

## El dolor en el paciente anciano con deterioro cognitivo

Elisabet Pallejà i Rubio

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquest document i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a RECERCAT (framing)

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de este documento y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y título. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a RECERCAT (framing).



TRABAJO DE FIN DE GRADO

# El dolor en el paciente anciano con deterioro cognitivo

Grado en Enfermería

**Autor:** Elisabet PALLEJÀ RUBIO

**Tutor:** Laura GARCIA ABADIAS

**Fecha de presentación:** 22/05/2017

**“Prohibida la reproducción total o parcial de este texto por medio de imprenta, fotocopia, microfilm u otros, sin permiso previo expreso de la Universitat Internacional de Catalunya”**

(En el reverso de la página del Título)

*A mis dos pilares,  
mis segundos padres,  
vuestra luz siempre iluminará mi camino.*

*Mis ángeles.*

## **AGRADECIMIENTOS**

En estas líneas me gustaría agradecer aquellas personas que me han acompañado, a las que se han tenido que ir y a las que han aparecido de repente cuando más lo necesitaba durante este viaje.

En primer lugar y muy especialmente a mis padres, os agradezco tantas cosas... que no sé ni por dónde empezar... Lo podría resumir a groso modo en un: "Gracias por TODO", pero me gustaría recalcar algunos aspectos: me habéis enseñado honestidad, bondad, perseverancia, lucha... y sobre todo he aprendido a sonreír ante las adversidades, porque como siempre me decís: "Los tropiezos, las caídas y los errores son la enseñanza que más perdura". Siempre os estaré eternamente agradecida por creer en mí, por el apoyo y el amor incondicional que me dais cada día y por hacer realidad mi sueño, mi vocación, mi pasión...

Me gustaría dar las gracias también a unas personas que se han convertido en parte de mi vida, que comparten mi vocación y que gracias a que nuestros caminos se cruzaron porque teníamos el mismo destino, me han acompañado en este intenso camino, por todos esos momentos compartidos y por todos los que están aún por llegar... Para mis enfermeras.

A ti amor, por aparecer en mi vida hace aproximadamente un año y medio, porque llegaste a mí de forma inesperada y en el momento donde más te necesitaba. Hemos aprendido mucho el uno del otro, hemos crecido juntos y hemos visto crecer al otro. Gracias por seguir a mi lado, ayudarme, y sobre todo por creer en mí cuando ni yo misma creía.

Gracias a Shendo, por darme fuerza y acompañarme con su melodía y sus letras durante las largas noches de estudio y de realización del Trabajo Final de Grado.

A mis pequeñines, mis gatos: Joule y Kitty, sois esenciales en mi vida, sois una parte de mí, porque el amor traspasa cualquier barrera de comunicación, gracias por vuestra compañía, me dais muchísima fuerza.

Por último y no menos importante, os he dejado a vosotros, mis ángeles, os debo tantísimas cosas, os tengo presentes cada día, me acuerdo de vosotros constantemente, porque sois mi ejemplo a seguir, mi mayor fortaleza. Gracias por protegerme allí donde estéis. Os quiero grandullones.

## **RESUMEN**

**Introducción:** Debido a los cambios demográficos en las últimas décadas, el número de personas mayores se ha incrementado, denotando un aumento progresivo del envejecimiento.

El dolor está francamente relacionado con el envejecimiento dado que, este síntoma aumenta a medida que la población va envejeciendo, de manera significativa entre la 4ª y 6ª etapa de la vida.

Una de las principales barreras que obstaculizan la valoración y el manejo óptimo del dolor son las alteraciones cognitivas en el paciente geriátrico. Se ha demostrado, que estos pacientes al no poder cuantificar y comunicar verbalmente su dolor, son infravalorados y no reciben la analgesia adecuada.

**Objetivo:** Analizar que reporta la literatura científica sobre las diferentes escalas de evaluación del dolor en el paciente anciano con deterioro cognitivo y conocer las estrategias de manejo y control del dolor para ayudar al profesional sanitario a mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

**Metodología:** Se realizó una revisión de la literatura en las diferentes bases de datos seleccionadas. Para la estrategia de búsqueda se definieron las palabras clave, se aplicaron los filtros de búsqueda correspondientes y se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión y de exclusión expuestos, con la obtención final de 23 artículos científicos para un posterior análisis bibliométrico y de contenido.

**Resultados:** La revisión de la literatura muestra la necesidad de una detección y evaluación apropiada del dolor en los pacientes con deterioro cognitivo, que debe incorporar: historia clínica, informes substitutos, resultados de los exámenes físicos y pruebas médicas, evaluación del estado funcional, la consideración de las variables situacionales y contextuales de la persona, la evaluación del estado emocional, un autoinforme ( en el caso que sea posible) y la evaluación del dolor observacional.

**Conclusiones:** El dolor es un problema de salud muy importante para los adultos mayores con demencia que son incapaces de expresarse verbalmente y se requieren estrategias adecuadas para esta población vulnerable. Un enfoque apropiado de evaluación incluirá, múltiples fuentes de información para asegurar una base sólida

sobre la cual tomar decisiones en el tratamiento, una observación directa del comportamiento e informes sustitutos; siendo estas fuentes los componentes esenciales para un enfoque multifactorial de evaluación.

**Palabras Clave:** deterioro cognitivo, anciano, geriatría, control/manejo del dolor y evaluación.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Due to demographic changes in the last decades, the number of elderly people has increased, that is to say, denoting a progressive aging process among the population.

The pain is closely related to aging, as this symptom increases as the population grows older, particularly between 4th the 6th stage of life.

The main barriers that hamper the assessment and optimal management of pain are the cognitive alterations in the geriatric patient. It has been proven that elderly patients, unable to quantify and verbally communicate their pain, are undervalued by the caretakers, and thus do not receive adequate analgesia.

**Aim:** To analyze the scientific literature reporting on different scales of pain assessment in elderly patients with cognitive impairment and to find the strategies of pain management and control, in order to help health professionals to improve the quality of life of these patients.

**Methodology:** A literature review was conducted in the chosen databases. The search strategy was based on the identification of key words, on the application of relevant search filters, and the exposed inclusion and exclusion criteria. This resulted in the selection of 23 scientific articles that afterwards underwent a bibliometric and a content analysis.

**Results:** The literature revision reinforces the need for adequate detection and assessment of pain in patients affected by cognitive impairment, which should include: medical history, surrogate reports, physical examination results and medical tests, evaluation of functional status, consideration of situational and contextual variables of the person, evaluation of emotional state, self-report ( if possible), and evaluation of observational pain.

**Conclusions:** Pain is a very important health problem for older adults with dementia who are unable to express themselves verbally, thus appropriate strategies are required for this vulnerable population. An appropriate evaluation approach will include multiple sources of information to ensure a sound basis on which to make treatment decisions,



direct observation of behavior and surrogate reports; these sources are the essential components that allow a multifactorial approach to evaluation.

**Keywords:** Cognitive impairment, elderly, geriatrics, pain control/pain management and assessment.

**ÍNDICE**

<b>AGRADECIMIENTOS.....</b>	<b>IV</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>V</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>VII</b>
<b>INDICE DE TABLAS.....</b>	<b>XI</b>
<b>INDICE DE FIGURAS.....</b>	<b>XII</b>
<b>ABREVIATURAS.....</b>	<b>XIII</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>3. HIPÓTESIS.....</b>	<b>4</b>
<b>4. OBJETIVOS.....</b>	<b>4</b>
<b>5. METODOLOGÍA.....</b>	<b>5</b>
<b>5.1 Estrategia de búsqueda.....</b>	<b>5</b>
<b>5.2 Estrategia de selección.....</b>	<b>6</b>
<b>5.3 Consideraciones éticas.....</b>	<b>7</b>
<b>6. RESULTADOS REVISIÓN DE LA LITERATURA.....</b>	<b>8</b>
<b>6.1 Análisis bibliométrico.....</b>	<b>8</b>
<b>6.2 Análisis de contenido.....</b>	<b>10</b>
<b>7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.....</b>	<b>39</b>
<b>8. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA Y LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>40</b>
<b>9. IMPLICACIONES PARA LAS POLÍTICAS SANITARIAS.....</b>	<b>41</b>
<b>10. REFLEXIÓN PERSONAL.....</b>	<b>41</b>
<b>11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>XIV</b>
<b>12. ANEXOS.....</b>	<b>XVII</b>
<b>Anexo 1: Cronograma de la realización del TFG.....</b>	<b>XVII</b>
<b>Anexo 2: Uso del gestor bibliográfico RefWorks.....</b>	<b>XVIII</b>

<b>Anexo 3: Tabla de artículos finales seleccionados .....</b>	<b>XVIII</b>
<b>Anexo 4: Jerarquía de técnicas de evaluación del dolor de McCaffery y Pasero. .....</b>	<b>XXIII</b>
<b>Anexo 5: Escala PAINAD .....</b>	<b>XXIV</b>
<b>Anexo 6: Escala del Dolor Abbey .....</b>	<b>XXV</b>
<b>Anexo 7: Escala DOLOPLUS 2 .....</b>	<b>XXVI</b>
<b>Anexo 8: Escala NOPPAIN .....</b>	<b>XXVII</b>
<b>Anexo 9: Escala PACSLAC .....</b>	<b>XXVIII</b>
<b>Anexo 10: Escala EDAD.....</b>	<b>XXIX</b>
<b>Anexo 11: Escala PADE.....</b>	<b>XXX</b>
<b>Anexo 12: Escala CNPI .....</b>	<b>XXXI</b>
<b>Anexo 13: Escala DS-DAT .....</b>	<b>XXXII</b>
<b>Anexo 14: Escala ECPA.....</b>	<b>XXXIII</b>
<b>Anexo 15: Escala Algoplus .....</b>	<b>XXXIV</b>
<b>Anexo 16: Escala Mahoney .....</b>	<b>XXXV</b>

**INDICE DE TABLAS**

<b>Tabla 1. Estrategia de búsqueda.....</b>	<b>5</b>
<b>Tabla 2. Criterios de inclusión y de exclusión .....</b>	<b>7</b>
<b>Tabla 3. Número de artículos por año de publicación .....</b>	<b>8</b>
<b>Tabla 4. Número de artículos por país de publicación .....</b>	<b>9</b>
<b>Tabla 5. Número de artículos por revista de publicación.....</b>	<b>9</b>
<b>Tabla 6. Directrices de indicadores de comportamiento del dolor en ancianos con demencia avanzada según la AGS.....</b>	<b>17</b>

**INDICE DE FIGURAS**

**Figura 1. Proceso de búsqueda de la literatura y la selección de los artículos..... 6**  
**Figura 2. Algoritmo de valoración e interpretación del dolor ..... 20**

## **ABREVIATURAS**

**AVD:** Actividad de la Vida Diaria.

**AGS:** *American Geriatrics Society*

**AINE:** Antiinflamatorios no esteroideos

**CINALH:** *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature.*

**CNPI:** *Checklist of nonverbal pain indicators*

**DEGR:** *Douleur Enfant Gustave Roussy*

**DS-DAT:** *Discomfort in dementia of the Alzheimer type*

**ECPA:** *L'échelle Comportementale pour Personnes Agées*

**EDAD:** Evaluación del Dolor en Ancianos con Demencia

**EVA:** Escala Visual Analógica

**et. al:** y otros

**IASP:** Asociación Internacional para el Estudio y Tratamiento del Dolor.

**ICV:** Incapacidad para Comunicarse Verbalmente

**MMSE:** *Mini Mental State Examination*

**MPS:** *Mahoney Pain Scale*

**NOPPAIN:** *Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument*

**NRP:** *Nurse-Reported Pain*

**NRS:** *Numeric Rating Scale*

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**PACSLAC:** *Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate*

**PADE:** *Pain Assessment for Dementia in the Elderly*

**PAINAD:** *Pain Assessment in Advanced Dementia*

**RAPID:** *Rating Pain in Dementia*

**SRP:** *Self-Reported Pain*

**TENS:** *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*

**TFG:** Trabajo Final de Grado.

**UIC:** Universidad Internacional de Catalunya.

## 1. INTRODUCCIÓN

El número de personas mayores esta aumentado de manera veloz en todo el mundo esto es debido a los cambios en las características demográficas de la población. (1) Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se calcula que entre 2015 y 2050 dicha proporción numérica se duplicará pasando de un 12 a 22%. Actualmente, la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Se predice para 2050 que la población mundial en este intervalo de edad llegue a los 2.000 millones de personas, con un aumento de 900 millones con respecto al año 2015. (2,3)

El ser humano quiere vivir el mayor número de años posible, pero es esencial que estos trascurren con la mejor calidad de vida posible, ya que más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural. El 6,6 % de la discapacidad en este grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. Estos trastornos representan en la población anciana un 17,4% de los años vividos con discapacidad. Añadir, que los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en esta franja de edad son la demencia y la depresión. (3,4)

El dolor es un fenómeno tan antiguo como el ser humano. Su manifestación genera alteraciones tanto funcionales, como psicológicas y sociales en el propio individuo, de este modo, desde el origen de los tiempos se le ha buscado un por qué, es decir, un razonamiento; inicialmente se le atribuyo su origen divino con influencias mágicas, demoníacas, teológicas y filosóficas. A lo largo de la historia las diferentes generaciones según su cultura han ido buscando métodos para afrontarlo, partiendo del uso de medicamentos hipnóticos y analgésicos, medios físicos como el calor y el frío, hasta llegar al punto de utilizar mecanismos más avanzados y costosos como el bloqueo nervioso o epidural. (5)

Según la *Asociación Internacional para el Estudio y Tratamiento del Dolor (IASP)* el dolor es *“una experiencia sensorial y emocional no placentera, la cual se encuentra asociada a un daño real, potencial o descrita en términos de dicho daño”*. (6)

El dolor tradicionalmente ha sido tratado como un síntoma adicional y subyacente a una entidad patológica en un individuo. Sin embargo, debido a la diversidad de manifestaciones e impacto social y económico que genera, podríamos considerarlo

como un claro problema de salud pública, además de ser la mayor causa de visita al sistema sanitario, visto que merece atención urgente, asimismo requiere un abordaje interdisciplinar para su prevención y control. Se estima que más del 60% de la población ha experimentado este síntoma subjetivo como mínimo un día durante toda su vida. (5,6)

El envejecimiento es un factor de riesgo que está asociado al dolor, puesto que la presencia del dolor está presente en todas las franjas de edad, pero destaca un aumento progresivo a medida que la población va envejeciendo, con mayores prevalencias entre la 4ª y 6ª década de la vida. (5)

Uno de los principales obstáculos para el manejo eficiente de este síndrome es que consideremos el dolor como un proceso común y corriente del envejecimiento. (1) Esta idea errónea ha generado conductas que niegan la administración de analgesia, favoreciendo que la actividad física del paciente disminuya y condicionando la presencia de diversas morbilidades o potenciando el agravamiento de las ya existentes. Otra barrera añadida para la selección y administración de la terapia antiálgica, es la dificultad que presenta la evaluación y cuantificación del dolor en el paciente geriátrico con alteraciones cognitivas y esto provoca que sean infravalorados o que no reciban el manejo analgésico adecuado. (6-8)

Podemos afirmar, que para un tratamiento efectivo del dolor es necesaria una correcta valoración de la persona mayor. La utilización de más de una técnica de evaluación reduce considerablemente el número de pacientes que presentan dolor. Pero del mismo modo, en aquellos pacientes que presentan alteraciones cognitivas la aplicación de métodos de valoración especiales nos permitirá un adecuado acercamiento al problema. (2,7,8)

Hasta un 10% de la población mayor de 65 años puede tener algún trastorno cognitivo y generar algún problema de comunicación. Añadir con respecto a la valoración, que las escalas para medir la intensidad del dolor, en especial las analógicas, no están concebidas teniendo en cuenta las características de la persona mayor de la que hablamos. (9)

El deterioro cognitivo grave constituye uno de los problemas sociosanitarios más relevantes en la sociedad actual. Según datos epidemiológicos, su tasa de evolución



aumenta a partir de los 65 años de edad. Dicha enfermedad produce un deterioro de las capacidades cognitivas, influyendo en la vida social, laboral y personal del enfermo y de la familia. El dolor será un factor que interferirá en su calidad de vida. (8,10)

### **1.1 JUSTIFICACIÓN**

Las personas mayores que padecen deterioro cognitivo, tienen una clara dificultad a la hora de verbalizar o expresar su dolor.(8) Las investigaciones nos indican que estos pacientes manifiestan el dolor a través de alteraciones en la conducta como la agitación, trastornos de movilidad, agresividad o negación a recibir alimento. Por estas manifestaciones, el personal sanitario y la familia y/o los cuidadores pueden reconocer cuándo un paciente presenta dolor pero no la intensidad de este. Por esta razón, es necesario contar con instrumentos adecuados que nos ayuden a detectar y cuantificar el dolor para poder realizar un manejo óptimo de la sintomatología y mejorar la calidad de vida de estos pacientes. (8,10)

Dada la relevancia de los puntos anteriormente expuestos y su influencia en la población actual y venidera considero justificado analizar los aportes de la literatura científica sobre este tema, con el objetivo de poder conocer las diferentes escalas de evaluación del dolor y las estrategias de manejo y control para poder ayudar al personal sanitario a mejorar la calidad de vida de este grupo poblacional.

## **2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Es posible la evaluación y el manejo eficaz del dolor en un paciente anciano con deterioro cognitivo donde su capacidad de expresión se ve afectada?

## **3. HIPÓTESIS**

La valoración del dolor con una escala adecuada puede mejorar el control del dolor y a su vez la calidad de vida de los pacientes con deterioro cognitivo grave.

## **4. OBJETIVOS**

### **Objetivo principal:**

Describir, a la luz de la literatura, las estrategias de manejo y control del dolor en un paciente anciano con deterioro cognitivo.

### **Objetivos secundarios:**

- Describir como expresa el dolor el paciente con deterioro cognitivo.
- Conocer las diferentes estrategias de intervención y las herramientas utilizadas para poder cuantificar el dolor en este tipo de personas.

