

INFERMERIA



escoles universitàries
gimbernat



ADSCRITA A LA **UB** **CEI**
CAMPUS D'EXCEL·LÈNCIA
INTERNACIONAL

**Escuela Universitaria de Enfermería
Gimbernat**

Trabajo Final de Grado

Curso académico 2013-2014

Manejo del dolor en la Demencia tipo Alzheimer

Autora: Lucía Fernández Perandones

Tutor: Joaquín Tomás – Sábado

Sant Cugat del Vallès, Junio de 2014

ÍNDICE GENERAL

➤ INTRODUCCIÓN	5
➤ JUSTIFICACIÓN	9
➤ MARCO TEÓRICO	13
1. ¿Qué es la Demencia Tipo Alzheimer?	13
2. Epidemiología de la DTA	13
3. Manifestaciones clínicas de la DTA	14
4. Fases de la DTA	16
5. Duración tiene la DTA	18
6. ¿Qué es el Dolor?	18
7. Prevalencia e incidencia del Dolor	19
8. Prevalencia del Dolor en los pacientes con DTA	20
9. Alteraciones fisiopatológicas en los pacientes con DTA que influyen en la percepción del Dolor	22
10.¿Se maneja correctamente el Dolor en los pacientes con DTA?	24
11.Valoración del Dolor en los pacientes con DTA	26
➤ HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	31
➤ MATERIAL Y MÉTODOS	33
○ Diseño.	33
○ Sujetos	33
○ Contexto demográfico	34
○ Instrumento	35

○ Procedimiento	36
➤ RESULTADOS	37
➤ DISCUSIÓN	41
➤ CONCLUSIÓN	47
➤ AGRADECIMIENTOS	49
➤ BIBLIOGRAFÍA	51
➤ ANEXOS	59

ABREVIATURAS

AGS	American Geriatric Society
AP	Atención Primaria
AVD	Actividades de la Vida Diaria
CNPI	Checklist of Nonverbal Pain Indicators
CS	Centro de Salud
DCL	Deterioro Cognitivo Leve
DS-DAT	Scale discomfort in dementia of the Alzheimer's type
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, versión IV
DTA	Demencia Tipo Alzheimer
EA	Enfermedad de Alzheimer
ECPA	L' échelle Comportementale pour Personnes Agées
EURODEM	Euro-demencia
IASP	International Association for the Study of Pain
IDC-10	International Classification of Diseases, version 10.
NINCDS-ADRDA	National Institute of Neurological and Communicative Disorders - Alzheimer's Disease and Related Disorders Association
NOPPAIN	Noncommunicative Patient's Pain Assessment Instrument.
OMS	Organización Mundial de la Salud
PACSLAC	Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate

PADE	Pain Assessment for Dementia Elderly
PAINAD	Pain Assessment in Advanced Dementia Scale
RAM	Reacción Adversa Medicamentosa
RAPID	Rating Pain in Dementia.
RM	Resonancia Magnética
SED	Sociedad Española del Dolor
SPCD	Síntomas Psicológicos y Conductuales de la demencia
UAB PBS	Universidad de Alabama Birmingham Pain Behaviour Scale

RESUMEN

Objetivo: Identificar las creencias y actitudes que tienen las enfermeras del ámbito geriátrico y de Atención Primaria sobre el dolor en los pacientes con DTA y, conocer si existen diferencias entre ambos grupos.

Método: Estudio observacional transversal que se ha realizado en una residencia gerontológica y dos centros de AP de la ciudad de Gijón. En el estudio fueron incluidos todos los profesionales de enfermería que trabajaban en los centros. Se recogieron variables demográficas, laborales y el nivel de formación complementaria sobre el dolor. Para valorar las creencias y actitudes se utilizó el cuestionario “*Nursing staff knowledge and beliefs about pain in elderly nursing home residents with dementia*” de Zwakhalen et al.

Resultados: De los 50 cuestionarios entregados se han recogido correctamente cumplimentados 35 (70%). La media de edad es de 49,20 años (DT 11,219) y el rango de 24 a 62 años. El 68,6% tiene una experiencia laboral de más de 20 años. La muestra se compone de 33 mujeres (94,3%) y 2 hombres (5,7%). El 34,3% de las enfermeras mencionaron haber recibido formación específica sobre el manejo del dolor. Un 88,2% consideran que no tienen los conocimientos adecuados para el manejo del dolor y, el 57,1% que no tiene conocimientos suficientes para la valoración correcta del dolor. Los resultados del estudio muestran diferencias estadísticamente significativas en el Factor 1 (creencias sobre el dolor experimentado por los ancianos) y en el Factor 3 (creencias sobre el uso de la analgesia) a favor de la hipótesis planteada.

Conclusión: Los resultados muestran creencias realistas entre los profesionales de enfermería. No obstante, existe gran diversidad de respuestas y un elevado número de calificaciones “sin opinión”, reflejando, en general, déficit de conocimientos sobre el manejo del dolor en los pacientes con demencia tipo Alzheimer.

ABSTRACT

Objective: To identify the beliefs and attitudes that the nurses of the geriatric area and primary assistance have about the pain in patients with Alzheimer Disease and to know if there exist differences between both groups.

Method: observacional and cross curricular study that has been realized in a elderly nursery home and two PA centers of the city of Gijon. All the nursering professionals who were employed at the centers were included in he study. Demographic, labour and the level of complementary training on the pain variables were reflected. To value the beliefs and attitudes it was used the questionnaire "Nursering staff knowledge and beliefs about pain in elderly nursering home residents with dementia " by Zwakhalen et al.

Results: From the 50 questionnaires delivered 35 (70%) have been properly filled in. The average of age is 49,20 years (DT 11,219) and the range is from 24 to 62 years. 68,6 % have a labor experience of more than 20 years. The sample consists of 33 women (94,3 %) and 2 men (5,7 %). 34,3 % of the nurses have mentioned to have received specific training on the managing of the pain. 88,2 % think that they do not have the sufficient knowledge for the correct valuation of the pain. The results of the study show statistically significant differences in the Factor 1 (beliefs on the pain experienced by the elders) and in the Factor 3 (beliefs on the use of the analgesia) in favour of the hypothesis suggested.

Conclusion: The results show realistic beliefs among the nursering professionals. Nevertheless, there exists a great diversity of answers and a high number of " no opinion " qualifications, reflecting, in general, a lack of knowledge on the managing of the pain in the patients with dementia like Alzheimer.

PALABRAS CLAVE

Manejo del dolor, Dolor, Enfermedad de Alzheimer, Conocimientos de Enfermería, Demencia.

KEY WORDS

Managing of the pain, Alzheimer Disease, Nursring Knowledge, Dementia.

INTRODUCCIÓN

Se estima que hay 35,6 millones de personas con demencia en todo el mundo, siendo la Enfermedad de Alzheimer (EA) la causa de demencia más común, al acaparar entre un 60% y un 70% de los casos. En la actualidad, el 5% de las personas mayores de 65 años tienen un diagnóstico de demencia, llegando a más del 50% en los mayores de 90 años¹. Los cambios demográficos en las próximas décadas provocarán una población cada vez más envejecida, dando a su vez lugar a un aumento sustancial del número de personas afectadas por la Enfermedad de Alzheimer y, como consecuencia, un mayor gasto sanitario asociado a su tratamiento y atención. El dolor supone un desafío particular en el tratamiento de la Demencia Tipo Alzheimer (DTA). La prevalencia del dolor, especialmente el dolor crónico, está fuertemente relacionada con la edad, existiendo entre la población más anciana unas tasas de prevalencia del dolor del 72% en mayores de 85 años²; teniendo en cuenta estas circunstancias, es evidente que el dolor es, probablemente, muy común entre las personas con demencia tipo Alzheimer. Sin embargo, el conocimiento actual es deficiente, lo que conduce con frecuencia a un tratamiento y una atención inadecuada.

La enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de demencia³. Es un trastorno neurodegenerativo, de inicio en la edad adulta que conduce a un estado de incapacidad absoluta, y a la muerte en un tiempo variable (media 8-12 años, rango 2-20 años)^{3,4}. Como consecuencia de la EA se producen alteraciones de la memoria y del juicio, falta de atención y problemas en el desempeño de habilidades, seguido por apraxias severas y pérdida global de las capacidades cognitivas⁵. Además de los efectos nocivos sobre la cognición, la demencia tipo Alzheimer es responsable de muchos otros síntomas, como trastornos de conducta, problemas psicológicos y la ruptura del lenguaje y la comunicación. Estos problemas se conocen como Síntomas Psicológicos y Conductuales de la Demencia (SPCD)⁵. Si bien la disfunción de la memoria es el síntoma más conocido, los SPCD, junto con las disfunciones físicas, tienen mayor impacto en la calidad de vida y son una de las razones más importantes a la hora de buscar ayuda e institucionalizar a los enfermos⁵. El dolor en los pacientes con demencia

Introducción

tipo Alzheimer se expresa a menudo a través de perturbaciones en el comportamiento. De hecho, se piensa que el dolor puede ser uno de los factores causales más importantes de los SPCD⁶. Sin embargo, esta relación causal es difícil de identificar debido a la complejidad de los SPCD, que cambian con las etapas de la demencia y son más frecuentes en las etapas posteriores de la enfermedad⁷. Los SPCD que surgen como resultado del dolor, tales como la agitación y la agresión, pueden ser muy angustiantes tanto para el individuo como para su cuidador y, pueden conducir a la prescripción inadecuada de fármacos antipsicóticos en lugar del tratamiento adecuado del dolor. Varios estudios han demostrado que el abordaje del dolor podría disminuir estos síntomas conductuales⁸. Por tanto, es de vital importancia mejorar el reconocimiento y la valoración del dolor para garantizar que los pacientes reciban el tratamiento más adecuado.

La sintomatología de la DTA también contribuye a que la evaluación del dolor sea particularmente difícil, debido a la pérdida de la capacidad de comunicación. Como consecuencia de ello, las herramientas de evaluación comúnmente utilizadas son difíciles de usar y, además, presentan poca evidencia de fiabilidad y validez. Los problemas inherentes a la evaluación del dolor en las personas con demencia tipo Alzheimer, debido tanto a la sintomatología como a la neuropatología, ponen de manifiesto que los trabajadores sanitarios no están suficientemente preparados para manejar las dificultades en el establecimiento de buenas prácticas de gestión del dolor en estos pacientes. La literatura sugiere que una gran parte de estos problemas podrían superarse mediante una mejor educación sobre aspectos específicos del manejo y la evaluación del dolor en enfermos de Alzheimer⁹. Desde hace tiempo, es sabido que las creencias erróneas, los conocimientos deficientes y la capacitación del personal son barreras importantes que impiden proporcionar una atención de calidad¹⁰. Los profesionales responsables de pacientes con EA, a menudo no son conscientes de las mejores maneras de controlar el dolor; muchos no basan sus decisiones terapéuticas en directrices fundamentadas en la evidencia científica y tienen creencias erróneas sobre el uso de los analgésicos opioides en el tratamiento del dolor¹¹. Un objetivo educativo, sería mejorar las competencias de los

profesionales en cuanto al manejo del dolor en los pacientes con demencia tipo Alzheimer y, distinguir aquellas alteraciones del comportamiento producto del dolor de las inherentes a los SPCD¹².

Igualmente, un requisito previo al manejo del dolor es una evaluación precisa, para valorar el impacto y los posibles efectos adversos de los medicamentos analgésicos. La sintomatología del Alzheimer limita la valoración mediante informes subjetivos del dolor, que normalmente se esperaría de los adultos cognitivamente sanos. La evidencia indica que alrededor del 60-80% de las personas con demencia tipo Alzheimer en residencias experimentan regularmente dolor, por lo general relacionado con trastornos musculoesqueléticos, gastrointestinales, infecciones genitourinarias y úlceras por presión⁶. El uso de instrumentos de evaluación observacionales basados en la evidencia a menudo se utiliza en la práctica regular, habiendo un considerable margen de mejora en las herramientas existentes. Por ello, resulta imprescindible el desarrollo de un conjunto de escalas de evaluación que tengan buenas características psicométricas, que se puedan utilizar con diferentes tipos de pacientes con deterioro cognitivo, disponibles en varios idiomas y fáciles de aplicar para los profesionales sanitarios.

Existen múltiples factores que juegan un papel fundamental en el manejo del dolor en los pacientes con demencia tipo Alzheimer. Muchos de estos aspectos, pueden ser mejorados para aumentar la calidad en el tratamiento de este síntoma en los pacientes con EA. Para lo cual, es esencial que se desarrollen programas de educación y capacitación de los profesionales, para aumentar sus conocimientos y modificar aquellas creencias erróneas que dificultan el manejo del dolor.

JUSTIFICACIÓN

Mejorar las expectativas de vida, tanto en esperanza como en calidad, son los principales objetivos del sistema sanitario para con la población general. Pocas personas mueren de dolor, pero muchas viven con él, siendo esta una entidad que afecta a su bienestar. La definición de dolor más ampliamente aceptada, es sin lugar a dudas, la provista por la International Association for the Study of Pain (IASP): *“Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma”*¹³. Por tanto, es un proceso complejo que incluye componentes sensitivos, afectivos, motivacionales y cognitivos. Asimismo, es un hecho multidimensional que causa sufrimiento y disminución de la calidad de vida a quien lo padece. Se trata de una experiencia subjetiva, lo que conlleva a una difícil explicación y comunicación. Es conocido que el dolor, aún con las dificultades que entraña su valoración y cuantificación, alcanza una prevalencia elevada entre las personas mayores, siendo además un motivo de consulta sanitaria, aumentando, por consiguiente, la demanda sanitaria. Según un estudio de Sicras-Mainar et al.¹⁴, casi 8 de cada 10 personas mayores de 64 años que acudieron a la consulta médica de Atención Primaria (AP) a lo largo de un año estaban en tratamiento con analgésicos orales, es decir, tenían dolor. En otro estudio sobre el manejo del dolor en personas ancianas, en el ámbito de AP, se destaca que sólo 6 de cada 10 pacientes que han estado tratándose con analgésicos previos se ha conseguido controlar el dolor y, únicamente, 3 de cada 10 referían un grado de satisfacción bueno con los tratamientos analgésicos anteriores¹⁵. Además, casi 7 de cada 10 de los sujetos estudiados que habían consultado por dolor, lo habían hecho una media de 2,8 veces los últimos meses¹⁵. Así, las personas mayores sufren dolor, muchas de ellas de manera crónica y con unos niveles de control del mismo no satisfactorios en una proporción considerable de casos.

