

Dolor y demencia avanzada. Revisión bibliográfica

Pain and advanced dementia. Literature review

Mercedes Montoro-Lorite¹
Montserrat Canalias-Reverter²

1. Enfermera de la Unidad de Geriátrica de Agudos. Hospital Clínic de Barcelona.
2. Cap de Gestió Infermera de l'ICMiD. Hospital Clínic de Barcelona.

Correspondencia:

Mercedes Montoro Lorite
Hospital Clínic
c/ Villarroel 170, esc. 2, pl. 2
08036 Barcelona
Tel.: 932 275 400 (ext. 4604)
E-mail: mmontoro@clinic.ub.es

RESUMEN ABSTRACT

La pérdida de habilidades de comunicación y la capacidad de cuantificar la experiencia del dolor en el anciano con demencia avanzada representa un serio obstáculo para la gestión efectiva del dolor y posiciona a esta población en alto riesgo de no detectarlo ni aplicar tratamientos adecuados. En este trabajo se describe la gravedad de este problema definiendo las poblaciones en riesgo, las estrategias y recursos para la gestión adecuada del dolor y las funciones de las enfermeras como gestoras de su manejo.

Material y método: se realizó una revisión bibliográfica en PubMed (Medline), Cochrane Library Plus, Dialnet y ScienceDirect® (Elsevier) entre enero de 2000 y diciembre de 2014 de la literatura reciente y relevante sobre la gestión del dolor en los ancianos con demencia avanzada.

Resultados: los últimos estudios neurológicos nos guían en la diferente vivencia del dolor que presenta la persona mayor, según el tipo de demencia. La gestión del dolor es un proceso complejo y dinámico. La valoración y diagnóstico del tipo de dolor, la intensidad y el efecto que tiene sobre la persona son necesarios para poder planificar una intervención o tratamiento adecuado, un correcto registro y una reevaluación sistemática. El éxito para una correcta gestión y manejo del dolor es la formación al personal enfermero responsable del cuidado de la persona mayor y la utilización de algoritmos de actuación definidos.

Conclusiones: la gestión eficaz del dolor requiere evaluación minuciosa, intervención adecuada, reevaluación sistemática y registro constante.

PALABRAS CLAVE: demencia, dolor, escala observacional.

The loss of communication skills and the ability to quantify the experience of pain in the elderly with advanced dementia, is a serious obstacle to effective pain management and positions this population at high risk of not detecting it or apply appropriate treatments. In this work the severity of this problem by defining populations at risk, strategies and resources for adequate pain management and the roles of nurses as managers of their management is described.

Material and Methods: A literature review in PubMed (Medline), Cochrane Library, Dialnet and ScienceDirect® (Elsevier) was conducted between January 2000 and March 2014 and the recent relevant literature on pain management in the elderly with advanced dementia.

Results: Recent neurological studies lead us to the different experience of pain that presents the greatest person, depending on the type of dementia. Pain management is a complex and dynamic process. The assessment and diagnosis of the type of pain, severity and the effect it has on the individual, are required in order to plan appropriate intervention or treatment, a correct record and a systematic reevaluation. Success for the proper management and pain management is training staff nurse responsible for the care of the elderly and use of algorithms defined performance.

Conclusions: Effective pain management requires careful assessment, appropriate intervention, and constant reassessment systematic registration.

KEYWORDS: dementia, pain, observational scale.

■ INTRODUCCIÓN

La prevalencia elevada del envejecimiento en nuestra sociedad obliga a plantear nuevos retos políticos, asistenciales y sanitarios. El grupo social de edad avanzada ha aumentado de un 5,2% al 17,5% en este último siglo, y se augura que el grupo poblacional mayor de 65 años aumentará del 17,5% al 36,3% del total de la pobla-

ción para el año 2050¹. La demencia es una enfermedad progresiva y debilitante caracterizada por un grave déficit cognitivo, pérdida del lenguaje y de la capacidad de realizar actividades de la vida diaria². La pérdida de funciones cognitivas superiores, como las habilidades de comunicación, memoria y la interpretación, son las principales causas de la dificultad de cuantificar el dolor, lo que genera una falta de detección y de tratamiento del mismo³. La población española

