

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PROGRAMA DE POSGRADO EN ESPECIALIDADES MÉDICAS

ESCALAS DE EVALUACIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES CON DEMENCIA
AVANZADA

Revisión Bibliográfica

**Trabajo Final de Graduación sometido a la consideración del comité de la
Especialidad en Geriátría y Gerontología para optar por el grado y título de
Especialista en Geriátría y Gerontología**

MARÍA ISABEL CAMPOS ESPINOZA

PAOLA VANESSA SEGURA AMORES



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

2023

Agradecimientos y dedicatoria

“Dedico este trabajo primeramente a Dios, por permitirme llegar hasta aquí y cumplir una meta más en mi vida. A San Pancracio por cuidarme siempre y por su auxilio en momentos difíciles.

A mi familia por el apoyo incondicional, porque sé los sacrificios que han hecho. A mis papás que con su ejemplo me han demostrado que todo se puede lograr con esfuerzo, por sus consejos sabios y su amor. A mi hermana por escucharme, por su paciencia y cariño.

A mi novio Carlos, por todo el apoyo y comprensión que me brindaste durante este camino de la residencia, por creer en mí, por escucharme, por tu ayuda y amor.

A familiares que ya no están en este mundo físico, pero que ocupan un lugar muy importante en mi corazón, gracias por sus enseñanzas y ejemplo de vida, porque sé que desde el cielo guían mi camino. En especial a mis abuelitos Cupertino y Josefina.

A Dori que ha llegado para acompañarme y alegrar mis días.

A mis compañeros y amigos durante este proceso por hacer los días mejores y por su ayuda.

A los profesores y guías académicos en todos estos años por sus enseñanzas. A la universidad de Costa Rica que desde pregrado me dio la oportunidad de estudiar una carrera que de otra forma no hubiera sido posible.

Gracias porque sin su ayuda y comprensión, no lo habría logrado.”

- María Isabel Campos Espinoza

En primer lugar, quisiera agradecer a Dios por su amor y su guía en todo momento. Gracias por darme la fuerza y la sabiduría para superar los obstáculos y seguir adelante. También quisiera agradecer a San Charbel Majluf por su intercesión en mi vida y por ayudarme en momentos de dificultad.

A mis padres, gracias por ser mi fortaleza y por siempre estar ahí para mí, brindándome su amor incondicional y su sabiduría. Sus sacrificios y esfuerzos han sido clave para mi éxito académico y personal, y les estaré eternamente agradecida.

A mis hermanas, Dani y Dianita, gracias por ser mis confidentes y mis mejores amigas. Siempre han estado ahí para escucharme, motivarme y celebrar conmigo cada logro. Me siento muy afortunada de tener su amor y apoyo en mi vida.

A mi novio Daniel, gracias por ser mi compañero y mi mejor amigo. Gracias por tu amor, paciencia y apoyo incondicional en todo momento. Siempre has creído en mí y me has dado la fuerza para seguir adelante, incluso en los momentos más difíciles.

A mis abuelos que gozan de la gloria de Dios, les agradezco por haberme ayudado a convertirme en la persona que soy hoy y por inspirarme a dedicarme a una carrera tan noble y gratificante.

A todos mis compañeros de residencia, especialmente a Isa, Yis, Feli y Sebas. Gracias por ser mi segunda familia. Gracias por las risas, las conversaciones, el apoyo y la amistad que hemos compartido. No podría haber pasado estos años de residencia sin ustedes.

A mis tutores y profesores de posgrado, gracias por su tiempo, dedicación y sabiduría. Han sido una guía importante en mi vida académica y personal, y siempre estaré agradecida por todo lo que han hecho por mí. Quisiera agradecer especialmente al Dr David Ávalos y a la Dra Victoria Arguedas, que me hicieron soñar cuando era Médico Interna que podía lograr la meta que estoy cumpliendo hoy.

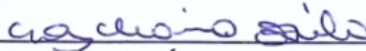
A mis pacientes quienes me han enseñado que la vejez no es un obstáculo, sino una etapa de la vida que puede ser vivida con gracia y dignidad.

Por último, pero no menos importante, a Mía, llenas mi vida de amor y alegría. Tu compañía siempre me ha ayudado a encontrar la paz en los momentos más difíciles. Eres mi amiga fiel y te agradezco por estar a mi lado durante este proceso.

Este logro no habría sido posible sin el amor y la ayuda de cada uno de ustedes, y les agradezco de todo corazón por todo lo que han hecho por mí. Espero poder seguir creciendo y hacerles sentir orgullosos. Que Dios les bendiga y les colme de amor y felicidad.

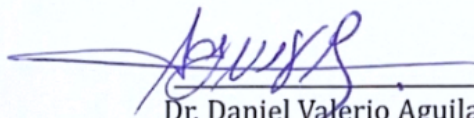
- Paola Vanessa Segura Amores

“Este trabajo final de graduación fue aceptado por la Subcomisión de la Especialidad en Geriátría y Gerontología del Programa de Posgrado en Especialidades Médicas de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Especialista en Geriátría y Gerontología”



Dra. Lydiana Ávila de Benedictis

Directora del Programa de Posgrado en Especialidades Médicas



Dr. Daniel Valerio Aguilar

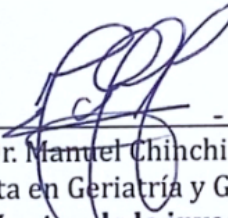
Coordinador de la Especialidad de Geriátría y Gerontología



Dr. David Avalos

Especialista en Geriátría y Gerontología

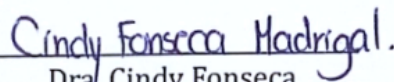
Tutor de la investigación



Dr. Manuel Chinchilla

Especialista en Geriátría y Gerontología

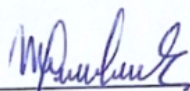
Primer Lector de la investigación



Dra. Cindy Fonseca

Especialista en Geriátría y Gerontología

Segunda Lectora de la investigación



Dra. María Isabel Campos Espinoza

Licenciada en Medicina y Cirugía

Sustentante



Dra. Paola Vanessa Segura Amores

Licenciada en Medicina y Cirugía

Sustentante

CERTIFICACIÓN DE REVISIÓN DE FILÓLOGO

San José, 16 de abril de 2023

Señores

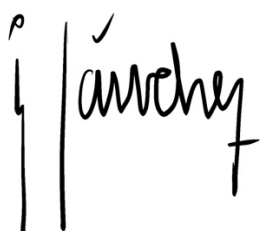
Universidad de Costa Rica

Sistema de Estudios de Posgrado

Programa de Posgrado en Especialidades Médicas

Estimados señores:

El suscrito da fe de que el documento titulado “ESCALAS DE EVALUACIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES CON DEMENCIA AVANZADA”, escrito por las estudiantes María Isabel Campos Espinosa y Paola Vanessa Segura Amores, fue sometido a revisión filológica en diferentes niveles textuales, a saber, redacción, acentuación, coherencia, cohesión, puntuación, además de correcciones en las citas y referencias.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'José Sánchez Jiménez'. The signature is written in a cursive style with a vertical line separating the first and last names.

José Sánchez Jiménez

Filólogo

Inscripción: 94-730

Céd. 8 0056 0091

Índice

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA	II
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
CERTIFICACIÓN DE REVISIÓN DE FILÓLOGO	VI
ÍNDICE	VII
ÍNDICE DE TABLAS	IX
ÍNDICE DE FIGURAS	X
RESUMEN EN ESPAÑOL	XI
ABSTRACT	XII
AUTORIZACIÓN DIGITALIZACIÓN	XIII
LISTA DE ABREVIATURAS	XV
INTRODUCCIÓN	XVII
OBJETIVOS	XX
1.1. OBJETIVO GENERAL	XX
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	XX
JUSTIFICACIÓN	XXI
METODOLOGÍA	XXII
MARCO TEÓRICO	1
CAPÍTULO 1. ENVEJECIMIENTO, DOLOR Y DEMENCIA	1
1.1 FENÓMENOS DE ENVEJECIMIENTO Y MECANISMOS DE DOLOR	3
1.2 CONCEPTOS GENERALES DEL DOLOR.....	3
1.3 MECANISMOS DEL DOLOR.....	8
1.4 DOLOR Y ENVEJECIMIENTO	12
1.5 DEMENCIA	16
1.5.1 EPIDEMIOLOGÍA DEL DOLOR EN LA POBLACIÓN CON DEMENCIA	21
1.5.2 PROCESAMIENTO DEL DOLOR EN PACIENTES CON DEMENCIA.....	22
1.5.3 ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	27
1.5.4 DEMENCIA VASCULAR	30
1.5.5 DEMENCIA FRONTO TEMPORAL.....	31
1.5.6 DEMENCIA DE CUERPOS DE LEWY.....	31
1.5.7 DEMENCIA POR ENFERMEDAD DE PARKINSON.....	31
1.6 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL PACIENTE CON DOLOR Y DEMENCIA.....	35
1.6.1 SÍNTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS	38
1.6.2 SÍNTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS EN ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	40
1.6.3 SÍNTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS EN DETERIORO COGNITIVO LEVE	41
1.6.4 SÍNTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS EN DEMENCIA FRONTOTEMPORAL.....	41
1.6.5 SÍNTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS EN DEMENCIA DE CUERPOS DE LEWY.....	41
1.6.6 FRECUENCIA, CAUSAS DE DOLOR Y COMORBILIDADES PRESENTES EN PACIENTES CON DEMENCIA	42
CAPÍTULO 2. ESCALAS DE EVALUACIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES CON DEMENCIA	46
2.1.1 Escalas categóricas del dolor (<i>Verbal Rating Scale –VRS–</i>).....	49
2.1.2 Escalas visuales analógicas (<i>VAS</i>).....	49
2.1.3 Escalas pictóricas (<i>Faces Pain Scale –FPS–</i>).....	50

2.2 OBSERVACIONALES	51
2.2.1 FIABILIDAD DE LAS ESCALAS: INTERPRETACIÓN Y LIMITACIONES DEL ALFA DE CRONBACH	53
2.2.2 PAINAD: Escala de evaluación del dolor en demencia avanzada	54
2.2.3 PACSLAC: Lista de verificación de evaluación del dolor para personas mayores con capacidad limitada para comunicarse	56
2.2.4 Escala Abbey Pain.....	56
2.2.5 Doloplus 2	57
2.2.6 Escala de evaluación del dolor en ancianos con demencia (PADE)	58
2.2.7 Lista de verificación de indicadores de dolor no verbal (CNPI)	58
2.2.8 DS DAT.....	59
2.3 COMPARACIÓN DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN OBSERVACIONALES	59
CAPÍTULO 3. UTILIDAD DE LA APLICACIÓN DE LAS ESCALAS A NUESTRO MEDIO PARA VALORAR PACIENTES CON DEMENCIA AVANZADA Y MEJORAR LA GESTIÓN DEL DOLOR.....	62
3.1 PROTOCOLOS DE GESTION DEL DOLOR EN DEMENCIA AVANZADA	64
3.2 RECOMENDACIONES EN NUESTRA PRÁCTICA DIARIA.....	65
CONCLUSIONES	68
BIBLIOGRAFÍA	73
ANEXOS	79

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Resumen de cambios en relación a mecanismos de dolor en adultos mayores:.....	15
Tabla 2. Comparación entre escala GDS, FAST y Grado clínico de demencia.....	19
Tabla 3. Cambios Neuropatológicos según algunas etiologías de demencia	33
Tabla 4. Componentes del dolor en algunos tipos de demencia:	34
Tabla 5. Ejemplos de indicadores de comportamiento de dolor persistente en ancianos según AGS	37
Tabla 6. Dominios del NPI-12.....	40
Tabla 7. Perfiles de NPI informados en trastornos neurodegenerativos y cambios de comportamiento particularmente comunes entre las poblaciones reportadas.	42
Tabla 8. Índice fiabilidad alfa de Cronbach para escalas observacionales.....	54
Tabla 9. Escala de PAINAD.	55
Tabla 10. Escala Abbey.	57

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Organización de las vías nociceptivas de dolor.	10
Figura 2. Escala categórica del dolor.	49
Figura 3. Escala visual analógica.:.....	50
Figura 4. Escalas pictóricas.	50
Figura 5. Etapas en la valoración del dolor en pacientes con demencia.	64
Figura 6. Algoritmo propuesto de evaluación y abordaje de pacientes con dolor y demencia.	66

RESUMEN EN ESPAÑOL

La demencia es típicamente una condición que afecta a las personas adultas mayores, por lo que es uno de los principales contribuyentes a la discapacidad y la dependencia. Esta puede dificultar la evaluación del dolor del paciente, ya que la persona que presenta el trastorno puede tener dificultades para comunicar su dolor. Por lo tanto, se han desarrollado y adaptado escalas de evaluación del dolor para pacientes con demencia. Estas escalas se basan en observaciones conductuales y fisiológicas, y en algunas escalas se utilizan expresiones faciales para evaluar el dolor.

Algunas de las escalas más utilizadas en la evaluación del dolor en pacientes con demencia incluyen la PAINAD, la Escala de Dolor de Abbey y la Escala de Dolor de Doloplus.

El uso de estas escalas de evaluación del dolor puede mejorar la identificación y valoración del dolor en pacientes con demencia avanzada, lo que a su vez puede mejorar la calidad de vida del paciente. Sin embargo, es importante adaptar la escala a las necesidades del paciente y capacitar a los cuidadores y al personal médico para un uso adecuado y efectivo de las escalas.

ABSTRACT

Dementia is typically a condition that affects the elderly, being one of the main contributors to disability and dependency.

This can make it difficult to assess pain in patients, as they may have difficulty communicating their pain. Therefore, pain assessment scales have been developed and adapted for patients with dementia. These scales are based on behavioral and physiological observations, and some scales use facial expressions to assess pain.

Some of the most widely used scales in the assessment of pain in patients with dementia include the PAINAD, the Abbey Pain Scale and the Doloplus Pain Scale.

The use of these pain assessment scales can improve the identification and assessment of pain in patients with advanced dementia, which in turn can improve the patient's quality of life. However, it is important to adapt the scale to the needs of the patient and train caregivers and medical staff in proper and effective use of the scales.

AUTORIZACIÓN DIGITALIZACIÓN



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, , con cédula de identidad , en mi condición de autor del TFG titulado _____

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI NO *

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre Completo:

Número de Carné: Número de cédula:

Correo Electrónico:

Fecha: Número de teléfono:

Nombre del Director (a) de Tesis o Tutor (a):

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.



Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, , con cédula de identidad , en mi condición de autor del TFG titulado _____

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI NO *

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre Completo:

Número de Carné: Número de cédula:

Correo Electrónico:

Fecha: Número de teléfono:

Nombre del Director (a) de Tesis o Tutor (a):

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

LISTA DE ABREVIATURAS

- ACC: Corteza cingulada anterior
- ACTH: Hormona adrenocorticotropa
- AGS: *American Geriatrics Society*
- A β : Beta amiloide
- CLD: Demencia por cuerpos de Lewy
- CNPI: Lista de Verificación de Indicadores de Dolor No Verbal
- DCL: Deterioro cognitivo leve
- DO: Dopamina
- DS DAT: *Discomfort Scale for Dementia of the Alzheimer's Type*
- EA: Enfermedad de Alzheimer
- EP: Enfermedad de Parkinson
- ET: Espinotalámico
- FAST: Estadificación de la evaluación funcional
- FPS: *Faces Pain Scale*
- FTD: Demencia Frontotemporal
- GDS: Escala de Deterioro Global de Reisberg
- IASP: Asociación Internacional para el Estudio del Dolor
- MMSE: *Mini-Mental State Examination de Folstein*
- MOBID-2: *Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia Pain Scale*
- NA: Noradrenalina
- NFR: Reflejo de flexión nociceptiva
- NHO: *National Hospice Organization*
- NOPPAIN: Instrumento de evaluación del dolor del paciente no comunicativo
- NPI: Inventario Neuropsiquiátrico
- NRS: Escala numérica
- NRS: *Numeric Pain Rating Scale*
- NT: Núcleo talámico
- OMS: Organización Mundial de la Salud

p-tau: Proteína tau hiperfosforilada

PACSLAC: Lista de verificación de evaluación del dolor para personas mayores con capacidad limitada para comunicarse

PADE: Evaluación del Dolor en Ancianos con Demencia

PAG: Región gris periacueductal

PAINAD: *Pain Assessment in Advanced Dementia*

PFC: Corteza prefrontal

REM: Movimientos oculares rápidos

RMN: Resonancia Magnética

RMNf: Resonancia magnética funcional

S1: Corteza somatosensorial primaria

S2: Corteza somatosensorial secundaria

SCPD: Síntomas conductuales y psicológicos de la demencia

SE: Serotonina

SG: Sustancia gris

SNC: Sistema Nervioso Central

SNG: Sonda Nasogástrica

VaD: Demencia Vascular

VAS: Escala de análisis visual

VRS: *Verbal Rating Scale*

INTRODUCCIÓN

Actualmente la población de adultos mayores comprende alrededor de 900 millones de personas, lo que refleja un cambio en las características demográficas de la población mundial en los últimos años. (1)

El número de personas mayores de 60 años habrá aumentado a 1.25 mil millones para el año 2050, lo que representará aproximadamente el 22% de la población mundial. (1)

La demencia es típicamente una condición que afecta a las personas adultas mayores, así, uno de los principales contribuyentes a la discapacidad y la dependencia, además se han documentado aumentos particularmente rápidos en el número y proporción de personas mayores con diagnóstico de demencia en China, India y América Latina. (1)

Se prevé que la prevalencia de la demencia aumente notablemente con el envejecimiento de las poblaciones occidentales hasta abarcar alrededor de 152 millones en todo el mundo para el 2050. De manera que los cambios demográficos en las próximas décadas y el envejecimiento cada vez mayor de la población, conducirán a un crecimiento sustancial en el número de personas afectadas y en la escala del desafío asociado con la prestación de tratamiento y atención. El dolor presenta un desafío particular en el tratamiento de la demencia. La presencia del dolor, particularmente del dolor crónico, está fuertemente relacionada con la edad, lo que afectará más a la población de mayor edad, con tasas de prevalencia del 72% en personas por encima de los 85 años. (2-4)

Demencia se define como un “síndrome clínico debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza progresiva, que conduce a alteraciones de múltiples funciones corticales superiores, incluyendo la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. (4)

La causa más común de demencia es la EA, pero también prevalecen la demencia vascular VaD, la demencia frontotemporal FTD y la demencia con cuerpos de Lewy. En todos los subtipos de demencia, los cambios neuropatológicos específicos son responsables de la disminución de la función. Además de los efectos nocivos sobre la cognición, la neuropatología de la demencia es responsable de muchos otros síntomas, como alteraciones del comportamiento, problemas psicológicos y el deterioro del lenguaje y la comunicación. (4)

El dolor, probablemente, es muy común entre las personas con demencia; sin embargo, la carencia de conocimiento preciso en el tema conduce frecuentemente a tratamientos y cuidados inadecuados. (4)

Para las personas con demencia grave que tienen una capacidad limitada para comunicarse, el dolor puede evaluarse observando las desviaciones del comportamiento normal del paciente, que pueden resultar de alteraciones de la neurobiología y la neurofisiología. Estas alteraciones también pueden ser lo que conduce al deterioro de la comunicación verbal y la expresión del dolor en el comportamiento, alteraciones que colocan a las personas con demencia en mayor riesgo de dolor no reconocido y subtratado o no tratado, lo que aumenta significativamente el riesgo de sufrir tratamientos inadecuados, mayor estrés para

los cuidadores, empeoramiento del deterioro cognitivo, pérdida funcional, depresión, disminución de la función inmune, exacerbación de comorbilidades y sueño comprometido. La combinación de estas alteraciones y déficits contribuye a una disminución general de la calidad de vida de las personas con demencia, lo que en última instancia genera la posibilidad de mayores costos para el sistema de atención médica y una mayor carga emocional para los cuidadores y la sociedad en general. (5)

La sintomatología de la demencia también significa que la evaluación del dolor es particularmente desafiante debido a la pérdida de la capacidad de comunicación, que generalmente ocurre durante la afección. Como resultado, las herramientas de evaluación comúnmente utilizadas no son válidas ni confiables y son difíciles de usar. Para agravar esto, las deficiencias educativas y organizativas en los entornos de atención de la demencia a menudo obstaculizan la calidad de la atención y el tratamiento, incluido el manejo del dolor. (4)

Se debe considerar además que este tipo de síntomas generan una gran carga y preocupación en los familiares y cuidadores, puede ser el motivo de consulta inicial o el detonante para institucionalizar a los pacientes. (3)

El manejo de la demencia es un proceso integral, donde se necesita tanto la participación de los cuidadores como de los profesionales de salud para poder lograr un adecuado manejo y una mejor calidad de vida en estos pacientes.

OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO GENERAL

- Identificar las escalas utilizadas en la valoración del dolor en paciente con demencia avanzada.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir las características clínicas del paciente con demencia avanzada y las principales causas de dolor.
- Conocer las escalas utilizadas para objetivar el dolor en los pacientes con demencia avanzada.
- Establecer las escalas con mayor fiabilidad y validación en adulto mayor con demencia y dolor.
- Describir la utilidad de la aplicación de las escalas a nuestro medio para valorar pacientes con demencia avanzada y mejorar el manejo del dolor.
- Realizar recomendaciones sobre el uso de escalas en la valoración del dolor en adultos mayores con demencia en nuestro medio institucional.

JUSTIFICACIÓN

La realización de esta “revisión bibliográfica” se justifica debido a que:

- La población adulta mayor va en aumento y por lo tanto la incidencia de enfermedades prevalentes en esta población como la demencia y diferentes causas de dolor como el osteomuscular, neuropático y oncológico.
- El dolor en paciente que no pueden explicar verbalmente sus características es difícil de objetivar, por lo que en ocasiones es subtratado y en otros casos sobretratado.
- Es una preocupación para familiares, cuidadores y personal de salud el determinar en qué momento un paciente con demencia avanzada presenta dolor, debido a la falta de estandarización sobre escalas para valorar el dolor.
- Es necesario en la valoración del paciente hacer objetivo el posible dolor y no pasarlo inadvertido, dar un tratamiento óptimo y evitar complicaciones.

Por lo anterior, se justifica realizar la revisión bibliográfica titulada: “ESCALAS DE EVALUACIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES CON DEMENCIA AVANZADA”.

METODOLOGÍA

El presente trabajo de revisión bibliográfica es de tipo narrativo, basado en literatura nacional e internacional sobre las escalas para valoración del dolor en pacientes adultos mayores con demencia avanzada.

Se consultaron las bases de datos médicas *Pubmed*, *the Cochrane Library*, SIBDI (UCR), Scielo y BINASSS, aplicando una estrategia de búsqueda con palabras claves como: “demencia y dolor”, “escalas de valoración de dolor”, “clasificación de demencia” y “dolor en adulto mayor”.

Se incluyeron artículos que cumplen con criterios como: población adulta mayor; pacientes con demencia; como valorar el dolor y tratamiento. Además, se definió como rango de búsqueda publicaciones de los últimos 5 años, de 2018 al 2022.

Se obtuvieron un total de 110 artículos, de los cuales, se descartaron 39 por no cumplir con el objetivo de esta revisión y se seleccionaron 71, que sustentan esta revisión bibliográfica.

Para la inclusión de las escalas en la presente revisión nos basamos en el coeficiente Alfa de Cronbach, considerando valores alfa superiores a 0,7 como buena consistencia interna, se incluyó por tal motivo las publicaciones “DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales publicado en el 2014, saliéndose del rango de búsqueda de publicaciones de los últimos cinco años, y justificándose por la importancia de comparación según el coeficiente mencionado.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. ENVEJECIMIENTO, DOLOR Y DEMENCIA

El envejecimiento constituye un factor de riesgo de presencia de dolor como de demencia, y la presencia de esta perturbación de las facultades mentales influye en gran medida en la expresión del dolor, dificultando su detección. (6)

Existen cambios morfológicos y funcionales múltiples que se producen en el organismo con el envejecimiento además de un aumento de patologías potencialmente causantes de dolor nociceptivo, como enfermedades degenerativas, inflamatorias, articulares, fracturas vertebrales, no vertebrales secundarias y osteoporosis, así como causas de dolor neuropático secundarias a enfermedades como diabetes mellitus, herpes zoster u otras neuropatías periféricas. (6)

También los cambios neuropatológicos de los síndromes demenciales modifican los mecanismos de procesamiento y regulación del dolor por lo que a la hora de estudiar el dolor en pacientes portadores de demencia se debe diferenciar los distintos tipos de dolor (nociceptivo, neuropático, mixto), así como su temporalidad (agudo, subagudo, crónico, persistente), y la etiología de la demencia y localización de las lesiones podría afectar el procesamiento del síntoma. (6)

El dolor tiene componentes cognitivos, afectivos, autonómicos, conductuales y frecuentemente es considerado por profesionales de salud y familiares un síntoma asociado al proceso de envejecimiento llevando a una infradetección e infratratamiento por su componente social, así como la propia capacidad de expresión y comunicación. De esta manera, se ha descrito que la presencia de deterioro cognitivo supone un predictor independiente de infradetección. (6)

Durante el último año de vida la incidencia del dolor aumenta y se intensifica en pacientes con demencia, los cuales reciben una analgesia adecuada en un 33%, frente a un 64% de pacientes sin demencia. Otros estudios sugieren que las personas mayores, de más de 75 años, en los últimos 2 años de vida y en los últimos 4 meses de vida experimentaron un aumento del dolor. También se observa que el uso de analgesia es menor en paciente con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer, frente a los que presentan demencia vascular, y en otras patologías neurodegenerativas como la enfermedad de Parkinson, aproximadamente un 40%, presentan dolor crónico secundario a trastornos del movimiento. (6,7)

En las personas con demencia, el dolor puede manifestarse con comportamientos tales como quejas verbales, vocalizaciones negativas, suspiros, gemidos, agitación, llanto, muecas, parpadeo rápido, movimiento, inquietud, roce, fuerza, refuerzo, rigidez, divagación, habla verbal inapropiada y agresión en deterioro cognitivo pueden tomarse como SCPD. Esto lleva a un empeoramiento sustancial de la calidad de vida de las personas con gran vulnerabilidad y corta expectativa de vida. (6,8)

Por otra parte, una gran cantidad de clínicos muestran que a las personas mayores con demencia se les recetan analgésicos con mucha menos frecuencia que a las personas cognitivamente sanas de la misma edad o que toman muchos menos analgésicos principalmente por el deterioro de las habilidades mentales y del lenguaje, haciendo que el dolor pase desapercibido a diferencia de personas mayores cognitivamente sanas. (9)

El dolor se puede considerar como un síndrome geriátrico ya que debe contemplarse como una prioridad social y sanitaria que precisa de una actuación

multidisciplinar más compleja donde participan el paciente, familia y personal sanitario. (10)

1.1 FENÓMENOS DE ENVEJECIMIENTO Y MECANISMOS DE DOLOR

El estudio de los cambios en los mecanismos de transmisión del dolor en el envejecimiento representa un campo de investigación relevante. Un estudio basado en artículos publicados entre 2000 y 2019 reveló que la mayoría de los trabajos sobre el dolor en los ancianos están relacionados con investigaciones originales sobre la caracterización del dolor, con evidencia limitada sobre los factores biológicos que son particularmente relevantes para el procesamiento del dolor en el envejecimiento. (11,12)

Además, la mayoría de los estudios existentes que evalúan el procesamiento y la percepción del dolor en ancianos se realizaron en comparación con personas más jóvenes, ya sea en estudios preclínicos o clínicos. Dicho esto, no hay duda sobre la complejidad de caracterizar el dolor en la población anciana. De hecho, los cambios relacionados con la edad con respecto a los componentes sensoriales y afectivos del dolor siguen siendo controversiales. (11)

1.2 CONCEPTOS GENERALES DEL DOLOR

La IASP definió en 1979 el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada o parecida a la coligada con daño tisular real o potencial. A lo largo de 41 años, la comprensión del fenómeno del dolor pasó por cambios

revolucionarios, incluyendo publicaciones muy importantes sobre su definición y clasificación, especialmente en la última década. (11,13–16)

La definición revisada en 2020, que conceptualiza el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con, o similar a la asociada con, daño tisular real o potencial” , presentó una formulación inequívoca y concisa, fácilmente traducible a otros idiomas; comprende las más variadas vivencias del dolor, su diversidad y complejidad, siendo válida tanto para el dolor agudo como para el dolor crónico; aplicable en todas las condiciones de dolor, desde humanos hasta animales y, lo más importante, definido por la perspectiva de la persona que sufre. (15,16)

La definición se complementa con 6 notas explicativas que vienen a ser una lista de ítems que incluyen etimología: (15,16)

1. El dolor es siempre una experiencia personal en la que influyen, en mayor o menor medida, factores biológicos, psicológicos y sociales.
2. El dolor y la nocicepción son fenómenos diferentes. El dolor no puede ser determinado exclusivamente por la actividad de las neuronas sensibles.
3. A través de sus experiencias de vida, las personas aprenden el concepto de dolor.
4. Debe respetarse el relato de una persona sobre una experiencia de dolor.
5. Aunque el dolor por lo general juega un papel adaptativo, puede tener efectos adversos en la función, así como en el bienestar social y psicológico.
6. La descripción verbal es solo uno de varios comportamientos que pueden expresar dolor; la incapacidad de comunicarse de palabra no implica que un humano o animal no sienta dolor, el dolor se puede expresar por medio de un lenguaje no verbal.

Estas notas explicativas complementan la definición de dolor, reconociendo, pero no limitándose a los avances en el conocimiento basados en la moderna neurociencia del dolor, incorporando además otros factores relevantes como la cognición, las conductas, así como factores culturales y educativos. (15,16)

El dolor es definido para las personas con demencia avanzada, según Kaasaleinen, como una experiencia sensorial y emocional desagradable. Siendo una experiencia modulada por múltiples factores intrínsecos y extrínsecos junto con las expectativas y las emociones de una persona. El dolor es sólo una parte del complejo fenómeno somático, psicológico, social y espiritual del sufrimiento. Por lo tanto, no es suficiente considerar únicamente los aspectos fisiológicos del dolor y debe contemplarse como una experiencia muy individual, moldeada por el contexto y la percepción de su significado. (10,17–19)

El dolor se puede dividir en dos tipos principales: dolor agudo y crónico. El dolor agudo tiene como objetivo evitar que nuestro organismo se vuelva a exponer a lesiones, mientras que el dolor crónico se manifiesta de manera patológica, inadecuada, provocando sufrimiento a los individuos afectados. Precisamente el dolor crónico puede representar una gran limitación para las personas mayores.(11,20,21)

El dolor se puede clasificar por numerosos criterios: según su duración, patogenia, localización, curso, intensidad, factores pronósticos de control del dolor y farmacología. (18,22)

Según la duración, el dolor se puede clasificar en: (18,22,23)

- Agudo: No suele durar más de 3 meses y es limitado en el tiempo.

- Crónico: Dura más de 3 meses, perdura más allá de la lesión que lo ha provocado y se considera ilimitado en su duración.
- Irruptivo: Es aquel que aparece sobre el dolor crónico, de elevada intensidad, rápida instauración y corta duración.

Según la patogenia, se puede clasificar en: (18,22,23)

- Dolor nociocectivo: Considerado el tipo de dolor más frecuente y se divide en somático y visceral. Se presenta en todos los individuos normales como consecuencia de la aplicación de estímulos que producen daño o lesión a órganos somáticos o viscerales. Se considera la consecuencia de la activación del sistema neurofisiológico constituido por nociceptores periféricos, vías centrales de la sensación dolorosa y, finalmente, corteza cerebral.
- Dolor neuropático: Es producido por estímulo directo del sistema nervioso central o por lesión de las vías nerviosas periféricas. Puede describirse como punzante, quemante, acompañado de parestesias, disestesias, hiperalgesia, hiperestesia y alodinia.
- Dolor psicógeno: Directamente relacionado con el ambiente psicosocial que rodea al individuo.

Según la localización, se puede clasificar en: (18,24,25)

- Dolor somático: Resultado de la excitación anormal de nociceptores somáticos superficiales o profundos. Dolor localizado, punzante y que se irradia siguiendo trayectos nerviosos.
- Dolor visceral: Producido por la excitación anormal de nociceptores viscerales. Se localiza mal, es continuo y profundo. Asimismo, puede

irradiarse a zonas alejadas, al lugar donde se originó, y se acompaña de síntomas neurovegetativos.

Según el curso, el dolor se puede clasificar en:(18,22,25)

- Dolor continuo: Persistente a lo largo del día, y no desaparece.
- Dolor irruptivo: Exacerbación transitoria del dolor en pacientes bien controlados con dolor de fondo estable.

Clasificación del dolor según la intensidad: (18,22,24,25)

- Leve: Puede realizar actividades habituales.
- Moderado: Interfiere con las actividades habituales.
- Severo: Interfiere con el descanso.

La clasificación del dolor, según factores pronósticos de control del dolor, incluye el dolor difícil o también llamado complejo que no responde a la estrategia analgésica habitual indicada por la escala analgésica de la OMS. De igual manera la clasificación del dolor según la farmacología se basa en la respuesta a los tratamientos. Donde se describe que los dolores viscerales y somáticos tienen buena respuesta a los opiáceos. El dolor óseo y el dolor por compresión de nervios periféricos puede considerarse parcialmente sensible a los opiáceos y finalmente los dolores escasamente sensibles a opiáceos, como el dolor por espasmo de la musculatura estriada y el dolor por infiltración o destrucción de nervios periféricos.
(18,22,25,26)

1.3 MECANISMOS DEL DOLOR

El procesamiento del dolor es extremadamente complejo y consiste en la transducción y transmisión de una entrada nociva mecánica, química o térmica desde el receptor periférico al cerebro. El dolor comienza con la estimulación de los nociceptores, que son fibras de la piel capaces de detectar estímulos periféricos a través de sus sensores moleculares dispuestos en las terminales nerviosas, llevando las señales a la asta dorsal de la médula espinal a través de los ganglios de la raíz dorsal. Los nociceptores están ubicados en tres clases de fibras nerviosas primarias involucradas en la transmisión del dolor, las fibras A β , A δ y tipo C. (11,13,27)

Los nociceptores están especializados en distinguir estímulos de diferentes fuentes, como agresiones mecánicas, térmicas o químicas, además de detectar mediadores inmunitarios tales como bradicinina, citoquinas e histamina, ATP, microorganismos y sus toxinas. Posteriormente, el estímulo se transduce a un potencial de acción y se procesa en el cerebro, llegando a ser percibido como una sensación de dolor. (11,27)

Las interacciones neuroinmunes ocurren tanto a nivel periférico como central, modulando el dolor durante la inflamación. Los macrófagos, mastocitos, neutrófilos y células T actúan en la sensibilización de los nervios periféricos mediante la liberación de citocinas, factores de crecimiento, quimiocinas y mediadores lipídicos. Los mecanismos centrales del dolor pueden ser modulados por interacciones neuroinmunes en la médula espinal. En esta etapa, la neurotransmisión del dolor que involucra la producción de ATP, citocinas y glutamato probablemente esté influenciada por la interferencia entre las células T, la microglía y los astrocitos que actúan sobre las neuronas pre y postsinápticas. (11,28)

Tanto los estudios neuropatológicos como los de neuroimagen han descrito áreas cerebrales interconectadas que activan diferentes regiones del SNC y son importantes en la mediación del procesamiento del dolor. La activación neural ocurre principalmente en S1, S2, ACC, la ínsula, PFC, el tálamo y el cerebelo. (11,29)

El estímulo nociceptivo alcanza las áreas supraespinales, más específicamente la amígdala y el núcleo accumbens, y la PAG a través de las vías espinoparabraquial y espinoreticular, respectivamente. Las áreas ACC y de la ínsula están involucradas en el componente afectivo del dolor, mientras que S1 y S2 son regiones sensoriales, que son fundamentales para determinar la duración y la ubicación del dolor. (11,29)

Los estados emocionales y cognitivos influyen directamente en los mecanismos neurales del dolor crónico y un aumento del dolor modula negativamente los estados emocionales y cognitivos del individuo. Estos dos factores actúan sobre las señales nociceptivas aferentes al cerebro y las vías inhibitorias descendentes del dolor. Curiosamente, los estados emocionales y cognitivos modulan la percepción del dolor de manera diferente. Se ha descrito que un estado emocional alterado modula la sensación desagradable del dolor activando circuitos en el ACC, PFC y PAG. (11,29)

Con base en lo anteriormente descrito, se ha determinado que el procesamiento del dolor se da a través de los receptores nociceptivos transmitido por dos redes neuronales principales interconectadas que se describen en la figura 1. (2,4,6)

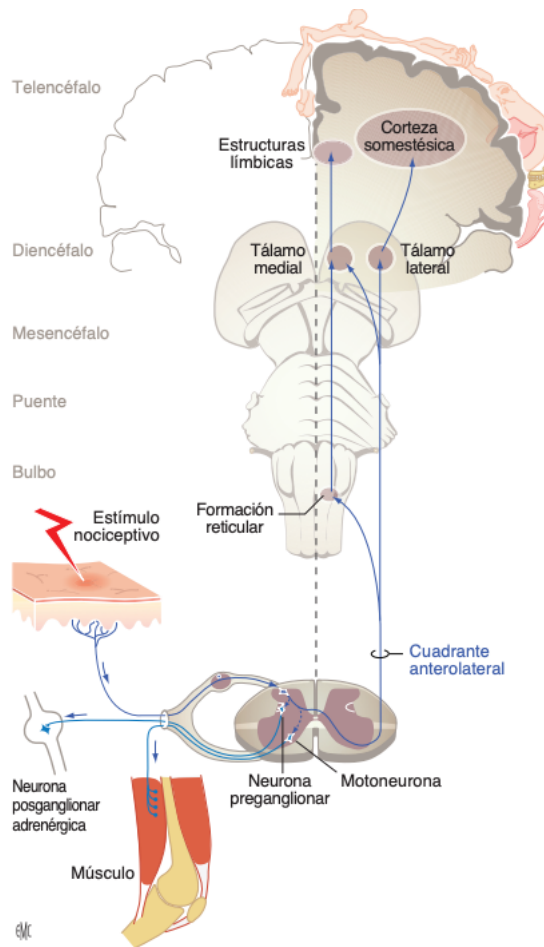


Figura 1. Organización de las vías nociceptivas de dolor. Fuente: Plaghki y colaboradores. (30)

El componente lateral del dolor se encuentra formado por el sistema neoespinotalámico que finaliza en el tálamo contralateral y envía fibras a la formación reticular, utilizando como principal neurotransmisor el glutamato y se encarga de la transmisión de la sensibilidad del tacto protopático, dolor agudo y temperatura, es decir del componente sensorial discriminativo que se encarga de la localización, calidad e intensidad del dolor, y ayuda al individuo a localizar el dolor, percibir su intensidad relativa y describir sus características. (2,4,6)

El sistema del dolor medial, que comprende la amígdala, el tálamo medial, el hipocampo, la corteza anterior del cíngulo y la corteza prefrontal, es una vía que

media los aspectos cognitivo-evaluativos y motivacionales-afectivos del dolor. Además, los aspectos autonómicos-endocrinos también están mediados por el sistema medial. (2,4)

Algunos autores han propuesto la existencia de una tercera vía que media en otros aspectos críticos del dolor. Se cree que se trata de un sistema de dolor rostral o límbico, que media los aspectos conductuales del dolor, por ejemplo, el comportamiento agitado, agitación o vocalización como reacción al dolor, sin embargo, se encuentra en investigación. (2,4)

Existe una superposición considerable entre estos tres sistemas (medial, lateral y límbico) con la excepción del cuerpo estriado ventral del cerebro, que funciona exclusivamente en la vía límbica. Las aferencias sensitivas del tálamo llegan a la corteza cerebral, implicando muchas áreas corticales y varios núcleos talámicos. Estas zonas cerebrales en conjunto, con los factores moduladores y reguladores del dolor, hacen que el procesamiento y la percepción del dolor sea un fenómeno de gran complejidad y que cualquier alteración en diferentes partes del sistema pueda alterar el mismo. (2,4,6)

La corteza S1 localiza el lugar del estímulo doloroso, las cortezas S1, S2, corteza insular posterior y cingular anterior caudal están implicadas en el componente sensorial del dolor, mientras que la corteza cingular anterior rostral y orbitofrontal lo están en el componente afectivo. (6)

De manera que, de estas estructuras anatómicas, anteriormente descritas, se originan la percepción consciente del dolor y las actividades subconscientes y respuestas neuromoduladoras efectoras, endocrinas y emocionales, iniciadas consciente o inconscientemente.