El aumento de la edad, al mismo tiempo de constituir un factor de riesgo para la presencia de dolor, también supone un componente de riesgo para el desarrollo de patologías como la demencia, concretamente la EA, entre otras. Ante el creciente envejecimiento de la población, nos enfrentamos a un problema de primer orden.

Justificación

Las mejores condiciones de vida generales han permitido que, desde comienzos del siglo XX, la población española aumente de forma significativa. En concreto, desde 1900 hasta la actualidad, la población española se ha multiplicado por 2,5. Sin embargo, es el grupo de edad de 65 años y más el que ha experimentado un mayor incremento. Desde 1900 a 2009 las personas de 65 años y más se han multiplicado por ocho. En España, además, las previsiones demográficas apuntan a que en las próximas décadas la población de 65 años y más seguirá aumentando. En el año 2049 habrá el doble de personas mayores que en la actualidad y representarán más de un tercio del total de la población española (31,9%)¹⁶.

La DTA es una patología protagonista en la última etapa de la vida, aumentando exponencialmente su incidencia a partir de los 65 años¹⁷. Según el estudio EURODEM¹⁸ la prevalencia estandarizada de la EA es de un 4,4%. Igualmente, las predicciones indican que la situación empeorará, ya que las proyecciones realizadas para el año 2050 aseguran que la prevalencia se cuadruplicará¹⁹. Así pues, estamos ante una población cada vez más envejecida y vulnerable para sufrir demencia tipo Alzheimer, aumentando aún más su incidencia en un futuro próximo.

Por lo tanto, si relacionamos ambas circunstancias clínicas, el dolor y el Alzheimer, observaremos que nos enfrentamos a un problema real con una dificultad añadida. Si existe un incorrecto manejo del dolor en la población anciana, como se ha mencionado anteriormente y, a esto se suma el hándicap de un deterioro cognitivo elevado, como sucede en los enfermos de Alzheimer, la dificultad es aún mayor. La literatura científica refleja que el abordaje del dolor en los pacientes con EA no se está realizando correctamente por diversos motivos⁶⁻¹², entre los que se encuentran:

- Dificultad para identificar y valorar la presencia de dolor en los pacientes que presentan un deterioro cognitivo y comunicativo.
- Riesgo de que el tratamiento para el dolor ocasione interacciones farmacológicas con medicaciones concomitantes o posibles afectaciones a otras enfermedades comórbidas.

- Creencia por parte de los profesionales sanitarios y familiares a considerar el dolor como un síntoma asociado al propio proceso de envejecimiento.
- Miedo de los pacientes a decir que tienen dolor por los riesgos del tratamiento, por las pruebas diagnósticas o también el miedo a la presencia de una patología grave asociada al dolor.
- Temor del paciente a molestar al entorno familiar, para no ser considerado una carga o por desconfianza a ser institucionalizado.
- Uso limitado de opioides con pacientes ancianos y/o con demencia.
- Costumbre por parte de los profesionales de pautar la analgesia a demanda, cuando algunos pacientes con EA presentan un deterioro comunicativo.
- Dificultad por parte de los cuidadores y profesionales para la identificación del dolor en personas con demencia, entre otras cosas, por una insuficiente formación y/o entrenamiento.

Las enfermeras son directamente responsables del cuidado del paciente y, por ello, de realizar las intervenciones necesarias para el alivio del dolor, la evaluación y el tratamiento del mismo. En la práctica diaria, a menudo, es la enfermera quien decide cuando administrar los analgésicos prescritos y es quien tiene que valorar la presencia de dolor. Investigaciones anteriores de Jones et al.¹⁰, han identificado cierto déficit de conocimientos y creencias erróneas entre las enfermeras en relación a la evaluación y el manejo del dolor. Además, la falta de conocimiento sobre el dolor y su tratamiento ha sido mencionado como una barrera importante para su gestión eficaz. En su estudio Jones et al.¹⁰ ha identificado un notable déficit de conocimientos en las áreas de la farmacología, la drogadicción y la dependencia, la gestión de los efectos secundarios y el manejo del dolor desde el punto de vista no farmacológico. Igualmente, el manejo farmacológico del dolor sigue siendo un área en el que las enfermeras carecen de los conocimientos necesarios para ofrecer un óptimo tratamiento¹⁰. De la misma forma, presentan creencias negativas sobre el uso de opioides porque sobreestiman el riesgo de una posible adicción, si bien la adicción causada por el uso de opioides para el tratamiento del dolor es rara²⁰. Es mayor la incertidumbre si hablamos de las enfermeras ubicadas en el ámbito gerontológico. Estas profesionales, deben tener

Justificación

un buen conocimiento del dolor en las personas ancianas, sus causas, manifestaciones y estrategias de alivio. Se sabe que la mayoría de la investigación en enfermería en esta área, se ha centrada en las actitudes e intervenciones de las enfermeras para aliviar el dolor y no en el conocimiento. Por esta razón, hay muy poca información disponible acerca de los conocimientos y habilidades de las enfermeras en el manejo del dolor en el anciano con DTA. En un estudio realizado por Sloman et al.²¹, en un grupo de enfermeras de diversos ámbitos asistenciales, se observó que existe un déficit importante de conocimientos sobre el dolor y su manejo en la población anciana. Los niveles de conocimiento difieren significativamente entre las diversas áreas de especialidad clínica, existiendo una relación positiva entre los años de experiencia profesional y el conocimiento del dolor en el anciano. También se vislumbró que aquellas enfermeras cuya principal área de experiencia eran los cuidados paliativos, obtuvieron una puntuación más alta; estando presente que el estudio fue realizado sobre una muestra relativamente pequeña, por lo que no se pueden generalizar sus resultados.

La formación de calidad es esencial para hacer frente a la carencia de conocimientos y aumentar las competencias de los profesionales sanitarios. Un estudio reciente mostró que después de tres sesiones interactivas, de tres horas de duración, las lagunas del personal en cuanto al manejo del dolor se redujeron y se pusieron en práctica los conocimientos adquiridos con más frecuencia, dando lugar a un manejo del dolor más eficaz⁹. Por esta serie de motivos, es interesante ahondar en los conocimientos y creencias de los profesionales, pues en el futuro puede ser útil para reforzar a nivel académico aquellas carencias detectadas, contribuyendo a su vez al aumento de la calidad asistencial.

MARCO TEÓRICO

1. ¿QUÉ ES LA DEMENCIA TIPO ALZHEIMER?

La enfermedad del Alzheimer es la causa más frecuente de demencia³. Es un trastorno neurodegenerativo, de inicio en la edad adulta que conduce a un estado de incapacidad absoluta, y a la muerte, en un tiempo variable (media 8-12 años, rango 2-20 años)^{3,4}. Definimos demencia, según los criterios DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, versión IV)²² como un deterioro de la memoria acompañado al menos de una de las siguientes alteraciones cognoscitivas: afasia, apraxia, agnosia o una alteración de la capacidad de ejecución. La alteración debe ser lo suficientemente grave como para interferir en las actividades laborales y sociales, de forma significativa, y tiene que representar un déficit respecto al mayor nivel previo de actividad del sujeto. Cuando hablamos de la demencia ocasionada por la EA, estamos ante un síndrome crónico, irreversible y progresivo, pero no necesariamente la demencia va a cursar siempre así, pues la reversibilidad, el modo de inicio y la evolución subsiguiente están en función de la patología subyacente, de la rapidez y disponibilidad de la aplicación del tratamiento eficaz²².

2. EPIDEMIOLOGÍA DE LA DTA

Las demencias son un importante problema socio-sanitario, siendo la cuarta causa de años de vida perdidos por discapacidad¹. La EA es la primera causa de demencia, y es el subtipo de demencia sobre el cual se han realizado mayor número de estudios poblacionales^{1,3}. En el Estudio EURODEM¹⁸ (Euro-Demencia) fueron identificados en 11 cohortes en Europa un total de 2.346 casos de demencia de leve a moderada, y reveló que el 53,7% de los casos de demencia correspondía a la EA. La prevalencia estandarizada (controlada) por edad fue del 4,4%, aumentando progresivamente con la edad¹⁸. La variación de la prevalencia de la EA fue mayor en los varones que en las mujeres. En España las tasas de prevalencia estimadas son similares a las de EURODEM; por ejemplo en el Estudio de Zaragoza fue del 4,3%²³, del 5,7% en el de Girona²⁴, y más

recientemente en el de Prat del Llobregat del 6,6%²⁵. Las predicciones indican que la situación empeorará, ya que las proyecciones realizadas para el año 2050 aseguran que la prevalencia se cuatuplicará¹⁹.

La incidencia de EA aumenta con la edad, desde 1-3/1.000 personas-año entre los 65 y los 70 años, hasta 14-30/1.000 entre los 80-85 años, y parece ser mayor en mujeres. En edades muy avanzadas es aún mayor, hasta 38,6/1.000 entre 85 y 89 años y más de 65/1.000 personas-año en mayores de 95 años según datos del estudio Framingham²⁶.

3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA DTA

En la mayoría de los pacientes con DTA (86-94%) hay un fenotipo clínico predecible caracterizado por una pérdida de memoria episódica a la que terminan asociándose defectos correspondientes a otros dominios cognitivos²⁷. Al mismo tiempo, van a estar presentes una serie de cambios psicológicos y conductuales que acompañaran a los síntomas cognitivos predominantes.

- **Síntomas cognitivos**

La manifestación clínica más marcada y común, que cumplen todos los pacientes diagnosticados de DTA es una pérdida de memoria episódica comenzando con aquellos hechos recientes, desde detalles de acontecimientos significativos al propio acontecimiento en sí²⁷. Algún ejemplo de este síntoma, es el olvido de recados o una conversación mantenida minutos antes, olvido de la toma de la medicación, el paciente se repite y tiene dificultad con las relaciones temporales, etc. Al inicio de la EA, las funciones motrices y sensoriales permanecen bien conservadas y el paciente se encuentra neurológicamente intacto. Igualmente, la memoria a largo plazo está mucho mejor preservada en las fases iniciales de la enfermedad, aunque puede encontrarse cierto grado de afectación en exploraciones detalladas. Por ello, la disfunción de la memoria comprende la alteración del aprendizaje de nueva información, estando éste aprendizaje estrechamente asociado a una desorientación progresiva en tiempo y lugar.

Finalmente, en los estados tardíos, se observa una dificultad aparente para recordar la información previamente bien preservada⁵.

Cuando la enfermedad progresa, es característica la afectación secuencial de otros dominios cognitivos²⁷. Las alteraciones del lenguaje son comunes en la DTA. Frecuentemente se manifiestan como defectos de nominación, en parte relacionados con la afectación de la memoria semántica, existiendo dificultad para encontrar palabras (anomia) en la conversación espontánea. El lenguaje es típicamente vago, inespecífico y puede tener aumento de frases automáticas. El lenguaje se va empobreciendo semánticamente (se reducen los sustantivos que aportan el verdadero significado) y sintácticamente (frases cortas, pérdida de nexos gramaticales)⁵. La afectación de las funciones visoespaciales aparece también en fases medias-tempranas de la enfermedad, con dificultad para ubicar su casa, confundiendo su portal con uno parecido de la misma calle, etc. Las apraxias se manifiestan más tardíamente, aunque defectos leves de funciones ejecutivas se pueden detectar en fases moderadas de la enfermedad⁵.

- **Síntomas psicológicos y conductuales**

Los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia son un conjunto heterogéneo de reacciones psicológicas, síntomas psiquiátricos y comportamientos anómalos debidos a la presencia de demencia. Se consideran SPCD la apatía, las alucinaciones, la agitación, la depresión, la ansiedad, la euforia, la irritabilidad, la desinhibición, los delirios, las conductas aberrantes o anómalas, los trastornos del sueño y las alteraciones de la conducta alimentaria²⁸.

La importancia de los SPCD radica en que se asocian a mayor mortalidad, peor pronóstico, mayor institucionalización, mayor carga del cuidador y mayor consumo de recursos sanitarios y fármacos, originando en numerosas ocasiones más problemas que los propios déficits cognitivos⁵. Se ha descrito que estos síntomas son muy frecuentes en pacientes con EA, incluso en fases leves antecediendo a los propios síntomas cognitivos y, son también comunes en pacientes con Deterioro Cognitivo Leve (DCL) o con cognición normal²⁹.

En las fases iniciales están presente la irritabilidad, el paciente se enfada con facilidad o muestra un tono agrio en las respuestas que contrasta con la personalidad previa, y la apatía, con abandono de tareas de responsabilidad, asuntos familiares o antiguos entretenimientos. Entre estos síntomas los más frecuentes son los relacionados con los trastornos anímicos y afectivos, siendo predominante el síntoma depresivo (hasta el 60-70% de los pacientes)²⁸. La sintomatología psicótica también es común la EA, especialmente en fases moderadas y severas. Los síntomas más frecuentes son la aparición de las ideas delirantes con temáticas de robo (muy relacionadas con la pérdida de memoria), envenenamiento, celotipias e ideas paranoides. Otro síntoma psicótico es la aparición de alucinaciones que suelen ser visuales, donde los temas frecuentes suelen ser familiares fallecidos³⁰. En las fases avanzadas de la enfermedad puede darse agresividad verbal y/o física e irritabilidad extrema frente a situaciones desencadenantes (aseo, cambios en la rutina)^{28,30}.

4. FASES DE LA DTA

- **Fase preclínica**

Período asintomático entre las primeras lesiones cerebrales y la primera aparición de síntomas y que supone individuos normales que posteriormente presentarán síntomas de DTA.

- **Fase prodrómica**

Es la fase sintomática de predemencia de la DTA, generalmente designada como Deterioro Cognitivo Leve. Esta fase se caracteriza por la presencia de síntomas que no son lo suficientemente severos para cumplir los criterios actualmente aceptados para la EA. El éxito de las intervenciones terapéuticas radica en la detección precoz de la DTA. La neurodegeneración y las lesiones típicas de la enfermedad, al igual que en otras patologías del sistema nervioso central, pueden comenzar unos 15-20 años antes de que se manifieste el deterioro cognitivo, por lo es fundamental el diagnóstico precoz del deterioro cognitivo²⁹.

Según un estudio de prevalencia realizado en Estados Unidos sobre deterioro cognitivo sin demencia y sus subtipos más frecuentes, se estima que aproximadamente 5,4 millones de personas mayores de 71 años presentan deterioro cognitivo sin demencia y que aproximadamente 2 millones están afectados de EA prodrómica³¹.

- **Deterioro Cognitivo Leve (DCL)**

Dentro del concepto de deterioro cognitivo leve, también denominado deterioro cognitivo ligero, se incluyen diferentes síndromes de deterioro cognitivo respecto a un estado previo pero que no es lo suficientemente intenso como para ser considerado demencia³².

