

La valoración del dolor en pacientes con déficit cognitivo grave que impide la comunicación

R. BAEZA¹, R. TORRUBIA² Y J.E. BAÑOS¹

RESUMEN

El dolor es una experiencia subjetiva que sólo puede evaluarse mediante la declaración subjetiva de quien lo sufre, utilizando instrumentos válidos, fiables y sensibles. En la población de edad avanzada el dolor crónico presenta un alta prevalencia, aunque se infravalora con frecuencia. Valorar el dolor en este grupo de edad presenta sus limitaciones, especialmente en aquellas personas ancianas que presentan déficit cognitivo y dificultades de comunicación. En esta última década se han creado nueve escalas de valoración del dolor para este último grupo de personas. Ocho presentan deficiencias metodológicas. Actualmente, la escala EDAD (Evaluación del Dolor en Ancianos con Demencia) ha demostrado ser válida, fiable y sensible. En el presente artículo se presentan las características generales de tales escalas con una reflexión crítica sobre su empleo en los pacientes con déficit cognitivo grave.

Palabras clave: Dolor. Valoración. Instrumentos. Déficit cognitivo.

ABSTRACT

Pain is a subjective experience that can be only evaluated by the own communication of patients who suffer it by means of valid, reliable and sensitive tools. In elderly people chronic pain is highly prevalent but frequently unattended. The evaluation of pain in this age group has several limitations, as many patients are affected of cognitive impairment that greatly limits their oral communication. In the last decade, new pain scales to evaluate pain in this group have been built. Most of them are not psychometrically acceptable because they did not accomplish the required requisites to be considered valid and reliable in clinical setting. Currently, the EDAD scale (*Evaluación del Dolor en Ancianos con Demencia*) has reported to be adequate from psychometric point of view. In this paper we report the general characteristics of these scales and a critical review of their use in cognitively impaired patients is included. (DOLOR 2007;22:85-92)

Corresponding author: Josep-Eladi Baños, josepeladi.banos@upf.edu

Key words: Pain. Assessment. Tools. Cognitive impairment.

¹Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud
Universitat Pompeu Fabra
Barcelona

²Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal
Universitat Autònoma de Barcelona
Bellaterra, Barcelona

Dirección para correspondencia:

Josep-Eladi Baños
Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud
Universitat Pompeu Fabra
Dr. Aiguader, 80
08003 Barcelona
E-mail: josepeladi.banos@upf.edu

CONSIDERACIONES GENERALES

El dolor constituye una experiencia universal que, en uno u otro momento de la vida, afecta a toda la población. Debe distinguirse entre el dolor agudo, esencial para la conservación del organismo, y el crónico, sin ninguna utilidad protectora y motivo de sufrimiento e incapacidad. Este último tiene una elevada frecuencia en las poblaciones de edad avanzada, y se calcula que entre el 49-83% de las personas ancianas que viven en residencias asistidas o en centros sociosanitarios lo sufren de forma continua¹. La situación se complica cuando se considera que cerca del 50% de las personas que residen en tales centros pueden presentar alteraciones más o menos graves de su capacidad cognitiva. Este hecho dificulta, y puede imposibilitar, la comunicación con los profesionales sanitarios y ocultar un grave problema, con especial relevancia en el caso del dolor crónico. Otro estudio epidemiológico sobre el dolor oncológico en pacientes geriátricos pone en evidencia que este grupo de población recibe menos analgesia que los pacientes de menor edad, y esta falta de analgesia se agrava más si las personas ancianas presentan déficit cognitivo grave (DCG)².

La definición de dolor más aceptada es la propuesta por la IASP, que lo define como «experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o no a una lesión orgánica o expresada como si esta lesión estuviera presente»³. Por su propia entidad, el dolor es una experiencia subjetiva que sólo puede evaluarse correctamente mediante la declaración de quien lo sufre, utilizando instrumentos como las escalas visuales analógicas (EVA), las escalas de puntuación verbal o las numéricas⁴. Por ello, la incapacidad de los pacientes con DCG para comunicarse adecuadamente dificulta su correcta evaluación. Es más, la definición de dolor propuesta por la IASP, aunque ampliamente aceptada, ha sido criticada por el hecho de que ignoraría la existencia de dolor en las personas carentes de comunicación verbal adecuada, como niños pequeños (neonatos, lactantes) y adultos con demencias, que son incapaces de comunicarse adecuadamente con sus cuidadores⁵.