Con base en los mecanismos del dolor, se puede definir que la experiencia dolorosa tiene tres dimensiones: (22,23,26)

1. Dimensión sensitivo-discriminativa: reconoce las cualidades sensoriales del dolor como la localización, intensidad, cualidad, características espaciales y temporales.
2. Dimensión cognitiva-evaluadora: considera el significado de lo que está ocurriendo y de lo que pueda ocurrir además de la percepción tal y como se está sintiendo el estímulo.
3. Dimensión afectivo-emocional: la sensación dolorosa estimula un componente emocional en el que confluyen deseos, esperanzas, temores y angustia.

1.4 DOLOR Y ENVEJECIMIENTO

El proceso de envejecimiento produce cambios en los SNC y periférico relacionados con el procesamiento del dolor y en los sistemas de control endógeno inhibitorio, disminuyendo el umbral del dolor. Además, se describe una disminución de neurotransmisores monoaminérgicos (NA, DO, SE) y de receptores opiáceos en diencéfalo, protuberancia, médula y sustancia gris periacueductual con una disminución de la activación frente al dolor del núcleo caudado contralateral y putamen en RMN. (6)

Algunos estudios han documentado un incremento en el dolor clínico en relación con la edad, especialmente en los músculos esqueléticos, pero los datos experimentales son contradictorios sugiriendo que la sensibilidad al dolor aumenta, disminuye o se mantiene invariable a lo largo de la vida. También se han descrito

cambios farmacológicos en los ancianos y se ha informado la variabilidad interindividual en la sensibilidad a los opioides en varios estudios con informes de sensibilidad aumentada, disminuida o sin cambios en pacientes mayores en comparación con adultos más jóvenes. (13)

Se ha descrito que los adultos mayores toleran mejor el dolor agudo en comparación con el dolor persistente. Esto podría estar relacionado con las diferencias en la duración, el origen y causa del dolor crónico y agudo. Los mecanismos sensoriales como neuroplasticidad defectuosa o vías nociceptivas alteradas, los componentes conductuales como una mayor aceptación del dolor y autoeficacia y niveles menos catastróficos, así como factores hormonales como los estrógenos y factores sociales como el apoyo social pueden influir en la percepción del dolor en el anciano. Sin embargo, los elementos que sustentan estos mecanismos alterados necesitan más investigación para ser aclarados, de manera que la interacción entre la percepción del dolor y el envejecimiento, que aún se desconoce, sean esclarecidos. (11)

El envejecimiento está relacionado con la disminución de la percepción del dolor en varias afecciones dolorosas que afectan a los adultos mayores, como el dolor posoperatorio, el dolor por cáncer y la peritonitis. Este umbral de dolor aumentado y sensibilidad reducida al dolor leve podría llevar a un aumento de lesiones y enfermedades no diagnosticadas. (11,30)

Una revisión sistemática y un metaanálisis informaron que el umbral de dolor promedio aumentó significativamente en las personas mayores >60 años, en comparación con los más jóvenes en respuesta a la estimulación térmica, eléctrica y de presión, además de la distensión rectal y esofágica. En relación con las diferencias en los umbrales de tolerancia al dolor los valores promedio no difirieron

significativamente entre los grupos de jóvenes y adultos mayores a pesar de que la diferencia tendió a ser significativa. Esto es indicativo de que el envejecimiento está relacionado con un deterioro de los mecanismos periféricos y centrales que subyacen a la transmisión propioceptiva. (11,31,32)

Estudios con RMNf en ratas adultas documentaron que principalmente las ratas adultas hembras, muestran una reducción de las vías inhibitorias endógenas del dolor, probablemente a través de la participación del sistema límbico, al evaluar las respuestas de abstinencia térmica después de la inyección de capsaicina de manera que los cambios relacionados con la edad de las redes PAG están implicados en los circuitos defectuosos de control del dolor en los ancianos. También un conjunto de evidencia demostró que las neuronas del asta dorsal obtenidas de ratones viejos exhibieron descargas de potencial de acción más rápidas, con una reducción de las entradas excitatorias aliadas a un aumento de la señalización inhibitoria GABAérgica, en comparación con las más jóvenes, según la evaluación electrofisiológica. Los autores sugirieron que las neuronas espinales envejecidas podrían ser más susceptibles a las lesiones, lo que ayuda a explicar la transmisión alterada del dolor en los ancianos. (33–35)

Algunos autores han utilizado el término presbialgia a las modificaciones sensoriales del anciano frente al dolor. Sin embargo, no existen pruebas claras de los cambios o diferencias por envejecimiento en el número de nociceptores primarios. En la tabla 1 se resumen los cambios en relación a mecanismos de dolor en adultos mayores. (22,36,37)

- Descenso de la nocicepción para estímulos de presión y no para estímulos térmicos, especialmente en hombres.
- Aumento de la tolerancia al dolor cutáneo.
- Reducción de la tolerancia al dolor profundo.
- Tiempo de reacción más largo a la percepción del primer dolor, no del segundo.
- Disminución de la sensibilidad al dolor de baja intensidad, especialmente para el dolor por calor.
- Predominio de las fibras C sobre las A delta en las personas mayores, mayor predominio como lento sordo y profundo.

Tabla 1. Resumen de cambios en relación a mecanismos de dolor en adultos mayores. Fuente: elaboración propia.

De manera que los cambios producidos por el envejecimiento fisiológico pueden contribuir a modificar algunas características de la percepción del dolor que podrían dificultar su diagnóstico, que se pueden agravar si existen trastornos cognitivos. Realmente en lo que sí existe un consenso claro es que la experiencia dolorosa en el grupo de mayores de 65 años es vivida como “normal”, inherente a la vejez, lo que no exime de ser consultado al médico. (22,26)

Pacientes con dolor crónico poseen en RMN cambios difusos del giro cingulado, giro poscentral, giro frontal superior, siendo la microarquitectura cerebral más compleja y activa que en controles, lo que influye en el procesamiento del dolor, modificaciones de la respuesta emocional y de la adaptación al estrés. (6)

El dolor crónico, como el deterioro cognitivo, es más frecuente en los pacientes mayores que en los más jóvenes. Cuando el dolor crónico y los déficits cognitivos, como la demencia, existen en un paciente, ese paciente puede tener dificultades para comunicar su necesidad de controlar el dolor. Esto puede conducir a la frustración, la desesperación, la ira, la agresión y el sufrimiento incontrolable.(2)

Además de la incomodidad y la angustia causadas por el dolor, con frecuencia es la causa subyacente de los síntomas conductuales que pueden producir un tratamiento inadecuado de medicamentos antipsicóticos en pacientes portadores de demencia.

(4)

1.5 DEMENCIA

La demencia representa una condición médica degenerativa, progresiva e irreversible que puede ser en la mayoría de los casos de etiología vascular, metabólica o postraumática. Se caracteriza por amnesia y al menos otro déficit cognitivo como afasia, apraxia, agnosia y disfunción ejecutiva, que representa un decline respecto al funcionamiento basal previo, de suficiente intensidad para interferir con el funcionamiento social normal del paciente y lo hace incapaz de poder vivir solo. Puede afectar la memoria, la capacidad de aprendizaje, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, las habilidades lingüísticas y la función ejecutiva, pero que no afecta la conciencia. (2,10)

De manera general no es posible establecer el umbral entre lo normal y lo patológico en los cambios cognitivos debido al propio envejecimiento ya que pueden darse alteraciones del funcionamiento a nivel neuropsicológico como alteraciones macroscópicas, atrofia cerebral, placas y ovillos neurofibrilares, sin presencia de demencia, lo que demuestra la gran variabilidad en la expresividad clínica y la alta heterogeneidad en función de las comorbilidades, fármacos y reserva funcional adquirida. (6)

La demencia es una de las enfermedades de más rápido crecimiento en los adultos mayores y se considera como un diagnóstico devastador para los pacientes y los cuidadores. Existen diferentes tipos de demencia y según la localización de la lesión en el SNC se puede clasificar la demencia en demencias corticales, demencias subcorticales y demencias mixtas donde cada una tiene manifestaciones únicas en cada persona, sin embargo, un enfoque individualizado debe ser el manejo a seguir independientemente del tipo de demencia. (38)

El DSM V no utiliza el término demencia y en su lugar lo define como un trastorno neurocognitivo grave, en el que hay signos de deterioro cognitivo significativo, en comparación con los niveles anteriores en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social), que puede basarse en la preocupación por el propio individuo, por el informante o por el clínico que lo conoce. Este deterioro cognitivo debe confirmarse mediante una prueba neuropsicológica estándar o, en su defecto, mediante otra evaluación clínica cuantitativa. (39)

Para obtener el diagnóstico de demencia, en primera instancia se deben realizar pruebas básicas de laboratorio y estudios de imagen para descartar causas reversibles y posteriormente se confirma el mismo mediante baterías de evaluaciones cognitivas en conjunto con una valoración integral. El objetivo esencial debe ser ayudar a la función y la memoria del paciente con el fin de prolongar la independencia y mantener la seguridad y la dignidad del paciente. (38)

En función de los resultados obtenidos en diversas pruebas como el MMSE, se clasifican las demencias según el puntaje obtenido en la prueba, de manera que

demencia muy grave corresponde a un MMSE 0-2, demencia grave a un resultado de MMSE 3-9 y un puntaje MMSE 10-15 equivale a una demencia moderadamente grave. (18)

También se utilizan otras escalas para definir la evolución del deterioro de la cognición y las funciones en actividades de la vida diaria hasta las eventuales consecuencias por algún tipo de demencia, éstas son la escala FAST y GDS. La escala FAST tiene 7 etapas, al igual que la escala GDS, pero las etapas finales se desglosan en detalle en la pérdida paulatina de las funciones más básicas. En la tabla 2 se describen los aspectos más evidentes de cada etapa y su equivalencia entre las escalas GDS y FAST. Mientras que GDS se enfoca más en aspectos cognitivos, FAST se enfoca en aspectos funcionales. La etapa de demencia grave o avanzada se define como GDS 7 o a partir de un FAST 7a. (18)

	Grado clínico demencia	GDS	FAST
1	Normalidad	Sin pérdida alguna	Sin pérdida alguna
2	Deterioro cognitivo subjetivo	Alteración cognitiva subjetiva Quejas de memoria o de otras funciones cognitivas	Déficit subjetivo en evocación de palabras o localización de objetos
3	Deterioro cognitivo leve	Déficit de memoria o cognitivos sutiles, observables por terceros	Déficits percibidos en contextos demandantes
4	Demencia leve	Déficits claros en el examen clínico Deterioro cognitivo moderado	Asistencia en tareas complejas
5	Demencia moderada	Deterioro cognitivo moderadamente grave. Dificultad en el recuerdo de detalles personales importantes.	Asistencia elección apropiada de ropa
6	Demencia moderadamente grave	Gran incapacidad para verbalizar episodios recientes de su vida Frecuentes alteraciones conductuales Deterioro cognitivo grave	6a asistencia para vestirse
			6b asistencia para ducharse
			6c asistencia para el uso del inodoro
			6d incontinencia urinaria
			6e incontinencia fecal
7	Demencia grave	Pocas palabras inteligibles o incompetencia verbal Deterioro cognitivo y motor muy grave	7a Habla limitada a media docena de palabras
			7b Habla inteligible limitada a una palabra
			7c Pérdida de la capacidad de caminar
			7d Pérdida de la capacidad de mantenerse sentado
			7e Pérdida de la capacidad de sonreír
			7f Pérdida de la capacidad de sostener la cabeza

Tabla 2. Comparación entre escala GDS, FAST y Grado clínico de demencia. Fuente: elaboración propia, basada en Brent y colaboradores (25)

Los criterios para incluir a los pacientes con demencia avanzada en programas de cuidados paliativos según la NHO son estadio 7c o superior en la escala FAST, edad > 70 años, puntuación en el MMSE menor de 14 puntos, 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. (18)

Los pacientes con demencia avanzada presentan una alta vulnerabilidad biológica, social y personal. De manera que, en el manejo de estos pacientes se encuentran necesidades complejas con altos niveles de dependencia. Además, asociado con todas las formas de demencia se han descrito déficits en el autocontrol y constricción emocional, deterioro en interacciones sociales, conductas disruptivas y falta de motivación. (2,40–42)

Los signos clínicos de pacientes con demencia avanzada se caracterizan por trastornos del lenguaje verbal, una disminución pronunciada del habla oral y la presencia de ecolalia, palilalia, perseveraciones, sonidos guturales, quejidos, entre otros. También se puede presentar mutismo, pero es menos común. A diferencia de otros trastornos del lenguaje, este déficit no puede ser suplido por el llamado lenguaje no corporal (gestos, entonación, mímica). (18)

Los trastornos de la memoria afectan a todos los sistemas, siendo particularmente afectados la memoria episódica y la memoria semántica. Otras funciones cognitivas como la percepción, la manipulación y las funciones ejecutivas también se encuentran gravemente afectadas, pero parece haber una relativa conservación emocional. (18)

Regularmente los pacientes tienen una dependencia funcional completa y presentan problemas nutricionales y de movilidad en etapas de demencia avanzada. También es común la aparición de síndromes geriátricos como la inmovilización, las

alteraciones nutricionales, las úlceras por presión y las infecciones a repetición, condicionando el pronóstico vital de los pacientes. (18)

Los síntomas neuropsiquiátricos se encuentran regularmente en fases avanzadas de la demencia. (18)

1.5.1 Epidemiología del dolor en la población con demencia

El dolor crónico representa una condición de salud pública mundial grave que afecta a personas de todas las edades. En una encuesta poblacional transversal realizada en 2014 en Umbría, Italia, se encontró que el dolor crónico afectaba al 28,4 % de la población, de los que aproximadamente un 51,5 % experimentaba dolor crónico considerado severo. La prevalencia de dolor crónico fue significativamente mayor en mujeres que en hombres y aumenta con la edad. (2)

Según Miranda et al, en un estudio observacional prospectivo en 233 pacientes residentes de centros de larga estancia la prevalencia de dolor en personas con demencia corresponde a un 46.4%, mientras que el dolor se encontró en 28.3% personas sin demencia. De manera que la prevalencia de dolor crónico corresponde a casi el doble en pacientes con demencia que aquellos sin demencia. (43)

En general, en comparación con los adultos más jóvenes, los adultos mayores tienen una mayor incidencia y prevalencia de dolor crónico, que en muchos casos puede tratarse de manera inadecuada. De manera que los adultos mayores son más vulnerables a condiciones dolorosas crónicas y la presencia de demencia en esta población puede comprometer la atención. (2)

Los pacientes con demencia no están bien representados en los ensayos clínicos en general y los médicos que atienden a pacientes con demencia a menudo deben

confiar más en su propia experiencia que en la evidencia clínica o la orientación de las sociedades profesionales, que es limitada. Un análisis transversal de 115 pacientes con demencia, que vivían en la comunidad, más sus cuidadores, informó que el 54 % de los pacientes tenía algún tipo de dolor no relacionado con el cáncer en un día promedio y que el tratamiento inadecuado del dolor era 1,07 veces más probable por cada año adicional de edad, había una probabilidad 2,5 veces mayor de deterioro de las actividades de la vida diaria y una probabilidad 3,0 veces mayor de demencia avanzada además de la cohorte de pacientes, el 46% recibió analgesia insuficiente para su dolor.(2)

El dolor suele ser un síntoma auto informado, y los desafíos cognitivos y los déficits de comunicación de los pacientes con demencia hacen que el autoinforme sea difícil, poco confiable, errático e incluso imposible. Las barreras para el autoinforme del dolor en pacientes con demencia incluyen déficits lingüísticos, cambios de personalidad, pérdida de memoria, confusión, falta de juicio, disminución del pensamiento abstracto y la función ejecutiva. Esto se confunde aún más por el hecho de que muchos comportamientos relacionados con el dolor pueden malinterpretarse como síntomas de demencia. (2,44)

1.5.2 Procesamiento del dolor en pacientes con demencia

En los pacientes con demencia no se aprecian cambios en el umbral de respuesta al dolor, pero sí en la tolerancia al mismo, de manera que el componente sensorial está ileso mientras que el componente afectivo del dolor se encuentra modificado. Sin embargo, aún no está claro si en estos pacientes, la experiencia del dolor cambió debido a la disminución de las vías nociceptivas o a la degeneración progresiva de

las regiones cerebrales involucradas en el procesamiento del estímulo nociceptivo. (6,45)

Existen brechas sustanciales en la comprensión de cómo la demencia y otros pacientes con deterioro cognitivo perciben y procesan el dolor. Algunos estudios sugieren que las personas con demencia pueden experimentar el dolor de manera diferente a las personas sin demencia, y al valorar los diferentes componentes del dolor en relación con el tipo de demencia, se pueden apreciar las diferencias de forma didáctica, aunque en la realidad es probable que confluyan de forma heterogénea por la alta variabilidad individual. (2,6,45)

La corteza prefrontal controla el procesamiento del dolor y la respuesta analgésica en el dolor crónico, por lo que antiguamente ante dolores muy refractarios como neuralgias del trigémino se solían practicar lobotomías frontales bilaterales. (6)

Los cambios cerebrales asociados con la demencia pueden alterar la forma en que las personas procesan y experimentan el dolor de maneras que no se encuentran del todo claras. Varios autores han descrito que según la etiología de la demencia se han definido cambios en la neuroanatomía y la expresión de diferentes componentes del dolor, así como los cambios en la percepción del dolor. Sin embargo, no hay evidencia empírica que sugiera que las personas con demencia sienten menos dolor ya que es posible que no puedan comunicar verbalmente el dolor. (2,6,46)

De manera que las deficiencias en la comunicación pueden oscurecer el hecho desafiante de que los pacientes con demencia parecen procesar y percibir el dolor de modo diferente que las personas sin demencia. Sin embargo, la alteración de las habilidades cognitivas asociadas con la demencia que impide las descripciones

básicas del dolor y la incapacidad de las personas con demencia para describir el dolor o pedir alivio del dolor no debe interpretarse como que no existe dolor. (2,47)

