

Marisa de la Rica Escuin  
Julia González Vaca

Enfermeras Especialistas en Geriátrica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

**Correspondencia:**

Marisa de la Rica Escuin  
c/ Octavio Cuartero 75, 3.º A  
02004 Albacete  
Tel.: 699 06 98 31  
E-mail: marisadriscn@hotmail.com

## Valoración del dolor en pacientes con demencia avanzada institucionalizados

### *Assessment of pain in patients with severe dementia in nursing home*

#### RESUMEN

**Introducción:** el dolor es un síndrome geriátrico que altera la calidad de vida de la persona y su entorno. Además, los pacientes con demencia avanzada son personas con expectativa de vida corta. Una valoración adecuada de un síntoma tan subjetivo requiere disponer de información por parte de los cuidadores habituales. Los cuidados paliativos deberían extenderse a patologías no oncológicas: la National Hospice Organization (NHO) establece criterios para pacientes con demencia avanzada.

**Método:** estudio descriptivo transversal. Área y población: 20 pacientes con criterios de demencia avanzada ingresados en la Residencia de Mayores “Núñez de Balboa” de Albacete. Desarrollado entre el 1 de marzo y el 15 de mayo de 2012. Criterios de inclusión: firma del consentimiento informado por parte del representante legal, tutor, familiar o cuidador. Variables: sociodemográficas: edad, sexo, tiempo de ingreso y relación familiar; clínicoasistenciales: patologías, criterios de demencia avanzada, registro de dolor, tratamiento analgésico, valoración del dolor por la escala PAINAD, valoración de depresión por la escala de Cornell, valoración conductual por la NPI-NH y criterios de terminalidad según la NHO. Análisis estadístico SPSS 15.

**Conclusiones:** el dolor es causa de deterioro funcional multifactorial; identificarlo requiere valoración multidisciplinar. Está relacionado con depresión y con síntomas psicológicos y conductuales, es frecuente en residencias, y está infradiagnosticado e infratratado.

Los residentes con deterioro cognitivo y pluripatología son población creciente; las residencias pueden constituirse en centros de cuidados paliativos.

El personal sanitario requiere herramientas de detección del dolor para usuarios con demencias avanzadas; las escalas observacionales son un buen instrumento para valorarlo.

**PALABRAS CLAVE:** dolor, demencia avanzada, terminalidad, geriátrica, institucionalización, cuidados paliativos.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Pain is a geriatric syndrome which alters the quality of life of the people and their environment. In addition, patients with advanced dementia are people with short life expectancy. A proper assessment of such a subjective symptom requires information by regular caregivers. Palliative care should be extended to non-oncological diseases: the National Hospice Organization (NHO) establishes criteria for patients with advanced dementia.

**Method:** A cross-sectional descriptive study. Area and population: 20 patients with advanced dementia criteria institutionalized in the nursing home “Núñez de Balboa” in Albacete. It was developed from March 1 to May 15, 2012. Inclusion criteria: Signature of informed consent by the legal representative, guardian, relative or carer. Sociodemographic variables: age, sex, length of hospitalization and family relationship. Clinical-care variables: diseases, advanced dementia criteria, registration of pain, analgesic treatment, pain assessment by PAINAD scale, depression assessment by Cornell scale, behavioral assessment by the NPI-NH and terminality criteria according to NHO. Statistical analysis SPSS 15.

**Conclusions:** The pain is a cause of multifactorial functional worsening. Identifying it requires a multidisciplinary evaluation. It is related to depression and behavioral and psychological symptoms, is common in nursing homes, and it is under-diagnosed and under-treated.

Residents with cognitive decline and multiple diseases are an increasing population, the nursing homes can become hospice.

Medical personnel require pain screening tools for users with advanced dementia; observational scales are good instruments to assess it.

**KEYWORDS:** Pain, advanced dementia, terminality, geriatrics, institutionalization, palliative care.

## ■ INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población provoca nuevas necesidades de atención, y este hecho está ya modificando la atención sanitaria, social, política y económica de los países desarrollados (1).

El dolor debe considerarse como un síndrome geriátrico; su identifi-

cación depende de una valoración multidisciplinar. Sin embargo, se encuentra infradiagnosticado e infratratado, por lo que la International Association for the Study of Pain (IASP) declaró el año 2007 como el año del dolor en las personas mayores.

Hay escasos datos de prevalencia en el ámbito nacional. La prevalencia estimada de dolor es de un 25-40% en la comunidad, cifra que aumenta

a un 71-88% en medios residenciales. Se estima que la prevalencia de dolor crónico en la población geriátrica alcanza el 50-80%, y aumenta especialmente en el último año de vida. En el 40% de los casos no se llega a alcanzar un adecuado control. Por otro lado, es un hecho conocido que en dichos segmentos de población el uso de opiáceos es menor (2,3).