El DCL es un intento de identificar la EA en sus fases más precoces²⁶ y, para ello se dio especial relevancia al déficit de memoria. Los criterios para la definición de DCL incluyen que el paciente exprese quejas de memoria, que tenga rendimientos bajos en los test de memoria, que tenga una función cognitiva global normal, que haga una vida autónoma sin repercusión del déficit de memoria en actividades de la vida diaria y no cumpla criterios de demencia³².

Para el European Alzheimer's Disease Consortium³³, los criterios diagnósticos de DCL serían:

- Queja subjetiva de pérdida de memoria por parte del paciente o un informante válido (familiar o conviviente).
- Evidencia objetiva de alteración cognitiva, o bien de memoria o bien de otro dominio.
- Tiene que existir un cambio respecto a niveles previos y que este cambio dure al menos seis meses.
- Sin alteración significativa de las actividades de la vida diaria.
- Se excluyen patologías que pudieran explicar el deterioro en la memoria, como el síndrome confusional agudo, la depresión o el retraso mental.
- No se cumplen los criterios diagnósticos de demencia. Esta última parte de es la más complicada de determinar. Hay que delimitar bien qué se

entiende por reducción significativa de la autonomía funcional para hablar de demencia, y no hay ningún criterio objetivo para definirlo.

5. DURACIÓN DE LA DTA

Muy variable. La evolución media de la enfermedad, desde el inicio de la sintomatología, es de 8 a 12 años, aunque la gran mayoría de los pacientes no completan todo el proceso de la enfermedad, mortal en sí misma, falleciendo por patología intercurrente, sobre todo infecciones respiratorias o de origen urinario^{3,4}.

6. ¿QUÉ ES EL DOLOR?

Desde su propio nacimiento, la humanidad viene luchando contra el dolor, éste compañero innato de la vida, que la acompaña desde el origen. Comenzando con el hombre primitivo que consideraba el dolor como un castigo de los dioses producto de los espíritus, hasta la actualidad donde existe una explicación fisiológica para el mismo. La humanidad no ha cesado su interés en discernir su causa y, sobre todo paliar sus efectos, que tan negativas consecuencias acarrea para la vida de los individuos, a través de todo tipo de fármacos, procedimientos y técnicas.

En la actualidad, la definición más aceptada de dolor es la propuesta por la IASP que define el dolor como: *“Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma”*¹³. En esta definición se puede observar el carácter subjetivo, personal e intransferible que presenta el dolor, teniendo éste gran incidencia en la dificultad a la hora de valorarlo de forma adecuada desde una postura objetiva. El dolor, hoy en día, se puede considerar como una plaga mundial, presentando una alta incidencia en los países desarrollados, debido a las mayores perspectivas de vida de los habitantes y a una demanda de calidad de vida mayor por parte de la sociedad. Es tal el problema que representa el dolor en la población actual, que la Sociedad Española del Dolor (SED) ha presentado ante el Parlamento Europeo, en

el año 2001, la propuesta de que el dolor crónico sea considerado como una enfermedad y no como un síntoma³⁴.

7. PREVALENCIA E INCIDENCIA DEL DOLOR

Gracias al estudio realizado a través de una encuesta telefónica “Pain in Europe”, que se ejecutó en 15 países europeos e Israel, podemos disponer de datos sobre la prevalencia, la gravedad, el tratamiento y el impacto que tiene el dolor crónico sobre la población. El estudio fue realizado por Breivik et al.³⁵, en el que se seleccionó un conjunto de 3.000 personas, en cada país, entre las cuales se identificó al menos 300 pacientes con dolor crónico que rellenaron un detallado cuestionario. Según los resultados obtenidos, el 19% de la población europea adulta sufre algún tipo de dolor crónico. Esta cifra no se reparte de igual modo en todos los países así, por ejemplo, en Italia está alrededor de un 25%, mientras que España presenta la menor prevalencia con un 11%. En cuanto a la edad y sexo, el paciente con dolor crónico tiene 50 años de media, siendo mujer en el 56% de las ocasiones y hombre en el 44% restante³⁵.

En la encuesta aparecen datos que expresan la trascendencia del dolor crónico, no solo desde el punto de vista de la salud. Así, un 20% de los pacientes han perdido su trabajo, la media de absentismo laboral entre las personas con dolor crónico es de 15 días anuales, el 40% de ellos han visto limitada su capacidad para llevar a cabo su vida cotidiana. Según “Pain in Europe”, los españoles también sufren dolor durante más tiempo, unos nueve años, frente a la media europea que es de siete. Al mismo tiempo, España es el país con una mayor prevalencia de depresión por dolor crónico, unas cifras que pueden esconder un manejo inadecuado del dolor³⁵.

Desde el punto de vista etiológico, la causa más frecuente de dolor crónico fue la artritis (35%), siendo la región anatómica afectada más habitualmente la espalda (24%), aunque no únicamente como consecuencia de la artritis. En cuanto a la intensidad del dolor, hasta el 33% de los encuestados cuantificaba su dolor entre 8 y 10 de la escala analógico-visual, con una duración muy variada, presentando un

12% entre 6 meses y 2 años; un 22% entre 2 y 5 años; un 20% entre 5 y 10 años; un 17% de 10 a 15 años y 29% más de 15 años. Respecto a la relación médico-paciente, un tercio de los pacientes consideraban que su médico no sabía cómo controlarles el dolor. Un 20% refería que la evaluación de su dolor se llevó a cabo en muy pocas ocasiones, llegando hasta el 90% de ellos que nunca había empleado una escala de dolor. Sólo un 23% de los pacientes habían consultado con un especialista³⁵.

Como conclusión, el dolor crónico de intensidad moderada a severa se produce en el 19% de los adultos europeos, y afecta gravemente a la calidad de su vida social y laboral. Pocos pacientes fueron abordados por especialistas en dolor y, casi la mitad recibió un manejo inadecuado del dolor. Por todo ello, el dolor crónico es un importante problema que no está siendo tratado como tal³⁵.

8. PREVALENCIA DEL DOLOR EN LOS PACIENTES CON DTA

La enfermedad de Alzheimer es la causa más común de demencia entre las personas mayores de 65 años^{1,3}. Se prevé que el número total de personas con demencia prácticamente se duplique cada 20 años, de modo que pasaría de 65,7 millones en 2030 y 115,4 millones en 2050, siendo demencia tipo Alzheimer más de la mitad de los casos¹. Aunque el curso de la enfermedad de Alzheimer es predecible, la tasa de enfermedades que debutan durante su progresión no lo es. En dos estudios prospectivos, el tiempo medio de supervivencia para los pacientes ambulatorios con la EA era dependiente en gran medida de la edad de inicio, y osciló desde 3,3 hasta 9,3 años³⁶. A pesar de la amplia prevalencia de estas enfermedades, las publicaciones actuales sugieren que los ancianos y, en particular aquellos con deterioro cognitivo, presentan un mayor riesgo de un tratamiento insuficiente del dolor³⁷. Muchos estudios relacionan la presencia de dolor musculoesquelético con la disminución de la salud y el bienestar, el aumento de las tasas de depresión clínica, trastornos del sueño, disminución de la socialización y el aumento de los costes de atención de salud³⁸, lo que sugiere que el tratamiento deficiente del dolor tiene consecuencias importantes. Entre un 45%

y 80% de los ancianos institucionalizados en geriátricos tienen dolor, constituyendo significativamente un deterioro funcional y la disminución de la calidad de vida³⁹. Cerca de un 60-71% de ancianos que habitan en la comunidad admiten sentir dolor en alguna parte, siendo más del 33% los que señalan tener un dolor persistente a diario⁴⁰.

En la población española, la prevalencia estimada de dolor es de un 25-40% en la comunidad, aumentando a un 71-88% en medios residenciales. Se estima que la prevalencia de dolor crónico en población geriátrica alcanza el 50-80% y, aumenta especialmente en el último año de vida. En el 40% de los casos no se llega a alcanzar un adecuado control de éste. Por otro lado, es conocido que en dichos segmentos de población el uso de opiáceos es menor⁴¹. La prevalencia de dolor nociceptivo en personas mayores es del 25-50% en la comunidad, incrementándose a un 49-83% en centros gerontológicos⁴².

Los resultados del estudio de Alaba et al.⁴³, realizado a nivel nacional en centros gerontológicos, muestran una prevalencia de dolor del 61% en residentes sin demencia (siendo el dolor en un 29% de intensidad grave y en un 64% de frecuencia diaria) y del 22% de residentes con demencia. En otras investigaciones realizadas en Francia y Gran Bretaña, se han encontrado tasas de dolor neuropático del 7-8%, que se multiplican ocho veces en mayores de 50 años frente a personas más jóvenes⁴³.

El dolor se convierte en un problema especialmente difícil de valorar en los pacientes con deterioro cognitivo⁴⁴. El dolor a menudo no se identifica y tiende a ser tratado con deficiencia en las instituciones geriátricas, siendo también común entre los pacientes que requieren atención al final de la vida⁴⁵. Una de las causas del control inadecuado del dolor en los pacientes con EA es la dificultad en la detección y la evaluación de la intensidad del dolor.

9. ALTERACIONES FISIOPATOLÓGICAS EN LOS PACIENTES CON DTA QUE INFLUYEN EN LA PERCEPCIÓN DEL DOLOR

El efecto exacto que ejerce la edad sobre los mecanismos de percepción del dolor no está del todo claro, por lo que la idea de que la nocicepción puede disminuir en la vejez para las personas sanas sigue sin comprobarse. La investigación de Gibson et al.⁴⁶ realizada para comprobar el umbral de percepción del dolor, en la que se valoraron 15 adultos mayores sanos (más de 65 años) frente a 15 adultos mayores con deterioro cognitivo (media de edad 82,4 años), se observó que la percepción del dolor agudo no disminuyó en los pacientes con Alzheimer, pero sí eran más lentos al informar de la presencia de los estímulos nocivos y sus informes eran menos fiables.

En el estudio de Porter et al.⁴⁷ se valoró la respuesta dolorosa ante un procedimiento de punción venosa, teniendo en cuenta la frecuencia cardiaca, la amplitud de la arritmia sinusal respiratoria, la ansiedad, el dolor y las expresiones faciales en video. Independientemente de la edad, el aumento de la severidad de la demencia se asoció con embotamiento de la respuesta fisiológica. La demencia interfiere significativamente con la habilidad de los sujetos para responder a preguntas directas acerca de la ansiedad y el dolor. La expresión facial se incrementó en individuos dementes pero no podría ser clasificado en emociones específicas. Por ello, se llegó a la conclusión de que la demencia afecta tanto a la experiencia como a la información del dolor en las personas de edad avanzada con DTA.

También, se han realizado estudios para valorar los umbrales de dolor y la tolerancia al dolor en pacientes con EA, por medio de estímulos nocivos (estimulación eléctrica), comparando estos sujetos con individuos sanos de la misma edad. Se ha demostrado que el componente sensorial-discriminativo del dolor se mantiene intacto en pacientes con EA, aunque la tolerancia se altera según la gravedad de ésta. Así, cuanto mayor es la gravedad de la enfermedad, mayor tolerancia existe al dolor⁴⁸.

Rainero et al.⁴⁹ analizó los efectos de la estimulación nociva eléctrica en el sistema nervioso autónomo en los pacientes con EA. Para ello se utilizaron estímulos eléctricos en dos intensidades diferentes: uno de ellos justo por encima del umbral de dolor y otro dos veces por encima del mismo. Se registró la frecuencia cardíaca y la presión arterial para valorar la respuesta al estímulo. En el primer caso, los pacientes con EA han mitigado las respuestas autonómicas en comparación con los controles de la misma edad. Mientras que en el segundo caso la percepción del dolor fue similar en los dos grupos. Como conclusión, los pacientes con EA tienen un umbral aumentado para la respuesta autonómica y dolorosa a estímulos leves, pero casi normal para estímulos intensos⁴⁹.

Curiosamente, sin embargo, los hallazgos más recientes han demostrado que el procesamiento del dolor, en base a las respuestas del cerebro en estudios de resonancia magnética (RM) y electroencefalografía, reflejos de dolor y las respuestas faciales a estímulos nocivos, no parece estar disminuido en los pacientes con demencia tipo Alzheimer. De hecho, en algunos casos, parece ser más elevado^{50,51}. Estos resultados hacen hincapié en la precaución que se debe tomar cuando se extrapolan los resultados de los estudios con animales a los seres humanos.

Como conclusión, podemos destacar que las publicaciones científicas sobre la influencia de la DTA en la percepción del dolor, hasta el momento han sido heterogéneas, ya que existen resultados que manifiestan que la percepción del dolor disminuye, permanece sin cambios e incluso aumenta en los pacientes con EA. Por lo tanto, la evaluación del dolor en pacientes con DTA debe basarse en la medición minuciosa de múltiples componentes. Además, el dolor debe ser abordado del mismo modo en los individuos cognitivamente sanos que en los enfermos de Alzheimer hasta que no se demuestre de forma definitiva cómo es la vivencia del dolor en estos pacientes.

10. ¿SE MANEJA CORRECTAMENTE EL DOLOR EN LOS PACIENTES CON DTA?

El manejo del dolor es un reto cuando se trabaja con personas que tienen deterioro cognitivo, el cual afecta a su capacidad de razonar y comunicarse. Las personas que padecen DTA tienen un elevado riesgo de subdiagnóstico y subtratamiento del dolor, por las causas que a continuación se expondrán.

Los índices de dolor de las personas con DTA registrados en las historias clínicas de las residencias de ancianos, son de un tercio a la mitad, de las que se registran cuando los pacientes presentan una demencia leve y son entrevistados por los investigadores^{44,52}. La investigación más alarmante publicada por Morrison et al.⁵³ respecto al infratratamiento del dolor en los pacientes con demencia, pone en evidencia que los pacientes hospitalizados después de una cirugía de fractura de cadera que sufrían demencia avanzada, recibieron un tercio menos de analgésicos opioides, que los pacientes en la misma situación cognitivamente intactos.

La dificultad que esconde la evaluación del dolor es, sin duda, una de las causas de su infratratamiento en las personas con demencia tipo Alzheimer. Una correcta evaluación es la base para el manejo apropiado del dolor, por lo que si carecemos de ella, se rompe el ciclo de gestión del dolor: detección, evaluación, tratamiento, reevaluación y ajuste del régimen terapéutico. La mayoría de la literatura que aborda la evaluación del dolor en la población general, la población geriátrica e incluso la población con demencia tipo Alzheimer, se ha centrado en los instrumentos de evaluación verbales⁵⁴. Por desgracia, la valoración verbal es un problema en los pacientes con EA, debido al deterioro que presentan en la comunicación. Por este motivo, con frecuencia el paciente con DTA es excluido de los estudios sobre el dolor, por la dificultad que entraña el reconocimiento de síntomas en este grupo de población, aunque es indudable la importancia que tiene su detección y adecuado manejo.