Los cambios neuropatológicos en el cerebro varían según el subtipo de demencia y pueden reflejarse en cómo el individuo siente la intensidad del dolor. Se necesita más investigación para dilucidar mejor estas distinciones. Se ha propuesto que los cambios en la sustancia blanca del cerebro pueden desempeñar un papel importante en el procesamiento del dolor. (2)

Con el avance de la edad, hay pérdidas significativas y generalizadas en los sistemas nerviosos central y periféricos involucrados en el procesamiento del dolor, incluidas las vías de transmisión aferentes y los sistemas de control inhibitorio descendente endógeno. De manera que es probable que la presencia de una enfermedad demencial añada más deficiencias en las vías centrales de procesamiento del dolor. (2,18,23)

Se ha descrito que la materia blanca cambia con la edad, independientemente de si la cognición se ve afectada o no y estos cambios en la materia blanca se han asociado con una menor tolerancia al dolor. Un estudio de pacientes adultos mayores sin demencia encontró que la sustancia blanca estaba involucrada en el componente afectivo del procesamiento del dolor ya que la sustancia blanca forma parte de las conexiones intracortical e intrasubcortical y también participa en la conexión de regiones corticales a subcorticales. (2)

La corteza prefrontal juega un papel importante en el procesamiento de las emociones, incluido el componente emocional del dolor. Los cambios en la materia blanca se pueden correlacionar con el efecto del dolor de un individuo, ya que estos desinhiben el sistema del dolor medial, asociado con el desarrollo de dolor crónico,

así como los déficits funcionales en las vías laterales del dolor. Es un hallazgo intrigante que una cingulotomía (transección de la corteza cingulada anterior) confiera un beneficio analgésico en forma de alivio de los síntomas aversivos del dolor. Estos hallazgos requieren mayores investigaciones. (2)

Se ha demostrado que, si el estímulo es más fuerte y está muy por encima del umbral del dolor, el paciente tiene respuestas autonómicas atenuadas pero una percepción normal del dolor. Sin embargo, las respuestas autonómicas a los estímulos dolorosos pueden atenuarse en todas las personas mayores, independientemente de si tienen o no algún tipo de demencia. (2)

Hasta la fecha, los estudios limitados y relativamente pequeños sobre la percepción del dolor en pacientes con demencia han producido hallazgos conflictivos e incluso contradictorios, informes en los que el procesamiento del dolor aumenta, disminuye o no cambia en los pacientes con demencia. Estos resultados mixtos pueden deberse a varios factores: que se estudiaron diferentes tipos de demencia, se usaron diferentes tipos de evaluaciones del dolor y los pacientes pueden responder de manera diferente según la gravedad de la demencia. (2)

Los ensayos clínicos que involucran a pacientes con demencia pueden ser difíciles de realizar y evaluar. En un estudio de 35 pacientes con demencia y 46 pacientes de control sanos de la misma edad, a los sujetos se les administraron estímulos eléctricos nocivos y se evaluaron mediante hallazgos subjetivos (escala de calificación del dolor), respuestas faciales, el NFR, y la intensidad de los estímulos se calibró a los umbrales de dolor de cada individuo en función del reflejo motor. En términos de calificación verbal del dolor, los pacientes con y sin demencia informaron puntajes similares para los estímulos, aunque algunos pacientes con

demencia tuvieron más dificultades con el proceso de calificación que los controles sanos. Los pacientes con demencia diferían de los controles sanos en que tenían respuestas faciales significativamente más pronunciadas al dolor. Por otro lado, el umbral de NFR y las respuestas autonómicas se redujeron en los pacientes con demencia frente a los controles. Este estudio sugiere que los pacientes con demencia, al igual que sus controles emparejados, experimentan dolor, pero lo procesan de diferentes maneras.(2)

Por otra parte, el efecto placebo en el control del dolor es un área activa de investigación neurocientífica, ya que involucra la compleja interacción entre varias funciones cerebrales, desde la expectativa, la ansiedad y la recompensa, hasta el aprendizaje, el condicionamiento y la cognición. En este contexto, un placebo es más que una sustancia ineficaz, sino que sirve como una pista contextual compleja que activa ciertas funciones cerebrales de manera similar a un agente activo. La genética se ha implicado en el grado en que los placebos pueden afectar a un individuo. Investigaciones recientes enmarcan el efecto placebo como una respuesta psicosocial que puede verse afectada por el contexto en el que se administra el placebo, junto con las palabras, los rituales, los estímulos sociales, los comportamientos y otras pistas que lo acompañan. Los mecanismos detrás del efecto placebo son los mismos que los desencadenados por la droga. Por lo tanto, un placebo podría proporcionar un conjunto de señales psicosociales que imitan las que se dan cuando se administra una terapia significativa. En pacientes que tienen una función ejecutiva prefrontal deteriorada, la cual es crucial para el efecto placebo se tendrá una capacidad reducida para notar y responder a las señales psicosociales que se ofrecen con el placebo y, por lo tanto, no obtienen ningún beneficio del efecto

placebo de manera que la pérdida del efecto placebo en pacientes con demencia subraya que el dolor se procesa de manera diferente en pacientes con demencia. (2)

1.5.3 Enfermedad de Alzheimer

El síndrome demencial más frecuente es EA, en la que se produce un aumento de A β y p-tau en la corteza entorrinal, amígdala e hipocampo, alterando en gran medida estas estaciones moduladoras y reguladoras del dolor, como el núcleo del rafe, el sistema nervioso vegetativo y el núcleo talámico intralaminar. Según datos epidemiológicos, a partir de los 65 años su tasa de evolución es creciente. (6,18)

Existen pocos estudios que hayan investigado la relación que existe entre la EA y la neuropatología del dolor. En la EA, la distribución de los cambios neuropatológicos conduce a un mayor impacto en el sistema de dolor medial que en el sistema lateral. (4,18)

El dolor es transmitido por el sistema lateral e interpretado en el cortex somatosensorial en áreas que no se encuentran especialmente afectadas en EA. Esto implicaría que los aspectos cognitivo-evaluativo y motivacional-afectivo del dolor se ven más afectados que los aspectos sensoriales-discriminativos. Las consecuencias clínicas para las personas con EA serían un umbral del dolor sin cambios pero una mayor tolerancia y mayor respuesta afectiva al dolor. (4,42)

También la respuesta autonómica o vegetativa al dolor decrece en pacientes con EA con estímulos umbral, normalizándose la respuesta solo con estímulos más intensos. De manera que únicamente estímulos dolorosos importantes manifestarían sintomatología que altera la posible medida final del dolor. Como

ejemplo se ha documentado que la cefalea postpunción lumbar en pacientes con EA tiene una disminución de la incidencia, gravedad y duración, y la frecuencia de dolor tras movimiento también es menor, sin apreciarse trastornos conductuales. (6)

Hallazgos más recientes han demostrado que el procesamiento del dolor, como lo indican las respuestas cerebrales en estudios de electroencefalografía y RMNf, reflejos de dolor y respuestas faciales a estímulos nocivos, no parece disminuir en pacientes con Alzheimer. De hecho, en algunos casos, parece estar elevado. (4)

Benedetti et al encontraron que los pacientes con EA tenían una mayor tolerancia al dolor y que estaba directamente relacionado con la gravedad del deterioro cognitivo. Por el contrario, Cole et al investigaron la actividad cerebral relacionada con el dolor mediante RMNf y mostraron que la percepción y el procesamiento del dolor disminuyeron en pacientes con EA. (43,45)

Se ha propuesto que la disfunción noradrenérgica y la neuroinflamación son mecanismos centrales comunes que afectan las regiones del cerebro relacionadas tanto con los componentes afectivos del dolor como con las redes cognitivas en pacientes afectados de Alzheimer. Además, se ha demostrado que los inhibidores de la acetilcolinesterasa, como la neostigmina y la rivastigmina, muestran efectos beneficiosos sobre el dolor crónico, por lo que se considera que los déficits de acetilcolina están implicados tanto en el deterioro cognitivo como en el dolor persistente. (11,48)

El sistema del dolor rostral se superpone con varios componentes de las vías medial y lateral, con la excepción del cuerpo estriado ventral, que generalmente no se ve como parte de estas otras vías. El cuerpo estriado se ve gravemente afectado en la EA. Sobre la base de los hallazgos de RMNf, se plantea la hipótesis de que las

personas con EA de leve a moderada tienen una activación relativamente mayor del cuerpo estriado en respuesta al dolor y por el contrario, existe una activación relativamente reducida en la EA grave. (4)

De manera que la percepción del dolor en paciente con EA en una fase temprana es mayor comparada con aquellos que se encuentran en una etapa más avanzada de la enfermedad y se documenta que tienen el mismo umbral del dolor que una persona sana, sin embargo, asocian una significativa mayor tolerancia al mismo, y algunos estudios clínicos han encontrado menos conductas relacionadas con el dolor en pacientes con deterioro cognitivo más grave. (4,6)

En otro estudio de RMNf, se utilizó un análisis de conectividad para examinar el impacto de la EA en el funcionamiento integrado de las regiones del cerebro que median los aspectos sensoriales, emocionales y cognitivos del dolor. La conectividad funcional entre las regiones cerebrales corticales y subcorticales apareció mejorada en pacientes con EA. Se documentó que tres núcleos funcionalmente conectados eran la corteza prefrontal dorsolateral derecha, el hipotálamo y la sustancia gris periacueductal, que tendían a activarse constantemente en los pacientes con EA, que recibieron repetidos estímulos de dolor y no pudieron reducir la actividad cerebral generalizada. (4,18)

También los estudios de RMNf en pacientes con EA sugieren que los reflejos del dolor y las expresiones faciales relacionadas con el dolor siguen siendo los mismos que en los pacientes sin EA o incluso pueden mejorar un poco. (2)

Otro aspecto importante del cambio neuropatológico que se produce en el lóbulo prefrontal de las personas con EA es la alteración de la respuesta a la medicación analgésica. Un estudio experimental mostró que la expectativa endógena y el

mecanismo del placebo, un aspecto importante del manejo del dolor, se reduce en personas con EA. Este efecto es particularmente pronunciado cuando el daño en la conectividad entre los lóbulos prefrontales y el resto del cerebro es extenso. (4)

Por lo tanto, es probable que las personas con EA requieran una dosis más alta de analgésicos para lograr el resultado analgésico que normalmente se esperaría en un adulto cognitivamente sano. Además, sigue existiendo una gran incertidumbre sobre si los cambios en la barrera hematoencefálica que se producen durante el proceso de demencia podrían influir en el efecto de los analgésicos de acción central, como la morfina. (4)

Se ha descrito que la capacidad analgésica del placebo desaparece completamente en paciente portador de EA y los pacientes con EA, parecen ser más sensibles al dolor agudo respecto al crónico. (6)

1.5.4 Demencia Vascular

Las lesiones de sustancia blanca incrementan la sensibilidad por desaferenciación, lo que está relacionado con la presencia de dolor central, de manera que tiene incremento en el componente emocional del dolor. (6,22,24,25)

Este tipo de dolor, también llamado “dolor neuropático central”, ocurre con frecuencia en pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular y existe cierta evidencia clínica de que este tipo de dolor por desaferentización también podría ocurrir en la VaD. (4)

1.5.5 Demencia Fronto Temporal

En las personas con FTD, es plausible que la atrofia en la corteza prefrontal que caracteriza la condición conduzca a una disminución en los aspectos motivacionales-afectivos del dolor, y de manera similar a la EA. En un estudio, los pacientes con FTD reportaron menos dolor que los pacientes con EA después del mismo estímulo de dolor experimental. (6)

Un mecanismo subyacente para esta respuesta diferencial puede deberse a la patología más extensa en la corteza prefrontal en FTD en comparación con EA. De manera que se aprecia una reducción del procesamiento y del componente emocional, lo que resulta en una mayor tolerancia al mismo. (4,6)

1.5.6 Demencia de Cuerpos de Lewy

Asocia una reducción de la percepción del dolor y del sufrimiento, siendo las lesiones de sustancia blanca similares a las de la EA, sin embargo, la alteración fundamental se da en el área parasilviana. Existen hipótesis que plantean que los cuerpos de Lewy y la neuritis de Lewy en la corteza prefrontal son responsables de una disminución en el sufrimiento del dolor crónico. (6,23,49)

1.5.7 Demencia por enfermedad de Parkinson

En los pacientes con demencia por enfermedad de Parkinson, el dolor es una manifestación común. Se ha descrito mayor frecuencia e intensidad de dolor de otros orígenes y se ha descrito un síndrome doloroso central primario, no atribuible a ninguna de las etiologías previas. (10)

Algunas pruebas han demostrado que la hipernocicepción precede al desarrollo de síntomas motores en la enfermedad de Parkinson. Un estudio preclínico mostró que la inducción de parkinsonismo por reserpina en ratas de mediana edad desencadenó hipersensibilidad mecánica y química. (11,50)

Los adultos mayores con enfermedad de Parkinson manifestaron una mayor sensibilidad generalizada al dolor por presión, después de la aplicación de presión bilateral en la columna cervical, el segundo metacarpiano o el tibial anterior, con umbrales de dolor más bajos para las mujeres que para los hombres. Además, un estudio transversal que inscribió a 115 personas con enfermedad de Parkinson mostró que el 80% presentaba síntomas dolorosos, y casi el 60% de los casos correspondían a lumbalgia. (11,51,52)

El dolor en pacientes con enfermedad de Parkinson también se ha relacionado con la severidad de los síntomas motores, además de alteraciones del sueño y del estado de ánimo, con predominio en mujeres en relación a los síntomas de dolor. El vínculo entre los síntomas dolorosos y la gravedad de la enfermedad de Parkinson en los adultos mayores podría depender de cambios tanto estructurales como anatómicos de las redes supraespinales, principalmente relacionados con el adelgazamiento relativo de las regiones corticales y las conexiones degeneradas del núcleo accumbens y el hipocampo. (36,37,53)

Una hipótesis que actualmente está ganando atención es que los déficits dopaminérgicos están asociados con anhedonia y trastornos crónicos. Se ha estudiado el vínculo entre el dolor y las alteraciones de la neurotransmisión de la dopamina que se observó en pacientes con dolor de espalda crónico no neuropático, en comparación con controles sanos. La disponibilidad de receptores de dopamina

postsinápticos en el cuerpo estriado ventral se redujo en los pacientes con dolor de espalda crónico no neuropático. (11)

De manera que la transmisión de dopamina y las vías de señalización activadas por el receptor de dopamina son componentes relevantes a considerar en la asociación de la enfermedad de Parkinson y el dolor crónico en personas mayores ya que los mecanismos dopaminérgicos de la flexibilidad cognitiva se ven afectados por el envejecimiento y la dopamina, lo que se ha asociado con cambios en la cognición y las funciones ejecutivas en adultos.

Tipo de Demencia	Alteración
EA	<p><u>Parte medial del dolor:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Afecta Locus coeruleus • Región parabraquial • SG periacueductal • Atrofia NT, medial, intralaminar, cíngulo, ínsula, amígdala e hipocampos • Disminuyen neuronas 5HT2 <p><u>Parte lateral del dolor:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ovillos en núcleo reticular estadios finales S1 preservada, S2 más vulnerable a ovillos.
VaD	<ul style="list-style-type: none"> • Desafereenciación • Circuitos frontosubcorticales <p><u>Parte medial del dolor</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Locus coeruleus normal, desconexión hipocampo-hipotálamo • Aumento intensidad dolor • Disrupción S2 y núcleo talámico intralaminar, afecta tracto ET lateral en ínsula
FTD	<ul style="list-style-type: none"> • Atrofia frontal, temporal y regiones parietales • Lesiones de sustancia blanca • Parte medial del dolor: <ul style="list-style-type: none"> • Afecta giro frontal, ínsula y cíngulo. • Disminución flujo sanguíneo corteza prefrontal medial derecha, orbitofrontal, cíngulo y corteza temporal anterior.

Tabla 3. Cambios Neuropatológicos según algunas etiologías de demencia. Fuente: elaboración propia, basada en Alaba y colaboradores. (6)

	EA	VaD	FTD
Sensitivo-discriminativo	Normal	Alterado	Alterado
Motivacional-afectivo	Aumentada la tolerancia al dolor	Disminuye la tolerancia	Aumentado en tolerancia
Cognitivo-evaluativo	Alterado	Variable	Alterado
Memoria	Alterado	Variable	Alterado
Respuesta autonómica	Aumentada si es un estímulo normal Normal si es un estímulo mayor	Aumento de Hormona adrenocorticotropa	Alterado

Tabla 4. Componentes del dolor en algunos tipos de demencia. Fuente: elaboración propia, basada en Alaba y colaboradores. (6)

A pesar de lo anterior expuesto, la literatura destaca constantemente la falta de evidencia diferencial en torno a la patología cerebral y la experiencia del dolor en diferentes tipos de demencia. Sin embargo, es importante señalar que la mayoría de las personas con demencia tienen patologías mixtas. Es particularmente común encontrar combinaciones de atrofia de la sustancia gris y lesiones de la sustancia blanca, y estudios recientes han demostrado que el daño vascular y, en consecuencia, las lesiones de la sustancia blanca, es una característica neuropatológica prominente en la EA. Por lo tanto, quizás sea menos útil considerar las patologías específicas del dolor en tipos de demencia diferentes, pero superpuestas, y más útil para considerar las ubicaciones dentro del cerebro que se ven afectadas. (4)

Se podría especular que la atrofia de la sustancia gris parece conducir a un aumento de la tolerancia al dolor, mientras que las lesiones de la sustancia blanca provocan una disminución de la tolerancia. Sin embargo, las consecuencias del equilibrio alterado en los procesos de excitación e inhibición en la nocicepción central aún están lejos de ser claras. Estas alteraciones en el procesamiento del dolor pueden

tener consecuencias significativas para la evaluación y el tratamiento del dolor, y deben tenerse en cuenta al desarrollar enfoques de manejo del dolor para su uso en la demencia. (4)

Es importante destacar que la dirección del impacto de la neuropatología puede diferir en los subtipos de demencia, e incluso dentro de los individuos. Por lo tanto, sigue existiendo una gran incertidumbre con respecto a los efectos de los cambios neuropatológicos en la demencia. Es probable que esta falta de claridad contribuya a la indecisión en la práctica y a elecciones de tratamiento inapropiadas. (4)

1.6 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL PACIENTE CON DOLOR Y DEMENCIA

Los pacientes con demencia avanzada tienen problemas tanto para percibir e integrar cognitivamente los estímulos sensoriales dolorosos como para expresar verbalmente lo que sienten. De manera que el dolor a menudo se comunica a través del comportamiento, e inclusive autores como Cohen-Mansfield y Creedon describen el dolor conductual como “comportamiento no verbal observable”. (8,42,45)

La demencia y dolor también están estrechamente relacionados con el envejecimiento, ya que ambos aumentan casi en modo exponencial con el mismo. Ciertas patologías dolorosas aparecen al envejecer y hay cambios, en las estructuras nerviosas, relacionados con la experiencia del dolor que puede condicionar y modificar la manera en que se expresa. (10,45)

Los síntomas conductuales relacionados con la demencia son inapropiados, repetitivos y desestabilizan el entorno de vida y de trabajo. Entre los síntomas del

SCPD descritos en la literatura, los más importantes son el comportamiento errante, el comportamiento agresivo y el comportamiento agitado. La deambulación ocurre en aproximadamente el 40-60 %, mientras que la agresión y la agitación ocurren en aproximadamente el 50 % al 80 % de los residentes, en residencias de larga estancia americanas, con déficits cognitivos. (8,43)

Aún no está claro qué tipo particular de SCPD es más probable que se asocie con el dolor, sin embargo, no es debatido que el dolor pueda aparecer como un trastorno del comportamiento, siendo algunos fenotipos conductuales, como la ansiedad, la irritabilidad y la agresión los más frecuentes según estudios. Otros estudios realizados en hogares de larga estancia han demostrado que el dolor se correlaciona positivamente con la agresión y la agitación y el comportamiento socialmente inapropiado, así como con la resistencia a la atención y los delirios. (41,45,46)