La presencia de comorbilidad en la población geriátrica es muy frecuente, especialmente de procesos osteoarticulares, por lo que va a ser frecuente la aparición de dolor.

La presencia de dolor está relacionada con trastornos del sueño, alteraciones nutricionales, depresión, deterioro funcional y aumento de recursos sanitarios, aspectos todos ellos que alteran en gran medida la calidad de vida de la persona y su entorno, con la circunstancia de que se trata de personas con una expectativa de vida corta (4,5).

Con la edad aumenta la frecuencia de aparición de dolores atípicos como síntoma de diversas enfermedades, lo que retrasa su diagnóstico y, por tanto, dificulta el pronóstico y la graduación de la gravedad (6).

El dolor de origen maligno es más frecuente con el envejecimiento, ya que la presencia de neoplasias aumenta con la edad. En estudios realizados en pacientes institucionalizados con dolor maligno, hasta el 29% presenta dolor diario, muchas veces no tratado (7,8).

Las personas con deterioro cognitivo presentan una doble discriminación: primero por la edad, y segundo por la enfermedad neurodegenerativa que dificulta la comunicación.

Es frecuente la presentación de dolor en forma de trastornos conductuales, cuadro confusional, disminución de la movilidad y posturas antiálgicas que, en último término, provocan sobrecarga del cuidador principal (9,10). Para realizar una adecuada valoración de un aspecto tan subjetivo como el dolor en pacientes con dificultad de comunicación, es fundamental disponer de información adecuada por parte de los cuidadores habituales, formales e informales.

La detección precoz y sistemática del dolor debe constituir una prioridad asistencial en el paciente geriátrico. Estudios recientes sugieren que tanto el personal de enfermería, como cuidadores, familiares y auxiliares pueden reconocer la presencia pero no la intensidad del dolor en pacientes cognitivamente deteriorados (11). Todo ello conlleva un empeoramiento sustancial de la calidad de vida en personas con gran vulnerabilidad y corta expectativa de vida, por lo que supone una obligación deontológica su adecuado manejo.

Aunque las escalas del dolor tradicionales son un método sencillo y eficaz para medir el dolor de la mayor parte de los pacientes, no son los instrumentos de valoración adecuados para aquellos con demencia avanzada.

Según algunos autores, emplear el concepto de terminalidad en patologías crónicas progresivas y mortales no resulta demasiado adecuado por la incertidumbre en el pronóstico; por ello, es preferible hablar de "último estadio de la enfermedad". En este "último estadio de la enfermedad", lo más importante es valorar la situación clínica del paciente: diagnóstico, estadio y tratamientos indicados. Se considera que existe demencia avanzada cuando el paciente está en un estadio 7c o superior en la escala FAST (*Functional Assessment Staging*) (12). Los criterios para incluir a los pacientes con demencia avanzada en programas de cuidados paliativos según la National Hospice Organization (NHO) son: estadio 7c o superior en la escala FAST, edad > 70 años, puntuación en el Mini-Mental State Examination (MMSE) > 14, Barthel 0-20, disfagia, problemas clínicos relevantes en los últimos meses y presencia de un déficit nutricional. Estos criterios marcan también el último estadio de la enfermedad, en el que la supervivencia puede ser de hasta 2 años y en el que ésta depende más de los cuidados generales que de su medicalización (13-15).

## ■ OBJETIVOS

- Describir el perfil del paciente con demencia avanzada internado en un centro sanitario.
- Valorar la presencia de dolor y la prescripción de analgesia en la población geriátrica ingresada con demencia avanzada.
- Conocer si la presencia de dolor está relacionada con la presencia de síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD) en los pacientes con demencia; depresión.
- Identificar si los pacientes con demencia avanzada, institucionalizados, cumplen criterios de terminalidad de acuerdo con su demencia.

## ■ MATERIAL Y MÉTODO

**Tipo de estudio:** estudio descriptivo transversal.

**Área y población de estudio:** se seleccionaron para el estudio los 20 pacientes que cumplían criterios de demencia avanzada (según el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV*) y criterio FAST > 7c, con dependencia absoluta para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) desde al menos 1 año, internados en una residencia de ancianos. El estudio se llevó a cabo durante el período comprendido entre el 1 de marzo y el 30 de mayo de 2012.

**Criterios de inclusión:**

- Pacientes internados en la residencia de ancianos con diagnóstico de demencia avanzada según el *DSM-IV* y FAST > 7c.
- Firma del consentimiento informado por el tutor, familiar o cuidador o por el representante legal en caso de incapacidad.

**Criterios de exclusión:**

- Negativa a participar en el estudio.

