

Manejo del dolor por los profesionales sanitarios en pacientes demenciados institucionalizados de La Palma

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Grado en Enfermería
Facultad de Ciencias de la Salud
Sección Enfermería
Sede La Palma
Universidad de La Laguna

Carla Fariña González
Tutor: Jorge Antonio Martín Martín
Junio 2022

RESUMEN

El dolor es una experiencia subjetiva, se mide mediante escalas o según lo que refiere el paciente, en el caso de los ancianos con demencia resulta más complicado debido a que se presenta un problema de lenguaje, comprensión y memoria, haciendo la comunicación difícil, y por lo tanto también su valoración. El envejecimiento poblacional es cada vez mayor, es por esto, entre otras cosas, por lo que cada vez hay mayor nivel de población con demencia, dando magnitud al problema.

Este proyecto tiene como objetivo identificar las competencias que tienen los profesionales al valorar el dolor en ancianos institucionalizados con demencia, mediante la administración de un cuestionario anónimo que se cumplimentará por enfermeras, médicos y técnicos de auxiliar de enfermería en las dos residencias de mayores más importantes de la isla de La Palma.

Palabras clave.

Dolor, dimensión del dolor, demencia, anciano, envejecimiento.

ABSTRACT

Pain is a subjective experience, it's measured by scales or according to what the patient is referring, on the elderly with dementia it's more complicated because there is a problem with the language, comprehension and with memory, making communication and its assessment difficult. Population aging is growing, which is why, among other things, there is an increasing level of population with dementia, giving magnitude to the problem.

This project aims to identify the professionals' skills when assessing pain in institutionalized elderly with dementia, through a questionnaire that will be completed anonymously by nurses, doctors and nursing assistants in the two most important nursing homes in La Palma.

Keywords

Pain, pain measurement, dementia, aged, aging.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO CONCEPTUAL	1
2.1. Definición y clasificación del dolor	1
2.2. La fisiopatología del dolor	4
2.3. Transmisión del dolor.	5
2.4. Valoración del dolor.	6
2.5. Envejecimiento.	12
2.6. Demencia y dificultad de comunicación.	14
2.7. Paciente institucionalizado.	15
2.8. Antecedentes.	15
2.8.1. El dolor en la actualidad.	15
2.8.2. Características de la población anciana.	17
2.8.3. Ancianos y demencia.	19
2.8.4. Gestión del dolor por parte de las enfermeras.	20
3. JUSTIFICACIÓN	21
4. OBJETIVOS	22
4.1. Objetivo general	22
4.2. Objetivos específicos	22
5. METODOLOGÍA	22
5.1. Diseño	22
5.2. Población y muestra	23
5.2.1. Criterios de inclusión	24
5.2.2. Criterios de exclusión	24
5.3. Variables e instrumentos de recogida de datos	24
5.3.1. Variables Sociodemográficas	24
5.3.2. Variables laborales	25
5.3.3. Variables específicas de la valoración del dolor	25
5.4. Recogida y análisis de datos	26
5.5. Consideraciones éticas	26
6. CRONOGRAMA	27
7. PRESUPUESTO	27

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
9. ANEXOS	34
Anexo 1. Cuestionario del Dolor de McGill (MPQ)	34
Anexo 2. Escala PACSLAC.	37
Anexo 3. Cuestionario sobre la valoración del dolor en ancianos con demencia.	40
Anexo 4. Solicitud de participación a sanitarios.	42
Anexo 5. Solicitud de autorización para recogida de datos.	43

1. INTRODUCCIÓN

El dolor es una sensación que está presente en el ser humano desde sus inicios, al principio, en los humanos primitivos se pensaba que era localizable y causado por demonios o espíritus que entraban en el cuerpo. Posteriormente, cada cultura lo ha encuadrado según sus creencias, por ejemplo, en el budismo se pensaba que era una manifestación de los deseos frustrados, los egipcios y mesopotámicos creían que estaban recibiendo una penitencia impuesta por los dioses o en la antigua China consideraban que era un desequilibrio del yin y el yang, tratándolo con acupuntura y Tai Chi. Fue Aristóteles el primero en relacionar el dolor con el cerebro, siendo definido posteriormente (130-200 d.c.), por Galeno, como una sensación que se origina en el cerebro. Melzack y Wall en 1965 definieron las vías nerviosas del dolor, por medio de un sistema nervioso central y periférico. En la segunda guerra mundial se da inicio a las “Clínicas del dolor”, dónde se define por primera vez el concepto de dolor crónico. Posteriormente, se crea la Internacional Association for Study of Pain (IASP), encargada de las publicaciones sobre términos, definiciones, diagnósticos relacionados y tratamientos del dolor.⁽¹⁾

El dolor es un signo común en la población anciana, habitualmente no reconocido e infratratado, que se puede transformar de algo puntual a algo frecuente. Además, existe una alta prevalencia de alteración de la sensibilidad y percepción, dificultades cognitivas y motoras en los ancianos, que pueden restringir la comunicación, añadiendo también la dificultad de que pueden presentar dolor mostrando síntomas que no son específicos de este, como confusión, aislamiento y apatía. Esto implica que la escasa o ausencia de capacidad de comunicarse verbalmente no quiere decir que esa persona no esté padeciendo algún tipo de dolor.⁽²⁾

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Definición y clasificación del dolor

El dolor se define como *“una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o que se asemeja a la asociada a una lesión tisular real o potencial”* según la International Association for the Study of Pain (IASP). También se describe como una experiencia personal en la que influyen factores sociales y psicológicos, aparte de los biológicos,⁽³⁾ es por ello por lo que es subjetivo, cada persona vive el dolor de una manera diferente al resto, en distintos grados o por distintas causas, además las condiciones en las que una persona siente dolor van a depender de las vivencias que haya tenido a lo largo de su vida.

El dolor se puede clasificar de distintas formas, teniendo en cuenta distintas características sobre este, por ejemplo:⁽⁴⁾

- Según el tiempo de duración del dolor: agudo, dura un tiempo limitado; o crónico, ilimitado en el tiempo, por ejemplo, en pacientes que padezcan cáncer.
- Según el agente causante: nociceptivo, es el dolor más común, se divide a su vez en somático y visceral; neuropático, se produce un estímulo directamente en el sistema nervioso central o lesión en vías periféricas, es un dolor punzante y quemante, (por ejemplo, la plexopatía braquial o la compresión medular); o psicógeno, influenciado por el entorno psicosocial del paciente. Este último suele necesitar un continuo incremento de analgesia que no suele dar resultado.
- Según la zona afectada: somático, ocasionado por excitación desproporcionada de nociceptores somáticos tanto superficiales como profundos, es un dolor localizable, punzante e irradiado según el recorrido nervioso, como por ejemplo dolor óseo originado por metástasis ósea; o visceral, causado por excitación desproporcionada de nociceptores viscerales, este tipo, sin embargo, no es localizable, se trata de un dolor constante e intenso, podría irradiar en sitios lejos de donde se inició. Algunos ejemplos serían cólicos, metástasis hepática y cáncer de páncreas.
- Según su curso: continuo, se trata de un dolor que permanece sin cesar; o irruptivo, se trata de un dolor que empeora de forma momentánea en enfermos bien controlados.
- Según la intensidad: leve, permite llevar a cabo las actividades del día a día; moderado, obstaculiza en las actividades de la vida diaria, o severo, impide el descanso.
- Según su pronóstico: buen pronóstico o mal pronóstico. Si es parte de un proceso autolimitado o por el contrario de uno que puede acabar con la vida del paciente.
- Según la farmacología: responde bien a opiáceos, parcialmente sensible a opiáceos o escasamente sensible a opiáceos.

El dolor puede clasificarse exclusivamente en una de estas características anteriores o bien reunir aspectos de varias al mismo tiempo. En la Tabla 1 se resumen los distintos tipos de dolor según su característica.

Tabla 1. Clasificación del dolor.

TIPO	DEFINICIÓN
SEGÚN TIEMPO	
Agudo	Limitado en la duración
Crónico	Ilimitado en el tiempo con componente psicológico
SEGÚN ETIOLOGÍA	
Neuropático	A causa de un estímulo directo del sistema nervioso central o por lesión de vías nerviosas periféricas.
Nociceptivo	A causa de un estímulo en los nociceptores
Psicógeno	Influido por el ambiente psicosocial del individuo
SEGÚN LOCALIZACIÓN	
Somático	Tiene lugar en los nociceptores superficiales o profundos, es localizable, punzante y puede irradiar
Visceral	Tiene lugar en los nociceptores viscerales, difícil de localizar, continuo y profundo.
SEGÚN CURSO	
Continuo	No desaparece
Irruptivo	Aparece de repente y de forma corta e intensa
SEGÚN INTENSIDAD	
Leve	Puede realizar actividades
Moderado	Dificulta actividades habituales
Severo	Obstaculiza el descanso
SEGÚN FACTORES PRONÓSTICOS DE CONTROL DEL DOLOR	
Buen pronóstico	Responde a la escala analgésica de la OMS
Mal pronóstico	No responde a la escala analgésica de la OMS
SEGÚN FARMACOLOGÍA	
Responde bien a opiáceos	Dolores viscerales y somáticos
Parcialmente sensible a opiáceos	Dolor óseo y el dolor por compresión de nervios periféricos
Escasamente sensible a opiáceos	Dolor por espasmo de la musculatura estriada y el dolor por infiltración-destrucción de nervios periféricos

Fuente: Puebla Díaz F.⁽⁴⁾

2.2. La fisiopatología del dolor

Para comprender la fisiopatología del dolor es necesario saber que lo que hace que cada persona perciba el dolor a su manera es la correlación de parámetros biológicos, psicológicos, sociales y culturales, la unión de estos fue definida como Neuromatriz por Ronald Melzack en 1999. Este último concepto consiste en la formación de un circuito en el cual hay de base una genética del individuo, pero es modificable con las experiencias, por lo tanto, hace del dolor un fenómeno dinámico, es decir, va variando.^(5,6)

La Neuromatriz, fue a su vez un concepto amplio, definido de forma que implicase otro tipo de percepciones aparte del dolor, es decir, un conjunto de neuronas que producen distintas fuentes de acceso, tanto nociceptivas como no nociceptivas. Melzack la definió como: *"La Neuromatriz, distribuida por muchas áreas del cerebro, comprende una red generalizada de neuronas que genera patrones, procesa información que fluye a través de ella y, en última instancia, produce el patrón que se siente como un cuerpo entero que posee un sentido del yo"*. Por lo tanto, se concluye que, la respuesta por áreas del cerebro ocurre según los estímulos, detectándose y reaccionando de manera correspondiente.⁽⁷⁾

Posteriormente se añadió la etiqueta "dolor" al concepto dando lugar al nuevo término "Pain Matrix", esto supuso una diferencia al definirse como una "red de procesamiento de dolor" específicamente. Se considera que las estructuras que forman la Pain Matrix tiene cada una funciones secundarias específicas, creando de esta manera una definición de la experiencia del dolor. Con este último término si parece haber un consenso, aunque existen autores que no están de acuerdo con esta definición.

