



# PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

en Residencias  
de Ancianos

*Coordinador:*  
Alberto López Rocha

*Autores:*  
Carmen Dolores Acosta Morales  
Iñaki Artaza Artabe  
José Ramón Rodríguez Aizcorbe

## DOLOR ONCOLÓGICO Y ESTREÑIMIENTO



*imáinate que puedes*



# PROTOCOLO DE ACTUACION

en Residencias  
de Ancianos

## DOLOR ONCOLÓGICO Y ESTREÑIMIENTO

S E M E R



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE  
MÉDICOS DE RESIDENCIAS

*imagínate que puedes*

Coordinador:

**Alberto López Rocha**  
*Director Médico Centro  
Geriátrico Real Deleite,  
Aranjuez (Madrid).*

Autores:

**Carmen Dolores Acosta Morales**  
*Médico Geriatra. Centro Socio-sanitario  
"El Sabinal" (Las Palmas de Gran Canaria).*

**Iñaki Artaza Artabe**  
*Médico Geriatra. Director Médico  
de Residencia Orúe. Amorebieta (Vizcaya).*

**José Ramón Rodríguez Aizcorbe**  
*Director Médico Residencia Virgen  
de La Luz (Madrid).*

© **SEMER**

C/ Cea Bermúdez, 14, Plta. 3 - ofic. 2  
28003 Madrid  
Tel. 91 553 22 00  
E-mail: secretaria@semer.org  
www.semer.es

**Coordinación editorial:**



International Marketing & Communication. S.R.L.

Alberto Alcocer, 13, 1º D  
28036 Madrid  
Tel.: 91 353 33 70. Fax: 91 353 33 73  
imc@imc-sa.es

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

ISBN: XX-XXX-XXXX-X  
Dep. Legal: M-00000-2006

*¿Por qué un protocolo de actuación para estas patologías? Ambas tienen especial relevancia entre nuestros mayores, y el saber llevarlas no es tarea fácil, ya que influyen en el mundo residencial una serie de factores que en un momento determinado se nos puede escapar, es el conocido “ambiente residencial” donde confluyen una serie de agentes como es la familia, los cuidadores, personal asistencial/social, administrativo e incluso la misma convivencia con el resto de los residentes. Es ello lo que nos debe hacer actuar dentro de lo que es el tratamiento individual de cada persona, de una forma ordenada y eficaz, para lo cual nos basamos en los estudios existentes, así como en nuestra propia experiencia, que intentaremos reflejar en esta publicación.*

*Nos podríamos plantear varias preguntas, pero una muy importante es: ¿se trata adecuadamente el dolor del anciano oncológico? Realmente está infratratado, muchas veces por evitar la aparición de posibles efectos adversos y otras por tener la sospecha que el umbral del dolor en el anciano es muy elevado, cuando realmente el dolor es lo que es y su no tratamiento adecuado condiciona cambios sobre la funcionalidad, estado emocional, conducta, relaciones interpersonales; todo ello conduciría de una manera irrefutable a la sobrecarga del personal que le asiste.*

*El dolor oncológico en el anciano puede en cualquier momento estar asociado a otro proceso y no necesariamente atribuible al primero, por lo que se debe discriminar bien cuando es uno u otro, teniendo en cuenta la premisa que son los dolores oncológicos óseos, O.R.L. y estómago, los que mayor prevalencia tienen.*

*En lo que al estreñimiento se refiere hay que saber distinguir perfectamente cuándo realmente lo está, y no sólo el echo de ser anciano implica estar estreñido. Rebosamiento e impactación fecal son unos conceptos que todavía permanecen desconocidos o no se tienen presentes, por lo que es muy importante que el personal que les atiende lo tenga suficientemente claro.*

*Los tiempos avanzan y pueden surgir novedades. Es por lo que un protocolo debe tener una actualización o revisión, y en este caso se haría a los dos años, tiempo que consideramos prudencial de valoración de una publicación de estas características.*

