

# IV CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"La Atención Especializada en la Seguridad del Paciente"

## CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR EN UNA POBLACIÓN INSTITUCIONALIZADA

**Autor principal** TERESA SANCHEZ GARCIA

**CoAutor 1** RAQUEL OHARA ARREBOLA LÓPEZ

**CoAutor 2**

**Área Temática** La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Comunitaria

**Palabras clave** Dolor Enfermedades neurodegenerativas del Tauopatías Enfermedad de Alzheimer

### » Resumen

Conocer el estado y características del dolor en pacientes institucionalizados en residencias del ámbito de la Unidad de Residencias del Distrito Sanitario Málaga. PROCEDIMIENTOS Estudio observacional transversal realizado en una muestra aleatorizada y estratificada por sexo y tamaño de las instituciones. RESULTADOS La prevalencia encontrada es del 60% La intensidad del dolor es moderada El segundo escalón de OMS es poco usado, lo que equivale a escaso uso de opioides menores Los pacientes dementes pueden pasar desapercibidos o quedar infravalorado

### » Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

El dolor es una experiencia altamente subjetiva afectada por numerosos factores que incluyen la personalidad, lo cognitivo, el bagaje cultural, y las experiencias anteriores de dolor. No existen marcadores biológicos para el dolor, y sólo puede evaluarse mediante la percepción de los pacientes y sus auto-informes. Los pacientes ancianos perciben y comunican el dolor de forma diferente a los jóvenes debido a cambios fisiológicos y psicológicos asociados a la edad. Por ello, tienen un importante riesgo de estar infra o sobre tratados, cuestión que se agrava debido a los cambios en la respuesta a los fármacos con la edad. Por otro lado, los sanitarios en muchas ocasiones temen en exceso los efectos de los fármacos narcóticos sobre la depresión respiratoria o la adicción en el anciano. Las demencias y otras enfermedades que afectan al estado cognitivo presentan serias barreras para la evaluación del dolor (1). La demencia se caracteriza por la pérdida de memoria, cambios en la personalidad, pérdida de otras capacidades cognitivas como la capacidad de juicio, de resolución de problemas, de pensamiento abstracto y de habilidades para el lenguaje. En un estudio en 60 pacientes con Alzheimer, se comprobó que 26 de ellos tenían enfermedades que se relacionan normalmente con la presencia de dolor, y sólo 3 de tomaban analgésicos (2). Parmalee, Smith y Katz (1993) concluyeron que, si bien los pacientes con deterioro cognitivo leve subnotificaba dolor, sus informes de dolor eran tan válidos como los que se encontraban cognitivamente

### » Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

OBJETIVO Conocer el estado y características del dolor en pacientes institucionalizados en residencias del ámbito de la Unidad de Residencias del Distrito Sanitario Málaga DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA La Unidad de Residencias del Distrito Sanitario Málaga atiende a una población entorno a los 2.000 pacientes institucionalizados distribuidos en 60 residencias privadas. El 28,16% de los institucionalizados censados en nuestra Unidad presentan diagnóstico de Demencia Alzheimer codificado en la Historia Digital de Salud de la Junta de Andalucía. Sin embargo, no se han incorporado hasta la actualidad herramientas específicas para detectar el dolor en pacientes con demencia. El presente trabajo intenta cuantificar en qué medida se infra-estima el dolor en esta población comparado con la población sin deterioro cognitivo.

### » Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

MATERIAL Y MÉTODOS Para el análisis de situación se ha calculado una muestra representativa basándonos en la prevalencia del 61% documentada en: J. Álaba y E. Arriol. Prevalencia de dolor en pacientes geriátricos institucionalizados. Rev Soc Esp Dolor. 2009;16(6):344-351. Aceptando un riesgo alfa de 0.95 para una precisión de +/- 0.1 unidades en un contraste bilateral para una proporción estimada de 0.61, se precisa una muestra aleatoria poblacional de 109 sujetos, asumiendo que la población es de 2000 sujetos. Se ha estimado una tasa de reposición del 20%. La muestra se ha estratificado por sexo dado que está documentada una mayor prevalencia en mujeres. La probabilidad de ser mujer en la Unidad de Residencias del Distrito Sanitario Málaga se ha calculado en 0,71. De esta forma se estima necesaria una muestra de 77 mujeres y 32 hombres. Se ha realizado un muestreo proporcional según el tamaño de las instituciones usando una tabla de números aleatorios.

### » Barreras detectadas durante el desarrollo.

#### RESULTADOS

Finalmente se ha conseguido reclutar una muestra de 97 pacientes, ya que algunos han fallecido o se habían trasladado fuera de nuestro ámbito.

Se ha podido constatar que en prácticamente el 60 % de la muestra se encontraron escalas positivas de padecimiento de dolor. En 32 individuos (33%) existía diagnóstico de demencia y por ello la presencia de dolor se constató a partir del test PAINAD(1).