con demencia representa en España entre el 5% y el 14,9% en la población de más de 65 años y en el grupo de más de 70 años entre el 9% y el 17,2%. Si se calcula una prevalencia intermedia del 7%, puede concluirse que en España existen aproximadamente entre 500 000 y 750 000 personas con demencia⁴. El dolor, definido para las personas con demencia avanzada según Kaasalainen, es una experiencia subjetiva desagradable, que puede ser comunicada a través de autoinformes cuando sea posible o por medio de un conjunto de conductas relacionadas con el dolor⁵. El dolor es el síntoma cardinal de muchas de las enfermedades que afectan a este grupo poblacional⁶; por tal motivo, su presencia debe sospecharse siempre e investigarse de forma rutinaria⁷. La gestión del dolor es una prioridad social y sanitaria que precisa de una actuación multidisciplinar más compleja donde participan enfermo, familia y personal sanitario. Por este motivo, el dolor se puede considerar un síndrome geriátrico⁸. Las unidades geriátricas de agudos son un recurso de ingreso hospitalario especializado para el paciente anciano⁸. En estas unidades se tratan las enfermedades agudas graves aplicando los principios de la especialidad de geriatría, y la demencia es una patología común. Una reciente revisión sistemática muestra una reducción de las estancias de los ancianos hospitalizados por enfermedad aguda en unidades geriátricas respecto a la hospitalización convencional en otros servicios médicos⁹. En estos últimos años está creciendo la preocupación por la calidad de la atención de las demencias en las unidades de geriatría de agudos y la falta de investigación en este campo. El objetivo principal de este estudio es revisar la bibliografía existente con el fin de identificar las estrategias efectivas para mejorar el manejo del dolor en los ancianos con demencia avanzada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Esta revisión bibliográfica describe la evidencia de la literatura médica reciente y relevante sobre la gestión del dolor en los ancianos con demencia avanzada. Se realizó una búsqueda en PubMed (Medline), Cochrane Library Plus, Dialnet y ScienceDirect® (Elsevier). Se revisaron artículos en inglés y en español publicados entre enero de 2000 y diciembre de 2014, que incluían protocolos de gestión del dolor en los ancianos y escalas para evaluar el dolor en sujetos con diagnóstico de demencia avanzada. La estrategia de búsqueda se describe en la tabla 1. Considerando el propósito general de este estudio, la revisión se centra en tres perspectivas principales que son los objetivos específicos:

1. Caracterizar el dolor en los ancianos con demencia avanzada.
2. Definir la gestión de dolor en los ancianos con demencia avanzada.
3. Describir los conocimientos del personal de enfermería en la gestión del dolor en los ancianos con demencia avanzada.

RESULTADOS

Demencia y dolor

Demencia y dolor van ligados estrechamente con el envejecimiento. Ambos aumentan de modo casi exponencial con la edad¹⁰. Aparecen patologías dolorosas al envejecer y se producen cambios en estructuras nerviosas relacionadas con la experiencia dolorosa, que pueden condicionar y modificar su expresividad¹¹. La demencia y el dolor se asocian a través

Tabla 1. Estrategia de búsqueda

PubMed (Medline)	Cochrane Library	Dialnet	ScienceDirect® (Elsevier)
192	202	23	100
Criterios de inclusión		Descriptores	
<ul style="list-style-type: none"> – Artículos en inglés y español – Originales – Publicados entre enero de 2000 y diciembre de 2014 – Gestión del dolor en la demencia avanzada – Estudios de implantación de escalas de evaluación del dolor en la demencia avanzada – Estudios de comparación de escalas de evaluación del dolor en la demencia avanzada – Estudios de conocimientos de enfermería sobre el dolor en demencia avanzada 		<ul style="list-style-type: none"> – <i>Pain and Dementia</i> – <i>Management Pain and Dementia</i> – Dolor y demencia 	
Selección de artículos 125			
64	16	3	42
Eliminar duplicados 94			
Artículos de revisión	Artículos originales	Revisiones sistemáticas	
<ul style="list-style-type: none"> – Gestión del dolor en la demencia avanzada 	<ul style="list-style-type: none"> – Estudios de implantación y de comparación de escalas de evaluación del dolor en la demencia avanzada – Estudios de conocimientos de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> – Gestión dolor en la demencia avanzada 	
32	48	14	