Además de la base orgánica del dolor en el anciano, se describen factores psicosociales que afectan y modifican su comportamiento ante el dolor. Entre ellos se encuentran la pérdida de seres queridos, los escasos recursos económicos, los trastornos de la personalidad, el menor apoyo social y familiar, las diferentes expectativas respecto a su necesidad de ser asistido, y el hecho de ser menos consultado

sobre decisiones terapéuticas. Todo esto se complica aún más cuando debatimos sobre personas ancianas que presentan déficit cognitivo, como la enfermedad de Alzheimer. M. Fisher-Morris y A. Gellatly⁶ han realizado diversos estudios con pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA), y concluyen que puede haber un subgrupo de estos pacientes que pueden dejar de percibir el dolor fisiológico de alarma, con el riesgo de sufrir enfermedades intercurrentes con complicaciones graves al no haber sido tratadas al principio de su enfermedad.

Se calcula que el 80% de las personas ancianas presenta alguna enfermedad crónica o neurodegenerativa que cursa con dolor. Los estudios realizados por la Escuela de Enfermería de la Universidad de Nottingham concluyeron que el 69% de las instituciones residenciales estudiadas (n = 121), y que atienden a personas mayores, no poseen un protocolo escrito de atención al dolor, y que el 75% no usan una herramienta normalizada para la evaluación de éste. Igualmente, se evidencia la falta de formación específica de los profesionales de estos centros sobre la gestión del dolor en personas mayores⁷.

La prevalencia del dolor aumenta con cada década de vida. El cáncer es una causa principal de dolor; sin embargo, otras condiciones que causan dolor son la artritis, las enfermedades reumáticas, la enfermedad de Paget, las neuropatías, la enfermedad vascular periférica y la enfermedad coronaria, que aparece usualmente en pacientes mayores de 50 años. Los profesionales que atienden a personas ancianas tienden a sobrestimar el dolor leve y subestimar el dolor grave⁸. Asimismo, el dolor agudo tampoco es detectado ni tratado adecuadamente en las personas mayores⁹. Para mejorar la gestión del dolor de los ancianos se sugiere desarrollar estudios específicos en las áreas de evaluación y tratamiento así como la documentación y formación de los profesionales que los atienden.

EVALUACIÓN DEL DOLOR EN LOS PACIENTES CON DCG

Uno de los objetivos principales de la geriatría es la conservación y promoción de la capacidad para desempeñar tareas cotidianas (actividad) y para participar en la vida social (participación). El dolor en el paciente geriátrico puede influir en la pérdida de la capacidad para cuidar de sí mismo y de la participación en la vida social. Los déficits cognitivos están presentes en una parte importante de este grupo de población y contribuyen a disminuir la validez de los instrumen-

tos de evaluación. Se aconseja que la evaluación del paciente geriátrico deba ser multidimensional, tomando en cuenta aspectos psicológicos y sociales de la persona, además del dolor y la condición física.

Existen instrumentos específicos para la valoración geriátrica general entre los que se deberían incluir herramientas de valoración cognitiva y del dolor. Los instrumentos de valoración estandarizados son adecuados para llevar a cabo una evaluación del dolor que presenta la persona anciana, especialmente en el final de su vida¹⁰. Sin embargo, cuando la persona presenta DCG estos instrumentos no son válidos¹¹. La evaluación del dolor en ancianos requiere que el profesional valore la frecuencia e intensidad de dolor de forma regular, derivando a una intervención farmacológica y no farmacológica diseñada por un grupo interdisciplinar de profesionales¹².

La valoración de dolor en ancianos que presentan deterioro cognitivo y residentes en centros sociosanitarios se ha estudiado poco. El grupo de B. Ferrell realizó un estudio con 217 ancianos que residían en estos centros y encontró que el 62% sufren procesos que les generan dolor¹³. Este porcentaje podría extrapolarse probablemente a la población de ancianos que presentan DCG.

A.L. Horgas y P. Tsai¹⁴ han descrito que los pacientes ancianos con alteraciones cognitivas reciben menos analgésicos que los que pueden comunicar su dolor. Podría pensarse que estos pacientes reciben menos analgésicos al sentir menos dolor, pero L.R. Marzinski¹⁵ ha señalado que es muy probable que la falta de capacidad verbal para manifestar su dolor pueda comportar un tratamiento insuficiente. Existen varios estudios a favor de esta hipótesis. R.S. Morrison y A.L. Siu¹⁶ han mostrado que los pacientes con EA que han sufrido una fractura de fémur reciben un tercio menos de analgésicos que los pacientes ancianos normales con la misma fractura y sin deterioro cognitivo. Asimismo, una encuesta realizada a profesionales que se dedican al cuidado de enfermos de EA descubre que ninguno de ellos identificaba el dolor en estos pacientes mediante técnicas no verbales, lo que demuestra la dificultad que tienen estos profesionales para detectarlo¹⁷, que es consecuencia de la falta de un instrumento que les facilite su valoración. Estos estudios reflejan la dificultad de valorar el dolor en estos pacientes, ya que la forma más fidedigna de hacerlo es recurrir a las explicaciones del propio sujeto.