Otro de los factores que dificultan el manejo del dolor son los posibles efectos adversos del tratamiento farmacológico, por las interacciones con medicaciones concomitantes y por las posibles afectaciones a otras enfermedades comórbidas.

Esta situación se ve acentuada por la escasez de estudios farmacológicos, lo que limita la comprensión de la farmacodinamia de la medicación analgésica en este grupo poblacional⁵⁵. La ansiedad y la depresión son habituales en la DTA y están asociadas al dolor, pudiendo estar relacionadas con un incorrecto tratamiento del dolor, así como otras manifestaciones psicológicas y conductuales^{5,6}. Por ello, se plantea la hipótesis de que un tratamiento analgésico adecuado podría disminuir la necesidad de otra medicación y reducir dicha sintomatología⁵⁶. Por otro lado, existen criterios internacionales que recomiendan evitar el uso de opiáceos con pacientes ancianos y con demencia, para impedir la aparición de efectos adversos secundarios, excepto que sea con fines paliativos o para tratar dolor crónico moderado o severo⁵⁷. Contribuyendo a un incorrecto abordaje del dolor, cabe recordar la costumbre de prescribir los analgésicos a demanda del paciente, sin tener en cuenta los problemas de interacción con estos pacientes⁵⁸.

La infradetección e infratratamiento del dolor que se da frecuentemente en personas mayores, en ocasiones también están motivados por la tendencia de los profesionales sanitarios y familiares a considerarlo como un síntoma asociado al propio proceso de envejecimiento, o bien, por miedo de los propios pacientes a los riesgos del tratamiento o de las pruebas diagnósticas, influyendo en gran medida las experiencias previas y el entorno social. En otras ocasiones, el paciente teme hacer alusión a la existencia de dolor por no querer molestar al entorno familiar y/o personal sanitario con sus quejas⁴⁴.

Como conclusión, existe un deficiente manejo del dolor propiciado por múltiples causas, que discurren desde su detección hasta su tratamiento y, esta situación se acentúa especialmente entre los pacientes con demencia tipo Alzheimer. Así es, que los pacientes con demencia reciben analgesia adecuada en un 33% frente a un 64% de los pacientes sin demencia⁵⁹.

11. VALORACIÓN DEL DOLOR EN LOS PACIENTES CON DTA

La evaluación del dolor mediante escalas o autoinformes en pacientes ancianos cognitivamente sanos no varía en relación a los pacientes más jóvenes. Los parámetros que se evalúan son similares, incluyendo aquellos factores que agravan o alivian el dolor, impacto del dolor e historia social de la persona. Evaluar el dolor en las personas mayores con DTA, especialmente en etapas avanzadas, es un reto. No obstante, si existe percepción de dolor en el deterioro cognitivo, muchas veces no es detectado porque los pacientes han perdido las habilidades verbales para expresarlo y/o, porque en ocasiones, la naturaleza de su trastorno puede estar impidiendo que lo identifiquen. Asimismo, para los cuidadores y profesionales la identificación del dolor en personas con demencia tipo Alzheimer resulta bastante complejo debido, entre otras cosas, a la insuficiente formación o entrenamiento para identificarlo⁶⁰. La medición del dolor en el deterioro cognitivo depende del estadio de la enfermedad de manera que, únicamente, en estadios iniciales de demencia se pueden utilizar con seguridad escalas visuales analógicas, puesto que, en estadios más avanzados la pérdida de razonamiento abstracto provoca que los conceptos manejados en las escalas puedan no ser comprendidos, aún siendo escalas muy simples⁶¹. Para valorar el dolor en los pacientes con DTA en estadios avanzados, se han desarrollado varios métodos de observación del comportamiento. Estos métodos se centran en valorar expresiones de dolor, presentes en personas con demencia, que incluyen: expresiones faciales (ceño fruncido, mueca, expresión distorsionada, parpadeo rápido), verbalizaciones y/o vocalizaciones (suspiros, gemidos, gritos, pedir ayuda), movimientos del cuerpo (rigidez, tensión, inquietud, aumento de la estimulación/mecerse, cambios de movilidad), cambios en las interacciones interpersonales (agresividad, resistencia a la atención, perturbación, conducta de evitación), los cambios en los patrones de actividad (cambio de apetito, cambios de sueño, el cese repentino de las rutinas comunes) , y los cambios del estado mental (llanto, aumento de la confusión , irritabilidad, angustia)⁶².

Existen diferentes escalas de valoración de carácter observacional, algunas de las cuales se describen a continuación, expuestas en orden cronológico.

El *Doloplus 2* de Wary et al.⁶³ (Anexo 2) es una escala de valoración del dolor en personas mayores, publicada en 1992. Esta escala está disponible en dos idiomas, francés e inglés. Está formada por 10 ítems agrupados en 3 subescalas: reacciones somáticas, reacciones psicomotoras y reacciones psicosociales. La escala se basa en la escala para niños *Douleur Enfant* Gustave Roussy y se ha adaptado para su uso en ancianos. En pacientes agudos, su utilidad puede verse limitada, porque los profesionales deben estar familiarizados con los pacientes, siendo mayor la utilidad de la escala si las enfermeras conocen en profundidad al individuo a valorar. Se considera una herramienta comprensible y fácil de usar, yendo acompañada de instrucciones para su uso. Cuenta con una versión reducida denominada *Doloshort* y actualmente, está en proceso de validación en cinco idiomas diferentes⁶⁴.

La *Discomfort Scale for dementia of the Alzheimer's type* (DS-DAT) (Anexo 3) fue diseñada para evaluar el malestar de las personas con demencia avanzada que han perdido su capacidad cognitiva y de comunicación verbal. Incluye 9 ítems, cada ítem se mide por la ausencia o presencia de malestar. Si está presente, se califica su frecuencia, duración e intensidad. Su método de administración y puntuación es complejo, requiere formación pero, sin embargo, es la más recomendada para trabajos de investigación⁶⁵.

L' échelle Comportementale pour Personnes Agées (ECPA) de Alix et al.⁶⁶ (Anexo 4) es una escala de valoración para ancianos sin capacidad comunicativa. Disponible en francés y alemán. La escala consta de 11 ítems con cinco posibilidades de respuesta que van desde el 0 al 4, en función del aumento del dolor. La puntuación total oscila desde 0 (sin dolor) hasta 44 (dolor máximo). Se centra en valorar el dolor en tres dimensiones: precuidado, durante la actividad y postcuidado. Su valor clínico debe ser examinado más a fondo⁶⁴.

La "*Observational Pain Behaviour Tool*" publicada en 1995 es una herramienta de evaluación diseñada específicamente para el uso diario en los hospitales, para valorar el dolor en los pacientes de edad avanzada. El hecho de que los cuidadores que no conocen en profundidad al paciente, sean capaces de utilizarla, es una

importante ventaja clínica, aunque, es necesaria una mayor investigación sobre la validez y la fiabilidad de la escala⁶⁴.

La *Checklist of Nonverbal Pain Indicators* (CNPI) de Feldt⁶⁸ (Anexo 5) es una escala observacional del comportamiento de pacientes con un deterioro cognitivo grave. La escala es una modificación de la Birmingham Pain Behaviour Scale (UAB PBS), que fue diseñado para medir el dolor crónico. La escala incluye 6 ítems conductuales de dolor observados en personas mayores de forma común. Muestra buena fiabilidad y acuerdo interjueces.

La *Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate* (PACSLAC) de Fuchs-Lacelle et al.⁶⁹ (Anexo 6) está formada por 60 ítems agrupados en 4 categorías: expresión facial, movimientos del cuerpo, indicadores fisiológicos e indicadores psicosociales. Cada uno de los ítems se puntúa en una escala dicotómica (presencia o ausencia). Es considerada un instrumento muy útil y comprensible, puesto que engloba todos los criterios conductuales propuestos por la American Geriatrics Society (AGS). Sin embargo, son necesarios estudios de validez y fiabilidad.

La *Pain Assessment in Advanced Dementia Scale* (PAINAD) de Warden et al.⁷⁰ (Anexo 7) fue diseñada con el fin de proporcionar una herramienta de valoración sencilla y relevante clínicamente para personas con demencia en estadios avanzados. Incluye 5 ítems: respiración, vocalizaciones, expresión facial, lenguaje corporal y consolabilidad. Cubre tres de los seis criterios de conductas de dolor recogidas por la AGS.

La escala *Pain Assessment for Dementia Elderly* (PADE) de Villanueva et al.⁷¹ está formada por 3 partes con 24 ítems en total: valoración física (expresión facial, respiración y postura), global (intensidad del dolor) y funcional (actividades de la vida diaria). La escala incluye la mayor parte de los indicadores propuestos por la AGS, aunque su operatividad no está clara, ya que incluye diferentes métodos de calificación, que pueden ser confusos o difíciles de interpretar.

La *Rating Pain in Dementia* (RAPID) de Sign et al.⁷² publicada en 2003, se elaboró para calificar el dolor en las personas de edad avanzada con demencia.

Consta de 18 ítems que abarcan cuatro dimensiones (conductual, emocional, autonómica y postural), pudiendo cada ítem recibir una puntuación de 0 (ausencia de dolor) a 3 (dolor grave), oscilando la puntuación total de la escala de 0 a 54 puntos⁶⁴.

La *Abbey Pain Scale* de Abbey et al.⁷³ (Anexo 8) es una escala australiana desarrollada para medir la intensidad del dolor en personas con demencia en estadios avanzados. Está formada por 6 ítems: vocalización, expresión facial, cambios en el lenguaje corporal, cambios conductuales, cambios fisiológicos y cambios físicos. Cada uno se evalúa en una escala de intensidad de 4 puntos (de 0 ausencia de dolor a 3 dolor severo). Esta escala se encuentra en vías de validación en el Hospital San Carlos de Madrid.

El *Noncommunicative Patient's Pain Assessment Instrument* (NOPPAIN) de Snow et al.⁷⁴ (Anexo 9) se compone de cuatro partes y se centra en la observación de comportamientos específicos de dolor durante las tareas diarias de atención (baño, traslados, vestirse, etc.). Puede ser realizado por las auxiliares de enfermería para la evaluación de conductas de dolor en pacientes con demencia. El dolor se evalúa en reposo y en movimiento. Cuenta con la limitación de que sus procedimientos de puntuación no están claros⁵⁴.

El uso de este tipo de instrumentos de evaluación observacionales basados en la evidencia, a menudo está recomendado en la práctica regular. Si bien, existe un considerable margen de mejora de los instrumentos existentes, su uso sigue siendo recomendable y, pueden garantizar un tratamiento mejor y más oportuno del dolor, sobre todo cuando la comunicación no es posible. Un paso decisivo en la mejora de la gestión del dolor es la promoción y la aplicación de las herramientas existentes.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Las publicaciones científicas señalan que la prevalencia del dolor es similar entre los enfermos de Alzheimer con déficit de la comunicación y aquellos ancianos sin deterioro cognitivo. No obstante, existe una dificultad añadida para la valoración del dolor en los pacientes con EA dando lugar, frecuentemente, a la infravaloración del síntoma.

El dolor en los pacientes con EA está infravalorado e infratratado, como consecuencia de su difícil valoración. El dolor en estas personas debe ser evaluado mediante la observación de conductas específicas (expresiones faciales, lloros, muecas), por ello, es crucial que los profesionales estén adiestrados e informados en la importancia de estos signos, además de saber interpretarlos.

Saber reconocer, evaluar y tratar apropiadamente el dolor, es parte fundamental del quehacer de los profesionales de enfermería. Sin embargo, uno de los motivos por los que el dolor no es correctamente manejado en los pacientes con DTA, es la escasa formación específica que reciben los enfermeros. Una encuesta aplicada a un grupo de profesionales dedicados al cuidado de enfermos de Alzheimer mostró que ninguno de ellos identificaba el dolor en estos pacientes mediante técnicas no verbales⁷⁵. Igualmente, investigaciones destinadas a examinar el grado de preparación de estudiantes de enfermería, señalaron la presentan de cierto déficit de conocimientos en cuanto a la valoración y el manejo del dolor^{76,77}.

Averiguar las creencias y la actitud ante el dolor de los profesionales que más íntimamente se relacionan con el paciente, puede permitir objetivar percepciones erróneas que deben ser resueltas. De esta forma, puede alcanzarse en el futuro una correcta detección del dolor para su posterior tratamiento, mejorando así, el bienestar personal y la calidad de vida tanto, de los enfermos como de sus cuidadores.

Hipótesis y Objetivos

A partir de estas premisas, en este estudio se pretende contrastar empíricamente las siguientes **hipótesis**:

- Las enfermeras del ámbito geriátrico presentan creencias más realistas en cuanto al dolor experimentado por los ancianos.
- En el ámbito geriátrico se maneja el dolor con más eficacia que en Atención Primaria (AP).
- Las enfermeras del ámbito geriátrico tienen conocimientos y fundamentos más realistas sobre el uso de la analgesia.
- En el ámbito geriátrico existen unas actitudes más acertadas sobre el tratamiento del dolor en los ancianos con demencia tipo Alzheimer.

El **objetivo** del presente trabajo es profundizar y ampliar los conocimientos existentes respecto a las creencias y actitudes de las enfermeras en cuanto al manejo del dolor en los pacientes con demencia tipo Alzheimer, partiendo de la premisa, de que las enfermeras que trabajan en el ámbito gerontológico poseen unas opiniones más realistas que las enfermeras de Atención Primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

- **DISEÑO**

Se utilizará un diseño de estudio analítico, observacional, transversal para evaluar las creencias y actitudes del personal de enfermería sobre el dolor en los pacientes con demencia tipo Alzheimer, en una Residencia de Ancianos y en dos Centros de Atención Primaria. El estudio se basa en el supuesto de que las enfermeras de los centros geriátricos presentan creencias más realistas, en cuanto al manejo del dolor en los pacientes con demencia tipo Alzheimer, que las enfermeras de los Centros Atención Primaria.

- **SUJETOS**

Los datos fueron recogidos en dos Centros de Salud y una Residencia de Ancianos de la ciudad de Gijón. Todo el personal de enfermería de los estos centros fue invitado a participar en la encuesta. El estudio fue realizado con un total de 50 enfermeras, 48 mujeres (96%) y 2 hombres (4%), con edades comprendidas entre los 24 y los 62 años.

