



VALORACIÓN DEL DOLOR EN EL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO

Revisión bibliográfica al respecto

Memoria presentada para optar al título de Graduada en Enfermería de la
Universitat Jaume I presentada por Julieta Lidia Peralta Peralta en el Curso
académico 2016/2017

Valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo.

Este trabajo ha sido realizado bajo la tutela del Profesor Martín Flores Saldaña

[20 de noviembre de 2017]

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

Yo, Julieta Lidia Peralta Peralta, con NIF 20916759F, alumna de cuarto curso del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I, expongo que durante el curso académico **2016/2017**.

- 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 “Valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo”, defendido en lengua “castellana”, en el período de **20 de noviembre, 2017**.

Firmado: Julieta Lidia Peralta Peralta

Castellón de la Plana, 20 de noviembre de 2017

Valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo.

Agradecimientos.

Debo y quiero agradecer a todas las personas que han hecho posible que pueda realizar este trabajo.

En primer lugar, expresar mi agradecimiento al profesor que ha tutorizado este trabajo, Martín Flores Saldaña, por hacerme creer que soy capaz de hacerlo, por sus consejos didácticos y su apoyo constante, por su sinceridad y paciencia inagotable.

En segundo lugar y no por ello menos importante, a mis padres, que siempre me han apoyado en absolutamente todo y me han animado a continuar incluso en los momentos en los que me parecía que todo estaba perdido. Gracias por estar siempre ahí, aún en la distancia.

A mi pareja, mi compañero de vida que siempre ha creído en mí sin medidas ni dudas, has sido mi sustento en todos estos años, gracias por aguantarme en los buenos y en los malos momentos.

A mis compañeros y amigos de promoción, sin su apoyo no habría llegado tan lejos, pero sobretodo quiero agradecer a Blanca Tirado Crespo quien ha sido mi mayor soporte en esta fase, me ha animado a seguir intentándolo cada día sin cansancio, no puedo agradeceréte lo suficiente, agradezco tenerte en mi vida.

Para finalizar quiero agradecer a cada uno de los profesores del Grado en Enfermería, gracias por infundirme vuestros conocimientos sobre esta preciosa vocación y prepararme para mi futuro laboral, he crecido profesional y personalmente durante este trayecto.

Me gustaría dedicar este trabajo a mis abuelos, que, aun teniéndoles lejos, los siento siempre cerca.

Índice.

Resumen.....	6
Abstract.....	7
1. Introducción.....	8
1.1 Dolor en la demencia.....	10
2. Justificación del estudio.....	12
3. Objetivos.....	13
3.1 Objetivo principal:.....	13
3.2 Objetivo secundario:.....	13
4. Metodología.....	14
5. Resultados.....	19
5.1 Características de los estudios seleccionados.....	22
6. Discusión.....	45
7. Limitaciones.....	49
8. Conclusión.....	50
9. Bibliografía.....	51
10. Anexos.....	57

Índice de tablas.

Tabla 1. Elaboración de la pregunta PICO.....	14
Tabla 2. Descriptores utilizados en la búsqueda	16
Tabla 3. Estrategia de búsqueda en las distintas bases de datos	18
Tabla 4. Proceso de selección de los artículos encontrados	19
Tabla 5. Escalas mencionadas en los estudios seleccionados	24
Tabla 6. Artículos seleccionados para la revisión.	31

Índice de figuras.

Figura 1. Relación de los descriptores con los operadores booleanos.....	17
Figura 2. Diagrama de flujo según PRISMA de la selección de los artículos.....	21
Figura 3. Gráfico de los artículos según fecha de publicación.....	22
Figura 4. Gráfico de los artículos según la población a la que se dirigen.....	23

Resumen.

Introducción: la demencia es una de las principales causas de deterioro cognitivo en la población anciana, gran parte de la misma sufre una valoración del dolor insuficiente debido a los retos que genera la detección del dolor cuando existe una disfunción cognitiva con disminución de la capacidad verbal entre otras funciones disminuidas.

Objetivos: el objetivo de esta revisión integradora será identificar qué escalas para la valoración y detección del dolor son aplicables al paciente con demencia con sus funciones cognitivas afectadas, así como detectar en los equipos asistenciales estrategias de calidad para la valoración, diagnóstico y tratamiento del dolor.

Metodología: se realizó una revisión integradora en la que se utilizaron descriptores de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y del Medical Subject Headings (MeSH). Para la búsqueda se utilizaron las bases de datos PubMed, la biblioteca Cochrane Plus, LILACS y SciELO con ciertos filtros aplicados para la fecha de publicación e idioma, entre otros.

Resultados y discusión: se encontraron 530 artículos de los cuales 18 fueron seleccionados tras aplicar una serie de criterios de inclusión y exclusión. En ellos se constata la existencia de una gran cantidad de escalas de medición, pero ninguna de ellas se encuentra validada.

Conclusión: la investigación continua es un objetivo primordial en el desarrollo de un instrumento de valoración del dolor completo con amplitud de aplicación, sencillez, efectividad y fiabilidad. Se ha de ampliar la promoción y educación acerca del dolor y las diferentes escalas para su medición, lo que mejoraría la atención integral.

Palabras clave: disfunción cognitiva, demencia, Alzheimer, dolor, dimensión del dolor

Abstract.

Introduction: Dementia is one of the main causes of cognitive impairment in the elderly population, much of it suffers an insufficient pain assessment due to the challenges generated by the detection of pain when there is a cognitive dysfunction with decreased verbal ability among others decreased functions.

Objectives: the objective of this integrative review will aim to identify which scales for the assessment and detection of pain are applicable to the patient with dementia with their affected cognitive functions, as well as to detect quality strategies in the care teams for the assessment, diagnosis and treatment of pain.

Methods: an integrative review was developed by selecting descriptors of Health Sciences Descriptors (DeCS) and Medical Subject Headings (MeSH). For the search, PubMed databases, the Cochrane Plus library, LILACS and SciELO were used with certain filters applied for the date of publication and language, among others.

Results and discussion: 530 articles were found, of which 18 were selected after applying a series of inclusion and exclusion criteria. They show the existence of a large number of measurement scales, but none of them is validated.

Conclusions: continuous research is a primary objective in the development of a complete pain assessment instrument with wide application, simplicity, effectiveness and reliability. The promotion and education about pain and the different scales for its measurement should be expanded, which would improve an integral care.

Key words: cognitive dysfunction, Alzheimer disease, Dementia, pain, pain measurement.

1. Introducción.

La extensión progresiva de la esperanza de vida está aumentando la incidencia de enfermedades neurodegenerativas. Gran parte de ellas se agrupan dentro de una amplia categoría; la demencia¹.

Cada 3 segundos una persona en el mundo desarrolla demencia².

Demencia y trastornos dolorosos van ligados al envejecimiento. Ambos grupos de patología aumentan de modo casi exponencial con la edad³.

El crecimiento más rápido en la población de personas mayores se está produciendo en China, India y sus vecinos del sur de Asia y el Pacífico occidental² (Anexo I).

Se calcula que entre un 5% y un 8% de la población general de 60 años o más sufre demencia en un determinado momento⁴.

Según la Federación Internacional del Alzheimer y la Organización Mundial de la Salud (OMS), este síndrome afecta a nivel mundial a unos 47 millones de personas, de las cuales alrededor del 60% viven en países de ingresos bajos y medios, pero para el 2050 esto puede aumentar hasta el 68%. Cada año se registran 9,9 millones de nuevos casos. Se prevé que el número total de personas con demencia prácticamente pase a cerca de 75 millones en 2030 y a casi el triple en 2050 (132 millones)^{2,4}.

Las enfermedades neurodegenerativas son actualmente la tercera causa de muerte en nuestro país después de las enfermedades circulatorias y el cáncer. Tienen gran importancia en nuestra sociedad debido a su gran prevalencia, esta aumenta exponencialmente entre los 65 y 85 años siendo en España de un 27,7% en mayores de 85 años⁵.

En nuestro país la cifra se eleva a más de 1.200.000 personas afectadas, aunque se estima que realmente padezcan la enfermedad unas 4.800.000 personas entre quienes la padecen directamente y sus familiares y cuidadores⁶.

Valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo.

La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en todo el mundo. Puede resultar abrumadora no solo para quienes la padecen, sino también para sus cuidadores y familiares. A menudo hay una falta de concienciación y comprensión de la demencia, lo que puede causar estigmatización y suponer un obstáculo para que las personas acudan a los oportunos servicios de diagnóstico y atención⁴.

La demencia no es una enfermedad específica⁷. Es un término general que describe una amplia variedad de síntomas relacionados con el deterioro de la memoria u otras capacidades de razonamiento, que es lo suficientemente grave como para reducir la capacidad de una persona para realizar las actividades cotidianas, llevando progresivamente a la incapacidad y posteriormente a la muerte^{5,8}. Se puede definir como un síndrome clínico orgánico cerebral caracterizado por una declinación progresiva de varias de las funciones intelectuales (memoria, orientación, lenguaje, pensamiento abstracto, comprensión, razonamiento, juicio...), producido por diversos tipos de lesiones orgánicas del cerebro que interfieren con la capacidad de las células del cerebro para comunicarse entre sí, sin alteración de la consciencia^{4,7-9}. Se produce un deterioro de la función cognitiva más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal⁴. La demencia a menudo es llamada incorrectamente "senilidad" o "demencia senil", lo que refleja la creencia antiguamente extendida pero incorrecta de que un deterioro mental grave es una parte normal del envejecimiento⁷.

El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación⁴.

La demencia es causada por múltiples etiologías que, a veces, más aún en el paciente anciano, se interrelacionan. Las causas más frecuentes lo constituyen las demencias primarias o de causa degenerativa, de origen desconocido, como la enfermedad de Alzheimer o los accidentes cerebrovasculares⁹.

La enfermedad de Alzheimer es la primera causa de demencia en mayores de 65 años, representa entre el 60 y el 80 por ciento de los casos y desde el diagnóstico de la enfermedad el tiempo medio de vida de los enfermos es de 5 a 10 años^{5,6,8,10}. La demencia vascular, que ocurre luego de un accidente cerebrovascular, es el segundo tipo de demencia más común, le siguen

los tumores cerebrales, especialmente de la línea media, y de los lóbulos frontales y temporales⁸. Otra forma frecuente es la demencia por cuerpos de Lewy (agregados anormales de proteínas en el interior de las células nerviosas)⁴. Sin embargo, existen muchas otras condiciones que pueden provocar síntomas de demencia, entre ellas algunas reversibles, como los problemas de tiroides y deficiencias de vitaminas⁷. Los límites entre las distintas formas de demencia son difusos y frecuentemente coexisten formas mixtas⁴. Los trabajos más recientes registran más de 60 afecciones capaces de causar un síndrome demencial⁸.

Los tratamientos de la demencia dependen de su causa. No hay ningún tratamiento que pueda curar la demencia o revertir su evolución progresiva. Existen numerosos tratamientos nuevos que se están investigando y se encuentran en diversas etapas de los ensayos clínicos.

Sí existen, en cambio, numerosas intervenciones que se pueden ofrecer para apoyar y mejorar la vida de las personas con demencia y sus cuidadores y familias o tratamientos con medicamentos que pueden ayudar al paciente temporalmente con los síntomas⁷.

1.1 Dolor en la demencia

El dolor es una entidad muy frecuente en la tercera edad¹¹. Se trata de una experiencia sensorial y emocional compleja, multidimensional, que abarca percepciones, emociones y comportamientos. El dolor discapacita¹².

Existe percepción de dolor en el deterioro cognitivo, aunque muchas veces no es detectado porque muchas de estas personas han perdido las habilidades verbales para expresarlo y/o porque en ocasiones la naturaleza de su trastorno puede estar impidiendo que lo identifiquen. En el caso de los pacientes que no pueden hablar o tienen las funciones cognitivas gravemente afectadas, como puede suceder en la evolución de la enfermedad de Alzheimer, la referencia es la observación directa de conductas asociadas a dolor como pueden ser; comportamientos inhabituales, tensión y nervios, aparición de tristeza, apatía y pasividad o irritación y cólera^{13,14}. Se han realizado estudios para valorar los umbrales de dolor y la tolerancia al dolor en pacientes con enfermedad de Alzheimer, comparando estos sujetos con individuos sanos de la misma edad; demostrando que: el componente sensorial discriminativo del dolor se mantiene intacto en pacientes con enfermedad de Alzheimer, aunque la tolerancia se altera según la gravedad de

Valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo.

ésta. Así que, cuanto mayor es la gravedad de la enfermedad, mayor tolerancia existe, las personas mayores sin demencia experimentan significativamente más dolor que los pacientes con enfermedad de Alzheimer, con independencia del estadiaje de la enfermedad, los pacientes de enfermedad de Alzheimer en una fase temprana reportan más dolor que aquellos en una etapa más avanzada, los pacientes con enfermedad de Alzheimer tienen el mismo umbral del dolor que personas que no padecen la enfermedad, pero una significativa mayor tolerancia al mismo, los pacientes con enfermedad de Alzheimer experimentan una reducción en los aspectos motivacionales/afectivos del dolor, la capacidad analgésica del placebo desaparece en el paciente con enfermedad de Alzheimer, los pacientes con enfermedad de Alzheimer parecen ser más sensibles al dolor agudo respecto al crónico¹³.