En cuanto a su fisiopatología, se puede decir que el dolor es variable, es decir, en un inicio puede tener un propósito en situaciones de defensa, apareciendo de repente y que este únicamente conectado a la causa que lo provocó, en cambio, dependiendo del estímulo que lo origine, y la rapidez y efectividad del tratamiento pautado, puede pasar de un suceso fisiológico a un cuadro clínico permanente. El dolor pasa a ser síntoma de una enfermedad cuando es una reacción que permanece ante la patología de forma persistente, pasando de alarma a padecimiento.⁽⁸⁾

Un estímulo al tener varios posibles mecanismos causales hace que sea más difícil de encontrar su origen. Existen varios tipos de mecanismos que producen dolor patológico, el cual es más difícil de saber las causas directas.

El dolor en el anciano se distingue sobre todo por la presencia de cambios en la homeostasis y en la función neuroendocrina, posibilitando un incremento de la percepción de este, puesto que el umbral del dolor se ve alterado, además de que el anciano es más

perceptivo a estímulos mecánicos que a los térmicos. Por otro lado, es más predisponente a padecer dolor crónico, ya que presenta muchas enfermedades crónicas, un aumento del estrés y de la depresión.⁽⁹⁾

El dolor agudo es indicativo de un trastorno en el organismo, su finalidad es de protección y se trata según su causa, mientras que el dolor crónico permanece tras una enfermedad aguda o tiempo después. En el anciano hay tres tipos de dolor más habituales: oncológico, musculoesquelético y neuropático.

2.3. Transmisión del dolor.

Un estímulo se origina en una zona (periférica, profunda o visceral, o sistema nervioso central) y es percibido por neuronas, mediante la cual se traslada por el sistema nervioso, ya que al recibir el estímulo se despolariza y lo transforma en energía electroquímica, la cual es transmitida de manera unidireccional hasta la médula espinal, esto último se consigue mediante la emisión de la información de una neurona a otra por sinapsis.⁽¹⁰⁾

La primera neurona sería denominada como de primer orden, nociceptor o receptor sensorial, estas poseen unas proteínas en su inicio que hacen que sean capaces de captar los estímulos, por otra parte la neurona que recibe la energía por sinapsis se denomina postsináptica o segunda neurona, estas se encuentran en la sustancia gris espinal, por último la información será transmitida a una tercera neurona que se encuentra en el núcleo cerebral, esta última se encarga de trasladar la señal a la zona del cerebro correspondiente según donde se haya recibido el estímulo doloroso en un inicio. En el caso de que la energía de la primera neurona no sea transmitida al sistema nervioso central, esta se perderá.

Por otra parte, la transmisión del dolor puede ser modificada positiva o negativamente durante la sinapsis por interneuronas, conocidas como neurotransmisores y neuromoduladores fisiológicos, además se puede influir con fármacos, de manera que el estímulo no llegue al cerebro. Una vez el estímulo ha llegado a la zona correspondiente del cerebro, como se explicó anteriormente, este se encarga, según el caso, de emitir una orden para evitar la sensación en la medida de lo posible.

La sensación de dolor puede ser de dos tipos: rápida (aguda y bien localizada) o lenta (escuece o quema, sorda y difusa) dependiendo de cuál sea, las vías de transmisión son diferentes.⁽¹⁰⁾ En la vía de dolor rápido asciende por el haz neoespinalámico, este no tiene en cuenta la localización, intensidad o duración del dolor, por otro lado, el dolor lento pasa a través del haz paleoespinalámico.⁽¹¹⁾

2.4. Valoración del dolor.

El dolor es una experiencia individual y subjetiva, además de que no existe ningún método de medición completamente objetivo. A la hora de hacer una buena evaluación del dolor en ancianos es necesario conocer: etiología, intensidad, localización, comienzo y duración de este.⁽⁹⁾

El dolor en adultos mayores no es siempre diagnosticado, bien sea por las creencias tanto del personal sanitario como del paciente, o también porque al ser un paciente geriátrico, es más probable que tenga pluripatologías, generalmente crónicas, que no son fáciles de tratar, todo esto causaría además que en esos casos que sí ha sido diagnosticado sea infratratado.⁽¹²⁾ Se debe dar crédito al dolor que refiere el anciano, realizar una descripción precisa de este, un examen físico, psicológico y neurológico, administrando el tratamiento correspondiente. Una buena valoración favorece una mejor calidad de vida y un mejor tratamiento. Existen distintas escalas validadas que permiten medirlo de alguna forma, estas pueden ser unidimensionales o multidimensionales.⁽⁹⁾

En el caso de las escalas unidimensionales se habla de instrumentos de medición que se centran en medir únicamente la intensidad del dolor. Estas pueden valorar mediante categoría o descripción verbal (leve, nada, moderado, intenso...), números (ECN) o visual analógica (EVA), como se muestra en la Figura 1, también es conocida la Escala de Wong-Baker, que es una escala más visual como se muestra en la Figura 2.^(9,13)

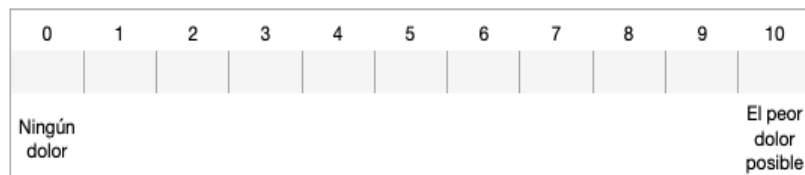


Figura 1. Escala numérica o escala visual analógica (EVA).⁽⁹⁾

Fuente: Montealegre Iniesta L.



Figura 2. Escala de Wong-Baker.⁽⁹⁾

Fuente: Montealegre Iniesta L.

Dentro de las escalas multidimensionales podemos encontrar varios cuestionarios, a continuación, se explicará algunos de ellos:⁽¹³⁾

- El Cuestionario del Dolor de McGill (MPQ), se usa para dolor crónico, aunque también sirve para el agudo, este cuestionario tiene en cuenta distintas características del dolor, como por ejemplo la intensidad o la localización. Consiste en 20 grupos de adjetivos y conforme la persona describa el dolor se obtiene una puntuación. Es largo y complejo (ver Anexo 1)⁽¹⁴⁾.
- Breve cuestionario del dolor (BPI), valora como afecta el dolor en los hábitos de vida del que lo padece, incluye el estado psicológico.

Estas escalas multidimensionales se basan sobre todo en lo que expresa el paciente de forma verbal y en ocasiones visual, es por esto por lo que se presentaría un problema a la hora de valorar en aquellos que tengan alguna barrera comunicativa. A continuación, en la Tabla 2 se encuentra la Escala de Campbel en español, esta es utilizada en estos casos en los que el paciente no puede expresar su dolor.⁽¹⁵⁾

Tabla 2. Escala de Campbel.

	0	1	2	Puntuación
Musculatura facial	Relajada	En tensión, ceño fruncido y/o mueca de dolor	Ceño fruncido habitual, y/o dientes apretados	
Tranquilidad	Tranquilo, relajado, movimientos normales	Movimientos ocasionales de inquietud y/o de posición	Movimientos frecuentes, incluido cabeza o extremidades	
Tono muscular	Normal	Aumentado, flexión dedos manos y/o pies	Rígido	
Respuesta verbal	Normal	Quejas, lloros, quejidos o gruñidos ocasionales	Quejas, lloros, quejidos o gruñidos frecuentes	
Confortabilidad	Confortable y/o tranquilo	Se tranquiliza con el tacto, y la voz, fácil de distraer	Difícil de confortar con el tacto o la voz	

Resultados: 0: Sin dolor, 1-3 dolor leve-moderado, 4-6 dolor moderado-grave, >6 dolor muy intenso.

Fuente: Peñafiel Olivar A.⁽¹⁵⁾

Un paciente con deterioro cognitivo debe ser supervisado mientras hace sus actividades de la vida diaria, puesto que un cambio en la conducta, en el apetito, etc., puede ser un indicativo de que presenta dolor. El uso de las escalas adecuadas, no solo nos ayuda a realizar su diagnóstico, sino que favorece la medición de la intensidad que pueda tener. Para mejorar la comunicación con esta tipología de pacientes se puede usar métodos emocionales, como expresar alegría, empatía o ternura, también se ha visto que la unión de los equipos interdisciplinarios favorece una valoración más beneficiosa, al igual que un mejor tratamiento.⁽¹⁵⁾

Los cambios que se pueden producir en el anciano con deterioro cognitivo que son indicativos de dolor, según American Geriatrics Society (AGS)⁽¹⁶⁾, son los siguientes:

- Expresiones faciales: Tristeza, miedo, angustia, cualquier expresión distorsionada, parpadeo rápido de ojos, frente arrugada y ojos cerrados o apretados.
- Expresiones verbales: Gritos, gemidos, gruñidos, respiración ruidosa o pedir ayuda.
- Movimientos del cuerpo: Tensión, rigidez, inquietud, cambios en la marcha o en la movilidad.
- Cambios en las interacciones personales: agresividad, resistencia al cuidado, disminución de relaciones sociales, encerrado en sí mismo, etc.
- Cambios en la rutina: rechazo de la comida, disminución del apetito, aumento de periodos de descanso, alteración del sueño o mayor deambulación.
- Cambios en el estado mental: llorar, confusión, irritabilidad o angustia.

En la valoración del dolor en personas con deterioro cognitivo, sus expresiones y la verbalización dificultan una buena evaluación de este, si el dolor no se diagnostica bien en personas con estas alteraciones, puede producir depresión, agitación y agresividad. Es por ello por lo que existen las siguientes escalas para su medición, las cuáles son observacionales, que además se mostrarán en la Tabla 3 a modo de resumen:^(12,17)

- La escala Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC), cuenta con 60 apartados divididos en cuatro esferas, que serían las siguientes: expresión facial, movimientos del cuerpo, indicadores fisiológicos e indicadores psicosociales. Se responde a cada apartado si lo presenta o no. Esta escala tiene una buena valoración, puesto que integra todos los aspectos de la conducta y es más extensa (ver Anexo 2)⁽¹⁸⁾.
- La escala de Evaluación del Dolor en Ancianos con Demencia (EDAD) mide el dolor en tres situaciones, es decir, antes de realizar cuidados que puedan ser dolorosos para el paciente, durante estos cuidados y vigilando las últimas 48 horas, evaluando

de 0 a 2 cada situación, si da igual o mayor a 3 es que tiene dolor. Esta escala tiene como desventaja que falta realizar estudios con ella.

