicha sintomatología, a qué lo atribuye y qué espera que suceda con el mismo. En este punto también es necesaria la evaluación de lo que el paciente piensa o valora respecto al tratamiento.

Es clave para el éxito terapéutico resolver las dudas respecto a la indicación de un fármaco para el control del dolor y su situación personal, y controlar, no sólo los posibles efectos adversos del mismo, sino cómo los interpreta el paciente.

- **Afrontamiento del dolor**

Son los pensamientos y acciones que los individuos realizan, aplican o utilizan en sus esfuerzos para manejar el dolor desde una perspectiva diaria (2). Deben evaluarse las habilidades o estrategias que el paciente utiliza para adaptarse o controlar el dolor, cuáles son verdaderamente adaptativas y cuáles pueden interferir en su mejoría.

- **Características emocionales**

Probablemente la ansiedad y la depresión sean las respuestas o estados emocionales más asociados al dolor. Además, las respuestas emocionales observadas deben ser evaluadas en el contexto de la enfermedad orgánica del paciente o de los tratamientos farmacológicos pautados, dado que en muchas ocasiones dichas emociones son síntomas de enfermedades degenerativas o efectos secundarios de los tratamientos farmacológicos.

- **Adaptación al entorno**

En el anciano institucionalizado existen factores que pueden aumentar la percepción del dolor, tales como la pérdida de apoyo emocional por parte de la familia y de su papel familiar, la dependencia y falta de seguridad en un entorno distinto.

- **Expectativas al tratamiento**

Deben evaluarse las expectativas del paciente sobre un tratamiento o intervención analgésica. Estas expectativas deben ser ajustadas a objetivos alcanzables para facilitar el resultado final de la intervención.

- **Calidad de Vida**

Es el criterio cada vez más aceptado para evaluar el impacto de la enfermedad en las personas y el beneficio terapéutico.

Es la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de su tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente sobre las consecuencias que provoca en su bienestar, tanto físico, emocional, social, cultural, espiritual, etc. (3).

El objetivo principal de la intervención en el anciano con dolor crónico no es sólo la disminución de la intensidad del dolor, sino mejorar su calidad de vida. Por esta razón se impone cada vez más la evaluación de la calidad de vida como criterio de calidad de la actividad clínica sobre el paciente con dolor.

- **Sistemática de la evaluación psicológica**

- Debe integrarse en la valoración global del paciente, no limitándose a la utilización de cuestionarios psicométricos. Es necesaria una entrevista clínica, y/o la utilización de registros de observación.
- Debe estar integrada en la información recogida por el equipo interdisciplinar para llegar a establecer un plan terapéutico óptimo.

- **Instrumentos de medida**

Aunque no son suficientes, sí son necesarios para recoger adecuadamente la información del paciente.

<p>Evaluación del dolor</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de dolor de McGill (MPQ) (4). Instrumento de medida multidimensional que consta de 78 adjetivos y recoge las 3 dimensiones básicas del dolor (sensorial, emocional y cognitiva). Ha sido validada al castellano (5). • Chronic Pain Grade Questionnaire (CPGQ) (6). Consta de 7 ítems. Mide la gravedad del dolor en tres dimensiones; la persistencia, la intensidad y la discapacidad. Ha sido validada al castellano para su uso en población de más de 65 años (7).
<p>Valoración</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inventario de Percepción y Creencias ante el Dolor (PBPI) (8). Es un instrumento autoadministrado que recoge 16 ítems que se agrupan en 4 factores: creencias sobre el dolor como un misterio, autculpa, dolor como permanente y dolor como continuo.
<p>Ansiedad y depresión</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) (9). Instrumento de screening de 14 ítems validada al castellano (10) y cada vez más utilizada en el ámbito del dolor crónico por sus propiedades psicométricas (11). Recoge 2 dimensiones básicas: ansiedad y depresión.
<p>Afrontamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de Afrontamiento al dolor crónico (versión reducida) CAD-R. 24 ítems que recoge 6 factores de primer orden (distracción, búsqueda de información, autoafirmación, autocontrol mental, catarsis y religión) y dos factores de segundo orden (afrontamiento activo y afrontamiento pasivo). Ha sido diseñado con muestra española y validado para pacientes con dolor crónico (12).
<p>Calidad de vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de Salud SF-36 (13). 36 ítems y 8 escalas: funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional, salud mental. Utilizado como criterio de calidad de vida está validado para muestra española (14). • Índice de Lattinen (IL) (15). Se caracteriza por su brevedad, como indicador de calidad de vida. Consta de 5 ítems que reflejan cinco dimensiones: intensidad del dolor, nivel de actividad, frecuencia del dolor, utilización de analgésicos y sueño nocturno. Se obtiene una puntuación total con la suma de las puntuaciones en cada una de las dimensiones anteriores. La puntuación de cada ítem se realiza en una escala de 4 puntos que va de la menor incidencia a la mayor gravedad o distorsión.

- **Evaluación en el paciente con problemas de comunicación**

La prevalencia de pacientes institucionalizados con deterioro cognitivo es elevado, lo que supone un problema añadido al tratamiento del dolor en el anciano, aunque se han desarrollado instrumentos de medida que intentan suplir estas dificultades (16).

Hay que pensar que el deterioro cognitivo limita la utilización de los instrumentos de medida del dolor utilizados habitualmente, lo cual, dificulta en gran medida la evaluación del paciente y la instauración de un tratamiento adecuado.

En general, para la evaluación del dolor en estos casos en los que sea imposible la comunicación, se recomienda utilizar métodos observacionales relacionados con la expresión del paciente (Capítulo 5). Los instrumentos de medida diseñados para estos pacientes se basan en general en evaluar cierto tipo de conductas de dolor por un observador externo.

Actualmente no existe una escala validada para la población anciana con deterioro cognitivo en el paciente institucionalizado, aunque se han desarrollado algunas que se comentan a continuación:

- **DOLOPLUS2**

Escala de observación conductual diseñada para pacientes mayores de 65 años con limitada capacidad de comunicación que recoge 10 ítems y 3 dimensiones: conductas somáticas, conductas psicomotoras y conductas psicosociales. Su puntuación máxima es 30 y el punto de corte se sitúa en 5 (17).

- **PASCLAC**

Diseñado para evaluar dolor en pacientes con demencia. Consta de 60 ítems y recoge 4 dimensiones: Expresión facial, actividad/movimientos corporales, estado de ánimo/ expresiones emocionales y respuestas fisiológicas (18).

- **EDAD**

Escala observacional diseñada para personas con dificultad en la comunicación y/o con deterioro cognitivo. Consta de 8 ítems, y plantea la evaluación del paciente en tres momentos: observación antes de los cuidados, durante los cuidados y 48 horas después. Los autores proponen un punto de corte de 3 (19).

- **BS-21**

Escala numérica diseñada para valorar el dolor en pacientes geriátricos (20). Consta de 21 números que se presentan de manera horizontal. Se ordenan de menor a mayor, entre 0 y 100 aumentando de 5 en 5. Ha sido validada en pacientes geriátricos de habla española con deterioro cognitivo leve o moderado (21).

3.5.3. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

El psicólogo seleccionará aquellas estrategias que considere más adecuadas (2), en el contexto de la atención global e interdisciplinar del anciano con dolor.

Premisas fundamentales:

- Delimitar la etiología orgánica asociada al dolor.
- La intervención farmacológica o de otras técnicas médicas no es incompatible con el tratamiento psicológico.
- El punto inicial preferente de intervención debe ser la actuación sobre déficits o problemas relacionados con el dolor detectados en la evaluación previa.

Objetivos:

- Control de respuestas psicofisiológicas.
- Eliminación de las contingencias de refuerzo de las conductas de dolor.
- Desarrollo de habilidades ante situaciones que se relacionan con el dolor.
- Control atencional.
- Control emocional.
- Reestructuración cognitiva.

La descripción de todas las técnicas psicológicas utilizadas en el ámbito del dolor crónico no es el objetivo de esta guía. En cualquier caso, son los profesionales de la psicología quienes seleccionarán aquellas estrategias más adecuadas a cada paciente, en el contexto en el que se desarrolla su actividad, considerando los recursos a su alcance y generando las relaciones interdisciplinares para un objetivo común, el alivio del dolor

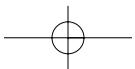
3.5.4. BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Melzack R, Wall, PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science*. 1965, 150: 971-79.
2. Katz J, Ritvo P, Irvine J, Jackson M. Coping with chronic pain. En Zeidner M, y Endler N, (eds.): *Handbook of Coping*, N.Y., John Wiley and Sons, 1996. 252-278.
3. Gómez M., Sabeh, E. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca. Madrid, Rialp, 2000.
4. Melzack R, Torgerson WS. On the language of pain. *Anesthesiology*, 1971, 34: 50-59.
5. Lázaro C, Bosch F, Torrubia R, Baños JE. The development of a Spanish questionnaire for assesing pain: preliminary data concerning reliability and validity. *Eur J Psychol Assess*, 1994, 10: 145-151.
6. Smith BH, Penny KI, Purves AM, Munro C, Wilson B, Grimshaw J, Chambers WA, Smith WC: The chronic pain grade questionnaire: validation and reliability in postal research. *Pain*, 1997, 71: 141-147.
7. Miró J, Huguet A, Nieto R, Paredes S, Baos J. Evaluation of reability, validity, and preferences for a apin instensity scale for use with the elderly. *J Pain*, 2005, 6: 727-735.
8. Williams DA, Thorn BE. An empirical assessment of pain beliefs. *Pain*, 36, 351-358.
9. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1983, 67, 361-370.
10. Tejero A, Guimerá EM, Farré JM et al. Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Rev Depto Psiquiatría Facultad de Med Barna*, 1986, 13: 233-238.
11. Monsalve V., Soriano J., Ibáñez E. Fiabilidad y Estructura Factorial de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en una muestra de pacientes con Dolor Crónico. *Boletín de Psicología*, 2001, 72: 7-21.

