



VALORACIÓN DEL DOLOR EN LAS PERSONAS MAYORES

Revisión narrativa

Trabajo Fin de Grado: Curso 2016-2017
Grado en Enfermería

Autora: Nicole Alejandra Aveiga Loor

Tutora: María Luisa Martínez Martín

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT.....	4
INTRODUCCIÓN	5
Dolor, tipos y dimensiones	7
Valoración del dolor	9
Tratamiento del dolor	11
Factores que condicionan el dolor en las personas mayores	14
METODOLOGÍA.....	17
RESULTADOS	18
Estrategias adoptadas por las enfermeras para la valoración del dolor	19
Herramientas para la valoración del dolor	21
Barreras que dificultan la valoración del dolor.....	23
CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES.....	27
AGRADECIMIENTOS.....	29
BIBLIOGRAFÍA	30
ANEXOS.....	35
Anexo I: Estrategias de búsqueda.....	35
Anexo II. Tabla 2: Artículos seleccionados para el análisis.....	39
Anexo III: Escala PAINAD-Sp.....	44
Anexo IV: Escala PACSLAC	45
Anexo V: Diario de Dolor	47

RESUMEN

Objetivo: analizar la evidencia sobre las intervenciones enfermeras en la valoración del dolor en personas mayores.

Método: revisión narrativa mediante la búsqueda bibliográfica en base de datos de Ciencias de la Salud: Pubmed, CUIDEN y CINAHL, y en el buscador especializado Dialnet.

Resultados: se obtuvieron 42 artículos que cumplían con los criterios de inclusión, de los cuales se seleccionaron 26. Se generaron tres categorías de análisis en relación con la valoración del dolor en las personas mayores por los profesionales de enfermería: estrategias adoptadas por las enfermeras en la valoración del dolor, herramientas para la valoración del dolor y barreras que dificultan la valoración del dolor. La gran prevalencia del dolor en personas mayores y el pobre control del mismo hacen necesaria la intervención de la figura enfermera como pieza clave en la valoración del dolor en las personas mayores.

Conclusiones: es necesario que los profesionales adquieran conocimientos acerca del dolor y de su valoración en las personas mayores, además deben de adquirir competencias para una comunicación eficaz con el equipo multidisciplinar y con el núcleo de cuidados.

Palabras clave

Dimensión del dolor; enfermería; persona mayor; dolor.

ABSTRACT

Aim: to analyze the evidence on nursing interventions in the assessment of pain in elderly people.

Methods: for this narrative review, a bibliographic research was carried out in health sciences databases: Pubmed, CUIDEN and CINAHL, and in the specialized searcher Dialnet.

Results: 42 articles were found that met the inclusion criteria, 26 were chosen for the review. Three analysis categories were created in relation with pain assessment in older people by the nursing staff: strategies adopted by the nurses in pain assessment, tools to assess pain and barriers that hinder the pain assessment. The high prevalence of pain in elderly people and the poor control of it make necessary the intervention of the nurse figure as a key element in the assessment of pain.

Conclusions: it is necessary for professionals to acquire knowledge about pain in elderly people and its assessment, additionally they must acquire competences for an effective communication with a multidisciplinary team and with the nucleus of care.

Key words: pain measurement; pain perception; pain assessment; nursing; aged; pain.

INTRODUCCIÓN

Esta revisión narrativa tiene como objetivo determinar los conocimientos y herramientas con que cuentan las enfermeras para realizar una correcta valoración del dolor en las personas mayores en distintas situaciones de salud y, de esta forma, prestar cuidados que garanticen su calidad de vida, parámetro que, a medida que avanza la edad, adquiere más relevancia.

El dolor es un síntoma que casi siempre está presente en las personas mayores, actualmente entre un 50-80% de la población mayor de 65 años sufre dolor, observándose una mayor prevalencia en el sexo femenino (1). Otros datos relevantes informan que la prevalencia de dolor crónico en personas mayores que viven en la comunidad oscila entre el 25-76%, cifras que ascienden hasta el 83-93% en mayores institucionalizados (2).

Estos datos cobran especial importancia si se tiene en cuenta que el envejecimiento acelerado de la población es una realidad en los países desarrollados, donde las personas mayores conforman un grupo cada vez más numeroso. Situación que se considera un éxito de la sociedad actual, ya que en parte viene dada por la mejora de las condiciones de vida y de la atención sanitaria, así como por el avance de la medicina y su pronta aplicación, aunque también depende de otros muchos factores, como el descenso de la natalidad.

Sin embargo, el crecimiento progresivo de personas mayores ha traído consigo consecuencias en distintos órdenes de la vida, y que en lo relativo a la salud está implicando una mayor carga global de enfermedad, con una mayor prevalencia de problemas de salud crónicos y elevados niveles de dependencia, que dan como resultado la necesidad de desarrollar un modelo diferenciado de atención a la salud de las personas mayores (3).

Pero, quizás, es el más reciente fenómeno demográfico conocido como “envejecimiento del envejecimiento” o sobre-envejecimiento poblacional, debido al importante incremento de la esperanza de vida, el que más está incidiendo en la aparición de nuevos perfiles de personas mayores, como son los ancianos frágiles o los pacientes de edad avanzada con polipatología y polimedcados. Esta elevada esperanza de vida, que en España se sitúa en 80,1 años para los hombres y en 85,6 años para las mujeres, tiene como resultado que, si las cifras de envejecimiento superan ya el 18,2% de la población total, el porcentaje de sobre-envejecimiento, representado por los mayores de 80 años, sea del 4,24% y el índice de dependencia de la población anciana oscile entre el 40,6 y el 76% (4,5).

El envejecimiento poblacional al que estamos asistiendo obliga, entonces, a nuevos enfoques en el abordaje del dolor, ya que en las personas mayores este síntoma se presenta con más facilidad y muy frecuentemente de forma atípica. Los órganos y sistemas han sufrido un declive como consecuencia del paso de los años y los mecanismos de defensa están más limitados. Los cambios fisiológicos y especialmente neurológicos que se producen como consecuencia de la edad afectan a las estructuras de transmisión del dolor, a la capacidad de identificarlo plenamente y a la respuesta ante él, que será menos intensa y más lenta en comparación con la población adulta. El umbral del dolor y la tolerancia a éste se incrementan con la edad, a diferencia de la capacidad para la discriminación de la intensidad y del tipo de dolor, que disminuye. Todo lo cual conlleva a que actualmente el dolor esté infradiagnosticado e infratratado en muchas personas mayores y mucho más si tienen algún tipo de déficit cognitivo (6).

El diagnóstico diferencial exige una valoración más compleja y lo mismo ocurre con el tratamiento, ya que los cambios farmacodinámicos y farmacocinéticos obligan a adaptar la elección del fármaco, las dosis, las pautas horarias y la duración. En definitiva, el manejo del dolor en las personas mayores requiere de unos conocimientos específicos sobre el proceso de envejecer y de las peculiaridades con las que se presenta el dolor en este grupo etario (7).

Por otra parte, esta complejidad se ve reforzada por la imagen estereotipada de las personas mayores en la sociedad actual, que influye negativamente en la vivencia del dolor y conlleva a una menor comunicación de este síntoma tanto a los familiares como a los profesionales de la salud, ya que la creencia de que el dolor es inherente al envejecimiento sigue manteniéndose.

Por tanto, el dolor en las personas mayores se ha convertido en un importante problema de salud pública, ya que se trata de un grupo de población cada vez más numeroso y vulnerable, al menos en las edades más avanzadas. El dolor es uno de los motivos más frecuentes de consulta, provoca una pérdida de calidad de vida, implica una disminución del nivel de funcionalidad y un mayor grado de dependencia y, además, genera un enorme consumo de recursos humanos y económicos, entre otras muchas consecuencias; siendo un dato a destacar que el abordaje del dolor en Europa representa alrededor del 3% del Producto Interior Bruto (PIB), lo que supone un coste de 34.000 millones de euros al año (8).

Dolor, tipos y dimensiones

La *International Association for the Study of Pain* (IASP) define el dolor como “aquella experiencia sensorial y/o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial, o bien descrita en términos de tal daño” (9). Esta definición clarifica las dimensiones múltiples del dolor, señalando que se trata de algo más que un cambio en el sistema nervioso, también es un reflejo de las experiencias pasadas de la persona con respecto al dolor y a su significado. Aunque esta definición es la más ampliamente aceptada y se reconoce correcta y apropiada, distintos autores han aportado otras perspectivas. De esta forma, según McCaffrey y Pasero, “el dolor es siempre lo que el paciente dice que es y que existe siempre que él lo refiere” (10).

En la disciplina enfermera, la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) contempla el dolor como un diagnóstico de enfermería, clasificándolo según la duración del mismo en dolor agudo y dolor crónico. El dolor agudo se define como una “experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos, de inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible”, y el dolor crónico se define por los mismos criterios, pero considerando una duración del mismo superior a tres meses (11). No obstante, dependiendo de la situación de la persona el dolor puede ser considerado también como un problema de colaboración si se necesita la intervención de otro profesional de la salud como el médico o el psicólogo.

El dolor se puede clasificar atendiendo a distintos criterios: patogenia, localización, curso, intensidad, etc. La clasificación más utilizada es según su duración, en el Cuadro 1 se presentan las diferencias entre el dolor agudo y el dolor crónico (7) y en el Cuadro 2 la clasificación del dolor en función de su origen y localización (3,6,7,12).

Así mismo el dolor es una experiencia que está formada por varias dimensiones (7,12):

- La dimensión sensorial que orienta a la sensación física percibida por la persona tras la estimulación nociceptiva o la afectación de un nervio. Esta dimensión ayuda a que el individuo localice el dolor y, por tanto, a focalizar el lugar del posible daño tisular. Es importante hacer una buena recopilación de datos de esta dimensión, ya que así se garantizará una atención adecuada acorde al tipo de dolor que manifiesta la persona.

Cuadro 1. Características del dolor según su duración		
	Dolor Agudo	Dolor Crónico
Duración	Menor de 6 meses	Mayor de 6 meses
Mecanismo de producción	Lesión súbita y corta	Lesión tisular crónica
Función	Protectora	Inútil
Componente psicológico	No significativo	Determinante
Estado emocional	Ansiedad	Depresión
Duración analgesia	Hasta que finalice el episodio	Todo el tiempo posible
Respuesta al tratamiento	Buena	Escasa
Dependencia y tolerancia al tratamiento	Rara	Frecuente
Relacionado con	Intervenciones quirúrgicas, fracturas, etc.	Enfermedades crónicas como osteoporosis, fibromialgia. Enfermedades cancerosas.

