



# ABORDAJE ENFERMERO SOBRE LA VALORACIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES CON DEMENCIA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Memoria presentada para optar al título de Graduada en Enfermería de la  
Universitat Jaume I presentada por Noelia Mulá Prades en el curso académico  
2021-2022.

Este trabajo ha sido realizado bajo la tutela de Aarón Ribés Porcar

Castellón de la Plana, 15 de mayo de 2022



## **Solicitud del alumno/a para el depósito y defensa del TFG**

Yo, Noelia Murlá Prades con NIF 20915714C, alumna de cuarto curso del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I, expongo que durante el curso académico **2021/2022**.

- He superado al menos 168 créditos ECTS de la titulación.
- Cuento con la evaluación favorable del proceso de elaboración de mi TFG.

Por estos motivos, solicito poder depositar y defender mi TFG titulado Abordaje enfermero sobre la valoración del dolor en pacientes con demencia. Revisión bibliográfica, tutelado por Aarón Ribés Porcar defendida en lengua castellana, en el período de 31 de mayo de **2022**.



Firmado: Noelia Murlá Prades

Castellón de la Plana, 15 de mayo de 2022

**INSERTAR DOCUMENTO RÚBRICA DEL PROCESO DEL TUTOR EVALUADO Y  
FIRMADO POR EL TUTOR**

## **Agradecimientos**

En primer lugar, agradecer a toda mi familia, en especial a mi padre, quien siempre me ha ayudado a conseguir mis logros académicos.

A mis compañeros, por compartir vocación y hacer que los días en clase sean más amenos. Sobre todo a mi amiga María, con la cual llevo años de amistad y ha sido un gran apoyo durante esta etapa. Además de mis compañeras, Sheila y Claudia, a quienes he conocido en la universidad y se han convertido en grandes amigas.

A mi tutor, por guiarme durante todo este proyecto, que no ha sido nada fácil. Por las horas de trabajo invertidas en ayudarme a sacar adelante este TFG.

A los profesionales sanitarios que he conocido y me han ayudado durante mis prácticas clínicas.

A mi abuela, quien ya no está, pero fue mi inspiración para decidir el tema de este proyecto.

A todas las personas que han formado parte de mi vida, por apoyarme, creer y confiar en mi.

A todos, gracias.

# ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

1.	INTRODUCCIÓN.....	1
1.1	Demencia.....	1
1.1.1	Tipos de demencia: .....	1
1.2	Epidemiología de la demencia: .....	2
1.3	Dolor:.....	3
1.3.1	Tipos de dolor:.....	4
1.4	Dolor en la demencia: .....	4
1.5	Justificación: .....	5
2.	OBJETIVOS: .....	6
2.1	Objetivo general: .....	6
2.2	Objetivos específicos:.....	6
3.	METODOLOGÍA:.....	7
3.1.	Diseño .....	7
3.1.1.	Pregunta PIO .....	7
3.1.2.	Descriptorios y palabras clave.....	7
3.2	Estrategias de búsqueda .....	8
3.2.1.	PubMed .....	8
3.2.2.	Cochrane Library .....	10
3.2.3.	Scopus.....	11
3.2.4.	ScienceDirect.....	12
3.3.	Criterios de selección.....	13
3.3.1.	Criterios de inclusión .....	13
3.3.2.	Criterios de exclusión .....	14
3.4.	Evaluación de la calidad metodológica de los artículos.....	14
4.	RESULTADOS.....	15

4.1 Resultados PubMed .....	15
4.2 Resultados Cochrane Library .....	15
4.3 Scopus.....	15
4.4 ScienceDirect.....	16
4.5 Tipología y características de los artículos .....	17
5. DISCUSIÓN .....	33
5.1 Herramientas para la detección del dolor en pacientes con demencia.....	33
5.3 Formación del profesional sanitario.....	36
6. CONCLUSIÓN .....	38
7. BIBLIOGRAFIA .....	39
ANEXO I: Programa de lectura crítica, Caspe.....	42
ANEXO II: Escala de valoración del dolor en pacientes con demencia: Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD).....	47
ANEXO III: Pain Assessment in Impaired Cognition (PAIC 15) .....	48
ANEXO IV: Mobilization - Observation - Behaviour - Intensity - Dementia (MOBID).....	49
ANEXO V: Doloplus-2 scale (Behavioural pain assessment in the elderly).....	50
ANEXO VI: Pain Assessment Tool in Cognitively Impaired Elders (PATCIE) .....	51

## ÍNDICE DE TABLAS..

Tabla 1. Pregunta PIO.....	7
Tabla 2. Palabras clave utilizadas en la búsqueda.....	8
Tabla 3. Estrategia de búsqueda en PubMed.....	10
Tabla 4. Estrategia de búsqueda en Cochrane Library.....	11
Tabla 5. Estrategia de búsqueda en Scopus.....	12
Tabla 6. Estrategia de búsqueda en ScienceDirect.....	13
Tabla 7. Resultados de la búsqueda.....	16
Tabla 8. Tipología de los artículos seleccionados.....	17
Tabla 9. Artículos por año de publicación.....	18
Tabla 10. Artículos seleccionados en PubMed.....	19
Tabla 11. Artículos seleccionados en Scopus.....	28
Tabla 12. Artículos seleccionados en ScienceDirect.....	29



## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

<b>ANOVA</b>	Análisis de la varianza
<b>AVD</b>	Actividades de la vida diaria
<b>BVS</b>	Biblioteca Virtual de Salud
<b>CASPe</b>	Critical Appraisal Skills Programme Español
<b>CCC</b>	Coefficiente de correlación de concordancia
<b>CCI</b>	Coefficiente de correlación intraclase
<b>CDR</b>	Clasificación de Demencia Clínica
<b>CNPI</b>	Checklist of Nonverbal Pain Indicators
<b>DeCS</b>	Descriptores en Ciencias de la Salud
<b>DS-DAT</b>	Discomfort Scale for Dementia of the Alzheimer's Type
<b>DSRS</b>	Dementia Severity Rating Scale
<b>ePAT</b>	Electronic Pain Assessment Tool
<b>FA</b>	Filtros automáticos
<b>FLACC</b>	Score (Face, Legs, Activity, Cry, Controllability)
<b>FM</b>	Filtros manuales
<b>GDS</b>	Escala global de deterioro
<b>LTC</b>	Atención a largo plazo
<b>MeSh</b>	Medical Subjects Headings
<b>MMSE</b>	Mini examen del estado mental
<b>MOBID</b>	Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia
<b>NOPPAIN</b>	Non-Communicative Patients Pain Assessment Instrument
<b>NRS</b>	Numeric Rating Scale
<b>OMS</b>	Organización mundial de la salud
<b>PACSLAC</b>	Pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate
<b>PAIC</b>	Pain Assessment in Impaired Cognition
<b>PAINAD</b>	Pain Assessment In Advanced Dementia
<b>PAINAD-K</b>	PAINAD versión Coreana
<b>PAINAD-SP</b>	PAINAD versión Española
<b>PIO</b>	Pregunta, intervención, resultado (outcome)
<b>PubMed</b>	Medical literature analysis and retrieval system
<b>QUALID</b>	Quality of Life in Late-Stage Dementia

## **RESUMEN**

**Introducción:** Evaluar el dolor en pacientes con demencia avanzada, los cuales no pueden comunicar sus dolencias, supone todo un reto para el personal sanitario. Puede dar lugar a que estos pacientes sean infradiagnosticados.

**Objetivos:** Conocer y analizar los métodos de valoración del dolor en aquellas personas con demencia que no son capaces de poder comunicarse.

**Metodología:** Se ha realizado un revisión integradora de la literatura científica, en la cual se ha hecho una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Cochrane, Scopus y ScienceDirect.

**Resultados y discusión:** Se han seleccionado 14 artículos de las diversas bases datos, los cuales cumplen con los criterios establecidos. Se han encontrado diversas herramientas de evaluación del dolor en pacientes con demencia no comunicativa, basándose normalmente en la observación del comportamiento no verbal de estos pacientes. Además se han encontrado diversos artículos que tratan de la formación y la educación del personal sanitario sobre estas herramientas de valoración del dolor en pacientes con demencia avanzada.

**Conclusión:** Se concluye la existencia de diversas herramientas para valorar el dolor en pacientes con demencia avanzada, las cuales pueden ser consideradas válidas y fiables, pero aún no se ha encontrado la escala idónea. Se sugiere seguir con la investigación en este ámbito. Sería conveniente formar y educar al personal sanitario en evaluar el dolor con las diversas herramientas existentes.

**Palabras clave:** Enfermería, demencia, valoración, dolor, escala.

## **ABSTRACT**

**Background:** Assessing pain in patients with advanced dementia, who cannot communicate their ailments, is a challenge for health personnel. It can lead to these patients being underdiagnosed.

**Objectives:** Know and analyze the methods of assessing pain in those people with dementia who are unable to communicate.

**Methodology:** An integrative review of the scientific literature has been carried out, in which a bibliographic search has been made in the PubMed, Cochrane, Scopus and ScienceDirect databases.

**Results and discussion:** 14 articles have been selected from the various databases, which meet the established criteria. Various pain assessment tools have been found in patients with non-communicative dementia, usually based on the observation of the non-verbal behavior of these patients. In addition, various articles have been found that deal with the training and education of health personnel on these pain assessment tools in patients with advanced dementia.

**Conclusions:** It is concluded that there are various tools to assess pain in patients with advanced dementia, which can be considered valid and reliable, but the ideal scale has not yet been found. Further research in this area is suggested. It would be convenient to train and educate health personnel in assessing pain with the various existing tools.

**Keywords:** Nursing, dementia, assessment, pain, score.

## **1. INTRODUCCIÓN**

La esperanza de vida es mayor que antes, ya que en la mayoría de la población hay una esperanza de vida igual o superior a los 60 años, según la OMS entre 2020 y 2030, el porcentaje de habitantes del planeta mayores de 60 años aumentará un 34%, por lo tanto en 2030, una de cada seis personas en todo el mundo tendrá 60 años o más. Además se prevé que el número de personas de 80 años o más se triplique entre 2020 y 2050, hasta llegar a los 426 millones <sup>(1)</sup>.

Se observa un cambio en la distribución de la población hacia una población con edades más avanzadas. Una de las afecciones más comunes del envejecimiento es la demencia <sup>(1)</sup>.

### **1.1 Demencia**

Según la OMS, la demencia es un síndrome que implica el deterioro de la memoria, el intelecto, el comportamiento y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria. Está aumentando rápidamente el número de personas afectadas, además es una de las principales causas de discapacidad y dependencia en la tercera edad. El Alzheimer es la forma más común de demencia, entre un 60-70% del total de demencias <sup>(2)</sup>.

#### **1.1.1 Tipos de demencia:**

Los tipos de demencia progresiva e irreversible son los siguientes:

- **Alzheimer:** Es la más común, no se conoce del todo las causas de esta enfermedad. Un pequeño porcentaje está relacionado con la mutación de tres genes, pudiendo transmitirse a los hijos. El Alzheimer causa ovillos y placas en el cerebro provocados por el crecimiento de distintos grupos de proteínas, se cree que estas proteínas dañan las neuronas y las fibras nerviosas <sup>(3)</sup>.
- **Demencia vascular:** Este tipo de demencia se produce porque hay un daño en los vasos encargados de suministrar la sangre al cerebro. El hecho de que los vasos sanguíneos estén dañados puede causar accidentes cerebrovasculares y otros problemas añadidos como dañar la sustancia gris del cerebro. Sus principales síntomas son la pérdida de concentración, lentitud del pensamiento y dificultad a la hora de resolver problemas <sup>(3)</sup>.

- **Demencia con cuerpos de Lewy:** Estos cuerpos son grupos anormales de proteínas con forma de globo encontrados en el cerebro de las personas con este tipo de demencia, Alzheimer y Parkinson. Sus signos y síntomas son alucinaciones visuales, pesadillas y problemas a la hora de concentrarse y prestar atención. Además se puede dar rigidez, movimientos descoordinados o lentos y temblores <sup>(3)</sup>.
- **Demencia frontotemporal:** Es causada por la ruptura de células nerviosas y sus respectivas conexiones en los lóbulos temporal y frontal. Los síntomas que causa afectan a la personalidad, el comportamiento, el juicio, el pensamiento, movimiento y al lenguaje <sup>(3)</sup>.
- **Demencia mixta:** es una combinación de varios tipos de demencia, como demencia vascular, enfermedad de Alzheimer y la demencia con cuerpos de Lewy <sup>(3)</sup>.

### **1.2 Epidemiología de la demencia:**

Se están incrementando de manera exponencial con la edad los casos de demencias, en los próximos años se prevé una epidemia a nivel mundial por el envejecimiento progresivo de la población. Según las estadísticas la demencia es la principal causa de discapacidad de dependencia en la tercera edad. Tanto la incidencia como la prevalencia de esta enfermedad se incrementa de forma exponencial con la edad <sup>(4)</sup>.