**Variables:** para todos los pacientes seleccionados para el estudio, se diseñó un formulario de recogida de datos donde se incluyeron una serie de *variables sociodemográficas*, tales como la edad, sexo, tiempo de ingreso en meses y relación familiar (medida por el número de visitas semanales que recibe de sus familiares y registrada mediante un formulario diseñado para tal fin), y *clínicoasistenciales*: patologías concomitantes, criterios de demencia según el *DSM-IV* y FAST, presencia de dolor explicitada en la historia clínica, y tratamiento analgésico prescrito para ello (basal, rescate o si/dolor). Asimismo, se llevó a cabo la valoración del dolor mediante la escala PAINAD (*Pain Assessment in Advanced Dementia*), la valoración afectiva se determinó mediante la escala de depresión de Cornell, la valoración conductual se realizó a través de la NPI-NH (*Neuropsychiatric Inventory-Nursing Home*), y los criterios de terminalidad en pacientes con demencia avanzada se valoraron según la NHO.

Para evitar posibles sesgos en la evaluación del dolor, depresión y valoración conductual de los pacientes, las variables que contemplan la escala PAINAD, la escala de depresión de Cornell y la escala NPI-NH fueron recogidas por auxiliares de enfermería que estaban habitualmente al cuidado de los pacientes.

Previamente a la puesta en marcha del proyecto se llevó a cabo una sesión dirigida al personal sanitario, con objeto de informar del proyecto, motivar al personal auxiliar de enfermería a participar, y también con objeto formativo sobre los siguientes temas: el dolor y la importancia en su diagnóstico y control, los cuidados paliativos no oncológicos y la aplicación de la escala de depresión de Cornell, la escala NPI-NH de valoración conductual y la escala PAINAD de valoración del dolor en el paciente con demencia, y posteriormente se llevó a cabo una sesión de *training* con dichas escalas.

## Definiciones de las variables

**Criterios de demencia:** el diagnóstico de demencia debe reunir unos criterios para poder establecerse. Los más utilizados son los de la cuarta edición del DSM (16):

1. Deterioro de la memoria a corto y largo plazo: hechos, fechas, datos, etc.
2. Al menos una de las siguientes alteraciones cognitivas:
  - Afasia, con alteraciones del lenguaje como comprender, denominar, etc.
  - Apraxia, con deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras pese a que la función motora en sí misma esté conservada.
  - Agnosia, con fallos en el reconocimiento o la identificación de objetos pese a que la función sensorial está intacta.
  - Alteración de la función ejecutiva, con fallos en la planificación, abstracción, organización, etc.
3. Repercusión significativa de estos trastornos en la vida social y/o laboral del paciente.
4. Ha de suponer una merma o declive con respecto a la funcionalidad previa del paciente.
5. Los déficits no aparecen exclusivamente durante un estado de delirium, aunque éste puede superponerse a la demencia.
6. Existe una relación etiológica con una causa orgánica, con los efectos persistentes de una sustancia tóxica, o con ambas cosas.

Según la Escala FAST (12), la demencia avanzada se establece en puntuaciones mayores a 7c y son las siguientes:

- Pérdida de la capacidad ambulatoria (no puede caminar sin asistencia personal).
- No puede sentarse sin ayuda.
- Pérdida de la capacidad para sonreír.
- Pérdida de la capacidad para mantener la cabeza de forma independiente.

**Criterios de terminalidad para demencias muy evolucionadas y enfermedad cerebrovascular crónica avanzada** en aquellos pacientes que cumplen los siguientes criterios, según las directrices generales para determinar el pronóstico (NHO) (13-15):

1. Edad > 70 años.
2. Dependencia absoluta para la realización de ABVD desde al menos 1 año: FAST > 7c.
3. Deterioro cognitivo grave (MMSE < 14), manifestado por desconexión total del medio, no reconociendo a sus familiares, presentando mutismo total o articulación de algunas palabras casi ininteligibles o inconexas a preguntas simples y no de modo espontáneo.
4. Dependencia absoluta: Barthel 0-20.
5. Presencia de complicaciones (comorbilidad, infecciones de repetición —urinarias, respiratorias—, sepsis, fiebre a pesar del tratamiento antibiótico, etc).
6. Disfagia.
7. Desnutrición: Mini Nutritional Assessment.
8. Úlceras por presión resistentes de grado 3-4.

**Escala PAINAD:** los signos y síntomas físicos del dolor son los mismos en un paciente con demencia avanzada que en cualquier otra persona que está sufriendo.

