

El dolor en personas con demencia moderada o severa: revisión narrativa

Pain in people suffering moderate or severe dementia: narrative review

Julia González Vaca^{1,*}
 Misericordia García Hernández²
 Avelina Tortosa i Moreno³

1. Enfermera Especialista en Geriátría. Profesora asociada de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Barcelona. Barcelona. España.
2. Doctora en Enfermería. Profesora titular de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Barcelona. Barcelona. España.
3. Doctora en Medicina. Profesora titular de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Barcelona. Barcelona. España.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juliagonzalezvaca@ub.edu (Julia González Vaca).

Recibido el 15 de mayo de 2019; aceptado el 12 de junio de 2019

RESUMEN

La prevalencia de dolor en personas mayores de 65 años oscila entre el 30-50% en la comunidad hasta el 70% en institucionalizados.

El dolor debe considerarse como un síndrome geriátrico. Para la evaluación apropiada del dolor se deben usar herramientas validadas.

La demencia en sí misma no es dolorosa; se estima que el 30-50% de mayores que tienen demencia experimentan dolor crónico.

Este dolor puede contribuir a aumentar los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia.

Los objetivos de esta revisión fueron examinar las escalas observacionales para el dolor validadas en español e identificar cuáles son las intervenciones no farmacológicas para tratar el dolor en personas con demencia moderada-severa.

La evaluación del dolor en personas con demencia moderada o avanzada ha de ser multicontextual; siempre se aconseja preguntar directamente a la persona si refiere dolor. Las cuatro herramientas recomendadas en esta revisión son: DOLOPLUS2, PACSLAC, PAINAD y Abbey Pain Scale; estas dos últimas son las más sencillas y rápidas.

La implementación de medidas no farmacológicas durante el tratamiento del dolor es positiva, por la disminución del dolor y porque también evita la polimedición innecesaria, pero aún hay que vencer los prejuicios del personal sanitario y los problemas logísticos de su aplicación.

Por último, lo más importante de esta revisión es la propuesta de intervenciones no farmacológicas concretas para tratar el dolor en personas con demencia moderada-severa y que pueden ser prescritas y llevadas a cabo por enfermería.

PALABRAS CLAVE: Dolor, valoración, manejo, demencia, intervenciones no farmacológicas, deterioro cognitivo.

ABSTRACT

The prevalence of pain in people over 65 years of age oscillates between 30 and 50% within the community, and reaches 70% in institutionalized patients. Pain must be considered a geriatric syndrome. In order to appropriately evaluate pain, validated must be used.

Dementia in itself is not painful; it is estimated that 30-50% of older people with dementia have chronic pain. This pain may contribute to an increase in the behavioral and psychological symptoms of dementia.

The aims of this revision were to examine the observational scales in pain, validated in Spanish, and identify the non-pharmacological interventions to treat pain in people with moderate to severe dementia.

Evaluating pain in people with moderate to severe has to be multidimensional. It is always advised to question pain directly regarding the experience of pain. The four recommended tools in this revision are: DOLOPLUS2, PACSLAC, PAINAD and Abbey Pain Scale; the last two being simpler and quicker.

The implementation of non-pharmacological measures during treatment is positive, because of pain reduction and the avoidance of unnecessary medication. However, prejudices from health professionals and organizational problems in applying these, must be overcome.

The proposal of concrete non-pharmacological interventions in the treatment of pain is the most important contribution of this review, as they may be prescribed and implemented by nursing staff.

KEYWORDS: Pain, assessment, management, dementia, non-pharmacological intervention, cognitive impairment.

■ INTRODUCCIÓN

La definición de dolor más aceptada en la actualidad es la dada por la International Association for the Study of Pain (IASP) en 1994: "el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño"¹. Aunque discutida esta definición en algunos ámbitos por obviar en cierta forma la presencia de dolor en personas con dificultades de comunicación, se propone también incluir en la propia definición el hecho de

poder considerar el padecer dolor crónico una enfermedad en sí misma².

