

Geòrgia Papiol Espinosa<sup>1</sup>  
Mercedes Abades Porcel<sup>2</sup>

1. Diplomada en Enfermería. Postgrado en Psicogeriatría. Máster en Enfermería Gerontológica y Geriátrica. Enfermera Asistencial en la Unidad de Psicogeriatría del Complejo Asistencial en Salud Mental Benito Menni. Sant Boi de Llobregat. Barcelona.
2. Doctora en Enfermería por la UCM. Profesora de la EUI – Sant Pau, adscrita a la Universidad Autónoma de Barcelona.

**Correspondencia:**

Geòrgia Papiol Espinosa  
c/ Canal de la Infanta, 20, 3r 1a, esc. B  
08750 Molins de Rei (Barcelona)  
Tel.: 699 142 923  
E-mail: georgiape@hotmail.com

## Valoración del dolor en demencia avanzada: revisión bibliográfica

### *Assessment of pain in advanced dementia: literature review*

#### RESUMEN

**Antecedentes:** La literatura especializada demuestra que los profesionales sanitarios no disponen de los instrumentos adecuados para la identificación del dolor en los pacientes con demencia avanzada.

**Objetivos:** Identificar los instrumentos que debe utilizar enfermería para evaluar el dolor del paciente con demencia avanzada e identificar líneas directrices para futuras investigaciones.

**Metodología:** Revisión bibliográfica de estudios desde 1996 hasta febrero de 2014 para identificar investigaciones sobre la valoración del dolor en cuidados geriátricos.

**Resultados:** Ninguno de los instrumentos desarrollados ha demostrado la suficiente validez, fiabilidad y sensibilidad.

**Conclusiones:** Son necesarias más investigaciones para el desarrollo de instrumentos eficaces con el fin de proporcionar un tratamiento adecuado a los pacientes.

**PALABRAS CLAVE:** dolor, demencia, escalas de valoración del dolor, enfermería.

#### ABSTRACT

**Background:** The literature shows that health professionals do not have adequate tools to identify pain in patients with advanced dementia.

**Objectives:** To identify tools that have to use nursing for pain assessment in advanced dementia and to identify directions for future research lines.

**Methodology:** Studies published from 1998 to February 2014 were reviewed to identify research about pain assessment in geriatrics care.

**Results:** None of the tools developed to date has shown sufficient validity, reliability or sensitivity to effectively assess pain.

**Conclusions:** Further research is needed to develop effective instruments in order to provide suitable treatment for patients.

**KEYWORDS:** Pain, dementia, assessment scales of pain, nursing.

## ■ INTRODUCCIÓN

El dolor es frecuentemente definido como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial y descrita en términos de la misma, de tal daño<sup>1</sup>. De esta definición queda latente la naturaleza subjetiva de la experiencia dolorosa: el dolor es lo que cualquier persona dice que existe siempre que quien la sufre dice que existe. Si tenemos en cuenta esta definición, asumiríamos que todos los individuos que presentan graves dificultades de comunicación, como son los pacientes afectados de demencia avanzada, no sufrirían dolor. Anand y Craig alertan de que la definición realizada por la IASP no permite incluir a este grupo de pacientes, y que, por tanto, podría ignorar la presencia de dolor<sup>2</sup>. Gómez Pavón constata que la incapacidad de los pacientes con demencia avanzada para comunicarse y expresarse dificulta la correcta evaluación del dolor y, en consecuencia, de recibir un tratamiento adecuado, lo que genera un sufrimiento evitable<sup>3</sup>. Autores como Allcock, McGarry y Elknán (citados en R. Baeza), evidencian la falta de formación específica de los profesionales sanitarios en centros residenciales sobre la gestión y el abordaje del dolor en las personas mayores<sup>4</sup>.