Diversos autores¹⁸⁻²⁰ han observado que las conductas de los pacientes pueden ayudar a los profesionales sanitarios a obtener información sobre el dolor que padecen las personas que cuidan. Proponen ob-

servar conductas no verbales que pueden ser indicadores de dolor como lloros, gritos o quejidos, gestos faciales como muecas y posturas o movimientos de defensa. Estas conductas no siempre indican dolor en pacientes con deterioro cognitivo y pueden también informarnos de malestar que puede o no estar asociado a dolor. Del mismo modo, la ausencia de estos indicadores no verbales no significa necesariamente que el dolor no esté presente. A pesar de la dificultad que comporta, un estudio de W. Simons y R. Malabar²¹ ha demostrado que las escalas conductuales tienen la sensibilidad suficiente para detectar la respuesta al tratamiento analgésico en los pacientes ancianos sin posibilidad de comunicación verbal.

En las instituciones sociosanitarias el dolor en personas que presentan déficit cognitivo avanzado es menos detectado por los profesionales que los atienden. Se insta a la necesidad de elaborar instrumentos que ayuden a identificar el dolor en este grupo de población²². La utilización de escalas de valoración en personas mayores ingresadas en centros sociosanitarios ayuda a la detección del dolor, especialmente en las muy ancianas y/o con déficit cognitivo inicial²³. H. Krulewitch, et al.²⁴ encontraron una relación inversa entre la capacidad cognitiva de la persona anciana y la posibilidad de respuestas a las escalas de medida del dolor. Así, a mayor deterioro cognitivo, menor respuesta en las escalas autoadministrables. Los pacientes con demencia presentan, de forma más o menos grave, afasia y dificultades para comunicarse, recordar o definir palabras y conceptos²⁵. Esta situación dificulta, y a menudo impide, todo tipo de declaraciones que permitan detectar la presencia de dolor. Este hecho es especialmente importante si se considera que más del 80% de los mayores de 65 años sufren enfermedades articulares (artritis, artrosis) y, por lo tanto, se puede esperar que presenten dolor^{26,27}.

La fiabilidad de pruebas de autovaloración utilizadas en personas con déficit cognitivo inicial disminuye según va aumentando éste²⁸. La *Faces Pain Scale* parece presentar dificultades para personas con demencia²⁹, aunque en estudios anteriores la *Pain Intensity Scale* fue considerada de fácil utilización para valorar la presencia del dolor en personas que presentan demencias iniciales y que puede ser utilizada por cuidadores no profesionales o no entrenados²⁴. La EVA ha sido utilizada en personas con déficit cognitivo ligero sin presentar mayores dificultades que con la población que no tiene afectada su memoria³⁰. M.R. Villanueva, et al.³¹ han encontrado que el 17% de la población de un centro sociosanitario no puede responder a la valoración del dolor mediante instrumentos semejantes a la EVA.

En la Escuela de Enfermería de la Universidad de Minnesota se llevó a cabo un primer estudio del dolor mediante la prueba piloto de un instrumento que consistía en la observación de conductas dolorosas. La observación fue realizada en pacientes ancianos con y sin déficit cognitivo que presentaban fractura de cadera. No se encontraron diferencias en la expresión no verbal de ambos subgrupos³². También P.L. Manfredi, et al.³³ han señalado la utilidad de las expresiones faciales de los enfermos con DCG para evaluar la presencia de dolor.

Las dificultades para valorar el dolor en pacientes con demencia han sido revisadas por J.C. Huffman y M.E. Kunik³⁴, quienes señalaron tres hallazgos importantes:

- Las personas ancianas con demencia presentan una disminución de la expresión del dolor.
- La comunicación del dolor por parte de las personas con déficit cognitivo en fases iniciales tiende a ser tan válido como las personas ancianas sin déficit cognitivo.
- Para valorar a las personas con demencia sin capacidades de comunicación es necesario la creación de métodos específicos.

En un estudio preliminar, T. Hadjistavropoulos, et al.³⁵ demostraron que era posible valorar el dolor en personas ancianas con y sin déficit cognitivo mediante la observación del rostro de estas personas. J. Cohen-Mansfield y M. Creedon³⁶ indicaron que el personal de enfermería consideraba posible valorar el dolor de pacientes con DCG mediante la observación de diversas conductas. Instaron a la construcción de un instrumento que ayudase a valorar a ese 20-35% de la población de los centros sociosanitarios que no pueden informar sobre lo que les pasa.