Fuente: Elaboración Propia basada en López Forniés A et al (7)

Cuadro 2. Clasificación del dolor según el origen y localización.				
	<u>Nociceptivo</u>		<u>Neuropático</u>	<u>Psicógeno</u>
	<u>Somático</u>	<u>Visceral</u>		
Localización y origen de la lesión	Piel, músculos, articulaciones, ligamentos o huesos	Órganos internos	Sistema nervioso	No orgánico, relacionado con una enfermedad de naturaleza psíquica (ansiedad/depresión).
Características del dolor	Constante y pulsátil	Dolor vago	Sensación de quemazón, hormigueo y entumecimiento	
Localización del dolor	Se localiza bien y corresponde a la zona dañada.	Difícil de localizar ya que se irradia a zonas distintas del órgano afectado.	Falta de relación causal entre lesión tisular y dolor.	
	<u>Dolor mixto</u> Posee características nociceptivas y neuropáticas.			

Fuente: Elaboración Propia basada en Fernández Alonso C et al; García Martínez CM et al; López Forniés A et al; Siqueiros-García JM et al (3,6,7,12).

- La dimensión afectiva da información de cómo se percibe el dolor y cuál es el impacto emocional que se padece, qué sensaciones provoca ese dolor y si éstas pueden influir en la forma de percibirlo. Las emociones negativas alteran la calidad de vida y pueden conducir a intensificar la percepción del dolor y a alterar la funcionalidad de la persona.
- La dimensión cognitiva hace referencia a las actitudes y creencias previas sobre el dolor y a las técnicas de afrontamiento que posee la persona para adaptarse al estímulo doloroso. Es importante tener en cuenta qué factores afectan a la cognición, tales como la sedación o la demencia, que alteran la experiencia y la respuesta al dolor.
- La dimensión conductual, es útil observar y valorar la postura que adopta la persona, las expresiones faciales y, sobre todo indagar en los cambios producidos en el día a día a causa del dolor, ya que un dolor crónico va a tener gran repercusión en el nivel de funcionalidad.
- La dimensión sociocultural está influenciada por los factores culturales, sociales y morales e informa sobre el impacto que tiene el dolor en la red familiar y de apoyo del individuo.

Con todo ello, la conclusión es que el dolor es un concepto complejo, multidimensional y se trata de un síntoma de naturaleza subjetiva, por lo que cada persona lo percibe y lo vive de una manera diferente y es necesario evaluar los factores que pueden actuar como determinantes sin la pretensión de estereotipar ni prejuzgar a las personas.

Valoración del dolor

Como se ha mencionado, el dolor es una entidad con distintas dimensiones, pero quizás la característica más relevante es su carácter subjetivo, el cual impide realizar medidas exactas y palpables de la magnitud con que la persona percibe el dolor.

Así mismo, en la Declaración del Colegio de Anestesiólogos de Australia y Nueva Zelanda se puntualiza que entre los derechos del paciente/persona con dolor se encuentra, entre otros, el derecho a una correcta valoración y a un adecuado tratamiento, para lo que se requiere de herramientas e instrumentos que ayuden a objetivar y a medir el dolor de una manera eficaz y fiable (13).

Desde 1996, la IASP y posteriormente la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* consideran el dolor como la “quinta constante vital”, por lo

que debe de ser tomada como tal y el personal sanitario está obligado a identificar el dolor, registrarlo y saber valorarlo adecuadamente (9,14).

La valoración del dolor debe constar de una completa historia clínica en la que se debe incluir los problemas de salud que presenta la persona, los medicamentos que tiene prescritos, una anamnesis de síntomas y en el caso de tratarse de una persona mayor resulta conveniente una evaluación geriátrica integral en la que se detalle el nivel de funcionalidad, una valoración del estado cognitivo y con qué red de apoyo social cuenta. Se trata, por tanto, de un proceso individualizado, ya que se ve altamente influenciado por la dimensión psicológica de la persona y además por su nivel socio cultural, por lo que hay que observar el contexto social en el que se encuentra, sus valores, tanto éticos como religiosos, y que esté en consonancia con la personalidad del paciente (6).

Por otra parte, la valoración es la primera fase del proceso enfermero y, quizás, la más importante ya que es cuando se recoge la información necesaria para llegar a un diagnóstico correcto que permita la aplicación adecuada de medidas de prevención y/o de alivio del dolor.

Para una correcta evaluación del dolor la enfermera deberá interrogar al paciente sobre el inicio, la duración y la localización del mismo, además tendrá que valorar su intensidad y si este se ve desencadenado con alguna actividad concreta. Es importante que la persona describa cómo es el dolor, cuáles son sus características y que exprese las emociones que le produce, es decir, cómo lo percibe (7,15).

Los profesionales de enfermería cuentan con prototipos de valoraciones enfermeras basadas en distintos referentes teóricos, tales como el modelo de autocuidado de Dorothea Orem, el modelo de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson o el sistema de valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon. Estos prototipos permiten realizar una valoración general para cualquier grupo de edad y, aunque no son específicos para la valoración del dolor, resultan de gran utilidad ya que tienen un enfoque integral de la persona. Al ser el dolor un síntoma tan complejo, trastoca todas las dimensiones de la vida de un individuo, si además el dolor es crónico este cambio es más acusado pudiendo transformar aspectos de la vida y de la personalidad. Por ello, aunque se haga una valoración focalizada del dolor, no se deben pasar por alto los demás requisitos de autocuidado, necesidades básicas o patrones funcionales, ya que el dolor suele afectar a todos ellos (14).

Es también recomendable la utilización de escalas que tienen como finalidad la evaluación y reevaluación del dolor y así poder realizar una comparación en el tiempo y

comprobar la posible efectividad o no del tratamiento propuesto a la persona. En el Cuadro 3 se muestran las escalas más utilizadas.

Cuadro 3. Escalas para la valoración del dolor	
Unidimensionales, valoración cuantitativa	Multidimensionales valoración cualitativa
<ul style="list-style-type: none"> ○ Escala de valoración numérica 0-10 ○ Escalas descriptivas simples o escalas de valoración verbal No dolor- leve-moderado-grave-peor dolor posible ○ Escala visual analógica (EVA) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cuestionario de McGill-Melzack ○ Test de Latineen ○ Cuestionario de Wisconsin (Wisconsin Brief Pain Questionnaire, BPI)

Fuente: Elaboración propia basada en López Forniés A et al (7).

Tratamiento del dolor

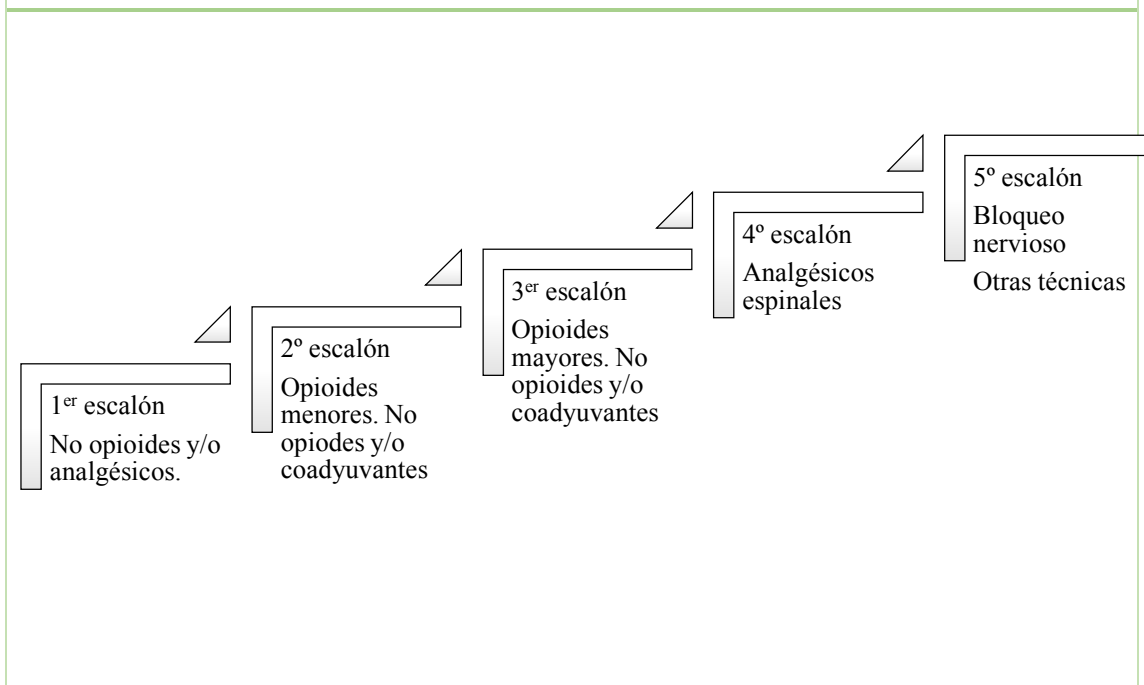
El tratamiento del dolor es uno de los pilares del abordaje del dolor, el cual exige un análisis del medio social de la persona, del estado del dolor, de las manifestaciones fisiopatológicas y de la expectativa de vida de la persona.

Resulta también necesario hacer hincapié en la importancia que tiene que tanto la persona con dolor como su familia y/o cuidador reciban una buena enseñanza y adquieran conocimientos sobre cómo manejar el tratamiento del dolor, ya que éste no solo se limita al alivio del dolor, sino que tiene que centrarse también en la atención a la familia y a prestar el soporte emocional que precisa, lo cual tiene que darse en un contexto que exista un ambiente de comunicación lo más asertivo posible (6).

Al hablar de tratamiento del dolor se debe contemplar tanto el tratamiento farmacológico como el no farmacológico. En el tratamiento farmacológico del dolor el método más utilizado de selección de fármacos es la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (16). Se trata de una recomendación sobre cómo utilizar de manera secuencial los analgésicos, de forma que si el dolor no se controla con los fármacos del primer escalón se accederá al siguiente y así, sucesivamente, hasta tres escalones.

Actualmente la escalera analgésica modificada (Figura 1) está constituida por cinco escalones, en los tres primeros escalones los fármacos se administran por cualquiera de las vías habituales (oral, sublingual, intranasal, rectal, transdérmica, subcutánea, intravenosa o intramuscular). A partir del cuarto escalón se utilizan vías directas como las neuroaxiales (epidural, intratecal o subaracnoidea) o la neuroablación (bloqueo de nervios).