Es a partir de la experiencia asistencial en unidades de psicogeriatría donde se demuestran las dificultades que genera la valoración

del dolor en los pacientes con demencia avanzada. Y es que el canal de comunicación se ve truncado por la pérdida progresiva de las capacidades de nuestros pacientes para expresarse. Los profesionales necesitamos palabras que ellos no nos podrán ofrecer, y por tanto contamos solo con la observación de sus conductas como método para poder intuir si sufren o no dolor. Y es a partir de esta reflexión donde surge la necesidad de llevar a cabo este trabajo de revisión, con la finalidad de poder dejar de lado nuestra intuición y poder identificar métodos e instrumentos validados que permitan a los profesionales enfermeros realizar un correcto abordaje del dolor en nuestra práctica asistencial.

## ■ OBJETIVO

El objetivo de esta revisión bibliográfica es identificar los instrumentos que tiene que utilizar enfermería para la valoración del dolor en el paciente con demencia avanzada, e identificar líneas directrices para futuras investigaciones.

## METODOLOGÍA

El método utilizado para llevar a cabo esta revisión bibliográfica ha sido la búsqueda electrónica de investigaciones nacionales e internacionales mediante bases de datos como CINAHL, PubMed, Medline y Cochrane, a través de internet utilizando buscadores como Thesaurus, así como el seguimiento de tesis doctorales publicadas sobre nuestro tema de estudio. El abordaje cualitativo tomando como base la metodología de Kitchenham<sup>5</sup> se desarrolla en dos etapas fundamentales. En la primera de ellas se ha llevado a cabo la planificación de la investigación (tabla 1). En una segunda etapa se ha desarrollado el protocolo de revisión, donde han quedado definidos los criterios de inclusión y exclusión, así como las estrategias de obtención y síntesis de datos (tabla 2). El período de recogida de información establecido ha sido de noviembre de 2013 a febrero de 2014. La investigación fue completada en abril de 2014 y se restringió a los trabajos publicados desde 1996. Se llevó a cabo una primera búsqueda manual de artículos nacionales e internacionales incluyendo las palabras clave: “dolor y demencia”/“pain and dementia”, con las que se encontró un gran número de estudios, sobre todo a nivel internacional, destacando Estados Unidos, Reino Unido, Francia y Australia. A nivel nacional, destacan los estudios realizados por autores como Álava y Arriola, y Baeza, que no solo nos han aportado información específica sobre el tema de estudio, sino que también nos han servido como enlace para encontrar en las bases de datos otros estudios completos y actuales. En una segunda búsqueda realizada para aumentar el conocimiento sobre el tema de estudio y profundizar sobre aspectos más específicos se incluyeron las palabras clave: “prevalencia e incidencia de la demencia”, “dolor en el anciano”, “valoración del dolor en la demencia/prevalence and incidence of dementia”, “pain in the older adults”, “management of pain in elderly patients with dementia”. Cabe destacar que en todas las búsquedas se incluyó la

palabra enfermería con la finalidad de contextualizar el objetivo de estudio dentro de un marco enfermero. Tras la búsqueda, lectura y evaluación de los estudios, se han recopilado las aportaciones de los diferentes autores, siguiendo los principales subtemas de: envejecimiento y demencia, envejecimiento y dolor, dolor y demencia, infradetección e infratratamiento, y valoración del dolor en el paciente con demencia.

## RESULTADOS

### Envejecimiento y demencia

El cambio demográfico de la población tiene una gran trascendencia en todos los ámbitos de la sociedad, con un gran impacto en el sistema sociosanitario. El aumento de cifras de personas mayores hace prever un incremento de personas con patologías crónicas, y como consecuencia, una mayor comorbilidad y dependencia, como es el caso de las demencias. En un estudio Delphi sobre la prevalencia global en el mundo de las demencias, se estima que 24,3 millones de personas sufren demencia, con 4,6 millones de nuevos casos cada año, y con una previsión futura de que el número de personas afectadas alcanzará los 81 millones durante el año 2040<sup>6</sup>. En relación con la incidencia de la demencia, la mayoría de estudios consideran de forma unánime que hay un crecimiento exponencial entre los 60 y los 85 años de edad<sup>7</sup>.