## **5. METODOLOGÍA**

### **5.1 Estrategia de búsqueda**

Con la finalidad de alcanzar los objetivos propuestos anteriormente, se ha visto conveniente la realización de una búsqueda bibliográfica desde el mes de Octubre de 2016 hasta el mes de Abril de 2017.

Las principales bases de datos utilizadas para la correcta revisión de la literatura fueron varias: “**PUDMED**”, “**COCHRANE**”, “**MEDLINE**”, “**CINALH**”, “**METABUSCADOR DE LA UIC**” Y “**SCOPUS**”. Además, la inclusión de “**GOOGLE ACADÉMICO**” fue tanto anteriormente, donde se realizó una primera búsqueda general para el primer contacto con el tema, y posteriormente se decidió para la obtención de más información.

Se realizó una búsqueda manual procedente de referencias bibliográficas de interés de otros artículos analizados y también se localizaron artículos específicos relacionados con el tema relevante.

Las palabras clave elegidas fueron las siguientes: “deterioro cognitivo”, “anciano”, “control/manejo del dolor”, “evaluación”.

La estrategia de búsqueda utilizada fue la ilustrada en la siguiente tabla, con los operadores booleanos AND y OR combinados entre ellos.

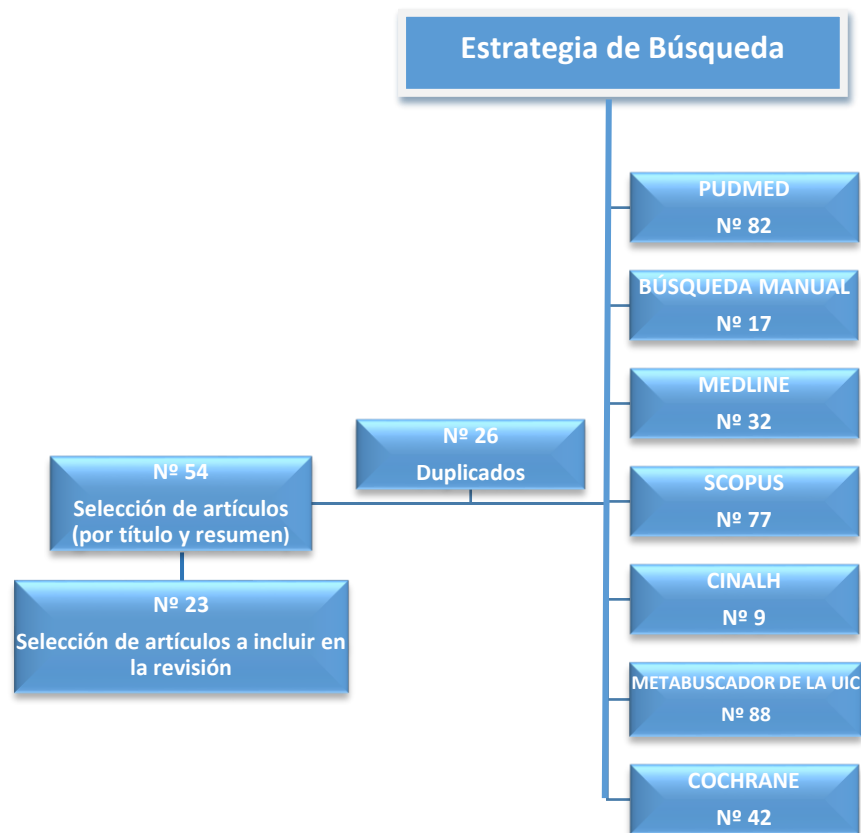
**Tabla 1. Estrategia de búsqueda.**

<b>Búsqueda</b>	<b>Palabras clave combinadas con los operadores booleanos</b>
<b>1</b>	“Cognitive dysfunction” OR “cognitive impairment”
<b>2</b>	“Pain control” OR “pain management”
<b>3</b>	Old OR older OR elderly OR geriatric
<b>4</b>	Value OR valuation OR assessment
<b>5</b>	1 AND 2 AND 3 AND 4

Se aplicó dicha estrategia de búsqueda en las bases de datos nombradas con anterioridad y además la inclusión de los siguientes filtros: población  $\geq 65$  años, acceso a texto completo, idiomas: castellano, catalán e inglés y artículos publicados en los últimos 10 años.

## 5.2 Estrategia de selección

La selección de artículos se basó en la lectura preliminar de los títulos, lo que permitió descartar los que no se adecuaban al tema y además la posterior lectura del resumen hizo posible la selección de diversos artículos. Finalmente, se procedió a la lectura detallada de los artículos, que aplicando los criterios de inclusión y exclusión permitió seleccionar los artículos finales que más se adecuaban a la pregunta de investigación. La figura 1 muestra la selección de los artículos.



**Figura 1. Proceso de búsqueda de la literatura y la selección de los artículos.**

Se consideraron los criterios de inclusión y de exclusión que se muestran a continuación:

**Tabla 2. Criterios de inclusión y de exclusión**

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudios de revisión de la literatura o de investigación.</li> <li>• Estudios que hacen referencia a estrategias para abordar el dolor en personas mayores con deterioro cognitivo.</li> <li>• Estudios publicados en los últimos 10 años.</li> <li>• Artículos publicados en castellano, inglés y catalán.</li> <li>• Estudios que describan las diferentes escalas del dolor.</li> <li>• Artículos con población de estudio en personas ancianas.</li> <li>• Estudios relacionados con el tema principal del estudio: el dolor en el paciente anciano con deterioro cognitivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirigido a personas con deterioro cognitivo leve, (donde la función cognitiva no se ve afectada).</li> <li>• No acceso al texto completo.</li> </ul>

Todos los artículos fueron exportados y archivados en el gestor bibliográfico RefWorks para la realización adecuada de la bibliografía siguiendo la normativa Vancouver.

### **5.3 Consideraciones éticas**

La tipología de este trabajo es una revisión de la literatura, por consiguiente, no se ha requerido la solicitud a un comité de ética de la revisión y posterior aprobación del trabajo. No obstante, se ha procurado evitar el plagio de los textos utilizados, al referenciar de manera correcta la bibliografía consultada y consecutivamente analizada. Además, se comprobó que los artículos seleccionados utilizaran de forma correcta la normativa de Vancouver para la referenciación de su bibliografía.

## **6. RESULTADOS REVISIÓN DE LA LITERATURA**

### **6.1 Análisis bibliométrico.**

Finalmente, se seleccionaron 23 artículos, que fueron analizados y estudiados a fin de poder llevar a cabo esta revisión de la literatura con la subsiguiente realización del análisis de contenido. Los artículos se representan en una tabla (Anexo 3) que incluye: el título de cada estudio, los autores del estudio, el año de publicación, el país donde se realizó, la revista donde se encuentran publicados y finalmente una breve síntesis referente a los objetivos del estudio o las ideas principales halladas.

Para completar la realización del análisis bibliométrico se procedió a la realización de tres tablas con los datos obtenidos de la tabla anteriormente nombrada que contiene los artículos finales seleccionados, así de esta manera poder observar de que años, revistas y países se ha encontrado más estudios de interés.

La tabla 3 clasifica los estudios por años de publicación, donde se puede observar que hay mucha diversidad entre el periodo establecido en los criterios de inclusión, es decir, los diez últimos años.

La tabla 4 clasifica los estudios según el país donde han sido realizados. Como se puede observar, los países más frecuentes son: España. Reino Unido, Estados Unidos y Australia.

En la última tabla, la número 5, se muestran las revistas donde han sido publicados los estudios seleccionados. Se ha encontrado mucha variedad, pero podríamos decir que las revistas “más nombradas” son: Revista Española de Geriatria y Gerontología, Revista de la Sociedad Española del Dolor, *Journal of Clinical Nursing*, *Clinics in Geriatric Medicine*, *Pain Management Nursing* y *Bio Med Central*.

**Tabla 3. Número de artículos por año de publicación**

<b>Año</b>	<b>Número de artículos</b>
2006	2
2007	1
2008	2
2009	3

2011	3
2012	1
2014	4
2015	3
2016	2
2017	2

**Tabla 4. Número de artículos por país de publicación**

Países	Número de artículos
Estados Unidos	3
España	5
Reino Unido	5
Australia	4
China	1
Países Bajos	1
Francia	1
Noruega	2
Malasia	1

**Tabla 5. Número de artículos por revista de publicación**

Revista	Número de artículos
American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias	1
European Perspectives on Pain and Palliative Care	1
Art & Science	1
Gerokomos	1
Revista Española de Geriatria y Gerontología	2
Revista de la Sociedad Española del Dolor	2
Clinics in Geriatric Medicine	2
Journal of Clinical Nursing	2
Medicine	1
Bio Med Central	2
Journal of Gerontological Nursing	1
Clinical Medicine	1
Pain Management Nursing	2
Journal of Pharmacy Practice and Research	1
European Journal of Pain	1
Drugs & Aging	1
The Lancet Neurology	1

## **6.2 Análisis de contenido**

### **Envejecimiento poblacional y dolor**

La población está envejeciendo a pasos agigantados. En este último siglo, el grupo social de edad avanzada ha aumentado de un 5,2% a un 17,5%. Además, se estima que para el año 2050 el grupo poblacional mayor de 65 años aumentará del 17,5% al 36,3% del total de la población. (11) Según los datos epidemiológicos, el dolor aumenta en pacientes ancianos y frágiles.(12) Las estadísticas indican que el dolor tiene el doble de probabilidades de ocurrir en las personas de más de 60 años en comparación con las más jóvenes. (13)

En estudios realizados en Francia y en Gran Bretaña han sido encontradas tasas de dolor neuropático del 7-8% que se multiplican por ocho en mayores de 50 años en comparación a la población más joven. (14) La edad constituye un factor de riesgo presente tanto de dolor como de demencia y la presencia de esta enfermedad interviene en gran medida en la expresión del dolor, obstaculizando su detección. (14)

Podemos considerar al dolor como un síndrome geriátrico dado que, es un síntoma cardinal de muchas de las enfermedades que afectan a las personas mayores. De modo que su presencia debe alertar e investigarse de forma rutinaria. (11)

### **Demencia y dolor**

La demencia se define por un conjunto de síntomas caracterizados por el deterioro progresivo y global del funcionamiento cognitivo. El nivel de cognición es determinado por medio de la herramienta *Mini Mental State Examination (MMSE)*. Los ítems evaluados en dicha escala son: la orientación, el registro, la atención, el recuerdo y el lenguaje. (13) La demencia es una de las principales causas del deterioro cognitivo en los adultos mayores con una previsión a nivel mundial de aumentar su incidencia de los 25 millones en 2000 a 114 millones en 2050. (15,16) Según datos epidemiológicos, su evolución se incrementa a partir de los 65 años de edad. (10) En Australia, la probabilidad de padecer esta enfermedad se duplica cada cinco años en los mayores de 65 años, por lo que a los 85 años se estima que el 24% de este grupo poblacional se vea afectado. La prevalencia en este país se prevé que se incremente desde aproximadamente 175.000 en 2003 a 465.000 en 2030. (15)

Además, constituye uno de los problemas sociosanitarios más importantes en la sociedad de hoy en día. En Estados Unidos más del 50% de los adultos mayores que se encuentran en centros residenciales tienen deterioro cognitivo sustancial o demencia.



Dichos datos, se pueden extrapolar a los países europeos como Austria y el Reino Unido donde las cifras de demencia en la población institucionalizada son más del 60%. (13)

En el ámbito geriátrico, las personas con demencia avanzada representan uno de los prototipos de pacientes de atención geriátrica preferente. Estos representan una alta vulnerabilidad biológica anexa al exceso de fragilidad física condicionada por el propio proceso neurológico, junto a la polifarmacia, dependencia... También otra debilidad característica de estos pacientes es a nivel social que hace referencia a la dependencia del paciente con respecto al cuidador, a la familia o a los recursos sociosanitarios que requiera para su atención. Mientras que si se enuncia la vulnerabilidad personal hace mención a los aspectos éticos, jurídicos y todo lo que se relacione con los derechos del paciente como ser humano. (17)

El perfil clínico del paciente con demencia avanzada se caracteriza por un deterioro marcado del lenguaje, con una pérdida importante de la fluencia verbal y aparición de ecolalia (es una perturbación del lenguaje donde el sujeto repite involuntariamente una palabra o frase que acaba de pronunciar otra persona en su presencia), palilalia (trastorno del lenguaje que se caracteriza por la repetición estereotipada, espontánea e involuntaria de una misma palabra o frase, de forma acelerada y cada vez a mayor velocidad), quejidos... También puede ir acompañado de mutismo, aunque no es usual. El deterioro de la memoria afecta a todos los sistemas, destacando la pérdida de memoria episódica y semántica. Además, se encuentran afectadas de forma grave otras funciones cognitivas como las gnosias (se conoce como la capacidad que tiene el cerebro para reconocer la información previamente interiorizada a través de nuestros sentidos), las praxias (son los movimientos organizados que realizamos para alcanzar un objetivo) y las funciones ejecutivas, pero parece existir una preservación emocional. (16,17)

En los adultos mayores con demencia no se aprecian cambios en el umbral de respuesta al dolor, pero en cambio sí en la tolerancia al mismo, es decir, aunque el componente sensitivo está ileso, el componente afectivo se encuentra modificado.

Se han encontrado algunas diferencias con referencia a la percepción del dolor y a la pérdida del lenguaje según el tipo de demencia:

- La **enfermedad de Alzheimer**, representa más del 50% de los casos de demencia, el síntoma más característico es el déficit de memoria que se va desarrollando gradualmente junto con deficiencias del lenguaje durante el transcurso de la enfermedad. Frecuentemente, la perturbación del lenguaje en su totalidad y el mutismo están presentes en la etapa final de la enfermedad. (16)
- La **demencia vascular**, es el segundo tipo más frecuente de demencia, la trayectoria gradual del lenguaje se asemeja a la mencionada en la enfermedad de Alzheimer.(16) Con respecto al dolor, ve un incremento del componente emocional, dado que las lesiones de sustancia blanca aumentan la sensibilidad por la interrupción de los impulsos aferentes (desaferentación), lo que se relaciona con la presencia de dolor central. (12,16)
- La **demencia fronto-temporal**, se aprecia una reducción del procesamiento y del componente emocional del dolor. (12) Haciendo alusión al lenguaje en comparación con los otros tipos de demencia comentados, se observa un inicio más temprano de la alteración del lenguaje y en consecuencia una declinación más rápida. En este tipo de demencia se ha contemplado una disminución en la respuesta afectiva del dolor, podría ser consecuente de la atrofia de la corteza prefrontal. (16)
- La **demencia de Cuerpos de Lewy**, se caracteriza por estructuras proteínicas anormales en ciertas zonas del cerebro. Se aprecia una reducción del dolor y del sufrimiento con lesiones en la sustancia blanca similares a la enfermedad de Alzheimer mencionada con anterioridad. (12)

El dolor en los adultos mayores es una experiencia subjetiva, personal y reconocida por la persona que la sufre, que a menudo se ve agravada por múltiples localizaciones y provocada por diversas etiologías.(18,19) Dicha experiencia, es multidimensional y se puede describir en varios niveles: (19)

- **Dimensión sensorial:** se refiere a la intensidad, la ubicación y la sensación del dolor.
- **Dimensión afectiva:** el componente emocional del dolor y como se percibe ( la respuesta al dolor)

- **Impacto:** los efectos incapacitantes del dolor sobre la capacidad de la personas para funcionar y participar en la sociedad, es decir, el funcionamiento de la persona a nivel de actividades y participación.

### **Barreras para el control del dolor en la vejez**

Se han identificado como barreras potenciales, las actitudes y las creencias, la comunicación y el manejo del dolor farmacológico. Otros impedimentos que poseen un papel importante incluyen: la pluripatología, la polifarmacia (interacciones farmacológicas y mayor toxicidad), la comorbilidad, las limitaciones funcionales y la inactividad física o la incapacidad. (12,20)

Además, se han encontrado creencias erróneas y mitos falsos en este grupo poblacional, puesto que las actitudes hacia el dolor en las personas de edad avanzada pueden ser beneficiosas o perjudiciales:

- Las personas mayores a menudo informan que el aumento del dolor es un factor directamente proporcional con respecto a la edad. (20) El mito de que experimentar dolor es “natural” con el aumento de la edad. Esta atribución errónea del dolor con el envejecimiento, en lugar de relacionarlo con la enfermedad, puede llegar a ser contraproducente si el paciente cree que debe tolerar el dolor y que este no puede ser tratado y por consiguiente no acuden a los profesionales sanitarios cuando lo padecen.(21,22) Además, en ocasiones pueden no estar dispuestos al control el dolor como resultado de anteriores experiencias negativas en las instituciones sanitarias. (23)
- Estoicismo al dolor, es decir, se ha demostrado que a muchos adultos mayores no les gusta quejarse del dolor que padecen y prefieren soportarlo.(20) Dicho problema se puede agravar en las residencias de ancianos, dado que pueden no querer ser percibidos como un “obstáculo” para los cuidadores o para el personal sanitario. (18,22)
- El temor es un diagnóstico desfavorable, puede explicar la negación de la persona mayor a reportar el dolor, ya que puede indicar la progresión de una enfermedad existente o la pérdida de la independencia que poseía previamente.(20) También hay que añadir, el temor que padecen algunos pacientes a la adicción de los medicamentos y a los riesgos por la polimedición. (21)
- La experiencia del dolor también se ve influenciada por factores psicológicos, los pacientes que apoyan altos niveles de catastrofismo han demostrado tener

peores resultados en el dolor y la evidencia más reciente sugiere que por el contrario, una actitud positiva, esperanzadora, como el optimismo, disminuyen la percepción del dolor a través de niveles reducidos de catastrofismo. (20)

- La comunicación es otra barrera importante para el manejo del dolor en las personas mayores con demencia que consecuentemente puede afectar a su tratamiento.(20,23)

### **Desafíos de la demencia**

La capacidad de utilizar el lenguaje es un comportamiento integral y complejo adquirido en la primera infancia. Las principales facultades del lenguaje incluyen: hablar, firmar y la comprensión del mismo, en cambio la lectura y la escritura pertenecen a las habilidades secundarias.