- La Abbey Pain Scale es un instrumento de medición de intensidad del dolor en casos de demencia avanzada. Consta de 6 apartados: vocalización, expresión facial, cambios en lenguaje corporal, conductuales, fisiológicos y físicos. La escala tiene 4 puntos de intensidad, siendo la 0 ausencia de dolor. Esta escala permite diferenciar las situaciones dolorosas de las no dolorosas, además fue validada en español en 2013.
- La Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD) consta de 5 apartados: respiración, vocalizaciones, expresión facial, lenguaje corporal y consolabilidad. Se trata de un instrumento de medición más sencillo y rápido, que fue validado al español recientemente (PAINAD-Sp).
- DOLOPLUS-2 consta de dos ítems psicomotores: lavarse/vestirse y la movilidad; otros cinco somáticos: protección en zonas dolorosas, patrón de sueño, quejas somáticas, posturas antiálgicas y expresión; y por último tres psicológicas: conducta problemática, vida social y comunicación. Se considera un instrumento fiable.
- Non-communicative Patient's Pain Assessment Instrument (NOPPAIN), consiste en la observación de 6 elementos que se pueden presentar en las actividades del día a día: expresiones faciales, palabras relacionadas con dolor, ruidos de dolor, inquietud, fricción en zona dolorida y "*bracing*". The National Nursing Home Pain Collaborative considera esta escala como un instrumento de medición que define aspectos clave del comportamiento del dolor, sin embargo, refiere también que su uso es limitado debido a su complejidad.

En un estudio publicado en 2020 por la Revista Española de Geriatria y Gerontología sobre las escalas de valoración del dolor en pacientes con demencia, se revisaron 13 artículos concluyendo que las más utilizadas son la escala visual analógica (EVA), en aquellos casos en que la demencia todavía es leve y las escalas PAINAD y Faces Pain Scale (FPS), en los pacientes con demencia moderada-grave, ya que son más sencillas de realizar tanto para los profesionales como para familia o cuidadores, tanto por su fácil comprensión, como por su mayor rapidez. Además, las escalas Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC) y DOLOPLUS2, están indicadas también por sus criterios, aunque son más complejas que las nombradas anteriormente.⁽¹⁹⁾ Sin embargo, entre las escalas estudiadas son cuatro las más indicadas para la valoración del dolor en personas con demencia, estas serían DOLOPLUS2,

PAINAD, PACSLAC y Abbey Pain Scale, por otra parte, en varias revisiones se concluye que las escalas más valoradas para evaluar el dolor en esta tipología de pacientes serían la PAINAD y la EDAD.⁽¹²⁾

En general, según la mayoría de los estudios realizados se concluye que las escalas con mejores propiedades para valorar el dolor en personas con deterioro cognitivo son la PACSLAC y la PAINAD, sin embargo, también en la mayor parte de estudios se deduce que la PAINAD sería la elegida para ello debido a que es más rápida que la PACSLAC.

En las personas con dificultades para la comunicación, la información que se obtiene de las distintas escalas nombradas se puede complementar con signos fisiológicos que solos no son específicos del dolor, pero en conjunto podría ayudar al diagnóstico, estos signos serían, por ejemplo: signos vitales, sudoración en las manos, liberación de estrés mediante hormonas y segregación de cortisol y endorfinas.⁽²⁰⁾

Tabla 3. Características de las escalas de valoración del dolor en ancianos con dificultades de comunicación.

	Descripción	Tiempo	Evaluador	Sitio de intervención	Cualidades
PACSLAC	Valora los cambios en el comportamiento relacionados con el dolor en personas con demencia, mediante 60 elementos, a los cuales se responde si lo presenta o no.	15 min	Enfermeras	Residencial	Buena consistencia interna, interevaluador y fiabilidad test-retest. De las mejores herramientas clínicamente útiles y engloba todos los criterios conductuales del dolor. Sin embargo, son necesarios estudios de validez y fiabilidad.
EDAD	Valora el dolor, antes, durante y después de la aplicación de cuidados, se puntúa de 0 a 2 cada ítem, se considera que existe dolor si la puntuación total es igual o superior a 3.	Sin definir	Sin definir	Sin definir	No se ha utilizado en estudios.
Abbey Pain Scale	Mide la intensidad del dolor en personas con demencia moderada o avanzada. Seis elementos: expresión facial, cambio en lenguaje corporal, vocalización, cambio de comportamiento, fisiológico y físico. Se evalúa en una escala de intensidad de 4 puntos, de 0 ausencia a 3 dolor severo.	Sin definir	Enfermeras	Residencial	Tiene una consistencia interna satisfactoria y distingue las situaciones no dolorosas de las dolorosas. Fue validada en español en el año 2013 con buenos resultados.
PAINAD	Mide la intensidad del dolor en personas con dificultades en la comunicación. 5 elementos: respiración, vocalización negativa, expresión facial, lenguaje corporal y capacidad de alivio. Cada ítem tiene una puntuación máxima de 2. De 0 (sin dolor) a 10 (máximo dolor).	1-3 min	Auxiliares Enfermeras Médicos	Residencial y Hospital	Cubre tres de los seis criterios de conductas de dolor. Validada en español (PAINAD-Sp), y tal vez la más utilizada por la rapidez de aplicación y sencillez.
DOLOPLUS-2	Escala multidimensional para personas mayores con dificultades en la comunicación. Dos elementos psicomotores, cinco somáticos y tres elementos psicológicos.	5-10 min	Auxiliares	Residencial	Consistencia interna satisfactoria y una medición confiable. Se consideró uno de los métodos con alto soporte psicométrico.
NOPPAIN	Observación de 6 elementos: expresiones faciales, palabras relacionadas con dolor, ruidos de dolor, inquietud, fricción en zona dolorida y "bracing".	Sin definir	Auxiliares Enfermeras	Residencial y Hospital	Es una herramienta con enfoques claves en los comportamientos del dolor, pero es bastante limitada para el uso clínico y sería necesario más estudios clínicos

Varias fuentes.^(12,17,21) Elaboración propia.

2.5. Envejecimiento.

Según la *Real Academia Española*, se define anciano/a como: “*Dicho de una persona: De mucha edad*”.⁽²²⁾ Pero, además, se podría clasificar los distintos tipos de anciano de la siguiente manera:

- Anciano sano: puede padecer o no alguna enfermedad, pero no presenta problemas funcionales, mentales o sociales.
- Anciano frágil: presenta una fragilidad leve, pero tiene un riesgo de pérdida funcional.
- Paciente geriátrico: presenta una fragilidad entre moderada y grave, es dependiente, o bien de forma permanente o transitoria.
- Paciente geriátrico en situación de final de vida: presenta una fragilidad extrema, son aquellos ancianos que se encuentren en estado terminal, tanto si es oncológico como no oncológico.⁽²³⁾

En un inicio, el tipo de necesidades que pueda tener un anciano durante su proceso de envejecimiento suelen ser muy similares a las de un adulto más joven, por ello se puede realizar una valoración por patrones para conocer la situación en la que se encuentra el anciano, dentro de la cual se obtienen datos por ejemplo de los cuidados que necesite o los posibles problemas de salud que pueda padecer.

Seguidamente, se nombran distintas características que se pueden afectar por el proceso de envejecimiento:⁽²⁴⁾

- El cambio que más se percibe en esta etapa está relacionado con la apariencia física, y es que según pasan los años esta se ve modificada, aquellas características más resaltables son, por ejemplo, la presencia de arrugas y canas.
- A nivel corporal, se produce una pérdida de peso y de volumen de los órganos, además de una reducción de la elasticidad e hidratación. Las células de la epidermis por lo tanto son más pequeñas y modifican los haces de colágeno. Asimismo, la vascularización capilar se ve disminuida.
- En cuanto a nivel funcional, se ve disminuido, puesto que la producción de tejido conjuntivo está limitada, sobre todo los fibroblastos, el principal componente de este tejido.
- Por otro lado, se produce un aumento del tejido adiposo y fibroso, perdiendo a su vez tejido muscular, como consecuencia el aspecto físico se ve diferente de un adulto.

Los adultos mayores sufren distintos cambios debido al envejecimiento, que hacen que su fisiología sea diferente a la del resto de edades, por lo tanto, su gestión de salud y de cuidados, deberá estar adaptada. Según lo nombrado anteriormente, el envejecimiento conlleva ciertos cambios, tanto morfológicos, como fisiológicos en los tejidos, el conocimiento sobre ello favorece comprender estas diferencias entre el anciano y los otros grupos de edades.

A continuación, en la Tabla 4, para resumir los cambios más relevantes según el artículo “*Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento*”, se expone en la siguiente tabla los que se consideraron basándose en la alta relevancia y prevalencia de las alteraciones:

Tabla 4. Cambios morfológicos y funcionales asociados al envejecimiento.

	Cambios Morfológicos	Cambios Funcionales
Cardiovascular	-Aumento de matriz colágena en túnica media -Pérdida de fibras elastina -Hipertrofia cardíaca: Engrosamiento septum -Disminución cardiomiocitos y aumento matriz extracelular	-Rigidez vascular y cardíaca -Mayor disfunción endotelial -Volumen expulsivo conservado -Mayor riesgo de arritmias
Renal	-Adelgazamiento corteza renal -Esclerosis arterias glomerulares -Engrosamiento membrana basal glomerular	-Menor capacidad para concentrar orina -Menores niveles renina y aldosterona -Menor hidroxilación vitamina D
Nervioso Central	-Menor masa cerebral -Aumento líquido cefalorraquídeo -Mínima pérdida neuronal, focalizada -Cambios no generalizados de arborización neuronal	-Menor focalización actividad neuronal -Menor velocidad procesamiento -Disminución memoria de trabajo -Menor destreza motora
Muscular	-Pérdida de masa muscular -Infiltración grasa	-Disminución fuerza -Caídas -Fragilidad
Metabolismo Glucosa	-Aumento de grasa visceral -Infiltración grasa de tejidos -Menor masa de células beta	-Mayor Producción adipocinas y factores inflamatorios -Mayor resistencia insulínica y diabetes

Fuente: Felipe Salech M, Rafael Jara L, Luis Michea A, PHD.⁽²⁵⁾

Los problemas de audición forman parte del proceso de envejecimiento, esta alteración limita la función global de interacción con el medio a los ancianos que la padecen, causando diferentes obstáculos, entre ellos una buena comunicación, ya que ha sido demostrado que la pérdida de audición está directamente relacionada con el aislamiento, la ansiedad, la depresión y el deterioro cognitivo que puede sufrir la persona que la padece. Aparte de la esfera social, que se ve afectada de forma principal, también afecta la esfera mental, emocional y funcional. Además de esto, se ha descrito en distintas publicaciones como el déficit sensorial mayoritario en ancianos.⁽²⁶⁾ Por otra parte, dentro

de esos cambios que ocurren en la vejez se encuentra el deterioro de la visión, y es que los adultos de más de 60 años tendrán ocho veces más probabilidad de tener un daño visual que los jóvenes.⁽²⁷⁾

Por otro lado, como se ha descrito anteriormente la mente también se ve modificada, es por ello por lo que estas personas sufren cambios en la capacidad cognoscitiva, pueden ser desde aspectos leves como problemas de memoria verbal o visual, dificultades con la capacidad de concentración y atención, u olvidar nombres de objetos inusuales, sin embargo, puede darse el caso de que estos cambios causan un deterioro más severo como por ejemplo demencia.⁽²⁸⁾

2.6. Demencia y dificultad de comunicación.

Al ser subjetivo, el dolor se evalúa mediante escalas de observación o preguntando al paciente cuánto y cómo le duele. Es por ello por lo que en esos casos en los que haya alguna dificultad que impida u obstaculice la comunicación resulta un problema a la hora de realizar una valoración.