### Envejecimiento y dolor

El propio proceso de envejecimiento produce un aumento de patologías causantes de dolor. Un estudio realizado en Finlandia demuestra que entre las personas mayores de 60 años, el dolor representa entre el 35% y

**Tabla 1.** Planificación de la revisión

Interrogantes de la investigación	
1	¿Cuál es la prevalencia e incidencia de la demencia? ¿Qué tipo de demencia es más prevalente?
2	¿Cuál es la prevalencia y el tipo de dolor más frecuente en la población geriátrica?
3	¿Existe infradetección e infratratamiento del dolor en el paciente con demencia? ¿Qué consecuencias puede generar?
4	¿Cómo podemos valorar el dolor en el paciente que ha perdido su capacidad para comunicarse como consecuencia de la demencia?
5	¿Existen instrumentos válidos y fiables para llevar a cabo la valoración del dolor en el paciente demenciado?

**Tabla 2.** Protocolo de revisión

Criterios de inclusión		
Se incluirán los estudios que traten sobre nuestro tema de estudio, tanto nacionales como internacionales, publicados desde 1996 a 2014, y que traten aspectos como:	1	Epidemiología del dolor en el paciente geriátrico. Tipos de dolor más frecuente.
	2	Epidemiología de las demencias. Tipos más frecuentes.
	3	Infravaloración/infradetección e infratratamiento del dolor en paciente con demencia avanzada.
	4	Valoración del dolor en paciente con demencia avanzada. Instrumentos y escalas de valoración.
Criterios de exclusión		
Se excluirán los estudios que a pesar de contener los términos de la búsqueda, no contengan información relevante sobre el tema de estudio y/o no traten los aspectos descritos en los criterios de inclusión.		
Estrategia de obtención de datos		
Para cada uno de los estudios seleccionados, se realizará una lectura minuciosa para extraer los datos más relevantes, pudiendo dar respuesta a los objetivos formulados.		

Fuente: libre (Papiol, 2014).

**Tabla 3.** Revisión de subtemas

Subtemas	Referencias		
	1996-2006	2006-2013	
<b>Envejecimiento y demencia</b>	<i>Alzheimer's Disease International. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study</i>	Ferri CP y cols.	
	<i>The incidence of dementia, a meta-analysis</i>	Jorm AF, Jolley D	
<b>Envejecimiento y dolor</b>	<i>Pain as a reason to visit the doctor</i>	Mantyselka P y cols.	
	<i>Outcomes of pain in frail older adults with dementia</i>	Brummel-Smith K y cols.	
	Demencia y dolor		Álava J, Arriola E
	<i>Recognizing pain in the institutionalized elder with dementia</i>	Epps CD	
<b>Dolor y demencia</b>	<i>Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population</i>	Bouhassira D y cols.	
	Dolor en el paciente anciano. Reunión de expertos: Cátedra extraordinaria del dolor.	Gómez Pavón FJ	
	<i>New perspectives on the definition of pain</i>	Anand KJ, Craig KD	
<b>Infradetección e infratratamiento</b>	<i>Persistent nonmalignant pain and analgesic prescribing patterns in elderly nursing home residents</i>	Won AB y cols.	
	<i>The impact of dementia on the pain experience</i>	Farrel MJ y cols.	
	<i>A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture</i>	Morrison RD, Siu AL	
	<i>Symptom patterns and comorbidity in the early stages of Alzheimer's disease</i>	McCormick WC y cols..	
<b>Valoración del dolor en el paciente con demencia</b>	Demencia y dolor		Álava J, Arriola
	<i>Predictors of pain self-report in nursing home residents</i>	Weiner DK y cols.	
	<i>Assessment and measurement of pain in older adults</i>	Herr KA, Garand L	
	Desarrollo de un instrumento para la evaluación del dolor en personas con trastorno cognitivo grave		Baeza R
	<i>The management of persistent pain in older persons</i>	American Geriatrics Society	
	Demencia y dolor		Álava J, Arriola E
	<i>Discomfort in dementia of the Alzheimer's type</i>	Hurley, Volicer y cols.	
	<i>Checklist of Nonverbal Pain Indicators</i>	Feldt	
	<i>Pain Assessment Checklist for Seniors with limited ability to communicate</i>	Fuchs-Lacelle y cols.	
<i>Pain Assessment in Advanced Dementia</i>	Warden, Hurley, Volicer		
<i>Noncommunicative Patient's Pain Assessment Instrument</i>	Snow		