12. Soriano J, Monsalve V. Validación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CAD-R). *Rev Soc Esp Dolor*, 2004, 11, 407-14.
13. Ware JE, Jr., Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 1992, 30: 473-483.
14. Alonso J; Regidor E; Barrio G; Prieto L; Rodríguez C y de la Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clín*, 1998, 111: 410-16.
15. Monsalve V, Soriano J, De Andrés J. Utilidad del Índice de Lattinen (IL) en la evaluación del dolor crónico: Relaciones con Afrontamiento y Calidad de Vida. *Rev Soc Esp Dolor*, 2006, 13 (4): 216-229.
16. Baeza R, Torrubia R, Baños JE. La valoración del dolor en pacientes con déficit cognitivo grave que impide la comunicación. *Dolor*, 2007, 22: 85-92.
17. Warry B. DOLOPLUS2, une echelle pour evaluer la douleur. *Gerontologie*, 1999, 19: 25-27.
18. Fuchs-Lacelle S, Hadjistavropoulos T. Development and preliminary validation of the pain assessment checklist for senior with limited ability to communicate (PACSLAC). *Pain Manage Nurs*, 2004, 5: 37-49.
19. Baeza R. Tesis Doctoral. 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). Universitat Autònoma de Barcelona, 2006.
20. Jensen MP, Miller L, Fisher LD. Assessment of pain during medical procedures: A comparison of three scales. *Clin J Pain*, 1998, 4: 343-449.
21. Castel A, Miró J, Rull M. La Escala de Dolor BS-21: Datos preliminares sobre su fiabilidad y validez para evaluar la intensidad del dolor en geriatría. *Rev Soc Esp Dolor*, 2007, 14(2): 274-283.
22. Vallejo MA. Tratamiento Psicológico del Dolor Crónico. *Boletín de Psicología*, 2005, 84: 41-58.

3.6. TÉCNICO DE ANIMACIÓN SOCIOCULTURAL (TASOC)

Jorge-Teódulo Monzón Torres



3.6.1. INTRODUCCIÓN

El área de ocio en el ser humano constituye una parte muy importante de la vida cotidiana. Un empleo adecuado del ocio produce satisfacción, aumento de la autoestima, mejora de las relaciones sociales y de la comunicación, aumento en la calidad de vida y del bienestar. Esta importancia se acentúa a medida que aumenta el tiempo libre y disminuyen las obligaciones laborales y familiares, como ocurre en las personas mayores.

Este aumento es más acentuado en el caso de las personas mayores institucionalizadas, que tienen atendidas todas sus necesidades básicas y prácticamente pueden dedicar todo el tiempo para ellos.

Para esta población de personas mayores institucionalizadas en las residencias dependientes de la Dirección General de Servicios Sociales de la Conselleria de Benestar Social, nace el Programa de Animación Sociocultural (ASC) y Fomento de la Convivencia. Su objetivo es garantizar que los residentes tengan cubiertas sus necesidades lúdicas y de relación, tanto dentro del centro como en relación con la comunidad, así como el de fomentar la convivencia entre los usuarios.

La figura del TASOC, está integrada en el equipo interdisciplinar de los centros desde el año 1999.

La intervención del TASOC cuenta con un plan de atención individualizada, donde se hace un seguimiento del nivel de participación, de las habilidades manuales y las relaciones sociales con otros residentes y con la comunidad más próxima.

3.6.2. EVALUACIÓN DE UN EPISODIO, INCIDENCIA O ANOMALÍA EN EL RESIDENTE CON DOLOR

El dolor crónico en el anciano con frecuencia se manifiesta de forma atípica. Una de las funciones del TASOC es informar al equipo interdisciplinar de cualquier modificación, por mínima que sea, del estado del residente en el transcurso de cualquier actividad del programa de ASC y Fomento de la Convivencia. Estos cambios pueden ser: fiebre, desorientación espacio-temporal y personal, trastornos en la marcha, deposiciones líquidas, sed excesiva, somnolencia, gestos o verbalización de dolor, agitación, trastornos de memoria, etc.

En el Capítulo 5 de esta guía se enumeran las conductas que pueden indicar dolor en usuarios con un deterioro cognitivo moderado-grave. Básicamente, estas conductas se pueden clasificar en seis grupos:

- Expresiones faciales
- Expresiones verbales
- Movimientos físicos
- Cambios interpersonales
- Cambios en el patrón de actividad
- Cambios cognitivos

Ante cualquier episodio de dolor registrado en un residente, incidencia o anomalía observada en el desarrollo de sus funciones, el TASOC informará al equipo sanitario del centro.

3.6.3. INTERVENCIÓN DEL TASOC

Las diferentes actividades que se ofrecen a los residentes se programan tras la valoración de la situación física y cognitiva de usuarios del centro a los que pueden ir dirigidas. Además, se tienen en cuenta los resultados de la valoración psicológica, médica, social y fisioterapeuta.

El Programa de ASC está elaborado por el equipo interdisciplinar del centro en el que se integran las diferentes figuras profesionales existentes, con coordinación principal del área psicosocial, en la mayor parte de los casos.

Las actividades planificadas pueden clasificarse atendiendo a una serie de criterios enumerados en la Tabla 1.

Tabla 1. Clasificación de las actividades planificadas

CRITERIO DE CLASIFICACIÓN	ACTUACIONES O ACTIVIDADES
Tipo de actuación	<ul style="list-style-type: none"> - Internas - Externas - "De puertas abiertas"
Características	<ul style="list-style-type: none"> - Individuales - En grupo - Dirigidas
Frecuencia	<ul style="list-style-type: none"> - Ordinarias - Extraordinarias

1. Por el tipo de actuación

- **Actuaciones internas**

Talleres ocupacionales, actividades recreativas y culturales que se realizan en los centros. Incluyen las actividades extraordinarias relacionadas con acontecimientos concretos.

- **Actuaciones externas**

Actividades ordinarias o extraordinarias que se desarrollan en el exterior del centro. Incluye excursiones, visitas culturales, paseos por el exterior del centro, etc.

- **Actuaciones de "puertas abiertas"**

Son aquellas que se desarrollan en el centro pero también están implicados agentes externos que actúan en la residencia, facilitando el intercambio y la apertura.

2. Por sus características

- **Actividades individuales**

Estimulan la iniciativa personal y la capacidad creadora.

- **Actividades en grupo**

Desarrollan los hábitos sociales, la autodisciplina y la responsabilidad.

- **Actividades dirigidas**

Estimulan el aprendizaje, admiten una disciplina y fomentan así los hábitos que mejoran la convivencia.

3. Por su frecuencia

- **Actividades ordinarias**

Son aquellas que se llevan a cabo durante todo el año.

- **Actividades extraordinarias**

Son las que se desarrollan en un periodo determinado de tiempo para realizar una celebración concreta. Son de gran importancia porque suponen una ruptura de la rutina diaria. Están dirigidas a la población general.

La intervención del TASOC en el anciano institucionalizado con dolor se podría resumir en cuatro puntos básicos:

1. **Actividades grupales**
2. **Observación**
3. **Empatía**
4. **Seguimiento e información específica requerida por el personal sanitario del equipo interdisciplinar**

1. Actividades grupales (Tabla 2)

El plan de actividades grupales tiene como finalidad dinamizar los centros residenciales y ofertar oportunidades a los residentes para que lleven una vida lo más activa y participativa posible, dentro de sus posibilidades y características personales, previniendo el deterioro, manteniendo sus aptitudes y potenciando actitudes positivas.

La distracción es la estrategia de enfocar la atención fuera de los estímulos y emociones negativas que acompañan al dolor. Además, con la asistencia y participación en actividades se contrarresta la actividad simpática que acompaña la exacerbación del dolor.

Tabla 2. Actividades grupales

CARÁCTER DE LA ACTIVIDAD	OBJETIVOS	ACTIVIDADES/ INTERVENCIONES
EDUCATIVO TERAPÉUTICO	<ul style="list-style-type: none"> - Incrementar la autoestima mediante la realización de actividades con un resultado concreto. - Ocupar el tiempo de una forma creativa evitando el aislamiento y la pasividad. - Aumentar el grado de información sobre temas concretos y concienciar sobre aspectos de relativa importancia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Taller ocupacional. - Musicoterapia. - Charlas sociosanitarias del equipo interdisciplinar. - Juegos didácticos. - "Aula de mayores". - Talleres de costura, disfraces, cestería, dibujo y pintura, repostería. - Taller de estimulación cognitiva (coordinado por el psicólogo del centro).
CULTURAL	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener la orientación e información sobre la actualidad social y cultural. - Favorecer la transmisión de valores, tradiciones, opiniones propias del usuario al resto del grupo. - Propiciar la integración y participación de los usuarios en su grupo de iguales. - Recuperar y mantener las tradiciones populares y festivas de nuestra Comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Grupos de Lectura. Recital de Poesía. - Exposiciones. - Teatro. - Revista. - Fiestas tradicionales. - Ciclos de Cine. - Café Tertulia. - Semanas Culturales. - Lectura de Prensa, servicio de biblioteca. - Concursos.
LÚDICO	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer la creación de grupos de iguales. - Mantener hábitos. - Mantener y/o mejorar la atención y el cálculo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bingo. - Juegos tradicionales. - Juegos de mesa. - Gynkana. - Campeonato de Juegos de Mesa.
ESTIMULACIÓN/ FÍSICA	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener y potenciar la actividad física. - Fomentar la interacción y participación de los componentes del grupo. - Fomentar el sentimiento de pertenencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gimnasia en grupo coordinada por el fisioterapeuta. - Psicomotricidad. - Paseo terapéutico. - Baile. - Dinámica de Grupo.
CONVIVENCIA	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la creación de lazos amistosos entre usuarios. - Fomentar actitudes de respeto, tolerancia y solidaridad. - Incrementar la participación y el sentimiento de grupo. - Favorecer contactos sociales entre ellos y a su vez entre los residentes con los familiares, amistades y la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Excursiones, salidas terapéuticas. - Grupos de conversación por iniciativa propia de los usuarios. - Actuaciones. - Fiestas mensuales. - Proyección de Audiovisuales. - Días Temáticos. - Celebración de cumpleaños y Días Mundiales. - Grupos de teatro y coro.

Dependiendo de la situación y preferencias de cada persona se le orientará a unas actividades u otras, donde los objetivos serán más específicos.

2. Observación

Una función del TASOC es informar al personal sanitario de cualquier episodio de dolor en un residente, así como de las incidencias o anomalías observadas en el desarrollo de sus funciones.

Esta intervención es común al resto del personal que realiza una atención directa y continuada con los usuarios.

3. Empatía

La empatía es la identificación mental de una persona con el estado de ánimo de otra.

La empatía señala la actitud de un sujeto hacia otro, caracterizada por un esfuerzo objetivo y racional de comprensión intelectual de los sentimientos de los demás. Por lo tanto, la empatía excluye los fenómenos afectivos (simpatía, antipatía) y los juicios morales.