En la Residencia Mixta del ERA de un total de 23 enfermeras fue devuelto el cuestionario por el 76,19% (n = 16) de los profesionales, no habiendo realizado el 23,81% de las enfermeras el cuestionario por diversos motivos, entre los que se encuentran bajas laborales y días de festivo laboral. La edad media de las encuestadas fue de 45,43 años, siendo mujeres en su totalidad.

En el C.S. Perchera de un total de 10 enfermeras el cuestionario fue devuelto por el 90% del personal, no habiendo realizado el cuestionario una enfermera por encontrarse de baja en el periodo evaluativo. La edad media de las encuestadas fue de 58,66 años, siendo mujeres en su totalidad.

En el C.S. El Llano de 17 profesionales de enfermería, fueron devueltos un total de 9 cuestionarios, lo que supone el 58,82% del personal. La edad media de las encuestadas fue de 46,7 años, siendo un 80% mujeres.

- **CONTEXTO DEMOGRÁFICO**

El presente estudio pretende analizar las creencias en cuanto al manejo del dolor, por parte de los profesionales de enfermería, del ámbito Gerontológico y de la Atención Primaria. Para ello, se valoraron las creencias y actitudes de las enfermeras de la Residencia Mixta del ERA, un centro fundado en 1.986, ubicado en la Zona Básica de Distrito V.1 de Gijón. El centro dispone de 510 plazas, distribuidas de la siguiente forma:

- 186 plazas para residentes independientes (36,47%).
- 270 plazas para personas dependientes (52,94 %).
- 5 plazas de estancias temporales (0,98 %).
- 49 plazas de estancias diurnas (9,6%).
- 16 plazas de enfermería (para los residentes independientes).

En la residencia, existe una diferenciación dentro del propio esquema de funcionamiento del centro entre válidos (personas con autonomía personal) y asistidos (personas que necesitan ayuda en las AVDs). En el centro, además de médicos, psicólogos, auxiliares de enfermería, terapeutas ocupacionales, entre otros, trabajan 23 enfermeras para las unidades de asistidos y válidos, las cuales van a ser objeto de estudio.

El entorno elegido para valorar las creencias sobre el manejo del dolor en el marco de Atención Primaria fue el Centro de Salud Perchera y el Centro de Salud El Llano, ambos ubicados en la Zona Básica de Distrito V.5 y V.8 respectivamente, de Gijón. El C.S. Perchera cubre una población de 17.152 habitantes, con un total de 8.270 hombres y 8.882 mujeres. Este centro cuenta con 10 profesionales de enfermería, las cuales han sido incluidas en el estudio. Asimismo, el C.S. El Llano proporciona asistencia sanitaria a 28.955 usuarios, de ellos 13.596 hombres y 13.359 mujeres; trabajando en él, además del personal médico y administrativo, 17 enfermeras y 2 EIR (Enfermera Interna Residente) de Atención Familiar y Comunitaria.

Tras analizar los datos de la población de Gijón estratificada por edades, se observa que la población envejecida (mayor de 65 años) prácticamente duplica a

la población joven (menor de 16 años), por lo que no se asegura el reemplazo generacional. Tras observar el indicador demográfico que interrelaciona ambos sexos de una población, el sex ratio, se llega a la conclusión de que dentro de la población mayor de 65 años hay un destacadísimo peso del sexo femenino⁷⁸.

Del mismo modo, el índice de Friz calculado sobre la población de Gijón es del 17,89%, es decir un valor menor al 60%, lo que nos confirma de forma reiterada, el alto grado de envejecimiento de la población. Del total de la población un 22,23% pertenece al grupo de población envejecida, reflejando estas cifras que a nivel sanitario existirá un alto índice de vulnerabilidad a padecer patologías crónicas, un mayor grado de dependencia y un incremento del gasto sanitario. En Gijón, se asume un nivel bajo de estudios donde el 37,6% de la población no tiene ningún tipo de formación, de modo que este factor repercute negativamente en los índices sanitarios y, sobre todo, al llegar a la vejez⁷⁸.

- **INSTRUMENTO**

Para el estudio se utilizó el “*Nursing staff knowledge and beliefs about pain in elderly nursing home residents with dementia*”, cuestionario elaborado y validado por Zwakhalen et al.⁷⁹ (Anexo 1). Se tomó la decisión de utilizar este instrumento debido a que no se ha encontrado otro con las mismas características publicado en nuestro país. El cuestionario empleado consta de 17 ítems con un alpha de Cronbach de 0,782. En los estudios de validación se han identificado cuatro factores diferenciados que fueron etiquetados en función de la temática tratada:

- Factor 1: Creencias sobre el dolor experimentado por los ancianos (alpha de Cronbach de 0,74);
- Factor 2: Manejo del dolor en el lugar de trabajo(alpha de Cronbach de 0,80);
- Factor 3: Creencias sobre el uso de la analgesia (alpha de Cronbach de 0,68);
- Factor 4: Creencias sobre el tratamiento del dolor en ancianos con demencia tipo Alzheimer (alpha de Cronbach de 0,58).

El cuestionario fue traducido por la misma autora con el asesoramiento de personal bilingüe tanto para la traducción como la retrotraducción.

Para valora las creencias en cuanto al manejo del dolor en ancianos con EA se pidió a las encuestadas que respondiesen a las afirmaciones en una escala Likert de cinco puntos (1 = totalmente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = sin opinión, 4 = de acuerdo y 5 = totalmente de acuerdo). Asimismo, se incluyó un apartado de datos socio-demográficos, incluyendo: sexo, edad, nivel de estudios, número de años de experiencia laboral y formación complementaria en el campo a estudiar.

- **PROCEDIMIENTO**

Tras contactar con los responsables de cada centro, se hizo llegar el cuestionario acompañado de una hoja informativa, en la que se detallaba el objetivo del estudio, puntualizando que se trataba de un Trabajo Fin de Grado, por lo que los datos únicamente serán utilizados a nivel académico. Igualmente, se especificaba que los participantes del estudio lo hacen de forma voluntaria y anónima.

Una vez se obtuvieron los datos, estos fueron tabulados y analizados estadísticamente con el programa informático SPSS 21.0 para Windows, calculándose índices descriptivos y la prueba no paramétrica U de Man-Whitney para comparar la puntuación media de las enfermeras que trabajan en el ámbito geriátrico frente a la de las enfermeras de AP, en cuanto a las creencias y actitudes en el manejo del dolor en los pacientes con demencia tipo Alzheimer.

RESULTADOS

A continuación se resumen los principales resultados obtenidos en este estudio piloto.

Inicialmente, se han incluido en el estudio un total de 50 profesionales de enfermería, 23 profesionales del ámbito geriátrico y 27 de Atención Primaria. La muestra se obtuvo mediante un método de muestreo de conveniencia. Se han entregado 50 cuestionarios, de los que se han recogido correctamente cumplimentados 35 (70%), siendo 16 (45,7%) las enfermeras que trabajan en el ámbito geriátrico (Residencia Mixta ERA) y 19 (54,3%) las enfermeras que trabajan en Atención Primaria (C.S. Perchera y C.S. El Llano). La media de edad es de 49,20 años y la desviación estándar de 11,22, con una edad mínima de 24 años y una edad máxima de 62 años. De los profesionales encuestados el 68,6% tienen una experiencia laboral de más de 20 años, el 17,2% tienen entre 10 y 20 años de experiencia laboral y el 13,3% tienen entre 2 y 10 años de experiencia laboral. En la Tabla 1 se expone con mayor detalle los datos sobre la experiencia laboral de los profesionales incluidos en la muestra.

Tabla 1. Experiencia Laboral de los Profesionales de Enfermería

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Entre 2 y 5 años	2	5,7	5,7	5,7
Entre 5 y 10 años	3	8,6	8,6	14,3
Entre 10 y 15 años	3	8,6	8,6	22,9
Entre 15 y 20 años	3	8,6	8,6	31,4
Más de 20 años	24	68,6	68,6	100,0
Total	35	100,0	100,0	

De la muestra final de 35 sujetos 33 eran mujeres (94,3%) y 2 hombres (5,7%). El 34,3% de las enfermeras mencionaron haber recibido formación específica sobre el manejo del dolor, de las cuales un 17,1% se han formado en cursos de postgrado, el 8,6% han asistido a jornadas o congresos específicos y, el 8,6% restante ha obtenido otro tipo de formación como sesiones en el centro de trabajo, formación laboral en la unidad del dolor, etc. Del total de los encuestados, un

Resultados

88,2% consideran que no tienen los conocimientos adecuados para el manejo del dolor y, el 57,1% considera que no tiene conocimientos suficientes para la valoración correcta del dolor.

Según los resultados presentes en la Tabla 2, tras calcularse la prueba no paramétrica U de Man-Whitney, puede apreciarse que los profesionales de enfermería de AP puntúan significativamente más elevado que los profesionales de enfermería de la residencia geriátrica en el Factor 1 (creencias sobre el dolor experimentado por los ancianos) ($p < 0,01$) y en el Factor 3 (creencias sobre el uso de la analgesia) ($p < 0,05$).

La Tabla 2 contiene las puntuaciones medias y desviaciones típicas de los cuatro factores en los diferentes centros de trabajo, así como el valor Z y el nivel de significación.

Tabla 2. Estadísticos Descriptivos y de Contraste de cada uno de los Factores y Nivel de Significación según el Centro de Trabajo^a

Factor	N A.P.	N Ger.	Media (DT) A.P.	Media (DT) Geriatría	Z	Signif. (p)
F1	19	16	17,53 (2,458)	13,88 (3,722)	-3,231	,001
F2	19	16	9,21 (1,782)	8,00 (2,805)	-1,159	,247
F3	19	16	10,47 (2,951)	8,13 (3,181)	-2,558	,011
F4	19	16	6,74 (2,806)	8,00 (2,066)	-1,621	,105

a. Variable de agrupación: Centro de trabajo.

En la Tabla 3 se exponen los resultados de la prueba no paramétrica U de Man-Whitney, empleando como variable de agrupación la formación específica en el manejo del dolor. En este caso, los profesionales que han recibido una formación complementaria puntúan significativamente más elevado que los profesionales que no se han formado en materia de dolor ($p < 0,05$).

La Tabla 3 contiene las puntuaciones medias y desviaciones típicas de los cuatro factores según el nivel de formación, así como el valor Z y el nivel de significación.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos y de Contraste de cada uno de los Factores y Nivel de Significación según la Formación Específica^b

Factor	Media (DT) Con formación (n = 12)	Media (DT) Sin formación (n = 23)	Z	Signif. (p)
F1	16,33 (3,055)	15,61 (3,846)	-,472	,637
F2	10,17 (1,899)	7,87 (2,201)	-2,820	,005
F3	9,42 (3,370)	9,39 (3,244)	-,070	,944
F4	6,67 (2,348)	7,65 (2,622)	-1,263	,207

b. Variable de agrupación: Formación específica sobre el manejo del dolor.

Las primeras preguntas del Factor 1 (P1-P4) valoran la percepción que tienen los encuestados respecto al dolor en los ancianos en relación a individuos jóvenes. Analizando las respuestas del total de la muestra, se puede observar que más de la mitad de los encuestados (P1 68,6%) creen que los ancianos no experimentan dolor con menos intensidad que las personas jóvenes y, piensan que los fármacos para el dolor no funcionan mejor en los jóvenes que en los ancianos (P2 60%).

Las cuestiones relativas al Factor 2 valoran las creencias del personal respecto al manejo del dolor en su lugar de trabajo. Analizando los resultados globales de la muestra se puede observar que gran parte de los encuestados han optado por no opinar, señalando la respuesta 3 (ni de acuerdo ni en desacuerdo) en la escala de Likert (de 1 a 5), siendo esta la opción mayoritaria en las tres cuestiones que forman el factor (P7 40%, P8 42,9%, P9 40%, mediana 3).

El Factor 3 del cuestionario pretende averiguar las creencias que tienen profesionales de enfermería sobre el uso de la analgesia. A la afirmación “Los medicamentos para el dolor se deben administrar sólo a pacientes que sufren dolor severo”, los profesionales de enfermería reconocieron estar totalmente en desacuerdo de forma mayoritaria (P7 71,4%, mediana 1).

El Factor 4 evalúa las creencias del personal de enfermería sobre el tratamiento del dolor en ancianos. Los resultados muestran que el 54,3% están totalmente en

Resultados

desacuerdo respecto a la afirmación “El dolor es parte del proceso de envejecimiento”.

En la Tabla 4 se muestran los porcentajes de respuesta del total de la muestra a las distintas preguntas en la escala de Likert de cinco puntos (1 = totalmente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = sin opinión, 4 = de acuerdo y 5 = totalmente de acuerdo).

Tabla 4. Porcentaje de Respuestas a cada una de las Preguntas del Total de la Muestra

Preguntas	1	2	3	4	5
P1	28,6	40,0	20,0	5,7	5,7
P2	14,3	45,7	20,0	17,1	2,9
P3	17,1	25,7	5,7	42,9	8,6
P4	2,9	8,6	17,1	45,7	25,7
P5	37,1	28,6	20,0	8,6	5,7
P6	34,3	34,3	17,1	8,6	5,7
P7	8,6	20,0	40,0	28,6	2,9
P8	2,9	31,4	42,9	22,9	0,0
P9	5,7	31,4	40,0	20,0	2,9
P10	71,4	20,0	2,9	2,9	2,9
P11	17,1	37,1	31,4	5,7	8,6
P12	28,6	40,0	22,9	2,9	5,7
P13	54,3	34,3	8,6	2,9	0,0
P14	54,3	31,4	11,4	0,0	2,9
P15	54,3	22,9	20,0	2,9	0,0
P16	14,3	20,0	11,4	40,0	14,3
P17	31,4	25,7	22,9	11,4	8,6

DISCUSIÓN

A lo largo del presente estudio se han analizado las creencias de las enfermeras, de geriatría y AP, en cuanto al manejo del dolor en los pacientes con demencia tipo Alzheimer; y los resultados obtenidos confirman parcialmente las hipótesis planteadas.

Los datos muestran que existen diferencias significativas entre las opiniones de las enfermeras del ámbito gerontológico y las enfermeras de AP, sobre el manejo del dolor en los pacientes con EA, a favor de la hipótesis planteada de que las enfermeras que trabajan en geriátricos poseen creencias más realistas en cuanto al dolor experimentado por los ancianos (F1) y el uso de la analgesia (F3) que las enfermeras que trabajan en AP. No obstante, no hay un conocimiento profundo sobre el manejo del dolor en este colectivo, ya que no se confirma que en el ámbito geriátrico se maneje mejor el dolor que en AP (F2), ni que existan actitudes más acertadas sobre el tratamiento del dolor en ancianos con demencia tipo Alzheimer entre los profesionales de enfermería del ámbito geriátrico frente a los trabajadores en AP (F4).