El dolor puede actuar como factor desencadenante en la sintomatología conductual y psicológica de la demencia por lo que un buen control del mismo reduce la incidencia de trastornos de conducta¹⁵.

En personas con demencia debido a sus problemas de comunicación, el dolor está infravalorado por el personal sanitario y por los cuidadores, llegando a provocar que en ciertas ocasiones los pacientes reciban un tratamiento no adecuado o insuficiente para mejorar sus dolencias¹⁶.

Existen guías de indicadores conductuales de dolor en personas con demencia que facilitan la valoración y el manejo del mismo como son: la “Pain Assessment in Advanced Dementia. PAINAD” o la “Doloplus 2 Scale” entre otras¹². La medición del dolor en el deterioro cognitivo depende del estadiaje de enfermedad. De tal forma que, únicamente en estadios iniciales de demencia se pueden utilizar con seguridad escalas visuales analógicas puesto que, en estadios más avanzados, la pérdida de razonamiento abstracto provoca que los conceptos manejados en las escalas puedan no ser comprendidos, aun siendo escalas muy simples¹³.

En cuanto a la incidencia y prevalencia del dolor en ancianos, se calcula que entre un 50-85% de los pacientes geriátricos tienen dolor y que un 32-53% de los pacientes con demencia presentan dolor a diario¹⁷. De hecho, más de un 40 % de los mayores de 80 años presenta dolor persistente¹¹.

Valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo.

Brattberg et al. encuentran una prevalencia del 73% para los mayores de 77 años y del 68% para los mayores de 85 años. En el medio institucional la prevalencia es aún mayor, llegando a un 71-83%, con importante interferencia en la realización de actividades de la vida diaria y de la calidad de vida¹⁰.

2. Justificación del estudio.

La verbalización del dolor es el método de referencia para evaluar su presencia e intensidad. En los pacientes con demencia que poseen esta capacidad alterada, se utilizará la observación directa de comportamientos asociados, por lo que la detección del mismo resulta más complicada. Será necesario mejorar la capacidad del personal de enfermería en la detección de cualquier tipo de signo o situación que pueda indicar dolor en estos pacientes con el fin de aliviarlo. Para ello, la utilización de escalas de valoración del dolor adaptadas, constituyen una herramienta indispensable. Este estudio se centrará en ellas, en su utilidad y amplitud como instrumento de medición y en los beneficios que su uso puede generar tanto económicamente (disminución/aumento de fármacos) como socialmente en el caso de los cuidadores y/o familia del paciente (disminución del estrés). Además, analizará las diversas estrategias existentes sobre la detección y manejo del dolor, su uso y viabilidad, así como la posibilidad de mejora de las mismas.

3. Objetivos.

3.1 Objetivo principal:

- Identificar qué escalas para la valoración y detección del dolor son aplicables al paciente con demencia con sus funciones cognitivas afectadas.
- Detectar en los equipos asistenciales estrategias de calidad para la valoración, diagnóstico y tratamiento del dolor.

3.2 Objetivo secundario:

- Determinar aquellas situaciones donde una buena escala de medición del dolor pueda generar algún beneficio relacionado con el gasto farmacéutico y/o la disminución del estrés de la familia y/o cuidadores

4. Metodología.

La revisión realizada es de tipo integrador de la literatura científica disponible, sobre la detección y valoración del dolor en el paciente con alteraciones cognitivas graves y/o demencia, así como la identificación de las diferentes escalas utilizadas, su validez, posibilidad de aplicación y beneficios que pueda conllevar su uso. Se consultaron las bases de datos PubMed, La Biblioteca Cochrane Plus, Lilacs, y la biblioteca SciELO, con una estrategia de búsqueda diseñada para obtener resultados relacionados con la metodología de elaboración de una revisión de la literatura.

Teniendo en cuenta los objetivos planteados, se inicia la búsqueda bibliográfica con la formulación de la pregunta PICO identificando sus cuatro componentes; paciente, intervención, comparación, *outcomes*/resultados:

¿Son aplicables escalas de valoración del dolor adaptadas, como herramientas de medición en pacientes con funciones cognitivas gravemente afectadas?

El estudio tendrá efecto sobre aquellos pacientes con funciones cognitivas gravemente afectadas, institucionalizados o no con limitaciones severas en la verbalización del dolor (Tabla 1).

Tabla 7. Elaboración de la pregunta PICO

P	<i>Paciente/Población</i> (¿Quién?).	Pacientes institucionalizados o no, con funciones cognitivas gravemente afectadas.
I	Intervención/Exposición (¿Qué?).	Evaluación de escalas de medición del dolor.
C	Comparación (¿Comparado con qué?).	Pacientes institucionalizados o no, con graves funciones cognitivas a quienes son aplicadas otras técnicas de medición del dolor.
O	Outcomes/Resultados (¿Con qué resultado?).	Diseñar estrategias de valoración y diagnóstico del dolor en pacientes con funciones cognitivas gravemente afectadas.

Valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo.

Los criterios de inclusión para la recopilación de artículos fueron: condición de artículo tanto de revisión como ensayos clínicos aleatorizados (ECA); artículos de acceso libre al texto completo, disponibles tanto en inglés como en español; artículos que contuviesen las palabras clave utilizadas para la búsqueda en título y/o resumen y que estuviesen relacionados con el tema de estudio y aquellos realizados sobre humanos. El horizonte temporal de publicación de los artículos había de encontrarse entre 2013-2017 ambos años inclusive. En cuanto a los criterios de exclusión se consideraron todos aquellos artículos que no cumpliesen los criterios de inclusión anteriormente citados: artículos repetidos, artículos en formato “paper”, protocolos, guías de prácticas clínicas, artículos no relacionados con el tema a estudio, artículos no recuperados, así como aquellos anteriores a 2013 y los considerados como estudios sobre animales.

Se utilizó el vocabulario MeSH (Medical Subject Headings) para realizar la búsqueda en PubMed y en la Biblioteca Cochrane Plus y los descriptores del tesoro DeCS para la búsqueda en LILACS, los cuales se emplearon en inglés ya que la base de datos lo permite y los resultados obtenidos eran más amplios. En la biblioteca SciELO se utilizaron los descriptores de su propio índice en inglés, con una variante de uno de ellos “cognitive dysfunctional attitudes” en lugar de “cognitive dysfunction” al no encontrarse este último término en el índice (Tabla 2).

Valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo.

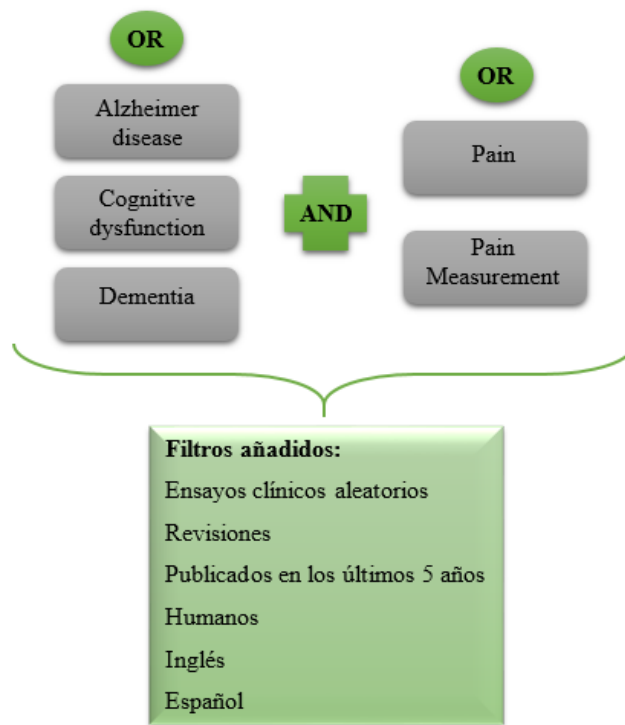
Tabla 8. Descriptores utilizados en la búsqueda

LENGUAJE NATURAL	DeCS Español	DeCS Inglés	MeSH	SciELO
Alzheimer	Enfermedad de Alzheimer	Alzheimer disease	Alzheimer disease	Alzheimer disease
Demencia	Demencia	Dementia	Dementia	Dementia
Alteración cognitiva	Disfunción cognitiva	Cognitive Dysfunction	Cognitive Dysfunction	Cognitive dysfunctional attitudes
Dolor	Dolor	Pain	Pain	Pain
Valoración del dolor	Dimensión del Dolor	Pain measurement	Pain measurement	Pain measurement

Valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo.

Para la búsqueda se han utilizado los descriptores anteriores, enlazándolos con los operadores booleanos “OR” y “AND”, de forma que se obtuviese la mayor cantidad de artículos relacionados con el tema de estudio, quedando la búsqueda de la siguiente manera; (Fig 1).

Figura 1. Relación de los descriptores con los operadores booleanos



En la base de datos PubMed se utilizaron los filtros descritos en la figura 1, en la Biblioteca Cochrane Plus al no disponer de más, sólo se utilizó el filtro de fecha de publicación y en LILACS y SciELO la clasificación se hubo de realizar manualmente de forma exhaustiva ya que no permiten poner ningún filtro para la búsqueda de artículos (Tabla 3).

Tabla 9. Estrategia de búsqueda en las distintas bases de datos

Base de datos	Fórmula de búsqueda	Resultados
PubMed	(((((("Pain"[Mesh]) OR pain))) OR (("Pain Measurement"[Mesh]) OR pain measurement))) AND ((((((("Dementia"[Mesh]) OR dementia))) OR (((("Alzheimer Disease"[Mesh]) OR alzheimer disease))) OR (((("Cognitive Dysfunction"[Mesh]) OR cognitive dysfunction))) Filters: Review; Randomized Controlled Trial; published in the last 5 years; Humans; English; Spanish	314
La Biblioteca Cochrane Plus	((DEMENTIA) OR (ALZHEIMER DISEASE) OR (COGNITIVE DYSFUNCTION)) AND ((PAIN) OR (PAIN MEASUREMENT)) [2013 - 2017]	149
LILACS	("PAIN") or "PAIN MEASUREMENT" [Palabras] and (("ALZHEIMER DISEASE") or "DEMENTIA") or "COGNITIVE DYSFUNCTION" [Palabras]	53
SciELO	(PAIN) or PAIN MEASUREMENT [Todos los índices] and ((ALZHEIMER DISEASE) or DEMENTIA) or COGNITIVE DYSFUNCTIONAL ATTITUDES [Todos los índices]	14

Se realizó un análisis de los artículos obtenidos en la búsqueda, con el fin de seleccionar aquellos que se adecuaban al tema de estudio y que se ajustaran a los criterios de inclusión y exclusión determinados anteriormente, para ello se revisó título y *abstract* de cada uno de ellos y de los que no se obtuvieron suficientes datos sólo con este paso, se revisó el texto completo para decidir su inclusión definitiva. Para evaluar la calidad metodológica de los artículos incluidos, se realizó una lectura crítica mediante las parrillas de lectura crítica Caspe (Critical Appraisal Skills Programme Español) para revisiones y ensayos clínicos (Anexo II,III).

5. Resultados

Para seleccionar los artículos adecuados al trabajo bajo los criterios de inclusión y exclusión expuestos anteriormente, se establecieron una serie de pasos de manera cronológica para facilitar la selección final (Tabla 4).