del envejecimiento. Ha sido posible estudiar el dolor en las demencias gracias a los recientes avances en la investigación de estudios de neuroimagen y neurociencia que han reportado los cambios anatómicos en los diferentes tipos de demencias y que condicionan el grado de lesión en áreas de transmisión o procesamiento del dolor. Las diferentes demencias pueden condicionar respuestas dolorosas distintas ante patologías dolorosas iguales¹¹, como se describe en la tabla 2.

Gestión del dolor

Un manejo efectivo del dolor depende de una valoración precisa, del desarrollo de una propuesta holística para el mismo que incluya métodos farmacológicos y no farmacológicos, la revaloración del dolor y un registro de todas las acciones¹². Un manejo adecuado del dolor empieza por el cribado en busca de la presencia de dolor. Los profesionales de la salud deben preguntar acerca del dolor, y el autoinforme (conjunto de técnicas que intentan valorar los datos subjetivos de los pacientes y transformarlos en datos cuantitativos), deberá constituir la fuente principal para la valoración¹³. La evidencia clínica apoya la fiabilidad y la validez de instrumentos de evaluación basados en el autoinforme, y lo propone como estándar de referencia²: la escala visual analógica (EVA) y la escala numérica (NRS), instrumentos simples que pueden cuantificar con exactitud el dolor subjetivo del paciente. La bibliografía encontrada sugiere la utilización de escalas de evaluación basadas en el autoinforme siempre que sea posible en personas mayores con deterioro cognitivo leve y moderado^{2,5,6,11,12}. Algunos estudios sostienen que los instrumentos de evaluación de autorreporte también son útiles para las personas con deterioro cognitivo avanzado². La observación directa de conductas de dolor por los profesionales de la salud, así como la utilización de la información facilitada por la familia/cuidador (informes sustitutos) son esenciales^{11,14}. Si los profesionales están bien entrenados, las observaciones directas serán más precisas, lo que permitirá reconocer la presencia de dolor, pero no la intensidad¹². El dolor está infravalorado en pacientes con demencia avanzada por la dificultad de comunicación del dolor a causa del déficit cognitivo y verbal^{5,11}. Las consecuencias del mal control incluyen la disminución de la función física, disminución del apetito, irritabilidad, disminución de la participación en actividades sociales y depresión^{2,15}. En su lugar, estos pacientes pueden manifestar dolor a través de un número de comportamientos o conductas que pueden ser difíciles de interpretar, porque están influidas por el tipo de demencia que afecta al paciente, por la enfermedad aguda que cursa

o por las enfermedades crónicas concomitantes y/o la personalidad del paciente². La American Geriatrics Society (AGS) ha organizado un marco integral de directrices de indicadores de comportamiento del dolor persistente en ancianos con demencia avanzada¹⁴. Este marco identifica seis tipos principales de conductas de dolor e indicadores con ejemplos específicos de las conductas observables (tabla 3). Se han desarrollado varias escalas de observación basándose en este marco¹¹. En los últimos años se ha realizado una serie de revisiones sistemáticas de estas escalas observacionales^{2,16,17}, concluyendo que la PAINAD (escala de medida de experiencia subjetiva del dolor en demencias) es una herramienta observacional fiable y fácil para evaluar el dolor. Ha sido recomendada para evaluaciones diarias, incluyendo la evaluación de seguimiento del tratamiento⁵ y no precisa que el observador conozca previamente al paciente. Se encuentra descrita en la tabla 4. La bibliografía revisada recomienda una correcta gestión del dolor en esta población utilizando un protocolo de actuación basado en la jerarquía de evaluación de McCaffery y Pasero que se describe en la tabla 5^{2,11,12,15}. En diferentes países se pueden encontrar protocolos normalizados para evaluar el dolor en pacientes con demencia. La AGS y la American Pain Society (APS) declararon en 2003 apoyar los planes de salud que implementarán métodos sistemáticos de evaluación del dolor y de gestión, para facilitar una atención de calidad y para obtener resultados razonables para actividades de manejo del dolor (www.iasp-pain.org)¹⁸. En España, las directrices de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología nos orientan en la evaluación, seguimiento, tratamiento y evolución del manejo del dolor en el anciano con demencia o sin ella⁴.