Figura 1. Escalera analgésica modificada para el tratamiento del dolor (OMS)



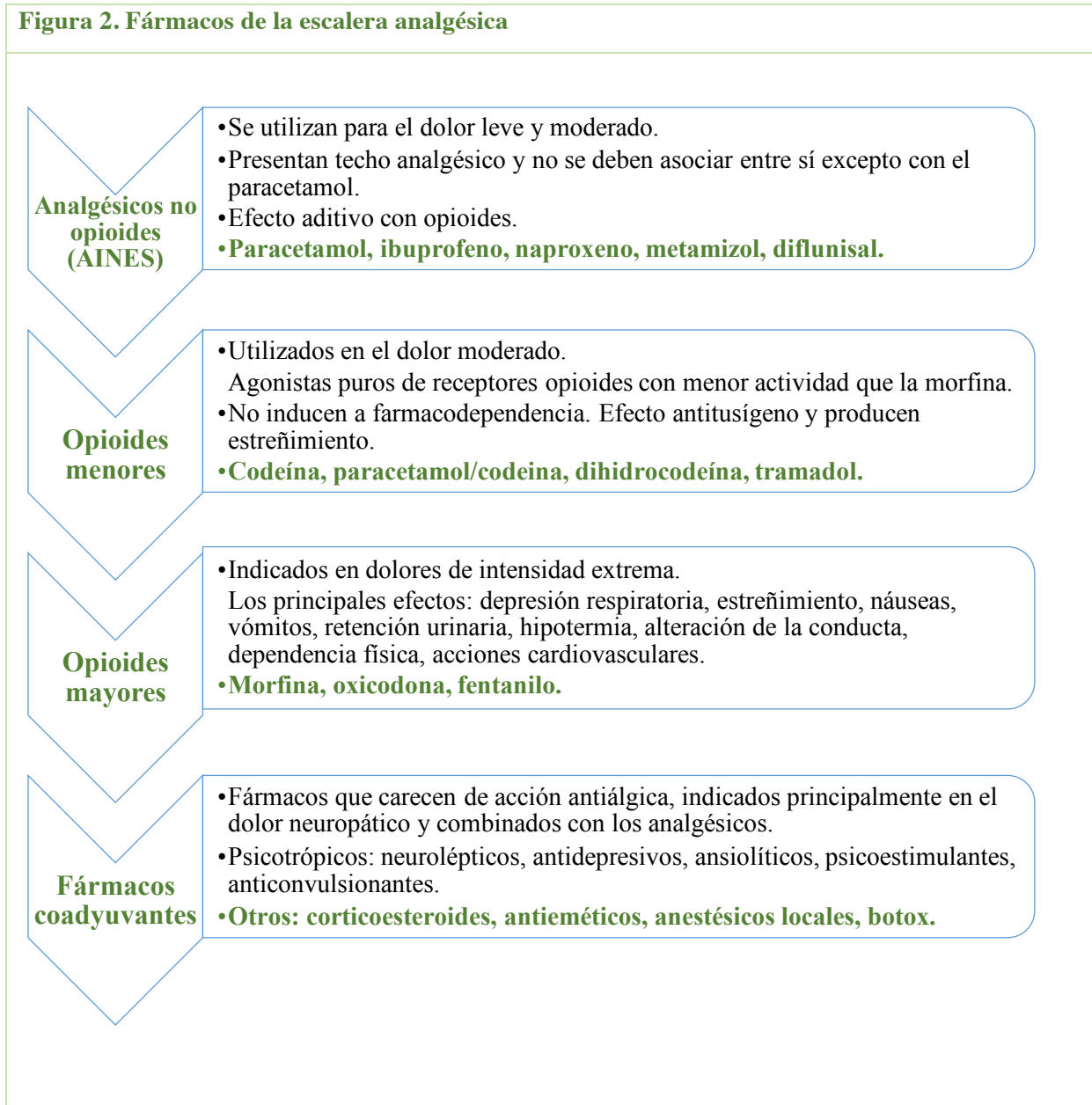
Fuente: López Forniés A et al (7).

No obstante, en la actualidad se utiliza el concepto de “ascensor analgésico” para referirse a que no es necesario seguir el orden creciente de utilización de fármacos sino que se “asciende” directamente hasta fármacos de mayor potencia si el tipo de dolor lo precisa (7). En la Figura 2 se presenta una breve descripción de los fármacos más utilizados para el tratamiento del dolor.

Por otra parte, el tratamiento no farmacológico juega también un papel fundamental en el tratamiento del dolor, sobre todo en el tratamiento del dolor crónico. Se utiliza como primer paso en el tratamiento del dolor agudo y también como complemento al

tratamiento farmacológico (7). En el Cuadro 4 se describen distintas terapias no farmacológicas.

Figura 2. Fármacos de la escalera analgésica



Fuente: Elaboración propia basada en Monge Casares E et al (15).

Cuadro 4. Tratamiento no farmacológico del dolor	
Medidas generales	-Reposo -Termoterapia (calor en dolores subagudos y crónicos y frío en dolores agudos) -Masajes
Tratamientos neurolesivos	-Métodos quirúrgicos, interrumpir las vías nerviosas dolorosas (rizotomía, cordotomía antero-lateral...) -Métodos químicos (el alcohol y el fenol producen destrucción del tejido nervioso).
Estimulación eléctrica transcutánea (TENS)	El dolor es sustituido por una sensación de calor u hormigueo.
Técnicas psicológicas	-Hipnosis -Psicoterapia -Terapia de apoyo, de sugestión, de interpretación. -Musicoterapia. -Técnicas de relajación
Otros métodos	-Hidroterapia -Higiene postural -Medidas ortopédicas -Magnetoterapia -Láser -Ejercicio terapéutico -Reiki -Aromaterapia
Acupuntura	Indicado para lesiones osteotendinosas, dolor en miembro fantasma...

Fuente: López Forniés A et al (7).

Factores que condicionan el dolor en las personas mayores

Los cambios que acontecen en el envejecimiento dan paso a modificaciones en la forma en que las personas mayores perciben el dolor. Estos cambios se pueden clasificar en biológicos, psicosociales y derivados de la situación de salud.

Los cambios biológicos son los causados por el declive fisiológico inherente al envejecimiento. La edad produce cambios de manera progresiva que implican modificaciones estructurales, morfológicas y funcionales en todos los órganos y sistemas con una variabilidad propia de cada persona (Cuadro 5) (17).

Cuadro 5. Cambios fisiológicos-estructurales en las personas mayores.	
Nivel	Cambios
Sistema Cardiovascular	Rigidez vascular y cardíaca. Mayor disfunción endotelial. Mayor riesgo de arritmias.
Sistema Musculoesquelético	Pérdida de masa muscular y como consecuencia disminución de la fuerza. Pérdida de masa ósea.
Sistema Nervioso	Percepción del dolor alterada Cambios en la expresión del dolor Fragilidad neurológica Pérdida capacidad cognitiva
Sistema Respiratorio	Disminución de fuerza de los músculos respiratorios. Deformación del tórax en “tonel”, rigidez de la caja torácica.
Sistema Digestivo	Disminución de los mecanismos secretores. Pérdida de fuerza y tono del tejido muscular y por lo cual reducción de la motilidad. Pérdida de piezas dentales.
Sistema Hepático	Disminución del tamaño hepático Disminución del flujo sanguíneo hepático Reducción del aclaramiento de fármacos por el sistema enzimático cit-P450.
Sistema Renal	Disminución de la capacidad para concentrar orina.
Sistema Endocrino	Mayor resistencia insulínica Diabetes

Fuente: Elaboración propia basada en Salech F et al; Tardiff K (18, 19).

De esta forma, el declive funcional del sistema musculoesquelético tiene como consecuencia que la mayor prevalencia de dolor en las personas mayores sea debida a afecciones crónicas como la osteoporosis y la artritis reumatoide o bien a caídas debidas a la pérdida de fuerza muscular, lo que conlleva una reducción de la actividad y funcionalidad de la persona.

Por otra parte, la fragilidad neurológica y, especialmente, el declive cognitivo, pueden ser responsables de los cambios en la percepción del dolor, ya que los centros neurológicos y vías de percepción se encuentran alterados y la transmisión del estímulo doloroso no

funciona de la misma manera que en una persona adulta joven (18). Por otra parte, cabe destacar la gran incidencia de enfermedades como la diabetes mellitus que provocan neuropatías que condicionan aún más la transmisión y la percepción del dolor.

Uno de los mayores obstáculos que tiene la enfermera en la valoración del dolor es que un paciente presente un deterioro cognitivo avanzado, ya que resulta complejo dilucidar si el paciente siente dolor, porque muchas veces es imposible que lo manifieste verbalmente, resultando necesaria la valoración de la comunicación no verbal, es decir, gestos, llanto, postura, etc. El declive cognitivo en las personas mayores suele provocar una falta de cumplimiento de los tratamientos prescritos y la consecuente disminución de su efectividad, además de favorecer un alto índice de automedicación que puede provocar interacciones medicamentosas.

También es preciso considerar que los cambios que se producen en la situación psicosocial son un factor crucial ya que el dolor, tal y como se ha mencionado anteriormente, es un concepto que se ve influenciado por la cultura, las creencias y los valores que tiene cada persona, además de por la red de apoyo con la que cuenta. En definitiva, la pérdida de funcionalidad, el deterioro cognitivo, los factores emocionales, la situación de dependencia son elementos que condicionan la percepción del dolor en las personas mayores y que les hacen susceptibles de una especial atención (6).

En la sociedad actual hay ciertos mitos y creencias que siguen muy arraigados en cuanto a la percepción del dolor en las personas mayores, creando una barrera en la comunicación del dolor a los profesionales de enfermería ya que algunas personas mayores son reacias a referir dolor por miedo a un diagnóstico, a pruebas invasivas o a hacerse adictas a la medicación analgésica. Otro motivo frecuente es que temen ser tachados de débiles frente a su familia o resultar ser una carga para ellos, ya que muchos piensan que el dolor es inherente al proceso de envejecimiento.

En definitiva, el abordaje del dolor en las personas mayores tiene que integrar todas las dimensiones de la vida de la persona y tener en cuenta las particularidades del proceso de envejecimiento, requiriendo un enfoque multidisciplinar en el que la enfermera tiene un papel muy destacado, por lo que parece oportuno que el objetivo general de este trabajo sea analizar las evidencias sobre las intervenciones enfermeras en la valoración del dolor en las personas mayores.

METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión narrativa mediante la búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos relacionadas con las Ciencias de la Salud, como son PubMed, CINAHL y CUIDEN, así como en el buscador temático Dialnet. Para la búsqueda en las bases de datos se ha empleado el lenguaje controlado de los tesauros *Medical Subject Headlines* (MeSH) y *Descriptor en Ciencias de la Salud* (DeCS) (Cuadro 6). Para las estrategias de búsqueda se han utilizado operadores booleanos y diferentes filtros: referente al idioma; inglés/ español, fecha de publicación últimos cinco años (2012-2017) y edad + de 65 años.