El TASOC, junto al resto del equipo interdisciplinar, interviene en el usuario a través de la empatía, esto es, en hacer saber a la persona mayor con dolor que no está sola y que hay un grupo de profesionales que con su trabajo le acompañan.

A continuación se le propondrá la participación en las actividades grupales del día como estrategia de distracción para enfocar la atención fuera de los estímulos y emociones negativas que acompañan a su dolor.

4. Seguimiento e información específica requerida por el personal sanitario del equipo interdisciplinar

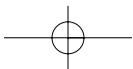
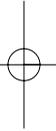
El TASOC en su atención directa y continuada con los residentes con dolor lleva a cabo las pautas indicadas por el personal del equipo sanitario, realizando seguimientos puntuales de algunos residentes concretos. Posteriormente proporciona la información requerida al personal sanitario que la ha solicitado.

Estos seguimientos se resumen en tres puntos:

- Expresión y/o quejas de dolor.
- Modificación del estado habitual del residente dentro del grupo de iguales y de la participación en las actividades pautadas.
- Alteración del sueño-vigilia.

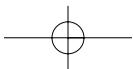
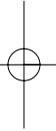
3.6.4. BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. El dolor del anciano y su abordaje interdisciplinar. Dr. S. Esteban Moreno, Director Médico. Fundación Privada Presidente Torres Falguera. Centro de Tratamiento del Dolor. Terrassa.
2. Salud en el Anciano y Aspectos Físicos. Con la colaboración de Carlos A. Díaz Vázquez, Mónica Rodríguez Corominas, Sofía González de la Cruz y José Miguel Méndez Velasco. Escuela de Animación Sociocultural y Educación en el Tiempo Libre “La Trabiella”. Principado de Asturias.
3. Cuadernos de la Enfermera Gerontología, Geriatria. P. Berthaux y J.P. Aquino. Editorial Toray-Masson, S.A., 1981.



4. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS PATOLOGÍAS DOLOROSAS MÁS FRECUENTES EN EL ANCIANO

I. Quintana Vargas



4.1. EXPLORACIÓN DIAGNÓSTICA DEL DOLOR NEUROPÁTICO

4.1.1. Historia clínica

- Antecedentes personales
- Tratamiento farmacológico actual
- Impacto del dolor sobre la vida diaria
- Valoración del problema actual

Inicio (cuándo y cómo), localización e irradiación, modificaciones del dolor desde su comienzo, características del dolor, intensidad, problemas asociados al dolor, molestias causadas por los síntomas y relación con el estado de ánimo, factores que lo alivian y lo agravan, respuesta a tratamientos previos.

4.1.2. Exploración clínica

- Examen físico general
- Examen de la piel
 - Alteraciones en temperatura, color, sudoración o vello que pueden sugerir la presencia del Síndrome de Dolor Regional Complejo (SDRC).
 - Cicatrices distribuidas en dermatomas sugestivas de herpes zóster.
 - Cambios cutáneos característicos de diabetes mellitus.
 - Percepción de pulsos y alteraciones en la piel que pueden sugerir enfermedades radicales de miembros (isquemia, trombosis, etc.).
- Exploración neurológica

Material necesario para la exploración de la sensibilidad:

 - Táctil (algodón).
 - Al dolor o algésica (clip).
 - Térmica (tubo con agua fría y otro con agua caliente).
 - Vibratoria (diapasón de 128 Hz).

- Reflejos osteotendinosos (martillo).
- Sistema motor:
 - Detección de fenómenos negativos (p. ej. disminución de tono y fuerza muscular)
 - Detección de fenómenos positivos (p. ej. aumento de tono, distonía, clonías, mioquimias, fasciculaciones o calambres)
- Sistema autónomo: examen de la piel para descartar anomalías del color y temperatura, edema o alteraciones de la sudoración
- Sensibilidad: se recomienda realizar esta prueba al final de toda la exploración neurológica

Inicialmente se aplicará el estímulo en un área del cuerpo normal, y a continuación se estudiará el área afectada.

En primer lugar hay que preguntar al paciente si la percepción del estímulo es normal o no, en este caso preguntaremos si el estímulo resulta molesto o doloroso. Finalmente pediremos al paciente que describa la sensación percibida.

En la exploración de la sensibilidad, podemos detectar:

- **Fenómenos negativos**
 - **Analgnesia:** ausencia de dolor frente a un estímulo que normalmente es doloroso, como el pinchazo.
 - **Hipoalgesia:** disminución de la percepción frente a un estímulo doloroso.
 - **Hipoestesia:** disminución de la sensibilidad frente a estímulos no dolorosos, como el tacto o la temperatura.
- **Fenómenos positivos**
 - **Alodinia mecánica:** sensación dolorosa tras aplicar un estímulo mecánico indoloro. Debe explorarse con el dedo, algodón o un pincel.
La alodinia estática se manifiesta al aplicar un único estímulo, como la presión, mientras que alodinia dinámica se produce al aplicar un estímulo en movimiento.
 - **Alodinia térmica:** sensación dolorosa anormal percibida tras un estímulo térmico.

- **Hiperalgnesia:** respuesta dolorosa exagerada ante un estímulo doloroso.
- **Hiperestesia:** sensibilidad excesiva y dolorosa.
- **Hiperpatía:** reacción dolorosa y desproporcionada a un estímulo, especialmente si es repetitivo, en un paciente que inicialmente nota el estímulo menos de lo esperado por un umbral de dolor aumentado.
- **Parestesia:** sensación anormal que no es percibida como desagradable o dolorosa, como hormigueo, que puede aparecer en reposo o tras estímulos no dolorosos o dolorosos.
- **Disestesia:** sensación anormal desagradable para el paciente. Puede aparecer en reposo o tras estímulos.

4.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PATOLOGÍAS DOLOROSAS MÁS PREVALENTES

4.2.1. Dolor osteoarticular

- **Etiología y fisiopatología**

La osteoartritis (OA) es la enfermedad más frecuente y la causa más importante de discapacidad en los ancianos. Su origen es multifactorial, aunque es conveniente descartar posibles etiologías, como las traumáticas o las metabólicas.

Las localizaciones más frecuentes son: manos, rodillas, caderas, pies, columna cervical y lumbar.

- **Manifestaciones clínicas**

Dolor de características mecánicas:

- Inicialmente se desencadena con el uso de la articulación, mejorando con el reposo. A medida que progresa la enfermedad el dolor es más continuo, apareciendo en reposo e incluso por la noche, interfiriendo con el sueño
- No existe siempre una correlación entre la intensidad del dolor y el grado de daño estructural articular

Rigidez:

- Aparece después de un período de inactividad. Es característica la rigidez matutina. La duración de la rigidez es siempre corta en el tiempo, lo que la diferencia de la rigidez de las enfermedades inflamatorias. En la OA de rodilla, por ejemplo, es inferior a 30 minutos
- Crepitación al movimiento, en todo el rango de movimiento de la articulación
- Limitación de la función articular e inestabilidad
- Deformidad y aumento del tamaño articular, sobre todo en la OA avanzada
- Grados variables de inflamación local
- Incapacidad funcional, que ocasiona problemas de dificultad para la deambulaci3n o realizaci3n de tareas de la vida diaria, que pueden generar trastornos ansiosos y depresivos

• Exploración física

- La exploración articular muestra áreas de sensibilidad y dolor a la presión o al movimiento, crepitación, deformidad, ensanchamiento óseo, restricción de movimientos articulares y, en etapas avanzadas, subluxaciones.
- Pueden haber derrames articulares.
- OA de cadera. El síntoma principal es dolor mecánico que se localiza en la ingle y se irradia a la cara anterior del muslo hasta la rodilla. En ocasiones, se presenta el dolor de localización posterior en glúteo y cara posterior o interna del muslo.
Puede observarse atrofia del cuádriceps y glúteos. En fases avanzadas, la pelvis bascula hacia el lado enfermo y puede observarse hiperlordosis compensadora.
- OA de rodillas. En la exploración existe dolor y limitación en la flexión, desplazamiento rotuliano y tumefacción articular. Conviene constatar la presencia de varo o valgo. Además, se observa rigidez, crepitación e impotencia funcional.
Un signo habitual en fases avanzadas es la atrofia del cuádriceps y una actitud en flexión más o menos importante.

• Pruebas complementarias

- El diagnóstico es clínico y radiológico. La radiología por sí misma no es diagnóstica. El 60-70% de las personas mayores de 60 años presenta alteraciones radiográficas compatibles con enfermedad OA, pero sólo el 20% tienen sintomatología.
- En las extremidades inferiores es aconsejable realizar radiografía de la articulación contralateral, ya que habitualmente las lesiones son bilaterales y asimétricas.
- Los hallazgos radiológicos son: pinzamiento o estrechamiento del espacio articular, esclerosis subcondral, osteofitos, quistes subcondrales, luxaciones articulares y/o alteraciones del alineamiento óseo.

• Tratamiento

- Objetivos: aliviar el dolor, mantener o mejorar la función articular y retrasar la progresión del daño estructural de las articulaciones.

- No farmacológico:
 - Mantener un peso adecuado, evitando la obesidad.
 - Ejercicio físico suave y adaptado a las condiciones del paciente.
 - Valorar el uso de bastón, para reducir la carga articular.
 - Evitar la sobrecarga articular.
 - Fortalecer la musculatura próxima a la articulación (el cuádriceps en la OA de rodilla, abductores y extensores en la OA de cadera) con ejercicios isométricos.
 - Corregir alteraciones de la alineación, empleo de calzado adecuado.
 - Otros (calor, frío, ultrasonidos, infrarrojos, baños de parafina, almohadillas eléctricas, etc.).
 - Apoyo del psicólogo/ Técnico de animación sociocultural (TASOC).

- Farmacológico:

En principio el dolor OA tiene un carácter mecánico (nociceptivo), por lo que debe tratarse con los fármacos adecuados para este tipo de dolor. En caso de dolor leve-moderado, iniciar tratamiento con paracetamol si no existen contraindicaciones.

Sólo utilizar AINE cuando haya síntomas de inflamación, en periodos cortos de tiempo, con la posología efectiva y realizando previamente un balance beneficio-riesgo del tratamiento.

Hay que tener en cuenta que en el contexto de la patología OA puede existir además, un componente neuropático de dolor.

4.2.2. Polineuropatía diabética

- **Etiología y fisiopatología**

La forma más frecuente es la polineuropatía distal simétrica sensitivo-motora. Es de predominio sensitivo y aparición insidiosa.