En la bibliografía revisada, el estándar de referencia para la evaluación de la presencia e intensidad del dolor en ancianos que presentan leve y moderada demencia es la autoevaluación. Diferentes artículos utilizan la escala NRS o EVA como escala única para evaluar el dolor, también asociadas a otras escalas o para verificar la validez del constructor de otras escalas o herramientas creadas para evaluar el dolor que están siendo investigadas. El ámbito en que se han realizado los estudios es mayoritariamente residencial y sociosanitario, y solo un estudio se ha realizado en urgencias de un hospital de agudos y cinco más en hospitales de agudos, dos de ellos en unidades de geriatría de agudos. El observador que realiza la evaluación del dolor suele ser la enfermera; en tres estudios la realizan médicos o estudiantes de medicina, y solo en uno, auxiliares de enfermería. La escala PAINAD fue validada en población residencial de Estados Unidos. También está traducida y validada en diferentes idiomas: alemán, italiano, japonés, portugués y español. Recientemente se ha validado al

Tabla 2. Características de la demencia y el dolor¹¹

TIPO DE DEMENCIA	CARACTERÍSTICA
Enfermedad de Alzheimer	El umbral o intensidad perceptiva del dolor agudo se encuentra mantenido
	La transmisión e integración de la información nociceptiva puede encontrarse enlentecida
Demencia vascular	El componente afectivo del dolor se encuentra más afectado
	Incremento de la experiencia dolorosa por desconexión corticosubcortical
	Síndromes dolorosos crónicos: la cefalea
Demencia frontotemporal	Las áreas más afectadas son el lóbulo temporal y el área frontal, que se relacionan con el componente motivacional y afectivo del dolor
	La consecuencia es una reducción de la expresión del dolor
Enfermedad de Parkinson	El dolor es una manifestación común
	Mayor frecuencia e intensidad de dolor de otros orígenes
	En ellos se ha descrito un síndrome doloroso central primario, no atribuible a ninguna de las etiologías previas

Tabla 3. Directrices de indicadores de comportamiento del dolor persistente en ancianos con demencia avanzada según la American Geriatrics Society¹⁵

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

Tabla 4. Escala PAINAD-Sp versión de García-Soler Á, et al. Adaptación y validación de la versión española de la escala de evaluación de dolor en personas con demencia avanzada¹⁹

	0	1	2	PUNTOS
Respiración (independiente de la verbalización-vocalización del dolor)	Normal	Respiración ocasionalmente dificultosa. Periodos cortos de hiperventilación	Respiración dificultosa y ruidosa. Largos periodos de hiperventilación. Respiración de Cheyne-Stokes	
Vocalización (verbalización negativa)	Normal	Gemidos o quejidos ocasionales. Habla con volumen bajo o con desaprobación	Llamadas agitadas y repetitivas Gemidos y quejidos en volumen alto Llanto	
Expresión facial	Sonriente o inexpresivo	Triste Atemorizado Ceño fruncido	Muecas de disgusto y desaprobación	
Lenguaje corporal	Relajado	Tenso. Camina de forma angustiada. No para quieto con las manos	Rígido. Puños cerrados. Rodillas flexionadas. Agarra o empuja. Agresividad física	
Consolabilidad	No necesita que se le consuele	Se le distrae o se le tranquiliza hablándole o tocándole	Es imposible consolarle, distraerle o tranquilizarle	
Puntuación TOTAL				

español la escala PAINAD-Sp en el ámbito residencial, con resultados positivos, concluyendo que la escala PAINAD-Sp se puede utilizar para la evaluación del dolor en personas con demencia y que puede ser utilizada por diferentes profesionales de la salud con un mínimo entrenamiento que garantice la fiabilidad de los resultados obtenidos. Un estudio español utilizó la escala PAINAD para evaluar el dolor en el ámbito residencial, concluyendo la necesidad de que las instituciones y el personal sanitario dispongan de herramientas observacionales de detección del dolor^{2,16-20}.