A nivel mundial la demencia afecta a unas 50 millones de personas. Además cada año se registran más de 10 millones de casos nuevos. Sobre el 5-8% de la población mundial mayores de 60 años sufre demencia. Cada 7 segundos aparece un nuevo caso de demencia en el mundo<sup>(2)</sup>.

Se prevé que en el año 2030 los casos demencia totales mundiales alcance la cifra de 82 millones y para el 2050 se llegue hasta los 152 millones de personas con demencia a nivel mundial <sup>(2)</sup>.

## *Abordaje enfermero sobre la valoración del dolor en pacientes con demencia.*

La incidencia de la demencia va de 5 a 10 casos por cada 1.000 personas al año en personas de 64 a 69 años, unos 40-60 casos por cada 1.000 habitantes de 80 a 84 años, incrementándose la incidencia a mayor edad <sup>(4)</sup>.

En España las tasas de incidencia son semejantes a los otros países Europeos, como en el resto del mundo el Alzheimer es el tipo de demencia con mayor incidencia. En grupos de edad entre 65 y 90 años la incidencia es prácticamente igual en mujeres como en hombres, pero a partir de los 90 se ha observado una incidencia mayor de demencia en mujeres <sup>(4)</sup>.

En cuanto a la prevalencia mundial de la demencia se sitúa en un 2% en el grupo de 65 a 69 años, duplicando la cifra cada 5 años y llegando a un 10-17% en 80 a 84 años, cuando se llega a los 90 años estos valores alcanzan el 30%. En las mujeres la prevalencia es mayor que en hombres, se cree que es debido a la mayor longevidad de estas <sup>(4)</sup>.

En España la prevalencia de la demencia oscila entre el 4,3% y el 17,2%, los valores más elevados se encuentran en personas mayores de 70 años. Por lo que el principal determinante de la prevalencia de esta enfermedad es la edad, los valores aumentan entre el 1,5 y 2% en las edades comprendidas entre 65 y 69 años, llegando a aumentar entre el 31-54% en mayores de 90 <sup>(5)</sup>.

### **1.3 Dolor:**

El dolor es la manifestación de malestar físico o psíquico, puede ser debido tanto a causas externas como internas <sup>(6)</sup>.

No existe un único tipo de dolor, ni es igual para todas las personas. Es una experiencia personal, el dolor es subjetivo y está condicionado por factores vivenciales, físicos y psicosociales, dando como resultado una vivencia individual única <sup>(6)</sup>.

La percepción del dolor consiste en un sistema neuronal sensitivo, con los nociceptores como receptores sensoriales del dolor y las vías nerviosas aferentes que responden a estos estímulos. Asimismo, es una sensación desagradable, como puede ser un pinchazo, ardor, molestia o hormigueo. Puede ser un dolor localizado en alguna parte del cuerpo o sentir un dolor generalizado <sup>(7)</sup>.

### **1.3.1 Tipos de dolor:**

El dolor se puede clasificar según su duración, su localización, su patogenia, su curso e intensidad:

- **Según la duración del dolor:** puede ser agudo o crónico. El dolor agudo está limitado en el tiempo y no tiene apenas componente psicológico. Mientras que el dolor crónico no tiene limitación de tiempo y se acompaña del factor psicológico <sup>(8)</sup>.
- **Según su localización:** será somático o visceral. El somático es producido por una excitación anormal de los nociceptores somáticos tanto superficiales como profundos; es un dolor bien localizado, de tipo punzante el cual se irradia por los trayectos nerviosos. El dolor visceral sin embargo es una excitación anormal de los nociceptores viscerales, por lo que está mal localizado, es profundo y continuo <sup>(8)</sup>.
- **Según la patogenia:** puede ser neuropático, nociceptivo o psicógeno. El neuropático se produce por estimulación directa del sistema nervioso central o por daño a las vías nerviosas periféricas; es descrito como punzante y quemante acompañado de parestesia, hiperalgesia, disestesias, hiperestesia y alodinia. El dolor nociceptivo es el más frecuente, está dividido en visceral y somático. Por último el dolor psicógeno en el que está implicado el entorno psicosocial del paciente <sup>(8)</sup>.
- **Según su curso:** puede ser continuo durante todo el día y no desaparecer o irruptivo el cual aparece súbitamente y es de acción corta <sup>(8)</sup>.
- **Según la intensidad del dolor:** puede ser leve donde el paciente puede realizar las actividades de la vida diaria; moderado en el que interfiere en las AVD y por último el severo en el que el dolor está presente incluso en el descanso <sup>(8)</sup>.

### **1.4 Dolor en la demencia:**

En cuanto a la percepción del dolor en pacientes con demencia los umbrales de respuesta al dolor no cambiaron, pero sí la tolerancia a este. El componente sensorial está intacto mientras que el afectivo está modificado <sup>(9)</sup>.

En sí la demencia no es dolorosa, pero se asocia con un riesgo elevado de padecer afecciones como ITU, UPP y fracturas dolorosas por caídas. Aproximadamente entre el 30-50% de los pacientes con demencia padecen dolor crónico. Este dolor puede afectar en los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia, como puede ser la agresividad, agitación, confusión, aislamiento y que haya un empeoramiento del deterioro cognitivo <sup>(10)</sup>.

Conforme va avanzando la demencia empiezan a tener dificultades para la comunicación, definir palabras y conceptos. Por eso mismo se dificulta la detección del dolor; cabe destacar que más del 80% de las personas mayores de 65 años padecen enfermedades articulares, por lo que son susceptibles a presentar dolor <sup>(10)</sup>.

### **1.5 Justificación:**

La demencia conlleva una alta morbilidad, además de repercutir gravemente en sus capacidades funcionales disminuyendo su calidad de vida.

El método estándar de referencia para poder detectar el dolor es su verbalización, de esta forma se evalúa su presencia e intensidad, sin embargo, las personas con demencia avanzada tienen un grave deterioro cognitivo. Esto les impide poder comunicar que padecen dolor, por lo que es difícil de evaluar.

Es interesante realizar una revisión bibliográfica para poder observar si hay herramientas para poder evaluar el dolor en estos pacientes que no pueden comunicarlo, para así poder ver como ha de actuar enfermería para detectar estos casos y así poder paliar sus dolencias.



## **2. OBJETIVOS:**

### **2.1 Objetivo general:**

- Conocer y analizar los métodos de valoración del dolor en aquellas personas con demencia que no son capaces de poder comunicar sus dolencias.

### **2.2 Objetivos específicos:**

- Conocer la educación del personal sanitario sobre la valoración del dolor en pacientes con demencia.
- Determinar la importancia que tiene la enfermería en la detección del dolor en estos pacientes.

### 3. METODOLOGÍA:

#### 3.1. Diseño

El trabajo en curso consiste en una revisión bibliográfica sistematizada de tipo integradora con enfoque descriptivo, para el cual se han buscado artículos relacionados con la valoración enfermera del dolor en pacientes con demencia. En este se pretende responder la pregunta PIO mediante la estrategia de búsqueda en las diversas bases de datos.

##### 3.1.1. Pregunta PIO

Teniendo en cuenta los objetivos planteados en el punto anterior, se realizará la búsqueda bibliográfica. Para ello se ha escogido la formulación PIO, siendo la pregunta: ¿Cómo puede la enfermería valorar el dolor en pacientes con demencia avanzada que no se pueden comunicar?

Tabla 1. Pregunta PIO

<b>P</b> (Población / paciente)	Pacientes con demencia
<b>I</b> (Intervención / exposición)	Valoración del dolor
<b>O</b> (Outcomes / Resultados)	Detectar el dolor

Fuente: elaboración propia

##### 3.1.2. Descriptores y palabras clave

Después de formular la pregunta clínica (tabla 1) se definen los descriptores que se deben utilizar en la búsqueda. Para ello se realiza una combinación del lenguaje natural, tanto en español como en inglés, y el lenguaje controlado, mediante los tesauros especializados (vocabulario estandarizado) del Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) de la Biblioteca Virtual de la Salud (BVS) y el Medical Subjects Headings (MeSH) de la Biblioteca Nacional de Estados Unidos. Con esta combinación se intenta optimizar los resultados obtenidos de la búsqueda realizada.

Tabla 2. Palabras clave utilizadas en la búsqueda.

<b>Lenguaje natural</b>		<b>Lenguaje controlado</b>	
<b>Castellano</b>	<b>Inglés</b>	<b>DeCS</b>	<b>MeSH</b>
Enfermería	Nursing	Enfermería	Nursing
Demencia	Dementia	Demencia	Dementia
Valoración	Assessment	-	-
Dolor	Pain	Dolor	Pain
Escala	Score	-	-

Fuente: elaboración propia

### **3.2 Estrategias de búsqueda**

La búsqueda de la literatura científica se ejecutó en las bases de datos Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (PubMed/MEDLINE), La Biblioteca Cochrane Plus, SCOPUS y en ScienceDirect en febrero del 2022.

Tras haber recopilado los descriptores se procede a realizar la búsqueda de la literatura en las bases mencionadas, para ello se han utilizado los operadores booleanos “AND” y “OR” combinando así diferentes términos de búsqueda.

A continuación, se detalla las distintas estrategias de búsqueda según cada base de datos utilizada y sus consiguientes resultados.

#### **3.2.1. PubMed**

En la búsqueda de artículos a través de la base de datos PubMed se han utilizado todos los descriptores mencionados en la tabla 2.

La estructura de la siguiente búsqueda se ha realizado mediante 3 pasos (tabla 3). Para ello

## Abordaje enfermero sobre la valoración del dolor en pacientes con demencia.

se ha utilizado cada descriptor en lenguaje natural con su correspondiente lenguaje controlado haciendo uso del tesoro MeSH y el operador booleano OR:

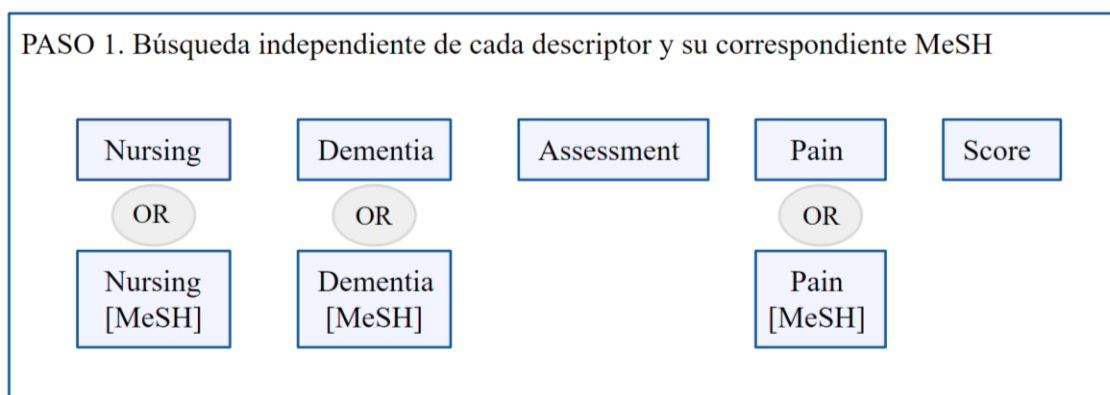
- (nursing) OR (nursing[MeSH Terms])
- (dementia) OR (dementia[MeSH Terms])
- (assessment)
- (pain) OR (pain[MeSH Terms])
- (score)

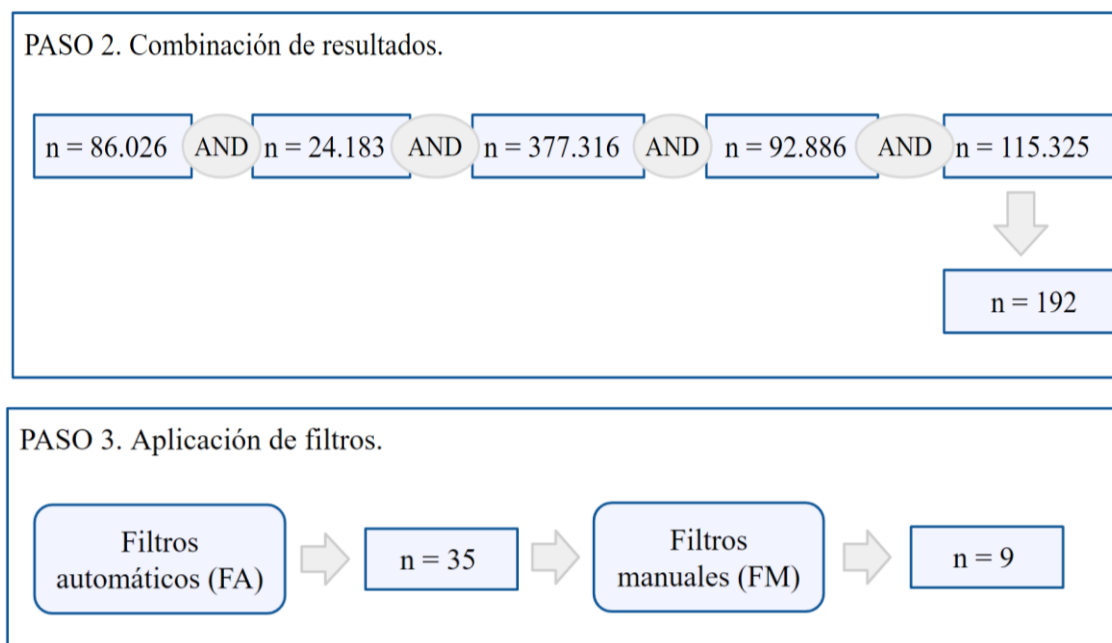
Después de realizar estas búsquedas de manera independiente se hace una combinación de los resultados mediante el operador booleano AND uniendo así los descriptors de la pregunta clínica PIO.