Fuente: libre (Papiol, 2014).

el 45% de los motivos de consulta en los centros de atención primaria<sup>8</sup>. Si tenemos en cuenta la temporalidad, distinguimos entre dolor agudo y crónico, caracterizado este último por su persistencia en el tiempo, así como por ser un tipo de dolor resistente a los tratamientos y asociado a importantes síntomas psicológicos. Estudios a nivel internacional realizados en Estados Unidos demuestran que el dolor crónico es la causa más frecuente de sufrimiento y discapacidad, y afecta en gran medida a la calidad de vida de los pacientes<sup>9</sup>. Autores como Epps muestran cómo entre el 49% y el 83% de las personas mayores que viven en centros residenciales o sociosanitarios sufren dolor crónico de forma continua<sup>10</sup>. En función de los mecanismos fisiopatológicos, el dolor puede diferenciarse en nociceptivo y neuropático, siendo el envejecimiento fuente productora de patologías causantes de estos tipos de dolor. Las enfermedades degenerativas o inflamatorias articulares, las fracturas vertebrales y no vertebrales secundarias a osteoporosis senil, y las neoplasias, representan las fuentes productoras de dolor nociceptivo más frecuentes en la población geriátrica<sup>11</sup>. Estos mismos autores constatan, en un estudio nacional llevado a cabo en centros gerontológicos, la existencia de una prevalencia de dolor nociceptivo en el 61% de los residentes, siendo el

dolor en un 29% de intensidad grave y en un 64% de frecuencia diaria<sup>11</sup>. En relación con el dolor neuropático, destacan las enfermedades como la diabetes mellitus, el herpes zóster y otras neuropatías periféricas como las principales fuentes productoras de este tipo de dolor<sup>11</sup>. En estudios realizados en Francia se encuentran cifras de prevalencia de dolor neuropático del 7-8%, cifras que se incrementan en las personas mayores de 50 años<sup>12</sup>.

### Dolor y demencia

Con la progresión de la demencia, los pacientes presentan un incremento de la comorbilidad. Es en fases más avanzadas de la enfermedad donde los pacientes frecuentemente pueden presentar úlceras cutáneas por decúbito, malnutrición, infecciones urinarias y respiratorias de repetición, estreñimiento secundario al síndrome de inmovilidad, etc., fuentes productoras de dolor que tienen su raíz en la propia demencia. Gómez Pavón<sup>3</sup> afirma que es frecuente encontrar en el paciente afectado de demencia varios tipos de dolor: dolor ocasionado por la propia demencia, con dolor nociceptivo osteomuscular y en ocasiones neuropático debido

al piramidalismo y la inmovilidad severa y crónica, productora de graves contracturas musculares y retracciones articulares con destrucción osteoarticular, y dolor secundario a enfermedades asociadas al propio proceso de envejecimiento, como son procesos oncológicos, cardiopatía isquémica, enfermedades osteomusculares degenerativas, fracturas, enfermedad cerebrovascular, etc.<sup>3</sup>.