Tabla 10. Proceso de selección de los artículos encontrados

RESULTADOS					
Bases de datos	Resultados según los términos de búsqueda	Escogidos por tema	Escogidos sin repetición	Escogidos con texto completo en inglés o español, dentro del horizonte temporal escogido	Ensayos clínicos y revisiones
PubMed	59.24% (n=314)	5.47% (n=29)	5.47% (n=29)	4.15% (n=22)	2.83% (n=15)
La Biblioteca Cochrane Plus	28.11% (n=149)	1.89% (n=10)	0.38% (n=2)	0.38% (n=2)	0.0% (n=0)
LILACS	10% (n=53)	0.94% (n=5)	0.94% (n=5)	0.38% (n=2)	0.38% (n=2)
SciELO	2.64% (n=14)	1.32% (n=7)	1.32% (n=7)	0.94% (n=5)	0.38% (n=2)
TOTAL	100% (n=530)	9.62% (n=51)	8.11% (n=43)	5.85% (n=31)	3.58% (n=19)

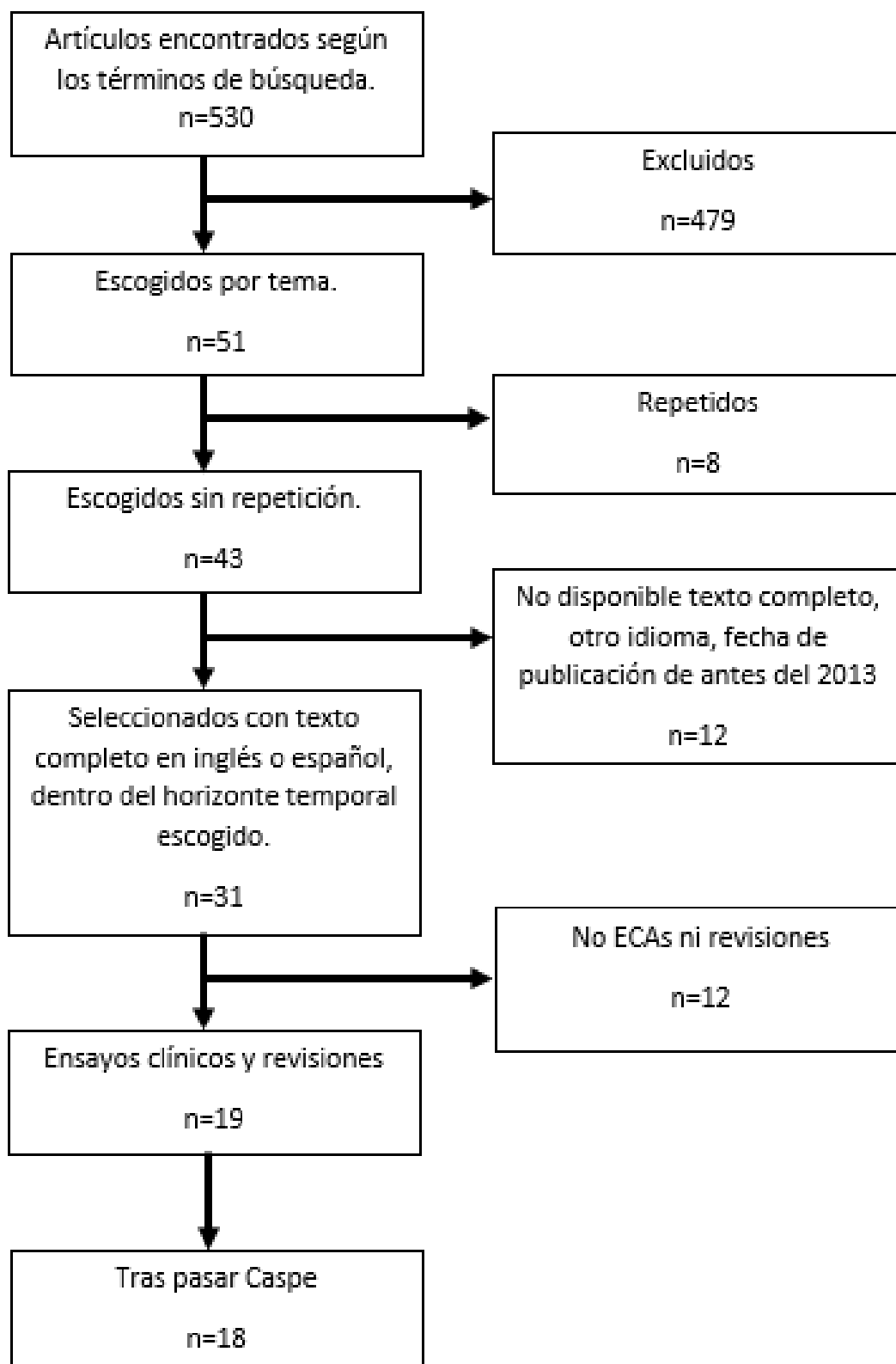
Valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo.

El total de artículos obtenidos en la búsqueda fue de 530 de los cuales un 90.38% (n=479) fueron excluidos al no tratar sobre el tema de estudio tras leer título y *abstract*. A continuación, se eliminaron los artículos repetidos entre las distintas bases de datos lo que constituyó un 1.51% (n=8), el siguiente paso consistió en realizar un cribado con el resto de criterios de inclusión y exclusión, descartando el 2.26% (n=12) de los artículos. Para finalizar, un 2.26% (n=12) de los artículos no se correspondían al formato de estudio que se había escogido para analizar ya que se trataban de *papers*, *posters*, propuestas de estudios o protocolos, quedando, finalmente, 19 ECAs y revisiones los cuales fueron los empleados para desarrollar este estudio.

Tras la lectura crítica de los artículos incluidos mediante las parrillas de lectura crítica Caspe se decidió excluir una de las revisiones ya que no obtuvo una puntuación positiva al responder todas las preguntas de la parrilla en cuanto a resultados poco precisos, falta de rigor en los estudios escogidos, poco desarrollo de los resultados y conclusiones, lacra de información, etc. Por lo que el número final de artículos seleccionados fue de 18(Fig 2).

El mayor número de artículos se obtuvo de la base de datos PubMed: 59.24% (n=314), y el menor número de la biblioteca SciELO: 2.64% (n=14). Esta diferencia se hace comprensible al tratarse la primera, de un motor de búsqueda de libre acceso a la base de datos MEDLINE la cual sea posiblemente la base de datos de bibliografía médica más amplia que existe mientras que la segunda, se trata de una biblioteca virtual que recopila, en este caso, revistas españolas por lo que posee un número bastante reducido de información comparada con PubMed.

Figura 2. Diagrama de flujo según PRISMA de la selección de los artículos



5.1 Características de los estudios seleccionados

Para facilitar el análisis de los artículos recogidos, se decidió clasificarlos en 4 apartados: fecha de publicación, población a la que se dirigen, ámbito en el que se desarrollan y escalas que se mencionan y describen. Se realizó también una tabla con cada uno de ellos para un mejor análisis de sus conclusiones (Tabla 6).

Fecha de publicación:

Todos los artículos se recogen dentro de un período de 5 años entre 2013 y 2017 ya que este horizonte temporal era uno de los criterios de inclusión escogidos. En algunas de las bases de datos utilizadas (PubMed y la biblioteca Cochrane Plus), este filtro pudo ser aplicado directamente en la búsqueda, mientras que en el resto (LILACS y SciELO) se seleccionaron los artículos incluidos en el criterio, post-búsqueda. Del total de los artículos de estudio (n=18), sólo un 5.56% (n=1) fue publicado en el 2013. La mayoría de los artículos poseen una fecha de publicación entre los años 2014 (33.33%, n=6) y 2015 (35%, n=7). 3 artículos (16.67%) fueron publicados en el 2016 y sólo un 5.56% (n=1) fue publicado en el 2017 (Fig 3).

Figura 3. Gráfico de los artículos según fecha de publicación

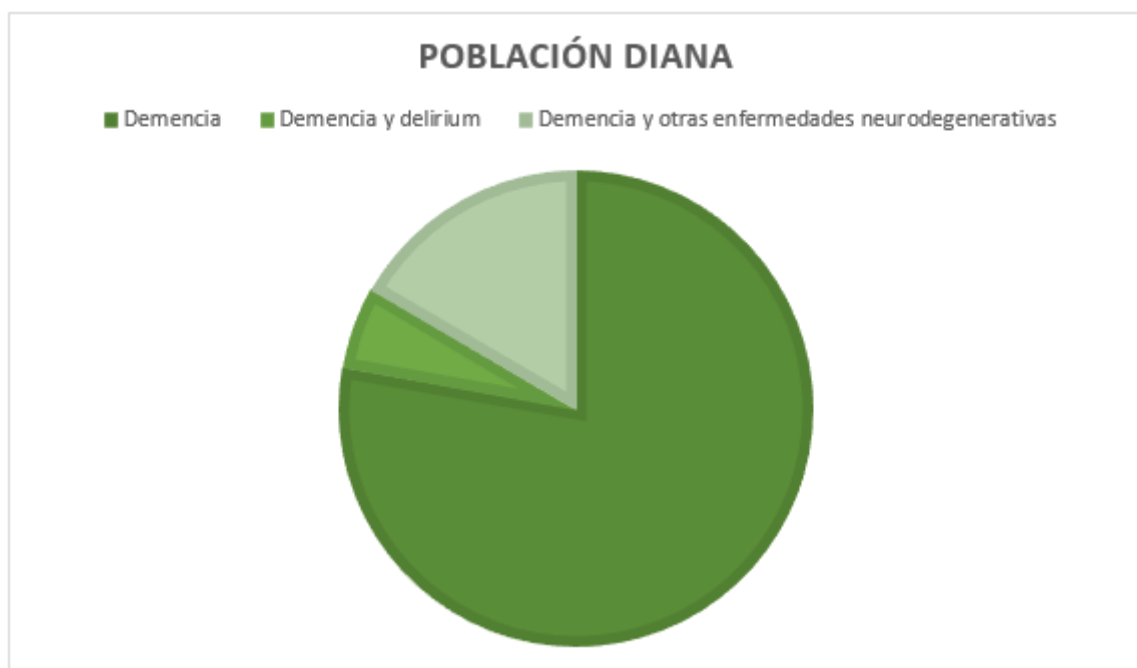


Valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo.

Población diana:

La mayoría de los artículos (77.78%, n=14) acogen como población sólo a personas con demencia o a ancianos con demencia (mayores de 65 años) ya que constituyen la mayor parte de la población afectada por este síndrome clínico. 1 artículo (5.56%) incluye personas con demencia y delirium y los 3 restantes (16.67%) incluyen personas con demencia además de otras enfermedades neurodegenerativas (Fig 4)

Figura 4. Gráfico de los artículos según la población a la que se dirigen.



Ámbito de uso de las diferentes escalas:

Se encontraron diversos ámbitos sanitarios, residenciales o sociosanitarios en los cuales se utilizan las escalas mencionadas en los estudios seleccionados, agrupadas de distinta manera en cada uno de ellos. Se decidió realizar la siguiente clasificación: hospitalización, cuidados de larga duración y cuidados de corta duración (agudos) en residencias de ancianos, ámbito residencial y ámbito sociosanitario (Tabla 5).

Escalas mencionadas:

Para obtener una visión general de todos los instrumentos de valoración que se mencionan para la detección, valoración y/o tratamiento del dolor, se realizó la siguiente tabla con cada uno de ellos y la descripción de su objetivo y formato (Tabla 5).

Tabla 11. Escalas mencionadas en los estudios seleccionados

ESCALAS	OBJETIVO	ESTRUCTURA
Abbey Pain Scale (APS) (Anexo IV).	Escala observacional construida para evaluar el dolor en pacientes con demencia avanzada e internacionalmente validada, además intenta, de forma rápida, establecer la intensidad del dolor en leve, moderado y grave según la puntuación final alcanzada	Cubre cuatro de los seis dominios descritos por la Sociedad Americana de Geriatría (SAG) y consta de seis ítems: vocalización, expresión facial, lenguaje corporal, cambios de comportamiento, cambios fisiológicos y cambios físicos.
Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI) (Anexo V).	Inicialmente se desarrolló como una herramienta para evaluar comportamientos asociados al dolor en ancianos con deterioro cognitivo pero ha sido empleada en otras poblaciones con problemas de comunicación.	Consiste en 6 categorías: quejas vocales no verbales, muecas faciales, apoyo corporal durante el movimiento, inquietud, frotamientos y quejas vocales verbales.
Doloplus-2 (Anexo VI).	Escala de hetero-evaluación comportamental en las personas ancianas con problemas de comunicación verbal.	Trata de una ficha de observación con 10 puntos (5 somáticos, 2 psicomotores y 3 psicosociales puntuados de 0 a 3 cada uno). Una puntuación ≥ 5 sobre 30, señala la presencia de un dolor fuerte.

Valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo.

<p>Mahoney Pain Scale (Anexo VII).</p>	<p>La escala de dolor de Mahoney evalúa la presencia y estima la severidad del dolor en personas con demencia avanzada. La herramienta también tiene como objetivo diferenciar el dolor de la agitación. Es administrado por cuidadores que conocen bien a la persona.</p>	<p>Consta de 8 elementos clasificados a lo largo de una escala de 4 puntos (0-3), donde 0 indica dolor mínimo y 3 se relaciona con dolor severo. Los primeros 4 ítems del MPS evalúan 4 comportamientos de dolor comunes. Estos incluyen expresión facial, vocalizaciones, lenguaje corporal y cambios en la respiración</p>
<p>Non-communicative Patient's Pain Assessment Instrument (NOPPAIN)</p>	<p>Es un instrumento administrado por enfermería para evaluar los comportamientos de dolor en pacientes con demencia</p>	<p>(Anexo VIII)</p>
<p>Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD)</p>	<p>Herramienta para valorar el dolor en pacientes con demencia avanzada.</p>	<p>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.</p>
<p>Pain Assessment Checklist for</p>	<p>Se utiliza para detectar el dolor en adultos mayores que tienen demencia u otro deterioro cognitivo con una capacidad limitada para</p>	<p>Lista de verificación con un total de 60 elementos organizados bajo cuatro categorías definidas conceptualmente: expresiones faciales (13</p>

Valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo.