En último lugar se han fijado filtros con el fin de reducir la búsqueda, primeramente se aplicaron los filtros automáticos y posteriormente los manuales con la finalidad de seleccionar los artículos que más se acoplen a la pregunta clínica PIO.

- Filtros automáticos: idioma español e inglés, publicación de los últimos 5 años (2017-2021), texto completo gratuito.
- Filtros manuales: lectura del título y resumen adecuándose al objetivo del trabajo, eliminación de repetición de artículos.

Tabla 3. Estrategia de búsqueda en PubMed.





Fuente: elaboración propia

### 3.2.2. Cochrane Library

La búsqueda realizada en la biblioteca Cochrane Library es similar a la búsqueda de PubMed, se ha utilizado la búsqueda avanzada para poder combinar las distintas palabras clave en lenguaje natural y controlado, mediante el operador booleano OR.

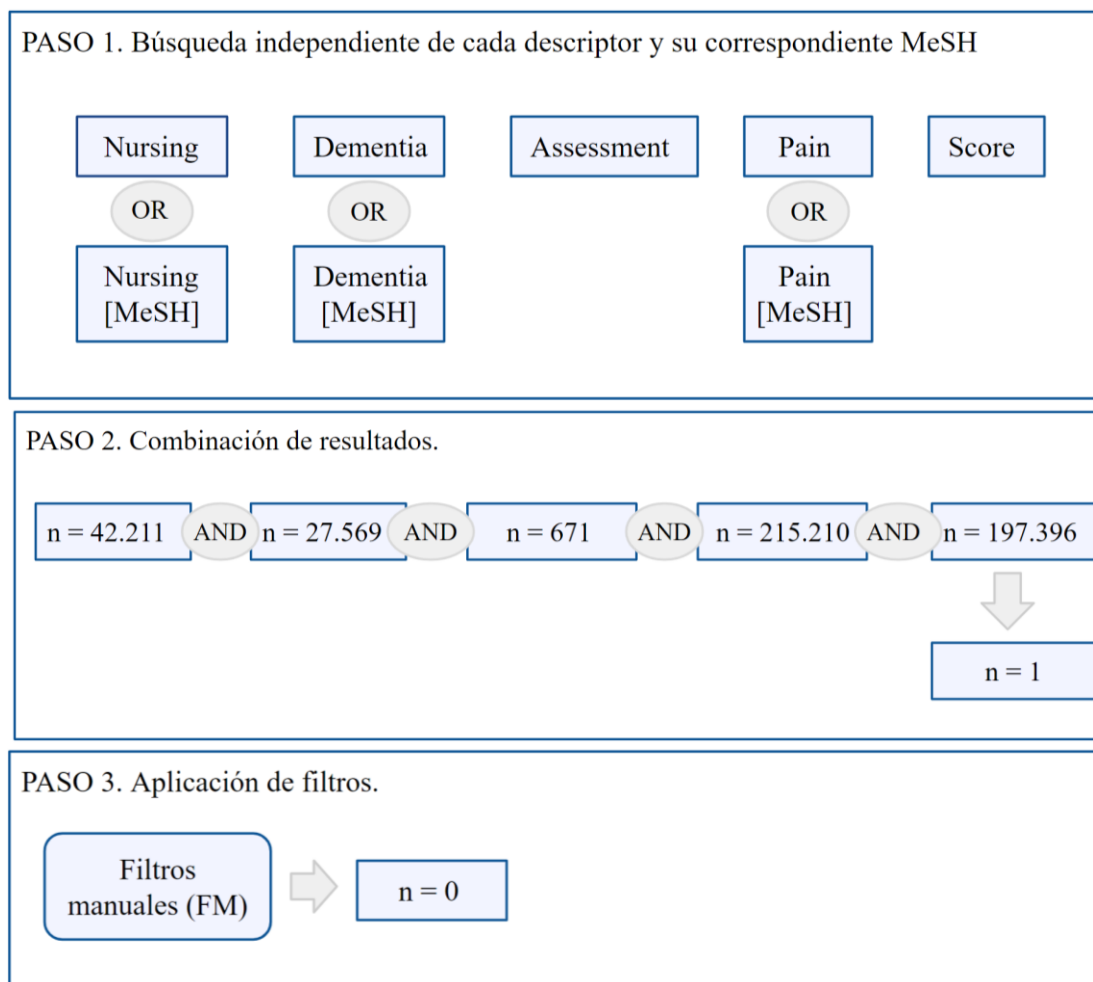
Los descriptores con su correspondiente lenguaje controlado utilizando el tesauro MeSH han sido:

- (nursing) OR (nursing[MeSH Terms])
- (dementia) OR (dementia[MeSH Terms])
- (assessment)
- (pain) OR (pain[MeSH Terms])
- (score)

El siguiente paso fue combinar los resultados anteriores mediante el operador booleano AND, uniendo así los componentes de la pregunta clínica.

No se llegaron a fijar filtros automáticos ya que solo se consiguió encontrar un artículo, al cual se le aplicaron filtros manuales, lectura del título y resumen. Fue descartado porque no se adecua a la pregunta clínica.

Tabla 4. Estrategia de búsqueda en Cochrane Library



Fuente: elaboración propia

### 3.2.3. Scopus

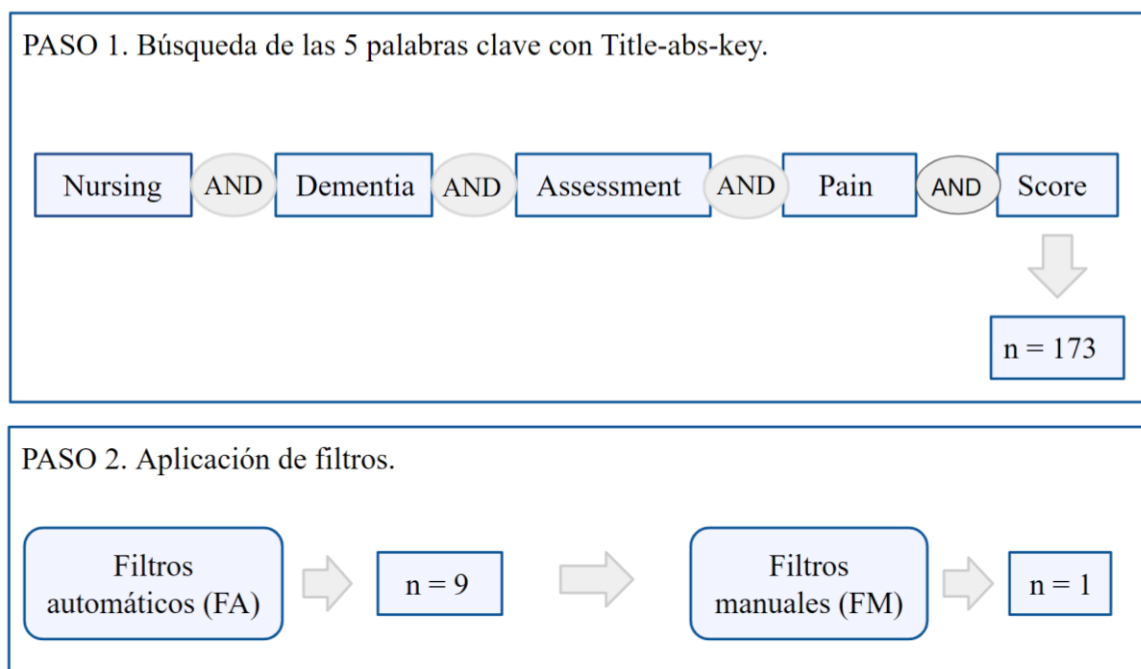
La búsqueda realizada en esta base de datos ha sido distinta a las anteriores, ya que para realizar la búsqueda se hizo con Title-abs-key, es decir, las cinco palabras claves han de aparecer tanto en el título, resumen, como en las propias palabras clave de los artículos. De esta forma la búsqueda es más concreta y reducida. Las palabras clave utilizadas fueron las mismas, es decir nursing, demencia, assessment, pain y score.

Estas palabras clave se combinaron entre ellas mediante el operador booleano AND para formular la pregunta clínica.

Por último se aplicaron filtros para reducir la búsqueda y localizar los artículos para que se adecuen a nuestra pregunta PIO. Los filtros utilizados han sido:

- Filtros automáticos: idioma español e inglés, publicación de los últimos 5 años (2017-2021), texto completo gratuito, área temática enfermería.
- Filtros manuales: lectura del título y resumen adecuándose al objetivo del trabajo.

Tabla 5. Estrategia de búsqueda en Scopus



Fuente: elaboración propia

### 3.2.4. ScienceDirect

Se efectuó la búsqueda de manera similar a la de Scopus, se realizó la búsqueda de modo que las cinco palabras claves utilizadas aparecieran tanto en el título, resumen, como en las palabras clave (Title-abs-key). Así pues los artículos están más relacionados con el tema a buscar, siendo más concretos.

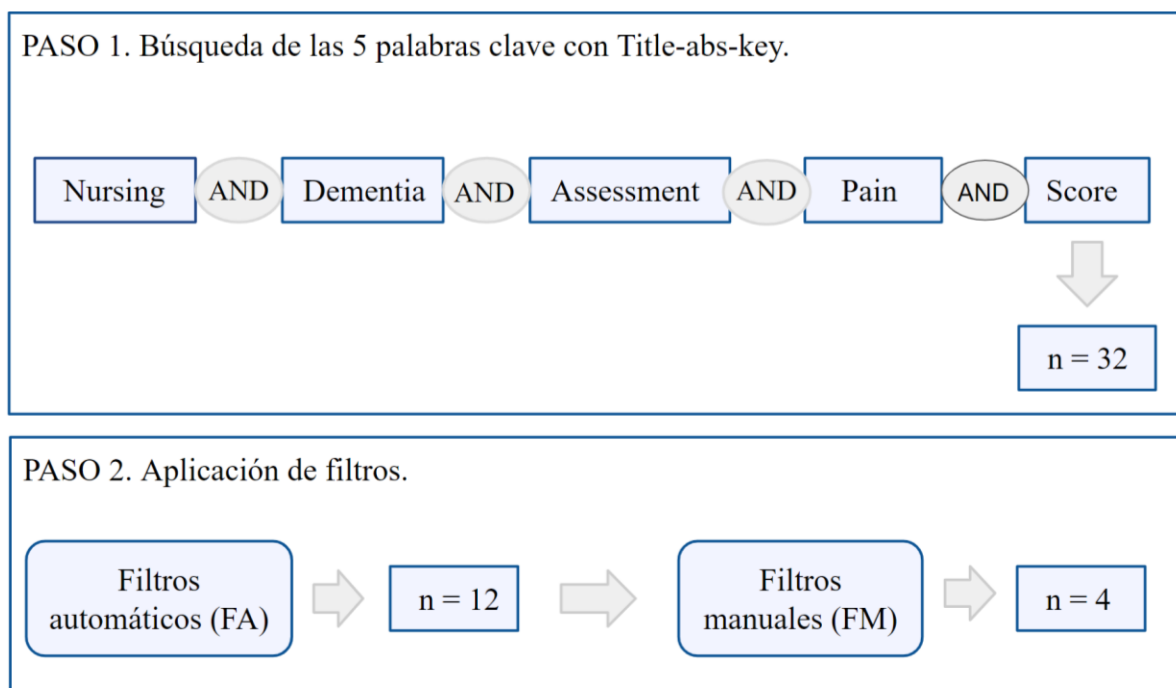
Se combinaron las cinco palabras clave en lenguaje natural mediante el operador booleano AND para formular así la pregunta PIO.

Para finalizar se aplicaron filtros reduciendo y concretando así la búsqueda realizada. Se utilizaron para ello los siguientes filtros:

## Abordaje enfermero sobre la valoración del dolor en pacientes con demencia.

- Filtros automáticos: idioma español e inglés, publicación de los últimos 7 años (2015-2021) y área temática de enfermería y profesiones de la salud.
- Filtros manuales: lectura del título y resumen adecuándose al objetivo del trabajo.

Tabla 6. Estrategia de búsqueda en ScienceDirect



Fuente: elaboración propia

### 3.3. Criterios de selección

Los criterios de selección que se han utilizado para realizar la búsqueda de artículos se dividieron en dos partes, los de inclusión y los de exclusión.