#### Tabla 1 PACIENTES DEMENCIA (PAINAD)

N PAINAD 32  
MEDIA 3,5  
MEDIANA 3,5  
Q1 2  
Q3 5,25  
Q3-Q1 3,25  
MÍNIMO 0  
MÁXIMO 7

El PAINAD ha sido valorado por los sanitarios médicos o enfermeras de las residencias a instancia de las enfermeras de la UR, y en caso de ausencia de sanitarios por las auxiliares de las mismas. La escala PAINAD puede contener valores entre 0 y 10 puntos. La mediana ha sido de 3,5 con un RIC de 3,25. Mínimo 0, máximo 7. (Tabla 1)

Otros 30 sujetos (31%) tenían capacidad para poder ser valorados mediante la escala numérica del dolor (END)

#### Tabla 2 ESCALA NUMÉRICA

N NUMÉRICA 30  
MEDIA 5,8  
MEDIANA 5  
Q1 4,5  
Q3 7  
Q3-Q1 2,5  
MÍNIMO 3  
MÁXIMO 10

En estos casos la mediana fue de 5 con RIC de 2,5. Valor mínimo de 3 y máximo de 10. (Tabla 2)

Por último un grupo de 5 pacientes no eran dementes pero por distintas circunstancias (problemas de comunicación y sensoriales) no podían usar END y en esos casos se pidió a las cuidadoras que seleccionaran la escala descriptiva cuyos valores posibles están entre 0 y 7. Para esta escala la mediana fue de 4 y el RIC de 1, con un valor mínimo de 3 y máximo de 4.(Tabla 3)

#### Tabla 3 ESCALA DESCRIPTIVA

N DESCRIPTIVA 5  
MEDIA 3,6  
MEDIANA 4  
Q1 3  
Q3 4  
Q3-Q1 1  
MÍNIMO 3  
MÁXIMO 4

El 44% de los sujetos seleccionados declaró padecer dolor crónico, el 50,5% dolor agudo en las dos últimas semanas y el 34% ambos. En la ilustración inferior pueden verse las localizaciones más frecuentes y las tipologías (Ilustración 1; Tabla 4):

#### Ilustración 1 Localización dolor

#### Tabla 4 Tipo dolor

NEUROPÁTICO 7,14%  
SOMÁTICO 82,14%  
VISCERAL 10,71%

Respecto del tratamiento aquellos sujetos a los que resulta posible realizar las escalas NUMÉRICA/DESCRIPTIVA disponen de tratamiento analgésico con más frecuencia que aquellos a los que se les ha debido aplicar la escala PAINAD (Tabla 5).

#### Tabla 5 Pacientes tratados según diagnóstico demencia

SI TRATADOS NO TRATADOS  
END/DESCRIPTIVA 37 2  
Dementes(PAINAD) 23 9

La analgesia usada en referencia a la escalera analgésica de la OMS queda como se observa en la tabla 6:

#### Tabla 6 ESCALERA OMS

PRIMER ESCALÓN 79,63%  
SEGUNDO ESCALÓN 1,85%  
TERCER ESCALÓN 11,11%  
CUARTO ESCALÓN 7,41%

#### » Oportunidad de participación del paciente y familia.

#### DISCUSIÓN

La prevalencia encontrada por nosotros es similar a la que relatan otros autores<sup>3,4</sup>.

Igual que en el trabajo de Álaba el tipo más preeminente es el nociceptivo somático.

En 32 individuos (33%) existía diagnóstico de demencia y por ello la presencia de dolor se constató a partir del test PAINAD presentando una puntuación media de 3.5 el trabajo de Álaba mostró un 22% de puntuaciones > 4 en la escala PAINAD.

En cuanto a los tratamientos analgésicos Álaba encontró que un 35,7%, en el momento del estudio descriptivo, está con fármacos del primer escalón de la escalera analgésica de la

Organización Mundial de la Salud, un 4,8% en un Segundo Escalón y un 4% con fármacos opiáceos mayores.

En nuestro estudio el 79,63% estaba en primer escalón y el 7,41% con opiáceos mayores, sin embargo, en ambos estudios se observa un uso precario del segundo escalón de OMS.

En nuestro estudio la localización más comunicada fue el dolor generalizado, seguido de las rodillas y miembros inferiores, el estudio de Álaba comunica un 28,3% para rodillas y 16,9% para podalgias aunque en este estudio no se dio la opción para no focalizar el dolor (generalizado) que puede tener su justificación en los dolores neuropáticos o mixtos.

» **Propuestas de líneas de investigación.**

CONCLUSIONES

La prevalencia encontrada es del 60%

La intensidad del dolor es moderada

El segundo escalón de OMS es poco usado, lo que equivale a escaso uso de opioides menores

Los pacientes dementes pueden pasar desapercibidos o quedar infravalorados

Algunas localizaciones como la rodilla podrían ser susceptibles de tratamiento mediante infiltración

» **Bibliografía.**

1. Galloway S Pain assessment in older adults who are cognitively impaired. J Gerontol Nurs. 1999 Jul;25(7):349. 2. Marzinski LR. The tragedy of dementia: clinically assessing pain in the confused nonverbal elderly. J Gerontol Nurs. 1991 Jun;17(6):258. 3. Álaba J, Prevalencia de dolor en pacientes geriátricos institucionalizados. Rev Soc Esp Dolor. 2009;16(6):344-351. López Mongil R, Prevalencia de demencia en pacientes institucionalizados: estudio RESYDEM. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44(1):511