*Este protocolo que ayuda a nuestra actividad profesional en la práctica diaria, es muy específico del dolor oncológico y el estreñimiento. Ello no quiere decir que en las situaciones de rebeldía terapéutica a otras patologías álgidas podamos apoyarnos en lo aquí enseñado y que ha sido expuesto en la zona de socios SEMER de la web ([www.semer.es](http://www.semer.es)) para que puedan aportar sugerencias a la misma; es decir, además de los autores la aportación ha sido pública entre nuestros/as asociados/as. No te separen de ella, es muy práctica y en un momento determinado te puede ayudar a resolver muchas dudas y puede que aspectos éticos legales de actuación.*

## DEFINICIÓN

La International Association for the Study of Pain (IASP) define el dolor como aquella experiencia subjetiva desagradable, sensitiva y emocional, que se asocia a una lesión actual o potencial de los tejidos y que depende en gran parte de las de las experiencias dolorosas previas del individuo.

## EPIDEMIOLOGÍA

El dolor persistente es común entre los mayores, sugiriendo varios estudios que entre el 25 y el 50% de los ancianos que viven en sus domicilios sufren problemas importantes de dolor.

El dolor es también común entre los ancianos institucionalizados, estimándose que entre el 45 % y el 80% de ellos presentan un dolor importante. Tanto es así que cerca de una cuarta parte de los residentes ingresados presenta dolor diariamente, y un 41,2% continúa experimentando dolor moderado diariamente o agudo, con cierta frecuencia, seis meses después de la valoración inicial.

Por otro lado, las personas mayores tienen, comúnmente, varias fuentes de dolor y presentan múltiples problemas médicos. Así, la alta prevalencia de demencia en esta población, los trastornos sensitivos, la discapacidad y la dependencia hacen más difícil la valoración y el manejo de estos pacientes, y, aunque parezca paradójico, aumentan el riesgo de no recibir analgesia.

Parece demostrado, según los estudios, que en las residencias el dolor en el mayor está inadecuadamente tratado. Así, cerca del 40% de los residentes oncológicos y del 25% de los no oncológicos no recibiría analgesia a pesar de experimentar dolor diariamente. Constituyendo este infratratamiento del dolor en los centros residenciales un importante problema de salud pública.

## CLASIFICACIÓN DEL DOLOR

### 1. Por su DURACIÓN:

- **Dolor agudo:** dura menos de tres meses, es transitorio, aparece tras una lesión tisular y desaparece habitualmente cuando ésta cesa.
- **Dolor crónico:** dura más de tres meses, es persistente, constituye una enfermedad en sí mismo y pierde su misión protectora. Mayor componente psíquico que el dolor agudo.

### 2. Por su FISIOPATOLOGÍA:

- **Nociceptivo:**
  - Somático. Por estímulo de piel, hueso, articulaciones, músculo y partes blandas. Es un dolor bien localizado, punzante o pulsátil.

- Visceral. Por estímulo de vísceras y órganos inervados por el simpático, mucosas, serosas, músculo liso y vasos. Es un dolor sordo, profundo, mal localizado.
- **Neuropático:** Resultado de la lesión del sistema nervioso central o periférico. No existe relación causal entre lesión tisular y dolor. Se describe como descarga, quemazón, acorchamiento o presión.

### 3. Por su EVOLUCIÓN:

- Dolor basal o continuo.
- Irruptivo, de inicio brusco. A su vez puede ser:
  - Incidental: es el desencadenado por determinada actividad muchas veces predecible (determinadas posturas, movimientos, con las transferencias, con la deposición, etc).
  - Dolor final de dosis: aquel que aparece justo antes de la toma del analgésico pautado.
  - Dolor espontáneo: cuya aparición no es predecible.