En un estudio, de 2822 residentes de hogares de ancianos con deterioro cognitivo con una edad media de 84,1 años, se evaluó que el 19,1 % de los pacientes padecían dolor y el dolor podría asociarse de forma estadísticamente significativa con conductas socialmente inapropiadas, resistencia a la atención y procesos de pensamiento anormales. En un análisis secundario del conjunto mínimo de datos, otro estudio de 56.577 residentes con demencia, mayores de 65 años, que se encontraban en hogares de larga estancia, concluyó que los residentes con dolor más severo fueron estadísticamente y significativamente más propensos a exhibir agresión y/o agitación que los pacientes con demencia sin dolor. (2)

Por otra parte, un análisis secundario de ensayos controlados aleatorizados por grupos donde se evaluaron 352 pacientes con demencia avanzada que asociaban

agitación, en 18 hogares de ancianos en Europa, podría asociar directamente el dolor con la desinhibición e irritabilidad. (2)

En el caso de los pacientes con limitaciones para la comunicación verbal se debe extremar las medidas para detectar comportamientos o conductas que puedan traducir la presencia del dolor. De manera que la Sociedad Americana de Geriátrica establece seis categorías de indicadores: (42)

1. Expresiones faciales
2. Verbalizaciones y Vocalizaciones
3. Cambio en las interacciones personales
4. Cambios en rutinas y patrones de actividad
5. Cambios en el estado mental

Con un nivel de evidencia IIA se recomienda observar posibles alteraciones en el comportamiento, en relación con las movilizaciones del paciente, así como valorar el dolor ante cambios bruscos de comportamiento. En la tabla 5 se citan ejemplos de indicadores de comportamiento del dolor persistente. (10,42)

DIRECTRIZ AGS	EJEMPLO
Expresiones Faciales	Leve ceño, triste, cara asustada, muecas, frente arrugada, ojos cerrados o apretados, cualquier expresión distorsionada, parpadeo rápido
Verbalizaciones, vocalizaciones	Suspirando, gemidos, gruñidos, gritos, respiración ruidosa, pedir ayuda
Movimientos del cuerpo	Postura del cuerpo tenso, rígido, vigilancia, inquietud, mayor ritmo, balanceo, restricción de movimientos, restricción en la marcha o cambios en movilidad
Cambios en interacciones interpersonales	Agresividad, combativo, resistiendo la atención, disminución de interacciones sociales, interacciones sociales inapropiadas, desconexión con el medio, abusos verbales
Cambios en los patrones de actividad o rutinas	Se niegan a recibir alimentos, cambios del apetito, aumento del periodo de reposo o sueño, cambios en el patrón de reposo, cese repentino de rutinas comunes
Cambios en el estado mental	Llanto a lágrimas, aumento de la confusión, irritabilidad o dificultad grave

Tabla 5. Ejemplos de indicadores de comportamiento de dolor persistente en ancianos según AGS. Fuente: elaboración propia, basada en González y colaboradores. (18)

1.6.1 Síntomas neuropsiquiátricos

Los síntomas neuropsiquiátricos también conocidos como síntomas conductuales y psicológicos de la demencia se encuentran en la mayoría de los pacientes con demencia, y tienden a estar presentes en todas las fases de esta e inclusive tienden a confluir. Asocian consecuencias negativas como el empeoramiento del curso de la enfermedad, aumentan el riesgo de institucionalización, la carga del cuidador y empeoran la dependencia funcional, lo que repercute en los costos de la atención.(42)

Los síntomas neuropsiquiátricos más frecuentes presentes en la EA moderada y grave son la agitación y conductas motoras aberrantes. En las fases severas los delirios y las alucinaciones tienden a disminuir en relación a la dificultad para comunicar o reconocer sensaciones y el progreso del deterioro cognitivo. Inclusive se estima que a medida que progresa la enfermedad un 10% en estadio moderado y un 4,5% en estadio severo presentan cuadros depresivos mayores, siendo menor prevalencia respecto a otros estadios de la enfermedad. Sin embargo, hasta un 63% de los pacientes con demencia severa pueden presentar ánimo deprimido o disforia manifestándose de forma atípica como negativismo, inquietud y agresividad. (42)

La ansiedad es difícil de diagnosticar como un trastorno primario en pacientes que se encuentran en fase avanzada de la demencia y que asocian dificultad de expresión verbal, y se ha descrito que conductas atípicas poco elaboradas como irritabilidad, agresividad, llanto podrían asociarse a reacciones ansiosas secundarias a procesos médicos, ambientales, etc. Los gruñidos, lamentos y vocalizaciones anómalas asocian mayor severidad del deterioro cognitivo, mayor dependencia funcional e

inclusive peor pronóstico vital. Se ha descrito que el 67% de los pacientes en fases avanzadas de EA presentan episodios de agitación con frecuencia. (42)

Se debe concluir si los síntomas siguen un patrón en su mayoría afectivo o psicótico y, en caso de no poder englobar los síntomas en categorías, se pueden clasificar los síntomas según correspondan a alteraciones del sueño, síndrome apático o conductas desinhibidas, deambulación errática como característico de un síndrome de disfunción ejecutiva. (42)

Ninguna de las escalas regularmente utilizadas en la clínica para la evaluación de los síntomas neuropsiquiátricos ha sido desarrollada específicamente para los pacientes con demencia avanzada. El NPI de Cummings es probablemente el más útil en su versión para residencias ya que incluye trastornos del sueño y alimentarios. (42)

El NPI fue desarrollado para evaluar los síndromes neuropsiquiátricos que ocurren en la EA y de otros trastornos neurodegenerativos. En la tabla 6 se describen los dominios que abarca el NPI. Actualmente existen 4 versiones principales. Se ha traducido a más de 40 idiomas y se ha utilizado para caracterizar las particularidades neuropsiquiátricas de la mayoría de los trastornos neurodegenerativos, así como otras enfermedades neurológicas y psiquiátricas. Abarca 12 dominios y de cada dominio se basa en un producto de frecuencia (1-4 puntos) y gravedad (1-3 puntos) y la puntuación total del NPI es la suma de las puntuaciones de los dominios. La escala está diseñada para que el cuidador la complete sin supervisión, con una breve revisión por parte del médico, aunque también puede ser administrada por un médico como una entrevista. (54)

El NPI se ha utilizado en estudios para caracterizar las anomalías de comportamiento de muchos tipos de enfermedades neurodegenerativas. Estos estudios han contribuido de manera importante a comprender el papel de los SCPD en el diagnóstico y manejo de enfermedades y su respuesta a tratamientos. (54)

Depresión	Ilusiones
Ansiedad	Alucinaciones
Irritabilidad	Agitación
Júbilo	Trastornos motores aberrantes
Desinhibición	Apetito/ Cambios en alimentación
Apatía	Trastornos del sueño nocturno

Tabla 6. Dominios del NPI-12. Fuente: elaboración propia, basada en Cummings y colaboradores. (54)

Diferentes enfermedades neurodegenerativas tienen distintos perfiles neuropsiquiátricos capturados por el NPI. Al vincular estos perfiles con la neuropatología subyacente, la vulnerabilidad regional y las alteraciones neuroquímicas asociadas en el cerebro, se pueden extraer inferencias sobre la neurobiología del comportamiento. Estos conocimientos pueden ser útiles para comprender las relaciones entre el cerebro y el comportamiento, planificar el manejo y desarrollar nuevos tratamientos. (54)

1.6.2 Síntomas neuropsiquiátricos en enfermedad de Alzheimer

Según Cummings y colaboradores, en 90% de los pacientes, durante la enfermedad asocia algún tipo de cambio de comportamiento de los reportados en el NPI, los observados con mayor frecuencia son la agitación, irritabilidad, trastornos motores

aberrantes, depresión y ansiedad. Los delirios y alucinaciones se presentan con una frecuencia intermedia y los menos comunes son la euforia y desinhibición. De igual manera los síntomas pueden coexistir formando síndromes complejos con múltiples cambios de comportamiento en el mismo individuo. Se ha descrito que los comportamientos progresan con el tiempo y son más frecuentes en aquellos con demencia en etapa avanzada. (54)

1.6.3 Síntomas neuropsiquiátricos en Deterioro Cognitivo Leve

Se ha descrito que, en paciente con DCL la apatía, los trastornos motores aberrantes, la agitación, trastornos del sueño, euforia, desinhibición e irritabilidad progresaron con el tiempo mientras que los factores psicóticos y del estado del ánimo no lo hicieron. (54)

1.6.4 Síntomas neuropsiquiátricos en Demencia Frontotemporal

Los pacientes con FTD muestran más euforia, apatía, desinhibición y menos psicosis que una población típica con EA. La desinhibición se ha relacionado con la disminución del grosor de la corteza frontal derecha medida en RMN. (54)

1.6.5 Síntomas neuropsiquiátricos en Demencia de Cuerpos de Lewy

Los síntomas neuropsiquiátricos característicos de CLD incluyen alucinaciones visuales, trastornos del comportamiento del sueño REM, delirios y depresión. (54)

<i>Dominio</i>	EA	DCL	FTD	CLD
<i>Ilusiones</i>	X			X
<i>Alucinaciones</i>	X			X
<i>Depresión</i>	X	X		X
<i>Ansiedad</i>	X			X
<i>Apatía</i>	X	X	X	
<i>Irritabilidad</i>			X	
<i>Júbilo</i>			X	
<i>Desinhibición</i>			X	X
<i>Agitación</i>	X			
<i>Trastorno motor aberrante</i>	X		X	
<i>Trastornos de alimentación</i>			X	
<i>Trastornos del sueño</i>	X			X

Tabla 7. Perfiles de NPI informados en trastornos neurodegenerativos y cambios de comportamiento particularmente comunes entre las poblaciones reportadas.

Fuente: elaboración propia, basada en Cummings y colaboradores. (54)

1.6.6 Frecuencia, causas de dolor y comorbilidades presentes en pacientes con demencia

Las causas importantes del dolor crónico en la vejez incluyen enfermedades degenerativas e inflamatorias del sistema musculoesquelético, fracturas osteoporóticas, síndromes de compresión, dolor neuropático de diversos orígenes y enfermedades tumorales. El dolor debido a la angina de pecho o enfermedad oclusiva arterial periférica, las consecuencias de un accidente cerebrovascular o isquemia también aumenta con la edad. (17)

Recientemente un análisis longitudinal de cohortes, realizado con individuos mayores 75 años, sugirió que la enfermedad arterial periférica, el dolor lumbar, el

IMC alto y el sexo femenino se asocian con un mayor riesgo de experimentar dolor en edades avanzadas, mientras que dejar de fumar podría explicar una reducción de los síndromes de dolor en las personas mayores. (55)

Estudios basados en encuestas en Europa muestran que la incidencia del dolor crónico aumenta con la edad, con una prevalencia estimada que oscila entre el 38 y el 60 % en personas mayores de 65 años. Los pacientes comúnmente informan dolor de espalda osteoartrítico, especialmente en la parte baja de la espalda o el cuello (65%), dolor musculoesquelético (40%), dolor neuropático periférico (típicamente debido a diabetes o neuralgia posherpética, 35%) y dolor articular crónico (15-25%). A pesar de la alta prevalencia de cuadros dolorosos en el anciano, no se han desarrollado guías específicas sobre el manejo del dolor en esta población, y solo se han propuesto consejos generales sobre el tratamiento farmacológico y la evaluación clínica. (22,56)

Igualmente, de manera general, se afirma que entre un 49-83% de los pacientes mayores institucionalizados con demencia padecen de dolor crónico, y que las patológicas que con mayor frecuencia se relacionan son la osteoartrosis, fracturas de caderas residuales, osteoporosis, úlceras por presión y depresión. (42)

A medida que se acerca el final de la vida, la frecuencia del dolor aumenta aún más y la inmovilidad que a menudo acompaña al dolor en la vejez promueve la pérdida de masa muscular, lo que aumenta el riesgo de caídas y mayor inmovilidad lo que conducen a mayores deterioros físicos, funcionales y cognitivos. (17)

Se ha descrito que el dolor de origen maligno se vuelve más frecuente con la edad debido a que la presencia de tumores aumenta con la misma. En estudios de

pacientes hospitalizados con dolor maligno, hasta el 29% de los pacientes experimentan dolor a diario, a menudo sin tratamiento. (18)

También se debe considerar que las personas mayores con demencia regularmente tienen otras comorbilidades como las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades reumáticas degenerativas e inflamatorias, la osteoporosis, la hipertensión arterial, la diabetes, las enfermedades pulmonares, la EP o las enfermedades oncológicas. Por ejemplo, se ha descrito que casi el 40 % de los pacientes con EP tienen dolor crónico relacionado con su trastorno del movimiento subyacente y asocian el doble de probabilidades de sufrir un dolor crónico comparado con un grupo control sin EP. (17,49,53)

En un estudio descriptivo transversal donde se tomaron 20 pacientes que cumplían criterios de demencia avanzada, con dependencia absoluta para la realización de las actividades básicas de la vida diaria desde al menos 1 año, e internados en una residencia de ancianos, se documentó que al menos 75% de los pacientes presentaba disfagia, de estos 10 eran portadores de SNG, 65% tenía HTA, 65% padecía estreñimiento, 35% presentaba síndrome de inmovilidad, 30% tenía diabetes y 50% presentaba alguna fractura sufrida hace 2 años o menos. Además 35% presentan ITU a repetición y 80% infecciones reparatorias a repetición. (18)

Una comorbilidad común en el dolor crónico en la vejez es la depresión. En el estudio anteriormente descrito se documentó que al menos un 5% de los pacientes cumplían criterios de depresión mayor. La combinación de ambos cuadros clínicos tiene un efecto especialmente negativo en la calidad de vida de los afectados. Los pacientes depresivos con dolor crónico tienen un mayor riesgo de suicidio, un mayor riesgo de trastornos de personalidad y de presentar trastornos del sueño. (17,18)

Por otra parte, la prevalencia del dolor en las cohortes de depresión y la depresión en las cohortes de dolor son más altas que en una sola condición. Esta interacción ha sido descrita por algunos autores como “síndrome de dolor depresivo” lo que implica que las condiciones a menudo coexisten. Miranda y colaboradores mencionan un estudio que ha demostrado que los circuitos que involucran la corteza prefrontal y la corteza cingulada anterior tienen más probabilidades de cambiar en la comorbilidad entre el dolor crónico y la depresión. De manera que la depresión se interpretó como un estado emocional del ser más que como un dolor físico. Por lo tanto, estas representaciones compartidas pueden estar relacionadas con el contexto conductual, la memoria y la motivación, y pueden ser el vínculo de la red entre la depresión y el dolor. (41,43,45)

CAPÍTULO 2. ESCALAS DE EVALUACIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES CON DEMENCIA

La evaluación competente del dolor es un requisito previo necesario para un buen manejo del dolor e, idealmente, considera varias dimensiones del dolor, entre ellas: la intensidad, la ubicación, el afecto, la cognición, el comportamiento y los acompañamientos sociales. En el caso de los pacientes con demencia, las barreras cognitivas y lingüísticas impiden que las personas se concentren en todos estos aspectos y por lo tanto que se dificulte el objetivar el dolor. (57)

Los instrumentos de medida se pueden clasificar en autoinformes (preguntando a la propia persona sobre el dolor) y observación comportamental (observación directa del comportamiento de la persona). (6)

El estándar de oro para la evaluación del dolor es la autoevaluación. En los pacientes con demencia avanzada disminuye y en ocasiones se pierde completamente la capacidad de observar los estados internos de uno mismo y de reflexionar apropiadamente sobre la autoevaluación. Sin embargo, la autoevaluación del dolor no debe descartarse, más bien se debe reforzar. (58)

La evaluación del dolor en la demencia grave también se basa en la observación directa del comportamiento y, en menor medida, en los cambios fisiológicos (p. ej., pulso y presión arterial). Los cambios fisiológicos como indicadores del dolor son menos confiables debido a múltiples factores que pueden alterar el indicador, como los medicamentos (medicamentos para la presión arterial, analgésicos, sedantes, bloqueadores beta, etc.). También cabe destacar que los signos vitales pueden no ser un indicador fiable durante el dolor crónico porque muchos indicadores se han habituado durante la transición al dolor crónico. (5)

2.1 AUTOINFORME

Los autoinformes de la persona sobre el dolor se consideran el estándar de oro debido a su fiabilidad para discernir la presencia y la gravedad del dolor. Sin embargo, la utilidad de estos autoinformes depende de la etapa, particularmente limitada por el deterioro de la comunicación verbal, en personas con demencia avanzada.