La incapacidad de comunicarse es una barrera muy importante para la evaluación del dolor y el tratamiento adecuado en las personas mayores con demencia avanzada. (16,24) Como consecuencia de esto, el dolor se encuentra infravalorado en este grupo poblacional, debido a que los profesionales de la salud a menudo subestiman la intensidad del dolor que padece el paciente.(10,11,14,25)

En las residencias de ancianos se registra con menor frecuencia el dolor en los adultos mayores que no pueden reportarlo, además, se prescribe y se administra menos analgesia para este tipo de población. (16,17) Estudios epidemiológicos sugieren que un número significativo de personas mayores con demencia sufren dolor, pero aproximadamente al 40% de estas personas no se les prescribe analgesia. (26) La razón principal del infratratamiento de estos pacientes es por la infravaloración previa. (13) Este infratratamiento del dolor también puede estar relacionado con las actitudes o los prejuicios hacia las personas mayores o que el personal sanitario no esté dispuesto a recetar analgesia debido a los temores de la sedación, depresión respiratoria, toxicidad o los posibles efectos secundarios.(23)

Debemos ser conscientes de las consecuencias que pueden ser derivadas del dolor persistente dado que tienen un fuerte impacto en la calidad de las personas mayores. Dichas consecuencias pueden ser: físicas (inmovilidad, caídas...), sociales (aislamiento), psicológicas (ansiedad, depresión, agitación, irritabilidad...), afectar al estado nutricional y a la conciliación del sueño, al aumento de la morbimortalidad y del coste de los cuidados por el uso con más frecuencia de la asistencia sanitaria.(11-14,17,18,21,23)

Cuando la demencia, especialmente si es moderada o severa, es agregada a la lista de enfermedades en el adulto mayor, el reto para los profesionales de la salud se intensifica, debido a que este grupo poblacional es incapaz de recordar y de reportar la presencia de dolor.(12,18) A medida que la demencia progresa a etapas más avanzadas las personas mayores se van volviendo cada vez más dependientes en todas las actividades de la vida diaria (AVDs) y a menudo requieren atención especializada de enfermería. (16)

### **Cambios fisiológicos en el envejecimiento**

El envejecimiento está asociado a una serie de cambios fisiológicos que pueden repercutir en la percepción del dolor, la farmacodinamia (por las modificaciones de los receptores, incrementando la sensibilidad a diferentes fármacos) y la farmacocinética (al retrasarse la absorción gástrica) de los analgésicos. (21,27)

Los pacientes de edad avanzada, especialmente aquellos de 75 años y más, a menudo presentan un aumento de la masa grasa junto con una disminución de la masa muscular y del agua corporal, produciendo grandes cambios en el organismo: se modifican los volúmenes de distribución de los fármacos hidrosolubles y liposolubles y se reduce el metabolismo de los fármacos y su excreción. (14,20,21,27)

Los cambios fisiológicos relacionados con la edad que influyen en la farmacodinamia y la farmacocinética de la medicación analgésica son:

- Cambios en la función cardíaca, los opiáceos tienen una concentración más alta, se deben administrar lentamente y de manera gradual. (23)
- La mayoría de los fármacos se unen a la proteína circulante en plasma, dejando una porción no consolidada. En las personas mayores los niveles de proteína de plasma se reducen y esto puede resultar en que se encuentre una mayor concentración de fármaco circulante no unido y como consecuencia un mayor riesgo de toxicidad. (23)
- Los cambios cerebrales influyen en la respuesta de los opiáceos y la distribución de los fármacos en el sistema nervioso central, requiriendo dosis más pequeñas.(23)
- Las funciones hepáticas y renales se encuentran reducidas, como consecuencia, los fármacos que dependen del hígado para metabolizarse, como la mayoría de opiáceos, deben comenzar a dosis más bajas. (23)

- La función renal generalmente disminuye alrededor de los 40 años y el envejecimiento del hígado puede prolongar la eliminación de algunos fármacos. (21) Por esta razón, los fármacos que afectan a la perfusión renal, como es el caso de los antiinflamatorios, se deben utilizar con precaución. (23)

Las consecuencias de los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos son difíciles de cuantificar, pero pueden aumentar la aparición de efectos secundarios, toxicidad y la posibilidad de interacciones medicamentosas adversas en los medicamentos prescritos. (21,23) Lo comentado anteriormente puede resultar un requisito para disminuir la dosis de analgesia, sin embargo, dichos fármacos siempre se deben valorar según la respuesta y la tolerancia de la persona, dado que hay que tener en cuenta que el envejecimiento es un proceso individual. (21,23)

### **Manifestaciones del dolor en la demencia. ¿De qué manera exteriorizan el dolor?**

Las investigaciones indican que las personas mayores con demencia manifiestan el dolor por medio de alteraciones conductuales como la agitación, confusión, trastornos de movilidad, agresividad y negación a recibir alimento. (14,26)

Los cambios en el patrón normal de comportamiento deben plantear la sospecha de una posible etiología de dolor. (18,26) Se han encontrado informes recientes que sugieren que prevalece más la agitación y la agresión en este tipo de pacientes cuando tienen dolor, en vez de la deambulación. (26)

Cuando la persona no es capaz de expresar el dolor, también se pueden considerar posibles indicadores, los estados fisiológicos que acompañan a las experiencias de dolor, incluyen: la frecuencia respiratoria, la presión arterial, la sudoración palmar, la liberación de hormonas del estrés (corticoides, glucagón, catecolaminas y hormona del crecimiento), la liberación de cortisol y las concentraciones de endorfina. Pueden proporcionar información importante pero no se deben utilizar de manera independiente debido a su falta de especificidad, ya que no son signos exclusivos del dolor sino que reflejan una respuesta global al estrés que puede estar relacionado con el dolor o no. Además, la medición de estos indicadores es invasiva, lenta y costosa. (12-14)

En ocasiones la expresión de comportamientos puede dificultar la recogida de los datos, por esta razón, la *American Geriatrics Society (AGS)* ha organizado un marco integral de indicadores conductuales de dolor en las personas mayores con demencia avanzada

para facilitar la valoración y el manejo de este. En esta guía, se identifican 6 tipos principales de conductas del dolor: **las expresiones faciales, las verbalizaciones y vocalizaciones, movimientos corporales, los cambios en las interacciones interpersonales, los cambios en los patrones de actividad o rutinas y los cambios en el estado mental**, anexado con ejemplos específicos de comportamientos observables que se puede contemplar en la tabla que aparece a continuación: (8,11,14,17,19)

**Tabla 6. Directrices de indicadores de comportamiento del dolor en ancianos con demencia avanzada según la AGS.**

DIRECTRIZ AGS	EJEMPLO
Las expresiones faciales	Leve ceño, triste, cara asustada, muecas, la frente arrugada, ojos cerrados o apretados, cualquier expresión distorsionada, parpadeo rápido
Verbalizaciones, vocalizaciones	Suspirando, gimiendo, gruñendo, gritando, respiración ruidosa, pidiendo ayuda...
Los movimientos del cuerpo	La postura del cuerpo tenso, rígido, vigilancia, inquietud, mayor ritmo, balanceo, restricción de movimientos, restricción en la marcha o cambios en la movilidad...
Los cambios en las interacciones interpersonales	Agresivo, combativo, resistiendo la atención, disminución de las interacciones sociales, interacciones sociales inapropiadas, perjudicial, no conecta con el medio, abusos verbales...
Los cambios en los patrones de actividad o rutinas	Se niegan a alimentarse, el cambio del apetito, aumento del periodo de reposo o del sueño, cambios en el patrón de reposo, cese repentino de rutinas comunes
Cambios en el estado mental	Llanto o las lágrimas, aumento de la confusión, irritabilidad o dificultad grave

Fuente: Lorite Montoro M, Reverter Canalias M, 2015 (11)

### **Manejo y gestión del dolor en las personas mayores con demencia**

La prevalencia del dolor difiere mucho entre países. Una revisión del dolor crónico informó de una alta prevalencia de personas de 65 años o más en los países en desarrollo (África del Sur, China, América, Ucrania, Nigeria y Líbano) en comparación con los países desarrollados (Europa occidental, América del Norte, Japón y Nueva Zelanda) (20)

El dolor es una experiencia diferente para los adultos mayores en comparación con los más jóvenes, debido a las diferencias que existen entre estos dos grupos, como las diferencias fisiológicas, la percepción del dolor, las actitudes sobre la capacidad de afrontamiento y el apoyo social. A pesar de las diferencias expuestas, el manejo del dolor en las personas mayores es similar a los enfoques que se utilizan para los más jóvenes: identificar y evaluar el dolor, controlar el dolor con un enfoque multimodal

utilizando tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, evaluar los posibles efectos secundarios y los beneficios del tratamiento administrado. (20)

La evidencia sugiere que en las residencias de ancianos las principales barreras para el manejo óptimo del dolor son la obtención de un informe preciso del paciente, el déficit de conocimientos por parte del personal sanitario sobre el tema y la falta de un enfoque estandarizado para el tratamiento del dolor (26)

Un manejo óptimo del dolor dependerá de una valoración precisa, del desarrollo de un plan de cuidados que incluya terapia farmacológica y no farmacológica, la continua reevaluación del dolor y un registro de todos los cambios observados.(11,20)

**¿Hay un déficit de conocimientos en los profesionales sanitarios y los cuidadores y/o familiares principales para el manejo y la detección del dolor?**

Las enfermeras/os tienen el deber ético y legal de velar por el bienestar y el alivio del dolor de los pacientes, y junto con el equipo interdisciplinar llevan a cabo una serie de estrategias para el tratamiento óptimo del dolor, que incluyen: selección de la analgesia adecuada, un plan de cuidados individualizado, optimización del alivio de dolor, anticipación de los efectos secundarios a la medicación y educación sanitaria al cuidador y a la familia.

El personal de enfermería especializado en la atención en las personas mayores con demencia desempeña un rol significativo a lo largo del proceso de manejo y gestión del dolor. (11,14)

Diversos estudios han descrito el déficit de conocimientos de las enfermeras para el abordaje del dolor y las creencias falsas en relación con los opiáceos que influyen en el infratratamiento del dolor. (11)

Aunque existe percepción del dolor en el deterioro cognitivo, muchas veces no se puede detectar porque estas personas han perdido las habilidades verbales para expresarlo y/o porque en ocasiones la misma naturaleza de su enfermedad puede estar impidiendo la identificación de este. Por esta misma razón, para los cuidadores/ familiares y los profesionales de la salud la identificación del dolor en este grupo población es muy compleja, causado por la falta de información o entrenamiento previo para identificarlo entre otras cosas. (14)

Dado que las enfermeras/os son el grupo profesional sanitario más numeroso que cuida de la salud del paciente y proporciona continuidad en la atención a las personas



mayores en los diferentes ámbitos asistenciales, es necesario una adecuada formación para superar las falsas creencias acerca del dolor y la carencia de conocimientos sobre este, con el fin de optimizar la gestión y el manejo del dolor en este grupo poblacional. (11,14)

### **Enfoques o estrategias para la evaluación del dolor en la demencia.**

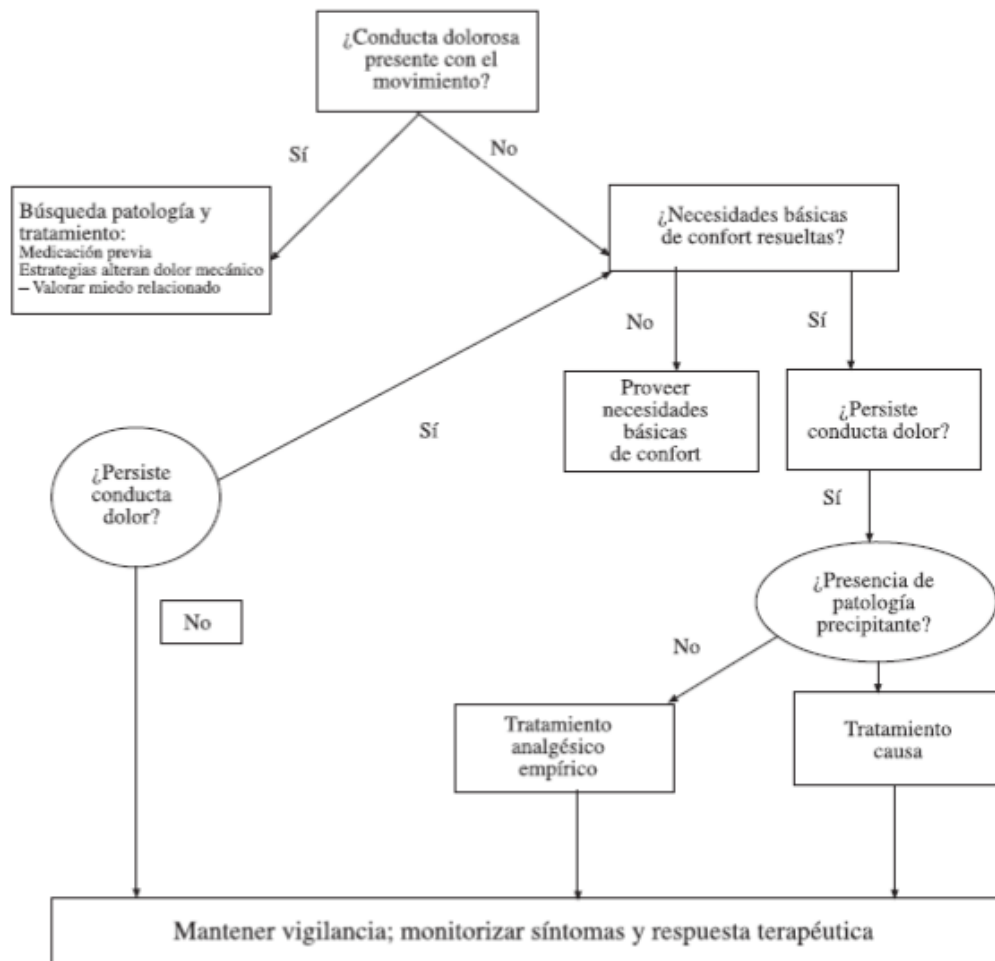
Las estrategias de gestión para un buen control del dolor en las personas con demencia dependen de la evaluación eficaz del dolor y se puede expresar mediante una mejora en el comportamiento y en las AVDs. (18)

La ASG ha propuesto un algoritmo de aproximación diagnóstica al dolor en los pacientes con demencia severa: (14,16,17)

1. Se inicia con la observación directa del paciente durante las movilizaciones (aseo, transferencia...) en busca de indicadores conductuales de dolor.
2. Si se detectan gritos, signos o gestos de resistencia, se debe reconsiderar la estrategia de movilización establecida o el uso de medicación analgésica previa a esta.
3. En el caso de que no hayan manifestaciones de sintomatología durante la movilización, se mantendrá la observación de la persona en reposo. En el caso de la aparición de síntomas, se comprobará si las necesidades básicas del paciente están bien atendidas, como por ejemplo: higiene, calor, hambre, sed...subsanando las posibles deficiencias
4. Si no se detecta ninguna carencia básica, se iniciará la búsqueda activa de posibles factores desencadenantes implicados en el disconfort del paciente (infecciones, estreñimiento, malnutrición...) y se deberán abordar.
5. Finalmente, si no se observan evidencias de ningún factor precipitante que puede causar dolor, se deberá considerar un tratamiento analgésico empírico para modificar la conducta.

En todos los casos se deberá monitorizar y valorar la respuesta al tratamiento establecido.

El algoritmo descrito se presenta de manera visual a continuación:



**Figura 2 Algoritmo de valoración e interpretación del dolor**

Fuente: Alaba J, et al. 2011 (14)

Una adecuada aproximación diagnóstica es un requisito indispensable para un adecuado tratamiento del dolor en el paciente con demencia avanzada, aspecto clave en la calidad de vida de estos pacientes y en los cuidados óptimos. (17)

Para dicha aproximación en este grupo poblacional se deben tener presentes los principios comentados a continuación: (17)

- **Siempre es posible hacer algo:** pequeñas intervenciones en la persona pueden proporcionar importantes ganancias funcionales, la mejora de la sintomatología o la calidad de vida del paciente.

- **Evaluación diagnóstica de la demencia:** el paciente debe tener una adecuada valoración cognitiva, funcional y sintomatológica.
- **Investigación del exceso de discapacidad presentada:** la situación del paciente no depende exclusivamente del grado de deterioro cognitivo ni del estadio de severidad de la demencia, sino que influyen factores potencialmente modificables como: la polifarmacia, comorbilidad, estresores ambientales...
- **Potenciación de las capacidades residuales previas:** se deberían optimizar las capacidades que todavía persisten en el paciente.
- **Necesidades afectivas:** la capacidad para sentir y transmitir emociones es conservada hasta los estadios finales de la enfermedad.
- **Paciente y familia como unidad:** en este tipo de enfermedad tan compleja, los cuidadores/ familiares tiene un papel fundamental en cuanto a la transmisión de la información, que se lleve a cabo la ejecución del plan de cuidados y como receptores de ayuda.

La evaluación del dolor es un componente crítico de un enfoque integral para el manejo del dolor en todas las poblaciones. (16) Se considera el primer paso fundamental en todo proceso de gestión del dolor. (22)

El objetivo de la evaluación del dolor es detectar la presencia y origen de este, identificar las comorbilidades que requieren atención, determinar el efecto del dolor en la función y agrupar los datos en los que basar los planes de tratamiento individualizados.