- **Manifestaciones clínicas**

- Los síntomas más precoces suelen ser “acorchamiento” y parestesias en los dedos de los pies.

La enfermedad puede progresar y producir una distribución en calcetín y evolucionar después a una distribución en guante. Si progresa por encima de los codos, el paciente puede notar áreas de hipoestesia simétricas cuneiformes en la cara anterior del tronco.

- Puede haber sensación de inestabilidad.

- Disestesias y dolor lancinante (10% de pacientes).

- Puede haber afectación de la sensibilidad térmica y algésica que lleva al desarrollo de úlceras cutáneas y artropatía neurogénica en los pies. Además, puede aparecer ataxia sensitiva y afectación autonómica (piel seca, mareo, hipotensión ortostática, incontinencia, síntomas gastrointestinales).

- Hipo o arreflexia aquilea

- Hipopalestesia (disminución de la sensibilidad vibratoria) distal

- Hipoestesia táctil en calcetín

- En afectación severa, puede existir hipoestesia táctil con distribución en guante, hipo o arreflexia global y debilidad distal en miembros inferiores

- **Pruebas complementarias**

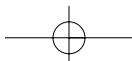
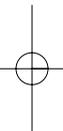
- El diagnóstico de diabetes mellitus y la presencia de las manifestaciones clínicas descritas suelen ser suficientes.

- Para descartar otras causas de neuropatía realizar: hemograma, bioquímica, velocidad de sedimentación glomerular, concentración plasmática de vitamina B12 y ácido fólico, estudio de la función tiroidea y electroforesis de proteínas plasmáticas.



- **Tratamiento**

- Control de la glucemia y mantenimiento en valores aceptables. Valoración del control de la diabetes a medio plazo mediante la determinación en sangre de la hemoglobina glicosilada.
- Analgésicos indicados en dolor neuropático.
- Si persiste el dolor severo, valorar la derivación del paciente a una unidad especializada en el tratamiento del dolor.



4.2.3. Neuralgia postherpética

- **Etiología y fisiopatología**

El dolor se debe a una neuritis, por lo que las fibras nerviosas afectadas presentan descargas espontáneas, tienen umbrales de estímulo más bajos y se muestran hipersensibles a la estimulación cutánea.

- **Manifestaciones clínicas**

- El dolor sigue la distribución metamérica de las vesículas, aunque existe gran variabilidad individual. Puede ceder a la vez que se resuelve el rash o persistir.
- Es continuo y de carácter urente. Ocasionalmente aparecen reagudizaciones breves con sensación de descarga eléctrica.
- Puede haber alodinia, desencadenada por el roce de la ropa o los cambios de temperatura. Algunos pacientes manifiestan prurito intenso.
- Son factores de riesgo para la aparición de dolor: severidad del rash, intensidad de dolor prodómico, edad avanzada.

- Dolor urente, puede existir sensación de “descargas eléctricas”
- El dolor sigue una distribución metamérica
- Alodinia

- **Exploración física**

- Se puede detectar un área cicatrizal donde se asentó el rash.
- En las áreas afectadas puede haber hipo o hiperestesia.

- **Pruebas complementarias**

- No son necesarias ya que el diagnóstico es clínico.

- **Tratamiento**

- Antivirales. P.ej. valaciclovir (1 g cada 8 horas, durante 7 días). Iniciar el tratamiento durante las primeras 72 horas del inicio del rash. Ajustar la posología en caso de insuficiencia renal.
- Analgésico:
 - En la fase aguda: AINE, paracetamol, opioides.
 - Neuralgia postherpética o dolor que no responde en la fase aguda: gabapentina, pregabalina, amitriptilina, capsaicina tópica.

4.2.4. Neuralgia del trigémino

- **Etiología y fisiopatología**

Aproximadamente el 80% de casos se producen por compresión sobre la raíz del trigémino. Otras causas son: tumores, aneurismas de la arteria basilar, compresión venosa, ictus, enfermedad dental y sinusitis.

- **Manifestaciones clínicas**

- Dolor agudo, lancinante o sensación de descarga eléctrica de duración entre varios segundos hasta dos minutos.
- Suele ser unilateral, en la rama maxilar o mandibular.
- Suele haber áreas gatillo. El dolor se desencadena por estímulos normalmente indoloros (hablar, masticar, lavarse la cara o los dientes, afeitado, aire frío).
- El dolor suele acompañarse de un espasmo (tic doloroso).
- Pueden haber crisis durante semanas o meses y remisiones espontáneas, sobre todo en la fase temprana de la enfermedad.

- Dolor agudo, lancinante, pueden existir “descargas eléctricas”
- Unilateral, en la rama maxilar o mandibular. Suele haber áreas gatillo
- Lo desencadenan estímulos indoloros en la parte central de la cara, nariz y labios

- **Pruebas complementarias**

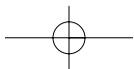
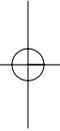
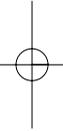
- Neuroimagen (RMN).

- **Tratamiento**

- Carbamazepina. Es el fármaco de elección. Muchos pacientes responden tras 48 horas de tratamiento.
- Alternativas: oxcarbazepina, gabapentina, pregabalina, etc.
- Tratar con un fármaco del primer escalón de la analgesia (metamizol, paracetamol), durante la escalada del fármaco seleccionado de los anteriores.
- Comenzar con dosis bajas e ir aumentando según la efectividad y la aparición de efectos adversos.



- Tras 6-8 semanas libres de dolor puede intentarse una reducción de la medicación hasta la supresión, pues puede tratarse de una remisión. Si reaparece el dolor hay que reinstaurar el tratamiento.
- Si persiste el dolor severo, valorar la derivación del paciente a una unidad especializada en el tratamiento del dolor.



4.2.5. Neuralgia del glosofaríngeo

- **Etiología y fisiopatología**

La causa más frecuente es la compresión microvascular. Otras causas son: neoplasias orofaríngeas, infección del área peritonsilar o esclerosis múltiple. Coexiste con la neuralgia del trigémino en un 10% de los casos.

- **Manifestaciones clínicas**

- Dolor paroxístico lancinante o urente, de duración que varía entre varios segundos hasta dos minutos.
- Dolor unilateral en la parte posterior de la lengua, fosa tonsilar, faringe, junto al ángulo de la mandíbula o cercano al oído.
- Puede haber un área gatillo en la región pre o postauricular, cuello o en conducto auditivo externo. Estímulos indoloros (beber, hablar, toser, bostezar o estornudar) desencadenan el dolor.
- Pueden haber crisis durante semanas o meses y remisiones espontáneas, sobre todo en la fase temprana de la enfermedad.
- El mejor test diagnóstico-terapéutico es la anestesia de amígdala y faringe. Es positivo cuando termina con los paroxismos.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Dolor paroxístico, lancinante o urente - Unilateral. Áreas gatillo - Lo desencadenan estímulos indoloros como beber, hablar, bostezar, toser o estornudar |
|---|

- **Pruebas complementarias**

- Neuroimagen (RMN).

- **Tratamiento**

- Seguir las mismas indicaciones que para la neuralgia del trigémino.

4.2.6. Polineuropatía en pacientes con VIH

- **Etiología y fisiopatología**

Comprende dos subtipos clínicamente distinguibles: el asociado a la infección por VIH y el asociado a la terapia antirretroviral. Se manifiesta clínicamente en el 10-30% de pacientes en estadios avanzados de la infección por el VIH.

- **Manifestaciones clínicas**

- Dolor, parestesias y disestesias en miembros inferiores (fundamentalmente en los pies)
- Puede afectar a extremidades superiores en estadios avanzados
- Carácter simétrico
- No suele haber debilidad
- Empeoramiento vespertino o tras el ejercicio

- **Exploración física**

- Hipoestesia táctil y/o vibratoria.
- Hipo o arreflexia (aquilea, fundamentalmente).
- Puede haber signos de disfunción autonómica.
- Todos estos signos son de predominio distal y en miembros inferiores.

- **Pruebas complementarias**

- Analítica general: hemograma, glucemia, función renal y tiroidea, VSG.
- Carga viral y recuento de la población de linfocitos CD4.
- Niveles de vitamina B12 y ácido fólico.

- **Tratamiento**

- Evitar o reducir los medicamentos neurotóxicos para el tratamiento de la infección por VIH.
- Prevenir carencias vitamínicas. Si hay sospecha de malnutrición, asociar suplementos de tiamina.

- Tratamiento sintomático de las disestesias: AINE, analgésicos indicados en el dolor neuropático, opioides.
 - En caso de que se sospeche un origen tóxico por el tratamiento antirretroviral, valorar reducir la dosis o cambiar el tratamiento. Suele observarse mejoría en el plazo de 3 meses.
- Si es necesario continuar con el mismo tratamiento antirretroviral puede plantearse añadir el tratamiento sintomático del dolor.

4.2.7. Dolor neuropático de origen central

- **Etiología y fisiopatología**

- Los síndromes de dolor central representan al dolor neuropático que se asocia a lesiones del cerebro o la médula espinal.
- El 90% de los casos de dolor de origen central tienen una causa vascular (isquémica o hemorragia). Su incidencia predomina en lesiones derechas. Se estima que un 8% de pacientes con ictus desarrollará dolor en los dos primeros meses tras el ictus, aunque puede presentarse entre 1 y 6 años más tarde, lo cual dificulta su detección.
- En el dolor de origen medular la causa más frecuente es la lesión traumática. Menos frecuentes son las yatrogénicas, inflamatorias, neoplásicas o vasculares.
- A menudo el dolor aparece durante la rehabilitación.

- **Pruebas complementarias**

- La neuroimagen puede ayudar a confirmar una lesión estructural en cerebro o en la médula.

- **Tratamiento**

- Se pueden seguir las recomendaciones generales para el tratamiento del dolor neuropático.
- Pregabalina está indicada en el tratamiento del dolor neuropático periférico y central en adultos.

4.2.8. Dolor vascular de origen isquémico

- **Etiología, manifestaciones clínicas y exploraciones complementarias**

- La isquemia aguda de las extremidades es la interrupción brusca del aporte sanguíneo a una extremidad. Aparece dolor intenso que no desaparece con el reposo, palidez, frialdad cutánea, impotencia funcional y ausencia de pulsos distales. Constituye una urgencia vital que requiere tratamiento precoz.
- La isquemia crónica de las extremidades aparece como consecuencia de la disminución del flujo sanguíneo a los grupos musculares de los miembros inferiores durante el ejercicio. El desarrollo de circulación colateral permite que no se manifieste hasta que ya existe una gran obstrucción del vaso.