Mejorar la calidad de vida de los ancianos con DCG es parte del trabajo de los profesionales asistenciales de los centros sociosanitarios, y por esta razón preocupan aspectos que puedan deteriorarla, como el dolor. Es evidente que el tratamiento correcto precisa su detección mediante el uso de los instrumentos adecuados que superen las limitaciones impuestas por el uso exclusivo del juicio clínico. Aunque se dispone de un amplio número de analgésicos que permiten aliviarlo, cuando la capacidad para expresar el dolor está alterada (pero no la percepción) el problema precisa una estrategia diferente, como ya se ha argumentado previamente. Además, la atención de personas con alteraciones del área de comunicación es difícil y altamente estresante por las dificultades de poder contrastar la información que percibe el cuidador con la que puede ofrecer el

paciente. La utilización de instrumentos que permiten evaluar los síntomas y medir respuestas a las intervenciones terapéuticas mejora la calidad de la asistencia que los profesionales sanitarios pueden ofrecer a los enfermos.

Durante el año 2001 en la Universitat Autònoma de Barcelona se realizó un estudio Delphi que recogía la opinión de 90 profesionales de 19 centros sociosanitarios de Cataluña con respecto al tema del dolor y tercera edad³⁷. Parte de las conclusiones de este estudio indicaron que:

- Respecto al dolor en las personas ancianas que presentan déficit cognitivo y dificultades de comunicación, los expertos presentan consenso, cerca de la unanimidad, respecto a la afirmación de que el dolor en estos pacientes puede estar insuficientemente tratado dado que no pueden manifestarlo oralmente.
- El dolor en estos pacientes no puede ser valorado con los mismos instrumentos que los empleados con pacientes que pueden comunicarnos su dolor. Los profesionales desconocen la existencia de escalas validadas que puedan ser utilizadas para tal fin y afirman que son una necesidad en su trabajo, aún no cubierta.
- El grupo de expertos informa que valoran el dolor en ancianos con déficit cognitivo mediante la observación de los cambios de conducta y comportamiento, especialmente durante las maniobras o cuidados que realizan de forma cotidiana. Otras formas propuestas son las aportaciones que pueden hacer los profesionales o cuidadores que los conocen bien, la respuesta al tratamiento farmacológico o la exploración física del paciente.
- Los profesionales que atienden durante más tiempo y de forma más directa (enfermeras/os y auxiliares de clínica) a personas que presentan déficit cognitivo conceden una puntuación ligeramente superior al hecho de que trabajar con estos pacientes, desconocer lo que les ocurre y no poder aliviarles, supone un motivo de estrés adicional.

A partir del año 1998 se han publicado los primeros instrumentos para evaluar el dolor en pacientes con DCG que presentan propiedades psicométricas^{31,38-47}, lo que demuestra la posibilidad de evaluar el dolor en tales situaciones clínicas.

Para los profesionales que trabajan en centros sociosanitarios españoles parece inaplazable estudiar y aclarar científicamente premisas básicas ante el dolor en la tercera edad, y especialmente ante las per-

sonas sin posibilidades de comunicación³⁷ por las razones siguientes:

- La falta de capacidad verbal para manifestar dolor en los ancianos con alteraciones cognitivas puede conducir a un tratamiento insuficiente.
- El tratamiento insuficiente del dolor puede comportar cambios en su conducta, llegando a confundirse con otras manifestaciones típicas de los procesos neurodegenerativos y así ser tratadas erróneamente.
- Faltan instrumentos de valoración del dolor en personas sin capacidades de comunicación, pues la forma de valoración actual por parte de los profesionales que los atienden depende más de la intuición, la maña o la inspiración que de conocimientos empíricamente observables.
- Los profesionales que atienden a estos pacientes han expresado mayoritariamente que el desconocimiento de lo que les ocurre a las personas con deficiencias cognitivas crea en ellos sentimientos de ansiedad y frustración, que se transforman en estrés, que se suma al que ya se padece al trabajar en este ámbito de la sanidad.

Así pues, es importante que los estudios del dolor en pacientes con déficit cognitivo y dificultades de comunicación vayan dirigidos a crear instrumentos que nos ayuden a valorar el dolor en estos pacientes. La creación de estos instrumentos permitirá evaluar los síntomas y la respuesta terapéutica, pudiendo ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes y de los propios profesionales. A la vez, es necesario utilizar instrumentos válidos, fiables y sensibles para valorar las intervenciones que se realizan con personas que presentan DCG.