El envejecimiento es un proceso fisiológico que conlleva una mayor vulnerabilidad y un incremento de las enfermedades agudas y crónicas que cursan con dolor. La prevalencia de dolor en las personas mayores de 65 años oscila entre el 30% y el 50% en aquellos que viven en la comunidad³. La prevalencia aumenta cuando hablamos de residencias o centros sociosanitarios, donde se llega a cifras del 70%⁴. Se estima que en el anciano, según el tipo de dolor, la prevalencia de dolor agudo es del 5% y la de dolor crónico, del 32,9-50,2%⁵.

No se puede dejar de mencionar el hecho de que el dolor no es detectado en su totalidad en el grupo de mayores, en ocasiones por creencias culturales tanto del personal sanitario como de los propios ancianos; en otras, por ser un paciente geriátrico, es decir con pluripatología, en muchas ocasiones crónica, y de difícil manejo. Esto provoca también que en los casos diagnosticados de dolor crónico este sea infratratado. Además de lo escrito, en las personas ańosas con demencia moderada se ańade la dificultad de comunicaci3n propia de la enfermedad, lo que dificulta el diagn3stico y el tratamiento del dolor⁶.

El dolor debe considerarse como un sńndrome geriátrico, al ser fuente de deterioro funcional, de causa multifactorial y cuya identificaci3n depende de una valoraci3n multidisciplinar^{7,8}.

La demencia es un sńndrome clńnico caracterizado por un dńficit adquirido en m1s de un dominio cognitivo, que representa una pńrdida respecto al nivel previo y que reduce de forma significativa la autonomía funcional. La demencia cursa frecuentemente con sńntomas conductuales y psicol3gicos (SCPD), tambi3n denominados sńntomas conductuales y emocionales o sńntomas neuropsiquiátricos⁹.

Según la Organizaci3n Mundial de la Salud, en el mundo hay unos 47,5 millones de personas que padecen demencia, y cada ańo se registran 7,7 millones de nuevos casos. Los estudios de prevalencia en Espańa han mostrado cifras que oscilan entre el 5% y el 14,9% para mayores de 65 ańos, y entre el 6,6% y el 17,2% para mayores de 70 ańos segun una revisi3n reciente del Centro Nacional de Epidemiología de los estudios poblacionales realizados en Espańa. Pero si nos centramos en personas institucionalizadas, se habla de prevalencias en torno al 60% de demencia, en muchas ocasiones infradiagnosticada⁸.

En lo que se refiere a la percepci3n del dolor en personas que padecen demencia, no se aprecian cambios en el umbral de respuesta del dolor, pero sí en la tolerancia al mismo. El componente sensorial est1 indemne, mientras que el componente afectivo del dolor se encuentra modificado⁹.

La demencia en sí misma no es dolorosa; sin embargo, se asocia con un mayor riesgo de situaciones como infecciones del tracto urinario, úlceras por presi3n y fracturas inducidas por caídas que causan dolor. Se estima que el 30-50% de las personas que tienen demencia experimentan dolor cr3nico. Este dolor puede contribuir a los SPCD (agresi3n, agitaci3n, aislamiento, confusi3n y empeorar el deterioro cognitivo), así como a empeorar las dificultades para la deambulaci3n y los problemas en la conciliaci3n del sueńo¹⁰.

Los pacientes con demencia en fase moderada comienzan a tener dificultades para la comunicaci3n, recordar o definir palabras y conceptos. Todo ello dificulta la detecci3n de dolor; es importante resaltar este hecho si recordamos que m1s del 80% de los mayores de 65 ańos sufren enfermedades articulares, y por tanto son susceptibles de presentar dolor¹⁰.

En la demencia leve y moderada, donde el lenguaje no est1 gravemente afectado, es probable que la persona pueda responder preguntas sobre el dolor. Sin embargo, es importante aclarar que el hecho de que una persona pueda usar el lenguaje no significa que comprenda lo que se est1 diciendo, que pueda convertir lo que siente en las palabras correctas o que incluso lo comunique. El clńnico debe intentar verificar los informes verbales mediante la observaci3n del paciente y la evaluaci3n repetida. Los informes verbales son tan v1lidos como los de las personas de la misma edad con cognici3n normal (Parmelee et al., 1993), por lo que es sensato creer en ellos (Ferrell et al., 1995). Dado que el dolor es una experiencia subjetiva, el clńnico debe depender de la informaci3n verbal y conductual proporcionada por el paciente, tenga o no una cognici3n normal¹¹.