Las diferencias observadas entre ambos grupos a favor de las hipótesis anteriormente mencionadas pueden estar justificadas por el hecho de que las enfermeras gerontológicas están en continuo contacto con ancianos y, por ello, tienen un mayor grado de especialización, a diferencia de las enfermeras de AP que trabajan con todo tipo de población. Estos resultados se alinean con los descritos en las investigaciones de Sloman et al.²¹, que analiza el conocimiento de las enfermeras sobre el tratamiento del dolor en ancianos, y compara a los profesionales de diferentes áreas concluyendo un déficit importante de conocimientos sobre el dolor y su manejo en los ancianos. Si bien, las enfermeras de cuidados paliativos, más relacionadas con el paciente geriátrico, parecen más formadas en este campo, frente a las que trabajan en servicios generales²¹.

Debe resaltarse que los profesionales que han recibido formación complementaria sobre el abordaje del dolor, tienen una percepción más positiva del cuidado que proporcionan al paciente con este síntoma. En consecuencia, las enfermeras con

Discusión

formación complementaria consideran que en sus lugares de trabajo se evalúa y se trata mejor el dolor, en comparación con aquellos profesionales que no han recibido dicha formación. También hay que destacar que no se han apreciado diferencias significativas entre ambos colectivos en el resto de factores que analizan las creencias de los profesionales, no obstante la falta de diferencias significativas puede estar causada por el reducido tamaño de la muestra analizada en este trabajo (n = 50).

Los datos obtenidos revelan que un elevado porcentaje de los profesionales de enfermería consideran que los ancianos experimentan dolor con la misma intensidad que las personas jóvenes. Asimismo, piensan que los fármacos para el dolor no funcionan mejor en los jóvenes que en los ancianos, lo que coincide con los resultados recogidos en el trabajo de Zwakhalen et al.⁷⁹ Sin embargo, la existencia de creencias erróneas entorno a estas afirmaciones es muy habitual entre los profesionales. Hoy se sabe que el dolor superficial no experimenta cambios en función de la edad del individuo y que en enfermedades agudas el dolor profundo parece ser menos intenso en los jóvenes⁸⁰.

Dentro del grupo encuestado se observa que una parte mayoritaria cree que los fármacos analgésicos tienen más efectos secundarios (P4 71,4%) y un periodo de acción mayor en los ancianos que en la población joven (P3 51,5%). Esto está en consonancia con los estudios que revelan que durante el proceso de envejecimiento se producen una serie de cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos, existe una elevada frecuencia de polimedicación y pluripatología y se produce un deterioro de los mecanismos homeostáticos que confieren una menor capacidad de respuesta ante cualquier episodio adverso, existiendo un mayor riesgo de reacciones adversas a medicamentos (RAM)⁸¹. Los profesionales de enfermería deben tener presentes estas circunstancias, y no considerar como habitual el hecho de que los ancianos tengan RAM, sino que se debe tratar como un factor de riesgo con el que contar y saber manejar. Por tanto, se debe prestar una mayor atención al tratamiento farmacológico y, aplicarlo desde el conocimiento exhaustivo de los fármacos, las evidencias que existan en

su administración a la población anciana, así como las características del paciente valorando su situación clínica⁸¹.

En este estudio se pone de manifiesto que los profesionales perciben que los individuos con demencia tipo Alzheimer experimentan el dolor de igual manera que los pacientes sin dicha patología (P5 65,7%) y, que evaluar el dolor en estos pacientes no es una cuestión de intuición (P6 68,6%), lo que es un resultado positivo. Sin embargo, existe una elevada proporción que no opinan al respecto (P5 20% y P6 17,1%) o que no están de acuerdo, mostrando estos índices de respuesta la otra cara de la moneda. Los resultados científicos sobre la influencia de la demencia tipo Alzheimer en el dolor no son concluyentes, pues se observan una gran diversidad de conclusiones al respecto. Por este motivo, hasta que no exista un conocimiento exhaustivo sobre la enfermedad se debe considerar que los individuos con EA experimentan el dolor del mismo modo que los individuos sanos y, por ello, debe ser abordado de igual forma⁴⁶⁻⁵¹.

La valoración del dolor en el individuo cognitivamente intacto resulta complicada aun existiendo herramientas sensibles y psicométricamente testadas. Consecuentemente, será un ejercicio más complicado en el paciente con DTA, el cual ve mermada su capacidad de comunicación, requiriendo estas situaciones otros métodos de evaluación, como las escalas de valoración de carácter observacional. Incluso con estas herramientas, los profesionales expresan la complejidad presente en la identificación del dolor en personas con demencia tipo Alzheimer debido, entre otras cosas, a la insuficiente formación o entrenamiento para identificarlo⁶⁰. Este contexto puede justificar uno de los resultados obtenidos en este estudio que revela que más de la mitad de los encuestados consideran que no tienen suficientes conocimientos para la valoración correcta del dolor.

Los índices de respuesta global en cuanto a las creencias de las enfermeras sobre el uso de la analgesia en pacientes con DTA revelan resultados satisfactorios. Un notable porcentaje de las enfermeras están de acuerdo en que no se debe esperar a que el paciente con EA informe de que tiene dolor antes de recibir la siguiente dosis de analgesia, ni que estos pacientes tengan que recibir la menor cantidad de analgesia posible (totalmente en desacuerdo el 54,3% y en desacuerdo el 31,4%).

A su vez, la mayoría de los encuestados consideran incierta la creencia de que el paciente con EA debe informar primero que tiene dolor antes de recibir la siguiente dosis de analgesia (totalmente en desacuerdo el 54,3% y en desacuerdo el 31,4%). Al igual que en la investigación de Zwakhalen et al.⁷⁹, que compara los conocimientos sobre el manejo del dolor en enfermos de DTA de enfermeras especialistas frente a los de enfermeras del ámbito geriátrico, siendo las primeras las que poseen unas conclusiones similares a los resultados del presente estudio. Una vez más, se acentúa la relevancia de cómo el nivel formativo se ve reflejado en las creencias y conocimientos de los profesionales de enfermería.

Para que un paciente con demencia tipo Alzheimer reciba un tratamiento farmacológico adecuado, previamente se debe haber realizado una correcta evaluación. Por tanto, es fundamental el desarrollo de un conjunto de herramientas de evaluación que tengan buenas características psicométricas, que se puedan utilizar en diferentes tipos de pacientes con deterioro cognitivo, que estén disponibles en muchos idiomas y que sean fáciles de usar en diferentes entornos, rápidas y prácticas para las enfermeras y usuarios. De este modo, realizando una buena valoración se podrá instaurar un tratamiento, sin necesidad de pautar dosis a demanda, práctica errónea en estos casos⁵⁸, y sin riesgo de cometer errores en la administración de los fármacos, tanto por defecto como por exceso.

Una de las creencias más comunes entre las enfermeras y que con más frecuencia se ve reflejada en la literatura, es el temor a generar adicción en los pacientes por la administración de analgésicos opiodes^{10,20}. También existe miedo a los efectos adversos de los mórnicos, como se puede observar en el trabajo de Fernández-Galinski et al.⁸², donde el 46% de los encuestados coinciden con esta afirmación. Los resultados recogidos en este estudio muestran un porcentaje elevado de profesionales que no parece compartir esta creencia (totalmente en desacuerdo 31,4% y en desacuerdo 25,7%) pero también hay una proporción significativa que se abstiene de opinar (22,9%), por lo que sería precipitado afirmar que este mito no lo comparten las enfermeras encuestadas. Al contrario, en la investigación de

Zwakhalen et al.⁷⁹ las enfermeras de geriatría manifiestan preocupación por el riesgo de adicción ante la administración de analgésicos.

Finalmente, los resultados de este estudio advierten la posibilidad de que las enfermeras puedan tener unas creencias no muy realistas en el manejo del dolor en los pacientes con demencia tipo Alzheimer y ponen en evidencia la necesidad de seguir trabajando en la investigación sobre el tema. Si bien debe tenerse en cuenta las limitaciones que han marcado este estudio como son, el hecho de que se ha empleado un cuestionario no validado en nuestro país y se ha manejado un tamaño muestral reducido ($n = 50$), lo que evidentemente, limita la capacidad de extrapolación de los resultados a los profesionales de enfermería que ejercen en geriátricos y AP.

CONCLUSIÓN

Los resultados permiten concluir que se aprecian creencias realistas, en general, entre los profesionales de enfermería. No obstante, existe gran diversidad de respuestas y un elevado número de calificaciones “sin opinión”, lo que refleja una falta de conocimiento sobre el manejo del dolor en los pacientes con demencia tipo Alzheimer. Igualmente, se han encontrado diferencias significativas entre las enfermeras gerontológicas y las de AP, siendo más realistas las creencias de las primeras, justificado en parte, por la experiencia laboral, la cual influye en los conocimientos de los profesionales positivamente. Como se ha enunciado con anterioridad, se trata de un estudio piloto, que no pretende extrapolar los resultados obtenidos al total de la población, pero deja un camino abierto a poder realizar una investigación más a fondo.

De igual forma, es necesario que las enfermeras de todos ámbitos estén preparadas para abordar al paciente geriátrico, pues la tendencia demográfica apunta a que cada vez más, los usuarios de los servicios sanitarios serán mayores de 65 años. Este es motivo suficiente para que se incentiven los programas de formación adicional que confieran a los profesionales la concienciación y el conocimiento requerido. Al mismo tiempo, como se explica al final de la discusión, se ha trabajado con un cuestionario sin validar. Por este motivo, sería interesante la validación de un cuestionario psicométricamente sensible y que presente evidencia de fiabilidad y validez en nuestro medio, para así ahondar en las lagunas de los profesionales y poder crear planes formativos ajustados a sus necesidades. Como reflexión final, hemos de pensar que todos nuestros esfuerzos deben estar dirigidos a mejorar la calidad de la asistencia sanitaria que reciben los usuarios.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha sido posible gracias a todos los que han colaborado de alguna manera para que mi esfuerzo haya merecido la pena:

A todos los profesionales sanitarios que han decidido participar en el estudio voluntaria y desinteresadamente.

A mi tutor y a todos los docentes que me han ayudado a llegar hasta donde estoy.

Al programa SICUE (Sistema de Intercambio entre Centros Universitarios Españoles) que me ha permitido realizar parte de mi formación en la Escuela de Enfermería Gimbernat, sin duda una de las mejores experiencias de mi carrera.

A mi familia y amigos que me han apoyado en todo momento de forma incondicional, gracias.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS | Demencia [Internet]. WHO. [citado 10 de octubre de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
2. Duncan R, Francis RM, Collerton J, et al. Prevalence of arthritis and joint pain in the oldest old: findings from the Newcastle 85+ study. *Age Ageing*. 2011;40(6):752–5.
3. Matthews BR. Alzheimer disease update. *Contin Lifelong Learn Neurol*. 2010;16(2):15-30.
4. Mayeux R. Epidemiology of neurodegeneration. *Annu Rev Neurosci*. 2003;26(1):81-104.
5. Holzer S, Warner JP, Iliffe S. Diagnosis and management of the patient with suspected dementia in primary care. *Drugs Aging*. 2013;30(9):667-76.
6. Corbett A, Husebo B, Malcangio M, Staniland A, Cohen-Mansfield J, Aarsland D, et al. Assessment and treatment of pain in people with dementia. *Nat Rev Neurol*. 2012;8(5):264-74.
7. Cohen-Mansfield J, Thein K, Marx MS, Dakheel-Ali M. What are the barriers to performing nonpharmacological interventions for behavioral symptoms in the nursing home? *J Am Med Dir Assoc*. 2012;13(4):400–5.
8. Pieper MJ, van Dalen-Kok AH, Francke AL, et al. Interventions targeting pain or behaviour in dementia: A systematic review. *Ageing Res Rev*. 2013.
9. Ghandehari OO, Hadjistavropoulos T, Williams J, et al. A controlled investigation of continuing pain education for long-term care staff. *Pain Res Manag*. 2013;18(1):11–8.
10. Jones KR, Fink R, Pepper G, et al. Improving nursing home staff knowledge and attitudes about pain. *Gerontologist*. 2004;44:469-78.
11. Barry HE, Parsons C, Peter Passmore A, Hughes CM. An exploration of nursing home managers' knowledge of and attitudes towards the management of pain in residents with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2012;27(12):1258–66.
12. Tousignant-Laflamme Y, Tousignant M, Lussier D, Lebel P, Savoie M, Lalonde L, et al. Educational needs of health care providers working in long-

- term care facilities with regard to pain management. *Pain Res Manag J Can Pain Soc J Société Can Pour Trait Douleur*. octubre de 2012;17(5):341-6.
13. International Association for the Study of Pain | IASP Taxonomy [Internet]. [citado 18 de octubre de 2013]. Recuperado a partir de: http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions
 14. Sicras-Mainar A, de Cambra-Florensa S, Navarro-Artieda R. Consumo de analgésicos de formulación oral y adecuación de las formas galénicas en pacientes mayores: estudio de base poblacional. *Farm Hosp*. 2009;33(3):161-71.
 15. Gil Gregorio P, Moreno A, Rodríguez MJ, Zarco J. Manejo del dolor del anciano en Atención Primaria (Estudio ADA). *Rev Clínica Española*. 2007;207(4):166-71.
 16. Inmerso. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. [Internet]. [citado 18 de octubre de 2013]. Recuperado a partir de: http://www.espaciomayores.es/imerso_01/espaciomayores/Estadisticas/informe_ppmm_2008/index.htm
 17. Lobo A, Launer LJ, Fratiglioni L, Andersen K, Di Carlo A, Breteler MM, et al. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. *Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. Neurology*. 2000;54(11 Suppl 5):S4-9.
 18. Lobo A, Saz P, Marcos G, Roy J, ZARADEMP G. El estado del proyecto EURODEM: epidemiología de las demencias en Europa. *Alzheimer*. 2003;13-20.
 19. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*. 2005;366(9503):2112-7.
 20. Broekmans S, Vanderschueren S, Morlion B, Kumar A, Evers G. Nurses' attitudes toward pain treatment with opioids: A survey in a Belgian university hospital. *Int J Nurs Stud*. 2004;41:183-9.
 21. Sloman R, Ahern M, Wright A, Brown L. Nurses' knowledge of pain in the elderly. *J Pain Symptom Manage*. 2001;21:317-22.