LIMITACIONES DE LOS MÉTODOS DISPONIBLES PARA LA EVALUACIÓN DEL DOLOR

P. Stolee, et al.⁴⁶ han comprobado que una de las dificultades para valorar el dolor en pacientes con trastorno cognitivo es la selección y utilización de instrumentos destinados a tal fin. Para ello, revisaron los instrumentos que se habían utilizado para valorar el dolor en esta población mediante un estudio sobre sus capacidades psicométricas. Se analizaron los instrumentos encontrados en diferentes fuentes bibliográficas y clínicas desde 1966 hasta mayo de 2003. Se revisaron 39 instrumentos; nueve se excluyeron

por diversas razones, entre las que se encontraban ser instrumentos no validados en esta población, ser específicos para valorar el dolor en niños o sólo permitir la evaluación de las molestias. Del resto, 18 eran autoinformes y 12 eran administrados por profesionales. Un estudio psicométrico respecto a fiabilidad y validez de los instrumentos puso patente la debilidad o falta de criterios psicométricos robustos de estas pruebas. No se realizó un análisis de la sensibilidad de estos instrumentos. Los autores concluían sobre la necesidad de crear pruebas de valoración del dolor válidas y fiables para personas con déficit cognitivo y que ayuden al tratamiento del dolor de esta población.

En los últimos 6 años ha crecido el interés respecto al tema del dolor en personas con déficit cognitivo, dando origen a un aumento de nuevas publicaciones. La primeras dos escalas publicadas (DOLOPLUS y ECPA [*échelle comportementale d'évaluation de la douleur chez la personne âgée non communicative*]) que valoraban el dolor en personas dementes estaban elaboradas para evaluar el dolor en personas con déficit cognitivo ligero y/o moderado y, dado su uso complejo, se requería un adiestramiento previo por parte de los profesionales. Ninguno de los dos instrumentos está validado en castellano, muchos de los ítems propuestos son útiles para valorar molestias, pero no dolor, y no son específicos para la evaluación en las personas con DCG y dificultades de comunicación.

En estos últimos años se han publicado varias escalas para valorar el dolor en personas con DCG sin capacidad de comunicación. Las escalas se han encontrado en diferentes entornos científicos (publicaciones, internet) y en cuatro ocasiones las han facilitado los mismos autores. Todas pretenden evaluar el dolor mediante conductas observables. No requieren la información de los sujetos evaluados. La tabla 1 recoge una descripción de las capacidades psicométricas de cada una de ellas, mientras que la tabla 2 recoge las características de la escala EDAD (evaluación del dolor en ancianos con demencia) desarrollada por nuestro grupo.

CONCLUSIONES

Del análisis de las escalas mostradas en las tablas 1 y 2 se concluye:

- Existen nueve escalas de valoración de dolor que no requieren la participación verbal de los sujetos con demencia para valorar su dolor. Ocho de los

Tabla 1. Escalas de valoración de dolor en personas con déficit cognitivo y dificultad de comunicación

Nombre	DOLOPLUS	ECPA (<i>échelle comportementale d'évaluation de la douleur chez la personne âgée non communicative</i>)	Minimum Data Set (Version 2.0)	PAINAD (<i>Pain Assessment in Advanced Dementia Scale</i>)
Referencia	Warry B, et al. (1999) ⁴⁰	Morello R, et al. ⁴⁴	Fries B, et al. ⁴¹	Warden V, et al. ⁴⁵
Año	Final de la fase de validación: 1999	1998: publicación	2000: validación	2003: publicación
Objetivo	Valorar el dolor en personas ancianas que presentan trastornos en la comunicación verbal	Valoración del dolor en paciente ancianos sin capacidades de comunicación	Valoración del dolor en población anciana	Valoración del dolor en personas con demencia avanzada
Fiabilidad	Consistencia interna: coeficiente de Cronbach = 0,82 – Test-retest: diferencia de 4 h. Sin diferencias entre las dos mediciones intraobservador (test t 9,33 y 9,36). Ningún cambio significativo tanto en el total de la escala o en la puntuación por ítem – Test interjueces: ninguna diferencia significativa entre dos jueces	Coeficiente de Cronbach > 0,70. Fiabilidad interjueces 0,80	Fiabilidad de 0,73 o superior	Coeficiente de Cronbach < 0,70
Validez	La validez convergente entre la escala EVA y DOLOPLUS ha sido significativa (p < 0,001)	Validez convergente con la escala EVA. Coeficiente de correlación de Pearson significativa: r = 0,67 (p < 0,001); 16 pacientes	Con EVA (r = 0,70)	Comparada con EVA entre 0,85-0,75 (p < 0,001)
Sensibilidad	La media de la escala total varía de la forma siguiente: – Para J0: media 10,6. Ecart-type 5,3 – Para J1: media 7,5. Ecart-type 4,4 – Para J7: media 4,9. Ecart-type 4,2	Sensibilidad al cambio antes y después de prescripción analgésica ha sido buena (p < 0,001)	No se conocen estudios de sensibilidad	t = 9,6 (p < 0,001)
A quién evalúa	Pacientes mayores de 65 años, también pacientes de unidades de paliativos con trastorno en la comunicación	Pacientes ancianos que no se comunican	A pacientes que pueden responder a una EVA	Pacientes con demencia grave con capacidades de comunicación alteradas pero que pueden responder al MMSE 2,8-4,5 (0-16)
Comentario	Pacientes mayores de 65 años, también pacientes paliativos con trastorno en la comunicación	Presentan conductas que no son exclusivas de valorar dolor	Excluye a pacientes con trastornos cognitivos y dificultades de comunicación	Escala de 5 ítems. Muestra pequeña (n = 19)