Enfermería y dolor

Las enfermeras tienen el deber ético y legal de velar por el bienestar y el alivio del dolor de los pacientes, abogando para que se utilicen los

medios más efectivos dentro del sistema sanitario². Las enfermeras junto con el equipo interdisciplinar llevan a cabo una serie de funciones en el tratamiento del dolor que incluyen: establecimiento de un plan de cuidados, selección de analgésicos adecuados, optimización del alivio del dolor, monitorización segura y eficaz, anticipación de los efectos secundarios, prevención del dolor causado por procedimientos, educación del cuidador/familiar y documentación efectiva¹³.

El personal enfermero especializado en la atención a las personas con demencia desempeña un papel relevante a lo largo de todo el proceso de gestión del dolor. Además, acompaña al paciente y a su familia, estimulando con sus consejos y acciones, a mantener al máximo la autonomía de la persona, a vigilar la aparición de signos de alarma de sobrecarga de la familia y en el tramo final de la vida a velar por el confort y la

Tabla 5. La jerarquía de las técnicas de evaluación del dolor de Mc-Caffery y Pasero^{2,11,12,14}

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

reducción del sufrimiento¹³. Diversos estudios han descrito el déficit de formación de las enfermeras en el abordaje del dolor y creencias falsas en relación con los opiáceos, que influyen en el infratratamiento del dolor. Un estudio realizado con 119 enfermeras de cuatro hospitales estadounidenses concluyó que la evaluación del dolor es un problema grave en la práctica clínica y puede ser debido a una falta de conocimiento sobre este, uso de analgésicos y falsas creencias de la utilización de opiáceos (adicción y riesgos de depresión respiratoria)²¹. Una encuesta a profesores de 14 escuelas de enfermería en Estados Unidos encontró deficiencia en el conocimiento de la gestión del dolor y que los contenidos curriculares no eran óptimos²². Un estudio en cuatro residencias de Wisconsin en 2012 realizó 15 entrevistas a 13 enfermeros, y demostró la falta de conocimientos sobre escalas observacionales del dolor y algoritmos de manejo del dolor; además, verbalizaron la incertidumbre que les generaba la no certeza de identificarlo. Las enfermeras explicaron que realizaban conjuntamente medidas farmacológicas y no farmacológicas tras la sospecha de dolor²³. En otra encuesta a 318 enfermeras canadienses se descubrió que igualmente les faltaban conocimientos y entrenamiento acerca del uso, propiedades y efectos de la medicación opioide para el alivio del dolor, así como las diferencias en dolor agudo y crónico²⁴. Y también otro estudio australiano con 42 enfermeras de cuatro áreas diferentes de un hospital, a las que se encuestó sobre sus conocimientos y actitudes de manejo del dolor, concluyó que existía una mala comprensión de los opioides y una posterior infraadministración de estos²⁵. Se pueden encontrar diferencias en los conocimientos sobre el manejo del dolor según el área de trabajo o años de experiencia

laboral de las enfermeras. Un estudio británico encuestó a 208 enfermeras en relación con su conocimiento y experiencia de dolor en los ancianos. Los resultados mostraron que no hay diferencias en la percepción del dolor en enfermeras de atención quirúrgica aguda y atención geriátrica aguda²³. Un estudio australiano encuestó a 300 enfermeras de diferentes áreas: cuidados intensivos, cirugía, medicina interna, psiquiatría, oncología, residencias y centros de cuidados paliativos. Los resultados demostraron también un déficit de conocimientos con respecto al dolor y su manejo en los ancianos, pero identificó mayor nivel de conocimientos en gestión del dolor en las enfermeras que trabajaban en cuidados paliativos, por lo que existe una relación positiva entre los años de experiencia en enfermería y el conocimiento del dolor en los ancianos²⁶. En España no hemos hallado ningún estudio que identifique los conocimientos y actitudes sobre el dolor en los pacientes con demencia avanzada que tienen las enfermeras. La formación continuada en relación con el dolor y su abordaje genera confianza en los profesionales sanitarios²⁰, como lo demuestra un estudio recientemente publicado por la Universidad de Portland, que describe los pasos de un estudio piloto para la implementación de un instrumento de evaluación del dolor para los adultos de edad avanzada con demencia (PAINAD). Una auditoría de preintervención demostró que sin el uso de una herramienta de evaluación del dolor, el 97,7% de la documentación clínica carecía de registro de manejo del dolor. Después de la intervención, el 91,3% de la documentación clínica tenía registro del manejo del dolor. La intervención consistía en la formación profesional, la educación y la formación de un equipo de dolor²⁷.