Las barreras de comunicación que puede presentar el anciano pueden ser tanto físicas, como cognitivas. Dentro de los cambios físicos, se ha encontrado que lo que más dificulta poder tener un buen diálogo es la pérdida de audición y de visión, aunque también hace más complicado un diálogo si el paciente a causa de alguna patología física no habla o no gesticula igual. Por otro lado, las barreras que se puedan encontrar por la alteración del área mental que se presentan en el anciano podrían ser la pérdida de memoria, la dificultad de atención, de comprensión o pronunciación y/o que el lenguaje empleado incluya términos que el anciano desconoce.⁽²⁹⁾

El deterioro cognitivo es una de las grandes barreras que impiden una comunicación efectiva, estas personas no presentan la misma facilidad para comunicarse y para analizar qué les ocurre cuando sienten dolor, puesto que los elementos básicos psicológicos del dolor (sensación-discriminación, afectividad-motivación y cognición-valoración) se ven modificados en personas con esta condición. Según el grado de deterioro será más complicado para transmitir sus sensaciones, es decir, cuánto más grave sea el déficit cognitivo, más difícil será su valoración.⁽³⁰⁾

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽³¹⁾ *“La demencia es un síndrome, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, que conduce al deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad de procesar el pensamiento)”*, este síndrome implica por lo tanto, alteraciones en la memoria junto con funciones cognitivas, como afasia, apraxia o agnosia, lo que le impide una correcta comunicación, debido a que estas

características impiden la comprensión del lenguaje o la capacidad de comunicarse por parte de los ancianos que padecen alguna demencia.⁽³²⁾

La OMS también define la demencia como consecuencia de un conjunto de enfermedades o lesiones que influyen principalmente o de forma secundaria al cerebro, según donde estén localizadas estas lesiones o su etiología se puede clasificar esta patología, los tipos de demencia más frecuentes son las siguientes: Enfermedad de Alzheimer (EA), Deterioro Cognitivo Leve (DCL) y Demencia Frontotemporal.^(31,32)

2.7. Paciente institucionalizado.

Las residencias de ancianos sirven de hogar, bien sea de forma temporal o permanente, en el cual se proporciona una atención global y continuada a los adultos mayores. Estas residencias pueden ser de tres tipos: válidas, en las cuales los residentes son personas autónomas e independientes; asistidas, conforman los centros gerontológicos de asistencia a ancianos con grandes niveles de dependencia; y las mixtas que atienden ambos tipos. El perfil del anciano institucionalizado en una residencia asistida sería una persona dependiente e incapacitada como resultado de: patologías degenerativas o neurológicas, problemas al deambular, elevado nivel de sensibilidad y/o padece un trastorno psíquico. Además, estas personas pueden estar en una situación en la que el apoyo social recibido es deficiente o directamente no tienen. Es debido a esta situación que pueden presentar, que este tipo de centros es mejor para su calidad de vida.⁽³³⁾

Estos centros suelen contar con una figura de director, personal sanitario, cocineros, personal de mantenimiento y personal de limpieza. Dentro del personal sanitario se encuentran: médicos, enfermeras, técnicos de auxiliar de enfermería y fisioterapeutas.⁽³⁴⁾ Respecto a los cuidados esenciales que se llevan a cabo en los geriátricos, recaen en su mayoría en la enfermería, los ancianos institucionalizados están en una situación de fragilidad, con baja funcionalidad, presentan dependencia funcional en distintos grados, además de deterioro cognitivo.⁽³⁵⁾

2.8. Antecedentes.

2.8.1. El dolor en la actualidad.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), con respecto al dolor se analizan las cifras absolutas en la encuesta europea de salud del 2020, dentro de estas cifras se recogen aquellos datos que reflejan el grado de dolor según el grupo de edad, formando

este último la población de 65 o más años. Lo que se deduce de los datos recogidos es que a nivel europeo un 56,7% de la población refiere algún tipo de dolor, siendo el dolor moderado el más referido, con un 20,06% del total de la población.⁽³⁶⁾ Ver Figura 4.

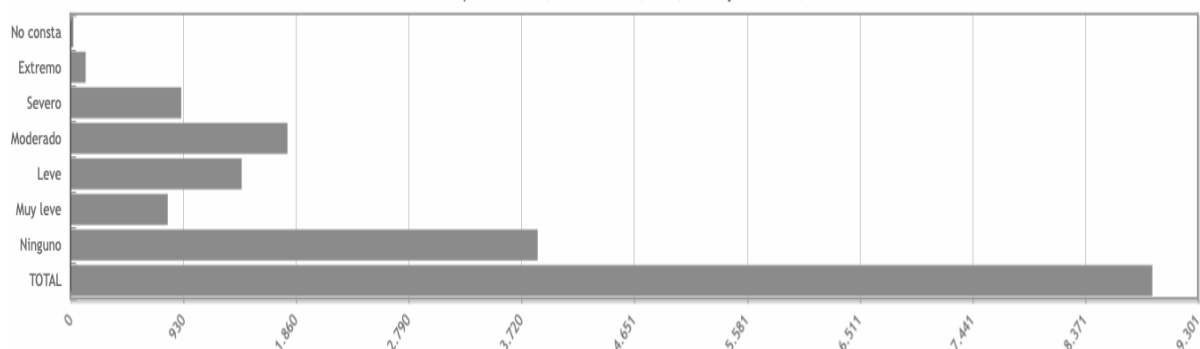


Figura 4. Grado de dolor a nivel europeo en población de 65 y más años, año 2020.⁽³⁶⁾

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Además, según las cifras, se ve reflejado también que a nivel de nacidos en España del mismo grupo de edad, un 56,82% de personas refieren algún tipo de dolor, dentro de esta cantidad se muestra que el nivel moderado es el que más se padece, al igual que a nivel europeo, formando un 20,32% del total de la población.⁽³⁶⁾ Las cifras respecto al dolor se ven aumentadas en aquellos ancianos que se encuentran en residencias o centros sociosanitarios, pudiendo alcanzar incluso el 70%.⁽¹²⁾ Ver Figura 5.

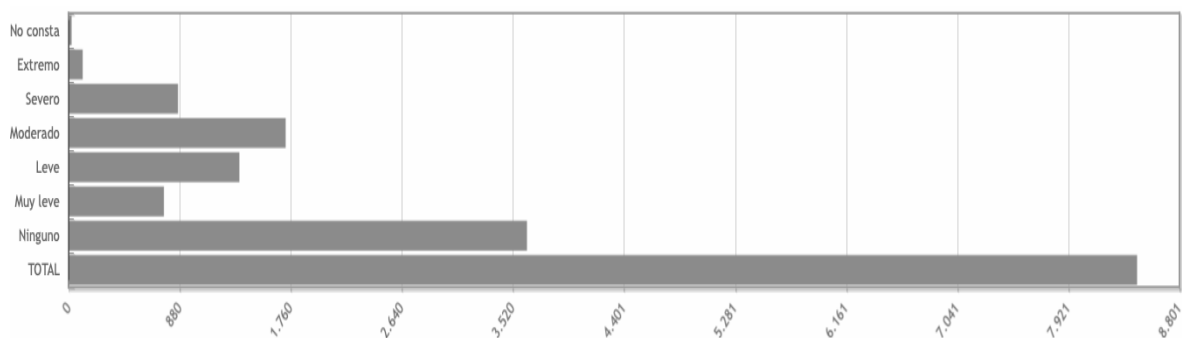


Figura 5. Grado de dolor en nacidos en España de 65 y más años, año 2020.⁽³⁶⁾

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

A su vez, el Instituto Canario de Estadística (ISTAC) junto con el Servicio Canario de Salud (SCS) se recogieron los siguientes datos a nivel de Canarias en 2015, que reflejan que el dolor leve es el tipo de dolor mayoritario con un 27,23% del total de población de 65 años o más, además se puede ver que un 60% refiere algún tipo de dolor en distinto grado.⁽³⁷⁾ Ver Figura 6.

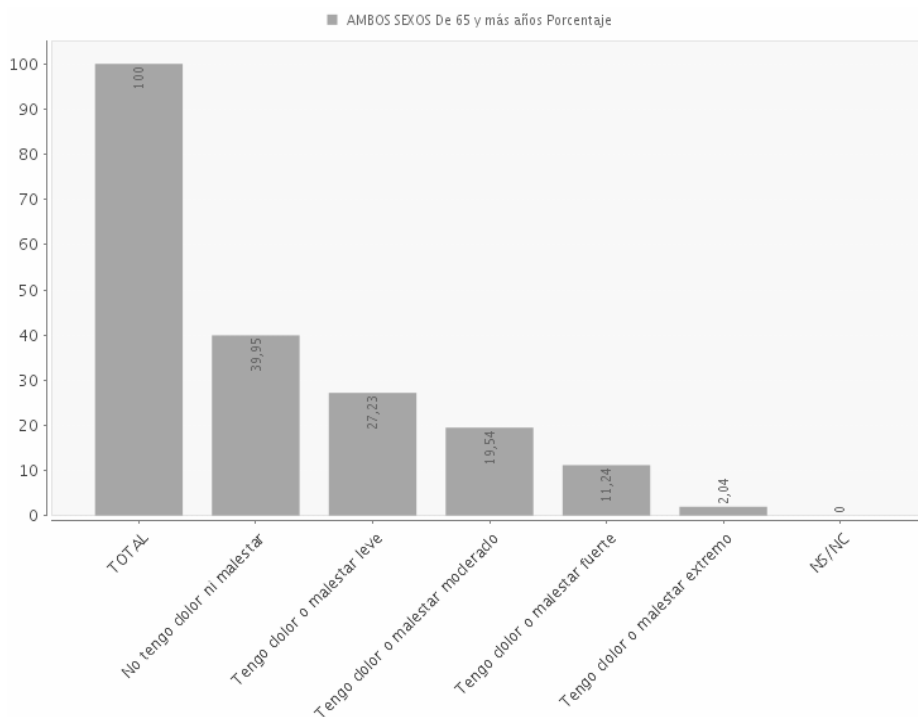


Figura 6. Porcentaje de grado de dolor en población canaria de 65 y más años, año 2015.⁽³⁷⁾

Fuente: Instituto Canario de Estadística.