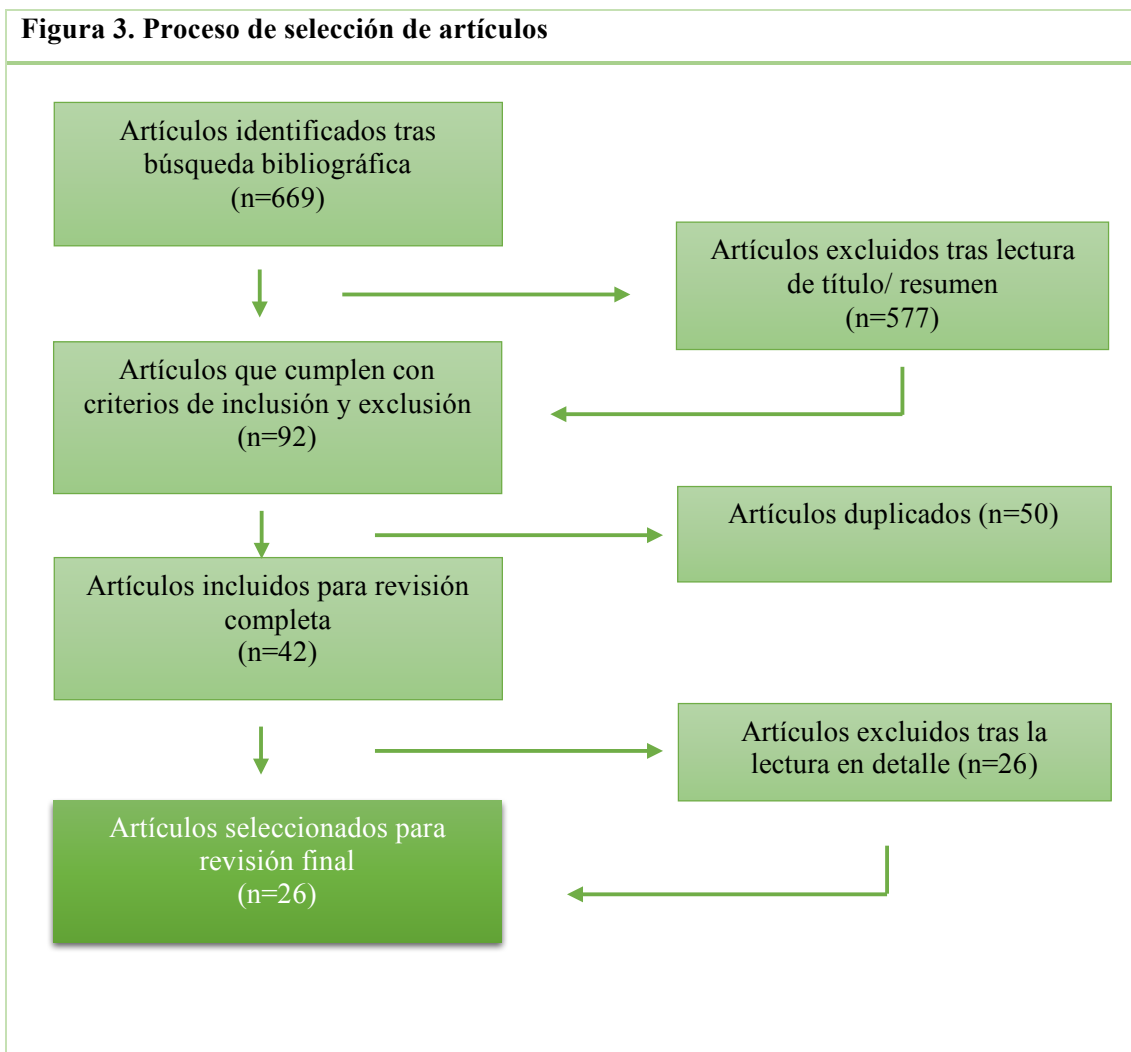
Cuadro 6. Lenguaje Controlado	
MeSH	DeCS
Nursing	Enfermería
Pain assessment	Valoración del dolor
Pain management	Manejo del dolor
Pain measurement	Valoración del dolor
Chronic pain	Dolor Crónico
Aged	Anciano desde los 65 años
Aged, 80 and over	Anciano a partir de los 80 años
Knowledge	Conocimiento
Nursing care	Cuidados enfermeros
Pain perception	Percepción del dolor
Decision making	Toma de decisiones
Pain	Dolor
Geriatrics	Geriatría/ Gerontología

Para la búsqueda bibliográfica con el metabuscador Dialnet se ha utilizado lenguaje libre usando las siguientes construcciones semánticas: “valoración del dolor”, “enfermería”, “manejo del dolor”, “dolor”, “anciano” y “personas mayores”. En este caso los filtros que se establecieron fueron: materia en Ciencias de la Salud y la fecha de publicación de 2012 a 2017.

La selección de los artículos encontrados en la búsqueda se realizó mediante la inclusión de los siguientes criterios, el título y el resumen debían de tener relación con la valoración

y/o manejo del dolor, la intervención enfermera y las personas mayores. Se excluyeron los artículos en los cuales la edad de la población diana incluyese también a menores de 65 años, y aquellos que tras su lectura completa no dieran respuesta al objetivo de este trabajo.

En el Anexo I se describen las estrategias de búsqueda realizadas en las distintas bases de datos y metabuscadores utilizados y en la Figura 3 se ilustra el proceso de selección de los artículos.



RESULTADOS

Tras la búsqueda bibliográfica se obtuvieron un total de 42 artículos que cumplían con los criterios de inclusión, tras la lectura completa se eligieron finalmente 26 artículos por

considerar que eran adecuados para el objetivo del trabajo. En la Tabla 3 (Anexo II) se presentan los artículos seleccionados para el análisis, ordenados por año de publicación, en la que consta país de origen, título, autor tipo de diseño, y un breve resumen de su contenido. Los artículos escogidos tienen un origen bastante diverso lo que permite conocer las diferentes perspectivas del tema en varios países.

La revisión de los documentos generó las siguientes categorías de análisis relacionadas con la intervención enfermera para la valoración del dolor en las personas mayores:

- ✓ Estrategias adoptadas por las enfermeras para la valoración del dolor.
- ✓ Herramientas para la valoración del dolor.
- ✓ Barreras que dificultan la valoración del dolor.

Estrategias adoptadas por las enfermeras para la valoración del dolor

A lo largo de la última década se ha puesto ahínco en determinar cuáles son las estrategias para reconocer y mejorar el manejo del dolor en una persona mayor.

De acuerdo con diversas autoras como Booker y Zwakhaleh (20,21) la mejor manera de identificar y valorar el dolor es que la persona mayor informe verbalmente si presenta o no dolor, esta estrategia tiene sus limitaciones al no ser adecuada para todos los tipos de pacientes, ya que se pueden presentar diversos obstáculos como son el déficit cognitivo, déficit sensorial y problemas de salud mental, entre otros. La enfermera necesita asegurarse de que la persona es capaz de identificar e interpretar el estímulo doloroso, entender las preguntas que se le realizan acerca de las características del dolor, poder asignar un número y/o descriptor a la intensidad del mismo y sobre todo tener la voluntad de comunicarlo. Para ello tiene que fomentar e incentivar la autonomía de la persona a la hora de expresar su experiencia con el dolor, explicándole la importancia de que lo comunique e integrándola así en su autocuidado. Un error bastante común es pensar que una persona con déficit cognitivo es incapaz de poder expresarse por sí misma, esta es una creencia errónea ya que la mayoría de los pacientes con un déficit cognitivo leve-medio puede responder a preguntas acerca del dolor. Así mismo, en personas mayores que no están muy sedadas hay formas de comunicación no verbal, como el apretón de manos, el parpadeo o posturas contraídas, que pueden ser sugestivas de dolor. Asumir que una persona mayor que esté dormida o sedada no está experimentando dolor es erróneo (20). Del mismo modo, las personas mayores con disfasia pueden referir dolor

por ellos mismos utilizando gestos, señales o escribiendo, y las personas sordas necesitan un abordaje con personal que conozca el lenguaje de los signos (20).

Una de las estrategias más importantes con las que las enfermeras cuentan es la observación, la cual abarca muchos aspectos que se deben de tener en cuenta en el momento de hacer una valoración. En ella, se tiene que analizar cuáles son los comportamientos que derivan de la experiencia del dolor para ello es necesario tener familiaridad con la persona, es decir, conocer cuál es el estado “basal, o sin dolor” y el estado de la persona durante el “proceso doloroso” para así poder contrastar diferencias, también es necesario consultar e integrar a la familia y/o cuidadores en la detección de comportamientos anómalos del individuo y así corroborar o no la presencia de dolor (20,21). En el Cuadro 7 se describen algunos de los comportamientos que sugieren dolor en aquellas personas mayores que no son capaces de expresarse verbalmente.

Cuadro 7. Comportamientos sugestivos de dolor	
Categoría	Comportamiento
Expresión facial	Parpadeo rápido, expresión de lucha, ceño fruncido, apretar los dientes, levantar el labio superior, arrugar la nariz, cerrar los ojos.
Verbalizaciones y vocalizaciones	Pedir ayuda, gritar, sudar, llorar, quejido, sollozar, suspirar, rezar, maldecir...
Movimientos corporales	Agarrarse una zona del cuerpo, rigidez, disminución de la actividad, movimientos repetitivos, deambulación alterada...
Interacciones interpersonales	Resistirse al cuidado, agresividad, aislamiento/retraimiento
Cambios en el humor y estado mental:	Delirio, síntomas depresivos, agitación, ansiedad, irritabilidad, disminución de la cognición, exacerbación del déficit cognitivo
Cambios en los patrones de actividad	Problemas para dormir, alejamiento de la vida social, deseo de permanecer en cama todo el día, cambio de la rutina normal.
Cambios en la funcionalidad	Disminución de las actividades de la vida diaria, caídas
Signos	Palidez, respiración alterada, cambios en los signos vitales

Fuente: Booker SQ et al (20).

Se puede considerar que existe dolor cuando hay un cambio significativo en la conducta de la persona y presenta los comportamientos expuestos anteriormente, si bien es cierto que la variación de los signos vitales no son un indicador de que la persona presente dolor,

si son útiles como una pista para su valoración (20,22-24). Observar de cerca a las personas durante la realización de las actividades propias del cuidado suele revelar muchas señales acerca del dolor en la persona mayor así, cuando los pacientes permanecen ingresados a lo largo del día hay diferentes acciones que se realizan (transferencias sillón-cama, transferencias al baño, aseo, etc...) que pueden inducir o exacerbar el dolor. Es importante identificar cuáles son estos momentos y prever alguna medida a adoptar para que el dolor no vaya a más, evitar el persistir hasta acabar la acción y en su lugar parar la actividad y preguntar cómo lleva el dolor o si desea detenerse un momento hasta recuperarse (25,26). Por ello se deben cuidar los aspectos organizativos y del entorno, teniendo especial cuidado y dedicación en programar ciertas actividades en horarios en los que la persona tenga mejor tolerancia a las mismas y adaptándose a sus necesidades, lo que puede resultar una utopía ya que los cuidados dependen de unos horarios preestablecidos por la institución.