<p>Seniors with Limited Ability to Communicate PACSLAC (Anexo IX)</p>	<p>comunicarse. La herramienta debe ser utilizada por una enfermera profesional.</p>	<p>ítems), actividad / movimientos corporales (20 ítems), social / personalidad / estado de ánimo (12 ítems) e indicadores fisiológicos / cambios en la alimentación y el sueño / conductas vocales (15 ítems)</p>
<p>PACSLACII (Anexo X)</p>	<p>Una herramienta más corta que mejoraría la PACSLAC.</p>	
<p>Pain Assessment for Dementing Elderly (PADE)</p>	<p>Herramienta para la evaluación del dolor en individuos con demencia avanzada. Esta herramienta fue desarrollada para ayudar a los cuidadores o profesionales de la salud a evaluar el comportamiento de un paciente que puede indicar dolor.</p>	<p>Posee tres secciones con un total de 24 elementos. La primera parte evalúa los componentes físicos, que incluyen: expresión facial observable, patrón de respiración y postura. La calificación de la intensidad del dolor es el segundo componente y el tercer componente incluye evaluaciones de las actividades de la vida diaria (AVD).</p>
<p>La escala de dolor Movilización-Observación-Comportamiento-Intensidad-Demencia-2 (MOBID-2) (Anexo XI)</p>	<p>Instrumento de observación para evaluar el comportamiento típico del dolor en personas con demencia de moderada a grave y que ya no pueden autoevaluar válidamente su dolor. La herramienta ha sido desarrollada y probada por personal de</p>	<p>La escala se enfoca en tres comportamientos relacionados con el movimiento: expresiones faciales, ruidos de dolor y gestos defensivos. Las suposiciones son que, en presencia de dolor, se producirán movimientos estandarizados de</p>

Valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo.

	<p>enfermería que se encuentra en contacto cercano con los pacientes y conocer su comportamiento habitual.</p>	<p>articulaciones en brazos, piernas y tronco estos comportamientos observables. Al calificar la intensidad del dolor para comportamientos individuales el cuidador puede inferir la intensidad general del dolor en una escala de calificación numérica.</p>
<p>Pain Assessment Instrument in Noncommunicative Elderly (PAINe)</p>	<p>Es una herramienta de evaluación basada en informantes que se desarrolló para evaluar el dolor en ancianos no comunicativos debido a las limitaciones del autoinforme y las herramientas de observación para detectar dolor en esta población</p>	<p>Junto con 4 de las 6 categorías de comportamiento del dolor de la AGS (expresiones faciales, verbalizaciones, movimientos corporales y cambios en los patrones de actividad o rutinas), la escala consta de 22 ítems que incluyen conductas físicas y vocales repetitivas identificadas por la enfermera, señales visibles de dolor, como articulaciones hinchadas o sangre en el pañal, y cambios en el comportamiento. Hay una escala de calificación de 6 puntos para medir la frecuencia de ocurrencia de conductas de dolor que van desde 1 (nunca) a 7 (varias veces por hora).</p>

Valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo.

<p>Faces Pain Scale-Revised (FPS-R) (Anexo XII)</p>	<p>Su objetivo es evaluar la intensidad del dolor en personas que pueden autoevaluarse pero que no pueden usar una escala de calificación numérica (NRS).</p>	<p>Serie de caras que muestran cuánto dolor o incomodidad se siente. La cara de la izquierda no muestra dolor. Cada cara muestra más y más dolor hasta la última cara que muestra el peor dolor posible. Se ha de señalar la cara que muestra cuán grave es el dolor en el presente. Luego se puntúa la cara elegida del 0 al 10. 0=sin dolor, 10=mucho dolor.</p>
<p>The Visual Analog Scale (VAS), EVA en español (Anexo XIII)</p>	<p>Es una medida unidimensional de la intensidad del dolor, que se ha utilizado ampliamente en diversas poblaciones adultas, incluidas las que padecen enfermedades reumáticas.</p>	<p>VAS es una escala continua compuesta por una línea horizontal (HVAS) o vertical (VVAS), generalmente de 10 centímetros (100 mm) de longitud, anclado por 2 descriptores verbales, uno para cada síntoma extremo</p>
<p>Numerical Rating Scale (NRS) (Anexo XIV)</p>	<p>La Escala Numérica de Evaluación del Dolor (NPRS) es una medida unidimensional de la intensidad del dolor en adultos,</p>	<p>El NPRS es una versión numérica segmentada de la escala analógica visual (VAS) en la que un encuestado selecciona un número entero (0-10 enteros) que mejor refleja la intensidad de su dolor. El formato común es una barra o línea horizontal.</p>

Valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo.

<p>Facial Acting Coding system (FACS)</p>	<p>Es una herramienta para medir expresiones faciales</p>	<p>El manual de FACS es autoinstruccional. El usuario lee el manual y practica la codificación de varias imágenes y videos. Después de completar el manual, el usuario realiza una prueba final de certificación. Esta autoinstrucción generalmente toma de 50 a 100 horas para completarse.</p>
<p>Elderly Pain Caring Assessment 2 tool (EPCA-2)</p>	<p>Fue desarrollada en un intento de proporcionar una herramienta confiable y válida con alta utilidad clínica para observar y evaluar la intensidad del dolor en forma no verbal comunicando adultos mayores. La herramienta se basa en la familiaridad del cuidador con el paciente para informar cambios en el comportamiento.</p>	<p>La escala final de 8 elementos se compone de 2 subescalas cada una con cuatro artículos: a) expresión facial b) postura espontánea adoptada en reposo (tratando de encontrar un lugar cómodo posición) c) movimientos del paciente fuera de la cama y / o en la cama d) interacciones de todo tipo con otras personas. 2) signos durante la prestación de cuidados para ser calificados inmediatamente después del cuidado: a) anticipación ansiosa de la intervención del cuidador b) reacciones durante la intervención del cuidador c) reacciones del paciente cuando se cuidan partes dolorosas del cuerpo d) quejas expresadas durante el cuidado.</p>

Valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo.

<p>Verbal Descriptor Scale (VDS) (Anexo XV)</p>	<p>Escala de calificación de la intensidad del dolor, buena para usar con cualquier persona, incluidos aquellos con deterioro cognitivo de moderado a severo.</p>	<p>Se trata de una escala pictográfica con el dibujo de un termómetro en vertical donde la mayor intensidad del dolor se sitúa arriba. Se acompaña de una serie de 6 definiciones de la intensidad del dolor que se tiene en el presente.</p>
<p>Iowa Pain Thermometer (IPT) (Anexo XVI)</p>	<p>Es una herramienta para medir el dolor actual en pacientes que tienen una capacidad limitada o nula para expresarse. El IPT es un VDS modificado</p>	<p>Consta de siete descriptores de dolor que describen diferentes niveles de intensidad del dolor (sin dolor, dolor leve, dolor moderado, dolor intenso, dolor muy intenso y el dolor más intenso que se pueda imaginar) más opciones de respuesta entre palabras (puntuaciones de 0 a 12) y se ayuda con el dibujo de un termómetro para la conceptualización del dolor identificado.</p>

Valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo.

Tabla 12. Artículos seleccionados.

AUTORES	AÑO	POBLACIÓN DIANA	ESCALAS MENCIONADAS	CONCLUSIONES
Achterberg W, Pieper M, van Dalen-Kok A, et al.	2013	Personas con demencia en diferentes niveles y tipos (Enfermedad de Alzheimer, demencia vascular, demencia forntotemporal y demencia por cuerpos de Lewy)	VAS, NRS, FPS, Facial Acting Coding system (FACS), PADE, PAIN, EPCA-2	<p>La evidencia demuestra la grave falta de evaluación y tratamientos efectivos del dolor en personas con demencia. Uno de los principales problemas en este proceso es el desarrollo de un conjunto de herramientas de evaluación que tenga buenas características psicométricas, que se pueda utilizar en diferentes tipos de pacientes con deterioro cognitivo, disponible en muchos idiomas, sensible al cambio, fácil de usar en diferentes configuraciones y que sea factible y práctico para enfermeras y otros usuarios y dirigido a los diversos subtipos de demencia.</p> <p>Es esencial que se desarrollen programas continuos de educación y capacitación, implementados y evaluados para asegurar la eficacia y uso de cualquier herramienta nueva.</p>

Valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo.

				La creación de “grupos del dolor” con diferentes profesionales para colaborar en la asistencia al dolor podría mejorar la misma.
Lichtner V, Dowding D, Esterhuizen P, et al.	2014	Personas con demencia o disfunción cognitiva	28 herramientas de valoración	Actualmente no se puede recomendar ninguna herramienta particular para su uso en cualquier entorno clínico, debido a la falta de evidencia integral sobre la confiabilidad, validez, viabilidad o utilidad clínica. La investigación adicional debe dirigirse hacia este aspecto. Estos requisitos son necesarios, aunque no son suficientes para su uso real en la práctica clínica de rutina. El objetivo sigue

Valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo.

				siendo el mismo: obtener una evaluación tan buena como sea posible del dolor del paciente con vistas a un manejo del dolor efectivo.
Corbett, A, Husebo, BS, Achterberg, WP, Aarsland, D, Erdal, A, Flo, E.	2014	Personas con demencia	Expresiones faciales que puedan estar relacionadas con el dolor. MOBID-2	Actualmente, existe un impulso considerable en el campo de la investigación para mejorar la evaluación del dolor basada en la evidencia y a través de consultas con profesionales de la salud. La implementación completa de un proceso coordinado para la gestión del dolor requiere pautas apropiadas. Un gran número de estudios están en marcha, centrándose sobre la creación de vías de gestión del dolor basadas en la evidencia para entornos de atención aguda y residencias. Este trabajo será vital para abordar algunas lagunas en la literatura y proporcionar una orientación clara y práctica sobre la evaluación y el tratamiento del dolor en pacientes con demencia.
Mansilla, JR, Jiménez-Palomares, M, González-López-Arza, MV.	2014	Personas con demencia	22 herramientas de valoración del dolor y otros	Es necesario un mayor número de estudios para confirmar las escalas más utilizadas para valorar el dolor en las personas mayores con demencia y, en consecuencia, recomendar su uso a los profesionales

Valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo.

			parámetros relacionados	sanitarios como instrumento de valoración del dolor. Parece ser que la utilización de escalas observacionales puede detectar el dolor en esta tipología de pacientes. Las más usadas por los investigadores recogidos en esta revisión son la escala visual analógica, para pacientes con demencia leve, y las escalas PANAID y la escala FPS, para pacientes con demencia moderada-grave, por su facilidad de aplicación tanto por los profesionales sanitarios como por los familiares o cuidadores.
Hadjistavropoulos, T, Herr, K, Prkachin, KM. Craig, KD. Gibson, SJ. Lukas, A Smith, JH.	2014	Personas con demencia aunque menciona la posibilidad de tratar por ejemplo a pacientes con afasia post- infarto con las mismas escalas	VAS, NRS, VDS, IPT, FPS, FPS-R, Abbey Pain Scale, DOLOPLUS-2, PAINAD... 15 herramientas de valoración y detección del dolor.	Las personas con demencia corren un alto riesgo de subestimación, baja detección y de un tratamiento insuficiente del dolor, a pesar de que el dolor continúa siendo altamente prevalente con el envejecimiento. La evaluación sólida del dolor observacional debería incorporar el uso de un instrumento estandarizado y bien validado, con resultados repetidos en el tiempo, observación durante el

Valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo.

				<p>movimiento, y evaluación del dolor antes y después del tratamiento del dolor.</p> <p>La investigación adicional debe intentar validar estas escalas en otras poblaciones de pacientes susceptibles con otras enfermedades neurológicas.</p>
<p>Chan, S. Hadjistavropoulos, T. Williams, J. Lints-Martindale, A.</p>	2014	Personas con demencia	PACSLAC-II	<p>PACSLAC-II ha demostrado propiedades psicométricas positivas y, en particular, la capacidad de diferenciar entre el dolor y los estados sin dolor por encima de otras herramientas de este tipo, incluido el PACSLAC original. El personal que lo utilizó también informa sobre los beneficios de su formato abreviado.</p>
<p>Lindemann Carezzato, N. Valera, GG. Assis, F. Vale, C. Hortense, P.</p>	2014	Personas con demencia severa	<p>ABBEY PAIN SCALE, ADD, CNPI, CPAT, DOLOPLUS-2, MOBID y MOBID-2, MPS, NOPPAIN, PACSLAC,</p>	<p>Dado que el dolor se encuentra entre los principales factores que impactan negativamente la calidad de vida en personas mayores con déficits cognitivos, la aplicación de instrumentos específicos para medir, evaluar y manejar el dolor de manera efectiva es especialmente importante, brindando a las personas una atención humanitaria e integral.</p>

Valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo.