El logro de estos objetivos en los pacientes ancianos con demencia avanzada es todo un reto. (14,16)

No se debe evaluar exclusivamente la presencia y la intensidad del dolor, dado que el dolor es una experiencia multidimensional y la evaluación también debe incluir la aparición, el tiempo transcurrido, si se irradia, los factores agravantes, información sobre la gestión previa y actual, incluyendo la medicación y las terapias complementarias, el impacto de los síntomas sobre la función física o la calidad de vida y las creencias de la persona, la comprensión y las expectativas relacionadas con el dolor. (22) Además, la información obtenida en la evaluación debe ser anexada con los resultados de los exámenes físicos, pruebas médicas y hallazgos encontrados (8)

**Consideraciones recomendadas para la gestión o el manejo del dolor en las personas con demencia avanzada:**

1. **Uso de la jerarquía de técnicas de evaluación del dolor** (McCaffery y Pasero)  
(11,16,18,27) (Anexo 4)

a) **Obtener el Autoinforme (si es posible):** Se debe intentar obtener el autoinforme de dolor de todos los pacientes, ya que es considerado como el “estándar de oro” para la evaluación del dolor. El autoinforme es ampliamente aceptado como la fuente más fiable de información sobre este síntoma. (13,16,18,27)

Los estragos de la demencia afectan gravemente a la capacidad de las personas con estadios avanzados de la enfermedad para comunicar su dolor. El daño en el sistema nervioso central afecta a la memoria, al lenguaje y al procesamiento cognitivo de orden superior necesario para comunicar dicha experiencia. Aunque el autoinforme del dolor es a menudo posible en aquellos con leve a moderado deterioro cognitivo, en el caso de la demencia severa, la capacidad de reportar el dolor disminuye y finalmente ya no es posible, debido a que pierde su fiabilidad. (14,15,28)

De tal forma, únicamente en estadios iniciales de la enfermedad, se puede utilizar de forma segura las herramientas de autoinforme como pueden ser: (8,15)

- **Escala Visual Analógica (EVA)**, una línea de 10 cm donde 0 es ausencia de dolor y gradualmente va aumentando el dolor hasta llegar a la puntuación máxima que es 10. Es uno de los instrumentos de evaluación de uso más frecuente en adultos jóvenes, pero tiene una velocidad de error de aproximadamente el 20% entre los adultos de edad avanzada en comparación con la Escala de Evaluación Numérica (NRS).
- **Escala de Evaluación Numérica (NRS):** comprende una línea marcada con números de 0-10 a intervalos iguales, donde 0 es ausencia de dolor y 10 es el peor dolor imaginable. Esta escala ha sido validada para su uso en adultos mayores. Pero su tasa

de fiabilidad fue disminuyendo gradualmente en personas que padecían deterioro cognitivo.

- **El Termómetro del Dolor:** utiliza combinaciones de varios enfoques, como un descriptor de escala verbal vertical adjunto a un termómetro gráfico que muestra una gradación de color de blanco a rojo.

La imposibilidad de utilizar el lenguaje verbal en estas personas representa un obstáculo importante para su evaluación y posterior tratamiento del dolor. Cuando esto ocurre, la observación de la conducta se vuelve una prioridad. (8,13,16,18,26,27)

- b) Buscar las posibles causas de dolor:** las afectaciones neurológicas y musculoesqueléticas se encuentran entre las causas más comunes de dolor en los adultos mayores, este dato debería ser una prioridad en el examen físico. El dolor de órganos internos o piel es más difícil de evaluar en estos pacientes que el dolor osteomuscular que se suele reproducir con el movimiento. (12,15)

El dolor debe ser tratado de manera preventiva antes de iniciar cualquier procedimiento que puede causar dolor. Un cambio en el comportamiento debe alertar e iniciar una búsqueda de cualquier problema agudo como origen de dolor o malestar. (16,27)

- c) Observar los comportamientos del paciente:** cuando las personas de edad avanzada son incapaces de expresar la presencia de dolor, causado por el deterioro cognitivo, la manifestación de los signos externos de dolor como los comportamientos no verbales y los cambios fisiológicos mencionados con anterioridad se convierten en un enfoque necesario para la correcta detección del dolor. (13,15,16)

Los enfoques de observación para la evaluación del dolor se basan en la interpretación de dichos comportamientos. Los indicadores de comportamiento para la evaluación del dolor deben ser apropiados para el grupo poblacional y el establecimiento.

Las herramientas de comportamiento más cortas no requieren ninguna historia previa con el paciente, es una ventaja en agudos. En cambio, las escalas de dolor más largas son más completas que incluyen indicadores

de comportamiento más sutiles, además de los comunes que se pueden observar.

Los indicadores como **los cambios en los patrones de actividad o rutinas, interacciones personales, o el estado mental** requieren la participación de la familia y/o los cuidadores junto con el establecimiento de punto de referencia del comportamiento usual del paciente. (27) Las herramientas más largas pueden ser más apropiadas en centros de atención a largo plazo, donde los pacientes pueden ser debidamente observados a través del tiempo en el desempeño de su rutina diaria. (16) En los estados de dolor crónico a menudo no se observa cambios en los indicadores fisiológicos, pero en situaciones de dolor agudo, los indicadores fisiológicos y de comportamiento pueden aumentar. Los cambios en los indicadores fisiológicos deben ser considerados una señal para empezar una evaluación adicional para el dolor. Pero la ausencia de estos signos vitales, no indica la ausencia de dolor. (16)

También se debe tener en cuenta, las condiciones en la observación del comportamiento para asegurar la fiabilidad de la detección. Dicha observación se debe realizar durante el movimiento o actividad que puede provocar una respuesta de dolor en el caso de que estuviera presente. Los estudios han demostrado que la observación de los comportamientos de dolor en reposo puede ser engañosa y dar un falso negativo. (8,16)

**d) La reportación de informes sustitutos:** La información suministrada por los familiares y/o cuidadores juega un papel importante para identificar conductas que supongan cambios en el estado habitual del paciente. (17) Las personas que conocen bien al paciente es probable que sean capaces de informar de los cambios sutiles, menos evidentes, en el comportamiento o en las actividades diarias que puedan sugerir dolor. (15,16)

A menudo los cuidadores formales subestiman la presencia de dolor en las personas mayores con demencia, en cambio los cuidadores informales, es decir, la familia y los cuidadores tienden a sobrestimarlo. (14)

Epperson y Bonnel, 2004 sugirieron que la participación de los cuidadores en la evaluación del dolor era beneficioso y a menudo la fuente más fiable de información.(29) Pero debe ser combinado con otras estrategias, se recomienda un enfoque multifacético que incluya la combinación de la observación directa, la aportación de un familiar o cuidador y la evaluación de la respuesta al tratamiento. (27)

- e) Considerar una terapia analgésica:** si después de las estrategias anteriormente nombradas, los indicadores conductuales de dolor persisten, se debería indicar la realización de un ensayo terapéutico analgésico y observar la respuesta en las conductas relacionadas con el dolor. (15-17)

Los efectos fisiológicos que van acompañados con el envejecimiento deben estar presentes a la hora de tratar el dolor en los adultos mayores. Muchos adultos mayores toleran los fármacos analgésicos con mínimos efectos secundarios o en ocasiones inexistentes, pero es requerido un enfoque individualizado para la dosificación y titulación de la analgesia, dado que el envejecimiento es un proceso individual y se ha de tratar como tal.(30)

Los principios de la administración de medicamentos para el tratamiento del dolor, incluyen: (18,23)

- ❖ Mantener el régimen de medicamentos tan simple como sea posible.
- ❖ Considerar la elección del medicamento antes de empezar: dosis, intervalo de dosis y los efectos secundarios.
- ❖ Adoptar un comienzo a dosis bajas e ir aumentando de manera gradual, valorando el control de los efectos secundarios.
- ❖ Ser conscientes de los cambios fisiológicos relacionados con la edad en la farmacodinamia y la farmacocinética.
- ❖ Uso de los medicamentos con el mayor beneficio y la menor toxicidad.
- ❖ Administración de los medicamentos a través de la vía menos invasiva (oral o tópica).

**Paracetamol (acetaminofeno):** se ha considerado el tratamiento farmacológico de primera línea en las personas mayores para el manejo del dolor (especialmente en el dolor musculoesquelético) debido a la eficacia demostrada y al buen perfil de seguridad. Debe evitarse o utilizarse en dosis menores en personas con enfermedad hepática significativa o que están gravemente desnutridos o se encuentran en muy bajo peso. Los efectos adversos son inusuales, aunque no se debe exceder la dosis diaria máxima de 4gr/24h. (20-22)

**Antiinflamatorios no esteroideos (AINE):** si se utilizan a largo plazo necesitan una monitorización cuidadosa en personas mayores debido al aumento de las asociaciones con hemorragia gastrointestinal y ulceración, efectos renales y mayor riesgo de insuficiencia cardiaca congestiva. Para el dolor inflamatorio, los AINE pueden ser un tratamiento más eficaz en comparación con el paracetamol, pero se recomienda precaución, dado que aproximadamente una cuarta parte de las hospitalizaciones en las personas mayores es causada por los efectos adversos de los medicamentos que están vinculados al uso del AINE. Deben utilizarse durante el menor tiempo posible y con protectores gástricos si fuera necesario. (18,20,21)

**Opioides:** han demostrado eficacia para una variedad de tipos de dolor crónico severo (como el dolor oncológico, neuropático). Aunque no existen pruebas suficientes para su uso a largo plazo. Los opioides débiles para el dolor moderado y los opioides atípicos también pueden ser eficaces, dado que se ha reducido la probabilidad de efectos secundarios tales como el estreñimiento. Deben empezar a dosis bajas e ir ajustándolos gradualmente.

El temor a la adicción es a menudo identificado como una barrera para el tratamiento del dolor, la evidencia publicada sugiere que la adicción a los opioides para el tratamiento del dolor es inusual. (20,21)



**Agentes antidepresivos y anticonvulsivos:** están entre los más comunes adyuvantes de los medicamentos usados para tratar el dolor, pero deben utilizarse con precaución en los adultos mayores debido a los posibles efectos adversos. (18)

**Anticonvulsivos:** como la carbamazepina o la pregabalina pueden tener un efecto positivo cuando se sospecha de dolor neuropático. Los efectos secundarios pueden ser importantes, afectan a la visión, equilibrio, función cognitiva y causan un aumento de peso. (21,30)

**Anticolinérgicos:** se deben evitar debido al aumento del riesgo de efectos adversos en los adultos de edad avanzada, como por ejemplo: estreñimiento, sequedad bucal, aumento en la frecuencia cardíaca, visión borrosa... (30)

**Agentes tópicos:** el AINE tópico se ha sugerido como un posible tratamiento de primera línea de dolor agudo musculoesquelético debido a sus bajos niveles de toxicidad. (21)

## 2. Herramientas de comportamiento para la evaluación del dolor:

Durante las últimas dos décadas, un gran número de escalas de dolor han sido diseñadas para medir los comportamientos asociados al dolor en pacientes con demencia severa. (22)

Los instrumentos con las evaluaciones más positivas incluyen: **la Escala de Dolor Abbey**, la **DOLOPLUS 2**, La Evaluación del Dolor en Demencia Avanzada (**PAINAD**), la Lista de Verificación Evaluación del Dolor para la Tercera Edad con Capacidad Limitada para Comunicarse (**PACSLAC**) y el Instrumento de Evaluación del Dolor del Paciente No Comunicativo (**NOPPAIN**).

Entre las consideraciones más importantes para las comparaciones de los instrumentos de observación psicométricas se encuentran, la **fiabilidad** (para asegurar que si diferentes observadores evalúan al mismo paciente obtienen resultados similares), la **sensibilidad** del instrumento (para distinguir los estados dolorosos del paciente de los no dolorosos) y la **especificidad** (capacidad de distinguir el dolor de otros tipos de estrés). Hasta la actualidad la investigación

se ha centrado en la fiabilidad y sensibilidad. Sin embargo, la investigación sobre la especificidad de los instrumentos es escasa. (8)

- **Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)** de Warden, et al. (2003) (Anexo 5): es una herramienta observacional fiable y fácil para evaluar el dolor. Ha sido recomendada para evaluaciones diarias incluyendo evaluaciones de continuidad de tratamiento y no precisa que el observador conozca previamente al paciente. (11) Contiene cinco elementos ponderados de 0-2 (puntuación total entre 0-10). Los ítems que se valoran son: la respiración, la vocalización, la expresión facial, el lenguaje y la consolación. (31) Se puede utilizar para la evaluación de personas con demencia y puede ser utilizada por diferentes profesionales sanitarios con un mínimo entrenamiento que garantice la fiabilidad de los resultados que se obtengan. (11) Contiene 3 de los 6 criterios de conductas de dolor recogidas por la AGS. (10) ***The National Nursing Home Pain Collaborative*** recomienda esta escala como un instrumento clínicamente útil. (8)
- **Escala de Dolor Abbey** de Abbey, et al. (Anexo 6): es una herramienta australiana, donde se valoran seis ítems (la expresión facial, el cambio en el lenguaje corporal, la vocalización, el cambio de comportamiento, cambios fisiológicos y el cambio físico). Se evalúa en una escala de intensidad de 4 puntos (de 0 ausencia de dolor a 3 dolor severo), con un rango total de 0 a 18. El instrumento posee consistencia interna satisfactoria y diferencia las situaciones dolorosas de las no dolorosas. La escala fue aceptada por la Sociedad Australiana de Dolor y es considerada como uno de los tres instrumentos con más apoyo. (8,10,13,23)
- **DOLOPLUS 2** de Wary et al. (1992) (Anexo 7): Fue originado en francés, pero se ha traducido al inglés. Esta escala está basada en la escala de *Douleur Enfant Gustave Roussy (DEGR)* dirigida a niños pequeños que ha sido adaptada para su uso en personas mayores.(13) Este instrumento observacional consta de dos ítems psicomotores (levantarse y vestirse; movilidad) cinco ítems somáticos (protección de las zonas doloridas, patrón de sueño, quejas somáticas, posturas corporales de protección adoptadas en reposo y de expresión) y tres ítems psicológicos (problema de comportamiento, vida social y comunicación). Una

puntuación  $\geq 5$  de 30 que sería la puntuación máxima de dolor, ya representaría que el paciente presenta dolor. Tiene consistencia interna satisfactoria. Pero las puntuaciones difieren entre grupos de pacientes que se cree que tienen dolor y los que se consideran sin dolor. Se consideró que DOLOPLUS 2 era uno de los varios métodos con un alto apoyo psicométrico. (8) Esta escala refleja la progresión del dolor experimentado, no la experiencia del dolor actual. (13,16) En situaciones agudas, su valor puede ser limitado debido a que los pacientes deben ser conocidos por el personal sanitario que tiene que completar la herramienta. (13)

- **NOPPAIN** de Snow, et al. (2004) (Anexo 8): Se observan seis comportamientos del dolor (expresiones fáciles, palabras relacionadas con el dolor, el frotamiento, la vigorización, ruidos de dolor e inquietud) durante las tareas de atención comunes, como bañarse y vestirse. El dolor se evalúa en reposo y en movimiento. Se ha demostrado una buena capacidad para diferenciar los estados dolorosos de los no dolorosos y una buena concordancia entre los evaluadores. La escala es fácil de administrar, es decir, requiere poco entrenamiento, es breve y combina texto e imágenes para su mejor comprensión. (13)

*The National Nursing Home Pain Collaborative* reconoció los puntos fuertes de esta herramienta con un enfoque en los comportamientos clave del dolor, pero llegó a la conclusión que podía ser limitada para la práctica clínica debido a su estructura compleja. (8)

- **PACSLAC** (Anexo 9) y **PACSLAC II** de Fuchs et al. La escala PACSLAC fue desarrollada por un equipo canadiense y consta de 60 ítems, que están agrupados en 4 categorías: expresión facial, movimiento del cuerpo, indicadores fisiológicos e indicadores psicosociales. Cada ítem se puntúa en una escala dicotómica (presencia o ausencia) y es el único instrumento observacional que incorpora todas las áreas completas de la evaluación de observación de la AGS. (10)

PACSLAC tiene buena consistencia interna entre los calificadores y fiabilidad. Además, en varios estudios ha diferenciado estados dolorosos de los que no lo son. **Al igual que la escala PAINAD, la PACSLAC fue recomendada como uno de los mejores instrumentos de utilidad clínica y uno de los instrumentos con más apoyo psicométrico.**

PACSLAC fue revisado y acotado a 32 ítems con la eliminación de indicadores de comportamiento que potencialmente se podrían confundir con signos de delirio. El PACSLAC II tiene una buena fiabilidad y la capacidad de distinguir el dolor de los estadios no relacionados con este. (8)

- **La Escala de Evaluación del Dolor en el Anciano (EDAD)** (Anexo 10): evalúa el dolor de la persona en tres situaciones diferentes: antes de aplicar cuidados potencialmente dolorosos, durante la aplicación de estos y la observación del comportamiento en las últimas 48 horas. Cada uno de los ítems se puntúa de 0 a 2 y se considera que existe dolor si la puntuación total es igual o superior a 3. (14)
- **La Escala Pain Assessment for Dementia in the Elderly (PADE)** de Villanueva, et al. (2003) (Anexo 11): está formada por tres partes con 24 ítems en su totalidad: valoración física (expresión facial, respiración y postura), global (intensidad del dolor) y funcional (las AVDs) aunque incluye la mayoría de los indicadores que propone la AGS, su operatividad no es del todo clara. (14)
- **La Escala Rating Pain in Dementia (RAPID)**: está formada por 18 ítems que cubren el área emocional, comportamental, autonómica y postural. Los ítems son puntuados en una escala que oscila del 0 (ausente) a 3 (severo). La puntuación total de la escala va de 0 a 54 puntos. (14)
- **El Checklist of nonverbal pain indicators (CNPI)** de Feldt (Anexo 12): diseñada para medir el dolor en los adultos mayores con deterioro cognitivo. Incluye 6 ítems conductuales de dolor comúnmente observadas en personas mayores incluyendo vocalizaciones no verbales, muecas, inquietudes, frotarse, quejas verbales y tensión. Es puntuado en una escala dicotómica siendo 1 presencia de dolor y 0 ausencia de este, rango total de la escala de 0 a 6. Muestra buena fiabilidad. (13,14,16) La puntuación implica la observación del paciente en reposo y durante el movimiento. Se ha detectado que la CNPI carece de indicadores sutiles del comportamiento, por esa razón se cuestiona la calidad de la herramienta para detectar el dolor en los pacientes cuyos indicadores de comportamiento no sean claros. (16) Según los hallazgos encontrados, el CNPI tiene calificaciones psicométricas pobres. (13)

- **La Escala Discomfort in dementia of the Alzheimer type (DS-DAT)** (Anexo 13): fue diseñada para las personas con demencia avanzada que han perdido su capacidad cognitiva y de comunicación verbal. La escala incluye 9 ítems: respiración ruidosa, vocalizaciones, negativas de expresión facial, expresión de la cara triste, asustado, fruncir el ceño, lenguaje corporal relajado, lenguaje corporal tenso e inquietud. Se mide por ausencia o presencia de malestar. Su método de administración y puntuación es complejo y requiere formación previa, pero es la más recomendada para los trabajos de investigación. (14)
- **L'échelle Comportementale pour Personnes Agées (ECPA)** de Alix, et al. (Anexo 14): es una escala de comportamiento para las personas mayores que no se pueden comunicar. Del mismo modo que la escala DOLOPLUS 2 fue una adaptación de la escala DEGR. La escala está compuesta por 11 ítems con cinco modalidades de respuesta puntuadas de 0 a 4 que representan grados de dolor cada vez mayores. La puntuación total oscila entre 0 (ausencia de dolor) y 44 (dolor absoluto). Posee tres dimensiones: precuidado, durante las realizaciones de las actividades y postcuidado. Es preciso que su utilidad clínica sea examinada más a fondo. (13)

Los estudios reflejan que la escala PAINAD puede ser la más indicada para ser utilizada en la práctica clínica, por no ser tan compleja como la PACSLAC a la hora de la puntuación e interpretación. (10)

De todas las pruebas mencionadas las que presentan mejores propiedades psicométricas en cuanto a validez, fiabilidad y homogeneidad en la persona con demencia son la: **DOLOPLUS** (más utilizada por enfermería), **el PACSLAC y la PAINAD**. Por otra parte, algunos autores concluyen que en vista de la complejidad de puntuación e interpretación de la **DS-DAT** y el gran número de elementos de la **PACSLAC**, la **PAINAD** parece la mejor escala posible para la práctica clínica. (14)

A pesar de que las nuevas recomendaciones sugieren que hay más evidencia para apoyar la escala PAINAD en comparación con la Escala de Dolor Abbey, es importante tener en cuenta lo que funciona en la práctica clínica. Muchas áreas clínicas están usando la escala Abbey en

la práctica clínica y no fomentarían un cambio. La sugerencia es que simplemente PAINAD tiene más evidencia que la apoya, pero Abbey es clínicamente efectiva. (22)

Un estudio realizado en 2006 (13) sugirió que las escalas más apropiadas disponibles eran PACSLAC y DOLOPLUS 2.