A pesar de que se ha recomendado la aplicación de estrategias observacionales la adopción de las mismas sigue siendo bastante atípica en la mayoría de instituciones. No obstante, un estudio realizado en una residencia en China (Liu, J.) aplicando la escala observacional *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD) uno de los resultados encontrados fue que las actitudes del personal sanitario (enfermeras y auxiliares de enfermería) ante las estrategias observacionales cambiaron, mostrándose más sensibilizado a observar, valorar y a responder a los comportamientos relacionados con el dolor y, gracias a ello, se tomaban medidas antes de que el dolor fuese incontrolable (24,26,27).

Herramientas para la valoración del dolor

A día de hoy las nuevas tecnologías de la información y conocimiento constituyen una herramienta amplia, poderosa y accesible que permite ampliar el saber en determinados campos de interés, pero también es un arma de doble filo ya que se necesita que la información que ofrece internet esté basada en la evidencia. Por ello la Universidad de Iowa ha desarrollado una página web (www.geriatricpain.org) centrada en el dolor geriátrico, la cual está dirigida especialmente para el profesional de la enfermería y validada por varias instituciones estadounidenses. En ella no solo se pueden consultar contenidos sobre las bases del dolor en las personas mayores, sino también evaluar los conocimientos acerca del tema y cerciorarse de si se está cumpliendo o no con los criterios

de calidad a la hora de valorar el dolor en personas mayores. Por tanto, este sitio web se convierte en un instrumento interesante al ofrecer distintas formas de valorar el dolor en las personas mayores teniendo en cuenta sus particularidades (28).

Por otra parte distintos autores como García Soler, Booker, Kaasalainen, Liu y MacSorley siguen apostando por la utilización de escalas, entendiendo que es un mecanismo rápido y fácil para hacer mensurable un concepto tan subjetivo como el dolor. Pero para darle un correcto uso a las escalas se necesita de un conocimiento previo de sus características, y de si se adaptan al perfil de la persona a la que se va a valorar (edad, nivel socio-cultural, enfermedades de base, etc), así como comprobar la fiabilidad y la validez (29,30).

De este modo hay que valorar la pertinencia de las escalas, por ejemplo: si la persona es capaz de referir dolor por sí misma se pueden utilizar diferentes escalas como la escala de valoración numérica, escala verbal simple o la escala visual analógica. Esta última no es muy recomendada debido a que a determinadas personas mayores les resulta difícil comprender el concepto de darle una nota o valor numérico a un síntoma (24,27,31). El uso de la escala numérica está muy generalizado en todo el mundo, pero es importante valorar y percatarse del estado general de la persona ya que no es una escala válida si no se comprende el uso de la misma (29,30).

Por otra parte, para las personas mayores con déficits cognitivos moderado-grave existen escalas verificadas como la PAINAD (Véase Anexo III) o *Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate* (PACSLAC o PACSLAC-II) (Véase Anexo IV). Un estudio realizado en un centro residencial en España ha validado la utilización de la versión española de la escala PAINAD, la cual está dirigida para la población mayor con demencia avanzada. Es fundamental tener en cuenta que se trata de un método de valoración en el que la observación y seguimiento del paciente a lo largo del tiempo es esencial, lo que lleva a una mayor implicación del personal de enfermería con los pacientes a su cargo (20,22,27,30-33).

Para hacer un buen uso de las escalas se debe hacer una utilización sistemática de ellas y ser constantes en la valoración y sobre todo en una re-evaluación del dolor después de haber aplicado una medida de control del mismo, ya que en numerosos artículos se evidencia que existe una falta de re-evaluación para comprobar si la medida administrada ha sido eficaz o no. Existe una necesidad en re-evaluar no solo la intensidad del dolor sino también la duración, las características del mismo, la duración del efecto de la

analgésia, la capacidad funcional, el hábito del sueño, los cambios de humor y los comportamientos producidos, etc (27,34).

Para documentar el dolor una herramienta muy útil es la realización de un “Diario de Dolor” (Véase Anexo V). Se trata de un registro de veinticuatro horas donde la persona apunta la hora en la que el dolor aparece, la localización, el valor que le da a ese dolor, la medicación que se toma, la dosis y la reevaluación del dolor una hora después de haber tomado la medicación; también se refleja si la medicación le ha producido algún tipo de efecto secundario y si ha tomado otro tipo de medidas no farmacológicas para aliviar el dolor. De esta manera es más fácil valorar el dolor a una persona que vive en su domicilio y no se encuentra ingresada ni en un centro de cuidados agudos ni en una residencia, ya que recopila la información necesaria para valorar adecuadamente el dolor en una consulta de enfermería (22).

Barreras que dificultan la valoración del dolor

Las actitudes y creencias de las enfermeras acerca del dolor en las personas mayores condicionan de manera importante la valoración y el posterior manejo del dolor, por eso es imprescindible reconocer cuáles son las barreras a las que se ven sometidas las enfermeras, ya que es un elemento clave para la mejora de la valoración del dolor en el campo de la enfermería (35). Los elementos que con mayor frecuencia actúan como barreras para una correcta valoración del dolor son los siguientes:

Falta de conocimiento

La evidencia resalta la gran falta de conocimiento del personal de enfermería acerca del dolor y su manejo en personas mayores lo cual invita a que la valoración del mismo sea inadecuada. Así mismo, esta falta de base de conocimientos es un problema que tiene su raíz en las facultades de enfermería ya que es importante que, durante los años de formación de la carrera, los fundamentos teóricos del dolor y su manejo queden delimitados. Un estudio realizado en Estados Unidos destaca que, aproximadamente solo tres cuartos de los docentes incluyen el dolor en sus clases magistrales, pero lo más significativo es que poco más de la mitad de estos no se sienten lo suficientemente preparados sobre el tema, además solo un pequeño porcentaje utiliza las guías específicas del manejo y valoración del dolor. Esto hace pensar que, si la enseñanza del dolor en la

formación enfermera está limitada, es normal que los conocimientos acerca del dolor en personas mayores sean escasos (36-38).

La falta de conocimientos acerca del tema desencadena un pobre manejo del dolor, de la terapia antiálgica y una ineffectividad de la misma que conlleva a una pérdida de calidad de vida. La educación en el profesional de enfermería sobre la efectividad de la valoración del dolor podría ayudar a mejorar los resultados y la calidad del cuidado en las personas mayores, para ello es necesaria una formación continuada a lo largo de la carrera profesional. Existen escalas que ayudan a valorar el grado de conocimiento y habilidades de las enfermeras acerca del dolor en las personas mayores. Un estudio realizado en Singapur analiza la validez de la escala *Tool for Evaluating the Ways Nurses Assess Pain* (TENAP) en la que se evalúan los conocimientos acerca del dolor en las personas mayores con deterioro cognitivo, resultando de gran interés debido a que el personal puede valorar cuál es su grado de conocimientos y cuáles son los puntos débiles acerca de este tema y así ayudar a mejorar su nivel competencial (39).

Un estudio cuasiexperimental con control pretest y postest realizado en dos residencias de EEUU destaca que en el grupo intervenido (unidad intervenida) en el que se ha implantado un programa integrado del control del dolor para personas mayores se ha producido una disminución significativa del nivel del dolor, lo que ha conllevado a mostrar una mejoría significativa en la satisfacción con la vida, en la puntuación de depresión y soledad. Además, ha propiciado que el personal de enfermería muestre más seguridad y confianza en los cuidados que ofrecen a las personas mayores con dolor en comparación con el grupo control en el que no se ha aplicado un programa integrado del control del dolor (unidad control), con esto se llega a la conclusión de que la buena valoración y el correcto manejo del dolor es un aspecto que mejora la calidad de vida de la persona de una manera trascendente (40,41).

Se ha observado que cuantos más conocimientos y control posee la enfermera acerca del dolor y la valoración del mismo la evaluación se realiza con mayor continuidad de los cuidados ofrecidos a la persona (42).

Estereotipos

Como se ha comentado anteriormente el núcleo del cuidado no se centra solo en la persona mayor con dolor sino que la familia forma parte también del receptor de cuidados, por lo que es relevante saber qué piensan las enfermeras acerca de la persona y de su

familia. Un estudio realizado en EE.UU. analiza las percepciones de las enfermeras en residencias, observándose una gran tendencia en emitir juicios de valor basados en estereotipos como por ejemplo: el no creer que el paciente tenga el dolor que refiere, el creer que el sentir dolor puede significar un síntoma de mejora, o que las personas mayores tienden a ser más dramáticas con el dolor. Además, una referencia llamativa es enfocar solo el dolor desde una perspectiva física y olvidarse de las demás esferas, lo que confirma los resultados encontrados acerca de la falta de conocimientos de las enfermeras en relación con el dolor. Algunas personas refieren que el control del dolor no solo se centra en la administración de una medicación y el preguntar cosas como qué tal el dolor, sino que es importante para ellos sentir que las enfermeras manejan la totalidad de las diferentes dimensiones de la persona (25,35,41).

Un estudio realizado en Israel detecta que cuanto más tiempo lleva una enfermera trabajando con personas mayores las actitudes y creencias relacionadas con la edad se tornan positivas y es más probable que se realice una valoración del dolor adecuada (42). Existe una alta prevalencia de personas mayores que se muestran tendentes a quejarse menos y ser reacias a referir la existencia de dolor, esto viene dado porque las personas mayores tienen muy interiorizada la creencia de que el dolor es inherente al envejecimiento y les avergüenza el referir dolor y solicitar ayuda al personal (43)

Falta de comunicación

La falta de comunicación interdisciplinar es un obstáculo muy grande en la valoración del dolor ya que como se ha comentado anteriormente el dolor es un concepto multidimensional y para abordarlo son necesarias la integración y la implicación de diferentes disciplinas de la salud. Si existe un fallo en la efectividad de la comunicación la valoración del dolor se ve mermada ya que parte de la esfera biopsicosocial de la persona queda sin abordar (29,35,44).

También existe una gran falta de comunicación entre la enfermera y la persona con dolor, como se ha mencionado antes, la gran cantidad de cambios que sufren las personas mayores producen una alteración de la transmisión del dolor, eso sumado a los cambios de actitudes como el estoicismo y la reticencia a comunicar el dolor suponen un problema en el momento de tener que valorar el dolor en una persona mayor. Estas posturas psicológicas que las personas mayores adoptan también tienen que ver en gran medida con los miedos y dudas que tienen; miedo a los efectos secundarios de la medicación

(mareo, vómitos, adormilamiento), miedo a las posibles intervenciones a las que se pueden ver sometidas. Para evitar respuestas basadas en estereotipos sociales es importante obviar preguntas formuladas positivamente con conceptos de bienestar, por ejemplo; ¿No tienes dolor verdad?, ¿Te sientes cómodo? ¿Te sientes bien hoy?, ya que predisponen a la persona a responder positivamente o a dar la respuesta que socialmente es deseada (26,31).