La gravedad se clasifica según los estadios clínicos de Fontaine:

ESTADIO	SÍNTOMAS
I	Asintomático
II	Claudicación intermitente
III	Dolor en reposo o nocturno
IV	Lesiones tróficas, necrosis o gangrena

En las tablas siguientes se describen algunas características de las principales patologías dolorosas de origen vascular, así como las características diferenciales de las úlceras vasculares.

CARACTERÍSTICAS DE LAS PRINCIPALES PATOLOGÍAS DOLOROSAS DE ORIGEN VASCULAR					
ETIOLOGÍA	ANTECEDENTES	DOLOR	OTROS SÍNTOMAS	EXPLORACIÓN FÍSICA	EXPLORACIÓN COMPLEMENTARIA
Isquemia arterial crónica	Arteriosclerosis. Factores de riesgo: – DM. – Tabaquismo. – HTA. – Hipercolesterolemia	Gradual. Primero aparece claudicación. Con la evolución, dolor en reposo, intenso y nocturno.	Frialdad. Palidez. Parestesias.	Alteración de los pulsos. Alteraciones tróficas.	Doppler. Arteriografía.
Isquemia arterial aguda (embolia, trombosis)	Cardiopatía. Aneurisma. Arteriosclerosis.	Agudo, intenso.	Frialdad intensa. Palidez/cianosis. Impotencia funcional.	Ausencia de pulsos.	Estudio cardiológico. Doppler. Ecografía/TAC. Arteriografía.
Insuficiencia venosa crónica	Trombosis venosa profunda. Varices.	Pesadez, tensión.	Edema. Alteraciones tróficas.	Varices. Ulceración.	Doppler. Flebografía.
Tromboflebitis superficial	Varices. Factores irritantes.	Moderado. Superficial.	Eritema.	Cordón duro y palpable.	Doppler.
Trombosis venosa profunda	Factores de riesgo: – Cirugía. – Traumatismos. – Trombosis previa.	Moderado. Profundo. Espontáneo.	Edema. En ocasiones asintomático.	Hornans y Payr, positivos. Empastamiento de pantorrilla.	Doppler. Flebografía.
Linfangitis	Puerta de entrada a una infección.	Localizado. Variable.	Fiebre. Calor/Eritema.	Adenitis dolorosa.	Doppler.

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LAS ÚLCERAS VASCULARES	
ÚLCERAS VENOSAS	ÚLCERAS ARTERIALES
<ul style="list-style-type: none"> • Zona supramaleolar • Dolor en bipedestación • Pulsos pedios positivos • Dermatitis ocre • Vello conservado • Uñas normales • Únicas o escasas • Grandes 	<ul style="list-style-type: none"> • Dorso de pie o dedos • Dolor en decúbito • Pulsos pedios negativos • Piel pálida fría • Disminución de vello • Uñas distróficas • Múltiples • Pequeñas
Úlceras arteriales: 20%	

• **Tratamiento**

En aquellas situaciones consideradas agudas hay que mantener la extremidad en declive, aliviar el dolor y derivar a los servicios de urgencias hospitalarios. En casos crónicos, cuando proceda, derivar a un especialista.

En pacientes con claudicación intermitente se recomienda promover la modificación de factores de riesgo:

- Abandono del tabaquismo.
- LDL-colesterol <100.
- Control de la diabetes mellitus.
- Tensión arterial <135/85.

El ejercicio físico programado, de al menos 30 minutos por sesión tres veces por semana, caminando con una intensidad cercana al umbral del dolor puede mejorar la distancia máxima recorrida y el tiempo caminado libre de dolor en pacientes con claudicación intermitente.

En aquellos pacientes con isquemia crónica no susceptibles de cirugía, hay que considerar instaurar un tratamiento analgésico adecuado ya que el dolor suele ser muy intenso.

Si persiste el dolor severo valorar la derivación del paciente a una unidad especializada en el tratamiento del dolor.

4.2.9. Dolor del miembro fantasma

- **Etiología y fisiopatología**

- Puede aparecer tras la amputación de cualquier parte del cuerpo.
- Engloba tres conceptos:
 - Sensación de miembro fantasma.
 - Dolor en miembro fantasma.
 - Dolor en el muñón, que puede confundirse con dolor en miembro fantasma.

- **Manifestaciones clínicas**

- Sensación indolora de miembro fantasma. Sensación normal, o bien de calor o cosquilleo
- Dolor en miembro fantasma: intermitente, de hasta varias horas de duración, localización distal. Puede empeorar con estímulos banales (cambios de tiempo, físicos o emocionales)
- Dolor en el muñón. Localizado, descrito como sensación quemante, opresiva o palpitante. Puede acompañarse de movimientos espontáneos

- **Exploración física**

El diagnóstico es clínico. La palpación del muñón puede revelar la presencia de puntos gatillo para el dolor.

- **Pruebas complementarias**

- No son necesarias para confirmar el diagnóstico.

- **Tratamiento**

- Dolor en miembro fantasma: analgésicos indicados en dolor neuropático.
- Dolor en el muñón: si hay complicaciones locales deben ser tratadas adecuadamente. El dolor puede ser de tipo mixto (nociceptivo y neuropático), por lo que debe tenerse en cuenta en el tratamiento farmacológico.
- Si persiste el dolor severo, valorar la derivación del paciente a una unidad especializada en el tratamiento del dolor.

4.2.10. Polineuropatía urémica (pacientes con insuficiencia renal grave)

- **Etiología y fisiopatología**

Los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de la polineuropatía urémica son la duración y el grado de insuficiencia renal (generalmente con cifras de filtración glomerular <12 ml/min). La mejoría de sus síntomas tras la diálisis sugiere que está mediada por tóxicos dializables.

- **Manifestaciones clínicas**

- Generalmente la clínica es subaguda, sensitivomotora, distal y de predominio en miembros inferiores
- Los síntomas más precoces son disestesias en los pies y la debilidad para su dorsiflexión
- Se asocia con frecuencia a síndrome de piernas inquietas y calambres
- Puede haber alteraciones del SNA: hipotensión postural, estreñimiento, diarrea, etc

- **Exploración física**

- Pérdida de reflejos aquileos y disminución distal de la sensibilidad vibratoria.
- Posteriormente aparece el déficit sensitivo táctil, distal y simétrico.
- Es menos frecuente la debilidad y atrofia de predominio distal.

- **Pruebas complementarias**

- No suelen ser necesarias si la clínica es sugestiva y si se detecta a la exploración alteración sensitiva o de los reflejos.
- Descartar otras causas de neuropatía mediante hemograma, bioquímica completa, VSG, vitamina B12 y ácido fólico, función tiroidea, ANAs y electroforesis de proteínas plasmáticas.

- **Tratamiento**

- Mantener un buen estado nutricional, aportando suplementos vitamínicos (que incluyan tiamina, biotina y vitaminas hidrosolubles), cuando sea necesario.

- Tratamiento analgésico con los fármacos indicados en dolor neuropático, ajustando la dosis en aquellos fármacos de eliminación renal.
- Si predominan los calambres o el síndrome de piernas inquietas puede valorarse el tratamiento con antidepresivos tricíclicos (amitriptilina), benzodiacepinas, administradas por la noche y a dosis bajas (p.ej. clonazepam).

4.2.11. Síndrome de Dolor Regional Complejo (SDRC)

- **Etiología y fisiopatología**

El SDRC describe una serie de condiciones dolorosas que se caracterizan por un dolor regional continuo (espontáneo y/o evocado), aparentemente desproporcionado en el tiempo o grado respecto al curso habitual de cualquier trauma conocido u otra lesión.

El dolor es regional (no en un territorio nervioso o dermatoma específico) y en general tiene un predominio distal, con alteraciones sensoriales, motoras, sudomotoras, vasomotoras y/o tróficas. El síndrome muestra una variable progresión con el tiempo.

En un 60-75% de los casos existe el antecedente de una lesión traumática previa (brazos, piernas). Con menor frecuencia se origina tras cirugía ortopédica o vascular con lesiones de los nervios periféricos, pacientes que han sufrido un ACV, afectados de lupus eritematoso, etc.

- **Manifestaciones clínicas**

- Dolor persistente (el 50% de casos dura >6 meses, incluso años), urente-quemante
- Puede estar localizado en el sitio de la lesión, pero con el tiempo involucra toda la extremidad y puede afectar a la extremidad opuesta
- Aparece alodinia, cambios de temperatura, hiperhidrosis, inflamación y cambios tróficos de los tejidos, desmineralización, y si no se trata puede ocasionar rigidez y pérdida de movilidad

El SDRC tiene varias fases

- **Fase 1 (aguda):** en la localización afectada aparece dolor urente, intenso, generalmente continuo, acompañado de hinchazón, que aparece semanas o incluso meses después del proceso que lo ha desencadenado.

En esta fase suele aparecer hiperpatía, alodinia, hiperestesia, o hipostesia. Suele haber sudoración excesiva, crecimiento más rápido de las uñas e hipertrichosis. También pueden existir espasmos vasculares con cambios en la coloración de la piel, generalmente seca,

caliente y roja. Hay casos que presentan espasmos musculares, rigidez de las articulaciones y disminución de la movilidad. Puede durar hasta 3 meses.

- Fase 2 (distrofia): se hace más constante el dolor, el edema se hace más duro, la piel más fina, brillante y fría. Adquiere un color cianótico, grisáceo y pálido. Las uñas se hacen más quebradizas y decrece el crecimiento del pelo. Aumenta la rigidez y el área afectada es sensible al roce. La osteoporosis se hace severa y se extiende, las articulaciones se hinchan y los músculos se atrofian. Suelen durar entre 3-12 meses. Estas fases pueden superponerse.

Atrofia. En los siguientes 3-6 meses, la piel se vuelve pálida, cianótica, seca y lisa. Se producen cambios irreversibles en la piel y huesos, originando atrofia de la piel, tejido subcutáneo y muscular, osteoporosis y desgaste de las articulaciones. En esta fase los pacientes pueden presentar alteraciones psicológicas y/o psiquiátricas por la evolución de esta patología.

- **Tratamiento**

- Rehabilitación.
- Farmacológico: fármacos indicados en dolor neuropático. Los AINE son poco efectivos y el uso de corticoides vía sistémica es controvertido.

Puede requerir la derivación del paciente a una unidad especializada en el tratamiento del dolor.