#### 3.3.1. Criterios de inclusión

- Artículos publicados durante los últimos 5 años (2017-2021) a excepción de un artículo encontrado en ScienceDirect (2015).
- Idioma de publicación español e inglés.
- Acceso gratuito al texto completo.
- Adecuación al objetivo del trabajo.



### **3.3.2. Criterios de exclusión**

- Otros idiomas.
- Año de publicación anterior al 2014.
- Artículos no relacionados con el objetivo del trabajo.
- Duplicación de artículos.
- No disponer del texto completo.
- No se incluirán monografías.
- Artículos descartados tras la lectura crítica.

### **3.4. Evaluación de la calidad metodológica de los artículos**

Tras seleccionar los artículos a utilizar aplicando los criterios de inclusión y exclusión se evaluó la calidad metodológica de los mismos. Para ello se va a realizar una lectura crítica de la evidencia clínica mediante los cuestionarios de la red CASPe (Critical Appraisal Skills Programme Español) <sup>(11)</sup>.

La red CASPe dispone de documentos con preguntas para realizar la lectura crítica de los artículos dependiendo del tipo de estudio que son.

Se analizaron todos los artículos encontrados mediante esta herramienta <sup>(ANEXO I)</sup>. Tras realizar las preguntas pertinentes, según cada tipo de estudio de cada uno de los artículos, se puede afirmar que la evaluación de la calidad metodológica ha sido buena, ya que todos los artículos seleccionados han podido pasar la prueba eficazmente. Por lo tanto finalmente se han seleccionado 14 artículos para la realización de la consiguiente revisión bibliográfica.

#### **4. RESULTADOS**

Inicialmente fueron encontrados 398 artículos (100%) en las diferentes bases de datos utilizadas. Se aplicaron filtros con el fin de obtener menos artículos y más concretos. Aplicando los filtros automáticos anteriormente explicados, fueron descartados 341 artículos (85,68%), quedando 57 artículos (14,32%).

A posteriori se aplicaron filtros manuales por los que se han seleccionado los artículos relacionados con la pregunta clínica PIO, mediante la lectura del título y resumen de cada uno de los artículos. Mediante estos filtros se eliminaron 43 artículos más (10,80%), seleccionando así 14 artículos para la realización del trabajo.

Finalmente, mediante la utilización de la herramienta CASPe, se evaluó la calidad metodológica de los 14 artículos seleccionados. Todos los artículos pasaron los criterios del CASPe por lo que no se eliminó ningún artículo. Así pues, esta revisión sistematizada cuenta con 14 artículos para su realización, representando un 3,52% del total encontrado en primer lugar.

##### **4.1 Resultados PubMed**

En esta base de datos se han encontrado 192 artículos. Al aplicar los filtros automáticos se eliminaron 157 artículos, es decir, un 81,77% del total de los artículos encontrados en una primera instancia. Nos quedamos con 35 artículos (18,23%) tras pasar estos filtros. Por último, tras pasar los filtros manuales, se eliminan 26 artículos más (13,54%), quedando 9 artículos (4,69%) para la realización de la revisión bibliográfica.

##### **4.2 Resultados Cochrane Library**

En la base de datos Cochrane Library sólo se encontró un artículo el cual, tras la lectura del título, se eliminó porque no se relacionaba con el tema de esta revisión.

##### **4.3 Scopus**

En Scopus se encontraron en una primera instancia un total de 173 artículos. Tras aplicar los filtros automáticos se eliminaron 164 artículos (94,8%) por lo que se quedaron solamente 9 (5,2%) de esos 173 artículos. Tras aplicar los filtros manuales explicados en el apartado anterior

se descartaron 8 artículos más (4,62%). Finalmente solo se obtuvo 1 artículo (0,58%) para la realización de esta revisión bibliográfica.

#### 4.4 ScienceDirect

En la base de datos ScienceDirect se encontraron un total de 32 artículos, tras aplicar los filtros automáticos se descartaron 20 de estos artículos (62,5%), quedando así 12 de ellos (37,5%). Por último, al aplicar los filtros manuales se descartaron 8 artículos más (25%), seleccionando finalmente 4 artículos (12,5%).

A continuación se ha realizado una tabla donde se observan los artículos encontrados, los excluidos y aquellos artículos que se han incluido en esta revisión bibliográfica. (Tabla 7)

Tabla 7. Resultados de la búsqueda.

Bases de datos	Artículos encontrados	Excluidos			Incluidos
		Por filtros automáticos	Por filtros manuales	Evaluación CASPe	
PubMed	192	157	26	0	9
		81,77%	13,54%	0%	4,69%
Cochrane Library	1	-	1	-	0
		-	100%	-	0%
Scopus	173	164	8	0	1
		94,8%	4,62%	0%	0,58%
Science Direct	32	20	8	0	4
		62,5%	25%	0%	12,5%

Fuente: elaboración propia

#### 4.5 Tipología y características de los artículos

Para la realización de esta revisión se han seleccionado 14 artículos, de los cuales 5 de ellos (35,72%) son estudios descriptivos transversales, 3 son estudios analíticos observacionales (21,43%), un artículo es un estudio analítico experimental (7,14%), otros 3 son estudios metodológicos (21,43%), 1 artículo de evaluación mixta (7,14%), es decir un estudio cualitativo y cuantitativo, y un estudio de antes-después (7,14%).

En la siguiente tabla se muestran los artículos clasificados según el tipo de estudio.

Tabla 8. Tipología de los artículos seleccionados.

Bases de datos / tipos de estudios	Estudio descriptivo transversal	Estudio analítico observacional	Estudio analítico experimental	Estudio metodológico	Evaluación mixta (cualitativo-cuantitativo)	Estudio antes-después
PubMed	3	2	1	2	1	-
Scopus	-	1	-	-	-	-
Science Direct	2	-	-	1	-	1
<b>Total</b>	5 (35,72%)	3 (21,43%)	1 (7,14%)	3 (21,43%)	1 (7,14%)	1 (7,14%)

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la relevancia temporal de los artículos, se incluyeron aquellos artículos que cumplían el tiempo cronológico impuesto por los filtros automáticos, es decir, todos los artículos incluidos en esta revisión bibliográfica su tiempo cronológico es de 5 años atrás (2017-2021), exceptuando un artículo de la base de datos ScienceDirect, ya que es del 2015 y por lo tanto son 7 años atrás, se ha incluido por su relevancia en el tema del estudio.

A continuación se expone una tabla con los porcentajes de tiempo por año de publicación de los artículos seleccionados.

Tabla 9. Artículos por año de publicación.

<b>Año/Artículos incluidos</b>	PubMed	Scopus	ScienceDirect	Total	Total%
2015	-	-	1	1	7,14%
2017	1	-	-	1	7,14%
2018	2	1	-	3	21,43%
2019	1	-	1	2	14,29%
2020	1	-	1	2	14,29%
2021	4	-	1	5	35,71%
				14	100%

Fuente: elaboración propia

Seguidamente, se plasman unas tablas con la información más relevante de cada artículo seleccionado, para así poder facilitar la discusión de esta revisión bibliográfica.

Tabla 10. Artículos seleccionados en PubMed.

<b>Artículo 1: Reliability and Feasibility of the Pain Assessment in Advanced Dementia Scale-Korean Version (PAINAD-K).</b>			
<b>Autores</b>	<b>Año de publicación</b>	<b>Fuente</b>	<b>Tipo de estudio</b>
Kwon, So-Hi Cho, Yeon-Su Kim, Hyunsim	2021	Pain Management Nursing	Estudio metodológico
<b>Metodología</b>		<b>Resultados</b>	
Se realizó la traducción de la escala PAINAD al coreano para establecer su confianza, validez y factibilidad. La muestra fue de 192 pacientes de un hospital de atención a largo plazo. Los datos fueron recopilados por dos coautores del estudio, estudiantes de doctorado de enfermería, que aparte de su experiencia trabajando y los múltiples programas de educación sobre el dolor, asistieron a un taller sobre el uso de la PAINAD-K y FLACC. Los dos investigadores aplicaron de forma simultánea e independiente el PAINAD-K a un paciente y se calculó el kappa de Cohen. La validez se probó aplicando la NRS y FLACC en el mismo momento que se realiza la PAINAD-K y se analizaron las correlaciones entre resultados.		La edad media fue de $78,28 \pm 9,61$ , predominaron las mujeres 76% frente al 24% de hombres. La confiabilidad entre evaluadores mediante el Kappa de Cohen para la escala PAINAD-K fue de .62 y las puntuaciones para las observaciones (1 y 5 min) fue de .95. La validez de la PAINAD-K fue alta en relación a la escala FLACC y baja en comparación a la NRS. La viabilidad de la Escala PAINAD-K indico baja sensibilidad 41,3% y un alta especificidad 92,6%.	

**Artículo 2:** Probable pain on the pain assessment in impaired cognition (PAIC15) instrument: Assessing sensitivity and specificity of cut-offs against three standards.

Autores	Año de publicación	Fuente	Tipo de estudio
van der Steen, Jenny T. Westzaan, Andrew Hanemaayer, Kimberley Muhamad, Muhamad de Waal, Margot W.M. Achterberg, Wilco P.	20210	Brain Sciences	Estudio analítico observacional

Metodología	Resultados
Se recogieron datos sobre el dolor y el malestar mediante observación directa de los pacientes. Primero se pasa la Escala PAINAD durante 5 minutos, se realiza un autoinforme de si sienten dolor o no y una escala del 1 al 10 sobre la intensidad del dolor en dos veces con una semana de diferencia. Después, se realizan estimaciones del observador de si el paciente tiene dolor o no y la intensidad de este integrando las observaciones y el dolor autoinformado. Por último, se valora un ítem abierto sobre cualquier problema que suceda durante las observaciones.	Hubo dos evaluaciones, en la primera 238 pacientes con demencia y en la segunda 137 de estos . Dos tercios eran mujeres, la edad media fue de 86 años. Los datos se recopilaban a través de 44 médicos en 37 centros de ancianos y la segunda recopilación por 29 médicos en 26 de estas instalaciones. Se midió la correlación de las dos evaluaciones PAIC15 con los instrumentos de valoración del dolor PAINAD (0,72) y para el DS-DAT (0,69 y 0,63). El autoinforme fue el más bajo, con 0,09 y 0,06 sin correlación significativa. La correlación con la estimación general del observador fue más baja en la primera evaluación (0,28) que en la segunda (0,41).

**Artículo 3:** A novel pain assessment tool incorporating automated facial analysis: interrater reliability in advanced dementia.

Autores	Año de publicación	Fuente	Tipo de estudio
Atee, Mustafa Hoti, Kreshnik Parsons, Richard Hughes, Jeffery D.	2018	Clinical Interventions in Aging	Estudio observacional

Metodología	Resultados
<p>Residentes con demencia de moderada a grave clasificados según la escala DSRS. El investigador principal realizó un programa para el personal a realizar el estudio, sobre educación sobre el dolor, el dolor y la demencia, el manejo del dolor y el manejo de la app ePAT, la cual realiza un análisis facial que detecta las microexpresiones de dolor y registros de comportamientos de dolor. Se evaluó el dolor durante las AVD o actividades rutinarias de enfermería y en periodos de reposo. Cada paciente fue evaluado por dos evaluadores diferentes en 4 ocasiones distintas. Se usó la estadística de kappa de Cohen para ver si los dos evaluadores estaban de acuerdo o no sobre la presencia del dolor. El kappa ponderado fue usado para evaluar la concordancia cuando el dolor se dividió en &gt; 2 categorías. El CCC se usó para la concordancia de los datos continuos de dolor.</p>	<p>La muestra fueron 10 residentes con demencia de moderada a grave con edad media de <math>74,4 \pm 5,9</math> años. Participaron 11 evaluadores (10 de ellas enfermeras). Fueron un total de 76 evaluaciones (38 en movimiento y 38 en descanso). Dos tercios (65,8%) fueron clasificados sin dolor y menos de un tercio (29%) como dolor leve. La puntuación media de dolor fue de <math>5,6 \pm 3,5</math> con un rango de 1 a 18. En reposo hubo un coeficiente de concordancia de 0,92 entre los evaluadores. Durante el movimiento la concordancia fue moderada 0,59, fue exacta en el 68,4% de los casos. La concordancia en las puntuaciones del dolor real fue de 0.72 en reposo y de 0,69 en movimiento. En todos los casos los evaluadores calificaron con puntuación de dolor más alto después del movimiento que en reposo.</p>



**Artículo 4:** Psychometric Evaluation of the MOBID Dementia Pain Scale in U.S. Nursing Homes.

Autores	Año de publicación	Fuente	Tipo de estudio
Herr, Keela Sefcik, Justine S Neradilek, Blazej Hilgeman, Michelle M Nash, Princess Ersek, Mary	2019	Pain Management Nursing	Estudio transversal

Metodología	Resultados
El estudio se realizó en 16 hogares de ancianos en Pensilvania, Nueva Jersey, Georgia y Alabama. Los investigadores capacitaron a los coordinadores de la investigación en el uso de las herramientas, sobre todo de la Escala MOBID. Para evaluar la validez se usaron las correlaciones de Spearman. Primero entre la puntuación del dolor general de MOBID y la clasificación de intensidad del dolor de un médico experto (ECPIR). Después entre la clasificación de la intensidad del dolor por el personal de enfermería sustituto y los correlatos conocidos del dolor. Se evaluó la consistencia interna mediante el alfa de Cronbach.	La muestra eran 138 pacientes, el 46% mujeres, la edad media fue de 84 años, los cuales tenían aproximadamente 3 diagnósticos dolorosos, el 54% tenía artritis. Las expresiones faciales fueron el comportamiento de dolor más observado, entre el 20-53% de los cinco movimientos. Sin embargo los movimientos defensivos fueron menos informados, sólo el 2-6%. En reposo la puntuación de dolor MOBID fue muy baja y cuando se aplicaba movimiento guiado fueron puntuaciones más altas. La consistencia interna fue buena, .83 en el coeficiente alfa de Cronbach.