### Componentes del dolor:

La sensación dolorosa es una experiencia que contiene tres dimensiones especiales, con sus correspondientes correlatos neuroanatómicos:

- a. Dimensión sensitivo-discriminativa: reconoce las cualidades estrictamente sensoriales del dolor (localización, intensidad, cualidad, características espaciales y temporales).
- b. Dimensión cognitiva evaluadora, que valora no sólo la percepción de lo que se está sintiendo, considerando el significado de lo que está ocurriendo y de lo que pudiera ocurrir.
- c. Dimensión afectivo-emocional: la sensación dolorosa despierta un componente emocional en el que confluyen deseos, esperanzas, miedos, temores, angustias, etc., y que influye en la tolerancia al dolor.

## DOLOR Y ENVEJECIMIENTO

Percepción del dolor en los mayores:

Según los datos procedentes de la literatura, la presbialgia, o hipoalgesia generalizada inducida por el envejecimiento, parece poco probable. Al contrario, parece aceptarse en la población anciana un aumento del dolor crónico (especialmente el ligado a enfermedades osteoarticulares y vasculares) y de la frecuencia de presentaciones atípicas, dentro de lo que se considera la dimensión sensitivo-discriminativa. En cuanto a la dimensión afectivo-emocional, se relaciona el dolor percibido

con el estímulo del sistema nervioso autónomo, con las experiencias previas de dolor, con la capacidad cognitiva y con las perspectivas de futuro del mayor.

## **SÍNDROMES DOLOROSOS EN EL PACIENTE ANCIANO CON CÁNCER**

### **1. DOLOR ÓSEO**

Se puede dar en cualquier localización del esqueleto y puede ser primario o secundario a diseminación a distancia.

Los tumores que más frecuentemente metastatizan a hueso son: próstata, pulmón, mama y tiroides. La localización del dolor ayuda al diagnóstico topográfico de la lesión.

La población anciana refiere muy frecuentemente, además de su proceso oncológico de base, dolor articular y óseo a cualquier nivel en relación con patología degenerativa, que será necesario evaluar y tratar.

### **2. DOLOR POR AFECTACIÓN NERVIOSA**

Pueden producir múltiples cuadros de dolor, con o sin déficit neurológico. Causado por:

- Crecimiento tumoral con afectación de plexos, raíces o nervios.
- Infiltración o lesión de sistema nervioso central.
- Como consecuencia del tratamiento oncológico.
- Por secuelas de procesos neurológicos previos (enfermedad cerebrovascular).
- Por enfermedades sistémicas frecuentes en ancianos, como la diabetes.
- El dolor muscular es un dolor difuso, sordo, sobre determinado grupo muscular que se reproduce a la palpación y que se asocia a sensación de rigidez.

### **3. EL DOLOR ABDOMINAL**

- **EL ESTREÑIMIENTO.** La asociación anciano - cáncer predispone al estreñimiento y la impactación fecal por la mayor inmovilidad, la escasa ingesta de líquidos y el uso de determinados medicamentos como los opioides.
- **EL DOLOR VISCERAL** por afectación del tracto intestinal a cualquier nivel con o sin componente cólico.
- **LA OBSTRUCCIÓN** al tránsito en diferentes grados (pseudobstrucción y obstrucción completa).
- **EL DOLOR EPIGÁSTRICO** producido por tumores que afectan al páncreas, a

la vía biliar distal o al plexo celíaco, es un tipo de dolor sordo, profundo, irradiado hacia espalda o en cinturón y que empeora con el decúbito supino y mejora con la flexión del tronco.

- EL CÁNCER DE OVARIO en fase avanzada, a menudo asociado a afectación peritoneal con carcinomatosis y ascitis, produce un dolor sordo, profundo, mal localizado.

#### 4. EL DOLOR DE LAS ÚLCERAS DE ORIGEN NEOPLÁSICO

Lesiones frecuentemente asociados a tumores de mama y de cabeza y cuello. Se acompañan de mal olor, sangrado y alteración de la imagen corporal con importante repercusión psicológica.