Estos signos y síntomas pueden incluir desasosiego o agitación, muecas faciales, gemidos y respiración alterada. Los signos y síntomas conduc-

tuales, como la resistencia a los cuidados y la emisión de sonidos articulados durante las actividades asistenciales, pueden ser mecanismos productores desencadenados por el dolor y las molestias que el paciente no puede verbalizar. Este instrumento ayuda a identificar estos comportamientos como posibles indicadores del dolor, para que se pueda intervenir adecuadamente. La escala PAINAD contempla aspectos no verbales y de respuesta vegetativa. Está compuesta por cinco elementos: respiración, vocalización negativa, expresión facial, lenguaje corporal y capacidad de alivio. Se puntúa cada elemento de la escala, y las puntuaciones totales pueden ser de 0 (sin dolor) a 10 (dolor intenso), equivalentes a las de la escala tradicional del dolor del 0 al 10, con los siguientes puntos de corte: 1-3 (dolor leve), 4-6 (dolor moderado) y 7-10 (dolor intenso). Respondieron el cuestionario los auxiliares de enfermería, previamente formados, que estaban en contacto con el paciente durante los 3 días en que se realizó la valoración. Se observó a la persona durante 5 minutos en estado de reposo y luego durante una actividad (aseo). Para cada ítem incluido en la PAINAD, se seleccionó el marcador (0, 1, 2) que refleja el estado de la conducta (17,18).

**Inventario neuropsiquiátrico, versión de residencias (NPI-NH).** Se trata de un inventario de síntomas neuropsiquiátricos para pacientes institucionalizados. Es una escala aplicada al cuidador, validada en castellano. Consta de 10 ítems, que valoran diferentes síntomas neuroconductuales de la demencia: delirios, alucinaciones, depresión/disforia, euforia/exaltación, ansiedad, desinhibición, apatía/indiferencia, agitación/agresión, irritabilidad/labilidad y conducta motora anómala. Se valora cada ítem según su frecuencia y gravedad y se establece un intervalo de puntuación total entre 0 y 4 para frecuencia y de 1 a 3 para gravedad, correspondiendo la mayor puntuación a la presencia de más síntomas neuropsiquiátricos (19).

**Escala de Cornell para la depresión en demencia (Cornell Scale for Depression in Dementia, CSDD).** Valora fundamentalmente los signos asociados a los trastornos depresivos en los pacientes con demencia. Es una escala validada al castellano, heteroaplicada y formada por 19 ítems que valoran cinco dimensiones de la depresión: alteraciones del humor, trastornos de conducta, signos físicos, ritmos circadianos y alteraciones del pensamiento. Cada ítem se puntúa en una escala de cuatro puntuaciones (A: no evaluado; 0: ausente o no aparece; 1: suave o intermitente; 2: importante o frecuente). Puntuaciones iguales o superiores a 10 sugieren probable episodio depresivo importante, y puntuaciones superiores a 18, depresión mayor definida (20).

## Análisis estadístico

En primer lugar se realizó un análisis descriptivo de las variables mediante proporciones y medidas de tendencia central con su índice de dispersión correspondiente. Se determinó la distribución normal de las variables para su posterior análisis estadístico. Se realizó un análisis bivalente empleando la prueba de la ji al cuadrado para variables categóricas y la U de Mann-Whitney para la relación entre variables cualitativas y cuantitativas. El análisis se realizó con el sistema informático SPSS 15.

## Instrumentalización y fuentes de información

En un primer momento se seleccionaron los residentes que cumplían criterios de demencia avanzada según el *DSM-IV*.

En una entrevista inicial, se explicó al representante legal en caso de incapacitación, tutor, familiar o cuidador los objetivos e instrumentalización del estudio. Se comprobaron de nuevo los criterios de inclusión y se solicitó el consentimiento informado previo a la inclusión en el pro-

yecto; se entregó una copia al firmante y otra se adjuntó en el cuaderno de recogida de datos del participante.

Posteriormente se realizó una sesión informativa/formativa del proyecto a las auxiliares de enfermería encargadas del cuidado de los residentes que cumplían los criterios de inclusión y que voluntariamente quisieron participar en el proyecto, y posteriormente se llevó a cabo una sesión de *training* de la aplicación de las escalas PAINAD, Cornell y NPI-NH.

A continuación se recogió la información sociodemográfica y la información clínicoasistencial tras revisar la historia clínica. Finalmente, se concretó la semana en la que se llevaría a cabo la observación del paciente, y el registro de las escalas de Cornell y NPI-NH y de las conductas relacionadas con el dolor que contempla la escala PAINAD se realizó durante 3 días consecutivos. Por último se hizo el registro de los datos obtenidos y el análisis estadístico de resultados.

La selección de los pacientes que cumplían criterio de demencia avanzada según el DSM-IV y la FAST fue realizada por el facultativo especialista en geriatría.

La entrevista inicial y la firma del consentimiento informado las realizó un miembro del equipo investigador.