Un estudio realizado en la Universidad de Greenwich relata que las personas menores de 75 años se muestran más colaboradoras a tomar la medicación analgésica y a comunicar su dolor, y que las personas mayores de 80 años son muy reticentes a comunicar su dolor y también a tomar la medicación correspondiente (45).

En personas con deterioro cognitivo leve-moderado la evidencia dice que pueden expresarse por sí mismos claramente acerca de la naturaleza de su dolor, aunque necesitan que la enfermera escuche lo que le preocupa al paciente y que le tomen en serio (25).

Durante el proceso de cuidado las enfermeras deben de observar si las personas mayores tienen dificultades en expresarse debido a problemas del lenguaje o cognitivos ya que supone una gran barrera en el momento de intentar clarificar la experiencia de dolor porque si la persona percibe que no existe entendimiento por parte del personal sanitario puede generar un sentimiento de frustración o ira ante la situación que está experimentando. Así mismo a veces se pueden encontrar situaciones en las que las enfermeras preguntan sobre el dolor para así aclarar la naturaleza del mismo y la persona está distraída en sus pensamientos y provee a las enfermeras de respuestas vagas e inconcisas, además muchas veces los descriptores utilizados por las personas mayores no son lo más idóneos para comprender la naturaleza del dolor y dan pie a la ambigüedad o a muchas malinterpretaciones, una de las más habituales suele ser el confundir el malestar o el sentirse incómodos con el concepto de dolor y viceversa. Además, puede ser utilizada una estrategia de negación a la existencia de este síntoma tan temido por las personas mayores, para evitar este tipo de malentendidos lo adecuado sería volver a reformular la pregunta utilizando sinónimos o palabras apropiadas para el nivel cultural y social de la persona (25,31).

CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES

Para la elaboración de este trabajo se ha recabado información acerca de la situación actual de la evidencia en enfermería sobre la valoración del dolor en personas mayores. A través del análisis de la literatura encontrada se han señalado las principales estrategias y herramientas que las enfermeras utilizan para la valoración del dolor en las personas mayores, y se han identificado las barreras más comunes que dificultan una correcta evaluación del dolor en este grupo etario. Como principales conclusiones de esta revisión se destacan las siguientes:

- En todos y cada uno de los artículos analizados se resalta la importancia que tiene una correcta valoración del dolor para así diferenciarlo y poder actuar rápidamente contra él. Para ello entre las estrategias encontradas se destacan: la auto-referencia del dolor y la observación las cuales son de fácil acceso para el personal de enfermería, pero requieren de tiempo para aplicarlas, debido al sistema actual de asistencia y provisión de cuidados en hospitales y residencias es difícil su utilización a causa de la gran carga de trabajo a que se ven sometidas las enfermeras.
- Por otra parte, se han señalado diversas herramientas que están al alcance de los profesionales y que facilitan una correcta valoración del dolor, si bien precisan del conocimiento previo para que su aplicación sea certera. La accesibilidad a estas herramientas se ha facilitado significativamente con internet.
- En cuanto a las barreras encontradas acerca del tema se ha hallado un gran desconocimiento acerca del dolor en las personas mayores por parte de las enfermeras, lo que conlleva a una disminución de la calidad de vida de estas personas. Por ello se necesita que la formación continuada sea una constante a lo largo de la carrera profesional de la enfermera ya que es una obligación con los pacientes.

Los estereotipos en relación con las personas mayores siguen siendo un tema pendiente a cambiar en la sociedad actual, ya que impiden una atención idónea y libre de prejuicios.

La comunicación entre las personas involucradas en el cuidado de las personas mayores debe de ser lo más satisfactoria posible para mantener el propósito principal que es proveer el mejor cuidado basado en la evidencia y así, obtener resultados positivos y un cuidado más eficiente. Así también, la comunicación

interdisciplinar juega un papel esencial en el cuidado de la persona con dolor, es por ello que las habilidades comunicativas de la enfermera necesitan de una mejora ya que en el día a día del trabajo de enfermería se trata con personas, por lo que se hace necesario tener una buena formación y desarrollo de las habilidades de comunicación.

Respecto de las limitaciones encontradas en este trabajo es necesario señalar que la mayor parte de los artículos consultados son de procedencia extranjera, por lo que muchas veces las competencias no concuerdan con las que tiene una enfermera en España. Además, gran parte de la información está referida a residencias/hospital de agudos, y una ínfima parte de los artículos aporta conocimientos de la valoración del dolor en el ámbito de atención primaria o en el domicilio, por ello parece necesario llevar a cabo estudios encaminados a profundizar en la valoración del dolor en las personas mayores en diferentes áreas de atención.

AGRADECIMIENTOS

Después de un largo período de casi seis meses, llega el momento de finalizar este trabajo de fin de grado y que mejor que terminar con el agradecimiento a todos y cada uno que habéis hecho posible el llegar aquí.

Primero de todo me gustaría agradecer a mi familia que me ha apoyado incondicionalmente en todo momento. Gracias a mi hermana Ana por leerse mi trabajo unas cuantas veces para asegurarme que todo estuviese bien. También incluir al personal de enfermería del Hospital Universitario La Paz por ayudarme a entender y a comprender este mundo maravilloso del conocimiento del dolor, en especial a las enfermeras de la Unidad del Dolor y de la Unidad de Cuidados Paliativos.

Por último, gracias infinitas a mi tutora María Luisa Martínez Martín porque sin ella, su dedicación, cariño y sobre todo paciencia este trabajo no sería posible, además me ha transmitido la pasión acerca de la gerontología y el estudio del dolor. Mil gracias Marisa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carbonell Abelló J, Tornero Molina J, Gabriel Sánchez R. Estudio Epidemiológico de Dolor en Reumatología en España.[Internet]. 1ª ed. Edipharma , editor. Madrid: Fundación Grünenthal y Sociedad Española de Reumatología; 2003.[09 Oct 2003; citado 21 Dic 2016]. Disponible en: <https://goo.gl/x5QTEs>.
2. Sáez López MP, Sánchez Hernández N, Jiménez Mola S, Alonso García N, Valverde García JA. Valoración del dolor en el anciano. Rev Soc Esp Dolor.[Internet] 2015 [citado 23 Dic 2016]; 22(6): p. 271-4. Disponible en : <https://goo.gl/lo45JH>.
3. Fernández Alonso C, Gutiérrez Rodríguez J, López Monguil R, López Trigo J, Vitoria Jiménez MA. Dolor Crónico en el Anciano. [Internet] 1ª ed. SEGG , editor. Madrid: International Marketing & Communication S.A.; 2015. [citado 23 Dic 2016] Disponible en: <https://goo.gl/EqxNKJ> .
4. Instituto Nacional de Estadística. [Internet].España: INE; 2016 [02 Jun 2016; citado 09 Ene 2017]. Disponibe en: <https://goo.gl/iOtE2p>.
5. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. [Internet]. Madrid. Ministerio de Sanidad y Servivios Sociales ; 2016 [01 Sept 2016; citado 28 01 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/KPAhtV>.
6. García Martínez CM. El dolor en los mayores. En: García Hernández M, Medina Aragón FJ, Gallo Estrada J, editores. Atención enfermera en los grandes síndromes geriátricos. Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Madrid: Enfo Ediciones; 2011. p. 215-255.
7. López Forniés A, Iturralde Garcia de Diego F, Clerencia Sierra M, Ortiz de Landázuri JG. Dolor. [Internet] En SEGG , editor. Tratado de Geriatria para Residentes. Madrid: International Marketing & Communication; 2007. P 721-732. [citado 22 Dic 2016]. Disponible en: <https://goo.gl/B8Gxjf> .
8. López-Silva MC, Sánchez de Encino M, Rodríguez-Fernández MC, Vázquez- Seijas E. Cavidol; calidad de vida y dolor en atención primariaRev. Soc. Esp. Dolor. [Internet]. 2007 [citado 29 Dic 2016]; 14(1). Disponible en: <https://goo.gl/fYBB9E>.
9. Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. Task force on taxonomy. 2nd ed. Press I, editor. Seattle: IASP Press; 1994.

10. Ibarra E. Una Nueva Definición del Dolor. Un Imperativo de Nuestros Días. Rev. Soc. Esp. Dolor. [Internet]. 2006 [citado 05 Ene 2017]; 13(2): p. 65-72. Disponible en: <https://goo.gl/Glik1i> .
11. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications. NNNConsult. [Internet].; 2015 [cited 29 Ene 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/ZaNjRw>.
12. Martínez Cuervo F, Gómez Martínez C, Martínez Fernández AM. Dolor en geriatría. En: Elsevier , editor. Enfermería y envejecimiento. Barcelona: MASSON; 2012. p. 101-118.
13. Siqueiros-García JM, Saruwatari Zavala JG. El alivio del dolor ¿es un derecho humano? Rev. Soc. Esp. Dolor. [Internet] 2012 [citado 13 Ene 2017]; 19(3): p. 147-156. Disponible en : <https://goo.gl/4N0a8G>.
14. Alvarado García AM, Salazar Maya ÁM. Adaptation to chronic benign pain in elderly adults. Invest Educ Enferm [Internet] 2015 [citado 12 Ene 2017]; 33(1):p 138-147. Disponible en: <https://goo.gl/kx6Hdt>.
15. Monge Casares E, Jiménez Blázquez M. Dolor crónico en el anciano: valoración y tratamiento. JANO [Online] 2007 [Citado 07 Feb 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/BI8BCJ>.
16. Iaria. Iaria. [Online].; 2015 [cited 09 Feb 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/PJoZEa>.
17. Sales Girona D. Concepto de persona anciana sana. Envejecimiento saludable. In FUDEN , editor. Anciano Sano. Enfermería Geriátrica y gerontológica. Madrid: Enfo Ediciones; 2008. p. 27-40.
18. Salech F, Jara R, Michea L. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Rev Med Clin Condes.[Internet] 2012 [citado 16 Feb 2017]; 23(1). Disponible en: <https://goo.gl/HG3Ido> .
19. Tardiff K. Control del Dolor. En: Tabloski PA. Enfermería Gerontológica.2ª ed. Martín Romo M, editor. Madrid: Pearson Educación; 2010. p. 262-286.
20. Booker SQ, Haedtke C. Controlling pain and discomfort, part 2: assessment in non-verbal older adults. Nursing. [Internet] 2016 [citado 06 Abr 2017]; 46(5): p. 66-69. Disponible en: <https://goo.gl/NxaJwZ>