#### 5. EL DOLOR DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Producidas por la necrosis de las partes blandas sometidas a presión, el dolor asociado a su aparición o durante las curas de las mismas, es un problema frecuente en ancianos inmovilizados y con problemas de malnutrición como son los pacientes oncológicos.

## VALORACIÓN DEL DOLOR EN EL ANCIANO ONCOLÓGICO

La valoración en el anciano con dolor oncológico o crónico no oncológico tiene fundamentalmente dos aspectos importantes para un diagnóstico correcto. Por un lado, la valoración exhaustiva del síndrome doloroso y por otro lado, y no menos importante, la medida del impacto sobre su vida. En este sentido, la valoración geriátrica integral (VGI) es una herramienta de trabajo imprescindible en la aproximación al paciente anciano con dolor de cualquier etiología en cualquier ámbito de atención, en la comunidad, en el medio residencial, etc.

La valoración clínica del anciano con dolor oncológico y no oncológico debe contener la siguiente información:

#### 1. HISTORIA DEL DOLOR

La historia clínica tiene que recoger toda la información necesaria para su correcta evaluación.

- Antecedentes patológicos oncológicos y no oncológicos. Tipo de tumor, extensión, presencia de metástasis, tratamientos activos recibidos (cirugía, radioterapia, quimioterapia), síndromes dolorosos previos que ha presentado, analgesia empleada y efectos secundarios de la misma.
- Dolor actual: localización, irradiación, características, intensidad, factores que lo agravan o mejoran, sintomatología asociada. Analgesia recibida, analgesia



actual, pautas de administración, efectos secundarios.

- Explorar el significado de dolor para el paciente.
- Exploración física y neurológica detallada.

## 2. VALORACIÓN FUNCIONAL

En medio residencial se recomienda el uso:

Para valoración de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) del Índice de Katz (IK), Índice de Barthel (IB). Para actividades instrumentales (AIVD) el Índice de Lawton y Brody.

## 3. VALORACION COGNITIVA

Una escala sencilla para una evaluación rápida es el Short Portable Mental Status Questionnaire de Pfeiffer (SPMSQ).

## 4. VALORACIÓN SOCIAL

Exploración dinámica familiar y preferencias del paciente en cuanto a sitio donde permanecer mientras dure la enfermedad.

## 5. VALORACION PSICOLÓGICA

Detección precoz de síntomas de ansiedad, depresión o problemas psiquiátricos. La escala de depresión de Yesavage (13).

## 6. VALORACION ESPIRITUAL

Conocer las creencias y los valores del Residente con respecto a la enfermedad y el dolor a la hora de plantear un plan de cuidados y que debemos aceptar y respetar.

## 7. Explorar grado de conocimiento de la enfermedad. Información recibida.

Para concluir, se puede afirmar que con la edad no se producen cambios notables en la intensidad del dolor superficial, especialmente en los episodios agudos. Por el contrario, el dolor referido o profundo estaría disminuido, siendo conocida una relativa ausencia ante situaciones como el infarto agudo de miocardio, o la patología abdominal aguda (trombosis mesentérica, peritonitis, obstrucción intestinal, etc.), diferentes tipos de cáncer y otros procesos inflamatorios. También se ha descrito una disminución en el dolor postoperatorio (18,19).

## LA MEDICIÓN DEL DOLOR

Dos tipos de escalas para la valoración del dolor:

- **ESCALAS UNIDIMENSIONALES:** Escala Numérica en la que se solicita al enfermo que puntúe la intensidad de dolor desde el cero que significa la ausencia de dolor, hasta el 10 que es el máximo dolor.

La Escala Visual Analógica (EVA). Consiste una línea horizontal de 10 cm, en el extremo izquierdo está situada la zona de mínimo dolor y en el extremo derecho la del máximo dolor. Ambas escalas requieren para su realización una compresión intacta y colaboración por parte del paciente.