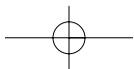
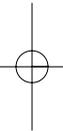
4.2.12. Dolor en úlceras cutáneas

Con el fin de prevenir y/o aliviar la aparición de dolor en pacientes con úlceras se recomienda:

- Explicar al paciente con palabras sencillas el procedimiento que se le va a practicar en las curas y/o cambio de apósito. Las comprobaciones orales frecuentes y la utilización de herramientas de evaluación del dolor aportan información a tiempo real.
- Movilizar al paciente con cuidado para reducir las molestias y evitar todo contacto o exposición innecesarios.
- Manejar la herida con cuidado, recordando que el mínimo roce o simplemente el aire que circula alrededor de la herida puede provocar un dolor intenso.
- Considerar la administración de analgesia potente y previa a la cura o retirada de apósito. Se debe administrar con suficiente tiempo para que sea efectiva.
- Evaluar la comodidad de la intervención y los apósitos aplicados tras la cura.
- La piel perilesional puede volverse sensible y dolorosa.
- La evaluación continua del plan de cuidados y de las intervenciones a realizar es imprescindible.
- Estrategias recomendadas para aliviar o evitar el dolor durante los cambios de apósito:
 1. Manipular las úlceras con cuidado, evitando contactos innecesarios.
 2. Elegir un apósito apropiado para el tipo de úlcera, que mantenga un ambiente húmedo en el lecho de la herida y minimice el dolor y la agresión durante su retirada.
 3. Considerar una alternativa terapéutica cuando exista dolor, hemorragia o agresiones en la úlcera o en la piel perilesional.
 4. Leer las instrucciones del fabricante respecto a su aplicación y retirada.
- Valorar el dolor cuidadosamente, prestando especial atención a las expresiones verbales y corporales del paciente. Documentar la información en la historia clínica del paciente.



Las escalas de dolor pueden registrar tendencias de la intensidad del dolor alrededor de la cura. Si se utilizan junto a estrategias de evaluación adecuadas, aportan mucha información sobre el dolor que siente el paciente y el tratamiento más adecuado.



4.2.13. Dolor oncológico

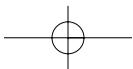
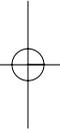
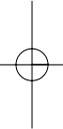
• Etiología y fisiopatología

Los pacientes con dolor oncológico deben ser evaluados de forma continua y sus quejas sobre el dolor han de tenerse en cuenta siempre, teniendo en cuenta aspectos físicos, psicológicos y sociales.

- Dolor óseo o dolor de espalda. Es el más frecuente. Las metástasis son la principal causa de dolor óseo. Suele afectar a la columna vertebral, cráneo, húmero, costillas, pelvis y fémur.
 - Dolor de cabeza.
 - Dolor abdominal y pélvico. Es de tipo visceral. Las náuseas y vómitos son síntomas acompañantes. El cáncer de recto, del tracto genitourinario y el cáncer de páncreas avanzado, suelen causar dolor pélvico. Otras causas frecuentes son la radioterapia y las adherencias secundarias a cirugía.
 - Dolor postquirúrgico.
 - Neuropatía periférica, ya que las patologías oncológicas pueden afectar a cualquier nervio.
 - El mieloma múltiple se asocia con frecuencia a neuropatía dolorosa sensitivo-motora.
 - La quimioterapia con cisplatino, taxanos, y alcaloides de la vinca producen con frecuencia neuropatía dolorosa con disestesias, sensación de quemazón en los pies y manos así como alteraciones de la sensibilidad vibratoria y propioceptiva.
- #### • Tratamiento
- Hay que tratar la causa del dolor siempre que se pueda (p. ej. drenar un absceso).
 - El tratamiento debe instaurarse lo antes posible para evitar el sufrimiento.
 - Los analgésicos utilizados dependerán de la intensidad del dolor (entre otros factores), no siendo necesario pasar por todos los escalones de la analgesia cuando el dolor sea muy intenso.
 - La vía de administración utilizada será aquella que mejor se adapte a las necesidades del paciente.



- En general se debe establecer una pauta de analgesia basal y otra de rescate. La analgesia de rescate debe cumplir dos requisitos básicos: un inicio de acción rápido y una potencia similar al fármaco utilizado en la analgesia basal.



4.2.14. Trastornos por dolor de causas psicológicas

Es la manifestación de los problemas psicológicos, emocionales y/o afectivos a través de síntomas físicos.

- **Etiología y fisiopatología**

El paciente que somatiza manifiesta su estrés o sus situaciones vitales difíciles a través de síntomas físicos mediante:

- La ampliación de las sensaciones corporales. La preocupación sobre una posible enfermedad hace que el paciente se centre en variaciones normales de las sensaciones corporales y piense que son patológicas, aumentando su ansiedad.
- Necesidad de estar enfermo. Manifestar un sufrimiento que no puede expresar de otra manera, en ocasiones para conseguir una ganancia.
- La disociación, o capacidad de la mente de experimentar sensaciones completas y detalladas en ausencia de estimulación sensorial. Las sensaciones así percibidas son “reales”.

Su diagnóstico se realiza clásicamente a través de los criterios de Goldberg:

- Presencia de síntomas somáticos como motivo de consulta.
- El paciente atribuye los síntomas a una causa física.
- Presencia de un trastorno depresivo identificable a través de clasificaciones psiquiátricas.
- Creencia por parte del facultativo de que los síntomas físicos mejorarían con el tratamiento psiquiátrico.

Además, existen otras circunstancias que pueden ayudar a saber que estamos ante un trastorno somatomorfo:

- Trastorno psiquiátrico coexistente (depresión, ansiedad, trastorno de la personalidad, etc.)
- Recurso a medicinas o terapias alternativas. Suelen justificarlo porque “sienten que le escuchan y que les prestan atención a sus quejas”.
- Historia de múltiples pruebas diagnósticas recientes, visitas múltiples a los servicios de urgencia.
- Rechazo a otros médicos.

SÍNTOMAS SOMÁTICOS MÁS FRECUENTES

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Dolor de espalda • Mareos • Dolor en extremidades • Flatulencias • Dificultad para respirar • Palpitaciones | <ul style="list-style-type: none"> • Artralgias • Dolor torácico • Náuseas • Amnesia • Abdominalgia |
|--|--|

• Tratamiento

Es esencial:

- Descartar la existencia de un trastorno orgánico
- Que el paciente se sienta comprendido y disminuir su nivel de ansiedad
- No negarle sus síntomas somáticos
- Explicar al enfermo que el origen de sus quejas es psicológico y no orgánico
- El tratamiento psicológico y psiquiátrico
- Efectuar recomendaciones de estilo de vida: reducción estrés, ejercicio físico, actividades lúdicas, etc.

¿Qué hacer?

- Designar un solo médico de referencia
- Pactar visitas breves y regulares
- Permitir el papel del enfermo
- Centrarse en la funcionalidad y no en los síntomas
- Explorar los aspectos psicosociales
- Recomendar actividades lúdicas

¿Qué no hacer?

- Sugerir que su problema “es de los nervios” o decirle “que no tiene nada”
- Realizar pruebas diagnósticas agresivas sin una indicación clara
- Derivar excesivamente a los especialistas
- Centrarse sólo en los síntomas

4.3. BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

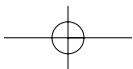
1. Bonet Vallas M. Guía para la valoración y el tratamiento iniciales de los pacientes con dolor neuropático. Edita: Pfizer España. Valencia, 2008.
2. Samper D, Roca G. Aspectos prácticos de decisión en dolor en atención primaria (Tomo 2). IM and C, Madrid, 2008.
3. Porta J, Rodríguez D, Sala D. Dolor. En: Manual. Control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. 2ª Ed. Arán Ediciones, S.L.; 2008. p. 45-107.
4. Silva M, Aldámiz-Echevarría B, Lamelo F, Vidán L. Manejo del dolor oncológico [en línea] 2008 [fecha de acceso 12 de mayo de 2009]. Disponible en: http://www.fisterra.com/guias2/dolor_oncologico.asp
5. Villa R, Rodrigo JA, Veiras, O. Enfermedad vascular periférica. [en línea] 2007 [fecha de acceso 4 de mayo de 2009]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/eap.asp>
6. Gómez S, Pérez C. Neuropatía periférica. [en línea] 2006 [fecha de acceso 4 de mayo de 2009]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/nperiferica.asp>
7. Grupo MBE Galicia. Neuralgia del trigémino. [en línea] 2006 [fecha de acceso 4 de mayo de 2009]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/neuralgia.asp>
8. Bennetto L, Nikunj KP, Fuller G. Trigeminal neuralgia and its management. BMJ. 2007; 334: 201-205.
9. Castaño A, Díaz JJ, Castro B. Artrosis. [en línea] 2006 [fecha de acceso 4 de mayo de 2009]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/artrosis.asp>
10. Domingo E, Rodríguez N, Solà A. Síndrome del dolor regional complejo. [en línea] 2005 [fecha de acceso 4 de mayo de 2009]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/drs.asp>
11. Carbajal A. Somatizaciones. [en línea] 2002 [fecha de acceso 4 de mayo de 2009]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/somatizaciones.asp>
12. European Wound Management Association. Position document: Pain at wound dressing changes. London: MEP Ltd, 2002. Disponible en www.ewma.org



5.

IDENTIFICACIÓN Y VALORACIÓN DEL DOLOR EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN COGNITIVA

I. Quintana Vargas



La utilización rutinaria y sistemática de una escala de dolor proporciona un método para evaluar el éxito o beneficio conseguido por el tratamiento analgésico (farmacológico y/o no farmacológico). El registro del dolor debe realizarse en la historia clínica del paciente, como el de cualquier otro signo vital.

El método de valoración del dolor va a estar condicionado principalmente por la posibilidad de comunicación con el anciano. No obstante, se puede simplificar en dos opciones, la valoración mediante preguntas directas al paciente o bien mediante observación (Anexo II).

No existe una herramienta o escala universal adecuada a todos los pacientes. La selección de la escala dependerá de las necesidades o circunstancias específicas del paciente, sin embargo, una vez seleccionada, se utilizará la misma escala para garantizar la coherencia de la documentación y poder valorar los cambios. Es importante que todos los profesionales conozcan el sistema de valoración que se va a utilizar en un paciente y cómo interpretarlo.