Para la evaluaci3n apropiada del dolor se usan una serie de herramientas validadas, que est1n basadas en el constructo multidimensional del

dolor, definido por Loeser (1982), que agilizan la valoraci3n sistemática, lo cual permite poder tratar y manejar de la mejor manera el dolor^{4,12-14}.

Melzack et al.¹⁰ elaboraron metodologías para la observaci3n y valoraci3n del dolor. Desde entonces, en los últimos 30 ańos se han validado unas 35 herramientas para la detecci3n del dolor en pacientes con demencia y dificultades de comunicaci3n, todas ellas escalas observacionales¹⁰.

Los objetivos de esta revisi3n fueron examinar las distintas escalas observacionales para el dolor validadas en espańol e identificar cu1les son las posibles intervenciones no farmacol3gicas para tratar el dolor en personas con demencia moderada-severa.

MÉTODOS

Para ello, se realiz3 una b1squeda bibliogr1fica cuyo principal objetivo fue conocer las escalas de valoraci3n y el tipo de intervenciones no farmacol3gicas para el manejo del dolor en personas mayores que padecen demencia moderada y/o severa. Se diseńo una estrategia de b1squeda en las bases de datos PubMed y CINAHL, para obtener todos aquellos artícu- los publicados entre 2010 y 2017. Se utilizaron las siguientes palabras clave con sus diferentes combinaciones en espańol e ingl3s: demencia, deterioro cognitivo, dolor, manejo, escala, valoraci3n, intervenciones, no-farmacol3gicas. Se seleccionaron todo tipo de documentos debido a la escasa literatura por la especificidad de los objetivos. Los criterios de inclusi3n fueron documentos en espańol y en ingl3s sobre la valoraci3n y el manejo del dolor con intervenciones no farmacol3gicas y pacientes de edad superior a 65 ańos. Los criterios de exclusi3n fueron aquellos artícu- los que abordaban otras enfermedades (fibromialgia, por ejemplo), que trataran de autocuidado o se dedicaran en exclusiva a un tipo de dolor (p. ej., oncol3gico).

RESULTADOS

Tras la aplicaci3n de los criterios de inclusi3n y exclusi3n, se analizaron para esta revisi3n narrativa un total de 17 documentos: 7 revisiones, 1 estudio descriptivo, 3 estudios observacionales prospectivos, 1 estudio exploratorio multicéntrico cualitativo, 1 ensayo controlado aleatorio de cohortes, 1 ensayo controlado aleatorio, 1 estudio de entrevistas semiestructuradas, 1 guía de buenas pr1cticas y 1 protocolo de enfermería.

Valoraci3n del dolor

La evaluaci3n del dolor con dificultades para la comunicaci3n como en la demencia se realiza con escalas observacionales. Estas se basan en los sńntomas neuropsiquiátricos de la demencia, algunos m1s estudiados que otros, que se resumen en la tabla 1¹⁵.

Se confirma que el autoinforme por sí solo no es suficiente para evaluar el dolor en personas mayores con demencia; la herramienta de observaci3n es una forma necesaria y adecuada de evaluar el dolor en pacientes con deterioro cognitivo. Si no se trata adecuadamente, el dolor cr3nico puede causar depresi3n, agitaci3n y agresi3n en pacientes con demencia¹⁶.

Schnakers et al. proponen la escala Nociception Coma Scale (NCS), y Villanueva et al., la escala Pain Assessment for the Dementing Elderly (PADE), pero ambas presentan una operatividad poco clara y concisa segun la revisi3n hecha por Hadjistavropoulos et al.¹⁷.