### Infradetección e infratratamiento

Autores como Horgas y Tsai han descrito que los pacientes ancianos con alteraciones cognitivas reciben menos analgesia que aquellos que pueden comunicar su dolor<sup>13</sup>. En la misma línea, Baeza señala que la falta de capacidad verbal para manifestar el dolor de los pacientes con demencia puede conducir a una infravaloración y, por tanto, a un tratamiento insuficiente<sup>4</sup>. Son varios los estudios que sustentan estas afirmaciones. En un estudio realizado en diez centros residenciales de los Estados Unidos, se constata que una cuarta parte de los residentes que experimentaban dolor persistente no recibían tratamiento analgésico, siendo las personas mayores de 85 años y los pacientes afectados de demencia los grupos poblacionales de mayor riesgo<sup>14</sup>. Otro estudio prospectivo realizado en Nueva York comparó a un grupo de pacientes con demencia avanzada con otro que no padecía deterioro cognitivo, ambos afectados de fractura de fémur en proceso de convalecencia, concluyendo que los pacientes con demencia solo recibieron un tercio del tratamiento analgésico<sup>15</sup>. Otro estudio realizado en Washington comparó un grupo de pacientes con demencia tipo Alzheimer con otro sin ningún tipo de deterioro cognitivo, ambos con las mismas patologías, expresando los pacientes con Alzheimer menos síntomas de dolor. El estudio concluye que la falta de expresión de los pacientes afectados de demencia ocasiona la infradetección de los síntomas y un infratratamiento de estos<sup>16</sup>. Álava y Arriola constatan que un inadecuado control del dolor produce alteraciones fisiológicas, tendencia a la depresión, trastornos del sueño, deterioro funcional, aislamiento, aumento de las caídas, malnutrición, así como un aumento de los costes sanitarios. Así mismo, también afirman que el tratamiento insuficiente del dolor en estos pacientes puede comportar cambios en su conducta en forma de agitación, confusión, deterioro funcional y cognitivo y/o empeoramiento del trastorno de conducta de base, llegando a confundirse con otras manifestaciones típicas de los procesos neurodegenerativos y así ser tratadas de forma errónea<sup>11</sup>.

### Valoración del dolor en pacientes con demencia

Autores como Herr y Garand afirman que los autoinformes proporcionados por los pacientes son la medida más fiable de la existencia y la intensidad del dolor, hecho que permite a los profesionales de la salud llevar a cabo un manejo del dolor de forma eficaz<sup>17</sup>. Estudios realizados en Estados Unidos evidencian que la información del dolor proporcionada por los pacientes con demencia en estadios leve y moderado-leve es la misma que en los pacientes que no presentan ningún tipo de alteración cognitiva, una información estable y fiable<sup>18</sup>. Es en los estadios moderado-grave y grave donde no se puede realizar la valoración habitual del dolor, y es donde los profesionales sanitarios presentan grandes dificultades tanto para la valoración cualitativa (presencia o no de dolor), como la cuantitativa (intensidad leve-moderada-severa). Closs, Ferrel y Haye (citados en R. Baeza) proponen observar conductas no verbales que puedan ser indicadoras de dolor como una forma que ayude a los profesionales sanitarios a detectarlo<sup>4</sup>. Siguiendo esta línea, la American Geriatrics Society (AGS) realizó en el año 2002 una guía de indicadores conductuales de dolor para personas mayores con demencia, con el propósito de facilitar su manejo, identificando seis tipos de conducta de