- **LOS TEST MULTIDIMENSIONALES.** Permiten una cuantificación del dolor y una evaluación cualitativa. Los principales son el Test de Latineen, el McGill Pain Questionnaire (MPQ) y el Wisconsin Brief Pain Questionnaire (BPI).

## DOLOR Y DETERIORO COGNITIVO

El dolor en los ancianos con deterioro cognitivo está infravalorado e infratratado, siendo el factor que más contribuye a ello la ausencia de instrumentos apropiados para ayudar a reconocerlo y documentarlo.

En la inadecuada valoración y reconocimiento influyen:

- Errores en los profesionales: la percepción del dolor disminuye con la edad, los analgésicos presentan graves efectos secundarios en los mayores, generan dependencia, etc.
- Actitud de los mayores: cierto grado de “estoicismo”, el dolor es inherente al envejecimiento, miedo a la medicación”, etc.
- Discriminación en la investigación: existen pocos ensayos clínicos randomizados, los metanálisis son inexistentes.
- Dificultades en la comunicación (incapacidad para verbalizar).
- Presentación atípica (como trastorno de comportamiento o trastorno afectivo).
- Coexistencia de varios dolores. La demencia como generadora de dolor y pueden coexistir: los osteo-musculares, neuropáticos por el piramidalismo generalizado y el inmovilismo, contracturas musculares, retracciones articulares, U.P.P, dolor visceral por estreñimiento, etc.
- Mayor dificultad en el tratamiento.

A pesar de las dificultades, el dolor se puede valorar en los ancianos con deterioro cognitivo. Así, con demencia leve y leve-moderada, con capacidad de comunicación básica conservada, debe hacerse una valoración multidimensional, clínica, funcional, cognitiva y psicosocial, como en el anciano sin deterioro cognitivo, utilizando escalas autoaplicadas.

Con demencia moderada-grave y muy grave cuya capacidad de comunicación está afectada es muy importante la observación, siendo la familia y los cuidadores la principal fuente de información. Es necesario valorar conductas de dolor durante el movimiento (al despertarse, deambular, en transferencias) y valorar trastornos de conducta, nuevos o agravamiento de los previos, que pueden ser desencadenados por el dolor. Pueden ser útiles para valorar el dolor en estas situaciones, las escalas observacionales.

En las escalas observacionales la valoración del dolor es recogida por un informador y están basadas en métodos de observación del comportamiento, incluyendo también el sueño, apetito, actividad física, movimiento y lenguaje corporal y facial. Entre las más valoradas estaría la escala norteamericana PAINAD, la francesa DOLOPLUS 2 y la canadiense PACSLAC. Desgraciadamente, todavía no hay ninguna validada al castellano, aunque nos consta que hay equipos trabajando en ello.

Las escalas autoaplicadas pueden ser usadas con fiabilidad en la gran mayoría de los ancianos hospitalizados con demencia leve y moderada, y en cerca de la mitad de los que tienen demencia severa. Las escalas observacionales estarían reservadas para los pacientes incapaces de completar las anteriores, pues, además, tienden a subestimar la intensidad del dolor.

Escala / autor	Año / País	Nº Ítems	Dimensiones
PAINAD Warden y cols	2003/ USA	5	Respiración, Vocalización, Expresión facial, Lenguaje corporal, Consuelo.
DOLOPLUS 2 Wari y cols	1992/Francia	10	Afectación somática, psicomotriz y psicosocial.
PACSLAC Fuch	2002/Canadá	60	Expresión facial, Actividad corporal, Social, personal, Alt. sueño y apetito.

## TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL ANCIANO

### 1. ASPECTOS GENERALES

- Emplear el analgésico adecuado al tipo y severidad del dolor siguiendo las recomendaciones y escala analgésica de la OMS. Sin olvidar nuestra experiencia en el anciano institucionalizado.
- La medicación debe administrarse con pautas fijas utilizando la mínima dosis eficaz y dejando pauta de analgesia de rescate para el dolor episódico.
- Utilizar pautas posológicas sencillas.