			PADE, PAINAD y PAINÉ.	
Álvaro González, LC.	2015	Personas con demencia	PACSLAC y DOLOPLUS-2	En el escenario clínico práctico, se ha de buscar una mayor sensibilidad para diagnosticar el dolor. Las escalas visuales simples son útiles en pacientes comunicativos. En los que no lo son, la observación de signos indirectos y escalas específicas (PACSLAC y Doloplus-2) permiten detectar y cuantificar el dolor.
Regan A, Colling J, Tapley M.	2015	Personas con demencia leve, moderada o avanzada	La escala analógica coloreada para la evaluación de la intensidad del dolor, FPS, Abbey Scale, PAINAD y la expresión facial	Cuando el auto-informe ya no es preciso, se necesita conocimiento para pasar a una evaluación objetiva. La elección y el uso constante de una herramienta de evaluación del dolor mejora el reconocimiento y la eficacia del alivio del mismo
Kolanowski, A. Mogle, J. Fick, DM. Hill, N.	2015	Ancianos con demencia y delirium	PAINAD y NOPPAIN	El dolor es común en las residencias de transición, pero poco reconocido en pacientes con demencia. Esta brecha en la atención transitoria tiene una importancia crítica dada la asociación del dolor con

Valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo.

<p>Mulhall, P. Nadler, J. Colancecco, E. Behrens, Liza</p>				<p>el delirio y la dependencia funcional y el riesgo posterior de muerte o institucionalización permanente.</p> <p>Debido a que el personal no profesional comprende la mayoría de la fuerza de trabajo, se deben usar herramientas de observación simples y precisas para la evaluación y el reconocimiento del dolor.</p> <p>Ejemplos de herramientas que se han desarrollado para el personal de atención directa y que se pueden integrar fácilmente en el flujo de trabajo, incluyen el PAINAD o el NOPPAIN.</p>
<p>Savvas, S Gibson, S</p>	<p>2015</p>	<p>Personas con demencia</p>	<p>NOPPAIN, DOLOPLUS-2, PAINAD, ABBEY y PACSLAC</p>	<p>Un buen manejo del dolor en entornos residenciales especializados en el cuidado de ancianos debe afrontar una serie de barreras tales como las actitudes hacia el dolor, las deficiencias de comunicación, la heterogeneidad de las respuestas farmacológicas en pacientes ancianos frágiles y una evidencia limitada sobre enfoques de tratamiento efectivos para pacientes con demencia.</p> <p>Sin embargo, el desarrollo de herramientas de observación del comportamiento y protocolos de</p>

Valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo.

				dolor paso a paso pueden ayudar a afrontar algunos de estos obstáculos.
Custódia, Andressa Caio Eira Maia, Flávia Oliveira Motta Silva, Rita Cassia Gengo	2015	Ancianos con demencia	PAINAD, VRS, VAS, FPS, DOLOPLUS-2, RWS y el cuestionario McGill	Este estudio ha contribuido a destacar la importancia de la sistematización de la evaluación del dolor en pacientes hospitalizados con demencia. PAINAD ha demostrado una mayor detección del dolor y un mejor tratamiento con el uso de analgésicos. Las escalas de autoinforme resultaron más útiles para pacientes con deterioro cognitivo menos severo y el VRS ha proporcionado resultados más consistentes para la evaluación del dolor en los ancianos con deterioro cognitivo de moderado a severo. Los resultados de esta revisión sugieren que las escalas observacionales y de autoreporte se pueden utilizar para evaluar el dolor en ancianos hospitalizados con demencia, siempre que se tenga en cuenta el nivel de deterioro cognitivo al elegir la escala, evitando evaluaciones inadecuadas y consecuente infratratamiento del dolor.
Montoro-Lorite, Mercedes	2015	Ancianos con demencia avanzada	NRS, EVA y PAINAD	La gestión del dolor es una prioridad social y sanitaria que precisa de una actuación

Valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo.

Canalias-Reverter, Montserrat				<p>multidisciplinar más compleja, donde participan enfermo, familia y personal sanitario. La estrategia más relevante para la gestión completa del dolor incluye que se debe evaluar y reevaluar de forma rutinaria (utilizando escalas validadas y fiables) y planificar actuaciones individualizadas. Su documentación facilitará el seguimiento del plan de actuación y la comunicación entre los diferentes profesionales que forman el equipo, con la finalidad de proporcionar cuidados de calidad a los ancianos con demencia avanzada, atendidos en las unidades de geriatría de agudos, y ayudar a guiar a todos los profesionales que atienden a este colectivo en la continuidad de cuidados</p>
Papiol Espinosa, Geòrgia Abades Porcel, Mercedes	2015	Personas con demencia avanzada	DOLOPLUS, PAINAD y PACSLAC	<p>El dolor es un síntoma frecuente en la población geriátrica con demencia avanzada, infradiagnosticado e infratratado.</p> <p>El tratamiento insuficiente del dolor genera sufrimiento y deterioro a nivel funcional, cognitivo y afectivo, así como cambios de conducta en los pacientes con demencia.</p>

Valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo.

				<p>Las escalas observacionales para la valoración del dolor pueden ser una alternativa eficaz a tener en cuenta en nuestra práctica asistencial.</p> <p>El abordaje del dolor representa un problema interdisciplinar, pero enfermería representa una figura clave en el proceso de detección, mediante valoraciones sistematizadas e individualizadas.</p> <p>Faltan instrumentos a nivel nacional que permitan evaluar el dolor, así como la respuesta terapéutica.</p> <p>Resulta imprescindible la sensibilización y la formación de los profesionales sanitarios sobre el abordaje del dolor en pacientes con demencia avanzada</p>
<p>Oosterman, Joukje M Zwakhalen, Sandra Sampson, Elizabeth L Kunz, Miriam</p>	<p>2016</p>	<p>Personas con demencia</p>	<p>ABBEY, ADD, CNPI, DS-DAT, DOLOPLUS-2, EPCA, MOBID- 2, NOPPAIN, PACSLAC, PADE, PAINAD, PAINE, y el FACS</p>	<p>El análisis de la expresión facial promete ser una fuente de información específica, alternativa e independiente para la detección del dolor en las personas mayores con demencia.</p> <p>Las escalas de observación difieren significativamente en la definición de qué son precisamente las expresiones faciales indicativas del</p>

Valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo.

				<p>dolor, cómo se definen y en qué etapa de la demencia lo hacen.</p> <p>La detección del dolor seguramente mejorará también mediante la evaluación de los movimientos corporales y la vocalización.</p> <p>los nuevos desarrollos en procesamiento de imágenes por ordenador y aprendizaje automático podrían permitir la detección automática del dolor de las expresiones faciales en años futuros.</p>
Husebo, Bettina S Achterberg, Wilco Flo, Elisabeth	2016	Personas con Alzheimer y otros tipos de demencias. Cuidados paliativos.	EPCA-2, PAINE, PADE, VAS, NRS, MOBID-2,	<p>Subraya la grave situación en la que se encuentra el manejo del dolor en la demencia especialmente avanzada: la evaluación minuciosa del dolor es deficiente y los instrumentos de dolor observacionales apenas se han evaluado por su capacidad de respuesta; por lo tanto, falta una evaluación efectiva de las estrategias de manejo del dolor y la evidencia de eficacia y seguridad de los analgésicos es en gran medida inexistente.</p> <p>Existe una necesidad de futuras investigaciones sobre ensayos farmacológicos para el dolor en</p>

Valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo.

				<p>personas con demencia de moderada a grave usando herramientas de evaluación del dolor que han sido probadas para determinar su capacidad de respuesta. Además, existe una gran necesidad de estudios que investiguen la atención al final de la vida en esta población.</p>
<p>Ellis-Smith, Clare Evans, Catherine J. Bone, Anna E. Henson, Lesley A. Dzingina, Mendwas Kane, Pauline M. Higginson, Irene J. Daveson, Barbara A.</p>	<p>2016</p>	<p>Personas con demencia</p>	<p>ABBEY, CNPI, CAN Pain Assessment Tool, Doloplus-2, Mahoney Pain Scale, NOPPAIN, PAINAD, PACSLAC y PACSLACII, PACI, PADE y Pain Behaviors for Osteoarthritis Instrument for Cognitively</p>	<p>Las medidas de evaluación del dolor son las mejor desarrolladas y tienen la evidencia más sólida de propiedades psicométricas para el uso de cuidadores en personas con demencia.</p> <p>Se necesita con urgencia una medida multisintomática completa para el cuidador para evaluar el alcance total de los síntomas en las personas con demencia, de modo que se detecten los síntomas y se remitan los pacientes cuando se necesite una intervención médica.</p>

Valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo.

			Impaired Elders (Instrumento para la valoración de comportamientos del dolor en osteoarthritis para ancianos con deterioro cognitivo)	
de Tommaso, Marina Kunz, Miriam Valeriani, Massimiliano	2017	Personas con las principales enfermedades neurodegenerativas: Alzheimer, demencia, Parkinson, desórdenes extrapiramidales y esclerosis lateral amiotrófica (ELA)	No menciona ninguna escala en particular,	En pacientes con demencia, la evaluación del dolor necesita de competencias específicas y métodos de evaluación clínica. A pesar de la relevancia reconocida del dolor en tales enfermedades, todavía no se cuenta con una evaluación específica. Hasta ahora, se ha desarrollado una cantidad impresionante de escalas de calificación del comportamiento del dolor que intentan evaluar el dolor en función del comportamiento no verbal. Sin embargo, la validez, la usabilidad y la viabilidad de

Valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo.

				<p>estas escalas todavía no son satisfactorias y, a menudo, no se utilizan en la práctica clínica. Además, la demencia es un concepto muy amplio que incluye no solo varios tipos de procesos neurodegenerativos que afectan diferentes áreas del cerebro sino también diferentes grados de deterioro cognitivo. La mayoría de los estudios hasta ahora no diferencian entre los diferentes tipos o etapas de la demencia.</p> <p>Es un hecho alarmante que los pacientes con demencia aún se excluyen de los ensayos de ECA de alta calidad para el tratamiento del dolor. Esto subraya las altas necesidades de investigación, así como excelentes conceptos de implementación para la evaluación del dolor y el tratamiento del dolor en personas mayores con demencia.</p>
--	--	--	--	--

6. Discusión.

El envejecimiento de la población, combinado con un aumento paralelo en la prevalencia mundial de la demencia y el accidente cerebrovascular, hacen que la evaluación eficaz del dolor en la demencia sea de suma importancia¹⁸. Todos los artículos analizados coinciden en que una correcta detección, valoración y manejo del dolor en los pacientes con deterioro cognitivo, es imprescindible para llevar a cabo un tratamiento del dolor adecuado y completo, dirigido a cada uno de ellos.

La mayoría de estudios se centran en la demencia en general, relacionada con la población anciana (más de 65 años) ya que es el colectivo más afectado por este síndrome, aunque algunos autores como Achterberg WP, et al. realizan en su estudio una distinción entre el dolor en la enfermedad de Alzheimer y otros tipos de demencia y subraya que el dolor en personas con demencia vascular ha sido poco investigado. Hadjistavropoulos T, et al. hacen patente la existencia de pacientes con otros desórdenes neurológicos que también están en riesgo de manejo inadecuado del dolor, como aquellos con afasia post-apoplejía, por último, de Tommaso, M, et al. distinguen en su estudio: la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson y desórdenes relacionados, la enfermedad motoneuronal y la enfermedad de Huntington^{1,18,19}. En este conjunto poblacional, con frecuencia, el dolor no se reconoce, se subestima y se trata de manera insuficiente debido a los problemas de comunicación que suelen presentar por lo que la ausencia de reportes de dolor por parte del paciente no debe considerarse como ausencia de dolor^{1,18-29}.

Se distinguen distintos tipos de dolor según su localización, duración y facilidad de detección. Achterberg, WP, et al. menciona el dolor relacionado con los órganos, cabeza y piel como difíciles de valorar comparado con el del sistema musculoesquelético, al igual que ocurre entre el dolor agudo y el crónico, además, señala la importancia de incluir el dolor orofacial en las herramientas de detección y valoración del dolor^{19,30}.

En cuanto a las distintas estrategias de detección del dolor, se considera que el autoinforme debe constituir la fuente principal de valoración ya que se trata de un método confiable y preciso de expresar el dolor en las etapas más tempranas de la demencia, cuando el deterioro cognitivo es limitado y la capacidad de comunicación está casi intacta, aunque Hadjistavropoulos T, et

Valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo.

al. consideran que puede ser útil incluso en pacientes con demencia moderada y Montoro-Lorite, M. et al. hasta en pacientes con deterioro cognitivo avanzado al contrario que Papiol Espinosa, G. et al. que lo considera inútil en el deterioro cognitivo grave^{21,25,26,30-32}.

Existen diferentes escalas visuales y/o verbales que pueden complementar y completar el autoinforme, como son la Escala Visual Analógica (EVA), la NRS o la FPS que son las que se utilizan con más frecuencia, sin embargo, el estudio de Achterberg, WP, et al. considera que la FPS es la menos útil incluso en las etapas más tempranas de la demencia así como también lo es la EVA, uno de los instrumentos de evaluación más utilizados en adultos jóvenes, pero con una tasa de error sustancialmente alta entre los adultos mayores en comparación con la NRS y la VDS, por lo que no se recomienda en esta población^{18-20,23,25,31,32}. En contraposición, Hadjistavropoulos T, et al. afirma que la FPS y la FPS-R son confiables y válidas en adultos mayores con impedimentos cognitivos. Los resultados de varios estudios han demostrado que los adultos mayores a menudo prefieren la VDS cuando se les da a elegir y que el IPT es preferido por adultos mayores con deterioro cognitivo. La NRS es confiable y ha sido validada para su uso con adultos de edad avanzada, su tasa de cumplimentación es alta en personas sin deterioro cognitivo, pero disminuye sustancialmente en aquellos con deficiencia leve y moderada^{18,31}. La VRS ha proporcionado resultados más consistentes para la evaluación del dolor en los ancianos con deterioro cognitivo de moderado a severo³². Un estudio, nombra la escala analógica coloreada como otra herramienta útil²³.