instrumentos presentan deficiencias metodológicas⁴⁶, (muestras pequeñas, ausencia de estudios de sensibilidad, falta de estudios clínicos, falta de definiciones operacionales de las conductas a observar). Sólo dos de ellos ha sido desarrollado para valorar exclusivamente demencias avanzadas y no en fase paliativa. En siete instrumentos presenta

conjuntamente con ítems específicos que indican dolor, otros ítems que pueden ser consecuencia o no de una experiencia dolorosa.

- En muchas ocasiones la utilización de literatura anglosajona conlleva la traducción de términos que presentan gráficas parecidas pero que no tienen

Tabla 1. Escalas de valoración de dolor en personas con déficit cognitivo y dificultad de comunicación (cont.)

Nombre	PADE (<i>pain assessment for dementing elderly</i>)	<i>The Abbey Pain Scale</i> (a 1-minute numerical indicator for people with end-stage of dementia)	NOPPAIN (<i>non-communicative patient's assessment instrument</i>)	PACSLAC (<i>pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate</i>)
Referencia	Villanueva MR, et al. ³¹	Abbey J, et al. ³⁸	Snow AL, et al. ⁴³	Fuchs-Lacelle S, et al. ⁴⁷
Año	Enviado por los autores (2003)	2004: publicación	2004: publicación	2004: publicación
Objetivo	Valoración del dolor en personas mayores con demencia	Valorar personas en unidades de cuidados paliativos con demencia	Instrumento para valorar las conductas dolorosas en pacientes con demencia	Desarrollo preliminar de un listado para valorar dolor en personas con demencia avanzada y dificultades de comunicación
Fiabilidad	Coefficiente de fiabilidad entre 0,54-0,95	α de Cronbach = 0,81	κ = 0,87	α de Cronbach = 0,92
Validez	Valorado con medidas de agitación. Entre $r = 0,296$ y $r = 0,421$; $p < 0,01$	Validez a través de la opinión de expertos en un estudio Delphi. Validez concurrente en la opinión del dolor según los profesionales	No presenta validez para el instrumento	Compara la respuesta a los ítems en situaciones dolorosas y no dolorosas, encontrando diferencias significativas
Sensibilidad	No se tiene información de estudios de sensibilidad	No informan de estudios de sensibilidad	No informan de estudios de sensibilidad	No informan de estudios de sensibilidad
A quién evalúa	Pacientes ancianos con demencia en fase moderada	Personas con demencia en estado paliativo	Pacientes de diferentes grados de demencia	Pacientes de diferentes grados de demencia
Comentario	Valora a pacientes con demencia en fase moderada	No es específico para demencias evolucionadas. No se conoce información de los mecanismos nociceptivos en este grupo de población. Los ítems 4, 5 y 6 valoran situaciones muy amplias, no conductas específicas susceptibles de una experiencia dolorosa	El estudio se realizó mediante la observación de vídeos. No es una situación clínica real	Hay una parte de los ítems que no valoran específicamente dolor sino también molestias. Es un estudio preliminar

el mismo significado⁴⁹. En la cuestión del dolor no sólo nos enfrentamos a la gráfica, si no que la experiencia dolorosa esta definida por aspectos físicos, psicológicos y culturales, expresando cada cultura esta experiencia con términos particulares. Sólo uno de los instrumentos de valoración del dolor para personas con demencia se ha desarrollado en español y ha sido construido para ser utilizado por profesionales españoles.

- En España se ha construido una escala observacional de dolor en personas con dificultades de comunicación, la escala EDAD. Esta discrimina entre presencia y ausencia de dolor, quedando probado mediante dos estudios clínicos que es sensible a los cambios producidos por los tratamientos analgésicos tanto en situaciones de dolor

agudo como en dolor crónico. También la escala EDAD ha demostrado una aceptable validez convergente, fiabilidad interobservador y fiabilidad de consistencia interna. La escala EDAD ha sido utilizada conjuntamente con su manual en el ámbito clínico sin presentar dificultades en su manejo. Los ítems que configuran la versión final de la escala EDAD están respaldados por las opiniones aportadas por los profesionales clínicos en la fase preliminar del presente estudio.