La sesión formativa/informativa y el *training* corrieron a cargo de un miembro del equipo investigador, en la residencia de mayores. La revisión de la historia clínica de los sujetos de la muestra la llevó a cabo el otro componente del equipo investigador que no intervino en las fases posteriores del estudio.

## Aspectos éticos

Todos los sujetos seleccionados tuvieron que expresar por escrito su consentimiento a través de su representante legal en caso de incapacitación, tutor, familiar o cuidador para participar en el estudio, una vez informados del propósito del mismo. A lo largo de la investigación, todos los individuos seleccionados dispusieron del nombre de los miembros del equipo investigador. Por otra parte, en el momento de la firma del consentimiento se informó de que se podía abandonar la participación en cualquier momento del estudio.

Se estableció que en caso de que el equipo investigador encontrara una alteración no conocida en el estado de salud de la persona, lo pondría en conocimiento del médico de la residencia.

La mayoría de los miembros del equipo investigador participaron previamente en otros estudios llevados a cabo en población anciana.

El protocolo fue remitido y aceptado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Área Sanitaria de Albacete. A lo largo de todo el estudio se garantizó la confidencialidad de la información suministrada por el paciente, restringiendo los datos suministrados, en exclusividad, a la investigación propuesta.

## ■ RESULTADOS (TABLA 1)

El tamaño muestral es de 20 residentes analizados, con una media de edad de 87,3 años (desviación típica [DT], 6,906), donde el 80% son mujeres. La media de edad de las mujeres (88,9 años) es superior a la de los hombres (80,75 años), aunque ambas sobrepasan la expectativa de vida.

En cuanto al tiempo de ingreso en la residencia, la media es de 118,3 meses (DT, 71,299). En el caso de las mujeres, la media de tiempo de ingreso en residencia es de 122 meses y en el caso de los hombres, de 101 meses. Los residentes eran visitados por la familia una media de 2,5 días al mes (DT, 3,01), siendo más visitadas las mujeres con una media de 3 días al mes. En el caso de los hombres, eran visitados por sus familiares con una media de 0,5 días al mes.

Patologías crónicas más frecuentes: el 75% de los individuos presentaba disfagia (n = 15); de éstos, diez no eran portadores de sonda de gastrostomía/SNG; el 65% de la muestra tenía hipertensión arterial; el 65% de los residentes padecía estreñimiento; un 35% presentaba síndrome de inmovilidad, un 30% diabetes, y un 50% presentaba alguna fractura sufrida hace 2 años o menos. Además, un 35% presentaba infecciones del tracto urinario de repetición y un 80% infecciones respiratorias de repetición.

En cuanto al tipo de demencia, el 40% presentaba demencia vascular grave, el 35% padecía demencia de tipo Alzheimer y un 10% demencia mixta grave.

En un 45% de la muestra (n = 9) la puntuación obtenida en la escala de Cornell fue inferior a 10 puntos, lo que sugería ausencia de episodio depresivo; un 50% de la muestra (n = 10) obtenía una puntuación de 10 a 18 puntos, lo que indicaba probable episodio depresivo importante, y el 5% de la muestra (n = 1) obtenía una puntuación superior a 18 puntos, lo que sugería la presencia de depresión mayor.

Los aspectos que explora la escala de Cornell son los siguientes:

**Humor y ánimo**, medidos mediante la *ansiedad*, presente de forma importante en el 50% de los residentes y de manera suave o intermitente en el 20%; *tristeza*, presente en un 30% de los residentes de manera importante y en un 25% de manera suave o intermitente; *pérdida de reactividad frente a acontecimientos alegres*, presente de forma destacada en un 15% y de forma suave o intermitente en un 30%; *e irritabilidad*, presente de manera importante en un 30% y de forma suave o intermitente en un 20%.

**Trastornos de conducta**, medidos mediante la *agitación*, presente de forma destacada en un 50% de los residentes y de forma suave e intermitente en un 20%; *retardolentitud*, presente de manera importante en un 20% de la muestra y de forma suave o intermitente en un 45% de la muestra; múltiples quejas físicas, presente de manera destacada en un 25% de la muestra y de forma suave o intermitente en un 40% de la muestra, y pérdida de interés, presente en un 15% de la muestra de forma destacada y en un 40% de forma suave o intermitente.

**Signos físicos**, medidos mediante la *pérdida de apetito*, presente en un 20% de la muestra de forma destacada y en un 20% de forma suave o intermitente; *pérdida de peso*, presente en un 10% de la muestra de manera importante y en un 35% de forma suave o intermitente, y *pérdida de energía*, presente de manera considerable en un 25% de la muestra y en un 5% de manera suave o intermitente.

