



Hoja de información No. 4

Manejo del dolor en la demencia

Existen numerosas enfermedades que llevan a la disfunción cognitiva, que llevan a problemas progresivos con las actividades de la vida diaria, la comunicación y el comportamiento, tales como la agitación, apatía o alteraciones del sueño. A este síndrome se le denomina Demencia. Las más comunes son la enfermedad de Alzheimer, la demencia vascular o una combinación de ambas. La enfermedad de Parkinson, Huntington, SDA y otras entidades con prevalencia variable pueden llevar a la demencia. Aunque todas estas enfermedades pueden llevar al mismo estado de demencia, la neuropatología para cada una de ellas es diferente así como el impacto sobre el procesamiento del dolor. e ha demostrado en numerosos estudios que las personas con demencia son proclives a una mala evaluación del dolor y un menor uso de analgésicos [1].

El procesamiento del dolor en la demencia puede estar alterado.

- En la enfermedad de Alzheimer los pacientes sienten dolor, pero su interpretación y evaluación cognitiva y emocional pueden ser diferentes.
- En la demencia vascular los pacientes probablemente experimenten mayor dolor por las lesiones de sustancia blanca que estimulan el dolor central.
- Las causas de la demencia son enfermedades neuropatológicas progresivas y su impacto en el procesamiento del dolor depende del estado de la enfermedad.
- En casi todos los tipos de demencia la comunicación está gravemente limitada en algún momento de su desarrollo.
- Hay estudios experimentales que muestran que el umbral del dolor es algo mayor en los pacientes con Alzheimer y su respuesta autonómica está frenada [2].
- Estudios experimentales también muestran que las expresiones faciales en respuesta al dolor aumentan en las personas con discapacidad [6].

Desafíos en la valoración del dolor en la demencia.

- La autovaloración del dolor (y los efectos positivos y adversos de la medicación) no es siempre una posibilidad, especialmente en estadios más avanzados.
- Las herramientas de valoración del dolor habituales no siempre son aplicables, especialmente en estadios más avanzados.

- Los profesionales sanitarios a menudo no tienen un entrenamiento para comunicarse con pacientes discapacitados, lo cual lleva a deficiencias en la actitud y el conocimiento tanto de la demencia como el dolor [8].
- Cuando las herramientas habituales para la evaluación del dolor (autovaloración) no son válidas, existen instrumentos observacionales.
- Hay más de 35 herramientas observacionales, aunque su validación e implementación son por lo general pobres [4].
- El dolor se expresa a menudo como un comportamiento (como la agitación).
- Los cuidadores se enfocan en tratar el comportamiento, a menudo con medicación antipsicótica en lugar de analgésica.
- La diferenciación de las causas de síntomas neuropsiquiátricos es desafiante.

Manejo multidisciplinar y no farmacológico.

- Los pacientes con discapacidad tienen un amplio espectro de necesidades médicas, sociales y psicológicas. El manejo del dolor siempre tiene múltiples componentes por lo que su manejo debería ser multidisciplinario.
- Ya que la mayor parte de los pacientes con demencia son añosos, tienen un mayor riesgo de efectos adversos de los medicamentos. Las intervenciones no farmacológicas (tales como sociales, mentales y actividad física como la musicoterapia) siempre deberían ser la primera línea de pensamiento.
- Dada la evaluación y presentación alterada del dolor existe un componente comportamental y psicológico muy importante en la experiencia del dolor. Por lo tanto, las intervenciones comportamentales y tranquilizantes que reafirman y relajan a los pacientes con discapacidad también deberían de primera elección. Sin embargo, existe poca evidencia y consenso de expertos en cuanto al contenido y efectos de estas intervenciones no farmacológicas para los pacientes con demencia [7].

Manejo farmacológico

- El paracetamol es un analgésico eficaz para la mayoría de los pacientes con demencia pero no se debería prescribir en base a “si precisa” ya que a menudo tienen problemas para comunicar de forma eficaz sobre el dolor.
- Cuando se usen ASNEs, debería considerarse que los pacientes son mayores y hay un riesgo real de reacciones adversas graves (gastrointestinales, renales y cardiovasculares). Los pacientes también tienen problemas a la hora de comunicar posibles signos precoces de efectos adversos graves, por lo que se aconseja ser cauto, comenzar con bajas dosis e intentar ciclos de menos de dos semanas.
- El uso de opioides débiles no se aconseja por su evidencia pobre de eficacia y los posibles efectos adversos, entre los que el delirio es frecuente.
- Cuando se necesiten, se deberían usar los opioides mayores pero se deberían introducir de forma paulatina y aumentar la dosis despacio. e debe considerar que las personas con demencia también tienen más efectos adversos, por lo que se debe seguir y evaluar al menos una vez a la semana. e debe procurar parar en 6 semanas [5].