21. Zwakhalen S, E van't Hof C, Hamers JP. Systematic pain assessment using an observational scale in nursing home resident with dementia. *J Clin Nurs*. [Internet] 2012[citado 06 Abr 2017]; 21: p. 3009-3017. Disponible en: <https://goo.gl/i6Enho> .
22. MacSorley R, White J, Conerly V, Walker J. Pain Assessment and Management Strategies for Elderly Patients. *Home Healthcare Nurse*. [Internet] 2014[citado 06 Abr 2017] ; 32(5): p. 272-85. Disponible en: <https://goo.gl/XFtlxM> .
23. Schoeder DL, Hoffman LA, Fioravanti M. Enhancing Nurses' Pain Assessment to Improve Patient Satisfaction. *Orthop Nurs*. 2016; 35(2): p. 108-117.
24. Somes J, Stephens N. Pain Assessment in the Cognitively Impaired or Demented Older Adult. *J Emerg Nurs*. [Internet] 2013 [citado 24 Abr 2017]; 39(2): p. 164-7. Disponible en: <https://goo.gl/62uTZU> .
25. Manias E. Complexities of pain assessment and management in hospitalised older people: A qualitative observation and interview study. *Int J Nurs Stud*. [Internet] 2012[citado 06 Abr 2017] ; 49: p. 1243-54. Disponible en: <https://goo.gl/3xYxGx> .
26. Gregory J. The Complexity of Pain Assessment in Older People. *Nurs Older People*. 2015; 27(8): p. 16-21.
27. Liu JY, Pang PC, Lo SK. Development and implementation of an observational pain assessment protocol in a nursing home. *J Clin Nurs*. [Internet] 2012 [citado 02 May 2017]; 21: p. 1789-93. Disponible en: <https://goo.gl/hAKT6h> .
28. Swafford KL, Miller LL, Herr K. Geriatric pain competencies and knowledge assessment for nurses in long term care settings. *Geriatr Nurs*. [Internet] 2014 [citado 02 May 2017]; 35: p. 423-427. Disponible en: <https://goo.gl/TtY8lr> .
29. Burns M, McIlfatrick S. Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment. *Int J Palliat Nurs*. 2015 21(8): p. 400-8.
30. Kaasalainen S, Akhtar-Danesh N, Hadjistavropoulos T, Zwakhalen S. A comparison between behavioral and verbal report pain assessment tools for use with residents in long term care. *Pain Manag Nurs*. [Internet] 2013 [citado 16 Feb 2017]; 14(4): p. 106-114. Disponible en: <https://goo.gl/l7w8A8>.

31. Booker SQ, Haedtke C. Controlling pain and discomfort, part 1: assessment in verbal older adults. *Nursing*. [Internet] 2016 [citado 06 Abr 2017]; 46(2): p. 65-68. Disponible en: <https://goo.gl/NxaJwZ> .
32. García Soler A, Sánchez Iglesias I, Buiza CAJ, Belén NA. 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*. [Internet] 2014[citado 05 May 2017]; 49(1). Disponible en: <https://goo.gl/pIAE0o> .
33. Monroe T, Mion L. Patients with Advanced Dementia: How Do We Know If They are in Pain. *Geriatr Nurs*. [Internet] 2012[citado 24 Abr 2017] ; 33(3): p. 226-8. Disponible en: <https://goo.gl/3qvjlr> .
34. Booker SQ, Haedtke C. Evaluating pain management in older adults. *Nursing*. [Internet] 2016 [citado 06 Abr 2017]; 46(6): p. 66-69. Disponible en: <https://goo.gl/su5kQM> .
35. Gropelli T, Sharer J. Nurses' perceptions of pain management in older adults. *Medsurg Nurs*. 2013 22(6): p. 375-85.
36. Voshall B, Dunn K, Shelestak D. Knowledge and Attitudes of Pain Management Among Nursing Faculty. *Pain Manag Nurs*. [Internet] 2013[citado 16 Abr 2017]; 14(4): p. 226-235. Disponible en: <https://goo.gl/14RNb7> .
37. Good H, Riley- Doucet CK, Dunn KS. The prevalence of uncontrolled pain in long-term care. *J Gerontol Nurs*. 201541(2): p. 33-41.
38. Harmon JR, Higgins I, Summons P, Bellchambers H. Efficacy of the use of evidence-based algorithmic guidelines in the acute care setting for pain assessment and management in older people: a critical review of the literature. *Int J Older People Nurs*. [Internet] 2012[citado 12 May 2017] ; 7(2): p. 127-140. Disponible en: <https://goo.gl/Q3xysM> .
39. Ng S, Brammer J, Creedy DK, Klainun-Yobas P. Tool for Evaluating the Ways Nurses Assess Pain (TENAP): Psychometric Properties Assessment. *Pain Manag Nurs*. [Internet] 2014 [citado 18 Abr 2017]; 15(4). Disponible en: <https://goo.gl/4CbUer> .
40. Tse MMY, Ho SSK. Pain Magement for Older Persons Loving in Nursing Homes: A Pilot Study. *Pain Manag Nurs*. [Internet] 2013 [citado 08 Abr 2017]; 14(2): p. 10-21. Disponible en: <https://goo.gl/QdCrDR> .

41. Tse MMY, Wan VTC. Health- Related Profile and Quality of Life Among Nursing Home Residents. Does Pain Matter? Pain Manag Nurs. [Internet] 2013 [citado 15 Abr 2017]; 14(4): p. 173-184. Disponible en: <https://goo.gl/2xFfkW> .
42. Ben Natan M, Ataneli M, Admenko A, Har Noy R. Nurse assessment of residents' pain in a long-term care facility. Int Nurs Rev. [Internet] 2013[citado 10 May 2017] ; 60(2): p. 251-257. Disponible en: <https://goo.gl/WB4Omf> .
43. Long CO. Pain Management Education in Long-Term Care: It Can Make a Difference. Pain Manag Nurs. [Internet] 2013[citado 05 May 2017] ; 14(4): p. 220-227. Disponible en: <https://goo.gl/7Ok8cK> .
44. Ladak SSJ, McPhee C, Muscat M. The Journey of the Pain Resource Nurse in Improving Pain Management Practices: Understanding Role Implementation. Pain Manag Nurs. [Internet] 2013[citado 06 May 2017] ; 14(2): p. 68-73. Disponible en: <https://goo.gl/ePjv3X> .
45. Newton P, Reeves R, West E, Schofield P. Patient-centred assessment and management of pain for older adults with dementia in care home and acute settings. Clin Gerontol. [Internet] 2014[citado 16 Abr 2017] ; 24: p. 139-144. Disponible en: <https://goo.gl/ZfZ3S0> .

ANEXOS

Anexo I: Estrategias de búsqueda

PUBMED					
Estrategia de búsqueda	Filtros de búsqueda	Artículos encontrados	Selección de título	Contenido resumen	Lectura completa
("Pain Measurement"[Mesh]) AND "Nursing"[Mesh]	2012- 2017 English/Spanish Aged: 65+years	46	12	11	9
("Pain Measurement"[Mesh] AND ("Aged"[Mesh] OR "Aged, 80 and over"[Mesh])) AND "Nursing"	2012-2017, English, Spanish Aged: 65+years	46	46	0	0
("Nursing"[Mesh] AND "Knowledge"[Mesh]) AND "Pain Measurement"[Mesh]	2012-2017 English/ Spanish	0	0	0	0
((("Nursing"[Mesh]) AND "Chronic Pain"[Mesh]) AND "Pain Measurement"[Mesh])	2012-2017 English/Spanish	11	1	1	1
((("Chronic Pain"[Mesh]) AND "Nursing Care"[Mesh])	2012-2017 English/Spanish Aged: 65+years	15	2	2	2

PUBMED (cont.)

Estrategia de búsqueda	Filtros de búsqueda	Artículos encontrados	Selección de título	Contenido resumen	Lectura completa
("Pain Management"[Mesh]) AND "Nursing"[Mesh]	2012-2017 English/Spanish Aged: 65+years	56	7	4	2
("Pain Perception"[Mesh]) AND "Nursing"[Mesh]	2012-2017 English/ Spanish Aged: 65+years	3	0	0	0
("Decision Making"[Mesh]) AND "Pain"[Mesh] AND "Nursing"[Mesh]	2012-2017 English/ Spanish Aged: 65+years	1	1	1	1
(("Geriatrics"[Mesh]) AND "Pain Management"[Mesh] AND "Nursing"[Mesh])	2012-2017 English/ Spanish Aged: 65+years	0	0	0	0

CINAHL

Estrategia de búsqueda	Filtros de búsqueda	Artículos encontrados	Selección de título	Contenido resumen	Lectura completa
(MH “Pain Measurement OR Pain Assessment) AND (MH “Nursing”)AND (MH “Aged or Elderly or senior or older person”)	2012- 2017	44	3	3	2
(MH “Pain Measurement”) AND (MH “Nursing”) AND (MH”Aged)	2012-2017	63	4	2	1
(MH“Pain Management”) AND (MH “Nursing”)	2012-2017 Aged	45	7	3	1
(MH “Pain Management”) AND (MH “Nursing”) AND (MH “Knowledge”)	2012-2017 Aged	17	8	5	2
(MH “Pain Assessment”) AND (MH “Nursing”)	2012-2017 Aged	32	10	4	3
(MH “Pain Assessment”) AND (MH “Geriatric”) AND (MH “Nursing”)	2012-2017	73	20	3	1
(MH “Pain Management”) AND (MH “Geriatric”) AND (MH“Nursing”)	2012-2017	23	0	0	0
(MH “Pain Measurement”) AND (MH “Geriatric”)	2012-2017	47	0	0	0

DIALNET PLUS					
Estrategia de búsqueda	Filtros de búsqueda	Artículos encontrados	Selección de título	Contenido resumen	Lectura completa
Valoración del dolor	2012-2017	38	3	0	0
Valoración del dolor y Enfermería	2012-2017	36	1	0	0
Manejo del dolor y Enfermería	2012-2017	32	1	0	0
Manejo del dolor y Anciano	2012-2017	9	1	0	0
Dolor y persona mayor	2012-2017	6	1	1	1

CUIDEN					
Estrategia de búsqueda	Filtros de búsqueda	Artículos encontrados	Selección de título	Contenido resumen	Lectura completa
("Manejo del dolor en ancianos")	2012-2017	0	0	0	0
("Manejo del dolor en enfermería")	2012-2017	26	4	2	0
("Valoración del dolor") AND ("Persona Mayor")	2012-2017	0	0	0	0
("Percepción del dolor") AND ("Enfermería") AND ("Ancianos")	2012-2017	0	0	0	0

Anexo II. Tabla 2: Artículos seleccionados para el análisis

Año	País	Título	Autor	Diseño	Participantes	Resumen
2016	EEUU	Controlling Pain and Discomfort, Part 1: Assessment in Verbal Older Adults	Booker, S.Q. et al.	Monografía	23 fuentes seleccionadas	Proporciona una serie de recomendaciones basadas en la evidencia para realizar la valoración de dolor en personas mayores que pueden expresarse por sí mismas.
2016	EEUU	Controlling Pain and Discomfort, Part 2: Assessment in Non-Verbal Older Adults	Booker, S.Q. et al.	Monografía	18 fuentes seleccionadas	Guía que proporciona recomendaciones para identificar y valorar el dolor en adultos mayores que no son capaces de expresar o referir dolor.
2016	EEUU	Enhancing Nurses' Pain Assessment to Improve Patient Satisfaction	Schoeder, D.L. et al.	Cuasi-experimental	30 enfermeras	Estudia la mejora de la satisfacción de paciente/persona mayor con la aplicación de un proyecto de calidad relacionado con el aumento de conocimiento de las enfermeras comprobado pre y postest.
2016	EEUU	Evaluating pain management in older adults	Booker, S.Q. et al.	Monografía	13 fuentes seleccionadas.	Explica las formas de evaluar el manejo del dolor en las personas mayores.
2015	EE.UU	The prevalence of uncontrolled pain in long-term care	Good, H. et al.	Descriptivo retrospectivo	55 personas ingresadas en residencias.	Explora los procesos de manejo del dolor usados por enfermeras en centros de larga estancia y así describir los resultados en el estado de salud de los pacientes.
2015	Inglaterra	The Complexity of Pain Assessment in older people	Gregory, J.	Monografía	31 fuentes consultadas	Describe la importancia de la valoración del dolor, recopila las escalas más utilizadas para este fin y además, identifica alguno de los factores que pueden contribuir a una buena valoración del dolor.