**Artículo 5:** Spanish adaptation and validation of the Pain Assessment Scale in Advanced Dementia (PAINAD) in patients with dementia and impaired verbal communication: cross-sectional study.

Autores	Año de publicación	Fuente	Tipo de estudio
Cantón-Habas, Vanesa Carrera-González, M. Del Pilar Moreno-Casbas, María Teresa Rich-Ruiz, Manuel	2021	BMJ Open	Estudio observacional transversal

Metodología	Resultados
El dolor en pacientes con demencia avanzada y alteración en la comunicación no verbal se evaluó mediante tres investigadores entrenados en su uso e interpretación. Se realizó una validación lingüística para adaptar la escala al español, mediante el método hacia adelante y hacia atrás. Se evaluó la fiabilidad a través del análisis de la consistencia interna, variabilidad intraobservador y estabilidad temporal intraobservador (test-retest).	Un total de 100 pacientes con demencia y una puntuación en la Escala Global de Deterioro entre 5 y 7. La validez de contenido global de la PAINAD versión española fue muy buena (0,95). La validez del constructo mostró que un menor uso de analgesicos suponía una puntuación menor en la escala PAINAD, la consistencia interna fue de 0,76. El CCI que evaluó la fiabilidad interobservadores fue de 0,94 y el CCI que evaluó la estabilidad temporal fue de 0,55.

**Artículo 6:** Evaluation of the impact of telementoring using ECHO© technology on healthcare professionals' knowledge and self-efficacy in assessing and managing pain for people with advanced dementia nearing the end of life.

Autores	Año de publicación	Fuente	Tipo de estudio
De Witt Jansen, Bannin Brazil, Kevin Passmore, Peter Buchanan, Hilary Maxwell, Doreen McIlpatrick, Sonja J. Morgan, Sharon M. Watson, Max Parsons, Carole	2018	BMC Health Services Research	Evaluación de método mixto

Metodología	Resultados
Se llevaron a cabo cinco clínicas de Telementoring to Enhance Assessment and Management of Pain in Advanced Dementia, en el Project ECHO en Irlanda del Norte. El personal sanitario que participe pasó una encuesta cuantitativa del conocimiento autoinformado y de autosuficiencia antes y después de las clases recibidas en la clínica ECHO. Además recibieron una exploración cualitativa usando entrevistas de grupos focales de las experiencias clínicas. Se usaron las pruebas U de Mann-Whitney con la función de ver las diferencias en las puntuaciones de conocimiento y autoeficacia antes y después de la ECHO. Los grupos focales grabaron un audio y se grabaron en video, se transcribió palabra a palabra y luego se analizó utilizando el análisis temático de Braun & Clarke.	Participaron 18 miembros del personal sanitario (7 médicos, 10 enfermeras y 1 asistente de salud) completaron los conocimientos y eficacia previos a ECHO y 20 completaron las evaluaciones post ECHO (10 médicos y 10 enfermeras). Se informó de mejoras en el conocimiento y la autoeficacia tras la participación clínica de ECHO. Con este proyecto surgieron cuatro temas a tratar: 1) el desarrollo y difusión de conocimientos y habilidades, 2) el tiempo protegido, 3) áreas de mejora y 4) el futuro de ECHO.

**Artículo 7:** Correlation between Biomarkers of Pain in Saliva and PAINAD Scale in Elderly People with Cognitive Impairment and Inability to Communicate.

Autores	Año de publicación	Fuente	Tipo de estudio
Cantón-Habas, Vanesa Rich-Ruiz, Manuel Moreno-Casbas, María Teresa Ramírez-Expósito, María Jesús Martínez-Martos, Jose Manuel Carrera-González, M. Del Pilar	2021	Journal of Clinical Medicine	Estudio transversal

Metodología	Resultados
<p>Los pacientes a estudio tenían demencia con una puntuación en la escala global de deterioro (GDS) de 5 a 7. La evaluación del dolor a través de la Escala PAINAD la realizó un investigador, previamente capacitado, que completó un libro para recolectar los datos. Los investigadores recibieron formación sobre cómo recolectar las muestras de saliva mediante el método de secreción pasiva. Para poder determinar los niveles de sTNF-RII y sIgA en la saliva se usaron los Kits ELISA.</p>	<p>En el estudio se incluyeron 75 pacientes, un 78,7% eran mujeres y la edad media fue de 84,41. No se ha encontrado relación entre la PAINAD, las variables sociodemográficas y clínicas. Aproximadamente, entre el 96,2% y el 97,3% de los pacientes que presentaban dolor según la escala PAINAD también lo presentaban según los niveles del biomarcador sTNF-RII, por lo que las correlaciones son altas y estadísticamente significativas.</p>

**Artículo 8:** Pain Assessment in Impaired Cognition (PAIC): content validity of the Dutch version of a new and universal tool to measure pain in dementia.

Autores	Año de publicación	Fuente	Tipo de estudio
Van Dalen-Kok, Annelore H. Achterberg, Wilco P. Rijkmans, Wieke E. Tukker-Van Vuuren, Sara A. Delwel, Suzanne De Vet, Henrica C.W. Lobbezoo, Frank De Waal, Margot W.M.	2017	Clinical Interventions in Aging	Estudio analítico experimental

Metodología	Resultados
Se realizó una traducción directa con enfoque hacia delante y hacia atrás, del inglés al holandés y a la inversa, del PAIC. Además se adaptó culturalmente para los Países Bajos. Se llevó a cabo un cuestionario a 20 médicos y 20 enfermeras expertos para evaluar la validez del contenido del PAIC, determinando si los elementos de este son indicadores de dolor y si son específicos de dolor o si sirven para otros trastornos. Se calcularon las puntuaciones por ítem para cuantificar la validez.	De los expertos clínicos que participaron la mayoría eran mujeres (80%), la puntuación media en “sentirse competente para evaluar el dolor en personas con demencia” fue de 7,5 en la escala Likert (1 al 10). En total 11 ítems (30,6%) tuvieron puntuaciones medias de > 0,50 considerándose de manera clara indicadores de dolor. Seis ítems fueron más específicos para el dolor, aunque tuvieran puntajes más bajos (“dientes apretados”, “levantar el labio superior”, “apretar labios”, “entrecerrar ojos”, “quejumbroso” y “jadear”). Entre los médicos y enfermeras hubo discrepancias entre la noción de las características del dolor, sobre todo en las expresiones faciales.

**Artículo 9:** Psychometric evaluation of the Persian version of the Doloplus-2 (P-Doloplus-2) scale in elderly with dementia.

Autores	Año de publicación	Fuente	Tipo de estudio
Zare, Mohammad Tagharrobi, Zahra Sharifi, Khadijeh Sooki, Zahra Abolhasani, Javad	2020	Turkish Journal of Medical Sciences	Estudio metodológico

Metodología	Resultados
<p>Primeramente se tradujo y se evaluó la validez aparente y de contenido de la Escala Doloplus-2. Se aplicó la validez convergente, análisis factorial exploratorio y la comparación de grupos conocidos para poder determinar la validez del constructo. Mediante los métodos de consistencia interna, equivalencia y estabilidad se evaluó la confiabilidad. Por último, se analizaron los datos a través del SPSS-v16 y mediante la prueba U de Mann-Whitney, Spearman-Brow, alfa de Cronbach y el Coeficiente de correlación intraclase.</p>	<p>La muestra fueron 100 ancianos seleccionados por el método de muestreo por conveniencia en Kashan. El índice de validez de contenido de la escala Doloplus-2 fue de 0,95%. Al realizar el análisis factorial se observaron 2 factores “socio funcionales” y “subjetivos-objetivos convencionales” en escala que son el 76% de la varianza total. Hubo una correlación positiva significativa entre las puntuaciones de la Escala P-Doloplus-2 y la PACSLAC-II-IR (<math>r=0,878</math>, <math>P&lt;0,0001</math>). El alfa de Cronbach fue de 0.95, el ICC 0.864 y el error estándar de medición de la Escala fue de <math>\pm 1,759</math>.</p>

Fuente: elaboración propia

Tabla 11. Artículo seleccionado en Scopus.

**Artículo 1:** Pragmatic evaluation of an observational pain assessment scale in the emergency department: The Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale.

Autores	Año de publicación	Fuente	Tipo de estudio
Fry, Margaret Elliott, Rosalind	2018	Australasian Emergency Care	Subestudio observacional multicéntrico

Metodología	Resultados
<p>Subestudio observacional realizado en 4 departamentos de emergencias en el área metropolitana de Sydney, Australia. La muestra total fueron 181 pacientes que tras acudir a los servicios de urgencias, con sospecha de fractura de hueso largo, se les pasó la escala SIS para valorar el deterioro cognitivo. A los cuales se les hizo una valoración del dolor mediante la escala PAINAD con un SIS mayor o igual a 4 y la escala NRS. Se efectuaron para ello análisis estadísticos descriptivos y de correlación. Para estimar la confiabilidad de la PAINAD se utilizó el alfa de Cronbach.</p>	<p>La muestra fueron 181 pacientes con edad media de 85 años, dos tercios de estos eran mujeres. La mediana de la intensidad del dolor fue baja (5,5[3,0-8,0]) y la mediana del dolor en la puntuación PAINAD fue leve (1,0[0,0-3,2]). La escala PAINAD mostró buena fiabilidad (alfa de Cronbach=0.80).</p>

Fuente: elaboración propia

Tabla 12. Artículos seleccionados en ScienceDirect.

Artículo 1: How, Why and Where it Hurts—Breaking Down Pain Syndrome Among Nursing Home Patients With Dementia: A Cross-Sectional Analysis of the COSMOS Trial			
Autores	Año de publicación	Fuente	Tipo de estudio
Wagatsuma, Shunta Yamaguchi, Taizo Berge, Line I. Husebo, Bettina Habiger, Torstein F. Nouchi, Rui Angeles, Renira C.	2021	Pain Management Nursing	Análisis transversal multicéntrico
Metodología		Resultados	
<p>Se realizó un ensayo controlado simple ciego multicéntrico (COSMOS), en el que se valoran 4 elementos de intervención (comunicación de la planificación de atención avanzada, manejo del dolor, revisión de los medicamentos y organización de actividades). Se recopilaban los datos mediante varias escalas: MMSE para valorar la gravedad de la demencia, QUALID y QUALIMED para la calidad de vida, MOBID-2 para valorar el dolor en la demencia, dividida en dos partes (parte 1: dolor muscular nociceptivo durante los movimientos guiados activos de tronco y extremidades. Parte 2: dolor en órganos internos, cabeza y piel). Para comparar el dolor y la calidad de vida a través del dolor se utilizó el análisis de covarianza ANCOVA.</p>		<p>Se incluyeron 723 pacientes, 463 fueron evaluados completamente por la presencia del dolor (MOBID-2) e incluidos en los análisis transversales. Un 78% presentaban demencia de moderada a grave, más prevalencia en mujeres (74%) y una edad media de 86,7 años. El 44% tenía dolor clínicamente significativo, en el 69% se detectó dolor en más de dos localizaciones (normalmente dolor musculoesquelético). El 33,5% padecía dolor tras recibir analgésicos, un 10% padecía dolor sin analgésicos y el 27% no tenía dolor después de los analgésicos. Aquellos pacientes con una puntuación de dolor más alta tenían una menor calidad de vida.</p>	



**Artículo 2:** Development and Testing of the Pain Assessment Tool in Cognitively Impaired Elders (PATCIE): Nonverbal Pain Behaviors in African American and Caucasian Nursing Home Residents with Dementia.