Cuando la capacidad verbal se encuentra claramente deteriorada, la detección del dolor se convierte en un desafío, por lo que la observación y detección del comportamiento relacionado con el dolor se convierte en un enfoque valioso para su identificación. Un panel de expertos convocado por la Sociedad Estadounidense de Geriátrica (AGS) publicó una guía que describe las diversas expresiones conductuales del dolor en el anciano, incluyendo expresiones faciales, verbalizaciones y vocalizaciones, movimientos corporales, cambios en los patrones de actividad y rutinas, cambios en las interacciones interpersonales y cambios en el estado mental, útiles al desarrollar herramientas de evaluación del dolor en la demencia^{19,22,25-28}.

Existe una gran cantidad de escalas observacionales de las cuales, las siguientes han sido con más frecuencia, objeto de estudio y revisión: la ABBEY SCALE posee una consistencia interna (grado en que los ítems de una escala se correlacionan entre ellos) satisfactoria y diferencia

situaciones dolorosas y no dolorosas al igual que la escala NOPPAIN^{18,34}. La escala ABBEY fue respaldada por la Sociedad Australiana del Dolor y se consideró como uno de los tres instrumentos con el mayor respaldo en una comparación sistemática de 24 instrumentos para su uso en ancianos con demencia^{18,21,23,29,31}. La escala DOLOPLUS-2 tiene una consistencia interna satisfactoria y conduce a una medición confiable. Se consideró como uno de varios métodos con un alto soporte psicométrico en dos comparaciones sistemáticas de herramientas de valoración^{18,29,31,32}. PAINAD es una de las escalas que reúne mayores propiedades psicométricas, por lo que resulta una buena opción para la práctica clínica dada su sencillez de aplicación, es una herramienta observacional fiable y de fácil manejo, posee una consistencia interna moderada, válida también para la valoración del tratamiento farmacológico, precisa que el observador conozca previamente al paciente. Recientemente se ha validado al español con resultados positivos, concluyendo su utilidad y el posible manejo de la misma por parte de los profesionales sanitarios con un mínimo entrenamiento que garantice la fiabilidad de los resultados obtenidos^{24,25}. El National Nursing Home Pain Collaborative recomendó el PAINAD como un instrumento clínicamente útil, no así a la escala NOPPAIN por su compleja estructura, pero sí reconoció su solidez^{18,20,21,23,29,31}. La escala NOPPAIN puede ser utilizada por auxiliares de enfermería^{20,21,24,29,31}. PACSLAC fue recomendado como uno de los mejores instrumentos clínicamente útiles y uno de los psicométricamente más fuertes pudiéndose mejorar y el PACSLAC-II es el único instrumento publicado de este tipo que incorpora una cobertura integral de todos los dominios de evaluación observacional considerados importantes por la guía de la AGS, posee gran fiabilidad y capacidad de discriminar los estados de dolor de los no dolorosos^{18,20-22,29,31}. Algunos instrumentos, como el MOBID-2, han tenido un desarrollo continuo, evaluación y uso en ensayos clínicos, pero no se han probado adecuadamente fuera del país de origen, Corbett, A. et al. lo consideran uno de los más prometedores por su fiabilidad de alta a excelente y su gran validez, es la única herramienta que ha sido testeada por su sensibilidad al tratamiento farmacológico^{18,28-30}. La escala PADE según indica la evidencia médica presenta una operatividad poco clara y concisa²⁰.

Muchos de estos instrumentos de observación para adultos mayores con demencia, incluyendo, se han traducido a otros idiomas, aunque las propiedades psicométricas de algunas versiones traducidas no se han investigado adecuadamente en el nuevo idioma^{18,30}.

Valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo.

Se concluye que las escalas PACSLAC, DOLOPLUS2 y PAINAD son las más apropiadas por sus cualidades psicométricas, sus criterios de sensibilidad y su utilidad clínica^{3,20,22,26,33}.

Existe un crecimiento activo de estudios que describen la posibilidad de analizar las expresiones faciales como instrumento para la detección del dolor, de hecho, el “Facial Action Coding System” se crea como una guía para clasificar las expresiones faciales. Se plantea su posible uso, pero este es improbable a nivel clínico, debido al extenso entrenamiento que se necesita para su correcta utilización. Como forma sustitutiva, se investiga la aplicación de programas informáticos capaces de detectar estas expresiones, aunque mucha más investigación es necesaria²⁷.

Analizando toda esta información se concluye que existe un gran número de herramientas de valoración del dolor, pero sus características psicométricas y su utilidad son inciertas por lo que resulta difícil confirmar cuál es la escala idónea. Si bien existe un margen de mejora considerable en los instrumentos existentes, su uso aún se recomienda ya que puede sustentar un mejor tratamiento del dolor. Se necesita promocionar e implementar estas herramientas ya que a veces ni siquiera se utilizan. Se necesita una herramienta de evaluación precisa y validada que sea sensible a los diferentes tipos de dolor y efectos terapéuticos, con unas buenas características psicométricas, que se pueda utilizar en diferentes tipos de pacientes con deterioro cognitivo, disponible en muchos idiomas, sensible al cambio, fácil de usar en diferentes configuraciones, y factible y práctico para enfermeras y otros usuarios. Por lo tanto, es necesario seguir investigando sobre estos aspectos. La investigación continua también incluye los esfuerzos de la Cooperación Europea en Ciencia y Tecnología para desarrollar un instrumento de consenso para el dolor que se utilizará en personas con demencia^{1,18-21,26,28,30}.

Para finalizar, destacar la necesidad de programas de entrenamiento y capacitación para profesionales sanitarios y no profesionales relacionados con el cuidado de pacientes con deterioro cognitivo, en la detección, evaluación y manejo del dolor, así como el desarrollo de una guía clínica basada en la evidencia que sirva como base para un buen manejo del dolor^{19,23,25,26,30,31}. Añadir también la importancia de la figura de un cuidador principal que conozca al paciente y su comportamiento habitual para una buena evaluación del dolor que, junto con la colaboración multidisciplinar, se puedan crear “equipos del dolor” para desarrollar una evaluación holística del dolor centrada en la persona^{3,18,19,21,23-25,30}.

7. Limitaciones

Cabe de destacar una serie de limitaciones que han tenido lugar en el desarrollo de esta revisión. En primer lugar, se utilizó la palabra clave “cognitive dysfunction” en lugar de “cognitive impairment” debido a que el descriptor de la salud correspondía al primer término, pero analizando los artículos seleccionados, todos hacen uso del segundo término. La diferencia entre “deterioro” y “disfunción” es mínima, pero existe, por lo que puede que esto haya influido en el número y en la adhesión al tema principal del estudio de los artículos encontrados. En segundo lugar, la mayoría de los artículos encontrados se encontraban escritos en inglés, aun conociendo el idioma, esto puede haber dificultado la obtención de información si se compara con el amplio manejo que se tiene de la lengua española.

8. Conclusión

Tras la revisión de la literatura es evidente que una completa y correcta detección, valoración y manejo del dolor es imprescindible en los pacientes con deterioro cognitivo. Es necesario ampliar el campo de investigación, no solo en la población anciana con demencia si no también aquellos colectivos de otras edades, que por diferentes causas hayan desarrollado un deterioro cognitivo y puedan ser beneficiarios de la amplia gama de herramientas de valoración del dolor que existen, siempre que estas les generen un beneficio significativo. Se ha detectado una lacra de información acerca de los beneficios económicos que puede generar a nivel institucional un buen manejo del dolor, así como los que puede generar a nivel de los cuidadores: disminución del estrés, etc. Ninguno de los artículos analizados, desarrollaba este contenido.

Es necesaria una investigación continua sobre esta materia, para desarrollar una herramienta de valoración completa, ya que, aun existiendo una gran variedad de las mismas, no se ha llegado a un consenso para determinar la herramienta idónea para la detección del dolor, por lo que su continua implementación es necesaria.

Es preciso también, el desarrollo de escalas adaptadas a los diferentes ámbitos y lugares geográficos de utilización, acoplándolas de la mejor forma posible a la población diana.

Para finalizar, destacar la necesidad de educación y promoción en el uso de las escalas existentes para la valoración del dolor, ya que pueden aportar grandes beneficios para el paciente con deterioro cognitivo, así como mejorar la asistencia sanitaria dirigida a este colectivo que desgraciadamente cada vez es más grande.

9. Bibliografía.

1. de Tommaso M, Kunz M, Valeriani M. Therapeutic approach to pain in neurodegenerative diseases: current evidence and perspectives. *Expert Review of Neurotherapeutics* [Internet]. 2017 [cited 2017 Nov 6]; 17: 143-153 p. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/14737175.2016.1210512>
2. Alzheimer's Disease International. [Internet]. Alzheimer's Disease International. [cited 2017 Nov 6]. Global knowledge. Dementia statistics [una pantalla]. Available from: <https://www.alz.co.uk/research/statistics>
3. Álvaro González LC. El neurólogo frente al dolor en la demencia. *Neurología* [Internet]. 2015 [cited 2017 Nov 4]; 30(9):574–85. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213485312000291>
4. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2017 [cited 2017 Nov 9]. Centro de prensa. Demencia [una pantalla]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
5. Arrate Losa J. El alzheimer: los cuidados en la fase avanzada y la atención al cuidador. Trabajo Final de Grado de Escuela de Enfermería de Leioa de la Universidad del País Vasco. 2013 [cited 2017 Nov 12]; Available from: https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/10315/El%20Alzheimer_%20los%20cuidados%20en%20la%20fase%20avanzada%20y%20la%20atenci%C3%B3n%20al%20cuidador.pdf?sequence=1
6. Confederación Española de Alzheimer. [Internet]. Confederación Española de Asociaciones de Familiares de personas con Alzheimer y otras demencias; 2017 [cited 2017 Nov 12]. Alzheimer. El Alzheimer: la enfermedad [una pantalla]. Available from: <https://www.ceafa.es/es/el-alzheimer/la-enfermedad-alzheimer>

7. Alzheimer's Association. [Internet]. Chicago: Alzheimer's Association; 2017 [cited 2017 Nov 12]. ¿Qué es la demencia? [una pantalla]. Available from: <https://www.alz.org/espanol/about/qu%C3%A9-es-la-demencia.asp>
8. Llibre Guerra JC, Guerra Hernández MA, Perera Miniet E. Comportamiento del síndrome demencial y la enfermedad de alzheimer. [Internet]. Revista habanera de ciencias médicas; 2008 Mar [cited 2017 Nov 13]; 7(1) Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000100008&lng=es.
9. Alonso Oviedo PA, Vila González W, Noa Romero RS, Brito Cruz A. Prevalencia y comportamiento de la demencia en ancianos de un consejo popular del municipio Jaruco. [revista en Internet]. Medimay; 2009 [cited 2017 Nov 13]; 15(3): 6p. Available from: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/432>
10. Sánchez Montero FJ, Rodríguez Solís J, Gómez Pavón FJ, Collado Cruz A, Gálvez Mateos R, Santos Lamas J, et al. Dolor en paciente anciano. Reunión de expertos. [Internet]. Salamanca: Fundación Grunenthal; 2004 Jun [cited 2017 Nov 13] Available from: http://www.fundaciongrunenthal.es/cms/cda/file/Dolor+en+Paciente+Anciano.pdf?fileID=58100199&cacheFix=1238142819000&__k=6cac9b2c2cadcccf40df585358e25c40
11. Torres Simón JC, Marín Sánchez A, Peña Pérez AI, Martínez Moreno E, Luque Cara MI. Protocolos y procedimientos de enfermería en residencias geriátricas. [Internet]. 1th ed. Almería; 2010 Jul [cited 2017 Nov 14]. Available from: [http://www.dipalme.org/Servicios/Anexos/Anexos.nsf/porclasificador/A7518D6EAC5B4515C12578A1002C5793/\\$File/protocolos%20y%20procedimientos%20de%20enfermeria.pdf](http://www.dipalme.org/Servicios/Anexos/Anexos.nsf/porclasificador/A7518D6EAC5B4515C12578A1002C5793/$File/protocolos%20y%20procedimientos%20de%20enfermeria.pdf)