2.8.2. Características de la población anciana.

En cuanto a la población anciana española, según los datos del siguiente informe recogido en 2020, la población de adultos mayores continúa en aumento, estos representan un 19,3% de la población total española en 2019, además se puede ver reflejado haciendo la comparativa de la edad media en 1970 que fue de 32,7 años, mientras que en la actualidad es de 43,3. Por otro lado, las personas mayores de 80 años forman un 6,1% de la población total, además también se ha visto que aquellos mayores de 100 también van en aumento, subiendo por lo tanto, de manera progresiva la edad media. Además, se ve reflejado también que, entre los países de la Unión Europea, aquellos con mayor número de adultos mayores en 2019 fueron: Alemania (17,9 millones), Italia (13,8), Francia (13,5), y España (9,1).⁽³⁸⁾

El informe nombrado anteriormente muestra también que según la proyección del Instituto Nacional de Estadística (INE) (2018-2068), se prevé que en 2068 podría haber más de 14 millones de ancianos, ocupando así el 29,4% de la población. Se prevé además que entre 2030 y 2040 serán las fechas donde habrá registrado un mayor aumento, ya que coincidirá con la vejez de la gran cantidad de personas nacidas durante el *baby boom*.⁽³⁹⁾ (ver Figura 7).

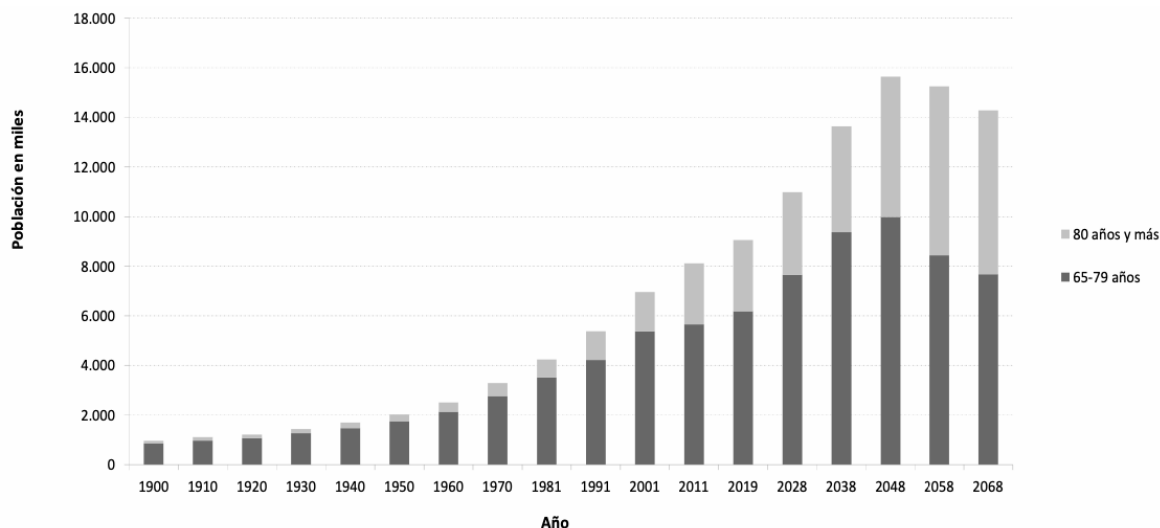


Figura 7. Evolución de la población de 65 y más años en España, desde 1900-2068.⁽³⁹⁾

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Mientras tanto, la esperanza de vida se ha visto incrementada a lo largo del siglo XX y los datos indican que se prevé que este proceso continuará siendo así en el futuro. Este incremento ocurre debido a la disminución de mortalidad infantil, al progreso en los recursos y en las situaciones sanitarias, sociales y económicas, además de un avance en los hábitos de vida, viéndose todo ello reflejado en una sobrevivencia mayor a la vejez a partir de 1980.⁽³⁸⁾ Según el INE en 2019 las mujeres tienen una esperanza de vida al nacer de 86,7 años, mientras que los hombres un 81,1, siendo una media de ambos 83,9 años.⁽³⁹⁾

A nivel de Canarias, la esperanza de vida al nacer según el ISTAC en 2019 era de 84,5 en mujeres y 79,5 en hombres, dando como resultado una media de 82 años, esto muestra que los datos son levemente inferiores que a nivel nacional. A su vez, según los datos demográficos de índice de vejez, se muestra que un 16,63% de la población canaria tiene 65 o más años. Por lo que se ve reflejado en los datos poblacionales a nivel general, Canarias está un poco por debajo de los datos que están recogidos sobre el resto del territorio nacional.⁽³⁷⁾

Con respecto a los ancianos institucionalizados, no existían cifras numéricas fiables respecto a la población que vive en residencias de mayores en España, hasta que Abellán García A. et al ⁽⁴⁰⁾ llevaron a cabo una estimación de esta mediante algunos cálculos, de los cuales se obtuvo una media de 312.894 residentes en septiembre de 2020. Realizaron además una comparativa con la información obtenida del 2019, llegando a la conclusión de que se ha visto reducido el número de ocupación residencial, la principal causa de esto es debido a la pandemia de COVID, entre otras razones también podría ser

por el regreso de ancianos de la residencia a domicilios familiares o bien porque los ingresos no llegan a igualar las defunciones causadas por la pandemia.

El Gobierno de Canarias tiene una red de centros y servicios de dependencia en Canarias, actualmente cuenta con plazas libres en un total de 106 centros de atención residencial, y 117 centros de día en toda Canarias, tanto públicos como privados. En La Palma más concretamente, hay plazas libres en 4 centros residenciales, y 3 centros de día, todos ellos públicos.⁽⁴¹⁾

2.8.3. Ancianos y demencia.

Se ha observado que las cifras de defunciones según la causa de muerte más frecuente del INE muestran que la demencia fue la quinta causa de muerte en España en el año 2020.⁽⁴²⁾ Ver Tabla 5.

Tabla 5. Defunciones según la causa de muerte más frecuente en 2020.

	Total	Hombres	Mujeres
Total de defunciones	493.776	249.664	244.112
Covid-19 virus identificado	60.358	32.498	27.860
Enfermedades isquémicas del corazón	29.654	18.123	11.531
Enfermedades cerebrovasculares	25.817	10.686	13.282
Cáncer de bronquios y pulmón	21.893	16.599	5.294
Demencia	20.822	6.622	14.200

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.⁽⁴²⁾ Elaboración propia.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), hay unos 4,7 millones de personas con demencia a nivel mundial, registrándose 7,7 millones adicionales anuales. Los estudios de prevalencia de esta patología a nivel nacional muestran entre el 5% y el 14,9% en mayores 65 años, y entre el 6,6% y el 17,2% para mayores de 70 años según una revisión reciente del Centro Nacional de Epidemiología. En el caso de las personas que están institucionalizadas existe una prevalencia del 60% de personas con demencia.⁽¹²⁾

El número de personas que padecen demencia aumenta con la edad, por lo tanto, esto podría suponer el origen de una epidemia mundial en los años siguientes, ya que la

población está sufriendo un envejecimiento progresivo. Diversos autores muestran que esta patología es la principal causa de discapacidad y dependencia en los ancianos.⁽⁴³⁾

En cuanto a la incidencia, se muestran cifras similares en España con Europa, es decir, hay un claro aumento en los datos conforme aumenta el grupo de edad, por ejemplo, en el grupo de 64 a 69 años son de 5 a 10 casos por 1.000 personas por año, en cambio en el grupo de 80 a 84 años llegan hasta 40 a 60 casos por 1.000 personas por año. También se ha recogido que el Alzheimer es el tipo de demencia con más incidencia, y además que es en las mujeres donde más casos se dan. Por otro lado, la prevalencia es de un 2% en personas de 65 a 69 años, sin embargo, esta cifra sube claramente en aquellos entre 80 a 84 años, con un 10-17%, alcanzando un 30% de prevalencia en la población mayor de 90 años. Se demuestra, por lo tanto, al igual que en la incidencia, que los valores incrementan con la edad. Asimismo, el Alzheimer es también el tipo de demencia más prevalente, ocupando valores entre el 60-80%.⁽⁴³⁾

La demencia no causa dolor, en cambio, sí está relacionada por ejemplo con infecciones del tracto urinario, úlceras por presión y fracturas a causa de caídas, por lo que en estos casos implicaría como consecuencia dolor. Asimismo, se calcula que entre el 30 y 50% de los casos de demencia presentan además dolor crónico. A su vez, se ha comprobado que el dolor en las personas con demencia puede contribuir a síntomas psicológicos y conductuales asociado a demencias (SPCD), como agresión, agitación, confusión, etc., además de que afecta negativamente en la deambulación y a la hora de conciliar el sueño.⁽¹²⁾

2.8.4. Gestión del dolor por parte de las enfermeras.

Las funciones para el manejo del dolor que llevan a cabo el equipo interdisciplinar son: hacer un plan de cuidados, administrar la analgesia adecuada, mejorar en aliviar el dolor, monitorización de este, prevenir los efectos adversos y el dolor originado por diferentes procedimientos, educación, tanto a la familia como al cuidador si lo tuviese, y documentación correspondiente.

En una revisión bibliográfica llevada a cabo en 2015 por Montoro, et al.⁽⁴⁴⁾ publicada en la revista Gerokomos, con la finalidad de conocer cómo es la gestión del dolor por parte de las enfermeras para poder mejorar, se revisaron varios artículos que manifiestan la falta de formación por parte de las enfermeras en cuanto al manejo del dolor. Gracias a los estudios revisados, las autoras concluyeron que la valoración del dolor en la práctica supone una dificultad para los profesionales debido a su desconocimiento, además se ve evidenciado que existe una carencia de formación por parte de las

enfermeras en cuanto a escalas observacionales del dolor y algoritmos de la gestión de este, de igual manera, se ve manifestado que las enfermeras se sienten inseguras por esto.

Distintas publicaciones muestran que a los ancianos hospitalizados se les consulta menos por su dolor y tienen menos analgesia administrada que los pacientes jóvenes, además, se ha informado que en aquellos con deterioro cognitivo o fractura de cadera no tenían analgesia de ningún tipo pautada. En ancianos el riesgo de infratratamiento es muy grande, ya que son pacientes pluripatológicos.⁽⁴⁵⁾

En España, las recomendaciones orientativas sobre la valoración, seguimiento, tratamiento y el desarrollo de la gestión del dolor en el anciano, las proporciona la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.