dolor con ejemplos específicos de comportamientos observables, destacando: expresiones faciales (muecas, entrecejo fruncido, distorsiones faciales, etc.), verbalizaciones y vocalizaciones (gritos, suspiros, lamentos, llanto, etc.), movimientos corporales (rigidez, actitud de defensa, puños cerrados, etc.), cambios en las interacciones personales (agresividad, agitación, resistencia a los cuidados, etc.), cambios en los patrones de actividad y rutinas (insomnio, cambio de apetito, rechazo de alimentos, etc.), cambio en el estado mental (confusión, irritabilidad, estrés, etc.)<sup>19</sup>. Autores como Huffman y Kunick (citados en R. Baeza) afirman que para llevar a cabo la valoración del dolor en pacientes con demencia sin capacidades de comunicación resulta necesaria la creación de métodos específicos. Es sobre todo a partir del año 2000 cuando empiezan a publicarse los primeros instrumentos psicométricos para evaluar el dolor en pacientes con déficit cognitivo grave<sup>4</sup>. De todos los instrumentos elaborados, Álava y Arriola constatan en su trabajo de revisión que las escalas que presentan mayores propiedades psicométricas en relación con la validez, fiabilidad y homogeneidad en personas con demencia son la escala DOLOPLUS, la PACSLAC (Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate) y la PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia)<sup>11</sup>. Otros autores concluyen que dado el gran número de elementos de la escala PACSLAC, la escala PAINAD parece la mejor posible para la práctica clínica<sup>20</sup>. Malstrom y Tait (citado en Álava y Arriola) evalúan algunas de las escalas observacionales del dolor siguiendo cinco criterios: *a*) constructo: si la escala cuenta con claridad conceptual; *b*) sujetos: si se han utilizado muestras de sujetos representativas; *c*) administración y puntuación: si el procedimiento de aplicación e interpretación de las puntuaciones está claro; *d*) fiabilidad, y *e*) validez. El estudio concluye que la escala PAINAD sería la que reúne las mejores propiedades psicométricas<sup>11</sup>. Warden, Hurley y Volicer (citados en Álava y Arriola) fueron los autores de la escala PAINAD en el año 2003, escala diseñada con el propósito de proporcionar una herramienta sencilla y clínicamente relevante para personas con demencia en estadios avanzados. Incluye cinco ítems: respiración, vocalizaciones, expresión facial, lenguaje corporal y consuelo, con una puntuación del 0 al 10, donde el intervalo del 1 al 3 equivale a dolor leve, del 4 al 6 dolor moderado, y del 7 al 10 dolor grave<sup>11</sup>.

No obstante, y a pesar de que el desarrollo de estos instrumentos ha representado un avance importante, ninguno de ellos ha demostrado tener suficiente utilidad práctica como instrumento para el manejo del dolor en pacientes con demencia avanzada<sup>11</sup>. En esta misma línea, Baeza, en su tesis doctoral, afirma que los instrumentos que han surgido en estos últimos años siguen presentando deficiencias metodológicas: muestras pequeñas, ausencia de estudios de sensibilidad, falta de estudios clínicos, falta de definiciones operacionales de las conductas a observar<sup>4</sup>. En un estudio realizado por Stolee y cols. en el año 2005 (citado en R. Baeza) donde se revisaron todos los instrumentos existentes entre los años 1996-2003, queda latente la debilidad o falta de criterios psicométricos de estos instrumentos<sup>4</sup>.

## DISCUSIÓN

Para poder ofrecer una adecuada calidad de vida a los pacientes que atendemos en las unidades de cuidados geriátricos, resulta imprescindible llevar a cabo un adecuado manejo del dolor, siendo este la causa más frecuente de sufrimiento y discapacidad, dada su repercusión multidimensional<sup>9</sup>. El dolor representa un síntoma frecuente en la población geriátrica institucionalizada, y es que los estudios constatan que el propio proceso de envejecimiento produce un aumento de patologías causantes de dolor<sup>8,11</sup>. De tal modo que, para los profesionales de la

sanidad que nos dedicamos al campo de la geriatría, el manejo del dolor debe constituir una prioridad, así como un indispensable indicador de calidad asistencial.

El abordaje del dolor crece en complejidad cuando lo asociamos a la demencia, enfermedad degenerativa cada vez más prevalente en todos los niveles asistenciales<sup>6,7</sup>. La atención de la demencia en fases avanzadas comporta el manejo de situaciones clínicas difíciles, entre ellas la valoración y el tratamiento del dolor. Autores como Gómez Pavón<sup>3</sup> alertan de que estos pacientes son especialmente susceptibles de sufrir dolor, dolor secundario a patologías propias del proceso de envejecimiento, así como dolor secundario a la comorbilidad asociada a la propia demencia. Dada la naturaleza subjetiva de la experiencia dolorosa, autores como Herr y Garand<sup>17</sup> constatan que los autoinformes proporcionados por los pacientes son la medida más fiable de la existencia y la intensidad del dolor, siendo estos un método de valoración válido también en los pacientes con demencia en estadios leve y moderado-leve.