Las próximas investigaciones deben ir dirigidas a conocer cómo se comporta la escala EDAD en otros grupos de personas que también presentan dificultades de comunicación, así como en la utilización de la escala por los cuidadores de los pacientes que no sean profesionales sanitarios.

Tabla 2. Escala de evaluación del dolor en ancianos con demencia

Nombre	EDAD (evaluación del dolor en ancianos con demencia)
Referencia	Baeza R ⁴⁸
Año	2006, España-Cataluña
Objetivo	Valorar el dolor en personas con déficit cognitivo y dificultades de comunicación
Fiabilidad	Consistencia interna: α de Cronbach de 0,66 Fiabilidad interjueces, correlaciones intraclase entre 0,51-0,97 ($p < 0,05$ y $p < 0,001$)
Validez	Buena validez convergente: EVA ($r = 0,44$; $p < 0,05$), EVID ($r = 0,42$; $p < 0,05$) y MPQ-SV ($r = 0,41$; $p < 0,05$). Buena validez concurrente
Sensibilidad	Los dos estudios de sensibilidad (dolor crónico [$p < 0,05$] y dolor agudo [$p < 0,01$]) discriminan entre las situaciones de utilizar tratamiento analgésico y no tratamiento
A quién evalúa	Ancianos con demencia en fase evolucionada
Comentario	Consta de 8 ítems que se evalúan según los criterios especificados en el manual de instrucciones para su utilización. Evalúa presencia de dolor. Muestra 400. Punto de corte 3 (curvas ROC)

EVA: escala visual analógica; EVID: escala verbal de intensidad del dolor;
MPQ-SV: *McGill Pain Questionnaire-Spanish Version*.