**Función cíclica**, medida mediante la *variación diurna de síntomas de ánimo*, presente de forma destacada en un 5% y de manera suave o intermitente en un 35% de la muestra; *dificultad para dormir* presente de manera importante en un 10% de la muestra y en un 20% de manera suave o intermitente; *despertar múltiple durante el sueño*, presente en un 5% de forma destacada y en un 20% de manera suave o intermitente, y *despertar precoz o de madrugada*, presente en un 10% de forma importante y en un 25% de forma suave o intermitente.

En cuanto a los SCPD, no valorados por la escala de Cornell pero incluidos en la NPI-NH, como las *alucinaciones*, estaban presentes en el 10% de la muestra; la *disforia* estaba presente en un 65%, la *euforia* y la *desinhibición* en un 10% de la muestra, y la conducta motora sin finalidad en un 15% de la muestra.

La puntuación media resultante para la evaluación del dolor en reposo mediante la escala PAINAD fue de 2,15 puntos (DT, 1,72): dolor leve; la evaluación del dolor irruptivo fue de 4,75 puntos de media (DT, 2,53); dolor intenso.

Clasificando el dolor en leve, moderado e intenso según las puntuaciones, tan sólo un 25% de la muestra no presentaba dolor basal en reposo. Un 50% presentaba dolor basal leve (1-3 puntos) y un 25% dolor moderado (4-6 puntos).

El dolor irruptivo estaba presente en un 95% de la muestra: era leve en un 25% (1-3 puntos), moderado en un 45% (4-6 puntos) e intenso en un 25% de la muestra (7-10 puntos).

Con relación al tipo de demencia, los residentes con demencia de tipo Alzheimer grave y los residentes con demencia vascular grave eran los que más dolor manifestaban; de los 7 residentes con demencia de tipo Alzheimer grave, 3 tenían dolor moderado en reposo y 4 dolor leve, y de los 8 residentes con demencia vascular grave, 5 tenían dolor leve en reposo y 1 dolor moderado en reposo.

En cuanto al dolor irruptivo y el tipo de demencia, de los 7 residentes con demencia de tipo Alzheimer grave, 4 tenían dolor moderado y 3 dolor intenso, y de los 8 residentes con demencia vascular grave 2 tenían dolor leve, 4 dolor moderado y 1 dolor intenso.

Se estudió la relación entre las visitas por semana de la familia al residente y la presencia/ausencia de dolor en reposo de éste. La variable cualitativa de las visitas por semana no cumplía condiciones de normalidad;

por tanto, se utilizó el estadístico U de Mann-Whitney para relacionar dicha variable cuantitativa no normal con la variable cualitativa nominal de dos categorías (presencia/ausencia de dolor basal), no obteniendo significación estadística ( $p = 0,313$ ). Intervalo de confianza para la media, al 95%. En ningún caso de la muestra estudiada existía registro de presencia de dolor ni tipo de dolor en la historia clínica del paciente.

No había pautado analgésico en el 80% de la muestra; sólo un 20% tenía prescrita analgesia del primer escalón. Sólo el 5% de la muestra tenía prescrito un analgésico de rescate del tercer escalón, y el 95% no tenía analgesia prescrita para el dolor irruptivo. En cuanto a analgesia si/dolor, un 55% no tenía prescrito analgésico y un 45% tenía prescrita analgesia del primer escalón. De estos últimos, un 30% no tenía indicada ni posología ni dosis máxima y un 15% la tenía prescrita con una frecuencia máxima de cada 8 horas. Utilizando la prueba de la ji al cuadrado de Pearson en la relación entre la presencia de probable episodio depresivo importante en el paciente con demencia avanzada medido por la escala de Cornell y la presencia/

**Tabla 1.** Descriptivo general y significación estadística relacionada con el dolor basal

		Válidos (20)	Media (DE)/Porcentaje (n)
Edad		20	87,3 (6,9)
Sexo	Mujer	20	80 (16)
	Hombre		20 (4)
Estancia (meses)		20	118,35 (71,3)
Visitas por semana		20	2,5 (5,1)
NPI-NH		20	36,1 (23,3)*
PAINAD basal		20	2,1 (1,7)
PAINAD irruptivo		30	4,7 (2,5)
Cornell		20	10,4 (5,1) <sup>†</sup>
Enfermedades	ITU de repetición		35 (7)
	HTA		65 (13)
	Disfagia		75 (15)
	Estreñimiento		65 (13)
	Diabetes	20	30 (6)
	Fracturas		50 (10)
	Síndrome de inmovilidad		35 (7)
	Enfermedad oncológica		5 (1)
Demencias	Alzheimer		80 (16)
	Mixta	20	10 (2)
	Demencia y trastorno delirante paranoide		5 (1)
	Vascular		40 (8)
	Deterioro cognitivo grave		10 (2)
Analgésico basal	Nada	20	80 (16)
	Primer escalón		20 (4)
Analgésico de rescate	Nada	20	95 (19)
	Tercer escalón		5 (1)
Analgésico si/dolor	Nada	20	55 (11)
	Primer escalón		45 (9)
Criterios de terminalidad NHO	Edad > 70 años		100 (20)
	Barthel 0-20	20	100 (20)
	Fast > 7c		100 (20)
	MMSE < 14		100 (20)
	Complicaciones asociadas		95 (19)
	Disfagia	20	75 (15)
	Desnutrición. MNA		85 (17)
UPP grado 3-4 resistentes		0	

\* $p < 0,05$ ; <sup>†</sup> $p < 0,01$ .