La escala Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument (NOPPAIN), de Snow et al. (2004), registra buen acuerdo entre eva-

Tabla 1. Relación de los síntomas neuropsiquiátricos de la demencia y los síntomas relacionados con el dolor¹⁵

Síntoma	Evidencia científica
Delirios, alucinaciones, euforia, desinhibición	Síntomas todavía no investigados en ensayos de intervención aleatorizados
Agitación, agresión, depresión, disforia, apatía, indiferencia, trastornos del sueño y del comportamiento nocturno, apetito y cambios alimentarios	Grupo de síntomas que figuran en los instrumentos de evaluación del dolor Síntomas que se han relacionado con el dolor
Ansiedad, irritabilidad, labilidad	Grupo de síntomas que figuran en los instrumentos de evaluación del dolor Síntomas que no se han relacionado con el dolor
Conducta motora aberrante	Síntomas todavía no investigados en ensayos de intervención aleatorizados Grupo de síntomas que figuran en los instrumentos de evaluación del dolor

luadores y capacidad para diferenciar estados dolorosos de estados no dolorosos, validada para que auxiliares de enfermería la usen como evaluadores en medio residencial; la generalización de evidencia de validez podría ser limitada, ya que los desarrolladores se basaron en una situación artificial grabada en vídeo para su validez¹⁷.

La escala Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC) está formada por 60 ítems agrupados en cuatro categorías: expresión facial, movimientos del cuerpo, indicadores fisiológicos e indicadores psicosociales. Cada uno de los ítems se puntúa en una escala dicotómica (presencia o ausencia). Tiene una buena consistencia interna, interevaluador y fiabilidad test-retest¹⁷. Es considerada un instrumento muy útil y comprensible puesto que engloba todos los criterios conductuales. Sin embargo, son necesarios estudios de validez y fiabilidad¹⁸.

La Escala de evaluación del dolor en ancianos con demencia (EDAD) evalúa el dolor de la persona en tres momentos diferentes: antes de aplicar cuidados potencialmente dolorosos, durante la aplicación de los cuidados y observación del comportamiento en las últimas 48 horas. Cada uno de los ítems se puntúa de 0 a 2. Se considera que existe dolor si la puntuación total es igual o superior a 3. Sin embargo, aún no se ha utilizado en estudios^{18,19}.

La Abbey Pain Scale es una herramienta australiana desarrollada para medir la intensidad del dolor en personas con demencia en estadios avanzados. Está formada por 6 ítems: vocalización, expresión facial, cambios en el lenguaje corporal, cambios conductuales, cambios fisiológicos y cambios físicos. Cada uno se evalúa en una escala de intensidad

de 4 puntos (de 0 ausencia de dolor a 3 dolor severo). El instrumento tiene una consistencia interna satisfactoria y distingue situaciones no dolorosas de situaciones dolorosas. Fue validada en español en el año 2013 con buenos resultados^{17,18,20}.

La Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD) fue diseñada con el fin de proporcionar una herramienta de valoración sencilla y relevante clínicamente para personas con demencia en estadios avanzados. Incluye 5 ítems: respiración, vocalizaciones, expresión facial, lenguaje corporal y consolabilidad. Cubre tres de los seis criterios de conductas de dolor. Recién validada en español, y tal vez la más utilizada por la rapidez de aplicación y sencillez^{18,21}. Este estudio identificó que las enfermeras de emergencia encuentran difícil detectar, evaluar y controlar el dolor en personas con deterioro cognitivo. Si bien el uso de la PAINAD ayudó a abordar estos desafíos en comparación con otras herramientas, las enfermeras también identificaron el importante papel que la familia y los cuidadores pueden desempeñar en la evaluación y el manejo del dolor para las personas mayores con deterioro cognitivo²².

En esta última revisión, de las escalas analizadas solo cuatro de ellas tienen calidad para evaluar en dolor en personas con demencias: DOLOPLUS2, PAINAD, PACSLAC y Abbey Pain Scale¹⁸. En otra de las revisiones ya mencionadas en párrafos anteriores concluyen que las escalas PAINAD y EDAD serían las mejor valoradas^{19,22}.

Según la revisión realizada, se resumen en la tabla 2 los instrumentos de valoración del dolor para personas con demencia moderada o severa junto con sus características.