El grave deterioro cognitivo, con pérdida de las capacidades de comunicación que sufren los pacientes en las etapas más avanzadas de la enfermedad, conlleva que estos métodos de valoración del dolor no sean útiles. A pesar de ello, los estudios y la experiencia en la práctica asistencial como enfermera en unidades de psicogeriatría demuestran que los profesionales sanitarios que atendemos a los pacientes con demencia no disponemos de herramientas para la detección del dolor, lo que evidencia la falta de formación específica sobre su abordaje y gestión<sup>4</sup>. En consonancia con las conclusiones aportadas por las diferentes investigaciones, observamos cómo la falta de capacidad verbal para manifestar dolor en los pacientes con demencia, así como la falta de conocimiento por parte de los profesionales de herramientas para valorarlo, conlleva un infratratamiento del dolor que hace que los pacientes reciban menos analgesia<sup>4,13-16</sup>.

Autores como Álava y Arriola<sup>11</sup> afirman que un inadecuado control del dolor en estos pacientes produce alteraciones a nivel funcional, cognitivo y afectivo. Además, alertan de que la presencia de dolor puede ocasionar cambios conductuales en los pacientes, por lo que pueden ser tratados de forma errónea.

Algunas de las líneas directrices de investigación se han centrado en el estudio de la observación de conductas de los pacientes con demencia que pueden ser indicadores de dolor, como posible alternativa para llevar a cabo su valoración<sup>4,19</sup>. De los instrumentos diseñados, la mayoría de autores coinciden en afirmar que la escala 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<sup>11,19</sup>. No obstante, y a pesar de que el desarrollo de estos instrumentos ha representado un avance importante, Álava y Arriola<sup>11</sup>, Baeza<sup>4</sup> y Stolee concluyen que ninguno de ellos ha demostrado la suficiente validez, sensibilidad y fiabilidad para la valoración del dolor en pacientes con demencia avanzada.

## CONCLUSIONES

Tras la elaboración de este trabajo de revisión, concluimos que:

- Los pacientes con deterioro cognitivo y con pluripatología asociada son una población creciente en todos los niveles asistenciales.
- El dolor es un síntoma frecuente en la población geriátrica con demencia avanzada, infradiagnosticado e infratratado.
- 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.
- Las escalas observacionales para la valoración del dolor pueden ser una alternativa eficaz a tener en cuenta en nuestra práctica asistencial.
- El abordaje del dolor representa un problema interdisciplinar, pero enfermería representa una figura clave en el proceso de detección, mediante valoraciones sistematizadas e individualizadas.
- Faltan instrumentos a nivel nacional que permitan evaluar el dolor, así como la respuesta terapéutica.
- Resulta imprescindible la sensibilización y la formación de los profesionales sanitarios sobre el abordaje del dolor en pacientes con demencia avanzada ■