Es imprescindible que todos los profesionales del equipo interdisciplinar conozcan que para valorar el dolor en el paciente anciano en el ámbito sociosanitario, al menos hay que distinguir dos poblaciones:

- **Ancianos con los que es posible la comunicación**, a los que preguntaremos directamente sobre su dolor.
- **Ancianos con los que no es posible la comunicación**, habitualmente por presentar un deterioro cognitivo moderado-grave. En este caso hemos de ser conscientes de que se puede valorar el dolor, aunque es más complejo y hay que adquirir ciertas habilidades.

En este caso tenemos que basarnos en la observación y prestar especial atención a los cambios de conducta que pueden indicar la existencia de dolor.

5.1. ANCIANOS SIN DETERIORO COGNITIVO O CON UN DETERIORO LEVE-MODERADO

Siempre hay que preguntar directamente al anciano, incluso en aquellos casos en que pensemos que la información que nos puede aportar no tiene una gran fiabilidad.

Hay que tener en cuenta que en lugar de utilizar la palabra dolor, el anciano emplea frecuentemente gran variedad de sinónimos: malestar, incomodidad, escozor, pesadez, opresión, etc. Además, muchas veces el anciano no se queja o no consulta sobre su dolor crónico, por diferentes motivos. En este sentido, es importante preguntarle y observar los cambios funcionales y en sus actividades habituales, ya que son un indicador de la presencia de dolor.

Por otra parte, la información que ofrece el resto de profesionales y la registrada en la historia clínica del paciente servirán como información complementaria.

Es conveniente valorar otras patologías que habitualmente son consecuencia del dolor crónico, como la depresión y la ansiedad. Existen diversas escalas para su evaluación. La escala ampliamente utilizada para valorar la depresión en esta población es la escala de Yesavage.

Existen diversas escalas sencillas para medir el dolor en pacientes ancianos, como las escalas visuales, las escalas numéricas y verbales. Aunque existen métodos de valoración multidimensionales, no se van a tratar en esta guía, por ser más complejos y requerir mucho tiempo para su utilización adecuada. No obstante, no se excluye la posibilidad de utilización en el ámbito sociosanitario.

- Escalas visuales

- **Escala Visual Analógica (EVA):** suele representarse con una línea continua de 10 cm. En uno de los extremos se sitúa el 0 (sin dolor) y en el otro extremo el 10 (dolor insoportable). Se pide a los pacientes que señalen la posición de la línea que defina mejor su nivel de dolor. A continuación, se anota esa puntuación (la escala está graduada en el reverso) y se registra.

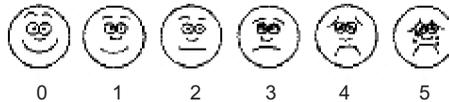
A pesar de ser la escala más conocida, en el paciente anciano es la que mayor dificultad de comprensión conlleva.

Escala Visual Analógica (EVA)



- **Escala de caras de Wong-Baker:** utiliza caras animadas que van desde una cara sonriente para expresar “sin dolor” a una cara que llora para expresar “dolor insoportable”. Es una escala utilizada en ancianos con demencias leves y moderadas. Su uso, en general, es más sencillo que las escalas numéricas. Se recomienda en casos de nivel educativo bajo, analfabetismo y dislexia, aunque ha sido diseñada para utilizar en pacientes pediátricos.

Escala de caras de Wong-Baker



• **Escalas numéricas y verbales**

- **Escala de puntuación numérica:** se presenta al paciente una escala de números (por ejemplo, del 1 al 10) que va desde “sin dolor” hasta “dolor insoportable”. Se pide al paciente que elija el número de la escala que mejor representa su dolor actual en dicha escala.

Escala de puntuación numérica



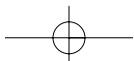
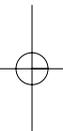
- **Escala de descriptores verbales:** es la más sencilla de utilizar, y ha sido usada en pacientes con demencia. Normalmente sólo contiene cuatro o cinco categorías, por ejemplo “nada-poco-bastante-mucho”, “no tiene dolor-dolor ligero-dolor moderado-dolor intenso”, etc. Se pide al paciente que nos diga cuánto dolor tiene en ese momento.



Para la comprensión de los descriptores es preciso que el paciente mantenga el pensamiento abstracto, pero no se precisa capacidad visual ni el uso de las manos.

Escala de descriptores verbales

- No tiene dolor
- Dolor ligero
- Dolor moderado
- Dolor intenso o insoportable



5.2. ANCIANOS CON UN DETERIORO COGNITIVO DE MODERADO-GRAVE A GRAVE

Debido a la dificultad en la comunicación, la población de ancianos con deterioro cognitivo y dolor crónico está en riesgo de infratratamiento.

A pesar de que los pacientes con Alzheimer pueden percibir el dolor, podrían tener dificultad para entender el significado de la sensación dolorosa. Esto explicaría las conductas de dolor atípicas observadas en esta población (agitación, temor, aislamiento, etc).

En este sentido, la identificación del dolor se realizará mediante la observación de conductas relacionadas con dolor (Tabla 1). Hay que observar cualquier evidencia de dolor relacionada con el movimiento (transferencias, aseo matutino, curas, movilización, etc.) y valorar el dolor como causa potencial de cualquier cambio o conducta inusual en un paciente con demencia severa. Por ello es imprescindible la actuación de enfermería, que conoce la conducta habitual del anciano.

La depresión, que con frecuencia es concomitante al dolor crónico, también se puede valorar en esta población de pacientes, basándose en la observación. Existen escalas para ello, como la Escala de Cornell.

La Sociedad de Geriátría Americana ha propuesto un algoritmo (Figura 1) para detectar la presencia de dolor en pacientes con deterioro cognitivo con los que no es posible la comunicación. Propone iniciar el tratamiento farmacológico una vez descartados una serie de factores y observar la respuesta al mismo.

Se han propuesto diversas escalas para valorar el dolor en deterioro cognitivo moderado-grave. Un ejemplo es la escala PAINAD (Figura 2), desarrollada para su aplicación en pacientes con demencia avanzada, en concreto en pacientes con un intervalo de valores de Mini-Mental State Examination (MMSE) de 2.8-4.5 (en una escala de 0-16).

No obstante, para recomendarla como herramienta de trabajo útil debería ser validada en nuestro ámbito y en una población bien definida.

Ante la falta de una herramienta específica para valorar el dolor en esta población, en la práctica clínica podría ser apropiado utilizar el algoritmo propuesto por la Sociedad de Geriátría Americana (Figura 1), adaptado a las características propias de cada centro para personas mayores dependientes.

Tabla 1. Conductas que pueden indicar dolor en ancianos con deterioro cognitivo

Expresiones faciales	Cambios interpersonales
Fruncimiento del ceño Muecas Expresión triste o distorsionada Parpadeos rápidos	Agresividad Agitación Disminución actividades sociales, aislamiento Resistencia a los cuidados
Expresiones verbales	Cambios en el patrón de la actividad
Quejas Suspiros Gemidos Gritos, llantos, petición de ayuda Respiración ruidosa	Rechazo de los alimentos Cambios en el patrón del sueño Deambulación errante Interrupción de la rutina habitual
Movimientos físicos	Cambios cognitivos
Postura tensa y/o rígida Restricción de movimiento Hostilidad El paciente se mece Cambios en la movilidad	Aumento de la confusión Irritabilidad Angustia Ansiedad
<p>Nota: Algunos pacientes presentan escasas conductas asociadas al dolor intenso.</p>	

Figura 1. Esquema para la identificación del dolor en pacientes con un deterioro cognitivo moderado-grave

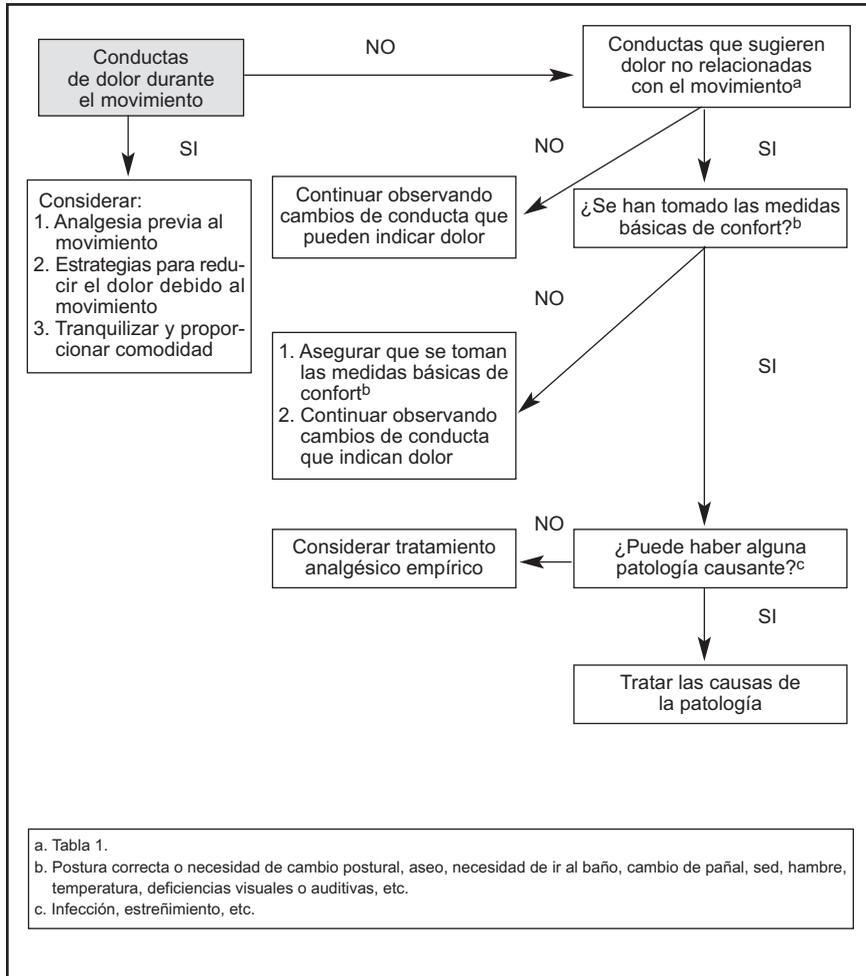
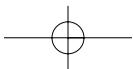
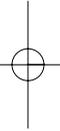


Figura 2. Escala PAINAD (traducida del inglés)

PARÁMETROS A EVALUAR/PUNTUACIÓN	0	1	2	Puntuación
Patrón respiratorio	Normal	Ocasionalmente, respiración con esfuerzo. Periodos cortos de hiperventilación	Respiración ruidosa y con esfuerzo. Periodos largos de hiperventilación. Respiraciones de Cheyne-Stockes	
Expresiones verbales negativas	Ninguna	Ocasionalmente, gemidos o quejas. Pocas expresiones negativas o en contra de lo que se le dice	Agitación, pide ayuda repetidamente. Fuertes gemidos o quejas. Gritos	
Expresiones faciales	Sonrisa o inexpresividad	Tristeza, miedo, funcimiento de ceño	Muecas o expresiones no habituales	
Expresión corporal	Relajada	Tensa, angustia, inquietud	Rígida, puños apretados, tobillos levantados. Se aparta o empuja a los cuidadores	
Necesidad de tranquilizarle	No necesita	Distraído o capacidad de tranquilizarle mediante la voz o el contacto físico	No es posible tranquilizarle o distraerle	
TOTAL:				

5.3. BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

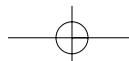
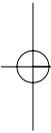
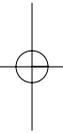
1. Royal Collegue of Physicians, British Geriatrics Society and British Pain Society. The assessment of pain in older people: national guidelines. Concise guidance to good practice services. N° 8. London: RCP, 2007.
2. AGS Panel on Chronic Pain in Older Persons. The management of chronic pain in older persons. *J Am Geriatr Soc.* 2002; 50: S205-224.
3. Strickland J. Palliative Pharmacy Care. American Society of Health-System Pharmacists, Inc; 2009.
4. Scherder E. Recent developments in pain in dementia. *BMJ.* 2005; 330: 461-64.