12. Fernández Alonso C, Gutiérrez Rodríguez J, López Mongil R, López Trigo JA, Vilorio Jiménez MA. Dolor crónico en el anciano. [Internet]. Guía de buena práctica clínica en geriatría. [cited 2017 Nov 14]. Available from: http://static.ow.ly/docs/GBPCG%20DOLOR%20CRONICO_3U5z.pdf
13. España Romero MA, Gallego Carbajo I, López Sánchez E, Rodríguez Espina J. El dolor en paciente con Alzheimer. [Internet]. 2016 Aug [cited 2017 Nov 14] Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/el-dolor-en-paciente-con-alzheimer/>
14. Fundación Alzheimer España. [Internet]. Fundación Alzheimer España; 2016 [cited 2017 Nov 15]. La FAE. Qué es la enfermedad de Alzheimer [una pantalla]. Available from: <http://www.alzfae.org/fundacion/135/que-es-alzheimer>
15. Montón Álvarez F, Rodríguez Espinosa N, Ruiz Lavilla N, Rojo Aladro JA, Bueno Perdomo J, de Guzmán Pérez Hernández D, et al. Manual de actuación en Alzheimer y otras demencias. [Internet]. Canarias: 2011 [cited 2017 Nov 15]. Available from: <http://www.isfie.org/documentos/mafe.pdf>
16. Rodríguez Mansilla J, Jiménez Palomares M, González López Arza MV. Escalas de valoración del dolor en pacientes con demencia. Instrumentos de ayuda para el fisioterapeuta, el médico, el enfermero y el terapeuta ocupacional. [Internet]. Revista Española de Geriatría y Gerontología: 2014 [cited 2017 Nov 15]; 49(1):35–41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2013.07.002>
17. Alzheimer's Disease International. [Internet]. Alzheimer's Disease International. [cited 2017 Nov 6]. 26th International Conference of ADI presentations [una pantalla]. Available from: <https://www.alz.co.uk/adi-conference-2011-presentations>

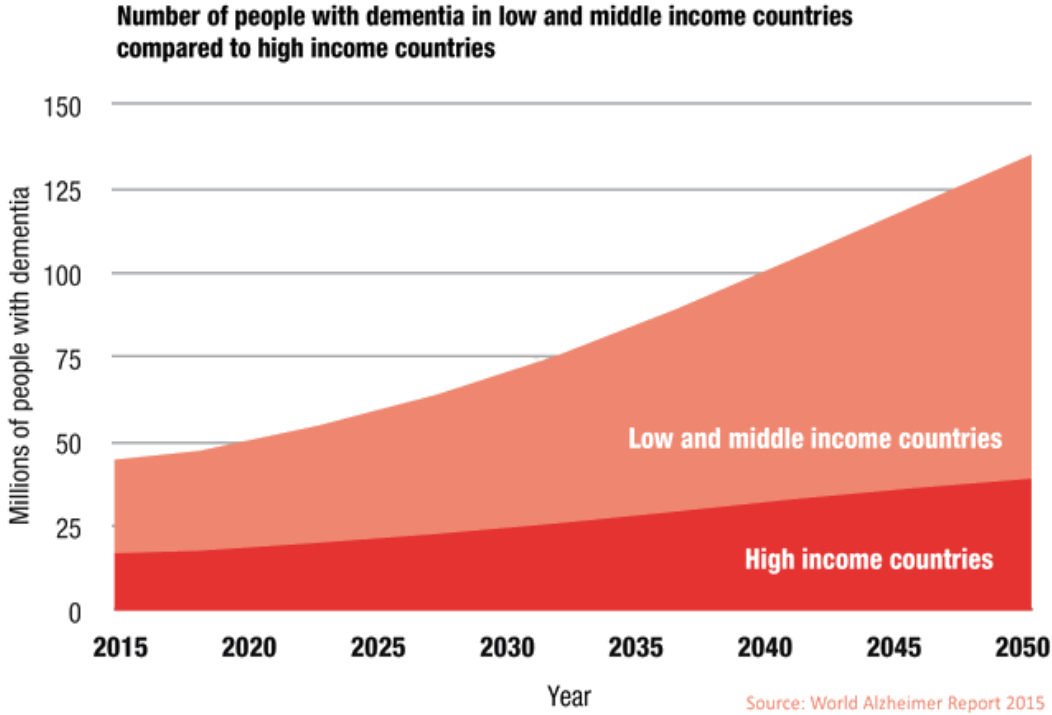
18. Hadjistavropoulos T, Herr K, Prkachin KM, Craig KD, Gibson SJ, Lukas A, et al. Pain assessment in elderly adults with dementia. *Lancet Neurol* [Internet]. 2014 [cited 2017 Nov 17]; 13(12):1216–27. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(14\)70103-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70103-6)
19. Achterberg WP, Pieper MJC, van Dalen-Kok AH, de Waal MWM, Husebo BS, Lautenbacher S, et al. Pain management in patients with dementia. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2013 [cited 2017 Nov 18]; 8:1471–82. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L370230988%5Cnhttp://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=18018%5Cnhttp://dx.doi.org/10.2147/CIA.S36739%5Cnhttp://vu.on.worldcat.org/atoztitles/link?sid=EMBASE&issn=11769092&id=doi:1>
20. Rodríguez-Mansilla J, Jiménez-Palomares M, González-López-Arza MV. Escalas de valoración del dolor en pacientes con demencia. Instrumentos de ayuda para el fisioterapeuta, el médico, el enfermero y el terapeuta ocupacional. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2014 [cited 2017 Nov 18]; 49(1):35–41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2013.07.002>
21. Lichtner V, Dowding D, Esterhuizen P, Closs SJ, Long AF, Corbett A, et al. Pain assessment for people with dementia: a systematic review of systematic reviews of pain assessment tools. *BMC Geriatr* [Internet]. 2014 [cited 2017 Nov 18]; 14(1):138. Available from: <http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-14-138>
22. Chan S, Hadjistavropoulos T, Williams J, Lints-Martindale A. Evidence-based Development and Initial Validation of the Pain Assessment Checklist for Seniors With Limited Ability to Communicate-II (PACSLAC-II). *Clin J Pain* [Internet]. 2014 [cited 2017 Nov 18]; 30(9):816–24. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00002508-201409000-00010>

23. Regan A, Colling JTM. Pain management: a component of dementia care. *Nurs Stand* [Internet]. 2015 [cited 2017 Nov 18]; 30(9):43–50. Available from: 10.7748/ns.30.9.43.s45
24. Kolanowski A, Mogle J, Fick DM, Hill N, Mulhall P, Nadler J, et al. Pain, Delirium, and Physical Function in Skilled Nursing Home Patients With Dementia. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2015 [cited 2017 Nov 18]; 16(1):37–40. Available from: 10.1016/j.jamda.2014.07.002
25. Montoro-Lorite M, Canalias-Reverter M. Dolor y demencia avanzada. Revisión bibliográfica. *Gerokomos* [Internet]. 2015 [cited 2017 Nov 18]; 26(4):142–7. Available from: 10.1016/j.enfcli.2017.06.003
26. Papiol Espinosa G, Abades Porcel M. Valoración del dolor en demencia avanzada: Revisión bibliográfica. *Gerokomos* [Internet]. 2015 [cited 2017 Nov 18]; 26(3):89–93. Available from: 10.4321/S1134-928X2015000300004
27. Oosterman JM, Zwakhalen S, Sampson EL, Kunz M. The use of facial expressions for pain assessment purposes in dementia: a narrative review. *Neurodegener Dis Manag* [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov 18]; 6(2):119–31. Available from: <http://www.futuremedicine.com/doi/10.2217/nmt-2015-0006>
28. Husebo BS, Achterberg W, Flo E. Identifying and Managing Pain in People with Alzheimer’s Disease and Other Types of Dementia: A Systematic Review. *CNS Drugs* [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov 3]; 30(6):481–97. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27240869>
29. Lindemann Carezzato N, Valera GG, Assis F, Vale C, Hortense P. Instruments for assessing pain in persons with severe dementia. *Dement Neuropsychol* [Internet]. 2014 [cited 2017 Nov 18]; 8(2):99–106. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/dn/v8n2/1980-5764-dn-08-02-00099.pdf>
30. Corbett A, Husebo BS, Achterberg WP, Aarsland D, Erdal A, Flo E. The importance of pain management in older people with dementia. *Br Med Bull* [Internet]. 2014 [cited 2017 Nov 18]; 111(1):139–48. Available from: 10.1093/bmb/ldu023

31. Savvas S, Gibson S. Pain management in residential aged care facilities. *Aust Fam Physician* [Internet]. 2015 [cited 2017 Nov 18]; 44(4):198–203. Available from: <http://www.racgp.org.au/afp/2015/april/pain-management-in-residential-aged-care-facilities/>
32. Custódia ACE, Maia FOM, Silva RCG. Pain evaluation scales for elderly patients with dementia. *Rev Dor* [Internet]. 2015 [cited 2017 Nov 18]; 16(4):288–90. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v16n4/1806-0013-rdor-16-04-0288.pdf>
33. Ellis-Smith C, Evans CJ, Bone AE, Henson LA, Dzingina M, Kane PM, et al. Measures to assess commonly experienced symptoms for people with dementia in long-term care settings: a systematic review. *BMC Med* [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov 18]; 14(1):38. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/14/38>
34. Campo Arias A, Oviedo, HC. Propiedades Psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Revista de Salud Pública* [Internet]. 2008 [cited 2017 Nov 18]; 10(5):831839. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42210515>

10.Anexos.

Anexo I. Número de personas con demencia en países de ingresos bajos a moderados comparado con países de ingresos altos.



Anexo II. Plantilla de lectura crítica per assaigs clínics del CASPe. Font: Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un Ensayo Clínico. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p.5-8.



PROGRAMA DE LECTURA CRÍTICA CASPe Leyendo críticamente la evidencia clínica

11 preguntas para entender un ensayo clínico

Comentarios generales

- Para valorar un ensayo hay que considerar tres grandes epígrafes:

¿Son válidos los resultados del ensayo?

¿Cuáles son los resultados?

¿Pueden ayudarnos estos resultados?

Las 11 preguntas de las siguientes páginas están diseñadas para ayudarte a centrarte en esos aspectos de modo sistemático.

- Las primeras tres preguntas son de eliminación y pueden ser respondidas rápidamente. Si la respuesta a las tres es "sí", entonces vale 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 mismas. Están pensadas para recordarte por qué la pregunta es importante. ¡En los pequeños grupos no suele haber tiempo para responder a todo con detalle!

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/¿Son válidos los resultados del ensayo?

Preguntas "de eliminación"

<p>1 ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?</p> <p><i>Una pregunta debe definirse en términos de:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La población de estudio. - La intervención realizada. - Los resultados considerados. 	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
<p>2 ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?</p> <p><i>- ¿Se mantuvo oculta la secuencia de aleatorización?</i></p>	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
<p>3 ¿Fueron adecuadamente considerados hasta el final del estudio todos los pacientes que entraron en él?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿El seguimiento fue completo? - ¿Se interrumpió precozmente el estudio? - ¿Se analizaron los pacientes en el grupo al que fueron aleatoriamente asignados? 	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO

Preguntas de detalle

<p>4 ¿Se mantuvo el cegamiento a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes. - Los clínicos. - El personal del estudio. 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>5 ¿Fueron similares los grupos al comienzo del ensayo?</p> <p><i>En términos de otros factores que pudieran tener efecto sobre el resultado: edad, sexo, etc.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>6 ¿Al margen de la intervención en estudio los grupos fueron tratados de igual modo?</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>

B/ ¿Cuáles son los resultados?

<p>7 ¿Es muy grande el efecto del tratamiento?</p> <p><i>¿Qué desenlaces se midieron?</i> <i>¿Los desenlaces medidos son los del protocolo?</i></p>	
<p>8 ¿Cuál es la precisión de este efecto?</p> <p><i>¿Cuáles son sus intervalos de confianza?</i></p>	

Anexo III. Plantilla de lectura crítica per a revisions del CASPe. Font: Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p.13-17.



PROGRAMA DE LECTURA CRÍTICA CASPe
leyendo críticamente la evidencia clínica

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)

1

Esta plantilla debería citarse como:
Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p.13-17.

A/ ¿Los resultados de la revisión son válidos?

Preguntas "de eliminación"

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

¿Merece la pena continuar?