## BIBLIOGRAFÍA

1. IASP: International Association for the study of pain [sede web]. Washington: iasp\_pain.org;1973 [actualizada 7 octubre de 2015; citado 14 de Noviembre de 2013]. Disponible en: <http://iasp-pain.org>
2. Anand KJ, Craig KD. New perspectives on the definition of pain. *Pain [Internet]*. 1996 [citado 14 de Noviembre de 2013]; 67(1):3-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8895225>
3. Gómez Pavón FJ. Dolor en el paciente anciano. Reunión de expertos: Cátedra extraordinaria del dolor. [Internet]. 2004 [citado 14 de Noviembre de 2013]. Disponible en: [http://www.fundaciongruenthal.es/cms/cda/file/Dolor+en+Paciente+Anciano.pdf?fileID=58100199&cacheFix=1238142819000&\\_k=6cac9b2c-2cadcccf40df585358e25c40](http://www.fundaciongruenthal.es/cms/cda/file/Dolor+en+Paciente+Anciano.pdf?fileID=58100199&cacheFix=1238142819000&_k=6cac9b2c-2cadcccf40df585358e25c40)
4. Baeza R. Desarrollo de un instrumento para la evaluación del dolor en personas con trastorno cognitivo grave [Tesis Doctoral]. Universidad Autónoma de Barcelona; 2006. [citado 15 de Noviembre de 2013]. Disponible en: <http://www.dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=578>
5. Caro MA, Rodríguez A. Análisis y revisión de la literatura en el contexto de proyectos de fin de carrera: Una propuesta. [Internet]. 2010 [citado 5 de Enero de 2014]. Disponible en: <http://www.dcc.uchile.cl/~mmarin/revista-sccc/sccc-web/Vol6/CCESC08.pdf>
6. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al. Alzheimer's Disease International. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet [Internet]*. 2005 [citado 18 de Diciembre de 2013]; 366(9503): 2112-2117. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16360788>
7. Jorm AF, Jolley D. The incidence of dementia, a meta-analysis. *Neurology [Internet]*. 1998 [citado 22 de Diciembre de 2013]; 51(3):728-733. Disponible en: <http://www.neurology.org/content/51/3/728.short>
8. Mantyselka P, Kumpusalo E, Ahonen R, Kumpusalo A, Kauhanen J, Viinamaki H, et al. Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care. *Pain*. 2001 [citado 28 de Diciembre de 2013]; 89(2):175-80. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11166473>
9. Brummel-Smith K, London MR, Drew N, Krulwich H, Singer C, Hanson L. Outcomes of pain in frail older adults with dementia. *J Am Geriatr Soc [Internet]*. 2002 [citado 28 de Diciembre de 2013]; 50(11): 1847-51. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12410905>
10. Epps CD. Recognizing pain in the institutionalized elder with dementia. *Geriatr Nurs [Internet]*. 2001 [citado 28 de Diciembre de 2013]; 22(2):71-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11326213>
11. Álava J, Arriola E, Navarro C, Buiza C, Hernández A. Demencia y dolor. *Rev Soc Esp Dolor [Internet]*. 2011 [citado 9 de Enero de 2014]; 18(3):13. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462011000300005&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462011000300005&script=sci_arttext)
12. Bouhassira D, Bernet MI, Lanteri-Minet M, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain [Internet]*. 2008 [citado 28 de Enero de 2014]; 136(3):380-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17888574>
13. Horgas JC, Tsai P. Analgesic drug prescription and use in cognitively impaired nursing home residents. *Nurs Res [Internet]*. 1998 [citado 0 de Diciembre de 2013]; 47(4):235-42. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9683119>
14. Won AB, Lapane KL, Vallow S, Morris JN, Lipsitz LA. Persistent nonmalignant pain and analgesic prescribing patterns in elderly nursing home residents. *J Am Geriatr Soc [Internet]*. 2004 [citado 28 de Enero de 2014]; 52(6):867-74. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15161448>
15. Morrison RD, Siu AL. A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture. *J Pain Symptom Manage [Internet]*. 2000 [citado 8 de Febrero de 2014]; 19(4):240-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10799790>
16. McCormick WC, Kukull WA, vanBelle G, Bowen JD, Teri L, Larson EB. Symptom patterns and comorbidity in the early stages of Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc [Internet]*. 1994 [citado 8 de Febrero de 2014]; 42(5):517-21. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8176147>
17. Herr KA, Garand L. Assessment and measurement of pain in older adults. *Clin Geriatr Med [Internet]*. 2001 [citado 15 de Noviembre de 2013]; 17(3):457-78. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11459715>
18. Weiner DK, Peterson BL, Logue P, Keefe FJ. Predictors of pain self-report in nursing home residents. *Aging [Internet]*. 1998 [citado 4 de Marzo de 2014]; 10(5): 411-20. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9932145>
19. American Geriatrics Society. The management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc [Internet]*. 2002 [citado 4 de marzo de 2014]; 50(6): 205-24. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12067390>
20. Van Herk R, Van Dijk M, Baar FP, Tibboel D, Wit R. Observation scales for pain assessment in older adults with cognitive impairments or communications difficulties. *Nurs Res [Internet]*. 2007 [citado 2 Abril de 2014]; 56(1):34-43. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1717>