Tabla 2. Escalas para la valoración del dolor para personas con demencia

Escala	Descripción	Evaluador	Tiempo	Ámbito de aplicación	Momento de evaluación
Abbey Pain Scale	Mide la intensidad del dolor en personas con demencia moderada o avanzada	Sin definir	Sin definir	Residencial	Movimiento
PAINAD	Mide la intensidad del dolor en personas mayores con dificultades en la comunicación	Auxiliares Enfermeras Médico	1-3 min	Residencial Hospital	Movimiento Reposo
Doloplus-2	Escala multidimensional para personas mayores con dificultades en la comunicación	Auxiliares	5-10 min	Residencial	Movimiento
PACSLAC	Evaluación y seguimiento de los cambios de comportamiento relacionados con el dolor en personas con demencia	Enfermeras	15 min	Residencial	Movimiento Reposo
PADE	Evaluación del comportamiento de personas con demencia que reportan dolor	Auxiliares	5-10 min	Residencial	Movimiento Reposo

Intervenciones no farmacológicas para el dolor

Se constata que proporcionar herramientas adecuadas para la evaluación del dolor por sí solas no es suficiente para cambiar las prácticas de manejo del dolor. En un estudio realizado en una residencia se destaca la cantidad de valoraciones del dolor realizadas, pero en cambio no se corresponden con la cantidad de intervenciones realizadas en su mayoría no farmacológicas, lo que hace pensar que parte del dolor percibido en los test no es del todo creíble para los profesionales sanitarios²³.

Recientemente, un estudio especifica las dificultades para realizar un buen manejo del dolor en unidades de cuidados paliativos, residencias y casas de caridad; se identificaron cuatro temas principales: desafíos para administrar la analgesia, la relación enfermera-médico, la formación específica y el desarrollo de la práctica²⁴.

El tratamiento efectivo del dolor exige un diagnóstico cuidadoso; el enfoque del tratamiento ha de ser combinando las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas que han demostrado su eficacia en personas mayores vulnerables. La combinación de morbilidad múltiple y polifarmacia aumenta las posibilidades de efectos secundarios y complicaciones. Además, las características farmacocinéticas y farmacodinámicas de muchos medicamentos son diferentes en personas mayores vulnerables. El consejo es comenzar con una dosis más baja de medicamento para el dolor y aumentar gradualmente el nivel sobre la base del alivio del dolor y los efectos secundarios ("¡empiece lentamente, vaya despacio!")²⁵.

Existen lagunas de ensayos clínicos controlados que incluyan intervenciones no farmacológicas, pero cabe destacar los resultados de los últimos publicados, que han demostrado la reducción significativa de las puntuaciones de presencia de dolor observado con el aumento del uso de intervenciones no farmacológicas, frente a un consumo responsable de analgésicos y antipsicóticos²⁶.

En diversos artículos consultados se propone el uso de las terapias no farmacológicas para el tratamiento del dolor coadyuvante al tratamiento farmacológico, con beneficios claros en el dolor y calidad de vida de la persona y sus cuidadores, pero no especifican qué tipo de terapia han usado^{4,24,27}.

Las intervenciones no farmacológicas se pueden clasificar en físicas y psicoconductuales. Las intervenciones físicas como el ejercicio y la fisioterapia, la aplicación de frío o calor deben considerarse junto con las intervenciones farmacológicas para reducir el dolor, mejorar el sueño, el estado de ánimo y el bienestar. Al usar intervenciones más especializadas (estimulación eléctrica transcutánea, acupuntura) se ha de consultar con un profesional especializado en la técnica, un fisioterapeuta o un terapeuta ocupacional. Los enfoques no farmacológicos no deben utilizarse como sustitutivo del manejo farmacológico adecuado²⁸.

Las intervenciones psicosociales como la terapia cognitivo-conductual, la música, la distracción, técnicas de relajación y la educación deben considerarse en el manejo del dolor, ya que afectan a la forma en que una persona piensa, siente y responde ante el dolor. Las intervenciones psicológicas relacionadas con la educación han demostrado ser de ayuda ante el afrontamiento y mejora de la capacidad de la persona para automanejar la disminución del dolor. La eficacia de las intervenciones no farmacológicas no es generalizada en todas las personas y depende directamente de las características del dolor, de la edad o de su estado de salud²⁸.