22. DSM IV. Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (American Psychiatric Association). Barcelona: Masson; 1995.
23. Lobo A, Dewey M, Copeland J, Dia J-L, Saz P. The prevalence of dementia among elderly people living in Zaragoza and Liverpool. *Psychol Med.* 1992;22(1):239-43.
24. López PS, Llinás RJ, Vilalta FJ, Lozano F de PL. The prevalence of dementia in Girona. *Neurol Barc Spain.* 1995;10(5):189.
25. Gascón J, René R, Ramón JM, Hernández M, Sánchez C, Morchón S, et al. Prevalencia de la demencia y sus subtipos en la población de más de 70 años en El Prat de Llobregat (Barcelona). *Neurología.* 2004;19(9):484.
26. Petersen RC, Stevens JC, Ganguli M, Tangalos EG, Cummings JL, DeKosky ST. Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence-based review) Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology.* 2001;56(9):1133-42.
27. Dubois B, Feldman HH, Jacova C, Dekosky ST, Barberger-Gateau P, Cummings J, et al. Research criteria for the diagnosis of Alzheimer`s disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria. *Lancet Neurology.* 2007;6:734-46.
28. Aalten P, Verhey FRJ, Boziki M, Bullock R, Byrne EJ, Camus V, et al. Neuropsychiatric syndromes in dementia. Results from the European Alzheimer Disease Consortium: Part I. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2007;24(6):457-63.
29. Baquero M, Blasco R, Campos-García A, Garcés M, Fages EM, Andreu-Català M. Estudio descriptivo de los trastornos conductuales en el deterioro cognitivo leve. *Rev Neurol.* 2004;38:323-6.
30. Lopez OL, González MP, Becker JT, Reynolds CF, Sudilovsky A, Dekosky ST. Symptoms of depression and psychosis in Alzheimer disease and fronto temporal dementia. *Neuropsychiat Neuropsychol Behav Neurol.* 1996;8:154-61.
31. Plassman BL, Langa KM, Fisher GG, Heeringa SG, Weir DR, Ofstedal M B, et al. Prevalence of cognitive impairment without dementia in the United States. *Ann Intern Med.* 2008;148:427-34.

Bibliografía

32. Rabins PV, Blacker D, Rovner BW, Rummans T, Schneider LS, Tariot PN, et al. American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias. *Am J Psychiatry*. 2007;164(12 Suppl):5-56.
33. Portet F, Ousset PJ, Visser PJ, Frisoni GB, Nobili F, Scheltens P, et al. Mild cognitive impairment (MCI) in medical practice: a critical review of the concept and new diagnostic procedure. Report of the MCI Working Group of the European Consortium on Alzheimer's Disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2006;77(6):714-8.
34. Toquero de la Torre F, Zarco Rodríguez J, Blanco Tarrío E. Guía de buena práctica clínica en dolor y su tratamiento. Madrid: International Marketing & Communications; 2004.
35. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. mayo de 2006;10(4):287.
36. Wolfson C, Wolfson DB, Asgharian M, M'Lan CE, Østbye T, Rockwood K, et al. A reevaluation of the duration of survival after the onset of dementia. *N Engl J Med*. 2001;344(15):1111-6.
37. Hadjistavropoulos T, LaChapelle D, MacLeod F, Hale C, O'Rourke N, Craig KD. Cognitive functioning and pain reactions in hospitalized elders. *Pain Res Manage* 1998;3:145-51.
38. Ferrell BA, Ferrell BR, Osterweil D. Pain in the nursing home. *J Am Geriatr Soc*. 1990;38:409-14.
39. Ferrell BA. Pain evaluation and management in the nursing home. *Annals of Internal Medicine*. 1995;123:681-7.
40. Brochet B, Michel P, Barberger-Gateau P, Dartigues J. Population-based study of pain in elderly people: a descriptive survey. *Age Ageing*. 1998;27:279-84.
41. Fox PL, Raina P, Jadad AR. Prevalence and treatment of pain in older adults in nursing homes and other long-term care institutions: a systematic review. *Can Med Assoc J*. 1999;160(3):329-33.

42. Kunz M, Mylius V, Scharmann S. Influence of dementia in on multiple components of pain. *Eur J Pain*. 2009;13:317-25.
43. Alaba J, Arriola E. Prevalencia de dolor en pacientes geriátricos institucionalizados. *Rev Soc Esp Dolor*. 2009;16(6):344-51.
44. Ferrell BA, Ferrell BR, Rivera L. Pain in cognitively impaired nursing home patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. 1995;10:591-8.
45. Moss MS, Braunschweig H, Rubinstein RL. Terminal care for nursing home residents with dementia. *Alzheimer's Care Quarterly*. 2002;3:233-46.
46. Gibson SJ, Voukelatos X, Ames D, Flicker L, Helme R. An examination of pain perception and cerebral event-related potentials following carbon dioxide laser stimulation in patients with Alzheimer's disease and age-matched control volunteers. *Pain Res Management*. 2001;6:126-32.
47. Porter FL, Malhotra KM, Wolf CM, Morris JC, Miller JP, Smith MC. Dementia and response to pain in the elderly. *Pain*. 1996;68(2):413-21.
48. Benedetti F, Arduino C, Vighetti S, Asteggiano G, Tarenzi L, Rainero I. Pain reactivity in Alzheimer patients with different degrees of cognitive impairment and brain electrical activity deterioration. *Pain*. 2004;111(1):22-9.
49. Rainero I, Vighetti S, Bergamasco B, Pinessi L, Benedetti F. Autonomic responses and pain perception in Alzheimer's disease. *Eur J Pain*. 2000;4(3):267-74.
50. Cole LJ, Farrell MJ, Duff EP, Barber JB, Egan GF, Gibson SJ. Pain sensitivity and fMRI pain-related brain activity in Alzheimer's disease. *Brain*. 2006;129(11):2957-65.
51. Kunz M, Mylius V, Scharmann S, Schepelman K, Lautenbacher S. Influence of dementia on multiple components of pain. *Eur J Pain*. 2009;13(3):317-25.
52. Sengstaken EA, King SA. The problems of pain and its detection among geriatric nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*. 1993;41:541-4.
53. Morrison RS, Siu AL. A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture. *J Pain Symptom Manage*. 2000;19(4):240-8.

54. Snow AL, O'Malley KJ, Cody M, Kunik ME, Ashton CM, Beck C, et al. A Conceptual Model of Pain Assessment for Noncommunicative Persons With Dementia. *The Gerontologist*. 2004;44(6):807-17.
55. McLachlan AJ, Bath S, Naganathan V, et al. Clinical pharmacology of analgesic medicines in older people: impact of frailty and cognitive impairment. *Br J Clin Pharmacol*. 2011;71(3):351-64.
56. Husebo BS, Ballard C, Sandvik R, Nilsen OB, Aarsland D. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomized clinical trial. *BMJ*. 2001;343:4065.
57. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Arch Intern Med*. 2003;164:2716-24.
58. Ruiz A, Iranzo JM. Evaluación del dolor en pacientes con demencia ingresados en un hospital de agudos. *Rev Soc Esp Dolor*. 2001;8:392-6.
59. Zyczkowska J, Szczerbinska K, Jantzi MR, Hirdes JP. Pain among the oldest old in community and institutional settings. *Pain* 2009;129:167-76.
60. McAuliffe L, O'Donnell M, Nay R. Successful pain assessment in older adults with dementia: barriers and strategies (review). Royal College of Nursing Australia Monograph. Australian Centre for Evidence Based Aged Care; 2008.
61. Weiner DK. Pain in nursing home residents: what does it really mean, and how can we help? *J Am Geriatr Soc*. 2004;52:1020-2.
62. Ferrell B, Casarett D, Epplin J, Fine P, Gloth FM, Herr K, et al. The management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50:S205-S24.
63. Wary B, Serbouti S, Doloplus collectif: Validation d'une échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée. *Douleurs* 2001, 2(1):35-8.
64. 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 Geriatr*. 2006;6(1):3.

65. Hurley AC, Volicer BJ, Hanrahan PA, Houde S, Volicer L. Assessment of discomfort in advanced Alzheimer patients. *Res Nur Health*. 1992;15(5):369-77.
66. Morello R, Jean A, Alix M, Groupe Regates: L'ÉCPA: une échelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes. *InfoKara* 1998, 51(3):22-9.
67. Quintrec Le JL, Maga M, Baulon A: L'échelle comportementale simplifiée (E.C.S.). *La Revue de Gériatrie* 1995, 20(6):363-8.
68. Feldt K. The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI). *Pain Manage Nurs*. 2000;1:13-21.
69. Fuchs-Lacelle S, Hadjistavropoulos T. Development and preliminary validation of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC). *Pain Manag Nurs*. 2004;5:37-49.
70. Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc*. 2003;4(1):9-15.
71. Villanueva MR, Smith TL, Erickson JS, Lee AC, Singer CM. Pain assessment for the dementing elderly (PADE): reliability and validity of a new measure. *J Am Med Dir Assoc*. 2003;4:1-8.
72. Sign B, Orrell M: The development, validity and reliability of a new scale for rating pain in dementia (RaPID). Unpublished manuscript; 2003.
73. Abbey J, Piller N, Bellis de A, Esterman A, Parker D, Giles L, et al. The Abbey pain scale: a 1-minute numerical indicator for people with end stage dementia. *Int J Palliat Nur*. 2004;10:6-14.
74. Snow AL, Weber JB, O'Malley KJ, Cody M, Beck C, Bruera E, et al. NOPPAIN: A Nursing Assistant- Administered Pain Assessment Instrument for Use in Dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2004;17(3):240-6.
75. Weiner D, Peterson B, Keefe F. Chronic pain-associated behaviors in the nursing home: resident versus caregiver perceptions. *Pain*. 1999;80(3):577-88.
76. Al-Khawaldeh OA, Al-Hussami M, Darawad M. Knowledge and attitudes regarding pain management among Jordanian nursing students. *Nurse Educ Today*. abril de 2013;33(4):339-45.

Bibliografía

77. Voshall B, Dunn KS, Shelestak D. Knowledge and attitudes of pain management among nursing faculty. *Pain Manag Nurs*. 2013;14(4):226-35.
78. Instituto Nacional de Estadística [base de datos en Internet]. España: Gobierno de España [acceso 4 de diciembre de 2013]. Disponible en: <http://www.ine.es/>
79. Zwakhalen SM, Hamers JP, Peijnenburg RH, Berger MP. Nursing staff knowledge and beliefs about pain in elderly nursing home residents with dementia. *Pain Res Manag J Can Pain Soc*. 2007;12(3):177.
80. Ceña DP. Dolor en la demencia. *El Dolor Convivir Con El Dolor*. *Rev de Enf Gerontológica*. 2010.14:24-66.
81. Sepúlveda D, Becerra MG, Morrón N, Izquierdo G. Fármacos e iatrogenia en el anciano. *Jano*. 2002;62:54-7.
82. Fernández-Galinski DL, Gordo F, López-Galera S, Pulido C, Real J. Conocimientos y actitudes de pacientes y personal sanitario frente al dolor postoperatorio. *Rev Soc Esp Dolor*. 2007;14:3-8.



ANEXO 1. CUESTIONARIO PARA EVALUAR LOS CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE EL DOLOR EN PACIENTES CON ALZHEIMER

El siguiente cuestionario tiene el objetivo de obtener resultados acerca de los conocimientos y creencias que presentan las enfermeras del Centro de Salud Perchera, Centro de Salud El Llano y la Residencia Mixta del ERA, ubicados en la ciudad de Gijón. Con el fin exclusivo de realizar el Trabajo Fin de Grado del cuarto y último año del Grado de Enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería de Cabueñes (Gijón). De este modo, se pide al profesional de enfermería que responda a las afirmaciones únicamente con los conocimientos que ya presenta, y no lo haga consultando e intentando descifrar la respuesta con otros soportes.

Los datos obtenidos únicamente se utilizarán a nivel docente teniendo el cuestionario carácter anónimo y confidencialidad, pretendiendo evaluar no a la persona, sino al colectivo.

El cuestionario que a continuación se presenta, dispone de dos partes: en la primera se enuncian preguntas acerca de su experiencia laboral, y la segunda está formada por una serie de afirmaciones sobre los conocimientos y creencias en cuanto al manejo del dolor en pacientes con enfermedad de Alzheimer, que el profesional responderá en función de su grado de acuerdo o desacuerdo con las mismas.

• **DATOS PROFESIONALES**

1) Experiencia profesional (años transcurridos desde la finalización de los estudios):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de 2 años. | <input type="checkbox"/> Entre 2 y 5 años. |
| <input type="checkbox"/> Entre 5 y 10 años. | <input type="checkbox"/> Entre 10 y 15 años. |
| <input type="checkbox"/> Entre 15 y 20 años. | <input type="checkbox"/> Más de 20 años. |

2) Indique el sexo y la edad que tiene.

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Femenino. | <input type="checkbox"/> Masculino. |
|------------------------------------|-------------------------------------|

Edad: _____

3) ¿En qué centro sanitario trabaja?

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Centro de Salud Perchera. |
| <input type="checkbox"/> Centro de Salud El Llano. |
| <input type="checkbox"/> Residencia Mixta del ERA de Gijón. |

4) ¿Ha recibido formación específica sobre manejo del dolor?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|

5) Si la respuesta anterior es afirmativa, indique que tipo de formación:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Adquirida en la Diplomatura de Enfermería. |
| <input type="checkbox"/> Cursos de post-grado o de formación continuada sobre manejo del dolor o tratamiento del dolor en pacientes con Alzheimer. |
| <input type="checkbox"/> Asistencia a Jornadas o Congresos sobre manejo del dolor. |
| <input type="checkbox"/> Otras (indique cuál): _____ |

6) ¿Considera que tiene los conocimientos adecuados para el manejo del dolor?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|

7) ¿Considera que tiene conocimientos suficientes para la valoración correcta del dolor?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|

• CUESTIONARIO DE VALORACIÓN

A continuación, se enuncian una serie de afirmaciones acerca de los conocimientos y creencias sobre el manejo del dolor en los pacientes con enfermedad de Alzheimer. Por favor, indique en qué grado está de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación, marcando la casilla correspondiente con una “X”.

1. Totalmente en desacuerdo.
2. En desacuerdo.
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo.
5. Totalmente de acuerdo.

		1	2	3	4	5
1	Las personas mayores experimentan dolor con menos intensidad que las personas más jóvenes.					
2	Los medicamentos para el dolor, funcionan mejor en las personas jóvenes que en los ancianos.					
3	Los medicamentos para el dolor tienen un periodo de acción más prolongado en los ancianos que en las personas jóvenes.					
4	Los medicamentos para el dolor tienen más efectos secundarios en las personas de edad avanzada que en los jóvenes.					
5	Los pacientes con enfermedad de Alzheimer experimentan menos dolor que los pacientes sin dicha patología.					
6	La evaluación del dolor en un paciente con enfermedad de Alzheimer es una cuestión de adivinar.					
7	Donde trabajo, el dolor se evalúa correctamente.					
8	Donde trabajo, el dolor se trata correctamente.					
9	Donde trabajo, se presta mucha atención al dolor en los pacientes con enfermedad de Alzheimer.					
10	Los medicamentos para el dolor se deben administrar sólo a pacientes que sufren dolor severo.					