El error más frecuente del personal sanitario a la hora de gestionar el dolor en el anciano es en normalizarlo: creer que es menos sensible a este debido a su edad y pensar que los analgésicos, especialmente los opiáceos, son peligrosos para ellos, por otra parte, respecto al dolor en ancianos con déficit cognitivo, se puede pensar que el dolor en este tipo de pacientes no es valorable o relacionar las alteraciones en la conducta a la demencia en vez de al dolor.⁽¹⁵⁾

Papiol Espinosa, G et al en 2015, realizaron una revisión bibliográfica concluyendo que es necesaria la formación de los profesionales sanitarios para la detección del dolor, que la enfermera es fundamental para detectarlo y que, además hacen falta más investigaciones y estudios que permitan una evolución en las herramientas de medición del dolor, para que estas sean más efectivas.⁽⁴⁶⁾

3. JUSTIFICACIÓN

La dificultad que supone la valoración del dolor en las personas con demencia, además de lo importante que es hacer una buena evaluación de este complica las intervenciones para mejorar la calidad de los pacientes. También se ve reflejado que el dolor en los ancianos es tanto infravalorado, como infratratado en su consecuencia. A su vez parece existir un desconocimiento por parte de los profesionales sobre el manejo del dolor en estos pacientes. Por último, se ha recogido igualmente que es necesario más investigación sobre la valoración del dolor en ancianos con demencia, incluyendo las escalas utilizadas.

El envejecimiento de la población, y la cantidad de ancianos con demencia actuales y futuros, suponen cifras poblacionales importantes, por lo que se ve reflejado la magnitud del problema.

Los resultados obtenidos de este proyecto permitirían saber cómo se está evaluando el dolor a los ancianos institucionalizados en La Palma y qué formación tienen los profesionales sanitarios en este aspecto. En base a la información proporcionada se podría actuar subsanando las carencias detectadas, de tal forma que la calidad de vida de estos pacientes se vea aumentada.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

- Valorar los conocimientos y habilidades de los profesionales sanitarios sobre la valoración del dolor en ancianos institucionalizados con demencia en las residencias de mayores en La Palma.

4.2 Objetivos específicos

- Conocer los métodos que utilizan los profesionales para valorar el dolor en ancianos institucionalizados con demencia.
- Analizar qué diferencias existen entre los distintos profesionales a la hora de valorar el dolor en ancianos institucionalizados con demencia.
- Distinguir cuánto influye la experiencia profesional en la valoración del dolor en la demencia.
- Determinar la confianza que tienen los profesionales al valorar el dolor en ancianos institucionalizados con demencia.
- Identificar grado de formación específica de valoración del dolor en los ancianos con demencia, por parte de los profesionales.
- Identificar creencias de los profesionales respecto al dolor y su valoración.
- Estimar la capacidad de reconocer signos y síntomas de dolor en ancianos con demencia.

5. METODOLOGÍA

5.1. Diseño

Este proyecto tiene un diseño cuantitativo del tipo descriptivo y transversal. Este se llevará a cabo en las residencias de mayores de la isla de La Palma más importantes por número de pacientes y profesionales, ambas dependientes del Excelentísimo Cabildo Insular de La Palma.

5.2. Población y muestra

La población de este trabajo son los técnicos de auxiliar de enfermería, enfermeras y médicos que trabajan en la residencia de Pensionistas y Hospital Nuestra Sra. De los Dolores de La Palma.

Se consultó telefónicamente con el Departamento de Recursos Humanos del Excelentísimo Cabildo de La Palma para obtener los datos en cuanto a los distintos grupos de profesionales sanitarios necesarios en este proyecto. Ver Tabla 6.

Tabla 6. Número de profesionales de las residencias

Profesionales	Hospital Nuestra Sra. Dolores	Pensionistas	Total
Médicos	5 (1 es jefe de servicio)	2 (1 es jefe de servicio)	7
Enfermeras	8 (1 es supervisora)	9 (1 es supervisora)	17
Técnicos de Auxiliar de Enfermería	74	50	124
Total de profesionales:			148

Fuente: Residencia de Pensionistas y Hospital de Dolores. Elaboración propia.

Considerando al total (148) como población general, se ha considerado para esta investigación, subdividir cada categoría profesional en una Subpoblación (7 médicos, 17 enfermeras y 124 técnicos de auxiliar de enfermería). Para el cálculo de la muestra necesaria para cada Subpoblación se ha utilizado la siguiente fórmula para cálculo muestra de una población finita:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

N = total de la población

$Z_{\alpha}^2 = 1.96^2$ (para un nivel de confianza del 95%)

p = proporción esperada

q = 1 - p

d = precisión

Se estima una proporción esperada del 50%, al igual que un 95% de nivel de confianza y una precisión del 3%.

Una vez realizados los cálculos, la muestra necesaria será la siguiente (ver Tabla 7).

Tabla 7. Muestra necesaria por cada Subpoblación de profesionales.

Profesionales	Muestra necesaria
Médicos	7
Enfermeras	17
Técnicos de Auxiliar de Enfermería	112

Fuente: Residencia de Pensionistas y Hospital de Dolores. Elaboración propia.

5.2.1. Criterios de inclusión

- Médicos, enfermeros/as y técnicos de auxiliar de enfermería que tengan más de 6 meses trabajados en residencias de ancianos.
- Médicos, enfermeros/as y técnicos de auxiliar de enfermería que estén activos en las residencias de Pensionistas y Hospital Nuestra Sra. De los Dolores de La Palma en el mes de septiembre.

5.2.2. Criterios de exclusión

- Supervisores de Enfermería y Directores Médicos de la Residencia de Pensionistas y Hospital Nuestra Sra. de los Dolores de La Palma.

5.3. Variables e instrumentos de recogida de datos

La recogida de datos se llevará a cabo mediante un cuestionario (ver Anexo 3) de elaboración propia. Se ha realizado principalmente a partir de la escala PAINAD. Los datos de este cuestionario serán recogidos en formato papel, durante una semana en el mes de septiembre. A la hora de estructurar las variables se han definido los siguientes dominios: sociodemográficos, laborales y específicos de la valoración del dolor.

5.3.1. Variables Sociodemográficas

- Sexo: Hombre/mujer. Cualitativa dicotómica.

5.3.2. Variables laborales

- Profesión: enfermero/a; médico/a; o técnico/a de auxiliar de enfermería. Cualitativa Politómica.
- Años de experiencia laboral: Menos de 5 años; 5 - 10 años; 10 - 20 años; o 20 años o más. Cualitativa politómica.
- Experiencia profesional con ancianos: Menos de 5 años; 5 - 10 años; 10 - 20 años; o 20 años o más. Cualitativa politómica.
- Formación especializada en valoración del dolor: si o no. Cualitativa dicotómica.

5.3.3. Variables específicas de la valoración del dolor

- Utilización de escalas para valorar el dolor: si o no. Cualitativa dicotómica.
- Número de escalas que utiliza: 1; 2; 3 o más. Cualitativa politómica.
- Conocimiento de escalas: 1;2;3;4 o 5. Cualitativa politómica.
- Capacidad de valoración: Cualitativa ordinal.
- Tiempo suficiente empleado en la valoración: Cualitativa ordinal.
- Seguridad al realizar la valoración del dolor en ancianos demenciados: Cualitativa ordinal.
- Grado de credibilidad del dolor referido por el anciano: Cualitativa ordinal.
- Nivel de infratratamiento del dolor en ancianos con demencia: Cualitativa ordinal.
- Grado de sensibilidad al dolor en los ancianos según el profesional: Cualitativa ordinal.
- Medición de signos vitales para valorar el dolor: Cualitativa ordinal.
- Observación de la respiración para valorar el dolor: Cualitativa ordinal.
- Observación de la vocalización negativa (gemidos, lamentos, llantos...) para valorar el dolor: Cualitativa ordinal.
- Observación de la expresión facial para valorar el dolor: Cualitativa ordinal.
- Observación del lenguaje corporal para valorar el dolor: Cualitativa ordinal.
- Utilización de mecanismos de alivio del dolor para valorarlo: Cualitativa ordinal.
- Capacidad de determinar el nivel de dolor según la respiración: Cualitativa ordinal.
- Capacidad de determinar el nivel de dolor según el lenguaje corporal: Cualitativa ordinal.
- Capacidad de determinar el nivel de dolor según como esté de distraído el paciente: Cualitativa ordinal.
- Utilización de movimiento para valorar el dolor: Cualitativa ordinal.

- Capacidad de relacionar alteraciones en la conducta en anciano con demencia a causa del dolor: Cualitativa ordinal.
- Capacidad de detectar el dolor según el patrón del sueño: Cualitativa ordinal.
- Capacidad de detección de alteraciones de la conducta a causa del dolor en el anciano demenciado: Cualitativa ordinal.
- Nivel de observación del dolor al detectar posturas antiálgicas: Cualitativa ordinal.

5.4. Recogida y análisis de datos

Para la recogida de los datos, se pasará el cuestionario (ver Anexo 3) autoadministrado en formato papel a los profesionales que estén trabajando en cada centro, se recogerá de tal forma que sea anónimo tras haber pasado una semana, para su análisis posterior.

El cuestionario consta de una parte de preguntas cerradas y otro apartado en formato escala likert. El apartado de preguntas cerradas está formado por 8 preguntas, las cuales responden al tipo de profesión; la experiencia, tanto laboral, como en geriatría; si ha recibido formación específica sobre el dolor y su valoración; por último, si utiliza alguna escala y cuántas. Por otro lado, en la escala likert se mide la capacidad de valoración del dolor en esta tipología de pacientes, las creencias en cuanto al dolor en los ancianos y los signos y síntomas de dolor en ancianos con demencia.

Para el análisis de los resultados obtenidos, se utilizará el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25, se llevará a cabo un análisis descriptivo obteniendo tablas de frecuencias y porcentajes en base a las variables cualitativas, nominales y ordinales, que se quieren valorar, además, para identificar si las variables están relacionadas se efectuará la prueba del Chi², contemplando $p \leq 0.5$ como valor estadísticamente relevante.