Se propuso un valor de corte de 18 para el Mini Examen del Estado Mental para distinguir a aquellos que aún son capaces de autoinformar el dolor de aquellos que ya no pueden hacerlo. Sin embargo, el tipo de autoevaluación debe adaptarse a las capacidades individuales del paciente. (59)

La escala analógica visual de uso común, en la que la longitud de una línea debe relacionarse con la intensidad del dolor percibido, supera con creces el nivel cognitivo de la mayoría de los pacientes, incluso en las primeras etapas de la demencia. Deben usarse escalas numéricas o verbales simples y, en el curso posterior de la demencia, incluso preguntas categóricas más simples que pueden responderse con sí o no. Pero también una comprensión mínima de los pacientes con respecto a los requisitos asociados con el acto de responder ciertas preguntas simples basadas en escalas no siempre garantiza una autoevaluación precisa del dolor. (58)

El componente del dolor que se mide frecuentemente a través de autoinformes es la intensidad del dolor. Los autoinformes más utilizados son las escalas categóricas del dolor (*Verbal Rating Scale –VRS–*) y las escalas visuales analógicas (*Numeric Pain Rating Scale –NRS–*). Menos común es el uso de las escalas pictóricas (*Faces Pain Scale –FPS–*). (6)

La escala pictórica de dolor es una de las preferidas por un alto porcentaje de personas mayores. Además, cuenta con buenas propiedades psicométricas en personas mayores con bajo nivel cultural puesto que sólo deben elegir entre diferentes caras con expresiones diferentes, eliminando así el componente verbal. (6)

Las calificaciones de los informantes por parte de los cuidadores informales muestran una discrepancia en comparación con la calificación del dolor autoinformada por la persona con demencia, y los cuidadores informan que la persona con demencia tiene dolor con más frecuencia que la que refiere la propia persona. Curiosamente, en entornos de hogares de ancianos, las similitudes entre las calificaciones de los informantes son evidentes; sin embargo, las enfermeras y los auxiliares de enfermería califican a las personas con demencia para que experimenten menos dolor que las autoevaluaciones. (59)

La escala de evaluación verbal o categórica (VRS) y la escala de clasificación numérica (NRS) se usan regularmente para evaluar y monitorear el dolor en pacientes con dolor crónico. Aunque generalmente se prefirió el NRS, la respuesta comparativa es limitada. Por este motivo algunos trabajos se han centrado en comparar la capacidad de respuesta de VRS y NRS midiendo el dolor actual e investigando la influencia de diferentes referencias del dolor (el peor, el menor, el promedio y el dolor actual o su compuesto) en la respuesta de los NRS y, centrados en pacientes con dolor crónico, los resultados mostraron que el NRS es más sensible para el dolor actual que el VRS, pero que el NRS es una mejor referencia para la medición en pacientes con dolor mejorado, y recomiendan utilizar cada cual en relación con la selección de medidas de intensidad del dolor en estudios que utilicen tipos similares de intervención. La Escala de Análisis Visual (VAS), la Escala

Numérica (NRS), la Escala de Clasificación Verbal (VRS) están entre las medidas más comúnmente usadas de intensidad del dolor en contextos clínicos y de investigación. Aunque la evidencia apoya su validez como medidas de la intensidad del dolor, pocos estudios los han comparado con respecto a los criterios de validez crítica. (60)

2.1.1 Escalas categóricas del dolor (*Verbal Rating Scale –VRS–*)

Se utiliza si el paciente no es capaz de cuantificar los síntomas con las otras escalas; expresa la intensidad de síntomas en categorías, lo que resulta más sencillo. Se establece una asociación entre categorías y un equivalente numérico: 0 (nada), 4 (poco), 6 (moderado) y 10 (severo). (60)

0	4	6	10
Nada	Poco	Moderado	Severo

Figura 2. Escala categórica del dolor. Fuente: elaboración propia, basada en Herrero y colaboradores. (60)

2.1.2 Escalas visuales analógicas (VAS)

Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimétrica. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros. (60)



Figura 3. Escala visual analógica. Fuente: elaboración propia, basada en Herrero y colaboradores. (60)

2.1.3 Escalas pictóricas (*Faces Pain Scale –FPS–*)

Utiliza una línea horizontal, ilustrada con expresiones faciales para representar diferentes niveles de dolor. (60)

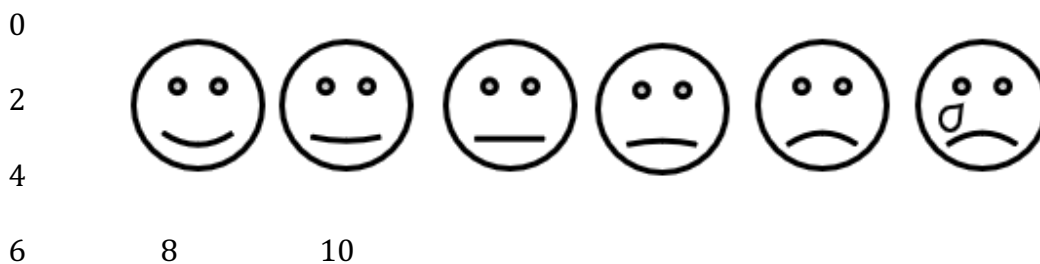


Figura 4. Escalas pictóricas. Fuente: elaboración propia, basada en Herrero y colaboradores. (60)

Aunque todas las escalas de puntuación del dolor son válidas, fiables y apropiadas para su uso en la práctica clínica, la Escala Analógica Visual tiene más dificultades prácticas que la Escala de Calificaciones Verbal o la Escala Numérica. Para fines generales, la escala de calificación numérica tiene una buena sensibilidad y genera datos que pueden ser estadísticamente analizados. Los pacientes que buscan una escala sensible al dolor probablemente elegirían la escala de calificación verbal, pero carece de sensibilidad y los datos que produce pueden ser malinterpretados. (60)

Las evaluaciones de la intensidad del dolor con VAS y VRS no son intercambiables debido a la superposición de los registros de dolor entre las dos escalas, la existencia de desacuerdos sistemáticos al compararlas y un bajo porcentaje de acuerdo intraescalar. Además, las posiciones de corte de VAS inferiores a las de VRS indican un significado diferente de la intensidad de dolor nominal dependiendo de la etiología que lo ocasiona. Estas escalas tienen propiedades no lineales y probablemente interpretación diferente, es por esto que algunos autores son favorables a la utilización de la VRS en las evaluaciones de intensidad del dolor, pero si se prefiere la VAS, los datos deben ser analizados como continuos utilizando métodos estadísticos adecuados para los datos ordinales, ya que existe un riesgo de sobreestimar o subestimar el dolor percibido por el paciente al interpretar los datos condensados de VAS. VAS y VRS no deben utilizarse indistintamente en el ámbito clínico o para aumentar el poder estadístico en la investigación del dolor. (60)

2.2 OBSERVACIONALES

Como alternativa viable a la evaluación verbal y a las medidas fisiológicas, se han desarrollado varias medidas de observación comportamental para medir el dolor y los conceptos relacionados, tales como molestia, incomodidad, etc., pero dichas medidas varían mucho en su fiabilidad, validez y aplicabilidad. (6)

En personas con incapacidad para comunicarse verbalmente de manera efectiva, las herramientas de evaluación del dolor basadas en la observación del comportamiento se convierten en la mejor opción para evaluar el dolor. Esta alternativa a la evaluación verbal del dolor en personas con demencia avanzada ha

impulsado el desarrollo de más de 24 herramientas con este mismo objetivo, que han sido adaptadas y validadas en otros lenguajes. (61)

En concreto, las herramientas más recomendadas para la valoración del dolor en esta población son la escala *Abbey Pain*, Doloplus 2, la escala de Evaluación del Dolor en Ancianos con Demencia (PADE), el instrumento de evaluación del dolor del paciente no comunicativo (NOPPAIN), la Lista de Verificación de Indicadores de Dolor No Verbal (CNPI), la Lista de verificación de evaluación del dolor para personas mayores con capacidad limitada para comunicarse (PACSLAC) y la escala *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD). (61)

Sin embargo, estudios previos apuntan a la escala PACSLAC como la herramienta de elección para estudios de investigación, y a la escala PAINAD como la herramienta ideal para evaluar el dolor en la práctica clínica. Por ello, la escala PAINAD ha sido culturalmente adaptada y validada para la evaluación del dolor en personas con demencia avanzada en diferentes países. Sin embargo, su validación previa en español ha sido superficial debido a las limitaciones del tamaño de la muestra y el origen de la muestra, y, por lo tanto, se requieren más estudios de validación con muestras más grandes. (61–63)

Según la bibliografía revisada, pueden variar; por ejemplo, las más recomendadas para los pacientes con demencia incluyen la “Escala de dolor de Abbey”, la “Escala de evaluación del dolor en la demencia avanzada” (PAINAD), la “Lista de verificación de evaluación del dolor para personas mayores con capacidad limitada para comunicarse” (PACSLAC) y la DOLOPLUS-2. (64)

2.2.1 Fiabilidad de las escalas: interpretación y limitaciones del Alfa de Cronbach

La confiabilidad o fiabilidad de un test está asociada a la consistencia o estabilidad de una medida, y consiste en “el grado en que un instrumento de varios ítems mide consistentemente una muestra de la población”. El psicólogo estadounidense Lee Joseph Cronbach, propuso en 1951 el coeficiente denominado *alfa* como medida de consistencia interna. (65)

Existen varias técnicas para evaluar la confiabilidad, entre las cuales se encuentra la evaluación por la consistencia interna de la prueba. Dicha técnica indica la intercorrelación entre las distintas variables de la encuesta; en este sentido, separa del conjunto la variación que corresponde a factores comunes de los ítems y la que se asocia a factores únicos de cada uno de ellos. Así entendida, la confiabilidad por consistencia interna puede tomarse como una forma de estimación de la equivalencia de los componentes entre sí y su estimación será entonces calculada a partir de una sola aplicación de la prueba. (65)

El coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach normalmente oscila entre 0 y 1, sin embargo, no existe un límite inferior para el coeficiente; lo que sí es claro es que, entre más cercano a 1, existirá mayor consistencia interna de los ítems dentro de la escala. No obstante, el margen aceptable para los coeficientes de fiabilidad comprende el rango de 0.7 y 0.9. (65)

En la siguiente tabla se hace una comparación entre los índices de fiabilidad alfa de las escalas mencionadas con mayor frecuencia en la literatura revisada.

Escala	Índice Fiabilidad Alfa de Cronbach
Abbey Pain	0.74
Doloplus 2	0.82
PACSLAC	0.85
PADE	0.76
PAINAD	0,69
NOPPAIN	-
CNPI	0.54
Protocolo ADD	-
DS DAT	0.79

Tabla 8. Índice fiabilidad alfa de Cronbach para escalas observacionales. Fuente: elaboración propia, basada en Montoro-Lorite. (66)

A continuación, se revisarán 7 de las escalas anteriormente mencionadas. Se descartó, para objetivo de esta revisión, la NOPPAIN Y Protocolo ADD, ya que en estas no se compara el índice de fiabilidad Alfa de Cronbach.

2.2.2 PAINAD: Escala de evaluación del dolor en demencia avanzada

Esta escala se basa en una gama de cinco indicadores de comportamiento para la prevalencia del dolor: respiración, vocalización negativa, expresiones faciales, lenguaje corporal y la cualidad de ser consolable. Las puntuaciones de corte están disponibles para pacientes con demencia: una puntuación de 1 indica dolor posible y una puntuación de 2 o más dolor probable. (12,64)

El rendimiento en la escala PAINAD se ha correlacionado con otras pruebas que miden el dolor autoinformado, los comportamientos de dolor físico y otras escalas de dolor para pacientes que no pueden comunicarse verbalmente. Psicometría moderada de consistencia interna (α : 0.57-0.85) y validez concurrente se han observado en estudios que recomiendan su uso en diversos entornos clínicos. (67)

	0 puntos	1 punto	2 puntos
Respiración	Normal	Respiración dificultosa ocasional Breve periodo de hiperventilación	Respiración dificultosa y ruidosa Largo periodo de hiperventilación Respiración de Cheyne-Stokes
Vocalización Negativa	Ninguno	Quejido ocasional Discurso de bajo nivel con una negativa	Llamadas repetidas Gime o llora
Expresión facial	Sonriendo o inexpresivo	Triste Atemorizado Fruncir el ceño	Muecas faciales
Lenguaje corporal	Relajado	Tenso Ritmo angustiado Inquieto	Rígido Puños Rodillas levantadas Tirar, golpear o empujar
Consolación	No hay necesidad de consolar	Distraído o tranquilizado por la voz o el tacto	Incapacidad de consolar, distraer o tranquilizar

Tabla 9. Escala de PAINAD. Fuente: elaboración propia, basada en Wandrey y colaboradores. (64)

PAINAD fue diseñada con el fin de proporcionar una herramienta de valoración sencilla y relevante clínicamente para personas con demencia en estadios avanzados. (6)

Los comportamientos de dolor agudo se puntuaron utilizando partes de la escala *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD), validada para evaluar el dolor en pacientes con demencia tanto en entornos de atención a largo plazo como de atención aguda. Cada dominio se califica de 0 a 2, para una puntuación máxima total de 10 puntos. Una revisión reciente de un panel de estudios donde se examina la validez y confiabilidad del PAINAD, encontró que la respiración tenía una consistencia interna baja. En la misma revisión, se consideró que era más probable que la cualidad de ser consolable reflejara lo relativo a una intervención que a una medida del dolor. Además, el trabajo piloto con pacientes y controles sugirió que el uso de consolación de PAINAD estaba sesgada, debido a la vulnerabilidad percibida

de los pacientes, lo que habría inflado artificialmente sus puntuaciones de PAINAD.
(23)

En general, la escala PAINAD, según la tabla comparativa de índice de fiabilidad, alcanza un 0,69, que, comparado con las otras escalas que se revisan en este documento, es de las más bajas. (66)

2.2.3 PACSLAC: Lista de verificación de evaluación del dolor para personas mayores con capacidad limitada para comunicarse

PACSLAC es la más completa de todas las herramientas de observación del dolor, agrupadas en 4 categorías: expresión facial, movimientos del cuerpo, indicadores fisiológicos e indicadores psicosociales. Cada uno de los ítems se puntúa en una escala dicotómica (presencia o ausencia). (6)

El instrumento está compuesto por 60 ítems: cuanto mayor sea la puntuación (de 0 a 60), más intenso será el nivel de dolor. Esta es la única herramienta que incorpora las pautas de evaluación establecidas por la Sociedad Americana de Geriátrica, que cubre todos los dominios de la neurocognición debido a su enfoque integral en entornos clínicos. (64,67)

En la tabla comparativa por índice de fiabilidad corresponde a al puntaje más cercano a 1, con un 0.85. (66) Es considerada un instrumento muy útil y de fácil comprensión, puesto que engloba todos los criterios conductuales propuestos en la guía de la AGS. Sin embargo, son necesarios estudios de validez y fiabilidad. (6)

2.2.4 Escala *Abbey Pain*

La *Abbey Pain Scale* es una herramienta australiana desarrollada para medir la intensidad del dolor en personas con demencia en estadios avanzados. Está formada

por 6 ítems: vocalización, expresión facial, cambios en el lenguaje corporal, cambios conductuales, cambios fisiológicos y cambios físicos. Cada uno se evalúa en una escala de intensidad de 4 puntos: de 0 (ausencia de dolor) a 3 (dolor severo). (6)

Vocalización	Gemido, llanto, gritos
Expresión facial	Tensa, ceño fruncido. Muecas. Expresión de miedo
Lenguaje corporal	Inquietud, mecerse, proteger una zona, retraimiento
Cambio de conducta	Confusión, agitación, negativa a la ingesta
Cambios fisiológicos	Temperatura, pulso, tensión arterial
Cambios físicos	Erosiones, lesiones previas, áreas de presión, deformidades osteoarticulares, artritis, contracturas

Tabla 10. Escala Abbey. Fuente: elaboración propia, basada en Subías y

colaboradores. (6)

Cada ítem de la tabla anterior se valora como: ausente (0 puntos), leve (1 punto), moderado (2 puntos), importante (3 puntos). La interpretación de la escala se realizaría de la siguiente forma: 0-3 puntos, sin dolor; de 3-7 puntos, dolor leve; de 8-13 puntos, dolor moderado; y mayor de 14, dolor grave. (6)

2.2.5 Doloplus 2

Dolopus 2 es considerada una herramienta de fácil comprensión, y reúne la mayor parte de los criterios de la AGS. Está formada por 10 ítems, agrupados en 3 subescalas: reacciones somáticas, reacciones psicomotoras y reacciones psicosociales. Del mismo modo que la escala PAINAD, asume que los cuidadores o profesionales pueden indicar de modo confiable el nivel de intensidad del dolor de las personas mayores con demencia, hecho que no está apoyado por la literatura

científica. Cuenta con una versión reducida denominada *Doloshort*, que incluye 5 ítems asociados significativamente con la escala analógica visual en un modelo de regresión múltiple. (6)

2.2.6 Escala de evaluación del dolor en ancianos con demencia (PADE)

Evalúa el dolor de la persona en tres momentos diferentes: antes de aplicar cuidados potencialmente dolorosos, durante la aplicación de los cuidados, y durante la observación del comportamiento en las últimas 48 horas. Cada uno de los ítems se puntúa de 0 a 2. Se considera que existe dolor si la puntuación total es igual o superior a 3. (6) Está formada por 3 partes con 24 ítems en total: valoración física (expresión facial, respiración y postura), global (intensidad del dolor) y funcional (actividades de la vida diaria). (6)

2.2.7 Lista de verificación de indicadores de dolor no verbal (CNPI)

Incluye seis ítems conductuales de dolor comúnmente observados en personas mayores, incluyendo vocalizaciones no verbales, muecas, inquietud, frotarse, quejas verbales y tensión. Cada uno es puntuado en una escala dicotómica, siendo 1 presencia de dolor y 0 ausencia de dolor, tanto cuando la persona está en descanso como en movimiento. Muestra buena fiabilidad y acuerdo interevaluadores. (6) Según la tabla comparativa de índice de fiabilidad, corresponde a un 0,54, la más baja en la literatura revisada. (66)

2.2.8 DS DAT

Fue diseñada para evaluar el malestar de las personas con demencia avanzada que han perdido su capacidad cognitiva y de comunicación verbal. Incluye 9 ítems: respiración ruidosa, vocalizaciones negativas, expresiones faciales asociadas a felicidad, tristeza, temor, fruncir el ceño, lenguaje corporal asociado a relajación, tensión o inquietud. Cada ítem se mide por la ausencia o presencia de malestar. Si está presente, se califica la frecuencia, duración e intensidad. Su método de administración y puntuación es complejo y requiere formación. (6)

2.3 COMPARACIÓN DE INSTRUMENTOS DE EVALUCIÓN OBSERVACIONALES

De todas las pruebas mencionadas, las que presentan mejores propiedades psicométricas en cuanto a validez, fiabilidad y homogeneidad en personas con demencia son: DOLOPLUS-2, PACSLAC y PAINAD. La escala PAINAD presenta una correcta validez de constructo y una buena fiabilidad interevaluadores, mientras que la escala PACSLAC tiene una mayor validez de contenido, lo que la hace superior a las muestras estudiadas, aunque la fiabilidad inter e intraevaluador es menor. (6)

Por otra parte, algunos autores concluyen que, en vista de la complejidad de puntuación e interpretación y el gran número de elementos de la PACSLAC, el PAINAD parece la mejor escala posible para la práctica clínica. (6)

PACSLAC, una de las escalas más completas, cubre ítems tales como expresión facial, actividad y movimiento corporal, sociabilidad/personalidad/estado de ánimo, cambios fisiológicos, cambios en la alimentación y el sueño, y conductas vocales. (5)

La escala de PAINAD es más práctica para uso clínico, particularmente en entornos

concurridos. Su uso requiere poco entrenamiento y una breve observación del paciente (alrededor de 5 minutos) antes de ser aplicada de manera competente. (5)

Existe un consenso general de que, en las formas de demencia moderada a grave, es necesario realizar evaluaciones estructuradas del dolor por pares, utilizando escalas cortas para obtener información precisa y confiable sobre la presencia y la intensidad del dolor. Además, existe un amplio acuerdo en que los estados relacionados con el dolor se reflejan en tres categorías de comportamiento, específicamente en expresiones faciales, vocalizaciones y movimiento corporal o postura. En la actualidad existen numerosas escalas de evaluación externa basadas en este principio. (58)

Las desventajas de estas escalas incluyen baja confiabilidad o no comprobada, falta de evidencia de su validez, y sensibilidad al cambio no probada. Además, la implementación en la práctica es deficiente. Sin embargo, incluso si aún no se ha desarrollado el instrumento óptimo, sí se ha demostrado que hay una mejor gestión del dolor tan pronto como se intenta registrar este de manera sistemática al utilizar tales escalas. (58)

En la revisión realizada, basada en la comparativa de índice alfa de fiabilidad, de las siete escalas mencionadas anteriormente, las tres con el puntaje más alto (lo que se traduce como la confiabilidad de cada escala para medir el dolor) son: PACSLAC, Doloplus2 y DS DAT, y en orden descendente continuaría PADE, *Abbey Pain*, PAINAD, y por último, CNPI.

Específicamente, la escala PAINAD, tanto por sus propiedades psicométricas como por su sencillez, se presenta como un instrumento prometedor para combatir tanto el infradiagnóstico como el infratratamiento del dolor en pacientes con demencia y

baja o nula capacidad comunicativa verbalmente. Sin embargo, es importante tener en cuenta la necesidad de que los profesionales de la salud que vayan a utilizar la escala PAINAD, tengan una formación adecuada en su uso. (61)

La adaptación al español de la escala PAINAD parece ser una herramienta fiable y válida para evaluar el dolor en personas mayores con demencia avanzada e incapaces de comunicarse verbalmente de forma efectiva. Al respecto, esta versión en español ha mostrado un ICC de 0.55 al compararse con versiones en otros idiomas. Se considera un instrumento de utilidad por su facilidad de aplicación, su estabilidad temporal moderada y una excelente fiabilidad general intraobservador. (61)

CAPÍTULO 3. UTILIDAD DE LA APLICACIÓN DE LAS ESCALAS A NUESTRO MEDIO PARA VALORAR PACIENTES CON DEMENCIA AVANZADA Y MEJORAR LA GESTIÓN DEL DOLOR.