6.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A UNA UNIDAD ESPECIALIZADA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

M.D. López Alarcón



6.1. INTRODUCCIÓN

La estrategia terapéutica del paciente anciano con dolor crónico se fundamenta en la utilización de la escalera analgésica de la OMS. No obstante, esta escalera tradicional ha sufrido una serie de modificaciones como consecuencia de los avances médicos y tecnológicos.

Es conveniente realizar algunas consideraciones respecto a la escalera analgésica de la OMS:

- El tratamiento está basado sólo en la intensidad del dolor y no considera la etiología del mismo. Esto puede considerarse como una limitación, ya que si existe dolor neuropático, el tratamiento de elección son los fármacos tradicionalmente considerados como coadyuvantes.
- No considera otras vías de administración además de la vía oral.
- No es necesario utilizar los fármacos pasando “peldaño a peldaño”, sobre todo si se trata de dolor agudo y/o muy intenso.
- Actualmente se considera que existe un grado más elevado de tratamiento, el llamado “cuarto escalón”, donde se encontrarían las técnicas específicas propias de las unidades especializadas en el tratamiento del dolor.

La propuesta actual de la Sociedad Española del Dolor es la sustitución de esta escalera por un ascensor terapéutico de cuatro botones que propicie una respuesta inmediata y un ascenso o descenso rápido entre niveles de dolor y analgesia:

- Primer botón (Nivel 1/ dolor leve): paracetamol, metamizol, AINE.
- Segundo botón (Nivel 2/ dolor moderado): tramadol asociado a AINE o paracetamol.
- Tercer botón (Nivel 3/ dolor severo): opioides potentes.
- Cuarto botón (Nivel 4/ dolor insoportable): bloqueos nerviosos u opioides administrados vía espinal.

6.2. TECNICAS APLICADAS EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

Existen distintas técnicas más o menos invasivas que se aplican en algunas unidades especializadas en el tratamiento del dolor y que constituyen el cuarto escalón analgésico.

1. Tratamientos neuromodulativos

- Infusión espinal (vía epidural o subaracnoidea).
- Estimulación medular y de nervios periféricos.

2. Tratamientos ablativos

- Bloqueos nerviosos y neurolíticos.
- Radiofrecuencia.
- Crioanalgesia.

1. Tratamientos neuromodulativos

La **infusión espinal** de fármacos tiene su principal indicación en el dolor somático por exceso de nocicepción. En dolor somático severo, aplastamientos vertebrales, pancreatitis crónicas severas, aracnoiditis, osteoporosis, dolor visceral oncológico.

La aplicación de bombas de infusión implantables supone la administración de un fármaco o mezcla de fármacos (p.ej. morfina, anestésicos locales, clonidina), de forma continua mediante un sistema integrado en el organismo, lo cual reduce en gran medida los efectos adversos de los opioides. Estas bombas se rellenan de forma periódica mediante un procedimiento sencillo.

Para la selección de pacientes candidatos a la implantación de una bomba hay que tener en cuenta el tipo de dolor y su intensidad, la ausencia de contraindicaciones psicológicas, la respuesta positiva al periodo de prueba y ausencia de otras contraindicaciones.

La **estimulación medular** supone la creación de un campo eléctrico de bajo voltaje en el espacio epidural. Las principales indicaciones son el dolor neuropático severo, el dolor asociado a lesión medular o de raíces nerviosas (si la lesión es incompleta), el dolor isquémico vascular, la neuralgia postamputación, etc.

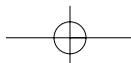
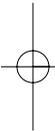
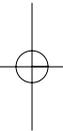
Es una técnica de elección en aquellos pacientes afectados de dolor severo donde han fracasado o son insuficientes los tratamientos convencionales con fármacos potentes por vía espinal.

2. Métodos ablativos

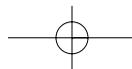
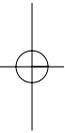
Incluyen bloqueos nerviosos, articulares y musculares, técnicas de radiofrecuencia así como técnicas anestésicas sobre las estructuras anatómicas más afectadas con el fin servir como coadyuvante del tratamiento analgésico por otras vías, incluida la oral.

6.3. CRITERIOS DE DERIVACIÓN DE PACIENTES A UNA UNIDAD ESPECIALIZADA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

- Pacientes con dolor severo en tratamiento en el tercer escalón de la analgesia sin mejoría suficiente.
- Pacientes que requieran altas dosis de opioides y presenten efectos adversos graves o intratables.
- En otros niveles inferiores de tratamiento, si los pacientes son candidatos a realización de técnicas neuromodulativas.



ANEXOS



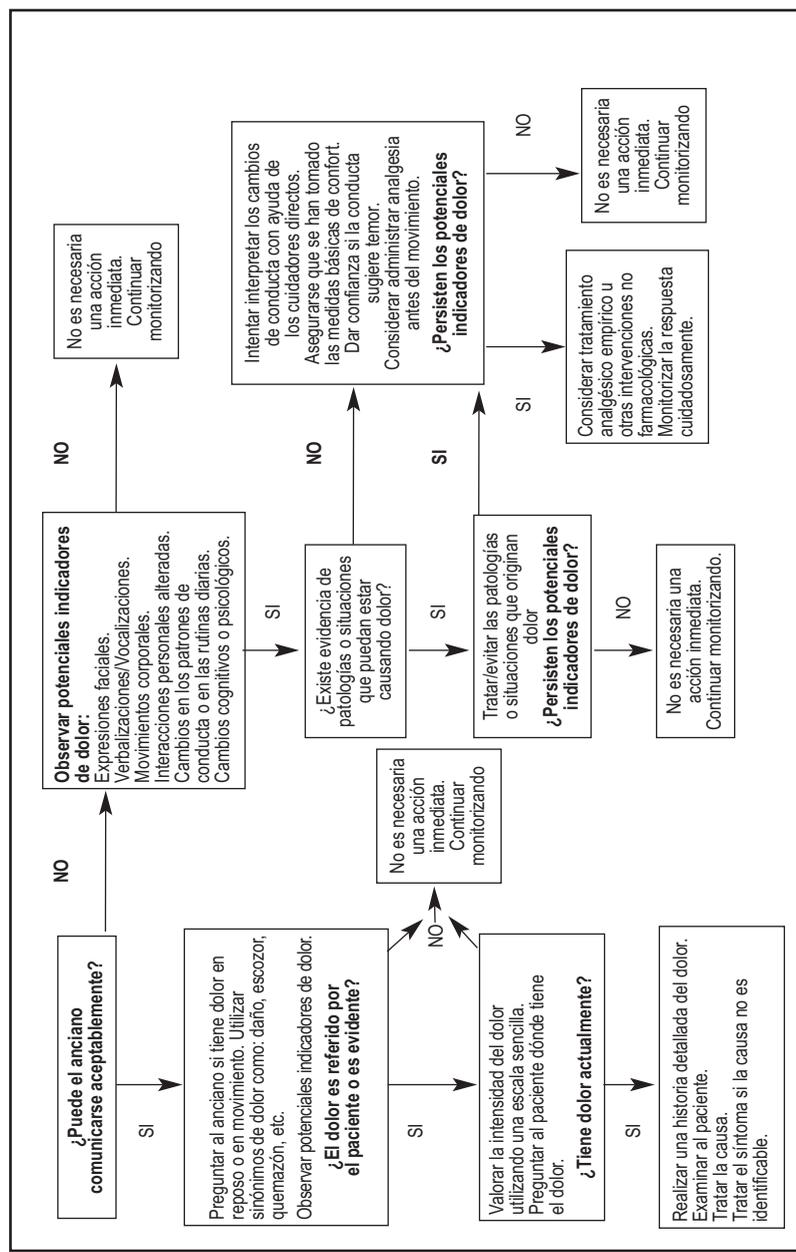
ANEXO I: Criterios de calidad en el abordaje del dolor en el anciano institucionalizado

- Identificar la presencia de dolor crónico en el anciano al ingreso en el centro para personas mayores dependientes.
- Realizar cribados o screening periódicos valorando la posible existencia de dolor en todos los residentes. El panel de expertos ACOVE recomienda un periodo máximo de dos años entre cribados.
- Se debe realizar una historia completa del dolor, incluyendo el examen físico del residente.
- Tratamiento del dolor. Si el anciano tiene una nueva patología dolorosa, se le debe ofrecer un tratamiento analgésico (farmacológico y/o no farmacológico).
- Valorar el beneficio-riesgo del tratamiento con AINE en cada paciente. En caso de que sea necesaria su prescripción, utilizarlos a la dosis mínima efectiva y la duración necesaria.
- Prevenir la aparición de estreñimiento desde el inicio del tratamiento con un opioide.
- Reevaluación periódica del dolor. Debe reevaluarse la respuesta al tratamiento analgésico al menos cada 6 meses.

BIBLIOGRAFIA

1. Chodosh J. Quality indicators for pain management in vulnerable elders. *Ann Intern Med.* 2001; 135: 731-35.

ANEXO II: Algoritmo general para la valoración del dolor en función de la posibilidad de comunicación con el anciano





Lined writing area consisting of 20 horizontal lines.