3. **Tratamiento no farmacológico:** también se puede utilizar en conjunto con la analgesia o en particular en pacientes que experimenten efectos secundarios graves o que podrían estar en riesgo de interacción. (23)

Se dividen en cuatro categorías:(18)

- a) **Enfoques del alivio del dolor físico:** las estrategias físicas incluyen, la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) que interrumpe la transmisión del dolor; el uso de calor y frío para reducir la inflamación y mejorar la respuesta vascular; masaje y reflexología que estimulan el flujo sanguíneo, la liberación de toxinas y endorfinas mejoran la función fisiológica y promover la relajación.
- b) **Los enfoques cognitivo conceptuales:** cambian la percepción de la persona del dolor y mejoran las estrategias de afrontamiento. Incluyen: la relajación, la distracción, la musicoterapia, la visualización guiada y las estrategias de afrontamiento espirituales o religiosas. En el caso de las terapias de relajación como por ejemplo la meditación requieren concentración o enfoque continuo que no podrá ser factible para los adultos mayores con deterioro cognitivo.
- c) **Terapias de medicina energética:** inducen la respuesta de relajación que se traduce en reducir la respuesta endocrina al estrés y mejorar otros sistemas corporales.
- d) **Educación del paciente y su familia:** la educación es fundamental en un plan de manejo del dolor. Los miedos y falsas creencias sobre el dolor se relacionan a menudo por el déficit de conocimiento sobre las causas y su tratamiento. Para las personas mayores que sufren demencia será necesaria la participación de un familiar o cuidador para lograr los objetivos educativos.

4. **Volver a evaluar y documentar:** una de las estrategias relevantes para la gestión completa del dolor incluye evaluar y reevaluar de forma rutinaria con la utilización de escalas fiables y validadas, junto con una planificación de

actuaciones individualizada. Además, se debe registrar para facilitar el seguimiento del tratamiento y la correcta comunicación entre los profesionales sanitarios. (11,18,27)

**Estudios comparativos de las diversas herramientas observacionales utilizadas para una correcta detección y evaluación del dolor en los pacientes con demencia.**

El número de personas mayores con problemas de deterioro cognitivo como la demencia, que acuden al servicio de emergencias es cada vez mayor. En Australia, aproximadamente el 28% de los pacientes del servicio de urgencias de 65 años o más tienen deterioro cognitivo. (31)

En los hospitales de Sídney y Australia se llevó a cabo un estudio cualitativo exploratorio, (31) con el objetivo de hacer una comparación acerca de la viabilidad de las herramientas de observación: **PAINAD, DOLOPLUS 2, Escala del dolor Abbey y PACSLAC**. El método que se utilizó fue la realización de entrevistas dirigidas a grupos focales con el equipo de enfermería a través de tres departamentos de emergencias de diversos hospitales.

Todos los participantes de enfermería coinciden en que el dolor es una cuestión de importancia clínica y que frecuentemente las personas con deterioro cognitivo no reciben una evaluación adecuada debido a las limitaciones de comunicaciones que poseen. Añaden, que la intensidad del dolor a menudo resulta difícil de evaluar en estas circunstancias, ya que presenta una gama de signos y síntomas más amplia.

La mayoría de los participantes estuvieron de acuerdo que la colaboración de la familia/cuidadores podría desempeñar un papel importante en la detección y evaluación del dolor en el servicio de urgencias, dado que conocen mejor a la persona, por lo que son capaces de detectar cualquier cambio en el comportamiento habitual.

PAINAD se presentó como la herramienta más específica para dicha población en el servicio de urgencias, las enfermeras refirieron que les proporcionó un enfoque sistemático de evaluación del dolor. Además, destacaron que PAINAD se mostraba como una herramienta más precisa en la evaluación de la intensidad del dolor en este grupo poblacional a diferencia de las escalas analógicas verbales o visuales.

Los participantes del estudio expresaron que PACSLAC no era el instrumento adecuado para el servicio de urgencias ya que, precisa de mucho tiempo y evalúa datos irrelevantes como el sueño y el apetito con referencia a las horas que el paciente

permanece en la unidad. Acerca de la Escala de dolor Abbey, consideraron que no poseía demasiada información útil dado el contexto de la unidad.

En la comparativa de las herramientas de DOLOPLUS 2 y PACSLAC, el equipo de enfermería concluyó que requerían de demasiada información. Llegaron a la conclusión que su prioridad eran las herramientas fáciles de utilizar y rápidas que se regían en base al mismo sistema de puntuación del dolor de la unidad de urgencias, es decir, del 0 al 10. Finalmente, se concluyó que PAINAD dada su brevedad, simplicidad y adaptación con la carga de trabajo de la unidad era la herramienta más adecuada para la práctica clínica en los servicios de urgencias.(31)

Según Krulewitch, et al. 2000, se encontró que la concordancia entre la percepción subjetiva del dolor (SRP) de un paciente y el correspondiente dolor notificado por un informe sustituto era baja en las personas mayores con deterioro cognitivo severo. (29)

Como consecuencia se realizó un estudio en Malasia (29) mediante un diseño prospectivo y observacional donde se evaluaron diferentes herramientas de evaluación del dolor: percepción subjetiva del dolor (SRP), la reportación del dolor por las enfermeras (PNR) y una escala observacional de valoración del dolor, en este caso la escala PAINAD con el fin de evaluar las congruencias de estas herramientas entre las personas mayores con y sin deterioro cognitivo. Participaron 152 pacientes de una sala geriátrica aguda del Hospital Universitario situado en Kuala Lumpur, Malasia. Los participantes eran mayores de 65 años y eran capaces de comunicarse con el fin de garantizar que pudieran completar las evaluaciones dadas. Las tres herramientas fueron evaluadas de la siguiente forma:

- La autoevaluación del dolor: a los participantes se les pregunto de manera directa si experimentaban algún dolor, los que informaron de la presencia de este se les pido que clasificaran dicho dolor mediante la escala de evaluación numérica (NRS).
- La escala de dolor observacional: se utilizó la escala PAINAD que fue completada por un evaluador mientras el paciente realizaba diversas actividades
- El informe sustituto de dolor: se llevó a cabo mediante enfermeras que fueron entrevistadas para determinar si los pacientes habían experimentado dolor durante su turno mediante su propio criterio de los comportamientos observados o cualquier informe verbal que los participantes hubieran podido dar. En el caso



de que creyeran que sus pacientes habían experimentado dolor, se les pidió que juzgaran la gravedad del dolor mediante la NRS.

Los resultados que se obtuvieron del estudio fue que no hubo una diferencia significativa en la presencia de dolor utilizando SRP y la escala PAINAD. Las comparaciones de los niveles de dolor utilizando los tres métodos revelaron una concordancia moderada entre SRP y PAINAD y un acuerdo más justo entre SRP y la PNR.

Mediante los resultados obtenidos se llegó a la conclusión que la evaluación de la SRP utilizando NRS era posible incluso en individuos con demencia moderada a severa que habían sido capaces de comunicarse. (29)

En estudios anteriores (Pautex et al., 2006) informó que el 80% de las personas mayores con deterioro cognitivo eran todavía capaces de utilizar las herramientas de autoreporte. Este estudio, apoya la evidencia expuesta anteriormente que sugiere que las herramientas de SRP deben intentar utilizarse preferentemente.

Hay que tener en cuenta las limitaciones del estudio, debido a que se realizó exclusivamente en una sala geriátrica aguda de un hospital de Malasia, los resultados no pueden ser extrapolados a las personas mayores institucionalizadas. Por eso es necesario una investigación adicional en el desarrollo y validación de los instrumentos para las poblaciones geriátricas con deterioro cognitivo, en especial en personas con demencia muy avanzada cuando la comunicación ya no es posible. (29)

Varios autores realizaron una revisión de la literatura (24) con el objetivo de averiguar la aceptabilidad por enfermería de los métodos observacionales en la conducta del dolor en personas mayores con deterioro cognitivo. Diseñaron un cuestionario que estaba compuesto por tres secciones principales: relevancia clínica, frecuencia de los principales indicadores de dolor y aceptación del uso de los métodos de observación de la conducta del dolor. Se distribuyeron 104 cuestionarios en 7 hogares de ancianos distintos, a responder por los respectivos equipos de enfermería. Los participantes destacaron ocho importantes indicadores de dolor: expresiones faciales, movimientos del cuerpo, vocalizaciones y verbalizaciones, cambios fisiológicos, cambios en las interacciones interpersonales y el estado mental, cambios en los patrones de actividad o rutina, cambios emocionales y cambios físicos (de mayor a menor relevancia). Los encuestados mostraron una clara aceptación a la utilización de los métodos de observación de la conducta del dolor, añadiendo que estos métodos serían útiles para aquellos pacientes que no puedan informar de su dolor de forma verbal. Al mismo tiempo mostraron cierta preocupación acerca del tiempo necesario para completar

satisfactoriamente dichos métodos de observación en un entorno laboral cada vez ajetreado. Con tal de disminuir el tiempo al utilizar este tipo de herramientas los participantes mencionaron la Escala de dolor Abbey diseñada para pacientes con deterioro cognitivo. Para realizar una evaluación óptima y acorde a las necesidades de los pacientes, el método de observación de la conducta del dolor, debería ser completado con los siguientes datos: salud general del paciente, historial médico acerca de causas relacionadas con el dolor, examen físico e informes de los miembros de la familia.

Finalmente llegaron a la conclusión que dicho método sería útil en sus rutinas diarias sino fuera por el tiempo y esfuerzo necesarios para completarlas. Pero hay que tener en cuenta que el número de enfermeras participantes de este estudio fue un factor restringido, ya que se focalizó en algunas residencias de Hong Kong, por esta razón, el resultado de esta encuesta se encuentra limitado a la generalización de los hallazgos encontrados. (24)

Las herramientas de evaluación de dolor agudo que se disponen en pacientes mayores con incapacidad para comunicarse verbalmente (ICV), no son plenamente satisfactorias. Considerando la necesidad de herramientas específicas para evaluar el dolor agudo en este grupo poblacional, el equipo colectivo de DOLOPLUS ideó una nueva escala, Algoplus (Anexo 15) (25)

Algoplus fue ideada para evaluar el dolor agudo en pacientes ICV. Se diseñó con el aporte de las entrevistas de cuidadores de ancianos de ICV, diferentes proveedores de salud geriátrica, las opiniones de los expertos y los videos de ancianos enfermos de ICV. Todos los posibles comportamientos de dolor agudo se anotaron, un total de 48, los cuales fueron evaluados en 296 pacientes ancianos.

Para asegurar que todo el personal pueda completar Algoplus, la aceptabilidad y la validez fueron probadas por 252 cuidadores y, finalmente, una muestra multidisciplinaria de los trabajadores de la salud geriátrica. Algoplus fue probado en una población geriátrica (edad media: 81,6 años).

Los resultados mostraron que Algoplus tenía buenas propiedades. Algoplus era fácil de utilizar y rápida, de hecho, el 80% de los evaluadores anotó la escala en < 60 segundos. Algoplus fue probada durante determinados periodos dolorosos (por ejemplo, actividades de asistencia sanitaria, movilización, etc...) y después de iniciar el tratamiento del dolor. Era muy sensible al dolor, cambios en la frecuencia de la presencia de cada elemento se incrementó durante situaciones dolorosas.

Algoplus funciona también muy bien a la hora de evaluar la sensibilidad al cambio tras iniciar la analgesia.

Esta herramienta pareció ser el mejor identificador de dolor agudo durante el movimiento y el mejor detector de desaparición del dolor después de haber iniciado el tratamiento.

Un umbral de dolor de 2/5 en la escala Algoplus, detectó rápidamente si los pacientes comunicativos e ICV tenían dolor agudo y requerían analgesia.

Algoplus, también fue desarrollada con el objetivo de ser una escala rápida, lo que debería facilitar la apropiación y la implementación de las enfermeras. (25)

### **Diferencias entre el dolor y la agitación**

La gestión eficaz del dolor se basa en la evaluación del dolor adecuado, sin embargo, muchas medidas de dolor no tienen en cuenta las complejidades asociadas con la demencia avanzada.

Una complicación adicional es la agitación, que implica la angustia emocional y de comportamiento y con frecuencia incluye comportamientos perturbadores, tales como resistencia a la atención, balanceo perseverante, inquietud o golpear a otros.

La agitación es común en la demencia y se correlaciona positivamente con las capacidades cognitivas y funcionales. Las pérdidas cognitivas conducen a un aumento de la confusión. (28,30)

Los estudios han encontrado que el dolor puede conducir a un aumento de la agitación y asegurar un adecuado alivio del dolor puede reducir la agitación cuando la medicación psicotrópica es ineficaz. Las herramientas del dolor que incluyen síntomas neuropsiquiátricos, en lugar de enfatizar en la expresión facial, las vocalizaciones y movimientos del cuerpo, se deben utilizar con precaución. (30)

La escala de dolor Mahoney (MPS) (Anexo 16) evalúa la presencia y estima la intensidad del dolor actual en las personas con demencia avanzada. Además la herramienta también tiene como objetivo diferenciar el dolor de la agitación. Es administrada por cuidadores que conocen bien a la persona. (28)

La MPS se compone de 8 elementos de clasificación a lo largo de una escala de 4 puntos (0-3), donde 0 indica un dolor mínimo y 3 se refiere a un dolor severo.

Cuando los pacientes están en reposo, los evaluadores son instruidos para inspeccionar y tocar ligeramente 22 áreas marcadas en 2 imágenes del cuerpo y colocar una cruz junto a los puntos donde observan una respuesta de comportamiento o signos de

patología. Las 22 zonas del cuerpo están adaptadas a partir de una plantilla de mapa de puntuación de dolor validada. (28)

Sin embargo es más clínicamente apropiado para los observadores, evaluar el dolor durante el movimiento como se ha comentado con anterioridad, ya que los comportamientos pueden ser más evidentes. Las actividades realizadas durante la evaluación se registran en la sección de notas de la herramienta. (28)

Dado que no existe un método estándar para diferenciar el dolor de la agitación, las evaluaciones de dolor deben implicar juicio clínico significativo además de la observación del comportamiento.

Una forma de diferenciar el dolor de la agitación es comparar el comportamiento actual a un comportamiento normal de un individuo. Los cuidadores necesitan construir una exhaustiva imagen sobre el comportamiento y el funcionamiento normal de una persona. Se obtiene mediante interacción y observaciones diarias, así como a través de la historia clínica e informes de los familiares, el personal de enfermería y otros profesionales.

Los cuidadores deben entender los comportamientos típicos de agitación de un individuo y los patrones del estado de ánimo, así como su estado funcional normal en términos de alimentación, descanso y las AVDs. (28)

El ítem 5 del MPS da instrucciones a los evaluadores de tener en cuenta el típico comportamiento agitado del paciente y además pide a los evaluadores que tengan en cuenta las calificaciones obtenidas en los primeros 4 elementos y evaluar como estos comportamientos son normales para la persona específica, es decir, según la historia clínica de la persona, que haga esos comportamientos se desvían de lo que normalmente los cuidadores observan y esperan. Una puntuación muy alta en este apartado se reserva para las claras desviaciones del comportamiento normal.

Un alto nivel de dolor en la MPS estaría indicado por las altas puntuaciones de los puntos 1 a 4 (comportamientos observables del dolor y los puntos de 5 a 8 (desviaciones de comportamiento y funcionales). Sin embargo, si una persona presenta una puntuación alta en los puntos 1 a 4 pero una baja en los apartados 5 al 8, podría ser sospechado la presencia de agitación en lugar de dolor. La baja puntuación en los apartados 5 a 8 sugiere que ha habido poca interrupción del comportamiento normal, funcionamiento o el estado físico y hay pocas condiciones dolorosas presentes. (28)

La escala MPS es una primera evidencia de que el dolor se puede distinguir de la agitación durante una actividad aversiva, sin embargo, se necesitan investigaciones futuras para explorar estas diferencias durante periodos más largos de tiempo. (28)

## **7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Estudios recientes sugieren que las enfermeras y los cuidadores/familiares pueden reconocer la presencia del dolor pero no la intensidad de este en pacientes con deterioro cognitivo. Esto conlleva un empeoramiento sustancial de la calidad de vida en personas que tienen gran vulnerabilidad por lo que supone una obligación deontológica su adecuado manejo.