El uso e implementación de un protocolo integral de manejo del dolor en demencia avanzada conduce a la aplicación sistemática de una secuencia específica de acciones, y asegura un mejor manejo del dolor en pacientes ingresados con demencia avanzada. El manejo del dolor no es un evento único; es un proceso continuo, multidisciplinario, que requiere protocolos estandarizados para orientar la toma de decisiones en el personal de salud que atienden a estos pacientes. (66,68)

La implementación de algoritmos de tratamiento y consultas, la educación continua y la creación de equipos dentro del equipo de atención se consideran los pilares de un mejor manejo del dolor, y para provocar un cambio en la práctica será clave posicionar a un profesional responsable o líder en el sitio, para procurar la implementación de mejores estándares de atención. (4,69,70)

Si bien la implementación de estas escalas de observación es un paso importante para mejorar la gestión del dolor en las personas pacientes, por sí sola no necesariamente mejorará el tratamiento. Se necesitan evidencias y orientación clave para respaldar el proceso de toma de decisiones, con el fin de traducir una puntuación de dolor en tratamiento. Este es un proceso complejo y varios estudios enfatizan que el reconocimiento del dolor no conduce necesariamente a un tratamiento adecuado. (4)

El dolor persistente no adecuadamente tratado asocia consecuencias múltiples y graves. Entre las que se pueden mencionar, se encuentran consecuencias físicas como alteraciones inmunitarias, inmovilización, caídas; consecuencias psicológicas

como la depresión, ansiedad, agitación; consecuencias sociales como aislamiento, aumento del costo de los cuidados y morbimortalidad. Además, se han descrito trastornos del sueño, pérdida de peso y afectación de la sensación de satisfacción con la vida. De manera que un adecuado diagnóstico y tratamiento del dolor en el paciente adulto mayor se considera como un marcador de calidad del cuidado. (42,49)

La Asociación Americana de Geriátrica ha propuesto un algoritmo para una correcta aproximación diagnóstica, la cual es requisito para el adecuado tratamiento del dolor en el paciente con demencia avanzada, lo que repercute en la calidad del cuidado y, por ende, en la calidad de vida de los pacientes. (42)

El proceso correcto de un adecuado diagnóstico del dolor en pacientes con demencia avanzada inicia con la observación directa del paciente durante las movilizaciones que se brindan durante el aseo o transferencias, para detectar indicadores conductuales de dolor. Si se llega a detectar algún grito, gesto o resistencia, se debe de reconsiderar la estrategia de movilización, o en otros casos, considerar uso de analgesia previo a las movilizaciones. Si no se relaciona la sintomatología con la movilización, se debe mantener la observación en reposo. En caso de presentarse síntomas, se debe comprobar si las necesidades básicas del paciente están siendo atendidas, tales como: sed, hambre, necesidad de evacuación o higiene. Si se descarta lo anterior, se deben investigar patologías frecuentemente implicadas en causar algún tipo de molestia en el paciente como impactación fecal, infecciones o problemas osteomusculares. De lo contrario, se recomienda realizar un ensayo terapéutico analgésico. La mayoría de los ensayos utilizan paracetamol en dosis analgésicas de 3000mg cada día, con buenos resultados en cuanto a confort y mejora de conductas. (42)

Se ha descrito que las altas cargas de trabajo, la falta de tiempo o la falta de conocimiento del personal de salud son las razones principales para no priorizar las intervenciones en los pacientes. (40)

3.1 PROTOCOLOS DE GESTIÓN DEL DOLOR EN DEMENCIA AVANZADA

La gestión del dolor es un proceso complejo y cíclico que se inicia con la evaluación del dolor, planificar, actuar, revalorar la presencia de dolor, nuevamente planificar y dejar todo ello correctamente registrado con el fin de que sirva de fuente de información para todo el equipo multidisciplinario. Estos protocolos normalmente implementados en las rutinas diarias de la atención a las personas que sufren demencia avanzada, han demostrado la reducción de las puntuaciones del dolor en este colectivo, y el aumento en la elección de intervenciones no farmacológicas para su alivio. (26,66,71)



Figura 5. Etapas en la valoración del dolor en pacientes con demencia. *Fuente:* elaboración propia, basada en Montoro-Lorite. (66)

La disminución del mecanismo del placebo en pacientes con demencia puede significar que los pacientes con demencia requieran dosis más altas de analgesia para lograr un control efectivo del dolor. Esto contradice el concepto prevaleciente, que sugiere que los adultos mayores deben tener dosis reducidas de la mayoría de los medicamentos debido a su lenta capacidad para metabolizar los fármacos. Al igual que con cualquier tratamiento farmacológico, los riesgos de eventos adversos deben sopesarse frente a los beneficios. (2,22)

3.2 RECOMENDACIONES EN NUESTRA PRÁCTICA DIARIA

En la práctica diaria, se valora cada día un paciente en 3 posibles escenarios, como se describen en la figura 6: atención de emergencias, visita domiciliar u hospitalización. Teniendo en cuenta que es un paciente con una demencia, se debe revisar la capacidad de comunicarse y dar información objetiva sobre su estado de salud.

En caso de que el paciente tenga un GDS o FAST menor a 7 se puede iniciar valorando el dolor por medio de las escalas de autoinforme, según lo revisado: la escala categórica del dolor, la escala visual analógica o por medio de las expresiones faciales. (66)

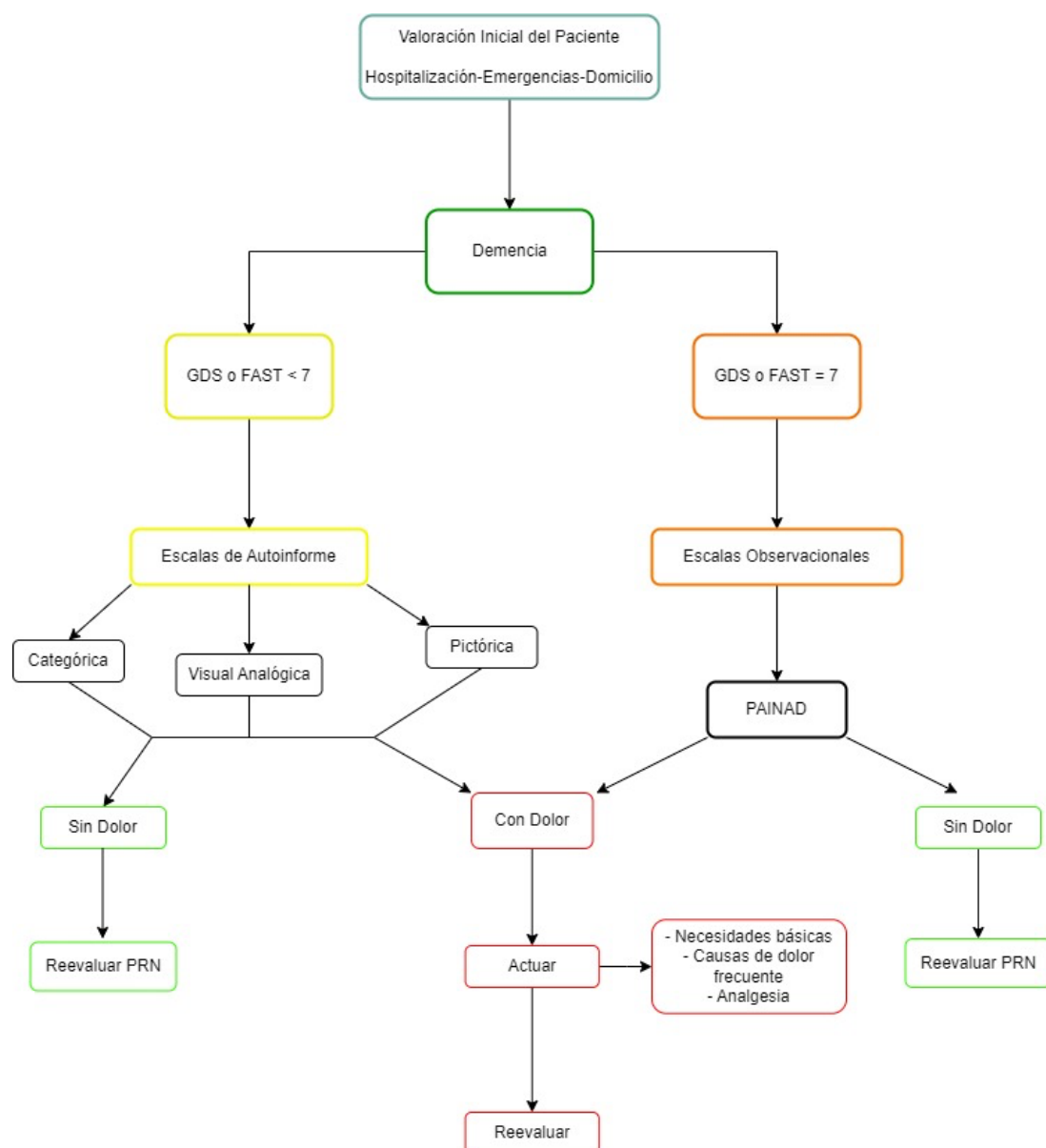


Figura 6. Algoritmo propuesto de evaluación y abordaje de pacientes con dolor y demencia. Fuente: elaboración propia.

En caso de que el paciente tenga una demencia avanzada con GDS o FAST igual a 7 se recomiendan las escalas observacionales, y de acuerdo con la literatura revisada, PAINAD es la que tiene validación al español y con índice de Fiabilidad Alfa de Cronbach 0,7, con la que, si se obtiene una puntuación que indique que el paciente tiene dolor, se procedería a la fase de manejo del dolor, reevaluación posterior y registro. (66) Consiste en cuatro pasos que se vuelven un ciclo. La evaluación permite determinar, ya sea por autoevaluación o por medio de alguna escala observacional,

si el paciente tiene dolor y qué tan severo es este. Además, se puede apoyar la evaluación en el cuidador o el personal de enfermería que ha estado previamente con el paciente. Durante este paso también es importante buscar posibles causas del dolor. (66) Luego, la etapa de planificación y actuación, en la que se inician las medidas para el control del dolor: deben tomarse en cuenta tanto las farmacológicas como las no farmacológicas, analizar la mejor opción y posibles vías de administración. (66) Una vez aplicada la intervención para el dolor, se debe reevaluar el paciente, utilizando la escala que se aplicó al inicio como comparación y medición del efecto, y así lograr manejar posibles efectos adversos del tratamiento. Se debe continuar reevaluando cada cierto tiempo la respuesta analgésica. (66) Finalmente, se debe registrar la evaluación inicial, así como toda la intervención realizada y los efectos obtenidos, para futuras evaluaciones. (66)

Este es un ciclo que se debe realizar periódicamente, al menos diariamente en un escenario de hospitalización, cuando se valora y se hace examen físico del paciente, para tener datos que se puedan comparar en posibles crisis de dolor o cambios de comportamiento del paciente. (66)

CONCLUSIONES

Posterior a la revisión bibliográfica realizada en este documento, es posible enlistar algunas conclusiones relacionadas al dolor en pacientes con demencia:

1. El dolor es frecuente en la población de personas mayores con demencia, al igual que los síntomas de agitación y agresión. Estos comportamientos disruptivos pueden ser el intento de una persona con demencia por expresar sentimientos de dolor y sufrimiento, ya que la demencia altera no solo la cognición y la comunicación, sino que también cambia la forma en que se percibe y procesa el dolor. Esto tiene como resultado de que los pacientes con demencia que sientan dolor no puedan expresarlo de la misma manera que una persona cognitivamente intacta.
2. Pocos estudios se han realizado sobre cómo tratar el dolor en pacientes con deterioro cognitivo, pero algunos estudios clínicos sugieren que los síntomas conductuales pueden disminuir cuando se trata el dolor.
3. A medida que la población envejezca, aumentará la prevalencia del dolor crónico y la demencia, y muchos pacientes tendrán ambas afecciones. El cuidado de los pacientes geriátricos con demencia es un desafío, particularmente cuando los pacientes tienen comportamientos agresivos, conflictivos, perturbados o angustiados, o incluso solo inquietud, arrebatos verbales o deambular.
4. La evaluación competente del dolor es un requisito previo necesario para un buen manejo de este, e idealmente considera varias de sus dimensiones, entre ellas: la intensidad, la ubicación, el afecto, la cognición, el comportamiento y los acompañamientos sociales.

5. Existen diferentes instrumentos de medida se pueden clasificar en autoinformes y de observación comportamental.
6. El estándar de oro para la evaluación del dolor es la autoevaluación, siempre y cuando el paciente sea capaz de brindar la información.
7. Las escalas de evaluación del dolor no deben ser el único método utilizado para evaluar el dolor en pacientes con demencia avanzada. La observación cuidadosa del comportamiento del paciente y la comunicación con el cuidador y el personal médico también son importantes.
8. Las escalas de evaluación del dolor deben adaptarse a las necesidades del paciente y a su capacidad de comunicación. Esto puede incluir la adaptación de las preguntas y la elección de los indicadores de dolor.
9. La escala PAINAD ha sido culturalmente adaptada y validada para la evaluación del dolor en personas con demencia avanzada en diferentes países.
10. Existen varias técnicas para evaluar la confiabilidad, entre las cuales se encuentra la evaluación por la consistencia interna de la prueba.
11. El coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach, entre más cercano a 1, existirá mayor consistencia interna de los ítems dentro de la escala.
12. Los pacientes con demencia avanzada pueden requerir ajustes en la dosis y la frecuencia de administración de analgésicos. El monitoreo constante del dolor y la respuesta al tratamiento es importante para garantizar que se esté proporcionando el alivio adecuado del dolor.

RECOMENDACIONES

Posterior a la revisión bibliográfica realizada en este documento, es posible enlistar algunas recomendaciones relacionadas al manejo del dolor en pacientes con demencia:

1. Como médicos, debemos preguntarnos razonablemente si estos síntomas son causados por un dolor no tratado y no reconocido en el paciente, que este sufre, pero no puede comunicar. Se debe sospechar dolor en pacientes mayores con demencia, particularmente cuando se observan problemas de comportamiento de manera concomitante.
2. Es importante diferenciar si un paciente es capaz de autoinformar la intensidad del dolor o si es necesario utilizar escalas observacionales. Si bien aún falta validación para muchas de ellas, lo importante es aplicarlas y tener una base de datos del paciente para comparar en momentos de crisis.
3. Una vez identificado que el paciente tiene dolor, hay que tener en cuenta las necesidades básicas como sed, hambre o frío, como primera posibilidad de la incomodidad que presenta el paciente. Luego, considerar las principales causas de dolor en esta población.
4. Es importante seleccionar una escala de dolor adecuada para el paciente y adaptada a su nivel cognitivo y capacidad de comunicación.
5. En caso de que el paciente tenga una demencia avanzada con GDS o FAST igual a 7, se recomiendan las escalas observacionales. De acuerdo con la literatura revisada, recomendamos utilizar PAINAD, que es la que tiene validación al español y con índice de Fiabilidad Alfa de Cronbach 0,7.

6. La evaluación del paciente adulto mayor con demencia avanzada debe ser realizada con la escala PAINAD en la preclínica del servicio de urgencias, si consulta por dolor o si evidencia manifestaciones no verbales del mismo.
7. El dolor en el paciente adulto mayor con demencia avanzada debe ser evaluado con la escala PAINAD como parte rutinaria del abordaje en el programa de atención geriátrica domiciliar durante cada visita del equipo multidisciplinario.
8. El paciente mayor con demencia avanzada con dolor debe ser evaluado mínimo cada 48 horas con la escala de PAINAD de manera rutinaria.
9. Llevar registro sobre las puntuaciones de las escalas aplicadas inicialmente y cada cierto período facilita la comparación y la respuesta a terapias tanto farmacológicas como no farmacológicas.
10. Se recomienda hacer una prueba analgésica en pacientes en los que, según las escalas, están con dolor, y con una escala de PAINAD mayor de 4 puntos y ya habiendo descartado las principales causas de dolor. El tratar el dolor a tiempo, disminuye las posibles complicaciones de que se convierta en crónico.
11. En caso de haber iniciado tratamiento analgésico posterior a la evaluación con la escala PAINAD, se debe vigilar diariamente al paciente en relación a la presencia de náuseas, vómitos, delirio, constipación, globo vesical o somnolencia.
12. La vía de administración del analgésico debe seleccionarse cuidadosamente en pacientes con demencia avanzada. La administración oral puede ser difícil si el paciente tiene problemas para tragar o tiene problemas

gastrointestinales. En estos casos, se pueden considerar otras vías de administración, como parches transdérmicos o supositorios.

13. En caso de presentar una escala PAINAD por encima de 4 puntos, se deben buscar causas corregibles de dolor como globo vesical, impactación fecal, fiebre, entre otras.
14. En caso de una escala de PAINAD por debajo de 3 puntos, se debe reevaluar periódicamente con el mismo instrumento.
15. Es importante capacitar al personal médico y a los cuidadores acerca del uso adecuado de las escalas de evaluación del dolor en pacientes con demencia avanzada, y sobre cómo analizar los resultados para optimizar la terapia analgésica.
16. Recomendamos utilizar el algoritmo de abordaje de pacientes con dolor y demencia periódicamente, al menos diariamente en un escenario de hospitalización, visita domiciliar o en su abordaje inicial en emergencias cuando se valora y se hace examen físico del paciente, con el fin de tener una base de información que podamos comparar en posibles crisis de dolor o cambios de comportamiento e intervenir de la mejor manera.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yiannopoulou KG, Papageorgiou SG. Current and Future Treatments in Alzheimer Disease: An Update. *J Cent Nerv Syst Dis.* 2020 Jan;12:117957352090739.
2. Pergolizzi J v, Raffa RB, Paladini A, Varrasi G, LeQuang JA. Treating pain in patients with dementia and the possible concomitant relief of symptoms of agitation. *Pain Manag.* 2019 Nov;9(6):569–82.
3. Fernández Morales H, Contreras Rojas J, Carazo Céspedes K, Ignacio Padilla Cuadra J, Científico Nacional Dra Henriette Raventos Vorst C, Fornaguera Trias J, et al. Enfermedad de Alzheimer en Costa Rica. Costa Rica; 2018.
4. Warner NS, Mielke MM, Verdoorn BP, Knopman DS, Hooten WM, Habermann EB, et al. Pain, Opioid Analgesics, and Cognition: A Conceptual Framework in Older Adults. *Pain Medicine.* 2022 Feb 1;
5. Anderson AR, Parish AL, Monroe T. Assessment and management of pain in persons with dementia. *Geriatr Nurs (Minneap).* 2018 May;39(3):358–60.
6. Subías Sánchez L. Valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo. Revisión bibliográfica [Internet]. 2020 [cited 2023 Mar 10]. Available from: <http://hdl.handle.net/10459.1/70669>
7. Schofield P, Dunham M, Martin D, Bellamy G, Francis SA, Sookhoo D, et al. Evidence-based clinical practice guidelines on the management of pain in older people – a summary report. *Br J Pain.* 2022 Feb 7;16(1):6–13.
8. Eisenmann Y, Golla H, Schmidt H, Voltz R, Perrar KM. Palliative Care in Advanced Dementia. *Front Psychiatry.* 2020 Jul 21;11.
9. Lautenbacher S, Walz AL, Kunz M. Using observational facial descriptors to infer pain in persons with and without dementia. *BMC Geriatr.* 2018 Dec 11;18(1):88.
10. Minaya-Freire A, Ramon-Aribau A, Pou-Pujol G, Fajula-Bonet M, Subirana-Casacuberta M. Facilitators, Barriers, and Solutions in Pain Management for Older Adults with Dementia. *Pain Management Nursing.* 2020 Dec;21(6):495–501.
11. Dagnino APA, Campos MM. Chronic Pain in the Elderly: Mechanisms and Perspectives. *Front Hum Neurosci.* 2022 Mar 3;16.
12. Zhao Y, Zhang Z, Guo S, Feng B, Zhao X, Wang X, et al. Bibliometric Analysis of Research Articles on Pain in the Elderly Published from 2000 to 2019. *J Pain Res.* 2021 Apr;Volume 14:1007–25.