HTA: hipertensión arterial; ITU: infección del tracto urinario; MNA: *Mini Nutritional Assessment*; MMSE: *Mini-Mental State Examination*; NHO: National Hospice Organization; NPI-NH: *Neuropsychiatric Inventory-Nursing Home*; PAINAD: *Pain Assessment in Advanced Dementia*; UPP: úlceras por presión.

ausencia de dolor en reposo (2 categorías), resulta estadísticamente significativa esta relación ( $p = 0,017$ ).

El 100% de la muestra cumple 5 criterios de terminalidad: edad > 70 años, dependencia absoluta para las ABVD desde al menos 1 año, con Barthel 0-20, FAST > 7c, y deterioro cognitivo importante: MMSE < 14, desconexión total del medio, no reconociendo a los familiares, mutismo total o articulación de palabras casi inteligibles o inconexas a preguntas simples y no de modo espontáneo. Un 95% presentaba complicaciones asociadas, como infecciones de repetición (urinarias, respiratorias, sepsis, fiebre a pesar del tratamiento antibiótico, etc.), un 75% tenía disfagia y un 85% presentaba desnutrición medida por MNA. El 100% incumplía el criterio de presencia de úlceras por presión resistentes al tratamiento de grado 3-4.

## ■ CONCLUSIONES

La población geriátrica con demencia avanzada institucionalizada de la muestra presenta gran dependencia, una media de edad que sobrepasa la expectativa de vida de la población general, sexo femenino, y es considerada como el perfil de residente más frecuente internado.

El número de sujetos de la muestra es pequeño, pero es similar a los escasos estudios similares existentes y realizados en España.

La prevalencia de dolor en reposo en los pacientes de la muestra es de un 75%, incluye el dolor leve y moderado, y la prevalencia de dolor irruptivo incidental durante las actividades asistenciales (aseo) es de un 95%. Esto contrasta con la infrautilización de analgésicos de cualquier escalón y con la ausencia de registro de este síntoma en la historia clínica de estos pacientes. El 75% de la muestra no tenía prescrito analgésico basal en su tratamiento, el 55% no lo tenía prescrito en caso de dolor, y el 45% que tenía analgesia prescrita en caso de dolor era del primer escalón de analgesia. Sin embargo, aunque existía dicha prescripción, la dificultad en identificar el dolor en dichos pacientes hacía que éste estuviera infratratado.

La relación entre depresión (uno de los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia) y la presencia de dolor en reposo resultaba estadísticamente significativo en la muestra, pudiendo ser causa del dolor o consecuencia del mismo al ser éste mantenido y con ausencia de analgesia. Todos los pacientes de la muestra cumplen con 7 de los 8 criterios de terminalidad para demencias muy evolucionadas y enfermedad cerebrovascular crónica avanzada según las directrices generales de la NHO; por tanto, se debería considerar a dichos pacientes subsidiarios de cuidados paliativos. En pacientes internados en centros sanitarios, la relación con la familia

es importante, para evitar la sensación de abandono que muchos pueden experimentar. En este estudio se valoró si las visitas de la familia tenían relación con la presencia o no de dolor. La media de visitas por semana fue de 2,5, pero la relación entre visitas y la presencia o no de dolor no fue estadísticamente significativa, lo que podría deberse a que los pacientes llevaban internados una media de 118 meses y las visitas con la familia eran muy breves y escasas.

## ■ DISCUSIÓN

Hay controversia en cuanto al instrumento más adecuado para la valoración del dolor en pacientes con demencia. Existen más de 30 escalas, de las cuales las más validadas son la PACSLAC (*Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate*) y la Doloplus-2.

La escala utilizada en este estudio, la PAINAD, ha demostrado en diferentes estudios su validez y fiabilidad, aunque con muestras pequeñas, y es sencilla de realizar.

Actualmente hay un dilema acerca del uso de escalas observacionales para la identificación del dolor en pacientes con demencia. Asimismo, la formación del equipo interdisciplinario en aspectos de detección y manejo del dolor incrementa la sensibilización en un aspecto de gran importancia en la consecución de una adecuada calidad de vida para los residentes.