Preguntas detalladas

<p>3 ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?</p> <p><i>PISTA: Busca</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Qué bases de datos bibliográficas se han usado. - Seguimiento de las referencias. - Contacto personal con expertos. - Búsqueda de estudios no publicados. - Búsqueda de estudios en idiomas distintos del inglés. 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>4 ¿Crees que los autores de la revisión han hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos?</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>5 Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado "combinado", ¿era razonable hacer eso?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Los resultados de los estudios eran similares entre sí. - Los resultados de todos los estudios incluidos están claramente presentados. - Están discutidos los motivos de cualquier variación de los resultados. 	<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>8 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none">- <i>Los pacientes cubiertos por la revisión pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área.</i>- <i>Tu medio parece ser muy diferente al del estudio.</i>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>9 ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>10 ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?</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>

Anexo IV. Escala ABBEY en versión al castellano

<i>Vocalización</i>	gimoteo, gemidos, llanto, gritos
<i>Expresión facial</i>	tensa, ceño fruncido, muecas, expresión de miedo
<i>Lenguaje corporal</i>	inquietud, mecerse, proteger una zona, retraimiento
<i>Cambio conducta</i>	confusión, agitación, negativa a la ingesta
<i>Cambios fisiológicos</i>	temperatura, pulso, tensión arterial
<i>Cambios físicos</i>	erosiones, lesiones previas, áreas de presión, deformidades osteoarticulares, artritis, contracturas

Cada ítem se valora como: ausente = 0; leve = 1; moderado = 2; importante = 3
Interpretación de la escala: no dolor = 0-3; dolor leve = 3-7; moderado = 8-13; grave > 14

Vocalización: lamentos, gruñidos, llanto	<i>Ausente 0</i>	<i>Leve 1</i>	<i>Moderado 2</i>	<i>Grave 3</i>
Expresión facial: expresión tensa, fruncida, lamentándose, aspecto asustado	<i>Ausente 0</i>	<i>Leve 1</i>	<i>Moderado 2</i>	<i>Grave 3</i>
Cambios de lenguaje corporal: movimientos de nerviosismo, de vaivén, protegiendo una parte del cuerpo, retraído.	<i>Ausente 0</i>	<i>Leve 1</i>	<i>Moderado 2</i>	<i>Grave 3</i>
Cambios de comportamiento: aumento de confusión, rehúsa comer, alteración de patrones usuales	<i>Ausente 0</i>	<i>Leve 1</i>	<i>Moderado 2</i>	<i>Grave 3</i>
Cambios fisiológicos: temperatura, pulso o de tensión sanguínea fuera de los límites normales, sudor, enrojecimiento facial o palidez	<i>Ausente 0</i>	<i>Leve 1</i>	<i>Moderado 2</i>	<i>Grave 3</i>
Cambios físicos: cortes en la piel, áreas de presión, artritis, contracturas, heridas anteriores	<i>Ausente 0</i>	<i>Leve 1</i>	<i>Moderado 2</i>	<i>Grave 3</i>
Suma Puntuación Total				
0-2 Sin dolor	3-7 Leve	8-13 Moderado	14+ Severo	

Valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo.

Anexo V. Escala “Checklist of Nonverbal Pain Indicators” CNPI.

CHECKLIST OF NONVERBAL PAIN INDICATORS (CNPI)		
Behavior	Movement	At Rest
1. Vocal complaints: nonverbal Sighs, gasps, moans, groans, cries		
2. Facial grimaces/winces Furrowed brow, narrowed eyes, clenched teeth, tightened lips, jaw drop, distorted expressions		
3. Bracing Clutching or holding onto furniture, equipment or affected area during movement		
4. Restlessness Constant or intermittent shifting of position, rocking, intermittent or constant hand motions, inability to keep still		
5. Rubbing Massaging affected area		
6. Vocal complaints: verbal Words expressing discomfort or pain, e.g. “ouch,” “that hurts”; cursing during movement; exclamations of protest, e.g. “stop,” “that’s enough”		
Subtotal Scores		
Total Score		

Feldt KS. The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI). Pain Manag Nurs. 2000 Mar.1(1):13-21.

Anexo VI. Escala “Doloplus-2” en inglés

DOLOPLUS-2 SCALE		BEHAVIOURAL PAIN ASSESSMENT IN THE ELDERLY						
NAME :		Christian Name :	Unit :		DATES			
Behavioural Records								
SOMATIC REACTIONS								
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		
PSYCHOMOTOR REACTIONS								
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		
PSYCHOSOCIAL REACTIONS								
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		
COPYRIGHT			SCORE					

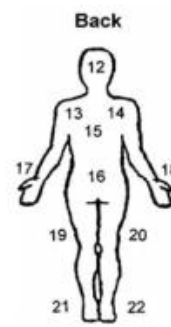
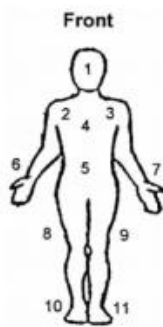
Anexo VII. Escala del dolor “Mahoney” para la demencia avanzada. En inglés.

Mahoney Pain Scale: Pain Assessment in Advanced Dementia

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

Resident's name _____
 Rater's name _____
 Pain Location _____

Date _____
 Time _____

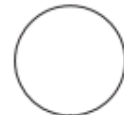


Pain Intensity

Q1. Facial Expression

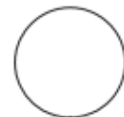
- 0 pleasant, relaxed, or blank expression
- 1 sad (eyes down, frowning, teary) or anxious (eyes wide and alarmed)
- 2 occasional or slight grimace (eyes narrowed, brow furrowed, lips parted)
- 3 frequent or definite grimace (eyes narrowed or closed, brow furrowed, lips clearly parted)

Score



Q2. Breathing

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



Q3. Vocalization

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



Q4. Body Language

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



Valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo.

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

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

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

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

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

(a) The person has:

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

(b) Symptoms appear:

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

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

(a) The person has:

- 0 none of these
- ½ a few
- 1 several
- 1½ many conditions

(b) Symptoms are

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

General Pain Score-add scores from Q1 to 8

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








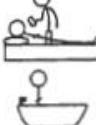

Second Score-add scores from Q5 to 8

0-2.5 general score indicates agitation rather than pain







3+ general score indicates pain rather than agitation

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

Anexo VIII. Escala “NOPPAIN”

NOPPAIN (Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument) Activity Chart Check List				Name of Evaluator _____ Name of Resident: _____ Date: _____ Time: _____			
DIRECTIONS: Nursing assistant should complete at least 5 minutes of daily care activities for the resident while observing for pain behaviors. Both pages of this form should be completed immediately following care activities							
(a) Put resident in bed OR saw resident lying down		Did you do this? Check Yes or No <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Did you see pain when you did this? Check Yes or No <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	(f) Fed resident		Did you do this? Check Yes or No <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Did you see pain when you did this? Check Yes or No <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
(b) Turned resident in bed		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	(g) Helped resident stand OR saw resident stand		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
(c) Transferred resident (bed to chair, chair to bed, standing or wheelchair to toilet)		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	(h) Helped resident walk OR saw resident walk		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
(d) Sat resident up (bed or chair) OR saw resident sitting		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	(i) Bathed resident OR gave resident sponge bath		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
(e) Dressed resident		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	ASK THE PATIENT: Are you in pain? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no ASK THE PATIENT: Do you hurt? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no			

Pain Response (What did you see and hear during care?)

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

Locate Problem Areas

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



A U.S. Veterans Affairs METRIC(TM) Instrument. Snow, O'Malley, Kunik, Cody, Bruera, Beck, Ashton. Alteration of this instrument is prohibited. This instrument can be copied and distributed free of charge for clinical or scholarly use. Development was supported by VA HSR&D and NIMH. Contact Dr. Snow at asnow@bcm.tmc.edu.

Valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo.

NOPPAIN

(Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument)
Activity Chart Check List

Name of Evaluator _____
Name of Resident: _____
Date: _____
Time: _____

Rate the resident's pain at the highest level you saw it at during care. (circle your answer)



Anexo IX. Escala “PACSLAC”

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

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

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

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

Valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo.

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

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

Valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo.

Anexo X. Escala “PACSLAC-II”

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

Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate-II (PACSLAC-II)		
Date of Assessment:	Time:	Check if present
Facial Expressions		
1. Grimacing		
2. Tighter face		
3. Pain expression		
4. Increased eye movement		
5. Wincing		
6. Opening mouth		
7. Creasing forehead		
8. lowered eyebrows or frowning		
9. Raised cheeks, narrowing of the eyes or squinting		
10. Wrinkled nose and raised upper lip		
11. Eyes closing		
Verbalizations and Vocalizations		
12. Crying		
13. A specific sound for pain (e.g., 'ow', 'ouch')		
14. Moaning and groaning		
15. Grunting		
16. Gasping or breathing loudly		
Body Movements		
17. Flinching or pulling away		
18. Thrashing		
19. Refusing to move		
20. Moving slow		
21. Guarding sore area		
22. Rubbing or holding sore area		
23. Limping		
24. Clenched fist		
25. Going into foetal position		
26. Stiff or rigid		
27. Shaking or trembling		
Changes in interpersonal Interactions		
28. Not wanting to be touched		
29. No allowing people near		
Changes in Activity Patterns or Routines		
30. Decreased activity		
Mental Status Changes		
31. Are there mental status changes that are due to pain and are not explained by another condition (e.g., delirium due to medication, etc.)?		
Total Score (Add up checkmarks)		

Anexo XI. Escala “MOBID-2”

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



Pain noises
Ouch!
Groaning
Gasping
Screaming



Facial expression
Grimacing
Frowning
Tightening mouth
Closing eyes



Defence
Freezing
Guarding
Pushing
Crouching

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

Pain Intensity

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

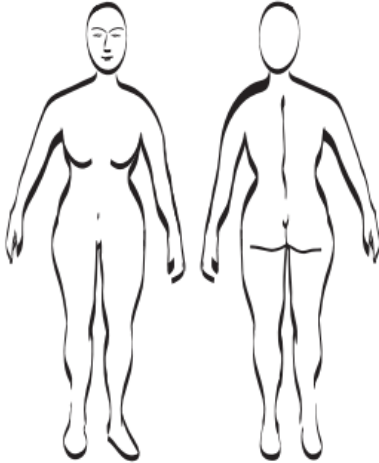
	YOU MAY TICK SEVERAL BOXES FOR EACH ACTIVITY	
1. Guide to open both hands, one hand at a time	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>HOW INTENSE DO YOU REGARD THE PAIN TO BE? 0 is no pain and 10 is as bad as it possibly could be</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>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

Valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo.

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

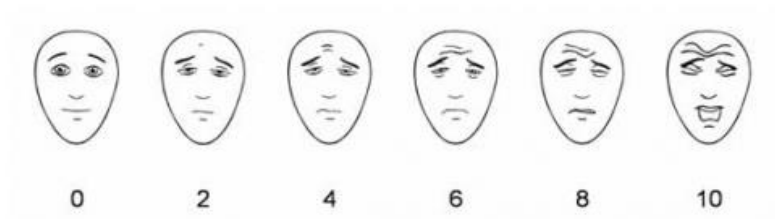
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo.

Anexo XII. Escala “FPS”

Scoring:

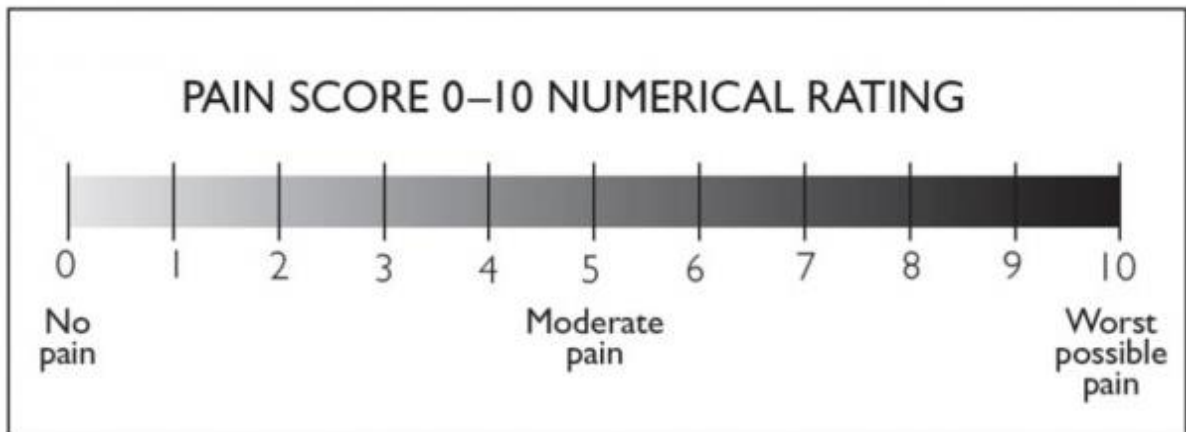
Score the chosen face as 0, 2, 4, 6, 8 or 10, counting left to right with 0= “no pain” and 10 “worst pain possible”



Anexo XIII. Escala Visual Analógica “EVA”



Anexo XIV. Escala “NRS”



Anexo XV. Escala “VDS”


PAIN THERMOMETER SCALE

- **Pain Thermometer Use:**
Good for use with any patient, including those with moderate to severe cognitive impairment or who have difficulty communicating verbally. Have the patient point to the word on the thermometer that best shows how bad or severe their pain is NOW
- **Pain Thermometer Scoring:** Document the words that the elder points to on this tool. Evaluate the change in pain words selected by the elder over time to determine the effectiveness of pain treatments.

(Herr & Mobily, 1993)

Pain Thermometer Scale

Point to the words that best show how bad or severe your pain is NOW



Pain as bad as could be

Extreme pain

Severe pain

Moderate pain

Mild pain

No pain

Julieta Lidia Peralta Peralta

78

Anexo XVI. Escala "IPT"