Autores	Año de publicación	Fuente	Tipo de estudio
Richey, Sheila A. Capezuti, Elizabeth Cron, Stanley G. Reed, David Torres-Vigil, Isabel de Oliveira Otto, Marcia C.	2020	Pain Management Nursing	Estudio metodológico

Metodología	Resultados
<p>Es un estudio metodológico en el que se desarrolla la prueba PATCIE en residentes con demencia afroamericanos y caucásicos. Se evaluó la demencia mediante el MMSE (mini examen del estado mental) y la Escala de Clasificación de Demencia Clínica (CDR). La evaluación del dolor se realizó mediante las escalas CNPI y PATCIE, en las cuales se incluyó el porcentaje de concordancia y estadístico Kappa para la confiabilidad entre evaluadores y el alfa de Cronbach para la consistencia interna.</p>	<p>La muestra fue de 56 residentes afroamericanos y 69 caucásicos con demencia en varios hogares de ancianos de tres estados. La edad media era de 80 a 85 años. Primeramente se evaluaron 15 conductas de dolor no verbal que luego se ampliaron a 28. El alfa de Cronbach mejoró a 0,73 durante el movimiento para el PATCIE de 28 ítems.</p>

**Artículo 3:** Impact of a Training Intervention on the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale in Noncommunicative Inpatients.

Autores	Año de publicación	Fuente	Tipo de estudio
Muñoz-Narbona, Lucia Roldán-Merino, Juan Lluch-Canut, Teresa Juvé-Udina, Eulàlia Llorca, Miquel Barberà Cabrera-Jaime, Sandra	2019	Pain Management Nursing	Estudio antes-después

Metodología	Resultados
Es un estudio de antes-después no controlado, realizado en nueve plantas de dos hospitales de Cataluña. Un total de 401 enfermeras entraron en el estudio a las cuales se les impartió un curso online de capacitación sobre la PAINAD-Sp. Se evaluó el uso de esta escala en dos periodos de 6 meses antes y después del curso. Los datos fueron recogidos en las historias clínicas.	Un total de 219 pacientes recibieron evaluaciones del dolor mediante la escala PAINAD-Sp: 29 de ellos antes del programa de formación y 190 en el periodo posterior. Se observó una disminución de la administración de analgésicos y antipiréticos después de la intervención, a la vez hubo un aumento de hipnóticos y sedantes.

**Artículo 4:** Ethnic Differences in Nonverbal Pain Behaviors Observed in Older Adults with Dementia.

Autores	Año de publicación	Fuente	Tipo de estudio
Ford, Brianne Snow, A. Lynn Herr, Keela Tripp-Reimer, Toni	2015	Pain Management Nursing	Estudio descriptivo

Metodología	Resultados
<p>Análisis secundario de datos de un estudio primario que examinó las propiedades psicométricas del NOPPAIN, este evalúa 17 ítems incluyendo 6 categorías de dolor no verbal (palabras, ruidos y caras de dolor, frotamientos, apoyo e inquietud). La muestra de 28 videos incluyó 19 caucásicos (69%), 4 afroamericanos (14%), 2 hispanos (7%) y 3 otros (10%). Se capacitó a 6 asistentes de enfermería certificados (CNA) que revisaron y calificaron el dolor mediante los 28 videos según la NOPPAIN. Se utilizó el chi-cuadrado para evaluar las diferencias entre grupos étnicos y ANOVA para las diferencias en la intensidad del dolor general.</p>	<p>Se realizaron 168 evaluaciones completas mediante la escala NOPPAIN (seis CNA x 28 videos), los ruidos de dolor representaron el 29,8%, las palabras de dolor el 28% y las caras de dolor el 28%. Mientras que la inquietud solo se mostró en el 2,4%, uso de ortopedia el 0,6% y el roce el 0%. El único ítem de la escala NOPPAIN en el que se observaron diferencias fueron las palabras de dolor, siendo un 37,7% en caucásicos, 25% en hispanos y un 4,2% en afroamericanos. Un total de 62 evaluaciones (36,9%) fueron clasificadas por los CNA como presencia de dolor, al clasificar este dolor mediante la escala de dolor NRS solo el 2,4% tenía una puntuación de 3 o más en la escala.</p>

Fuente: elaboración propia.

## **5. DISCUSIÓN**

La enfermería cumple un papel muy importante en la detección del dolor en pacientes con demencia. Según Shunta Wagatsuma et al. <sup>(22)</sup> el dolor musculoesquelético y multiubicado no tratado es común en los pacientes demenciados de los hogares ancianos. Por lo que todos los artículos analizados coinciden en que una evaluación precisa del dolor en pacientes que son incapaces de comunicar sus dolencias y el manejo de éste de manera efectiva y eficiente con una respuesta analgésica adecuada, reduce de manera significativa la angustia y el malestar de estos pacientes. Según Yeon-Su Cho <sup>(12)</sup> esta valoración precisa está directamente relacionada con la evaluación de calidad de la atención en los hospitales LTC en Corea.

El estudio realizado por Brianne Ford et al. <sup>(25)</sup> ha sido el primero en examinar las posibles diferencias de expresión de dolor no verbal entre etnias en personas con demencia. Pero más tarde en el estudio realizado por Sheila A. Richey et al. <sup>(23)</sup> se vio que en los afroamericanos especialmente experimentan una evaluación y un tratamiento insuficiente del dolor.

A continuación, se procede a relacionar los métodos de evaluación del dolor en pacientes con demencia estudiados en los diversos artículos encontrados. Más tarde, se informará sobre la formación y el uso que tiene el profesional sanitario sobre estos métodos o escalas.

### **5.1 Herramientas para la detección del dolor en pacientes con demencia.**

A través de esta revisión integradora se han encontrado diversos métodos de valoración del dolor en pacientes con demencia. La mayoría de estos han sido escalas observacionales, las cuales suelen valorar las expresiones conductuales del dolor, tanto expresiones faciales como movimientos corporales, verbalizaciones, etc.

Asimismo, aparte de estas herramientas de valoración observacional, se ha encontrado una innovación tecnológica en este campo. Así lo demuestra el estudio realizado por Mustafa Atee et al. <sup>(14)</sup> en el que se comprueba la validez de una aplicación llamada ePAT, la cual realiza un análisis facial que detecta las microexpresiones de dolor e indicadores de comportamiento clínico de dolor.

En el artículo publicado por Mohammed Zare et al.<sup>(20)</sup> se realizó la traducción al Persa de la escala Doloplus-2 para evaluar las propiedades psicométricas de la escala, para así valorar el dolor conductual en ancianos con demencia en Irán. Se encontró que esta escala puede determinar la severidad del dolor en un rango de 0 a 30, por lo que tiene una validez y confiabilidad deseables. Sin embargo, la herramienta de valoración PAIC 15<sup>(13)</sup> utilizada por Jenny T. Van der Steen et al no obtuvo resultados tan satisfactorios, ya que la sensibilidad para la práctica clínica fue demasiado baja, pero un punto de corte de 4 podría indicar un posible dolor en la investigación.

La escala MOBID estudiada por Keela Herr et al.<sup>(15)</sup> obtuvo buenos resultados para el uso de esta herramienta en la práctica clínica. Las expresiones faciales fueron un comportamiento de dolor clave, luego los ruidos de dolor y por último los movimientos defensivos. Se obtuvo más dolor durante el movimiento, los más dolorosos fueron mover las piernas y la cadera, además de girar al paciente encima de la cama. De la misma manera que Mustafa Atee et al.<sup>(14)</sup> obtuvo mayor puntuación de dolor durante el movimiento, esta aplicación obtuvo una buena sensibilidad a la hora de detectar el dolor.

Los resultados obtenidos por Sheila A.Richey et al.<sup>(23)</sup> para la herramienta de valoración PATCIE fueron similares a los de la escala MOBID. Se evaluaron 28 ítems durante el reposo y durante el movimiento. De manera que también se observó más dolor durante el movimiento, por lo que la evaluación del dolor es más precisa si se realiza durante el movimiento. Los indicadores de dolor verbal más fuertes fueron fruncir el ceño, irritabilidad y músculos tensos. Esta escala demostró tener confiabilidad y validez en la evaluación del dolor en pacientes con demencia no comunicativos.

Sin embargo, en el artículo publicado por Annelore H. Van Dalen-Kok et al.<sup>(19)</sup> no se obtuvieron unos resultados concluyentes, ya que nos dice que se debería probar más la confiabilidad y la utilidad clínica. Se tradujo al Holandés y se examinó la validez del PAIC, se encontró que las expresiones faciales son los comportamientos verbales más específicos del dolor en pacientes con demencia. Se obtuvieron 11 ítems indicativos del dolor, se vio que 6 ítems tenían puntajes más bajos pero eran más específicos del dolor (apretar dientes, entrecerrar ojos, apretar labios, levantar el labio superior, jadear y quejumbrosos).

Semejantemente, en el estudio de Brianne Ford et al. <sup>(25)</sup> se identificaron los comportamientos de conducta no verbales más indicativos de dolor en personas con demencia. En concreto, las palabras de dolor, ruidos de dolor y caras de dolor.

Otra escala de valoración del dolor en pacientes con demencia es la PAINAD, se han encontrado diversos estudios sobre esta. Vanesa Cantón Habas et al. <sup>(16)</sup> realizaron la traducción de esta escala al Español, los resultados fueron satisfactorios, se vio que la PAINAD versión española es una escala válida para evaluar el dolor en pacientes con demencia e incapaces de comunicarse. Los resultados son todavía mejores si se elimina la dimensión de respiración.

Asimismo, en el estudio realizado por Margaret Fry y Rosalin Elliott <sup>(21)</sup> se vio que esta escala tiene potencial como herramienta eficaz de evaluación del dolor en pacientes con deterioro cognitivo en el servicio de urgencias, pero el elemento facial necesita una modificación adicional para mejorar la consistencia interna para su uso en el servicio de urgencias, ya que los ítems “asustado, ceño fruncido, triste y muecas faciales” son demasiado genéricos y en el servicio de urgencias podrían ser característicos de angustia y no necesariamente de un comportamiento de dolor. Al igual que Vanesa Cantón Habas et al. <sup>(16)</sup> se vio que en residencias sería útil el elemento facial si se elimina el elemento de respiración.

Otro artículo, dirigido por Yeon-Su Cho et al. <sup>(12)</sup> realizó la traducción de la escala PAINAD-K al coreano. Al igual que en los otros artículos relacionados con esta escala se demostró que es una herramienta válida y fiable para determinar la ausencia del dolor en pacientes no comunicativos. Se llevó a cabo una evaluación del paciente durante 1 minuto y después durante 5 minutos, se evidencio que pasar la escala en 1 minuto no influye en la confiabilidad y la validez de esta, por lo que si se usa la observación de 1 minuto puede mejorar su aplicabilidad en la práctica, ya que se requiere menos tiempo.

Por último, se encontró un estudio en el que se relacionan unos biomarcadores de dolor en la saliva con la escala PAINAD, este artículo fue dirigido también por Vanesa Cantón Habas et al. <sup>(18)</sup>. En él, se determinó que tanto el biomarcador sTNF-RII como el sIgA en saliva son adecuados para implementarlos en la práctica clínica, ya que es una manera segura, sencilla y no invasiva de detectar el dolor. Además, se determinó la correlación entre los biomarcadores de dolor en saliva ( sTNF-RII y sIgA) y la escala PAINAD, por lo cual se afirma la utilidad de esta para evaluar el dolor en pacientes con demencia.

## **5.2 Formación del profesional sanitario.**

Los hallazgos en los diversos artículos sugieren que las diversas herramientas encontradas en esta revisión no son regularmente usadas en la práctica clínica por el personal sanitario. Por un lado, Mohammed Zare et al. <sup>(20)</sup> destacó que se ha de recibir una formación adecuada de cómo completar la escala Doloplus-2 para que los resultados sean más satisfactorios.

Asimismo, Keela Herr et al. <sup>(15)</sup> en su estudio de la escala de valoración MOBID se tarda de 5 a 8 minutos en completar dicha escala, en consecuencia esta limitación de tiempo llevaba a una evaluación incompleta por parte del personal sanitario. Se hallaron puntuaciones de dolor más altas por la enfermera experta puede estar relacionado con su minuciosa valoración de múltiples fuentes de datos. El personal sanitario que ha de realizar la observación del comportamiento influye en cómo clasificar el dolor, siendo una consideración clave a la hora de establecer los procedimientos para la utilización de herramientas de observación.

Además, en el artículo de Bannin De Witt Jansen et al. <sup>(17)</sup> se realizaron unas encuestas antes de realizar los cursos formativos en las clínicas ECHO, en las cuales se vio que muchas de estas enfermeras tienen una falta de confianza en reconocer y evaluar la presencia de dolor en personas con demencia avanzada. Se obtuvo una mejora en la confianza en el conocimiento y la autoeficacia en la evaluación y el manejo de estos pacientes tras haber recibido la formación en las clínicas ECHO. Los resultados del artículo demuestran el uso de estas clínicas de teletutoría para la capacitación y educación de los profesionales de salud en la evaluación del dolor en la demencia avanzada terminal.