El concepto de dolor total cobra especial relevancia en el paciente geriátrico, donde la detección de necesidades encubiertas latentes depende de una valoración geriátrica integral, continuada, dinámica, de las áreas física, psíquica, social, y su repercusión en la funcionalidad del individuo. Para alcanzar realmente una adecuada calidad de vida, es indispensable realizar un adecuado manejo de la presencia de dolor, trastornos afectivos, así como de diferentes formas de malestar. El dolor es un síntoma frecuente en residencias, que está infradiagnosticado e infratratado.

Los residentes con deterioro cognitivo y con pluripatología son una población creciente en este recurso asistencial.

Este estudio pretende contribuir a ir demostrando la necesidad de que las instituciones y el personal sanitario dispongan de herramientas de detección del dolor, especialmente para los usuarios con problemas de comunicación: demencia, afasias o aislamiento sensorial importante. Los centros gerontológicos pueden constituirse en el futuro en centros gigantes de cuidados paliativos.

El control sintomático y el bienestar permiten aportar la máxima calidad de vida y deben constituir un indicador de calidad asistencial para alcanzar la mejor calidad de cuidado ■

## ■ BIBLIOGRAFÍA

- Abellán A. Indicadores demográficos. En: Observatorio de personas mayores, editor. Las Personas Mayores en España. Informe 2004. Tomo I. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2004. pp. 43-88.
- Fries BE, Simon SE, Morris JN, Flodstrom C, Bookstein FL. Pain in U.S. nursing homes: Validating a pain scale for the Minimum Data Set. *Gerontologist* 2001; 41: 173-9.
- Fox PL, Raina PJ, Jadad AR. Prevalence and treatment of pain in older adults in nursing homes and other long-term care institutions: a systematic review. *Can Med Assoc J* 1999; 9: 329-33.
- Helme RD, Gibson SJ. The epidemiology of pain in elderly people. *Clin Geriatr Med* 2001; 17: 417-31.
- Parmalee PA, Katz IR, Lawton MP. The relation of pain to depression among institutionalized aged. *J Gerontol* 1991; 46: 15-21.
- Ferrel B, Chodosh J. Pain Management. Principles of Geriatric Medicine & Gerontology, 5.ª ed. New York: McGraw-Hill; 2003. pp. 303-23.
- Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Edmonson JH, Blum RH, Stewart JA y cols. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N Engl J Med* 1994; 330: 592-6.
- Bernabei R, Gambassi G, Lapane K, Landi F, Gatsoni C, Dunlop R. Management of pain in elderly patients with cancer. *JAMA* 1998; 279: 1877-1882.
- Benedetti F, Vighetti S, Ricco C, Lagna E, Bergamasco B, Pinessi L y cols. Pain threshold and tolerance in Alzheimer's disease. *Pain* 1999; 80: 377-82.
- Huffman JC, Kunick ME. Assessment and understanding of pain in patients with dementia. *Gerontologist* 2000; 40: 574-81.
- Roy R, Thomas MR. A survey of chronic pain in an elderly population. *Can Fam Physician* 1986; 32: 513-6.
- Slan SG, Reisberg B. Functional Assessment Staging (FAST) in Alzheimer's disease: reliability, validity and ordinality. *Int Psychogeriatr* 1992; 4 (Suppl 1): 55-69.
- Álvarez B. Terminalidad. Continuidad de cuidados. Limitación de esfuerzo terapéutico en pacientes con demencia avanzada. Reunión del grupo de demencias de la SEGG; Aspectos éticos en la demencia. SEGG 2011: 46-54.
- Stuart B, Alexander C, Arenella C, Connor S y cols. Medical guidelines for determining prognosis in selected non-cancer diseases. National Hospice Organization. 2.ª ed. Arlington, 1996.
- Arriola E, González R, Ibarzabal X, Buiza C. Criterios para la inclusión de un paciente con síndrome demencial en la fase asistencial de cuidados paliativos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37: 225-30.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 4.ª ed. Atención Primaria (DSM-IV-AP). Barcelona: Masson; 1997.
- Alaba J, Arriola E. Prevalencia del dolor en pacientes geriátricos institucionalizados. *Rev Soc Esp Dolor* 2009; 16: 344-51.
- Lane P. Valoración del dolor en pacientes con demencia avanzada. *Nursing* 2005; 23 (6): 50.
- Boada M, Tárraga L, Modinos G, López OL, Cummings JL. Neuropsychiatric Inventory Nursing Home Version (NPI-NH): Validación española. *Neurología* 2005; 20: 665-73.
- Alexopoulos GA, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell scale for depression in dementia. *Biol Psych* 1988; 23: 271-84.