5.5 Consideraciones éticas

Se garantiza que la recogida y manipulación de los datos recogidos en este proyecto será de forma confidencial y anónima, de tal manera se le especifica a los participantes a la hora de entregar el cuestionario (ver Anexo 4). Cumpliendo así con *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*.⁽⁴⁷⁾

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Albarracín Cárdenas AD. Dolor: Historia, morfofisiología, evaluación y costo. Rev Colomb Enferm [Internet]. 2007 [citado 9 de mayo de 2022]; 2(1):7-18. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6986431>
2. Sáez López MP, Sánchez Hernández N, Jiménez Mola S, Alonso García N, Valverde García JA. Valoración del dolor en el anciano. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2015 [citado 10 de mayo de 2022]; 22(6): 271-274. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462015000600008&lng=es.
3. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises: Concepts, challenges, and compromises. Pain [Internet]. 2020 [citado el 20 de febrero de 2022];161(9):1976–82. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC7680716/>
4. Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. Oncología (Barc.) [Internet]. 2005 [citado 2022 Feb 20]; 28(3): 33-37. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es.
5. La neuromatrix y su importancia en la neurobiología del dolor. Invest. clín [Internet]. 2015 [citado 2022 Mar 04]; 56(2): 109-111. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332015000200001&lng=es.
6. Melzack R. From the gate to the neuromatrix. Pain [Internet]. 1999 [citado 2022 Mar 04]; 82:121–6. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0304-3959\(99\)00145-1](http://dx.doi.org/10.1016/s0304-3959(99)00145-1)
7. Iannetti GD, Mouraux A. From the neuromatrix to the pain matrix (and back) [Internet]. Exp Brain Res 2010 [consultado 06 May 2022]; 205:1-12. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00221-010-2340-1>
8. Genis Rondero MA. Manejo del dolor por el médico de primer contacto [Internet]. México D.F.: Editorial Alfil, S. A. de C. V. 2007 [consultado 06 May 2022]. Disponible en: <https://elibro-net.accedys2.bbt.ull.es/es/ereader/bull/72751?page=46>
9. Montealegre Iniesta L. Valoración-evaluación del dolor en los ancianos. Revista de Enfermería Gerontológica [Internet]. 2010 [citado 10 de mayo de 2022]; (14): 34-38. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6621287>

10. Ciutat D. Vista de Las vías de transmisión del dolor. L'ull crític [Internet]. 2000 [citado el 24 de marzo de 2022]; (6): 17-28. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1881456>
11. Zegarra Piérola, JW. Bases fisiopatológicas del dolor. Acta méd. peruana [Internet]. 2007 [citado 2022 Mar 24] ; 24(2): 35-38. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172007000200007&lng=es.
12. González Vaca J, García Hernández M, Tortosa i Moreno A. El dolor en personas con demencia moderada o severa: revisión narrativa. Gerokomos [Internet]. 2020 [citado el 25 de marzo de 2022];31(3):144-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2020000300005>
13. García Romero J, Jiménez Romero M, Fernández Abascal A, Sánchez Carrillo F, Gil Fernández M. La medición del dolor: una puesta al día. Med Integr [Internet]. 2002 [citado el 25 de marzo de 2022];39(7):317–20. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-la-medicion-del-dolor-una-13029995>
14. Serrano Atero MS, Caballero J, Cañas A, García Saura PL, Serrano Álvarez C, Prieto J. Valoración del dolor (II). Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2002 [citado el 12 de mayor de 2022];9:109-12. Disponible en:http://revista.sedolor.es/pdf/2002_02_06.pdf
15. Peñafiel Olivar A. Valoración del dolor en la demencia. Revista de Enfermería Gerontológica [Internet]. 2010 [citado 10 de mayo de 2022]; (14): 24-27. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6621285>
16. American Geriatrics Society. The management of persistent pain in older persons. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2002 [citado el 16 de mayor de 2022]; 50(6):205-24. Disponible en: <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.50.6s.1.x>
17. Hadjistavropoulos T, Herr K, Prkachin KM, Craig KD, Gibson SJ, Lukas A, et al. Pain assessment in elderly adults with dementia. Lancet Neurol [Internet]. 2014 [citado 8 de mayo de 2022];13(12):1216–27. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1474442214701036>
18. Fuchs Lacelle S, Hadjistavropoulos T. Development and preliminary validation of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC). Pain Management Nursing [Internet]. 2004 [citado 12 de mayo de 2022]; 5(1); 37-49. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2003.10.001>.
19. Rodríguez Mansilla J, Jiménez Palomares M, González López Arza MV. Escalas de valoración del dolor en pacientes con demencia. Instrumentos de ayuda para el

- fisioterapeuta, el médico, el enfermero y el terapeuta ocupacional. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2014 [citado el 5 de abril de 2022]; 49(1):35–41. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-escalas-valoracion-del-dolor-pacientes-S0211139X13001388>
20. Tierra Burguillo MP, Villa Campos Z, Benítez González JC. El rol enfermero ante el dolor en la tercera edad. En: Gázquez Linarea JJ, Pérez Fuentes MC, Molero Jurado MM, Mercader Rubio I, Barragán Martín AB, coordinadores. Investigación en salud y envejecimiento: Volumen II. ASUNIVEP; 2015. p. 49-52. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5214352>
 21. Herr K, Bjoro K, Decker S. Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: a state-of-the-science review. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2006 [citado 11 de mayo de 2022];31(2):170–92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2005.07.001>
 22. Real Academia Española [Sede web]. Madrid [Consultado 19 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.rae.es>
 23. Gómez Pavón J, Alcaraz López G, Cristoffori G, Aguado R, Ares Conde B. Concepto de fragilidad: detección y tratamiento. Tipología del paciente anciano. Valoración geriátrica integral y criterios de calidad asistencial. Medicine [Internet]. 2018 [citado el 19 de abril de 2022];12(62):3627-36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2018.09.001>
 24. Garcia Lopez MV, Rojas Ocaña MJ. Enfermería del Anciano [Internet]. DAE; 2017 [Consultado 19 de abril de 2022]. Disponible en: <https://ebooks.enfermeria21.com/ebooks/-html5-dev/617/?key=bTVoYldVOVZVNUUpWa1ZTVTBsRVFVUXpNRGNtYm05a2J6MDJNVGNtWm1WamFHRTINakF5TWpBMU1EWXhNekk0Sm5ScGNHOWZjSEp2ZUhrOU1DWndZWE56ZDI5eVpEMVJNemd4T0RBd01VUT1kWE5sYw%3D%3D>
 25. Felipe Salech M, Rafael Jara L, Luis Michea A, PHD. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2012 [citado el 20 de abril de 2022];23(1):19-29. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0716-8640\(12\)70269-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0716-8640(12)70269-9)
 26. Cano CA, Borda MG, Arciniegas AJ, Parra JS. Problemas de la audición en el adulto mayor, factores asociados y calidad de vida: estudio SABE, Bogotá, Colombia. Biomédica [Internet]. 2014 [citado el 21 de abril de 2022];34(4):574-9. Disponible en: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/2352>
 27. Miqueli Rodríguez M, López Hernández SM, Rodríguez Masó S. Baja visión y envejecimiento de la población. Rev Cubana Oftalmol [Internet]. 2016 [citado el 21

- de abril de 2022];29(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762016000300011
28. Castro-Suarez S. Envejecimiento saludable y deterioro cognitivo. Rev Neuro Psiquiatr [Internet]. 2019 [citado el 21 de abril de 2022];81(4):215-16. Dponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/3435>
 29. Rubio Hernández A, Nieto Alcaraz R, Arcos García CM. La comunicación no verbal con el anciano y los profesionales sanitarios. Rev Esp Comun Salud [Internet]. 2015 [citado 23 Febrero 2022];6(2):197–203. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/accedys2.bbt.ull.es/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=117819068&lang=es&site=ehost-live>
 30. Sotto Mayor M, Pestana H, Reis G, Carneiro C, Valente M. Dolor y demencia en las personas que viven en una unidad de larga estancia. Gerokomos [Internet]. 2015 [citado 2022 Mayo 11] ; 26(1): 23-27. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2015000100006&lng=es.
 31. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2021 [citado el 11 de mayo de 2022]. Dementia. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
 32. Maldonado Merchán S. Perfil de alteraciones del lenguaje en diferentes tipos de demencias. Rev Fac Cienc Méd Univ Cuenca [Internet]. 2017 [citado el 11 de mayo de 2022];35(2):31–8. Disponible en: <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/1720>
 33. Dosil Díaz C, Iglesias Souto PM, Taboada Ares EM, Dosil Maceiras A, Real Deus JE. Perfil de las personas mayores usuarias de residencias de asistidos. Revista INFAD de Psicología [Internet]. 21 de diciembre de 2014 [citado 11 de mayo de 2022];5(1):291-8. Disponible en: <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v5.685>
 34. Umivale. Manual de Buenas Prácticas en Residencias de 3a Edad [Internet]. 2016. [citado el 11 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://umivale.es/dam/web-corporativa/Documentos-prevenci-n-y-salud/Sector%20Sanitario/160208-Manual-Buenas-Prcticas-en-Residencias.pdf>
 35. Imaginário Cristina, Machado Paulo, Antunes Cristina, Martins Teresa. Perfil funcional de los ancianos institucionalizados en residencias: estudio piloto. Gerokomos [Internet]. 2018 [citado 2022 Mayo 18] ; 29(2) : 59-64. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000200059&lng=es.

36. Instituto Nacional de Estadística [Sede web]. Madrid; 2020 [2021; citado 4 de mayo de 2022]. Grado de dolor padecido en las últimas cuatro semanas según sexo, país de nacimiento y grupo de edad. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?tpx=47262>
37. Instituto Canario de Estadística [Sede web]. Comunidad Autónoma de Canarias; 2015 [citado 3 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/>
38. Pérez Díaz J, Abellán García A, Aceituno Nieto P, Ramiro Fariñas D. Un perfil de las personas mayores en España, 2020 [Internet]. 2020 [citado 3 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>
39. Instituto Nacional de Estadística [Sede web]. Madrid; 2020 [2021; citado 4 de mayo de 2022]. Esperanza de vida en buena salud al nacer por sexo, esperanza de vida y periodo. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t00/ICV/Graficos/dim3/&file=312G2.px>
40. Abellán García A, Aceituno Nieto P, Castillo Belmonte AB, Ramiro Fariñas D. Nivel de ocupación en residencias de personas mayores [Internet]. 2020 [citado 5 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://envejecimientoenred.es/nivel-de-ocupacion-en-residencias-de-personas-mayo>
41. Gobierno de Canarias [Sede web]. Comunidad Autónoma de Canarias [citado 5 de mayo de 2022]. Red de Centros y Servicios de Dependencia en Canarias. Disponible en: <https://www.gobiernodecanarias.org/derechossociales/dependencia/>
42. Instituto Nacional de Estadística [Sede web]. Madrid; 2020 [2021; citado 5 de mayo de 2022]. Estadística de defunciones según la causa de muerte [Internet]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175
43. Villarejo Galende A, Eimil Ortiz M, Llamas Velasco S, Llanero Luque M, López de Silanes de Miguel C, Prieto Jurczynska C. Informe de la Fundación del Cerebro. Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Neurología [Internet]. 2021 [citado 5 de mayo de 2022];36(1):39-49. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-avance-resumen-informe-fundacion-del-cerebro-impacto-S021348531730350X>
44. Montoro Lorite M, Canalias Reverter M. Dolor y demencia avanzada: Revisión bibliográfica. Gerokomos [Internet]. 2015 [citado 11 de mayo de 2022]; 26(4):142-

147. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2015000400006
45. Javier de Andrés A, Juan Pablo Acuña B, Alicia Olivares S. Dolor en el paciente de la tercera edad. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2014 [citado 11 de mayo de 2022];25(4):674–86. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014700896>
46. Papiol Espinosa G, Abades Porcel M. Valoración del dolor en demencia avanzada: revisión bibliográfica. Gerokomos [Internet]. 2015 [citado 2022 Mayo 12] ; 26(3): 89-93. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2015000300004&lng=es.
47. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales [Internet]. Boletín Oficial del Estado, 294 dic 7, 2018. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-16673>

9. ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario del Dolor de McGill (MPQ)

Nombre: Edad:

Historia n.º: Fecha:

Categoría clínica (cardiaca, neurológica):

Diagnóstico.....