La evidencia existente pone de manifiesto que el dolor se encuentra subinformado, infravalorado e infratratado entre las personas con demencia, este obstáculo proporciona un argumento válido para la necesidad urgente de utilizar una escala de evaluación del dolor con regularidad. Por lo tanto, existe la necesidad de herramientas de evaluación del dolor que sean manejables, fiables y estén validadas.

Las directrices de tratamiento del dolor existentes para los adultos mayores recomiendan un enfoque multifacético basado en una correcta evaluación del dolor. Haciendo hincapié en el beneficio obtenido de la combinación de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos

Aunque algunas de las herramientas disponibles en la actualidad para la evaluación del dolor a través de los comportamientos en los adultos mayores no verbales son prometedoras, no existe actualmente ninguna herramienta individual con una fuerte validez y fiabilidad como para justificar su recomendación para una amplia adopción en la práctica clínica. La evaluación psicométrica adicional de las escalas existentes debe ser una prioridad sobre el desarrollo de una nueva escala para el futuro.

Se ha de tener en cuenta que un instrumento de evaluación del dolor con alta sensibilidad, implica que ha de ser recesivo al cambio después de un tratamiento eficaz del dolor.

Finalmente, añadir que los resultados de esta revisión de la literatura se realizaron tomando como base los artículos seleccionados por la estrategia de búsqueda empleada y por la selección mediante los criterios de inclusión y exclusión propuestos. Se debe considerar la probabilidad de que existan estudios que por problemas de

indexación, por tema económico o límites de búsqueda hayan quedado excluidos de esta revisión.

## **8. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA Y LA INVESTIGACIÓN**

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos del análisis de la revisión de la literatura se cree importante que se tengan en cuenta algunas recomendaciones en la práctica clínica:

- Se ha de fomentar el conocimiento de los profesionales de la salud, en especial en enfermería, ya que son los profesionales sanitarios que más tiempo pasan al lado de los pacientes y en este caso de las personas mayores.
- En las personas con demencia los equivalentes de dolor mediante los cambios conductuales deben alertar a los profesionales sanitarios y generar una actitud proactiva al tratamiento.
- En ocasiones el manejo del dolor se centra exclusivamente en la reducción de la intensidad y debemos ser conscientes que la meta del control del dolor no siempre es una reducción de su intensidad sino una mejora de la función en la calidad de vida relacionada con la salud.

Las líneas de investigación futuras deberán ir dirigidas en varias direcciones con un mismo objetivo, el manejo y el control del dolor en este grupo poblacional. Es de carácter imperativo que se diferencie el dolor de la agitación dado que, a menudo surgen dificultades cuando los cuidadores dan por hecho que todo comportamiento de agitación es una parte inevitable de la demencia y en ningún caso una señal de alerta de dolor que requiere tratamiento.

La evaluación del dolor en las personas mayores, con especial énfasis en aquellos que padecen deterioro cognitivo, demora mucho tiempo y la utilización de escalas observacionales puede aumentar la carga de trabajo de las enfermeras. Por esta razón, se ha de disponer de herramientas fiables, fáciles de usar y breves para la evaluación del dolor agudo en los adultos mayores.

A pesar de los avances en este campo de estudio, son necesario más estudios comparativos para ayudar a identificar los instrumentos más eficaces en la detección del dolor y los más sensibles en la respuesta al tratamiento.

## **9. IMPLICACIONES PARA LAS POLÍTICAS SANITARIAS**

Los principios éticos de beneficencia, es decir, el deber de beneficiar al otro, y la no maleficencia, el deber de no hacer daño, obligan a los profesionales de la salud a proporcionar un adecuado manejo del dolor y el confort para todos los pacientes, incluyendo las personas vulnerables que no pueden comunicarse verbalmente. Proporcionar atención de calidad a las personas que no pueden indicar su dolor es dirigido por el principio de justicia, como la igualdad y la no discriminación en el tratamiento de las personas.

El respeto en la dignidad humana, dirige a las enfermeras para abordar y proveer el cuidado apropiado. Esta atención se otorga sin restricciones en la consideración de los atributos personales, situación económica o la naturaleza del problema de salud de la persona.

## **10. REFLEXIÓN PERSONAL**

La realización del Trabajo Final de Grado (TFG) ha sido el último peldaño y la culminación de estos cuatro años para conseguir lo que llevo deseando prácticamente desde que tengo racionalidad, y que finalmente este 2017 se ha hecho realidad, mi amada enfermería.

Sinceramente, no ha sido un camino de rosas, ha habido momentos muy difíciles durante el recorrido para la realización del TFG e incluso ganas de abandonar en algunas ocasiones. La presión, el agobio, el estrés o simplemente el cansancio pueden jugaros malas pasadas, pero depende de nosotros, de nuestra fuerza de voluntad y las ganas que tengamos de cumplir nuestro sueño. Añadir, que no hubiera sido posible, sin el apoyo incondicional de mi tutora Laura García, muy paciente, empática, proactiva, me ha transmitido su energía y su optimismo y sobre todo por darme ese pequeño empujón en el momento exacto cuando más lo necesitaba, no siempre tenemos la suerte de encontrarnos personas de este linaje. Te lo agradezco de corazón.

“El dolor en el paciente anciano con deterioro cognitivo”, fue uno de los primeros temas que puse como prioridad, dado que la salud mental es un tema que siempre me ha llamado mucho la atención, puesto que a veces no le damos la suficiente importancia al poder que tiene nuestra mente sobre nosotros... Me parecía un tema muy interesante, dada su relevancia en la actualidad por la senectud de la población.

Para la correcta realización del TFG, asistí a varias sesiones impartidas por el personal bibliotecario de la Universidad Internacional de Catalunya (UIC) donde me explicaron la utilización de algunas bases de datos, como PubMed y el Metabusador de la UIC y la manera de cómo realizar una buena búsqueda bibliográfica y además, aprendí el uso del gestor bibliográfico RefWorks. Gracias a los conocimientos obtenidos por dichas sesiones y la posterior práctica y autoaprendizaje conseguí solventar las dudas. Añadir, que al utilizar la estrategia de búsqueda realizada en varias bases de datos de las cuales desconocía su funcionamiento, necesité la visualización de tutoriales explicativos de internet, si bien no, realicé autoaprendizaje.

Nunca antes nos habíamos enfrentado a un trabajo de esta magnitud y como se suele decir, los comienzos son duros, pero siempre tiene que haber una primera vez. La base se ha ido construyendo a medida que transcurrían los meses y el trabajo iba cogiendo forma.

Una afirmación/comentario que me han hecho en varias circunstancias, familiares, amigos y en ocasiones conocidos y me ha llamado francamente la atención ha sido: "Solo te quedan unos meses para acabar de formarte, es el último empujón..." Y mi respuesta siempre era la misma: en la enfermería nunca dejamos de obtener conocimiento y de renovarnos, ya sea mediante cursos, másteres, postgrados, autoaprendizaje... el conocimiento es poder y en nuestra profesión aún tiene más relevancia, dado que considero y siempre he creído que tenemos en nuestras manos una de las responsabilidades más grandes del ser humano, la vida. Por eso, estoy a punto de finalizar una etapa intensa, pero sé que queda mucho camino por recorrer y muchos conocimientos que obtener para el futuro venidero.

***"Quizás no puedo cambiar la dirección del viento, pero si ajustar las velas para llegar a mi destino"***



## **11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- (1)** Kaye AD, Baluch A, Scott JT. Pain management in the elderly population: a review. *The Ochsner Journal* 2010;10(3):179-187.
- (2)** V. C. Muriel. Dolor en paciente anciano. Universidad de Salamanca: Fundación Grünenthal; 2004.
- (3)** La salud mental y los adultos mayores. Abril de 2016; Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>. Accessed 12/17, 2016.
- (4)** Alonso Galbán P, Sansó Soberats FJ, Díaz-Canel Navarro AM, Carrasco García M, Oliva T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Salud Pública* 2007;33(1):0-0.
- (5)** Camargo DM, Jiménez JB, Archila E, Villamizar MS. El dolor: una perspectiva epidemiológica. *REVISTA SALUD UIS* 2004;36(1).
- (6)** Covarrubias-Gómez A. Manejo del dolor en el paciente anciano. *Rev.Mex.Anestesiología* 2006;29(S1):207-209.
- (7)** Herr K. Pain assessment strategies in older patients. *The journal of pain* 2011;12(3):S3-S13.
- (8)** Hadjistavropoulos T, Herr K, Prkachin KM, Craig KD, Gibson SJ, Lukas A, et al. Pain assessment in elderly adults with dementia. *The Lancet Neurology* 2014;13(12):1216-1227.
- (9)** Casado JR. El dolor en el anciano. *Revista Clínica Española* 2007;207(4):155-157.
- (10)** Rodríguez-Mansilla J, Jiménez-Palomares M, González-López-Arza MV. Escalas de valoración del dolor en pacientes con demencia. Instrumentos de ayuda para el fisioterapeuta, el médico, el enfermero y el terapeuta ocupacional. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 2014;49(1):35-41.
- (11)** Montoro-Lorite M, Canalias-Reverter M. Dolor y demencia avanzada: revisión bibliográfica. *Gerokomos* 2015;26(4):142-147.

**(12)** Sáez López M, Sánchez Hernández N, Jiménez Mola S, Alonso García N, Valverde García J. Valoración del dolor en el anciano. Revista de la Sociedad Española del Dolor 2015;22(6):271-274.

**(13)** Zwakhalen SM, Hamers JP, Abu-Saad HH, Berger MP. Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools. BMC geriatrics 2006;6(1):3.

**(14)** Alaba J, Arriola E, Navarro A, González M, Buiza C, Hernández C, et al. Demencia y dolor. Revista de la Sociedad Española del Dolor 2011;18(3):176-186.

**(15)** Lord B. Paramedic assessment of pain in the cognitively impaired adult patient. BMC emergency medicine 2009;9(1):20.

**(16)** Bjoro K, Herr K. Assessment of pain in the nonverbal or cognitively impaired older adult. Clin Geriatr Med 2008;24(2):237-262.

**(17)** Carmona JMM. Dolor y síntomas no expresados: la otra demencia. Revista Española de Geriatria y Gerontología 2009;44:9-14.

**(18)** Lu DF, Herr K. Pain in dementia: recognition and treatment. J Gerontol Nurs 2012;38(2):8-13.

**(19)** Collett B, O'Mahoney S, Schofield P, Closs SJ, Potter J, Guideline Development Group. The assessment of pain in older people. Clin Med (Lond) 2007 Oct;7(5):496-500.

**(20)** Savvas SM, Gibson SJ. Overview of Pain Management in Older Adults. Clin Geriatr Med 2016;32(4):635-650.

**(21)** Hall T. Management of persistent pain in older people. Journal of Pharmacy Practice and Research 2016;46(1):60-67.

**(22)** Schofield P. Pain management in older adults. Medicine 2017;45(1):41-45.

**(23)** Chapman S. Managing pain in the older person. Nurs Stand 2010 11/17;25(11):35-39.

**(24)** Liu JY, Briggs M, Closs J. Acceptability of pain behaviour observational methods (PBOMs) for use by nursing home staff. *J Clin Nurs* 2011;20(13- 14):2071-2073.

**(25)** Rat P, Jouve E, Pickering G, Donnarel L, Nguyen L, Michel M, et al. Validation of an acute pain-behavior scale for older persons with inability to communicate verbally: Algoplus®. *European Journal of Pain* 2011;15(2):198. e1-198. e10.

**(26)** Passmore P, Cunningham E. Pain assessment in cognitive impairment. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2014 Sep;28(3):305-307.

**(27)** Herr K, Coyne PJ, Key T, Manworren R, McCaffery M, Merkel S, et al. Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing* 2006;7(2):44-52.

**(28)** Mahoney AE, Peters L. The Mahoney Pain Scale: examining pain and agitation in advanced dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2008 Jun-Jul;23(3):250-261.

**(29)** Ngu SS, Tan MP, Subramanian P, Rahman RA, Kamaruzzaman S, Chin A, et al. Pain assessment using self-reported, nurse-reported, and observational pain assessment tools among older individuals with cognitive impairment. *Pain management nursing* 2015;16(4):595-601.

**(30)** Flo E, Gulla C, Husebo BS. Effective pain management in patients with dementia: benefits beyond pain? *Drugs Aging* 2014;31(12):863-871.

**(31)** Fry M, Arendts G, Chenoweth L. Emergency nurses' evaluation of observational pain assessment tools for older people with cognitive impairment. *J Clin Nurs* 2017.

## 12. ANEXOS

### Anexo 1: Cronograma de la realización del TFG

	Set	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun
1ª tutoría grupal										
Definir tipologías de trabajos										
Funcionamiento plataforma										
Establecer objetivos generales										
Aclarar forma de trabajar en la asignatura										
1ª tutoría individual										
Focalización del trabajo										
Búsqueda bibliográfica										
Palabras clave y bases de datos										
Objetivos generales										
Pactar normativa de referenciación bibliográfica										
2ª tutoría individual										
Introducción										
3ª tutoría individual										
Metodología										
4ª tutoría individual										
Evaluación tutor										
Resultados y conclusiones										
5ª tutoría individual										
6ª tutoría individual										
Correcciones y dudas										
Entrega definitiva tutor: 12/05/2017										
Preparación Power Point										
Preparación exposición y defensa oral										
Entrega de ejemplares: 22/05/2017										
Entrega rubrica 6 tutor correspondiente 24/05/2017										
Entrega Power Point 29/05/2017										
Defensa TFG tribunal 31/05/2017 o 1,2/06/2017										

Anexo 2: Uso del gestor bibliográfico RefWorks.

The screenshot shows the RefWorks web interface. The main area displays a list of references with the following details:

- ID Ref 39:** Tesis Referencia 1 de 31. Autor: Muriel, V.C. Título: Dolor en paciente anciano. Fuente: 2004, Fundación Grunenthal, Universidad de Salamanca.
- ID Ref 37:** Artículo de Revista Académica (Journal) Referencia 2 de 31. Autores: Hadjistavropoulos, Thomas; Herr, Keela; Prkachin, Kenneth M; Craig, Kenneth D; Gibson, Stephen J; Lukas, Albert; Smith, Jonathan H. Título: Pain assessment in elderly adults with dementia. Fuente: The Lancet Neurology, 2014, 13, 12, 1216-1227, Elsevier.
- ID Ref 36:** Artículo de Revista Académica (Journal) Referencia 3 de 31. Autor: Herr, Keela. Título: Pain assessment strategies in older patients. Fuente: The journal of pain, 2011, 12, 3, S3-S13, Elsevier.
- ID Ref 35:** Artículo de Revista Académica (Journal) Referencia 4 de 31. Autores: Kave, Alan D; Baluch, Amir; Scott, Jared T. Título: Pain management in the elderly population: a review. Fuente: The Ochsner Journal, 2010, 10, 3, 179-187, the Academic Division of Ochsner Clinic Foundation 1514 Jefferson Highway, New Orleans, LA 70121-2429, (504) 842-4000.
- ID Ref 34:** Artículo de Revista Académica (Journal) Referencia 5 de 31.

The right sidebar contains several sections:

- Avisos:** Recursos, Centro de asistencia, Webinars.
- Carpetas:** Mi lista, Referencias que no están e, Última Importación (1) carpeta (0), Documents (0), TFG (31).
- Acceso rápido:** Búsqueda Avanzada, Importar, Exportar, Crear Bibliografía, Imprimir referencias.
- Estadísticas:** 31 Referencia(s), 12 Carpeta(s), 0 Elemento(s) compartido(s), 0 Archivo(s) adjunto(s).

The screenshot shows the RefWorks desktop application interface. The top menu bar includes: ARCHIVO, INICIO, INSERTAR, DISEÑO, DISEÑO DE PÁGINA, REFERENCIAS, CORRESPONDENCIA, REVISAR, VISTA, RefWorks. The 'Insert/Edit Citation' dialog box is open, showing a list of references with the following details:

Author	Year	Title
Bjoro, Karen	2008	Assessment of pain in the nonverbal or cogni
Camargo, Diana Marina	2004	El dolor: una perspectiva epidemiológica

The dialog box also includes options for editing references (Hide Year, Hide Author, Suppress Pages, Override Pages, Make Footnote, Bibliography only) and a preview of the citation in Vancouver style: (1). The 'Compose Citation' section shows the final citation: Camargo, Diana Marina, 2004, El dolor: una perspectiva epidemiológica.

**Anexo 3: Tabla de artículos finales seleccionados**

<b>Título</b>	<b>Autores</b>	<b>Año de publicación</b>	<b>País/Región</b>	<b>Revista</b>	<b>Objetivo/Ideas principales</b>
<b>1.</b> The Mahoney Pain Scale: Examining Pain and Agitation in Advanced Dementia	Alison E. J. Mahoney, Lorna Peters,	2008	Estados Unidos	American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias	Estudio acerca del desarrollo de una nueva escala de evaluación del dolor (la escala del dolor Mahoney), con el objetivo de evaluar el dolor distinguiéndolo de la agitación.
<b>2.</b> Demencia y dolor	J. Alaba, E. Arriola, A. Navarro, M. F. González, C. Buiza, C. Hernández, A. Zulaica.	2011	España, Gipuzkoa	Revista de la Sociedad Española del Dolor	Revisión acerca de los cambios en la percepción del dolor en las personas con demencia junto al análisis de las escalas más eficaces para valorarlo y tratarlo.
<b>3.</b> Valoración del dolor en el anciano	M.P. Sáez López, N. Sánchez Hernández, S. Jiménez Mola, N. Alonso García, J.A. Valverde García.	2015	España, León	Revista de la Sociedad Española del Dolor	Análisis de las barreras por parte de pacientes y equipo médico en relación con la administración de tratamientos farmacológicos.
<b>4.</b> Escalas de Valoración del dolor en pacientes con demencia. Instrumentos de ayuda para el fisioterapeuta, el médico, el enfermero y el terapeuta ocupacional	Juan Rodríguez-Mansilla, María Jiménez-Palomares, María Victoria González-López-Arza.	2014	España, Badajoz	Revista Española de Geriatria y Gerontología	Estudio realizado con la finalidad de recoger el tipo de escalas que se utilizan para evaluar el dolor en personas con demencia.
<b>5.</b> Dolor y síntomas no expresados: la otra demencia	José Manuel Marín Carmona.	2009	España, Málaga	Revista Española de Geriatria y Gerontología	Análisis de las afectaciones del deterioro cognitivo y las dificultades que plantea respecto el correcto diagnóstico terapéutico.
<b>6.</b> Dolor y demencia avanzada. Revisión bibliográfica.	Mercedes Montoro-Lorite, Montserrat Canalias-Reverter.	2015	España, Barcelona	Gerokomos	Revisión bibliográfica acerca de las funciones de las enfermeras como gestoras del manejo del dolor y sus recursos y estrategias más adecuadas.