■ DISCUSIÓN

Este documento ofrece una breve visión global de la literatura médica en relación con la gestión del dolor, los ancianos con demencia avanzada y los profesionales de enfermería. Hasta la actualidad se creía que la demencia cursaba con un aumento de la tolerancia al dolor, pero gracias a la investigación clínica, se conoce el impacto de los diferentes tipos de demencia en el procesamiento y la percepción del dolor. Estas alteraciones en el procesamiento del dolor pueden tener consecuencias significativas para su evaluación y tratamiento y deben ser consideradas en el desarrollo de su gestión. Es importante destacar que esta falta de claridad probablemente contribuye a la indecisión en la práctica y las opciones de tratamiento inadecuadas¹¹. Los hallazgos de este estudio son importantes para comprender la gestión del dolor como un proceso complejo y dinámico. Los pilares de un mejor manejo del dolor son la aplicación de algoritmos de tratamiento y consulta, la educación continuada y el trabajo en equipo de los profesionales que atienden a los ancianos con demencia^{12,20}. La gestión del dolor debe ser una parte integrada en la valoración clínica general^{14,20}. Los resultados de este estudio apoyan la literatura en la que se muestra un déficit de conocimientos significativos con respecto al dolor y su gestión en el personal de enfermería. Las enfermeras deben tener un buen conocimiento del dolor, sus causas, manifestaciones y estrategias de actuación. Son el grupo profesional más numeroso del ámbito sanitario, que cuida de la salud y proporciona la continuidad de la atención a las personas de edad avanzada en los diferentes ámbitos asistenciales. El dolor es de gran importancia clínica para las enfermeras que cuidan a las personas mayores, que son hospitalizadas con más frecuencia y durante más tiempo, y el dolor es uno de los síntomas más común²¹. En la actualidad, para optimizar la gestión y el manejo del dolor por parte de las enfermeras, es necesaria la formación para superar la falta de conocimientos y las falsas creencias del dolor²³.

Considerando las dificultades descritas y la necesidad de un proyecto de gestión del dolor en los ancianos con demencia avanzada atendidos en

unidades de geriatría de agudos, se inicia el proyecto como un trabajo preliminar de un estudio que consiste en desarrollar e implementar un protocolo de gestión de dolor en ancianos con demencia avanzada, utilizando la escala PAINAD-Sp, en la unidad de geriatría de agudos del Hospital Clínic de Barcelona. Con el fin de identificar la bibliografía más relevante y basada en la evidencia científica, se realizó este estudio descriptivo, y considerando las limitaciones del estado actual de la ciencia, se decidió incluir todos los artículos que se encontraron sobre la gestión del dolor.

■ CONCLUSIÓN

La gestión del dolor se complica con la demencia por afectación de la memoria, el razonamiento, el reconocimiento, la comunicación y la capacidad de informar verbalmente del dolor¹². La gestión del dolor es una prioridad social y sanitaria que precisa de una actuación 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 equipo²⁴, 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 ■

Agradecimientos

A todo el personal sanitario y administrativo de la unidad de geriatría de agudos por su apoyo, ánimos y ayuda incalculable.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