Analgésicos (si ya se han administrado)

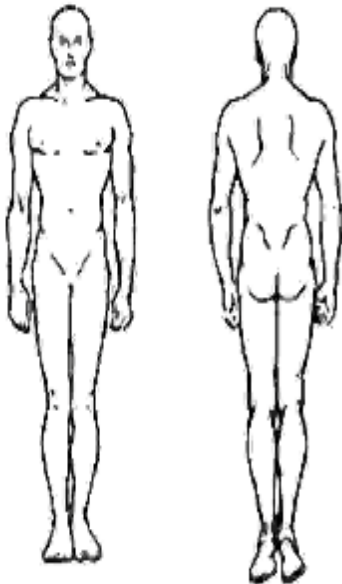
1. Clase
2. Dosificación
3. Fecha de administración (en relación con esta prueba)

Inteligencia del paciente: rodear con un círculo el mejor número
1 (baja) 2 3 4 5 (alta)

PARTE I. Localización del dolor

Señalar en el gráfico adjunto la zona donde se localiza el dolor.

Si el dolor es externo: E, Si es interno: I, Si es ambos: EI.



PARTE II. Descripción del dolor (PRI)

Escoger una sola palabra de cada apartado que mejor defina el tipo de dolor que se padece en este momento.

1	2	3	4
Aletea Tiembla Late Palpita Golpea Martillea	Brinco Destello Disparo	Pincha Perfora Taladra Apuñala Lancinante	Agudo Cortante Lacerante
5	6	7	8
Pellizca Aprieta Roe Acalambra Aplasta	Tira Tracciona Arranca	Calienta Quema Escalda Abrasa	Hormigueo Picor Escozor Aguijoneo
9	10	11	12
Sordo Penoso Hiriente Irritante Pesado	Sensible Tirante Áspero Raja	Cansa Agota	Marea Sofoca
13	14	15	16
Miedo Espanto Pavor	Castigador Abrumador Cruel Rabioso Mortificante	Desdichado Cegador	Molesto Preocupante Apabullante Intenso Insoportable
17	18	19	20
Difuso Irradia Penetrante Punzante	Apretado Entumecido Exprimido Estrujado Desgarrado	Fresco Frío Helado	Desagradable Nauseabundo Agonístico Terrible Torturante

PARTE III. Cambios que experimenta el dolor

Escoger la palabra o las palabras que describan el modelo o patrón que sigue el dolor

1	2	3
Continuo	Rítmico	Breve
Invariable	Periódico	Momentáneo
Constante	Intermitente	Transitorio

Factores que alivian el dolor:

Factores que agravan el dolor:

PARTE IV. Intensidad del dolor (PPI)

Elegir la palabra que mejor refleje la magnitud del dolor en este momento

1	2	3	4	5
Ligero	Molesto	Angustioso	Horrible	Atroz

SISTEMA DE PUNTUACIÓN

1. PRI (*Pain rating index* = índice de valoración del dolor)

Sensorial: (1-10)

Afectivo: (11-15)

Evaluativo: (16)

Miscelánea: (17-20)

2. PPI (*Present pain index* = índice de intensidad del dolor)

3. Número de palabras escogidas

Fuente: Serrano Atero MS, Caballero J, Cañas A, García Saura PL, Serrano Álvarez C, Prieto J.

Anexo 2. Escala PACSLAC.

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

DATE: _____ TIME ASSESSED: _____

NAME OF PATIENT/RESIDENT: _____

PURPOSE:

This checklist is used to assess pain in patients/residents who have dementia and have limited ability to communicate.

INSTRUCTIONS:

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 Score sum all four Sub-Scale totals.

Comments:

Facial Expressions	Present
Grimacing	
Sad Look	
Tighter face	
Dirty look	
Change in eyes (squinting, dull, bright, increased movement)	
Frowning	
Pain expression	
Grim face	
Clenching teeth	
Wincing	
Opening mouth	
Creasing forehead	
Screwing up nose	
Activity/Body Movement	
Fidgeting	
Pulling Away	
Flinching	
Restless	
Pacing	
Wandering	
Trying to leave	
Refusing to move	
Thrashing	
Decreased activity	
Refusing medications	
Moving slow	
Impulsive Behaviour (e.g., repetitive movements)	

Activity/Body Movement	Present
Uncooperative/Resistant to care	
Guarding sore area	
Touching/holding sore area	
Limping	
Clenched fist	
Going into foetal position	
Stiff/Rigid	
Social/Personality/Mood Indicators	
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	
Physiological Indicators/Eating/ Sleeping Changes/Vocal Behaviors	
Pale Face	
Flushed, red face	
Teary eyed	

Physiological Indicators/Eating/ Sleeping Changes/Vocal Behaviors (Continued)	Present
Sweating	
Shaking/Trembling	
Cold & clammy	
Changes in sleep (please circle): Decreased sleep or Increased sleep during day	
Changes in Appetite (please circle): Decreased appetite or Increased appetite	
Screaming/Yelling	
Calling out (i.e. for help)	
Crying	
A specific sound or vocalization for pain 'ow', ouch'	
Moaning and groaning	
Mumbling	
Grunting	

Sub-scale Scores:

Facial Expressions _____

Activity/Body Movement _____

Social/Personality Mood _____

Other _____

Total Checklist Score _____

Fuente: Fuchs Lacelle S, Hadjistavropoulos T.

Anexo 3. Cuestionario sobre la valoración del dolor en ancianos con demencia.

Estimado profesional:

El siguiente cuestionario es parte de una investigación que busca mejorar el control del dolor del paciente anciano institucionalizado. Consta de una parte de preguntas cerradas y otra en la que se le pedirá que muestre su opinión. Se estima que su cumplimentación no le llevará más de 5-10 minutos.

1. Sexo:

- Hombre
- Mujer

3. Experiencia profesional:

- Menos de 5 años
- 5 - 10 años
- 10 - 20 años
- 20 años o más

2. Profesión:

- Técnico auxiliar de enfermería
- Enfermero/a
- Médico

4. Experiencia profesional con ancianos:

- Menos de 5 años
- 5 - 10 años
- 10 - 20 años
- 20 años o más

5. Indique si ha recibido formación sobre la valoración del dolor en ancianos con demencia:

- Si
- No

6. Indique si utiliza escalas para la valoración del dolor:

- Si
- No

7. En el caso de utilizar escalas, indique cuántas:

- 1
- 2
- 3 o más

8. De las siguientes escalas de valoración del dolor, marque cuales conoce en el caso de conocer alguna:

- EVA
- PAINAD
- PACSLAC
- DOLOPLUS-2
- NOPPAIN

<p align="center">Con respecto a las siguientes afirmaciones, marque de 0 a 5 en función de cuánto este de acuerdo con el enunciado, siendo 0 no estoy nada de acuerdo y 5 estoy muy de acuerdo</p>	0	1	2	3	4	5
1. Considero saber valorar el dolor en ancianos con demencia.						
2. Tengo el tiempo suficiente para evaluar el dolor en mi jornada laboral.						
3. Me siento inseguro/a al intentar definir el dolor de mis pacientes con demencia.						
4. Creo que el dolor referido por el anciano siempre es real						
5. Creo que a los ancianos con demencia se les da menos analgesia de la necesaria						
6. Los ancianos son menos sensibles al dolor.						
7. Observo los signos vitales para valorar el dolor.						
8. Siempre valoro la respiración para evaluar el dolor.						
9. Siempre valoro la vocalización negativa (gemidos, lamentos, llantos...) para evaluar el dolor.						
10. Siempre valoro la expresión facial para evaluar el dolor.						
11. Siempre valoro el lenguaje corporal para evaluar el dolor.						
12. Siempre tengo en cuenta la capacidad de alivio del dolor para valorarlo.						
13. La respiración Cheyne-Stokes indica dolor leve.						
14. El continuo movimiento de manos es indicativo de dolor.						
15. Si el paciente se distrae con mi voz es indicativo de que tiene dolor leve.						
16. Uso movimientos como dar de comer, sentar o levantar al paciente para valorar el dolor.						
17. Las alteraciones conductuales en el anciano con demencia están relacionadas con el dolor.						
18. Un patrón de sueño alterado es indicativo de dolor.						
19. Síntomas como irritabilidad o agresividad son signos de dolor en ancianos con demencia.						
20. Soy capaz de detectar las posturas antiálgicas.						

Anexo 4. Solicitud de participación a sanitarios.

Estimado/a profesional:

Mi nombre es Carla Fariña González y soy estudiante de 4º del Grado de Enfermería de la Universidad de La Laguna con sede en La Palma. Estoy realizando un trabajo de investigación bajo la tutorización del Profesor Jorge A. Martín Martín, sobre las competencias en cuanto a la valoración del dolor en ancianos con demencia en las residencias de mayores de La Palma.

Solicito su participación mediante este cuestionario anónimo y voluntario cuya cumplimentación no le llevará más de unos 5 minutos. Se informa que el uso posterior de los datos obtenidos es exclusivamente con fines de docencia, investigación y/o publicación científica. Una vez completado el cuestionario deberá depositado en el despacho del director/a del centro de forma anónima.

Muchísimas gracias por su colaboración.

Anexo 5. Solicitud de autorización para recogida de datos.

Estimado/a _____,

Mi nombre es Carla Fariña González y soy estudiante de 4º del Grado de Enfermería de la Universidad de La Laguna en la sede de La Palma.

Como Trabajo de Final de Grado, estoy realizando un proyecto de investigación sobre las competencias de ciertos grupos de profesionales sanitarios a la hora de valorar el dolor en ancianos institucionalizados con demencia bajo la tutorización de D. Jorge Antonio Martín Martín, profesor asociado de la Universidad de La Laguna.

Por este motivo, me dirijo a Ud. con el fin de solicitar su autorización para recoger los datos necesarios mediante un cuestionario a los profesionales de Enfermería, Medicina y Técnicos de Auxiliar de Enfermería.

La participación de los profesionales que deseen colaborar será de manera voluntaria y anónima, en ningún caso podrá identificarse a la persona que lo completa. Los datos obtenidos se utilizarán de forma que se respeten los principios éticos de beneficencia, justicia, fidelidad y veracidad, de la *“Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales”*.

Gracias por su colaboración.

En _____ a _____ de 2022.