<b>Título</b>	<b>Autores</b>	<b>Año de publicación</b>	<b>País/Región</b>	<b>Revista</b>	<b>Objetivo/Ideas principales</b>
<b>7.</b> Managing pain in the older person	Suzanne Chapman	2009	Reino Unido, Londres	Art & Science	Análisis de los factores fisiológicos de la edad que complican la correcta prescripción y administración de los fármacos.
<b>8.</b> Pain Assessment in Cognitive Impairment	Peter Passmore, Emma Cunningham.	2014	Reino Unido, Belfast	European Perspectives on Pain and Palliative Care	Análisis de las causas de deterioro cognitivo y su correcta evaluación.
<b>9.</b> Emergency nurse's evaluation of observational pain assessment tools for older people with cognitive impairment	Margaret Fry, Glenn Arendts, Lynn Chenoweth.	2017	Australia, Sydney	Journal of Clinical Nursing	Análisis del uso de la herramienta PAINAD en el servicio de urgencias de distintos hospitales de Australia en comparación con las herramientas Doloplus-2, PACSLAC y la Escala de Dolor Abbey
<b>10.</b> Overview of Pain Management in Older Adults	Steven M. Sawas, Stephen J. Gibson.	2016	Australia, Victoria	Clinics in Geriatric Medicine	Estudio acerca de los factores que generan barreras para el tratamiento y la correcta evaluación del dolor, y recomendaciones para tratarlo de forma efectiva.
<b>11.</b> Pain management in older adults	Patricia Schofield.	2017	Reino Unido	Medicine	Artículo referente a distintas estrategias y recomendaciones para la evaluación y tratamiento del dolor en personas mayores con deterioro cognitivo.
<b>12.</b> Acceptability of Pain Behaviour Observational Methods (PBOMs) for use by nursing home staff	Justina YW Liu, Michelle Briggs, Jose Closs.	2011	China, Hong Kong	Journal of Clinical Nursing	Análisis acerca de la aceptación de los métodos de observación de las conductas que refieren dolor en comparación con herramientas ya existentes como la Escala del Dolor Abbey

<b>Título</b>	<b>Autores</b>	<b>Año de publicación</b>	<b>País/Región</b>	<b>Revista</b>	<b>Objetivo/Ideas principales</b>
<b>13.</b> Paramedic assessment of pain in the cognitively impaired adult patient	Bill Lord.	2009	Australia	Bio Med Central Emergency Medicine	Revisión bibliográfica acerca del uso de herramientas de evaluación del dolor que han sido validadas para su uso en adultos mayores con deterioro cognitivo y para identificar las que han sido recomendadas para su uso por el personal paramédico.
<b>14.</b> Pain in Dementia Recognition and Treatment	Lu Der Fa, Keela Herr.	2012	Estados Unidos, Iowa	Journal of Gerontological Nursing	Este artículo engloba los retos de evaluación y las estrategias de gestión farmacológicas y no farmacológicas relacionadas con el dolor en los pacientes con demencia.
<b>15.</b> The assessment of pain in older people	B Collett, S O'Mahoney, P Schofield, SJ Closs, J Potter.	2007	Reino Unido, Inglaterra	Clinical Medicine	El ideal de esta guía es proporcionar a los profesionales de la salud con un conjunto de habilidades prácticas para evaluar el dolor con una posterior gestión eficaz.
<b>16.</b> Pain Assessment in the Nonverbal Patient: Position Statement with Clinical Practice Recommendations	Kella Herr, Patrick J. Coyne, Key Tonya, Renee Manworren, Margo McCaffery, Sandra Merkel, Jane Pelosi-kelly, Lori Wild.	2006	Estados Unidos, Iowa	Pain Management Nursing	Recomendaciones de práctica clínica para la evaluación del dolor en el paciente no verbal. Ofrece estrategias y recursos para la correcta evaluación del dolor
<b>17.</b> Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools	Sandra Mg Zwakhalen, Jan Ph Hamers, Huda Huijer Abu-Saad, Martijn PF Berger.	2006	Países Bajos	Bio Med Central Geriatría	Revisión bibliográfica con el objetivo de identificar las diferentes escalas que evalúan el dolor en personas con demencia severa, con la inclusión de las propiedades psicométricas y la utilidad clínica de estos instrumentos.



<b>Título</b>	<b>Autores</b>	<b>Año de publicación</b>	<b>País/Región</b>	<b>Revista</b>	<b>Objetivo/Ideas principales</b>
<b>18.</b> Management of persistent pain in older people	Tony Hall	2016	Australia	Journal of Pharmacy Practice and Research	Este artículo proporciona una visión general del dolor persistente en las personas mayores y su gestión.
<b>19.</b> Validation of an acute pain-behavior scale for older persons with inability to communicate verbally: Algoplus	Patrice Rat, Elisabeth Jouve, Gisèle Pickering, Laurent Donnarel, Louise Nguyen, Michel Micheline, et al.	2011	Francia	European Journal of Pain	Debido a la necesidad de una herramienta específica para evaluar el dolor agudo en las personas mayores con incapacidad para comunicarse verbalmente, el equipo de Doloplus ideó una nueva escala: Aloplus.
<b>20.</b> Assessment of Pain in the Nonverbal or Cognitively Impaired Older Adult.	Karen Bjoro, Keela Herr.	2008	Noruega, Oslo	Clinics in Geriatric Medicine	En este artículo se distinguen los principios generales y las recomendaciones específicas de la evaluación del dolor de los adultos que no se pueden expresar verbalmente. Además, incluye una selección de herramientas de comportamiento para su uso en esta población.
<b>21.</b> Pain Assessment Using Self-reported, Nurse-reported, and Observational Pain Assessment Tools among Older Individuals with Cognitive Impairment	Sylvia SC Ngu, Maw Pin Tan, Pathmawathi Subramanian, Rasnah Abdul Rahman, Shahrul Kamaruzzaman, Ai-Vyrn Chin, et al.	2015	Malasia, Kuala Lumpur	Pain Management Nursing	El ideal de este artículo fue evaluar las congruencias de las diferentes herramientas de valoración del dolor: percepción subjetiva de dolor, dolor informado por las enfermeras y las herramientas de observación del dolor en pacientes mayores con deterioro cognitivo.

Titulo	Autores	Año de publicación	País/Región	Revista	Objetivo/Ideas principales
<b>22.</b> Effective Pain Management in Patients with Dementia: Benefits Beyond Pain	Elisabeth Flo, Christine Gulla, Bettina S Husebo.	2014	Noruega	Drugs & Aging	Aborda la relación interactiva del dolor y los síntomas neuropsiquiátricos en las personas con demencia y proporciona una visión general de las directrices y recomendaciones para el manejo del dolor en este grupo poblacional.
<b>23.</b> Pain assessment in elderly adults with dementia	Thomas Hadjistavropoulos, Keela Herr, Kenneth M Prkachin, Kenneth D Craig, Stephen J Gibson, Albert Lukas, et al.	2014	Reino Unido, Londres	The Lancet Neurology	Revisión de la literatura acerca de la experiencia del dolor en personas con demencia y la descripción del estado actual de las herramientas de evaluación del dolor en esta población, haciendo hincapié en los estudios originales publicados en los últimos 5 años.

**Anexo 4: Jerarquía de técnicas de evaluación del dolor de McCaffery y Pasero.**

<p><b>1. Autoinforme</b></p>	<p>El <b>autoinforme</b> del dolor es a menudo posible en el deterioro cognitivo de leve a moderado, pero según progresa la demencia, la capacidad de autorreporte disminuye y finalmente ya no es posible</p>
<p><b>2. Buscar posibles causas de dolor/malestar</b></p>	<p>Considerar la presencia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– El <b>dolor crónico</b> por enfermedades persistentes en la anamnesis (p. ej., antecedentes de artritis, dolor de espalda, neuropatías)</li> <li>– El <b>dolor agudo</b> puede estar presente por la enfermedad que genere el ingreso (p. ej., sobreinfección de úlceras, infección urinaria, arritmias, etc.)</li> <li>– Por <b>necesidades no satisfechas</b> (estreñimiento, sensación de calor/frío, sed, hambre, movilización, etc.)</li> <li>– Por la <b>propia demencia</b> (p. ej., demencia vascular-cefaleas)</li> <li>– <b>iatrogénicas</b>: identificar las intervenciones de enfermería que pueden causar dolor</li> </ul>
<p><b>3. La observación de los comportamientos del paciente</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Observar los comportamientos reconocidos como indicadores de dolor en esta población</li> <li>– Revisiones sistemáticas no han identificado ninguna escala como estándar de referencia</li> <li>– Una revisión reciente de Herr y cols. recomendó dos herramientas: la PAINAD y la PACSLAC</li> <li>– La PACSLAC se recomienda como una evaluación a intervalo más largo</li> <li>– La PAINAD se considera útil para la evaluación de todos los días, incluyendo la evaluación del seguimiento del tratamiento. La PAINAD también ha sido recomendada junto con la escala visual analógica y la escala de caras en una reciente revisión realizada en 2013 por Juan Rodríguez-Mansilla</li> </ul>
<p><b>4. Informes sustitutos del dolor</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– En el medio residencial, los informes sustitutos del dolor suelen aportarlos el personal de enfermería</li> <li>– En el medio hospitalario agudo suelen aportarlos los miembros de la familia o el cuidador</li> </ul>
<p><b>5. Prueba analgésica</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– El uso de un ensayo analgésico para validar la presencia de dolor siguiendo las recomendaciones al paciente anciano de la Organización Mundial de la Salud</li> <li>– Es importante reevaluar la presencia de dolor tras una prueba analgésica para poder evaluar la efectividad de la analgesia y poder discriminar la efectividad</li> <li>– El tratamiento con medidas farmacológicas y no farmacológicas conjuntamente como describe la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor demuestran la mejor respuesta de control del dolor</li> </ul>

Anexo 5: Escala PAINAD

# Pain Assessment IN Advanced Dementia PAINAD

	0	1	2	Score
<b>Breathing</b> Independent of vocalization	Normal	Occasional labored breathing. Short period of hyperventilation	Noisy labored breathing. Long period of hyperventilation. Cheyne-stokes respirations	
<b>Negative Vocalization</b>	None	Occasional moan or groan. Low level speech with a negative or disapproving quality	Repeated troubled calling out. Loud moaning or groaning. Crying	
<b>Facial expression</b>	Smiling, or inexpressive	Sad. Frightened. Frown	Facial grimacing	
<b>Body Language</b>	Relaxed	Tense. Distressed pacing. Fidgeting	Rigid. Fists clenched, Knees pulled up. Pulling or pushing away. Striking out	
<b>Consolability</b>	No need to console	Distracted or reassured by voice or touch	Unable to console, distract or reassure	
				<b>TOTAL</b>

This material prepared by the Geriatric Research Education Clinical Center, is provided by the Iowa Foundation for Medical Care, the Medicare Quality Improvement Organization for Iowa, was prepared by MetaStar, under contract with the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), an agency of the U.S. Department of Health and Human Services. The contents presented do not necessarily reflect CMS policy. 85oW-IA-NH-4/06-054

**Anexo 6: Escala del Dolor Abbey**

**Abbey Pain Scale**

For measurement of pain in people with dementia who cannot verbalize

How to use scale: While observing the resident, score questions 1 to 6

Name of resident: .....

Name and designation of person completing the scale: .....

Date: .....Time: .....

Latest pain relief given was.....at .....h.

Q1.	Vocalization eg, whimpering, groaning, crying <i>Absent 0            Mild 1            Moderate 2            Severe 3</i>	Q1	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>
Q2.	Facial expression eg, looking tense, frowning, grimacing, looking frightened <i>Absent 0            Mild 1            Moderate 2            Severe 3</i>	Q2	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>
Q3.	Change in body language eg, fidgeting, rocking, guarding part of body, withdrawn <i>Absent 0            Mild 1            Moderate 2            Severe 3</i>	Q3	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>
Q4.	Behavioural Change eg, increased confusion, refusing to eat, alteration in usual patterns <i>Absent 0            Mild 1            Moderate 2            Severe 3</i>	Q4	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>
Q5.	Physiological change eg, temperature, pulse or blood pressure outside normal limits, perspiring, flushing or pallor <i>Absent 0            Mild 1            Moderate 2            Severe 3</i>	Q5	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>
Q6.	Physical changes eg, skin tears, pressure areas, arthritis, contractures, previous injuries <i>Absent 0            Mild 1            Moderate 2            Severe 3</i>	Q6	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>

Add scores for 1-6 and record here ➡ Total Pain Score

Now tick the box that matches the Total Pain Score ➡

0-2 No pain	3-7 Mild	8-13 Moderate	14+ Severe
----------------	-------------	------------------	---------------

Finally, tick the box which matches the type of pain ➡

Chronic	Acute	Acute on chronic
---------	-------	------------------

Abbey, J; De Bellis, A; Piller, N; Esterman, A; Giles, L; Parker, D and Lowcay, B.  
Funded by the JH & JD Gunn Medical Research Foundation 1998 – 2002  
(This document may be reproduced with this acknowledgment retained)










Anexo 7: Escala DOLOPLUS 2

<h2 style="margin: 0;">ESCALA DOLOPLUS</h2> <p style="margin: 0; font-weight: normal;">VALORACIÓN DEL DOLOR MEDIANTE EL COMPORTAMIENTO EN LAS PERSONAS MAYORES</p>					
APELLIDO :		Nombre :		FECHAS	
Servicio :					
Observación del comportamiento					
REACCIONES SOMÁTICAS					
1• Quejas somáticas	• ninguna queja .....	0	0	0	0
	• quejas únicamente ante el estímulo .....	1	1	1	1
	• quejas espontáneas ocasionales .....	2	2	2	2
	• quejas espontáneas continuas .....	3	3	3	3
2• Posiciones antálgicas en reposo	• ninguna posición antálgica .....	0	0	0	0
	• el sujeto evita ciertas posiciones ocasionalmente .....	1	1	1	1
	• posición antálgica permanente y eficaz .....	2	2	2	2
	• posición antálgica permanente ineficaz .....	3	3	3	3
3• Protección de las zonas dolorosas	• ninguna protección .....	0	0	0	0
	• protección ante el estímulo que no impide continuar el examen o los cuidados .....	1	1	1	1
	• protección ante el estímulo que impide todo examen o cuidados .....	2	2	2	2
	• protección en reposo, en ausencia de todo estímulo .....	3	3	3	3
4• Mímica	• mímica habitual .....	0	0	0	0
	• mímica que parece expresar dolor ante el estímulo .....	1	1	1	1
	• mímica que parece expresar dolor en ausencia de todo estímulo .....	2	2	2	2
	• mímica inexpressiva de forma permanente y habitual (stonia, expresión fija, mirada vacía) .....	3	3	3	3
5• Sueño	• sueño habitual .....	0	0	0	0
	• dificultades para conciliar el sueño .....	1	1	1	1
	• despertar frecuente (agitación motora) .....	2	2	2	2
	• insomnio con repercusión en las fases de vigilia .....	3	3	3	3
REACCIONES PSICOMOTORAS					
6• Aseo y/o vestido	• posibilidades habituales sin cambio .....	0	0	0	0
	• posibilidades habituales poco disminuidas (con precaución, pero completo) .....	1	1	1	1
	• posibilidades habituales muy disminuidas, aseo y/o vestido difíciles y parciales .....	2	2	2	2
	• aseo y/o vestido imposibles, el enfermo expresa su oposición a cualquier intento .....	3	3	3	3
7• Movimientos	• posibilidades habituales sin cambio .....	0	0	0	0
	• posibilidades habituales activas limitadas (el enfermo evita ciertos movimientos, disminuye su perímetro de marcha) .....	1	1	1	1
	• posibilidades habituales activas y positivas limitadas (incluso con ayuda, el enfermo reduce sus movimientos) .....	2	2	2	2
	• movimiento imposible, toda movilización encuentra oposición .....	3	3	3	3
REACCIONES PSICOSOCIALES					
8• Comunicación	• sin cambio .....	0	0	0	0
	• intensificada (la persona atrae la atención de manera inusual) .....	1	1	1	1
	• disminuida (la persona se aísla) .....	2	2	2	2
	• ausencia o rechazo de toda comunicación .....	3	3	3	3
9• Vida social	• participación habitual en las distintas actividades (comidas, animaciones, talleres terapéuticos...) .....	0	0	0	0
	• participación en las distintas actividades sólo bajo estímulo .....	1	1	1	1
	• rechazo parcial de participación en las distintas actividades .....	2	2	2	2
	• ausencia de toda vida social .....	3	3	3	3
10• Trastornos del comportamiento	• comportamiento habitual .....	0	0	0	0
	• trastornos del comportamiento bajo estímulo e iterativos .....	1	1	1	1
	• trastornos del comportamiento bajo estímulo y permanentes .....	2	2	2	2
	• trastornos del comportamiento permanentes (fuera de todo estímulo) .....	3	3	3	3
PUNTUACION					
COPYRIGHT					







**Anexo 8: Escala NOPPAIN**

<p><b>NOPPAIN</b> (Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument) <b>Activity Chart Check List</b></p>	<p>Name of Evaluator: _____ Name of Resident: _____ Date: _____ Time: _____</p>
---	---

**DIRECTIONS:** Nursing assistant should complete at least 5 minutes of daily care activities for the resident while observing for pain behaviors. This form should be completed immediately following care activities.