De igual forma, Lucia Muñoz Narbona et al. <sup>(24)</sup> estudiaron el impacto de una intervención de entrenamiento en la escala PAINAD en pacientes hospitalizados. Se demostró que la formación adecuada de enfermeras en la escala PAINAD-sp incrementa el uso de esta en los hospitales. Este curso telemático podría ser efectivo en cuanto a mejorar las habilidades de las enfermeras para poder identificar, evaluar y manejar el dolor en personas no comunicativas. A nivel del sistema nacional de salud se necesita educar y capacitar al profesional sanitario en el manejo del dolor en estos pacientes, mediante programas educativos y capacitando al personal en el uso de escalas de valoración del dolor en pacientes con demencia avanzada no comunicativos.

*Abordaje enfermero sobre la valoración del dolor en pacientes con demencia.*

Por último, Annelore H. Van Dalen-Kok et al. <sup>(19)</sup> Se demostró que las enfermeras encontraban más indicativos para el dolor y eran más específicas en comparación con los médicos. Esta disimilitud entre médicos y enfermeras sugiere una deficiencia en la formación y educación del personal sanitario en las residencias de ancianos en la evaluación del dolor en pacientes demenciados.



## **6. CONCLUSIÓN**

- En esta revisión se han encontrado diversas herramientas de valoración del dolor en pacientes con demencia, en muchas de ellas obtuvieron unas buenas propiedades psicométricas, siendo fiables y válidas para uso en la práctica clínica, pero no se ha llegado a un consenso que determine si hay alguna escala idónea.
- Se necesita más investigación en el campo, porque aunque algunas herramientas tienen buenos resultados no son fiables al 100%. Sería conveniente un mayor número de estudios con muestras poblacionales más grandes, ya que en muchos estudios la población a estudio era reducida.
- Es necesario más investigación en cuanto a herramientas tecnológicas para detectar el dolor en pacientes no comunicativos, abrir nuevas líneas de investigación de valoración del dolor con otros enfoques distintos a la observación de comportamientos no verbales.
- La enfermería cumple un papel fundamental en la detección del dolor en estos pacientes, ya que como hemos visto suele ser la encargada de observar a los pacientes y cumplimentar las escalas de valoración del dolor.
- El personal sanitario, incluyendo enfermería, no suele conocer las herramientas tan específicas existentes para poder evaluar el dolor en pacientes con demencia no comunicativa.
- La mayoría de herramientas de valoración del dolor mediante observación directa necesitan de un promedio de tiempo para completarlas de 5 o 10 minutos, esta limitación del tiempo lleva consigo la inadecuada evaluación o la no evaluación de esta. Sería conveniente aumentar el ratio enfermera paciente, sobre todo en residencias de ancianos, para poder realizar de manera correcta las evaluaciones del dolor en aquellos pacientes con demencia no comunicativos.
- Es conveniente educar y formar al personal sanitario en uso correcto de las diversas herramientas existentes para poder realizar evaluaciones del dolor, los pacientes con demencia avanzada obtendrán así beneficios en cuanto a su calidad de vida y se reducirá el malestar y sufrimiento de estas personas.

## **7. BIBLIOGRAFIA**

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. 2021 [citado 3 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Organización Mundial de la Salud. Demencia [Internet]. 2020 [citado 3 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
3. Demencia - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. [citado 3 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/dementia/symptoms-causes/syc-20352013>
4. Sociedad Española de Neurología. Informe de la Fundación del Cerebro. Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias [Internet]. [citado 3 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-pdf-S021348531730350X>
5. Fillat Delgado Y. Censo de las personas con Alzheimer y otras demencias en España. Fundamentación, metoCenso de personas con Alzheimer y otras demencias en España. Fundamentación, metodología, datos disponibles, herramientas, aprendizajes y propuestas. [Internet]. 2020 [citado 3 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.ceafa.es/files/2020/12/censo-alz.pdf>
6. González D, Luppi M. Dolor – Semiología [Internet]. [citado 3 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://semiologia.med.uchile.cl/general/dolor/>
7. Biblioteca Nacional de Medicina. Dolor: MedlinePlus en español [Internet]. [citado 3 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/pain.html>
8. F. Puebla Díaz. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico [Internet]. 2005. [citado 3 de mayo de 2022]. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0378-48352005000300006](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006)
9. Alaba J, Arriola E, Navarro A, González M., Buiza C, Hernández C, et al. Demencia y dolor [Internet]. 2011 [citado 3 de mayo de 2022]. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462011000300005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462011000300005)
10. González Vaca J, García Hernández M, Tortosa i Moreno A. El dolor en personas con demencia moderada o severa: revisión narrativa. Gerokomos [Internet]. 2020 [citado 3 de mayo de 2022];31(3):144-8. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134928X2020000300144&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2020000300144&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

11. Redcaspe – Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español [Internet]. [citado 3 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://redcaspe.org/>
12. Kwon S-H, Cho Y-S, Kim H. Reliability and Feasibility of the Pain Assessment in Advanced Dementia Scale–Korean Version (PAINAD-K). *Pain Manag Nurs* [Internet]. 1 de octubre de 2021 [citado 21 de febrero de 2022];22(5):660-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33676858/>
13. Van der Steen JT, Westzaan A, Hanemaayer K, Muhamad M, de Waal MWM, Achterberg WP. Probable pain on the pain assessment in impaired cognition (PAIC15) instrument: Assessing sensitivity and specificity of cut-offs against three standards. *Brain Sci* [Internet]. 1 de julio de 2021 [citado 21 de febrero de 2022];11(7). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34210018/>
14. Atee M, Hoti K, Parsons R, Hughes JD. A novel pain assessment tool incorporating automated facial analysis: interrater reliability in advanced dementia. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2018 [citado 21 de febrero de 2022];13:1245-58. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30038491/>
15. Herr K, Sefcik JS, Neradilek MB, Hilgeman MM, Nash P, Ersek M. Psychometric Evaluation of the MOBID Dementia Pain Scale in U.S. Nursing Homes. *Pain Manag Nurs* [Internet]. 1 de junio de 2019 [citado 21 de febrero de 2022];20(3):253-60. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31085096/>
16. Cantón-Habas V, Carrera-González MDP, Moreno-Casbas MT, Rich-Ruiz M. Spanish adaptation and validation of the Pain Assessment Scale in Advanced Dementia (PAINAD) in patients with dementia and impaired verbal communication: cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 22 de junio de 2021 [citado 21 de febrero de 2022];11(6). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34158307/>
17. De Witt Jansen B, Brazil K, Passmore P, Buchanan H, Maxwell D, McIlpatrick SJ, et al. Evaluation of the impact of telementoring using ECHO© technology on healthcare professionals' knowledge and self-efficacy in assessing and managing pain for people with advanced dementia nearing the end of life. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2 de abril de 2018 [citado 21 de febrero de 2022];18(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29606132/>
18. Cantón-Habas V, Rich-Ruiz M, Moreno-Casbas MT, Ramírez-Expósito MJ, Martínez-Martos JM, Carrera-González MDP. Correlation between Biomarkers of Pain in Saliva and PAINAD Scale in Elderly People with Cognitive Impairment and Inability to

- Communicate. *J Clin Med* [Internet]. 1 de abril de 2021 [citado 21 de febrero de 2022];10(7). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33915996/>
19. Van Dalen-Kok AH, Achterberg WP, Rijkmans WE, Tukker-Van Vuuren SA, Delwel S, De Vet HCW, et al. Pain Assessment in Impaired Cognition (PAIC): content validity of the Dutch version of a new and universal tool to measure pain in dementia. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2017 [citado 21 de febrero de 2022];13:25-34. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29317807/>
  20. Zare M, Tagharrobi Z, Sharifi K, Sooki Z, Abolhasani J. Psychometric evaluation of the Persian version of the Doloplus-2 (P-Doloplus-2) scale in elderly with dementia. *Turkish J Med Sci* [Internet]. 2020 [citado 21 de febrero de 2022];50(4):953-62. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32394680/>
  21. Fry M, Elliott R. Pragmatic evaluation of an observational pain assessment scale in the emergency department: The Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *Australas Emerg Care*. 1 de noviembre de 2018;21(4):131-6.
  22. Wagatsuma S, Yamaguchi T, Berge LI, Husebo B, Habiger TF, Nouchi R, et al. How, Why and Where it Hurts—Breaking Down Pain Syndrome Among Nursing Home Patients With Dementia: A Cross-Sectional Analysis of the COSMOS Trial. *Pain Manag Nurs*. 1 de junio de 2021;22(3):319-26.
  23. Richey SA, Capezuti E, Cron SG, Reed D, Torres-Vigil I, de Oliveira Otto MC. Development and Testing of the Pain Assessment Tool in Cognitively Impaired Elders (PATCIE): Nonverbal Pain Behaviors in African American and Caucasian Nursing Home Residents with Dementia. *Pain Manag Nurs*. 1 de abril de 2020;21(2):187-93.
  24. Muñoz-Narbona L, Roldán-Merino J, Lluch-Canut T, Juvé-Udina E, Llorca MB, Cabrera-Jaime S. Impact of a Training Intervention on the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale in Noncommunicative Inpatients. *Pain Manag Nurs*. 1 de octubre de 2019;20(5):468-74.
  25. Ford B, Snow AL, Herr K, Tripp-Reimer T. Ethnic Differences in Nonverbal Pain Behaviors Observed in Older Adults with Dementia. *Pain Manag Nurs*. 1 de octubre de 2015;16(5):692-700.

ANEXO I: Programa de lectura crítica, Caspe.

**10 preguntas para ayudarte a entender una revisión**

**Comentarios generales**

- Hay tres aspectos generales a tener en cuenta cuando se hace la lectura crítica de una revisión:

*¿Son válidos esos resultados?*

*¿Cuáles son los resultados?*

*¿Son aplicables en tu medio?*

- Las 10 preguntas de las próximas páginas están diseñadas para ayudarte a pensar sistemáticamente sobre estos aspectos. Las dos primeras preguntas son preguntas "de eliminación" y se pueden responder rápidamente. Sólo si la respuesta es "sí" en ambas, entonces merece la pena continuar con las preguntas restantes.
- Puede haber cierto grado de solapamiento entre algunas de las preguntas.
- En itálica y debajo de las preguntas encontrarás una serie de pistas para contestar a las preguntas. Están pensadas para recordarte por que la pregunta es importante. ¡En los pequeños grupos no suele haber tiempo para responder a todo con detalle!
- Estas 10 preguntas están adaptadas de: Oxman AD, Guyatt GH et al, Users' Guides to The Medical Literature, VI How to use an overview. (JAMA 1994; 272 (17): 1367-1371)

El marco conceptual necesario para la interpretación y el uso de estos instrumentos puede encontrarse en la referencia de abajo o/y puede aprenderse en los talleres de CASPe:

Juan B Cabello por CASPe. Lectura crítica de la evidencia clínica. Barcelona: Elsevier; 2015. (ISBN 978-84-9022-447-2)

## A/ ¿Los resultados de la revisión son válidos?

### Preguntas "de eliminación"

<p><b>1 ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?</b></p> <p><i>PISTA: Un tema debe ser definido en términos de</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- La población de estudio.</li><li>- La intervención realizada.</li><li>- Los resultados ("outcomes") considerados.</li></ul>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>2 ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?</b></p> <p><i>PISTA: El mejor "tipo de estudio" es el que</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Se dirige a la pregunta objeto de la revisión.</li><li>- Tiene un diseño apropiado para la pregunta.</li></ul>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>

**¿Merece la pena continuar?**

<b>Preguntas detalladas</b>	
<p><b>3 ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?</b></p> <p><i>PISTA: Busca</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Qué bases de datos bibliográficas se han usado.</li> <li>- Seguimiento de las referencias.</li> <li>- Contacto personal con expertos.</li> <li>- Búsqueda de estudios no publicados.</li> <li>- Búsqueda de estudios en idiomas distintos del inglés.</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>4 ¿Crees que los autores de la revisión han hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos?</b></p> <p><i>PISTA: Los autores necesitan considerar el rigor de los estudios que han identificado. La falta de rigor puede afectar al resultado de los estudios ("No es oro todo lo que reluce" El Mercader de Venecia. Acto II)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>5 Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado "combinado", ¿era razonable hacer eso?</b></p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los resultados de los estudios eran similares entre sí.</li> <li>- Los resultados de todos los estudios incluidos están claramente presentados.</li> <li>- Están discutidos los motivos de cualquier variación de los resultados.</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>

## B/ ¿Cuáles son los resultados?

### 6 ¿Cuál es el resultado global de la revisión?

PISTA: Considera

- Si tienes claro los resultados últimos de la revisión.
- ¿Cuáles son? (numéricamente, si es apropiado).
- ¿Cómo están expresados los resultados? (NNT, odds ratio, etc.).

### 7 ¿Cuál es la precisión del resultado/s?

PISTA:

Busca los intervalos de confianza de los estimadores.



### C/¿Son los resultados aplicables en tu medio?

<p><b>8 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?</b></p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Los pacientes cubiertos por la revisión pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área.</li><li>- Tu medio parece ser muy diferente al del estudio.</li></ul>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>9 ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>10 ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?</b></p> <p><i>Aunque no esté planteado explícitamente en la revisión, ¿qué opinas?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO</p>

*Abordaje enfermero sobre la valoración del dolor en pacientes con demencia.*

**ANEXO II:** Escala de valoración del dolor en pacientes con demencia: Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD).