■ BIBLIOGRAFÍA

- INE. INEBASE: Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos13.pdf>
- Herr K, Bjoro K, Decker S. Tools for assessment of pain in non-verbal older adults with dementia: a state-of-the-science review. *J Pain Symptom Manage*. 2006;31(2):170-92.
- Lukas A, Schuler M, Fischer TW, Gibson SJ, Savvas SM, Nikolaus T, et al. Pain and dementia A diagnostic challenge. *Z Gerontol Geriatr*. 2012;45:45-9.
- Guía de práctica clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de alzhéimer y otras demencias guías de práctica clínica en el SNS. Ministerio de Ciencia e Innovación. Disponible en: http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/gpc_alzheimer_demencias_pcsns_aiaqs_2011vc.pdf
- Zwakhalen SM, Hamers JP, Abu-Saad HH, Berger MP. Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatrics* 2006 Jan 27;6:3.
- Zwakhalen S, Koopmans R, Geels P, Berger M, Hamers J. The prevalence of pain in nursing home residents with dementia measured using an observational pain scale. *Eur J Pain*. 2009;13(1):89-93.
- Herr K, Coyne PJ, Key T, Manworren R, McCaffery M, Merkel S, et al. Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice. *Pain Manag Nursing*. 2006;7(2):44-52.
- Scott S, Jones L, Blanchard MR, Sampson EL. Study Protocol: The Behaviour and Pain in Dementia Study (BePAID). *BMC Geriatrics*. 2011;11:61-9.
- González-Montalvo JI, Baztán Cortés JJ, Alarcón Alarcón T, Bárcena Álvarez A. Resultados asistenciales de las unidades geriátricas de agudos. Revisión sistemática. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007;42:240-50.
- González Á. El neurólogo frente al dolor en la demencia. *Neurología*. 2012.
- Achterberg Wilco P, Pieper MJ, van Dalen-Kok AH, de Waal MW, Husebo BS, et al. Pain management in patients with dementia. *Clin Interv Aging*. 2013;8:1471-82.
- Her K. Pain assessment strategies in older patients. *J Pain*. 2011;12:3-13.
- Best practices clinics RNAO noviembre 2002 revisado en 2013 Instituto Carlos III España.
- AGS The management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50:205-24.
- Zwakhalen S, Hamers JP, Berger MP. The psychometric quality and clinical usefulness of three pain assessment tools for elderly people with dementia. *Pain*. 2006;126:210-20.
- Horgas AL, Nichols AL, Schapson CA, Vietes K. Assessing pain in persons with dementia relationships among the non-communicative patient's pain assessment instrument, self-report, and behavioral observation. *Pain Manag Nurs*. 2007;8:77-85.
- Rodríguez-Mansilla J, Jiménez-Palomares M, González-López-Ariza 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*. 2014;49(1):35-41.
- The International Association for the Study of Pain® Facts on "Pain in Older Persons" IASP® – Facts on Pain in Older Persons 2012. Disponible en: www.iasp-pain.org
- García-Soler AI, Sánchez-Iglesias I, Buiza C, Alaba J, Navarro AB, Arriola E, et al. Adaptación y validación de la versión española de la escala de evaluación de dolor en personas con demencia avanzada: PAINAD-Sp. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2014;49(1):10-4.
- Rica de la-Escuin M, González-Vaca J. Valoración del dolor en pacientes con demencia avanzada institucionalizados. *Gerokomos*. 2014;25(1):3-8.
- Sloman V, Ahern M, Wright A, Brown L. Nurses' knowledge of pain in the elderly. *J Pain Symptom Manage*. 2001;21(4):317-22.
- Zalon ML. Nurses' assessment of postoperative patients' pain. *Pain*. 1993;54:329-34.
- Ferrell BR, McGuire DB, Donovan MI. Knowledge and beliefs regarding pain in a sample of nursing faculty. *J Prof Nurs*. 1993;9:79-88.
- Gilmore-Bykovskiy AL, Bowers BJ. Understanding nurses' decisions to treat pain in nursing home residents with dementia. *Res Gerontol Nurs*. 2013;6(2):127-38.
- Hamilton J, Edgar L. A survey examining nurses' knowledge of pain control. *J Pain Symptom Manage*. 1992;7:18-26.
- Heath DL. Nurses' knowledge and attitudes concerning pain management in an Australian hospital. *Aust J Adv Nurs*. 1998;16:15-8.
- Provos JCK. Adoption of a pain assessment tool in older homebound patients with dementia in a housecall practice: A dissemination study. *Clinical Scholars Rev*. 2012;5(2):124-131.
- Lu DF, Herr K. Pain in dementia: Recognition and Treatment. *J Gerontol Nursing* 2012;38(2):8-13.