		Did you do this? <small>Check Yes/No</small>	Did you see pain when you did this? <small>Check Yes/No</small>		Did you do this? <small>Check Yes/No</small>	Did you see pain when you did this? <small>Check Yes/No</small>
(a) Put resident in bed OR saw resident lying down		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	(f) Fed resident		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
(b) Turned resident in bed		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	(g) Helped resident stand OR saw resident stand		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
(c) Transferred resident (bed to chair, chair to bed, standing or wheelchair to toilet)		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	(h) Helped resident walk OR saw resident walk		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
(d) Sat resident up (bed or chair) OR saw resident sitting		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	(i) Bathed resident OR gave resident sponge bath		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
(e) Dressed resident		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<b>REMEMBER: Make sure to ASK THE PATIENT if he/she is in pain!</b>		


**Pain Response/Responsibility (What did you see and hear?)**

<p><b>Pain Words?</b> • "That hurts" • "Ouch!" • Cursing • "Stop that!"</p>  <p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>How intense were the pain words?</p> <p>0 1 2 3 4 5</p> <p><small>Lowest Possible Intensity      Highest Possible Intensity</small></p>	<p><b>Pain Faces?</b> • grimaces • winces • furrowed brow</p>  <p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>How intense were the pain faces?</p> <p>0 1 2 3 4 5</p> <p><small>Lowest Possible Intensity      Highest Possible Intensity</small></p>	<p><b>Bracing?</b> • rigidity • holding • guarding (especially during movement)</p>  <p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>How intense was the bracing?</p> <p>0 1 2 3 4 5</p> <p><small>Lowest Possible Intensity      Highest Possible Intensity</small></p>
<p><b>Pain Noises?</b> • moans • groans • grunts • cries • gasps • sighs</p>  <p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>How intense were the pain noises?</p> <p>0 1 2 3 4 5</p> <p><small>Lowest Possible Intensity      Highest Possible Intensity</small></p>	<p><b>Rubbing?</b> • massaging affected area</p>  <p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>How intense was the rubbing?</p> <p>0 1 2 3 4 5</p> <p><small>Lowest Possible Intensity      Highest Possible Intensity</small></p>	<p><b>Restlessness?</b> • frequent drifting • rocking • inability to stay still</p>  <p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>How intense was the restlessness?</p> <p>0 1 2 3 4 5</p> <p><small>Lowest Possible Intensity      Highest Possible Intensity</small></p>


**Locate Problem Areas**

Please "X" the site of any pain  
Please "O" the site of any skin problems

FRONT



BACK



Shaw AL, O'Malley K, Kunk M, Cody M, Bruera E, Back C, Ashton C. Developed with support from the U.S. Veterans Affairs Health Services Research & Development Service and the National Institute of Mental Health. For more information, contact Dr. Shaw at asnow@bcm.tmc.edu. (This document may be reproduced)

Anexo 9: Escala PACSLAC

**Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC)**

Indicate with a checkmark, which of the items on the PACSLAC occurred during the period of interest. Scoring the sub-scales is derived by counting the checkmarks in each column. To generate a total pain sum all sub-scale totals.

Facial Expression	Present
Grimacing	
Sad look	
Tighter Face	
Dirty Look	
Change in Eyes (Squinting, dull, bright, increased eye movements)	
Frowning	
Pain Expression	
Grim Face	
Clenching Teeth	
Wincing	
Open Mouth	
Creasing Forehead	
Screwing Up Nose	

Activity/Body Movement	Present
Fidgeting	
Pulling Away	
Flinching	
Restless	
Pacing	
Wandering	
Trying to Leave	
Refusing to Move	
Thrashing	
Decreased Activity	
Refusing Medications	
Moving Slow	
Impulsive Behaviours (Repeat Movements)	
Uncooperative/Resistance to care	
Guarding Sore Area	
Touching/Holding Sore Area	
Limping	
Clenching Fist	
Going into Fetal Position	
Stiff/Rigid	

Social/Personality/Mood	Present
Physical Aggression (e.g. pushing people and/or objects, scratching others, hitting others, striking, kicking).	
Verbal Aggression	
Not Wanting to be Touched	
Not Allowing People Near	
Angry/Mad	
Throwing Things	
Increased Confusion	
Anxious	
Upset	
Agitated	
Cranky/Irritable	
Frustrated	

Other (Physiological changes/Eating Sleeping Changes/Vocal Behaviors)	Present
Pale Face	
Flushed, Red Face	
Teary Eyed	
Sweating	
Shaking/Trembling	
Cold Clammy	
Changes in Sleep Routine (Please circle 1 or 2) 1) Decreased Sleep ..... 2) Increased Sleep During the Day	
Changes in Appetite (Please circle 1 or 2) 1) Decreased Appetite ..... 2) Increased Appetite	
Screaming/Yelling	
Calling Out (i.e. for help)	
Crying	
A Specific Sound of Vocalization For pain "ow," "ouch"	
Moaning and groaning	
Mumbling	
Grunting	
<b>Total Checklist Score</b>	



Anexo 10: Escala EDAD

**ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DOLOR EN ANCIANOS CON DEMENCIA (EDAD)**

PACIENTE:

FECHA:

EVALUADOR:

CENTRO:

**OBSERVACIÓN ANTES DE LA REALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS**

<b>A.- La persona gime o llora de forma espontánea</b> sin que se lleven a cabo contactos con su cuerpo y sin una situación extrema que produzca dolor.	Ausente 0	Dudoso 1	Presente 2
<b>B.- La persona grita o se queja de forma espontánea</b> sin que se lleve a cabo contactos con su cuerpo y sin una situación extrema que produzca dolor.	Ausente 0	Dudoso 1	Presente 2
<b>C.- La persona se protege las zonas que pueden presentar dolor</b> sin que se lleven a cabo contactos con su cuerpo y sin una situación extrema que produzca dolor.	Ausente 0	Dudoso 1	Presente 2

**OBSERVACIÓN DURANTE LOS CUIDADOS**

<b>D.- La persona llora o grita</b> cuando recibe cuidados o movimientos que impliquen contactos con cualquier parte del cuerpo.	Ausente 0	Dudoso 1	Presente 2
<b>E.- El rostro de la persona presenta dolor</b> cuando recibe cuidados o movimientos que impliquen contacto con cualquier parte del cuerpo.	Ausente 0	Dudoso 1	Presente 2
<b>F.- La persona realiza reacciones defensivas coordinadas o no</b> al movilizar (rozar o tocar) un área de su cuerpo que le duela.	Ausente 0	Dudoso 1	Presente 2

**DURANTE LAS ÚLTIMAS 48 HORAS**

<b>G.- La persona se mueve de forma habitual pero evita ciertos movimientos</b>	Ausente 0	Dudoso 1	Presente 2
<b>H.- La persona busca una posición para evitar el dolor</b>	Ausente 0	Dudoso 1	Presente 2

Ausente	Dudoso	Presente
---------	--------	----------

**TOTAL ESCALA EDAD** (se considera dolor si puntúa 3 o más)

--

**OBSERVACIONES:**



Anexo 12: Escala CNPI

Checklist of Non-Verbal Pain Indicators (CNPI)		
Indicators:	With Movement	At Rest
<b>Vocal Complaints</b> (non-verbal expression of pain demonstrated by moans, groans, grunts, cries, gasps, sighs)		
<b>Facial Grimaces and Winces</b> (furrowed brow, narrowed eyes, tightened lips, dropped jaw, clenched teeth, distorted expression)		
<b>Bracing</b> (clutching or holding onto bed/chair, caregiver, or affected area during movement)		
<b>Restlessness</b> (constant or intermittent shifting of position, rocking, intermittent hand motions, inability to keep still)		
<b>Rubbing</b> (massaging affected area)		
<b>Vocal Complaints</b> (verbal expression of pain using words, e.g., "ouch" or "that hurts," cursing during movement or exclamation of protest, e.g., "stop" or "that's enough")		
<b>Total Score</b>		

Anexo 13: Escala DS-DAT

**Discomfort Scale for Dementia of the Alzheimer's Type (DS-DAT)**

Behavioral Indicators	Frequency (# of episodes in 5 min)	**Intensity low/high	Duration short <1 min, long >1 min.
<b>Noisy Breathing:</b> negative sounding noise on inspiration or expiration, breathing looks strenuous, labored, or wearing; respirations sound loud, harsh, or gasping; difficulty breathing or trying hard at attempting to achieve a good gas exchange; episodic bursts of rapid breaths or hyperventilation.			
<b>Negative Vocalization:</b> noise or speech with a negative or disapproving quality, hoarse low sounds such as constant muttering with a guttural tone, monotone, subdued, or varying pitched sound with a definite unpleasant sound; faster rate than a conversation or drawn out as in a moan or groan; repeating the same words with a mournful tone, expressing hurt or pain.			
<b>Lack of Content Facial Expression:</b> pleasant calm looking face; tranquil, at ease or serene; relaxed facial expression with a slack unclenched jaw; overall look is one of peace.			
<b>Sad Facial Expression:</b> troubled looking face; looking hurt, worried, lost or lonesome, distressed appearance; sunken, "hound dog" look with lackluster eyes, tears, crying.			
<b>Frightened Facial Expression:</b> scared, concerned looking face; looking bothered fearful or troubled; alarmed appearance with open eyes and pleading face.			
<b>Frown:</b> face looks strained; stern or scowling look, displeased expression with wrinkled brow and creases in the forehead; corners of the mouth turned down.			
<b>Lack of Relaxed Body Language:</b> easy openhanded position; looking of being in a restful position and may be cuddled up or stretched out; muscles look normal firmness and joints are without stress; look of idle, lazy or "laid back" appearance of "just killing the day"; casual.			
<b>Tense Body Language:</b> extremities show tension; wringing hands, clenched fist, or knees pulled tightly; look of being in strained or inflexible position.			
<b>Fidgeting:</b> restless impatient movements; acts squirmy or jittery; appearance of trying to get away from hurt area; forceful touching, tugging, or rubbing of body parts.			
<b>Score</b>			

Scoring of Discomfort Scale for Dementia of the Alzheimer's Type:			
Item Score	Frequency	Intensity	Duration
0	0	--	--
1	1	Low	Short
2	1	High	Short
2	1	Low	Long
2	2	Low	Short
3	> 1	High	Long
3	> 2	High	Short
3	> 2	Low	Long
3	> 3	Low	Short
Frequency: number of episodes during a five minute period			
Intensity: Low = barely to moderately perceptible or			
High = present in moderate to great magnitude			
Duration: Short = < 1 minute and Long = > 1 minute			
Interpretation: higher the score = higher level of discomfort out of 0-27 points			

Anexo 14: Escala ECPA

**ECPA - Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes**  
Source: [www.geocities.com/bpradines/ECPA.html](http://www.geocities.com/bpradines/ECPA.html)

Nom, prénom \_\_\_\_\_

	Dates		
<b>Observation avant les soins</b>			
<b>1. Expression du visage: regard et mimique</b>			
• visage détendu	0	0	0
• visage soucieux	1	1	1
• le sujet grimace de temps en temps	2	2	2
• regard effrayé et/ou visage crispé	3	3	3
• expression complètement figée	4	4	4
<b>2. Position spontanée au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique)</b>			
• aucune position antalgique	0	0	0
• le sujet évite une position	1	1	1
• le sujet choisit une position antalgique	2	2	2
• le sujet recherche sans succès une position antalgique	3	3	3
• le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	4	4	4
<b>3. Mouvements (ou mobilité) du patient (hors et/ou dans le lit)</b>			
• le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*	0	0	0
• le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements	1	1	1
• lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude*	2	2	2
• immobilité contrairement à son habitude*	3	3	3
• absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude*	4	4	4
<b>4. Sur la relation à autrui (il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type: regard, geste, expression...)</b>			
• même type de contact que d'habitude	0	0	0
• contact plus difficile à établir que d'habitude	1	1	1
• éviter la relation contrairement à l'habitude	2	2	2
• absence de tout contact contrairement à l'habitude	3	3	3
• indifférence totale contrairement à l'habitude	4	4	4
<b>Observation pendant les soins</b>			
<b>5. Anticipation anxieuse aux soins</b>			
• le sujet ne montre pas d'anxiété	0	0	0
• angoisse du regard, impression de peur	1	1	1
• sujet agité	2	2	2
• sujet agressif	3	3	3
• cris, soupirs, gémissements	4	4	4
<b>6. Réactions pendant la mobilisation</b>			
• le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière	0	0	0
• le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins	1	1	1
• le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins	2	2	2
• le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins	3	3	3
• le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	4	4	4
<b>7. Réactions pendant les soins des zones douloureuses</b>			
• aucune réaction pendant les soins	0	0	0
• réaction pendant les soins, sans plus	1	1	1
• réaction au toucher des zones douloureuses	2	2	2
• réaction à l'effleurement des zones douloureuses	3	3	3
• l'approche des zones est impossible	4	4	4
<b>8. Plaintes exprimées pendant les soins</b>			
• le sujet ne se plaint pas	0	0	0
• le sujet se plaint si l'on s'adresse à lui	1	1	1
• le sujet se plaint dès la présence du soignant	2	2	2
• le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée	3	3	3
• le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée	4	4	4
<b>Total</b>	/32	/32	/32

\*Se référer au(x) jour(s) précédent(s) – \*\*ou prostration – ne pas utiliser l'ECPA chez les patients en état végétatif

**Anexo 15: Escala Algoplus**

ALGOPLUS®: acute pain-behavior scale for older persons with inability to communicate verbally.

Score each grouped item yes/no for presence or absence	YES/NO	
1 - Facial expressions: frowning, grimacing, wincing, clenched teeth, unexpressive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Look: inattentive, blank stare, distant or imploring, teary-eyed, closed eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Complaints: "ow-ouch", "that hurts", groaning, screaming	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Body position: Withdrawn, guarded, refuses to move, frozen posture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Atypical behaviors: agitation, aggressivity, grabbing onto something or someone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total YES	<input type="checkbox"/>	/5

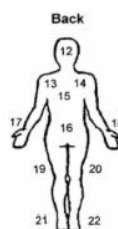
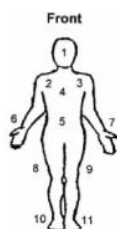
Anexo 16: Escala Mahoney

Mahoney Pain Scale: Pain Assessment in Advanced Dementia

- Observe the person for up to 5 minutes and select descriptions in items 1 to 8 that best match the person and their responses. Select higher scores when in doubt.
- During observation, investigate and lightly touch areas numbered on the body pictures. Mark areas with an "X" if the person responds to your touch, if the person is holding or rubbing parts of their body, or where there are physical abnormalities (eg, bruises, skin tears, rashes, discoloration, contractures, arthritic joints, fractures, etc).
- You may choose *not* to touch the person according to the body pictures. You may choose to assess the person at rest or during some activity (eg, transfers, wound care, or bathing). Simply record what you did in the note section.

Resident's name \_\_\_\_\_  
 Rater's name \_\_\_\_\_  
 Pain Location \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_  
 Time \_\_\_\_\_



Pain Intensity

Q1. Facial Expression

- 0 pleasant, relaxed, or blank expression
- 1 sad (eyes down, frowning, teary) or anxious (eyes wide and alarmed)
- 2 occasional or slight grimace (eyes narrowed, brow furrowed, lips parted)
- 3 frequent or definite grimace (eyes narrowed or closed, brow furrowed, lips clearly parted)

Score

Q2. Breathing

- 0 easy, quiet, and regular
- 1 generally easy, with occasional periods of effortful breath
- 2 generally labored, noisy, wheezy, or gurgly
- 3 clearly labored and loud, with periods of over-breathing or lack of breathing (eg, holding breath)

Q3. Vocalization

- 0 pleasant, neutral, or quiet
- 1 brief sighs or grumbles
- 2 frequent low volume whimper, moan, cry, or groan
- 3 screaming, calling out, wailing

Q4. Body Language

- 0 relaxed posture and muscles (asleep or awake)
- 1 strained or tense posture and muscles
- 2 restless, rocking, fidgeting, holding on to things
- 3 rigid body, knees drawn up, bracing, or guarding self, striking out when touched

Q5. Consider the person's patterns of *agitated* behavior over the past few months. Is this behavior (in Q1-4) normal agitated behavior given the time of day and activity at this particular moment?

- 0 yes, the person always or mostly behaves like this
- 1 yes, this behavior is common
- 2 no, this behavior is uncommon, but I do see it occasionally
- 3 no, I rarely or never see this behavior. These are *not* typical agitated behaviors for this person; these are the person's typical pain behaviors.

Q6. Rate the level of current disruption or change in the person's normal sleep and/or appetite (including fatigue, difficulty sleeping, food refusal/fussiness).

- 0 no disruption, no change
- 1 small amount of disruption but still within what is normal for this person
- 2 significant disruptions, sleeping and eating are clearly altered
- 3 severe disruption, major changes to normal sleep and appetite

Q7. Consider the person's normal physical state. At present do they have a temperature, fever, increased pulse, pallor? Are they perspiring or flushed? (Add scores and place in circle)

(a) The person has:

- 0 none of these
- ½ 1 or 2 of these
- 1 3 or 4 of these
- 1½ all of these

(b) Symptoms appear:

- 0 absent
- ½ mild
- 1 moderate
- 1½ severe

Q8. Has the person current painful conditions or a history of painful conditions, eg arthritis, contractures, skin conditions or tears, pressure ulcers, chronic headaches, fractures, diabetes, cancer, back pain, angina or heart conditions, UTIs, constipation?

- |                     |                  |
|---------------------|------------------|
| (a) The person has: | (b) Symptoms are |
| 0 none of these     | 0 absent         |
| ½ a few             | ½ mild           |
| 1 several           | 1 moderate       |
| 1½ many conditions  | 1½ severe        |



**General Pain Score-add scores from Q1 to 8**

0-4 no or little pain, 4.5-8 mild pain, 8.5-16 moderate pain, 16.5-24 severe pain

**Second Score-add scores from Q5 to 8**

0-2.5 general score indicates agitation rather than pain

3+ general score indicates pain rather than agitation

Notes (eg, medication given, areas touched, activity during assessment, other observations)