**Apartado B. Escala de valoración del dolor en pacientes con demencia: Paint Assessment in Advanced Dementia (PAINAD).**

Es una escala de fácil aplicación que consta de 5 elementos: respiración, vocalización negativa, expresión facial, lenguaje corporal y capacidad de alivio. Cada ítem puede obtener una puntuación máxima de 2. Las puntuaciones totales pueden ser de 0 (sin dolor) a 10 (máximo dolor), equivalente a la escala EVA.

Ítems	0	1	2	PUNTUACIÓN
Respiración independiente de la vocalización	Normal	Respiración laboriosa esporádica. Cortos periodos de hiperventilación.	Respiración laboriosa y ruidosa. Cortos periodos de hiperventilación. Respiración de Cheyne-Stocke.	
Vocalización negativa	Ninguna	Gemidos o lamentos esporádicos. Habla con volúmen bajo o desaprobación.	Llamadas agitadas o repetitivas. Gemidos o lamentos con volumen alto, llanto.	
Expresión facial	Sonriente o inexpresiva	Triste, asustada o ceñuda.	Muecas de disgusto o desaprobación.	
Lenguaje corporal	Relajado	Tenso, anda de un lado para otro, no deja de mover las manos.	Rígido, puños cerrados, rodillas flexionadas, agarra / empuja, agresividad física.	
Capacidad de alivio	No necesita alivio	Se distrae o tranquiliza por la voz o el contacto.	No es posible aliviarlo, distraerlo o tranquilizarlo.	
<b>TOTAL</b>				

0	4	7	10
Dolor leve	Dolor moderado	Dolor intenso	

ANEXO III: Pain Assessment in Impaired Cognition (PAIC 15)

Nombre del/ de la paciente:

fecha:

## Pain Assessment in Impaired Cognition (PAIC 15)

Item	SIGNIFICADO DE LOS ITEMS	En absoluto	Grado ligero	Grado moderado	Alto grado	No anotado
<b>ACTIVIDADES FACIALES</b>						
<b>Ceñudo/a</b>	Entrecejo fruncido, descenso y dibujo de las cejas juntas	0	1	2	3	x
<b>Entrecierra los ojos</b>	Ojos entrecerrados con tensión alrededor	0	1	2	3	x
<b>Eleva el labio superior</b>	Labio superior elevado, la nariz puede estar arrugada	0	1	2	3	x
<b>Abre la boca</b>	Separa los labios, la mandíbula se deja caer	0	1	2	3	x
<b>Se ve tenso/a</b>	En la cara se refleja tensión o preocupación	0	1	2	3	x
<b>MOVIMIENTOS DEL CUERPO</b>						
<b>Petrifica</b>	Rigidez repentina, movimiento de evitación, contención de la respiración	0	1	2	3	x
<b>Se protege</b>	Protección la zona afectada, sujeción de alguna parte del cuerpo, evitando el contacto, alejándose	0	1	2	3	x
<b>Se resiste a los cuidados</b>	Se resiste a ser movido o al cuidado, mostrando falta de cooperación	0	1	2	3	x
<b>Se frota</b>	Estira o masajea la zona afectada	0	1	2	3	x
<b>Inquietud</b>	Está inquieto, retorciéndose las manos, balanceándose hacia adelante y hacia atrás	0	1	2	3	x
<b>VOCALIZACIONES</b>						
<b>Usa palabras relacionadas con el dolor</b>	ando palabras de dolor, como "ay", "uy", "eso duele"	0	1	2	3	x
<b>Grita (habla fuerte)</b>	Utilizando voz alta para expresar palabras	0	1	2	3	x
<b>Hace un quejido/Gemido</b>	Realiza un sonido profundo, inarticulado	0	1	2	3	x
<b>Masculla</b>	Pronunciando palabras/sonidos indistintamente	0	1	2	3	x
<b>Se queja</b>	Expresando ser infeliz, estar enfermo, incomodo o padecer dolor	0	1	2	3	x
<b>SUMA=</b>						

¿En qué situación observó a la persona?

- En situación de descanso
- Durante una actividad de la vida diaria (AVD). Por favor descríbala:
- Durante un movimiento guiado. Por favor, descríballo:



ANEXO IV: Mobilization - Observation - Behaviour - Intensity - Dementia (MOBID)

APPENDIX

## MOBID-2 Pain Scale

MOBILIZATION - OBSERVATION - BEHAVIOUR - INTENSITY - DEMENTIA

Patient's name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Unit: \_\_\_\_\_

Pay attention to the patient's pain behaviour during morning care. Observe the patient before you start mobilization. Explain clearly what is going to happen. Guide the patient carefully through the activities 1-5. Reverse the movement immediately if pain behaviour is perceived. Rate your observation after each activity:

### Pain Behaviour

Tick the boxes for Pain noises, Facial expression and Defence, whenever you observed such pain behaviour



**Pain noises**  
Ouch!  
Groaning  
Gasping  
Screaming



**Facial expression**  
Grimacing  
Frowning  
Tightening mouth  
Closing eyes



**Defence**  
Freezing  
Guarding  
Pushing  
Crouching

### Pain Intensity

Based on pain behaviour, rate the pain intensity with a cross on the lines (0-10)

YOU MAY TICK SEVERAL BOXES FOR EACH ACTIVITY

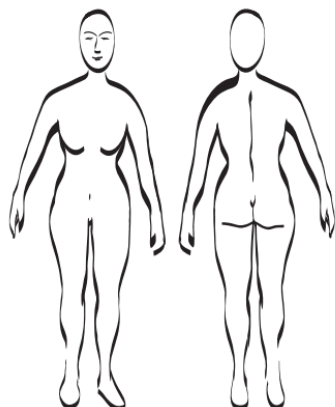
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1. Guide to open both hands, one hand at a time	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HOW INTENSE DO YOU REGARD THE PAIN TO BE? 0 is no pain and 10 is as bad as it possibly could be 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Guide to stretch both arms towards head, one arm at a time	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Guide to stretch and bend both knees and hips, one leg at a time	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Guide to turn in bed to both sides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Guide to sit at the bedside	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

APPENDIX

Did you observe, today or in the last days (one week), that the patient expressed pain behaviour related to head, internal organs and/or skin, which may be caused by a disease, wound, infection and/or injury?

### Pain Behaviour

Make one or more cross/es on the pain drawing (front and back), according to observed pain behaviour (Pain noises, Facial expression and Defence)



### Pain Intensity

Based on pain behaviour, rate the pain intensity with a cross on the lines (0-10)

HOW INTENSE DO YOU REGARD THE PAIN TO BE?  
0 is no pain and 10 is as bad as it possibly could be

6. Head, mouth, neck	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. Heart, lung, chest wall	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Abdomen	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Pelvis, genital organs	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Skin	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Based on all observations, rate the patient's overall pain intensity

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bettina.Husebo@isf.uib.no; Department of Public Health and Primary Health Care, University of Bergen

ANEXO V: Doloplus-2 scale (Behavioural pain assessment in the elderly)

NAME :		Christian Name :	Unit :	DATES			
Behavioural Records							
<b>SOMATIC REACTIONS</b>							
1• Somatic complaints	• no complaints	.....		0	0	0	0
	• complaints expressed upon inquiry only	.....		1	1	1	1
	• occasional involuntary complaints	.....		2	2	2	2
	• continuous involuntary complaints	.....		3	3	3	3
2• Protective body postures adopted at rest	• no protective body posture	.....		0	0	0	0
	• the patient occasionally avoids certain positions	.....		1	1	1	1
	• protective postures continuously and effectively sought	.....		2	2	2	2
	• protective postures continuously sought, without success	.....		3	3	3	3
3• Protection of sore areas	• no protective action taken	.....		0	0	0	0
	• protective actions attempted without interfering against any investigation or nursing	.....		1	1	1	1
	• protective actions against any investigation or nursing	.....		2	2	2	2
	• protective actions taken at rest, even when not approached	.....		3	3	3	3
4• Expression	• usual expression	.....		0	0	0	0
	• expression showing pain when approached	.....		1	1	1	1
	• expression showing pain even without being approached	.....		2	2	2	2
	• permanent and unusually blank look (voiceless, staring, looking blank)	.....		3	3	3	3
5• Sleep pattern	• normal sleep	.....		0	0	0	0
	• difficult to go to sleep	.....		1	1	1	1
	• frequent waking (restlessness)	.....		2	2	2	2
	• insomnia affecting waking times	.....		3	3	3	3
<b>PSYCHOMOTOR REACTIONS</b>							
6• washing &/or dressing	• usual abilities unaffected	.....		0	0	0	0
	• usual abilities slightly affected (careful but thorough)	.....		1	1	1	1
	• usual abilities highly impaired, washing &/or dressing is laborious and incomplete	.....		2	2	2	2
	• washing &/or dressing rendered impossible as the patient resists any attempt	.....		3	3	3	3
7• Mobility	• usual abilities & activities remain unaffected	.....		0	0	0	0
	• usual activities are reduced (the patient avoids certain movements and reduces his/her walking distance)	.....		1	1	1	1
	• usual activities and abilities reduced (even with help, the patient cuts down on his/her movements)	.....		2	2	2	2
	• any movement is impossible, the patient resists all persuasion	.....		3	3	3	3
<b>PSYCHOSOCIAL REACTIONS</b>							
8• Communication	• unchanged	.....		0	0	0	0
	• heightened (the patient demands attention in an unusual manner)	.....		1	1	1	1
	• lessened (the patient cuts him/herself off)	.....		2	2	2	2
	• absence or refusal of any form of communication	.....		3	3	3	3
9• Social life	• participates normally in every activity (meals, entertainment, therapy workshop)	.....		0	0	0	0
	• participates in activities when asked to do so only	.....		1	1	1	1
	• sometimes refuses to participate in any activity	.....		2	2	2	2
	• refuses to participate in anything	.....		3	3	3	3
10• Problems of behaviour	• normal behaviour	.....		0	0	0	0
	• problems of repetitive reactive behaviour	.....		1	1	1	1
	• problems of permanent reactive behaviour	.....		2	2	2	2
	• permanent behaviour problems (without any external stimulus)	.....		3	3	3	3
<b>COPYRIGHT</b>				<b>SCORE</b>			

## ANEXO VI: Pain Assessment Tool in Cognitively Impaired Elders (PATCIE)

PATCIE			
Nonverbal Cues	No	Yes ≤50%	Yes >50%
<b>Facial Expressions</b>			
Clenching teeth/jaws (bring jaws together tightly, tight facial muscles) <sup>*</sup>			
Grimacing (contract eyes, jaws, and lips, wince, frowning, distortion of the face) <sup>*</sup>			
Frowning (wrinkles between the eyebrows and forehead, contracting the eyebrows, looking angry) <sup>*</sup>			
Gloomy face (flat affect, corners of mouth turned down, gazing down) <sup>*</sup>			
<b>Verbalizations/Vocalizations</b>			
Moaning (low, mournful, sound of sorrow) <sup>*</sup>			
Groaning			
Sighing (taking in and letting out a long, deep audible breath, elevation of the shoulders) <sup>*</sup>			
Grunting <sup>†</sup>			
Whiny (uttering a high pitched nasal or throat sound) <sup>*</sup>			
Yelling (screams out verbally when sitting, moved or with movement) <sup>*</sup>			
<b>Body Movements</b>			
Guarding affected/painful site <sup>*</sup>			
Rubbing			
Touching/holding the site			
Tense muscles <sup>†</sup>			
Gait changes <sup>†</sup>			
Reluctant to move			
<b>Changes in Interpersonal Interactions</b>			
Aggressive, combative, resisting care			
Striking out			
Disruptive			
Reluctant to be touched			
Withdrawn			
<b>Changes in Activity or Routines</b>			
Restless (toss and turn, moving or rolling about in bed, purposeless movement different from baseline) <sup>*</sup>			
Rocking motion			
Wandering			
Appetite changes <sup>†</sup>			
<b>Mental Status</b>			
Irritable (impatient, hypersensitive, easily annoyed, striking out, grabbing at staff) <sup>*</sup>			
Crying (with or without tears) <sup>*</sup>			
Confusion (disturbance of consciousness/change in cognition)			

Directions given: After observing the resident for 5 minutes, please mark NO if you DO NOT observe the behavioral cue, YES ≤ 50% if the behavioral cue is present up to 50% of the event, or YES >50% if the behavioral cue is present over 50% of the event. At least one description for the behavioral cue must be present to rate YES. Grouped according to Domains proposed by the [American Geriatrics Society Panel \(2002\)](#).

<sup>\*</sup> Patient is not acting right (change from baseline, caregiver reports changes, not eating, talking or walking, withdrawn); is quiet (still or tranquil), deleted; or is quivering (tremble or shake), deleted. Items from development of the Pain Assessment Tool in Confused Older Adults (PATCOA).

<sup>†</sup> Added based on literature review.