BIBLIOGRAFÍA

- Epps CD. Recognizing pain in the institutionalised elder with dementia. *Geriatr Nurs* 2001;22:71-9.
- Bernabei R, Gambassi G, Lapane K, et al. Management of pain in elderly patients with cancer. SAGE Study Group. Systematic assessment of geriatric drug use via epidemiology. *JAMA* 1998;279:1877-82.
- IASP. Subcommittee on Taxonomy. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain* 1979;6:249-52.
- Torrubia R, Baños JE. Evaluación clínica del dolor. En: Aliaga L, Baños JE, De Barutell C, Molet C, Rodríguez de la Serna A, eds. *Tratamiento del dolor. Teoría y práctica*. 2.ª ed. Barcelona: Publicaciones Permanyer; 2002. p. 47-54.
- Anand KJ, Craig KD. New perspectives on the definition of pain. *Pain* 1996;67:3-6.
- Fisher-Morris M, Gellatly A. The experience and expression of pain in Alzheimer patients. *Age Ageing* 1997;26:497-500.
- Allcock N, McGarry J, Elkan R. Management of pain in older people within the nursing home: a preliminary study. *Health Soc Care Community* 2002;10:464-71.
- Bartels SJ, Horn S, Sharkey P, Levine K. Treatment of depression in older primary care patients in health maintenance organizations. *Int J Psychiatry Med* 1997;27:215-31.
- Arderly G, Herr KA, Titler MG, Sorofman BA, Schmitt MB. Assessing and managing acute pain in older adults: a research base to guide practice. *Medsurg Nurs* 2003;12:7-18.
- Duggleby W. The language of pain at the end of life. *Pain Manag Nurs* 2002;3:154-60.
- Basler HD, Hesselbarth S, Schuler M. Pain assessment in the geriatric patient. Part I: Pain diagnostic. *Schmerz* 2004;18:317-26.
- Cavalieri TA. Pain management in the elderly. *J Am Osteopath Assoc* 2002;102:481-5.
- Ferrell BR, Ferrell BA, Rivera L. Pain in cognitively impaired nursing home patients. *J Pain Symptom Manage* 1995;10:591-8.
- Horgas AL, Tsai P. Analgesic drug prescription and use in cognitively impaired nursing home residents. *Nur Res* 1998;47:35-242.
- Marzinski LR. The tragedy of dementia: clinically assessing pain in the confused nonverbal elderly. *J Gerontol Nurs* 1991;17:25-8.
- 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;19:240-8.
- Weiner D, Peterson B, Keefe F. Chronic pain-associated behaviors in the nursing home: resident vs. caregiver perceptions. *Pain* 1999;80:577-88.
- Closs SJ. Pain in the elderly patients: a neglected phenomenon. *J Adv Nurs* 1994;19:1072-81.
- Ferrell BA. Pain evaluation and management in the nursing home. *Ann Intern Med* 1995;123:681-7.
- Hayes R. Pain assessment in the elderly. *Br J Nurs* 1995;4:1199-204.
- Simons W, Malabar R. Assessing pain in elderly patients who cannot respond verbally. *J Adv Nurs* 1995;22:663-9.
- Proctor WR, Hirdes JP. Pain and cognitive status among nursing home residents in Canada. *Pain Res Manag* 2001;6:119-25.
- Kamel HK, Phlavan M, Malekgoudarzi B, Gogel P, Morley JE. Utilizing pain assessment scales increases the frequency of diagnosing pain among elderly nursing home residents. *J Pain Symptom Manage* 2001;21:450-5.
- Krulewicz H, London MR, Skakel VJ, Lundstedt GJ, Thomason H, Brummel-Smith K. Assessment of pain in cognitively impaired older adults: a comparison of pain assessment tools and their use by non-professional caregivers. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:1607-11.
- Wills R. Delirium tremens and dementia. En: Carnevali DL, Patrick M, eds. *Nursing management for the elderly*. 3.ª ed. Filadelfia: Lippincott; 1993. p. 1154-61.
- American Geriatrics Society. The management of chronic pain in older persons. Nueva York: The Society; 1998.
- Davis MA. Epidemiology of osteoarthritis. *Clin Ger Med* 1988;4:241-5.
- Kaasalainen S, Crook J. A comparison of pain-assessment tools for use with elderly long-term-care residents. *Can J Nurs Res* 2003;35:58-71.
- Kaasalainen S, Crook J. An exploration of seniors ability to report pain. *Clin Nurs Res* 2004;13:199-215.
- Sabbagh N, Anterion CT, Girtanner C, Cadet L, Grangette FV, Gonthier R. Self health evaluation using a visual analog scale for elderly patients presenting with pain or early dementia. *Rev Med Interne* 2000;21:416-20.
- 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.
- Feldt KS. The checklist of non-verbal pain indicators (CNPI). *Pain Manag Nurs* 2000;1:13-21.
- Manfredi PL, Breuer B, Meier DE, Libow L. Pain assessment in elderly patients with severe dementia. *J Pain Symptom Manage* 2003;25:48-52.
- Huffman JC, Kunik ME. Assessment and understanding of pain in patients with dementia. *Gerontologist* 2000;40:574-81.
- Hadjistavropoulos T, LaChapelle DL, McLeod FK, Snider B, Craig KD. Measuring movement-exacerbated pain in cognitively impaired frail elders. *Clin J Pain* 2000;16:54-63.
- Cohen-Mansfield J, Creedon M. Nursing staff member's perceptions of pain indicators in persons with severe dementia. *Clin J Pain* 2002;18:64-73.
- Baeza R. Estudio del dolor en los ancianos. Estudio Delphi. Trabajo de investigación del Doctorado en Psiquiatría y Psicología Médica. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2002.
- Abbey J, Piller N, De Bellis A, et al. The Abbey pain scale: a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. *Int J Palliat Nurs* 2004;10:6-13.
- Baeza R, Torrubia R, Loncán P, Baños JE. Construcción y validación inicial de un cuestionario observacional para evaluar dolor en pacientes con enfermedad de Alzheimer. III Conferencia Nacional Alzheimer; octubre 2002; Barcelona.
- Warry B. DOLOPLUS 2, une échelle pour évaluer la douleur. *Gérontologie* 1999;19:25-7.
- Fries B, Simon S, Morris J, Flodstrom C, Bookstein F. Pain in US nursing homes: validating a pain scale for de minimum data set. *Gerontologist* 2002;41:173-9.
- Lane P, Kuntupis M, McDonald S, et al. A pain assessment tool for people with advanced Alzheimer's and other progressive dementias. *Home Health Nurse* 2003;21:32-7.
- Snow AL, Weber JB, O'Malley KJ, et al. NOPPAIN: a nursing assistant-administered pain assessment instrument for use in dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2004;17:240-6.
- Morello R, Jean A, Alix M, Regates G. L'ECPA: une échelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicants. *InfoKara* 1998;51:22-9.
- 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;4:9-15.
- Stolee P, Hillier LM, Esbaugh J, Bol N, McKellar L, Gauthier N. Instruments for the assessment of pain in older persons with cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:319-26.
- Fuchs-Lacelle S, Hadjistavropoulos T. Development and preliminary validation of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC). *Pain Manage Nurs* 2004;5:37-49.
- Baeza R. Tesis doctoral. Desarrollo de un instrumento para la valoración del dolor en personas con trastorno cognitivo grave: la escala de evaluación del dolor en ancianos con demencia (EDAD). Doctorado en Psiquiatría y Psicología Médica. Universitat Autònoma de Barcelona 2006.
- Baños JE, Guardiola E. Dolor grave y analgésicos narcóticos. En: Baños JE, Guardiola E, eds. *El dolor del lenguaje*. Barcelona: Publicaciones Permanyer; 2001. p. 5-7.