Año	País	Título	Autor	Diseño	Participantes	Resumen
2015	Reino Unido	Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment	Burns, M. et al.	Revisión narrativa	11 estudios	Describe las evidencias existentes acerca del conocimiento y actitudes de las enfermeras sobre la valoración del dolor en personas mayores.
2014	España	Adaptación y validación de la versión española de la escala de evaluación de dolor en personas mayores con demencia avanzada: PAINAD-Sp.	García-Soler, A. Et al.	Observacional	20 pacientes	Se estudia la validez de la versión española de la escala PAINAD y su aplicabilidad en un centro gerontológico en España.
2014	Inglaterra	Patient-centred assessment and management of pain for older adults with dementia in care home and acute settings	Newton, P et al.	Revisión Narrativa	2 estudios seleccionados	Se explora la relación entre el envejecimiento, el dolor, la demencia en unidades de hospitales de agudos y de larga estancia.
2014	EEUU	Geriatric pain competencies and knowledge assessment for nurses in long term care settings	Swafford, K.L. et al	Descriptivo	33 enfermeras	Describe el desarrollo de una página web en la cual se recogen las competencias sobre el manejo del dolor y el conocimiento acerca de la valoración del dolor en personas mayores, además discierne sobre el uso potencial del sitio web para mejorar el cuidado del dolor en personas mayores.
2014	EEUU	Pain Assessment and Management Strategies for Elderly Patients	MacSoley, R. et al.	Monografía	23 fuentes consultadas	Explora las estrategias que las enfermeras pueden utilizar en las residencias para valorar y manejar el dolor en personas mayores.
2013	EE.UU	Knowledge and attitudes of pain management among nursing faculty	Voshall, B. et al.	Descriptivo correlacional	96 profesoras de enfermería.	Analiza la formación y actitudes entre los docentes en escuelas de enfermería acerca del dolor.

Año	País	Título	Autor	Diseño	Participantes	Resumen
2013	Israel	Nurse assessment of residents' pain in a long-term care facility	Natan, B. et al.	Descriptivo correlacional	120 enfermeras	Explora la asociación entre la valoración del dolor y las actitudes hacia las personas mayores, los conocimientos de las enfermeras acerca del dolor y su experiencia en el campo del dolor.
2013	EE.UU.	Nurses' perceptions of pain management in older adults	Gripelli, T. et al.	Cualitativo descriptivo	16 enfermeras	Determina las percepciones de las enfermeras acerca de las barreras en el manejo del dolor en personas mayores en centros de larga estancia.
2013	Singapur	Tool for evaluating ways nurses assess pain (TENAP): psychometric properties assessment.	Qi Ng, S et al.	Estudio Descriptivo observacional	263 enfermeras	Estudia la aplicabilidad, validez y la fiabilidad de la escala TENAP para valorar el conocimiento, actitudes y la experiencia de las enfermeras en la valoración del dolor en pacientes mayores con déficit cognitivo.
2013	China	Pain Management for Older Persons Living in Nursing Homes: A Pilot Study	Tse, M.M.Y. et al.	Cuasi-experimental	13 personal sanitario 90 personas mayores (48 en el grupo experimental y 42 en el grupo control)	Se estudia la efectividad de la puesta en marcha de la implementación de un programa integral sobre manejo del dolor en residencias, en el que se concluye con un incremento significativo en los conocimientos y el manejo del dolor por parte del personal sanitario.
2013	Canadá	The Journey of Pain Resource Nurse in Improving Pain Management Practices: Understanding Role Implementation	Ladak, S.S.J. et al.	Cualitativo descriptivo	21 enfermeras especialistas en el dolor.	Describe las ventajas y dificultades de la aplicación de un programa educacional de 4 días impartido por las enfermeras especializadas en el dolor.
2013	EEUU	Pain Management Education in Long-Term Care: It Can Make a Difference	Long, C.O. et al.	Estudio piloto	10 enfermeras 14 profesionales de la salud de otro ámbito.	Describe la implementación de un programa educacional con la intención de mejorar los conocimientos, actitudes y barreras que las enfermeras poseen.

Año	País	Título	Autor	Diseño	Participantes	Resumen
2013	China	Health-related Profile and Quality of Life Among Nursing Home Residents: Does Pain Matter?	Tse, M.M.Y. et al	Exploratorio transversal	535 personas ingresadas en residencia, 396 con dolor y 139 sin dolor.	Explora la relación entre la salud y la calidad de vida entre las personas mayores que viven con dolor y aquellas que no tienen dolor.
2013	EEUU	Pain Assessment in the Cognitively Impaired or Demented Older Adult	Somes, J et al.	Caso Clínico	1 paciente mujer de 87 años.	Se expone un caso clínico de una persona que proviene de una residencia en la unidad de demencia. A lo largo del caso se enumeran una serie de escalas y parámetros que ayudarían a valorar el dolor en personas con déficit cognitivos.
2013	Canadá	A Comparison Between Behavioral and Verbal Report Pain Assessment Tools for Use with Residents in Long Term Care	Kaasalainen, S. et al.	Observacional	338 pacientes de una residencia.	Estudia 4 escalas de valoración del dolor en seis residencias: dos de ellas indicadas para personas mayores que puedan referir el dolor verbalmente y 2 que valoran dolor en aquellas personas que no lo refieren verbalmente.
2012	Holanda	Systematic pain assesment using an observational scale in nursing home residents with dementia: exploring feasibility and applied interventions	Zwakhalen, S. et al.	Observacional descriptivo	22 enfermeras	Describe la aplicación de una escala de valoración del dolor en pacientes con demencia y las medidas y/o intervenciones propuestas para el manejo del dolor.
2012	China	Development and implementation of an observational pain assessment protocol in a nursing home	Liu, J. YW et al.	Exploratorio	11 enfermeras 36 auxiliares de enfermería	Indica el desarrollo y la implementación de un protocolo de valoración observacional del dolor dirigido para pacientes de residencias con deterioro cognitivo.

Año	País	Título	Autor	Diseño	Participantes	Resumen
2012	Australia	Complexities of pain assessment and management in hospitalised older people: A qualitative observation and interview study	Manias, E.	Observacional naturalista.	34 enfermeras 285 pacientes	Examina cómo el dolor es valorado y manejado en pacientes mayores que fueron admitidos en la evaluación y administración de las unidades.
2012	Australia	Efficacy of use of evidence-based algorithmic guidelines in the acute care setting for pain assessment and management in older people: a critical review of the literature	Harmon, J.R et al.	Revisión narrativa	5 estudios	Explora la evidencia acerca de la utilización de protocolos o guías para la evaluación o manejo de dolor en hospitales de agudos.
2012	EEUU	Patients with Advanced Dementia: How Do We Know If They are in Pain?	Monroe, T.B. et al.	Caso clínico	1 paciente varón de 87 años.	Caso clínico de paciente con Alzheimer en el se detalla el uso de la escala PAINAD.

Anexo III: Escala PAINAD-Sp.

	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				

Fuente: García Soler A et al (1).

La suma de la puntuación obtenida da como resultado:

- Dolor leve: 0-3 puntos
- Dolor moderado: 4-7 puntos
- Dolor intenso: 8- 10 puntos

Anexo IV: Escala PACSLAC

DATE: _____ TIME ASSESSED: _____

NAME OF PATIENT/RESIDENT: _____

PURPOSE:

This checklist is used to assess pain in patients/residents who have dementia and are unable to communicate verbally.

INSTRUCTIONS:

Indicate with a checkmark which of the items on the PACSLAC occurred during the period of interest.

Scoring the subscales is derived by counting the checkmarks in each column. To generate a total pain score sum all four subscale totals.

Comments:

Other (continued)	Present
Shaking/trembling	
Cold and clammy	
Changes in sleep (please circle): Decreased sleep or increased sleep during day	
Changes in appetite (please circle): Decreased appetite or increased appetite	
Screaming/yelling	
Calling out (i.e., for help)	
Crying	
A specific sound or vocalization for pain "ow," "ouch"	
Moaning and groaning	
Mumbling	
Grunting	

Subscale scores:

Facial expressions_____

Activity/body movement_____

Social/personality mood_____

Other_____

Total checklist score_____

Fuente: MacSorley R et al (2).

Formada por 60 ítems agrupados en 4 categorías: Expresión facial, movimientos del cuerpo, indicadores fisiológicos e indicadores psicosociales. Cada ítem se puntúa por “presencia” o “ausencia”. La puntuación global del dolor es obtenida por la suma de los puntos observados y marcados

Anexo V: Diario de Dolor

Appendix B. Pain Diary

Pain Diary: Daily Date: _____

Time	Pain Location	Pain Rating Quality	Pain Medications Taken and Amount	Relief Pain Rating 1 Hour After Meds	Adverse Effects	Other Measures Taken	Bowel Movements	Comments
12 AM								
1 AM								
2 AM								
3 AM								
4 AM								
5 AM								
6 AM								
7 AM								
8 AM								
9 AM								
10 AM								
11 AM								
12 PM								
1 PM								
2 PM								
3 PM								
4 PM								
5 PM								
6 PM								
7 PM								
8 PM								
9 PM								
10 PM								
11 PM								
		<i>throbbing stabbing burning aching constant intervals</i>			<i>nausea vomiting diarrhea constipation headache dizziness rash</i>		<i>number quality consistency</i>	

Developed by authors from CBK

Rating scale: 0 \longleftrightarrow 10

Not much pain worst pain

List all medications:

Instructions for use

1. Complete one page daily.
2. Make sure your home healthcare nurse sees your pain diaries every week.
3. Take a copy of these to your primary care provider visits as well.

Fuente: MacSorley R et al (2).