- En muchos países los parches de buprenorfina y fentanilo son muy prevalentes en personas con demencia, a menudo durante meses o años.
- Se recomienda a los médicos un uso crítico de los analgésicos a largo plazo, incluido los parches.
- El seguimiento y evaluación de la efectividad y efectos adversos del tratamiento es muy importante y debería realizarse de forma regular.
- Estudios experimentales han mostrado que personas con enfermedad de Alzheimer con disfunción frontal no tienen efecto placebo. Se ha demostrado que estos pacientes requerían una dosis mayor de analgésicos para llegar al mismo nivel de analgesia [3].
- Se debe usar una herramienta de evaluación para la valoración. Si la autovaloración está impedida, entonces se deben las herramientas de evaluación comportamental tales como MOBSD-2, PASNAD o PASC.

REFERENCES

- [1] Achterberg WP, Pieper MJ, van Dalen-Kok AH, de Waal MW, Husebo B, Lautenbacher J, Kunz M, Cherder EJ, Corbett A. Pain management in patients with dementia. *Clin Interv Aging*. 2013;8:1471-82.
- [2] Benedetti F, Vighetti A, Ricco C, Lagna E, Bergamasco B, Pinessi L, Rainero S. Pain threshold and tolerance in Alzheimer's disease. *Pain*. 1999 Mar;80(1-2):377-82.
- [3] Benedetti F, Arduino C, Costa M, Vighetti A, Tarenzi L, Rainero S, Asteggiano G. Loss of expectation-related mechanisms in Alzheimer's disease makes analgesic therapies less effective. *Pain*. 2006 Mar;121(1-2):133-44.
- [4] Corbett A, Achterberg W, Husebo B, Lobbezoo I, de Vet H, Kunz M, Strand L, Constantinou M, Tudose C, Kappesser J, de Waal M, Lautenbacher J; EU-CO T action 1005 Pain Assessment in Patients with Impaired Cognition, especially Dementia Collaborators: <http://www.cost-td1005.net>. An international road map to improve pain assessment in people with impaired cognition: the development of the Pain Assessment in Impaired Cognition (PASC) meta-tool. *BMC Neurol*. 2014 Dec 10;14:229.
- [5] Erdal A, Fjell E, Aarsland D, Selbaek G, Ballard C, Lettebo DD, Husebo B. Tolerability of buprenorphine transdermal system in nursing home patients with advanced dementia: a randomized, placebo-controlled trial (DEP.PASN.DEM). *Clin Interv Aging*. 2018 May 16;13:935-946.
- [6] Lautenbacher J, Kunz M. Facial Pain Expression in Dementia: A Review of the Experimental and Clinical Evidence. *Curr Alzheimer Res*. 2017;14(5):501-505.
- [7] Pieper MJ, van Dalen-Kok AH, Francke AL, van der Steen JT, Cherder EJ, Husebo B, Achterberg WP. Interventions targeting pain or behavior in dementia: a systematic review. *Ageing Res Rev*. 2013 Sep;12(4):1042-55.
- [8] Zwakhalen L, Docking RE, Gnass S, Hirsch E, Stewart C, Allcock N, Schofield P. Pain in older adults with dementia: A survey across Europe on current practices, use of assessment tools, guidelines and policies. *J Pain*. 2018 Jun 21. doi: 10.1007/s00482-018-0290-x. [Epub ahead of print]

AUTHORS

Wilco Achterberg, MD, PhD
 Leiden University Medical Centre
 LUMC Department of Public Health and Primary Care
 Leiden, Netherlands

Bettina Husebo, MD
 University of Bergen
 Department of Global Public Health and Primary Care
 Bergen, Norway

Revisores

Nathanael Knowlson

Residente de anestesiología y reanimación

Hospital regional Universitario de Málaga

Málaga, Andalucía, España

Alex Barroso, PhD

Facultativo especialista en anestesiología y reanimación

Hospital regional Universitario de Málaga

Málaga, Andalucía, España

Sobre la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor IASP® (International Association for the Study of Pain)

IASP es el foro profesional líder para la ciencia, práctica, y educación en el campo del dolor. [La suscripción se encuentra abierta a todos los profesionales](#) involucrados en la investigación, diagnóstico, o tratamiento del dolor. La IASP cuenta con más de 7,000 miembros en 133 países, 90 capítulos internacionales, y 22 Grupos de Especial Interés.

Sobre la Federación Europea de Dolor EFIC® (European Pain Federation)

La Federación Europea de Dolor EFIC es una organización profesional multidisciplinar en el campo de la medicina del dolor y su investigación, que consiste en 37 Capítulos Europeos de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, International Association for the Study of Pain) y que representa a unos 20,000 médicos, enfermeras, científicos, psicólogos, fisioterapeutas y a otros profesionales de la salud involucrados en la medicina del dolor.

Como parte del Año Global contra el Dolor en los más vulnerables, la IASP Y EFIC ofrece una serie de hojas informativas que cubren tópicos específicos relacionados con el dolor. Estos documentos han sido traducidos a múltiples idiomas y se encuentran disponibles para su descarga gratuita. Para mayor información visite [GYAP Page](#) y [EYAP Page](#).