11	A menudo, se prescriben a los pacientes demasiados fármacos para el dolor.					
12	Es mejor administrar los medicamentos para el dolor "cuando sea necesario", más que de acuerdo a un horario fijo.					
13	La administración de los fármacos para paliar el dolor se debe posponer el mayor tiempo posible, porque los pacientes con enfermedad de Alzheimer deben recibir la menor cantidad de medicación para el dolor como sea posible.					
14	Un paciente con enfermedad de Alzheimer, debe primero informar que tiene dolor antes de recibir la siguiente dosis de analgesia.					
15	El dolor es parte del proceso de envejecimiento.					
16	Las personas mayores son más propensas a padecer dolor que los más jóvenes.					
17	Los fármacos para el dolor, si se administran en grandes cantidades, fácilmente conducen a la adicción entre la población anciana.					

ANEXO 2. Escala Doloplus 2

ESCALA DOLOPLUS					
VALORACIÓN DEL DOLOR MEDIANTE EL COMPORTAMIENTO EN LAS PERSONAS MAYORES					
APELLIDO :		Nombre :		FECHAS	
Servicio :					
Observación del comportamiento					
REACCIONES SOMATICAS					
1• Quejas somáticas	• ninguna queja	0	0	0	0
	• quejas únicamente ante el estímulo	1	1	1	1
	• quejas espontáneas ocasionales	2	2	2	2
	• quejas espontáneas continuas	3	3	3	3
2• Posiciones antálgicas en reposo	• ninguna posición antálgica	0	0	0	0
	• el sujeto evita ciertas posiciones ocasionalmente	1	1	1	1
	• posición antálgica permanente y eficaz	2	2	2	2
	• posición antálgica permanente ineficaz	3	3	3	3
3• Protección de las zonas dolorosas	• ninguna protección	0	0	0	0
	• protección ante el estímulo que no impide continuar el examen o los cuidados	1	1	1	1
	• protección ante el estímulo que impide todo examen o cuidados	2	2	2	2
	• protección en reposo, en ausencia de todo estímulo	3	3	3	3
4• Mímica	• mímica habitual	0	0	0	0
	• mímica que parece expresar dolor ante el estímulo	1	1	1	1
	• mímica que parece expresar dolor en ausencia de todo estímulo	2	2	2	2
	• mímica inexpresiva de forma permanente y habitual (atonía, expresión fija, mirada vacía)	3	3	3	3
5• Sueño	• sueño habitual	0	0	0	0
	• dificultades para conciliar el sueño	1	1	1	1
	• despertar frecuente (agitación motora)	2	2	2	2
	• insomnio con repercusión en las fases de vigilia	3	3	3	3
REACCIONES PSICOMOTORAS					
6• Aseo y/o vestido	• posibilidades habituales sin cambio	0	0	0	0
	• posibilidades habituales poco disminuidas (con precaución, pero completo)	1	1	1	1
	• posibilidades habituales muy disminuidas, aseo y/o vestido difíciles y parciales	2	2	2	2
	• aseo y/o vestido imposibles, el enfermo expresa su oposición a cualquier intento	3	3	3	3
7• Movimientos	• posibilidades habituales sin cambio	0	0	0	0
	• posibilidades habituales activas limitadas (el enfermo evita ciertos movimientos, disminuye su perímetro de marcha)	1	1	1	1
	• posibilidades habituales activas y pasivas limitadas (Incluso con ayuda, el enfermo reduce sus movimientos)	2	2	2	2
	• movimiento imposible, toda movilización encuentra oposición	3	3	3	3
REACCIONES PSICOSOCIALES					
8• Comunicación	• sin cambio	0	0	0	0
	• intensificada (la persona atrae la atención de manera inhabitual)	1	1	1	1
	• disminuida (la persona se aísla)	2	2	2	2
	• ausencia o rechazo de toda comunicación	3	3	3	3
9• Vida social	• participación habitual en las distintas actividades (comidas, animaciones, talleres terapéuticos...)	0	0	0	0
	• participación en las distintas actividades sólo bajo estímulo	1	1	1	1
	• rechazo parcial de participación en las distintas actividades	2	2	2	2
	• ausencia de toda vida social	3	3	3	3
10• Trastornos del comportamiento	• comportamiento habitual	0	0	0	0
	• trastornos del comportamiento bajo estímulo e iterativos	1	1	1	1
	• trastornos del comportamiento bajo estímulo y permanentes	2	2	2	2
	• trastornos del comportamiento permanentes (fuera de todo estímulo)	3	3	3	3
PUNTUACION					

COPYRIGHT

ANEXO 3. Discomfort Scale for dementia of the Alzheimer’s type (DS-DAT)

Discomfort Scale for Dementia of the Alzheimer's Type (DS-DAT)

Behavioral Indicators	Frequency (# of episodes in 5 min)	**Intensity low/high	Duration short <1 min, long >1 min.
Noisy Breathing: negative sounding noise on inspiration or expiration, breathing looks strenuous, labored, or wearing; respirations sound loud, harsh, or gasping; difficulty breathing or trying hard at attempting to achieve a good gas exchange; episodic bursts of rapid breaths or hyperventilation.			
Negative Vocalization: noise or speech with a negative or disapproving quality; hushed low sounds such as constant muttering with a guttural tone; monotone, subdued, or varying pitched sound with a definite unpleasant sound; faster rate than a conversation or drawn out as in a moan or groan; repeating the same words with a mournful tone; expressing hurt or pain.			
Lack of Content Facial Expression: pleasant calm looking face; tranquil, at ease or serene; relaxed facial expression with a slack unclenched jaw; overall look is one of peace.			
Sad Facial Expression: troubled looking face, looking hurt, worried, lost or lonesome; distressed appearance; sunken, "hound dog" look with lackluster eyes; tears; crying.			
Frightened Facial Expression: scared, concerned looking face; looking bothered fearful or troubled; alarmed appearance with open eyes and pleading face.			
Frown: face looks strained; stern or scowling look, displeased expression with wrinkled brow and creases in the forehead; corners of the mouth turned down.			
Lack of Relaxed Body Language: easy openhanded position; looking of being in a restful position and may be cuddled up or stretched out; muscles look normal firmness and joints are without stress; look of idle, lazy or "laid back" appearance of "just killing the day"; casual.			
Tense Body Language: extremities show tension; wringing hands, clenched fist, or knees pulled tightly; look of being in strained or inflexible position.			
Fidgeting: restless impatient movements; acts squirmy or jittery; appearance of trying to get away from hurt area; forceful touching, tugging, or rubbing of body parts.			
Score			

ANEXO 4. L'échelle comportementale de la douleur chez la personne âgée (ECPA)

Échelle ECPA

I - OBSERVATION AVANT LES SOINS

1/ EXPRESSION DU VISAGE : REGARD ET MIMIQUE

Visage détendu	0
Visage soucieux	1
Le sujet grimace de temps en temps	2
Regard effrayé et/ou visage crispé	3
Expression complètement figée	4

2/ POSITION SPONTANÉE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique)

Aucune position antalgique	0
Le sujet évite une position	1
Le sujet choisit une position antalgique	2
Le sujet recherche sans succès une position antalgique	3
Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	4

3/ MOUVEMENTS (OU MOBILITÉ) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit)

Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*	0
Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements	1
Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude*	2
Immobilité contrairement à son habitude*	3
Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude*	4

* se référer au(x) jour(s) précédent(s) ** ou prostration

N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle

4/ RELATION À AUTRUI

Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression...	
Même type de contact que d'habitude*	0
Contact plus difficile à établir que d'habitude*	1
Évite la relation contrairement à l'habitude*	2
Absence de tout contact contrairement à l'habitude*	3
Indifférence totale contrairement à l'habitude*	4

* se référer au(x) jour(s) précédent(s)

II - OBSERVATION PENDANT LES SOINS

5/ Anticipation ANXIEUSE aux soins

Le sujet ne montre pas d'anxiété	0
Angoisse du regard, impression de peur	1
Sujet agité	2
Sujet agressif	3
Cris, soupirs, gémissements	4

6/ Réactions pendant la MOBILISATION

Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière	0
Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins	1
Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins	2
Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins	3
Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	4

7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES

Aucune réaction pendant les soins	0
Réaction pendant les soins, sans plus	1
Réaction au TOUCHER des zones douloureuses	2
Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses	3
L'approche des zones est impossible	4

8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin

Le sujet ne se plaint pas	0
Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui	1
Le sujet se plaint dès la présence du soignant	2
Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée	3
Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée	4

ANEXO 5. Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI)

Checklist of Non-Verbal Pain Indicators (CNPI)		
Indicators:	With Movement	At Rest
Vocal Complaints (non-verbal expression of pain demonstrated by moans, groans, grunts, cries, gasps, sighs)		
Facial Grimaces and Winces (furrowed brow, narrowed eyes, tightened lips, dropped jaw, clenched teeth, distorted expression)		
Bracing (clutching or holding onto bed/chair, caregiver, or affected area during movement)		
Restlessness (constant or intermittent shifting of position, rocking, intermittent hand motions, inability to keep still)		
Rubbing (massaging affected area)		
Vocal Complaints (verbal expression of pain using words, e.g., "ouch" or "that hurts," cursing during movement or exclamation of protest, e.g., "stop" or "that's enough")		
Total Score		

ANEXO 6. Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC)

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

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

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

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

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

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

ANEXO 7. Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD)

	0	1	2	Score
Breathing Independent of vocalization	Normal	Occasional labored breathing. Short period of hyperventilation	Noisy labored breathing. Long period of hyperventilation. Cheyne-stokes respirations	
Negative Vocalization	None	Occasional moan or groan. Low level speech with a negative or disapproving quality	Repeated troubled calling out. Loud moaning or groaning. Crying	
Facial expression	Smiling, or inexpressive	Sad. Frightened. Frown	Facial grimacing	
Body Language	Relaxed	Tense. Distressed pacing. Fidgeting	Rigid. Fists clenched, Knees pulled up. Pulling or pushing away. Striking out	
Consolability	No need to console	Distracted or reassured by voice or touch	Unable to console, distract or reassure	
				TOTAL

This material prepared by the Geriatric Research Education Clinical Center, is provided by the Iowa Foundation for Medical Care, the Medicare Quality Improvement Organization for Iowa, was prepared by MetaStar, under contract with the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), an agency of the U.S. Department of Health and Human Services. The contents presented do not necessarily reflect CMS policy. 8SoW-IA-NH-4/06-034

ANEXO 8. Abbey Pain Scale

Abbey Pain Scale

For measurement of pain in people with dementia who cannot verbalize

How to use scale: While observing the resident, score questions 1 to 6

Name of resident:

Name and designation of person completing the scale:

Date:Time:

Latest pain relief given was.....ath.

Q1.	Vocalization eg, whimpering, groaning, crying <i>Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3</i>	Q1	<input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/>
Q2.	Facial expression eg, looking tense, frowning grimacing, looking frightened <i>Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3</i>	Q2	<input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/>
Q3.	Change in body language eg, fidgeting, rocking, guarding part of body, withdrawn <i>Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3</i>	Q3	<input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/>
Q4.	Behavioural Change eg, increased confusion, refusing to eat, alteration in usual patterns <i>Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3</i>	Q4	<input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/>
Q5.	Physiological change eg, temperature, pulse or blood pressure outside normal limits, perspiring, flushing or pallor <i>Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3</i>	Q5	<input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/>
Q6.	Physical changes eg, skin tears, pressure areas, arthritis, contractures, previous injuries <i>Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3</i>	Q6	<input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/>

Add scores for 1-6 and record here ➔ Total Pain Score

Now tick the box that matches the Total Pain Score ➔

0-2 No pain	3-7 Mild	8-13 Moderate	14+ Severe
----------------	-------------	------------------	---------------

Finally, tick the box which matches the type of pain ➔

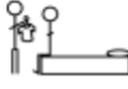
Chronic	Acute	Acute on chronic
---------	-------	------------------

Abbey, J; De Bellis, A; Piller, N; Esterman, A; Giles, L; Parker, D and Lowcay, B.
 Funded by the JH & JD Gunn Medical Research Foundation 1998 – 2002
 (This document may be reproduced with this acknowledgment retained)

ANEXO 9. Noncommunicative Patient's Pain Assessment Instrument (NOPPAIN)

<p>NOPPAIN (Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument) Activity Chart Check List</p>	<p>Name of Evaluator _____ Name of Resident: _____ Date: _____ Time: _____</p>
---	--

DIRECTIONS: Nursing assistant should complete at least 5 minutes of daily care activities for the resident while observing for pain behaviors. This form should be completed immediately following care activities

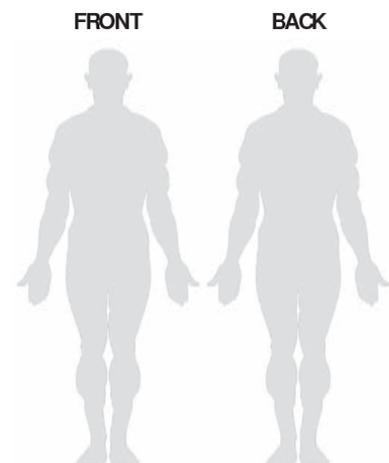
		Did you do this? <small>Check Yes or No</small>	Did you see pain when you did this? <small>Check Yes or No</small>		Did you do this? <small>Check Yes or No</small>	Did you see pain when you did this? <small>Check Yes or No</small>
(a) Put resident in bed OR saw resident lying down		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	(f) Fed resident		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
(b) Turned resident in bed		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	(g) Helped resident stand OR saw resident stand		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
(c) Transferred resident (bed to chair, chair to bed, standing or wheelchair to toilet)		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	(h) Helped resident walk OR saw resident walk		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
(d) Sat resident up (bed or chair) OR saw resident sitting		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	(i) Bathed resident OR gave resident sponge bath		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
(e) Dressed resident		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	REMEMBER: Make sure to ASK THE PATIENT if he/she is in pain!		

Pain Response/Responsibility (What did you see and hear?)

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

Locate Problem Areas

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



Show AL, O'Malley K, Kunik M, Cody M, Bruera E, Beck C, Ashton C. Developed with support from the U.S. Veterans Affairs Health Services Research & Development Service and the National Institute of Mental Health. For more information, contact Dr. Show at asnow@bcm.tmc.edu. (This document may be reproduced)