13. Tinnirello A, Mazzoleni S, Santi C. Chronic Pain in the Elderly: Mechanisms and Distinctive Features. *Biomolecules*. 2021 Aug 23;11(8):1256.
14. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020 Sep;161(9):1976–82.
15. DeSantana JM, Perissinotti DMN, Oliveira Junior JO de, Correia LMF, Oliveira CM de, Fonseca PRB da. Definition of pain revised after four decades. *Brazilian Journal Of Pain*. 2020;3(3).
16. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Vol. 161, *Pain*. NLM (Medline); 2020. p. 1976–82.
17. Pinter G, Stromer W, Donnerer J, Geyrhofer S, Leeb B, Mitrovic N, et al. Schmerzen und Schmerzerfassung im Alter: Besonderheiten und Empfehlungen. *Z Gerontol Geriatr*. 2021 Aug 16;54(5):507–12.
18. González Vaca J, García Hernández M, Tortosa i Moreno A. El dolor en personas con demencia moderada o severa: revisión narrativa. *Gerokomos*. 2020 Sep;31(3):144–8.
19. Coca SM, Abeldaño Zuñiga RA. Instruments for pain assessment in patients with advanced dementia: A systematic review of the evidence for Latin America. *Palliat Support Care*. 2020 Dec 10;18(6):741–7.
20. Tan LL, Kuner R. Neocortical circuits in pain and pain relief. *Nat Rev Neurosci*. 2021 Aug 14;22(8):458–71.
21. Finnerup NB, Kuner R, Jensen TS. Neuropathic Pain: From Mechanisms to Treatment. *Physiol Rev*. 2021 Jan 1;101(1):259–301.
22. Tinnirello A, Mazzoleni S, Santi C. Chronic pain in the elderly: Mechanisms and distinctive features. *Biomolecules*. 2021 Aug 1;11(8).
23. Rose SS. Pain in Older Adults with Neuropsychiatric Symptoms. In: *Neurocognitive Behavioral Disorders: An Interdisciplinary Approach to Patient-Centered Care*. Springer International Publishing; 2019. p. 115–34.
24. Tinnirello A, Mazzoleni S, Santi C. Chronic Pain in the Elderly: Mechanisms and Distinctive Features. *Biomolecules*. 2021 Aug 23;11(8):1256.
25. Brent RJ. Behavioral versus Biological Definitions of Dementia Symptoms: Recognizing that Worthwhile Interventions already Exist. *OBM Geriat*. 2019 Jul 31;3(4):1–1.
26. Profyri E, Leung P, Huntley J, Orgeta V. Effectiveness of treatments for people living with severe dementia: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled clinical trials. *Ageing Res Rev*. 2022 Dec;82:101758.

27. Koki Shimoji, Antoun Nader, Wolfgang Hamann. Chronic Pain Management in General and Hospital Practice. Chronic Pain Management in General and Hospital Practice. Springer Singapore; 2021.
28. Baral P, Udit S, Chiu IM. Pain and immunity: implications for host defence. *Nat Rev Immunol.* 2019 Jul 15;19(7):433–47.
29. Mercer Lindsay N, Chen C, Gilam G, Mackey S, Scherrer G. Brain circuits for pain and its treatment. *Sci Transl Med.* 2021 Nov 10;13(619).
30. Welsh TP, Yang AE, Makris UE. Musculoskeletal Pain in Older Adults: A Clinical Review. Vol. 104, *Medical Clinics of North America.* W.B. Saunders; 2020. p. 855–72.
31. Lautenbacher S, Kunz M. Schmerz erfassung bei Patienten mit Demenz. *Anaesthesist.* 2019 Dec 7;68(12):814–20.
32. Pinto SM, Cheung JPY, Samartzis D, Karppinen J, Zheng Y ping, Pang MYC, et al. Differences in Proprioception Between Young and Middle-Aged Adults With and Without Chronic Low Back Pain. *Front Neurol.* 2020 Dec 21;11.
33. Da Silva JT, Tricou C, Zhang Y, Tofighbakhsh A, Seminowicz DA, Ro JY. Pain modulatory network is influenced by sex and age in a healthy state and during osteoarthritis progression in rats. *Aging Cell.* 2021 Feb 5;20(2).
34. Da Silva JT, Tricou C, Zhang Y, Seminowicz DA, Ro JY. Brain networks and endogenous pain inhibition are modulated by age and sex in healthy rats. *Pain.* 2020 Jun;161(6):1371–80.
35. Mayhew J, Callister R, Walker F, Smith D, Graham B. Aging alters signaling properties in the mouse spinal dorsal horn. *Mol Pain.* 2019 Jan 12;15:174480691983986.
36. González-Roldán AM, Terrasa JL, Sitges C, van der Meulen M, Anton F, Montoya P. Age-Related Changes in Pain Perception Are Associated With Altered Functional Connectivity During Resting State. *Front Aging Neurosci.* 2020 May 7;12.
37. Plaghki L, Mouraux A, Le Bars D. Fisiología del dolor. *EMC - Kinesiterapia - Medicina Física.* 2018 Feb;39(1):1–22.
38. Lazris A. Geriatric Palliative Care. *Primary Care: Clinics in Office Practice.* 2019 Sep;46(3):447–59.
39. American Psychiatric Association. *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* 2014.
40. Lundin E, Godskesen TE. End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes. *BMC Nurs.* 2021 Dec 20;20(1):48.

41. Pillai JA, Bena J, Rothenberg K, Boron B, Leverenz JB. Association of Variation in Behavioral Symptoms with Initial Cognitive Phenotype in Adults with Dementia Confirmed by Neuropathology. *JAMA Netw Open*. 2022;5(3).
42. Kaufmann L, Moeller K, Marksteiner J. Pain and Associated Neuropsychiatric Symptoms in Patients Suffering from Dementia: Challenges at Different Levels and Proposal of a Conceptual Framework. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2021 Sep 28;83(3):1003–9.
43. Miranda R, Bunn F, Lynch J, Van den Block L, Goodman C. Palliative care for people with dementia living at home: A systematic review of interventions. Vol. 33, *Palliative Medicine*. SAGE Publications Ltd; 2019. p. 726–42.
44. Bullock L, Bedson J, Jordan JL, Bartlam B, Chew-Graham CA, Campbell P. Pain assessment and pain treatment for community-dwelling people with dementia: A systematic review and narrative synthesis. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2019 Jun 8;34(6):807–21.
45. Bunk S, Zuidema S, Koch K, Lautenbacher S, De Deyn PP, Kunz M. Pain processing in older adults with dementia-related cognitive impairment is associated with frontal neurodegeneration. *Neurobiol Aging*. 2021 Oct 1;106:139–52.
46. Atee M, Morris T, Macfarlane S, Cunningham C. Pain in Dementia: Prevalence and Association With Neuropsychiatric Behaviors. *J Pain Symptom Manage*. 2021 Jun 1;61(6):1215–26.
47. Montoro-Lorite M, Risco E, Canalias-Reverter M, Rodríguez-Murillo JA, García-Pascual M, Zabalegui A. Integrated Management of Pain in Advanced Dementia. *Pain Management Nursing*. 2020 Aug;21(4):331–8.
48. Eldufani J, Blaise G. The role of acetylcholinesterase inhibitors such as neostigmine and rivastigmine on chronic pain and cognitive function in aging: A review of recent clinical applications. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*. 2019 Jan 4;5(1):175–83.
49. Kroenke K, Gao S, Mosesso KM, Hickman SE, Holtz LR, Torke AM, et al. Prevalence and Predictors of Symptoms in Persons with Advanced Dementia Living in the Community. *J Palliat Med*. 2022 Sep 1;25(9):1376–85.
50. Cintra RR, Lins LCRF, Medeiros KAAL, Souza MF, Gois AM, Bispo JMM, et al. Nociception alterations precede motor symptoms in a progressive model of parkinsonism induced by reserpine in middle-aged rats. *Brain Res Bull*. 2021 Jun;171:1–9.
51. Silveira Barezani AL, de Figueiredo Feital AMB, Gonçalves BM, Christo PP, Scalzo PL. Low back pain in Parkinson's disease: A cross-sectional study of its prevalence, and implications on functional capacity and quality of life. *Clin Neurol Neurosurg*. 2020 Jul;194:105787.

52. Ferreira-Sánchez MR, Moreno-Verdú M, Cano-de-la-Cuerda R, Fernández-de-las-Peñas C, Güeita-Rodríguez J, Ortega-Santiago R. Widespread Pressure Pain Hyperalgesia Is Not Related to Pain in Patients with Parkinson's Disease. *Pain Medicine*. 2020 Feb 1;21(2):232–8.
53. Viseux FJF, Delval A, Simoneau M, Defebvre L. Pain and Parkinson's disease: Current mechanism and management updates. *European Journal of Pain*. 2023 Mar 3;
54. Cummings J. The Neuropsychiatric Inventory: Development and Applications. Vol. 33, *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. SAGE Publications Inc.; 2020. p. 73–84.
55. Mallon T, Eisele M, König HH, Brettschneider C, Roehr S, Pabst A, et al. Lifestyle Aspects As A Predictor Of Pain Among Oldest-Old Primary Care Patients – A Longitudinal Cohort Study. *Clin Interv Aging*. 2019 Nov;Volume 14:1881–8.
56. Zwakhalen S, Docking RE, Gnass I, Sirsch E, Stewart C, Allcock N, et al. Pain in older adults with dementia: A survey across Europe on current practices, use of assessment tools, guidelines and policies. Vol. 32, *Schmerz*. Springer Verlag; 2018. p. 364–73.
57. Achterberg W, Lautenbacher S, Husebo B, Erdal A, Herr K. Pain in dementia. *Pain Rep*. 2020 Jan;5(1):e803.
58. Achterberg W, Lautenbacher S, Husebo B, Erdal A, Herr K. Schmerz bei Demenz. *Der Schmerz*. 2021 Apr 14;35(2):130–8.
59. Bullock L, Bedson J, Jordan JL, Bartlam B, Chew-Graham CA, Campbell P. Pain assessment and pain treatment for community-dwelling people with dementia: A systematic review and narrative synthesis. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2019 Jun 8;34(6):807–21.
60. Vicente Herrero MT, Delgado Bueno S, Bandrés Moyá F, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García L. Valoración del dolor. Revisión Comparativa de Escalas y Cuestionarios. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 2018;
61. Cantón-Habas V, Carrera-González M del P, Moreno-Casbas MT, Rich-Ruiz M. Spanish adaptation and validation of the Pain Assessment Scale in Advanced Dementia (PAINAD) in patients with dementia and impaired verbal communication: cross-sectional study. *BMJ Open*. 2021 Jun 22;11(6):e049211.
62. Muñoz-Narbona L, Cabrera-Jaime S, Lluch-Canut T, Pérez de la Ossa N, Álvarez Ballano J, Zarza Arnau N, et al. Validation of the Spanish Version of the Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD-Sp) in Hospitalized Patients with Neurologic Disorders and Oncologic Patients Unable to Self-Report Their Pain. *Pain Management Nursing*. 2019 Aug;20(4):323–30.

63. Muñoz-Narbona L, Roldán-Merino J, Lluch-Canut T, Juvé-Udina E, Llorca MB, Cabrera-Jaime S. Impact of a Training Intervention on the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale in Noncommunicative Inpatients. *Pain Management Nursing*. 2019 Oct;20(5):468–74.
64. Wandrey JD, Behnel N, Weidner E, Dummin U, von Dincklage F, Tafelski S. Behaviour-based pain scales: Validity and interrater reliability of BPS-NI and PAINAD-G on general wards. *European Journal of Pain*. 2023 Feb 16;27(2):201–11.
65. Leandro JT. Fiabilidad de las escalas: interpretación y limitaciones del Alfa de Cronbach. 2020;
66. Montoro-Lorite M, Canalias-Reverter M. Advanced dementia pain management protocols. *Enferm Clin*. 2018 May 1;28(3):194–204.
67. Natavio T, McQuillen E, Dietrich MS, Wells N, Rhoten BA, Vallerand AH, et al. A Comparison of the Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC) and Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD). *Pain Management Nursing*. 2020 Dec;21(6):502–9.
68. Neumann-Podczaska A, Tobis S, Yermukhanova L, Wiczorowska-Tobis K. Pain in Advanced Stages of Dementia: The Perspective of Medical Students. *Medicina (B Aires)*. 2019 Apr 26;55(5):116.
69. Tsai YI, Browne G, Inder KJ. The effectiveness of interventions to improve pain assessment and management in people living with dementia: A systematic review and meta-analyses. *J Adv Nurs*. 2021 Mar 22;77(3):1127–40.
70. Tsai IP, Jeong SYS, Hunter S. Pain Assessment and Management for Older Patients with Dementia in Hospitals: An Integrative Literature Review. *Pain Management Nursing*. 2018 Feb;19(1):54–71.
71. Vitou V, Gély-Nargeot MC, Bayard S. Interrater Variability in Pain Assessment of Long-term Care Residents with Dementia. *Pain Management Nursing*. 2021 Jun;22(3):377–85.

ANEXOS

Escala de Deterioro Global-GDS (Reisberg, B.; Ferris, S. H.; de Leon, M. D. y Crook, T. "The Global Deterioration Scale for Assessment of Primary Degenerative Dementia". Am J. Psychiatry, 139 (1982), p. 1136-1139).

GDS	Síntomas y signos	Correspondencia clínica
GDS-1. Sin deterioro cognitivo	-Ausencia de quejas subjetivas -Ausencia de trastornos evidentes de la memoria	Persona mayor con envejecimiento normal, MMSE: 30 Pts.
GDS-2. Deterioro cognitivo muy Leve	-Hay quejas subjetivas de pérdida de memoria, más frecuentemente en las siguientes áreas: a) Olvidos del lugar donde ha dejado objetos familiares b) Olvido de nombres previamente bien conocidos. -No hay evidencia objetiva de déficit de memoria en la entrevista clínica -No hay déficit objetivo en el trabajo ni en situaciones sociales. -Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología (se muestra muy preocupado por los olvidos, aunque estos no afectan en cosas importantes de la vida diaria)	Persona mayor con envejecimiento normal/ Deterioro de memoria asociado a la edad, MMSE: 25-30 Pts.
GDS-3. Deterioro Cognitivo Leve	Primeros déficit claros. Manifestaciones en más de una de las siguientes áreas: a) Suele perderse cuando viaja a sitios desconocidos b) Se evidencia su bajo rendimiento laboral c) Se hace evidente la pérdida de palabras y nombres d) Retiene relativamente poco material al leer un párrafo de un libro e) Demuestra una disminución en el recuerdo de nombres de personas que acaba de conocer f) Pierde o extravía objetos de valor g) En la exploración clínica puede evidenciarse un déficit de concentración • Evidencia objetiva de déficit de memoria que se pone de manifiesto en una entrevista exhaustiva. • Disminución del rendimiento en las áreas laboral y social. • Empieza a negar los déficits: La negación o desconocimiento de los defectos se hace manifiesta en el paciente. • Estos síntomas van acompañados de ansiedad leve o moderada.	Deterioro cognitivo Leve/ compatible con enfermedad de Alzheimer incipiente, MMSE: 20-27 Pts. Nota: si el DCL sólo presenta alteración de memoria demostrada: DCL amnésico. Si presenta otras funciones alteradas con o sin alteración amnésica: DCL con afectación múltiple. Si los déficits son progresivos: Demencia inicial.
GDS-4. Deterioro Cognitivo Moderado	Déficits claros al realizar una cuidadosa entrevista clínica. Los déficit son manifiestos en las siguientes áreas: a) Disminución en el conocimiento de acontecimientos actuales y recientes. b) Puede presentar algún déficit en el recuerdo de su historia personal c) Déficit en la concentración, que se hace evidente en la sustracción de series d) Disminución en la capacidad para viajar, manejar las finanzas, etc. • No suele haber déficit en las siguientes áreas: a) Orientación en tiempo y persona b) Reconocimiento de personas y caras familiares c) Capacidad para desplazarse a lugares conocidos • Incapacidad para realizar tareas complejas • La negación es el principal mecanismo de defensa. • La respuesta afectiva se aplanan y el individuo se retrae ante situaciones de mayor exigencia	Demencia en fase Leve, MMSE: 16-23 Pts.
GDS-5: Deterioro Cognitivo de	El paciente ya no puede pasar sin algún tipo de ayuda. • El paciente es incapaz de recordar detalles relevantes de su vida actual, por ejemplo su dirección o número de teléfono que tiene	Demencia en fase moderada, MMSE: 10-19

Escala de Deterioro Global-GDS (Reisberg, B.; Ferris, S. H.; de Leon, M. D. y Crook, T. "The Global Deterioration Scale for Assessment of Primary Degenerative Dementia". Am J. Psychiatry, 139 (1982), p. 1136-1139).

<p>moderado a grave</p>	<p>desde hace años, los nombres de parientes cercanos (Ej., sus nietos), de su escuela, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A menudo presenta desorientación temporal (fecha, día de la semana, estación, etc.) o de lugar. • Una persona con educación formal puede tener dificultad al contar hacia atrás desde 40 de 4 en 4 o desde 20 de 2 en 2. • Las personas en este estadio se acuerdan de muchos datos o hechos importantes o de interés referentes a si mismo y a los demás • Invariablemente saben su propio nombre y el de su esposa e hijos • No requieren ayuda para el aseo personal ni para comer, pero pueden tener alguna dificultad en elegir qué ropa ponerse por ejemplo. 	
<p>GDS-6: Deterioro cognitivo grave.</p>	<p>Puede olvidarse ocasionalmente del nombre de su esposo/a, de quien depende del todo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No será consciente de acontecimientos y experiencias recientes • Retiene algún recuerdo de su vida pasada, pero es poco preciso. • Generalmente, no es consciente de su entorno, ni en el tiempo ni en el espacio. • Tiene dificultad en contar de 10 en forma inversa y a veces directa. • Requerirá cierta asistencia en las actividades de la vida diaria, por ejemplo, para la incontinencia o para desplazarse, pero mostrará capacidad para trasladarse a lugares conocidos. • Frecuentemente distingue las personas conocidas de las no conocidas. • Casi siempre recuerda su propio nombre • Aparecen cambios emocionales y de la personalidad. Éstos son bastante variables e incluyen: <ul style="list-style-type: none"> a) Conductas delirantes, por ejemplo, los pacientes acusan a su esposo/a de ser un impostor, hablan con personas inexistentes o con su propio reflejo en el espejo b) Síntomas obsesivos como, por ejemplo, la persona repite continuamente sencillas actividades de limpieza c) Síntomas de ansiedad, agitación e incluso de conducta violenta inexistente hasta entonces d) Abulia cognitiva como, por ejemplo, la pérdida de fuerza de voluntad por no poder planificar una acción propositiva. 	<p>Demencia en fase moderada a grave, MMSE: 0-12</p>
<p>GDS-7: Deterioro cognitivo muy grave.</p>	<p>En el curso de este estadio se perderán progresivamente las habilidades verbales. Al principio de este estadio verbalizará palabras y frases muy concretas. Al final de este estadio no hay lenguaje, sólo gruñidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incontinencia urinaria. Requiere asistencia para el aseo y la alimentación • A medida que avanza el estadio se pierden las habilidades motoras básicas, por ejemplo, la capacidad para desplazarse • El cerebro ya no parece capaz de decir al cuerpo lo que debe hacer. 	<p>Demencia grave, MMSE: 0-0</p>