El tratamiento con musicoterapia es beneficioso para mejorar las alteraciones conductuales, la ansiedad y la agitación en pacientes con demencia²⁷.

Escuchar música, un programa de tratamiento cognitivo-conductual, terapia magnética, estimulación sensorial, un programa de psicoeduca-

ción e imágenes guiadas son intervenciones de enfermería que ayudan a reducir el dolor crónico en adultos y pueden usarse como factores que contribuyen al tratamiento farmacológico. Los ejercicios cortos para aumentar la resistencia no reducen el dolor²⁹.

En las personas con demencia avanzada, los SPCD derivados del dolor, la depresión o la psicosis se benefician del tratamiento con medicamentos, pero en otros casos, los medicamentos tienen una eficacia limitada y pueden provocar efectos adversos. Por este motivo, se ha prestado más atención a las intervenciones no farmacológicas, que tienen menos riesgos y pueden tener éxito en la reducción de la agitación y el estado de ánimo negativo. Sin embargo, estas intervenciones con frecuencia no se implementan en centros asistenciales debido a limitaciones de personal⁴.

Un metaanálisis reciente mostró que las intervenciones sensoriales como la aromaterapia y el masaje de manos mostraron una eficacia moderada para reducir la agitación. El efecto es mayor si se escucha la voz de un familiar o conocido que si se escucha música clásica. Aunque se recomienda ampliamente que las intervenciones no farmacológicas se intenten primero para controlar la agitación, las enfermeras continúan solicitando tratamientos farmacológicos para la mayoría de los residentes, y los médicos continúan recetándolos. A pesar de una base de pruebas cada vez mayor, las actividades personalizadas a menudo no se implementan en las instalaciones de atención a la tercera edad de forma personalizada. La preparación y la implementación consumen mucho tiempo; muy pocos miembros del personal están disponibles, y el personal a menudo no tiene capacitación. Como recurso alternativo, los voluntarios de cuidado a edades mayores podrían ayudar con la implementación de actividades personalizadas⁴.

Se estudian programas como yoga, terapia de masaje, taichí y musicoterapia. En este estudio se estima que el 96% de las intervenciones mostró resultados positivos, con una reducción media en las puntuaciones de dolor del 23%⁴.

Para poder describir intervenciones concretas hemos consultado una guía de buenas prácticas clínicas y un protocolo de actuación y hemos seleccionado las intervenciones que serían factibles para personas con demencia^{28,30}:

- Cambios posturales: los cambios posturales son necesarios en muchas ocasiones para conseguir posturas antiálgicas que mejoran el dolor. Los movimientos pueden modificar la intensidad del dolor:
 - Masajes: (contacto piel con piel).
- Medidas ambientales confortables.
- Intervención psicosocial, psicoeducativa y cognitivo-conductual: fisioterapia, terapia ocupacional, musicoterapia, medidas de distracción, fomento de la autonomía, ejercicio pasivo, aromaterapia, psicoestimulación (imágenes guiadas).

CONCLUSIONES

La evaluación del dolor en personas con demencia moderada o avanzada ha de ser multicontextual, y pese a las dificultades de comunicación siempre se aconseja preguntar directamente a la persona si refiere dolor y valorar en la medida de lo posible la respuesta. Después de esto, recurrir a la escala de valoración que se estime más oportuno. Las cuatro herramientas recomendadas en esta revisión son: DOLOPLUS2, PACSLAC, PAINAD y Abbey Pain Scale; estas dos últimas son las más sencillas y rápidas.

El tratamiento del dolor es fundamental y ha de ser también multimodal, combinando tratamiento no farmacológico con tratamiento far-

macológico (de menos a más); queda demostrado que el dolor crónico puede causar SPCD.

La implementación de las medidas no farmacológicas durante el tratamiento del dolor es positiva, no solo por la disminución en sí misma del dolor (que se estima de un 23%), sino porque también se sugiere que evita la polimedicación innecesaria y por ende evita efectos secundarios indeseados. Incluso en algunos artículos se recomienda utilizar en un primer momento medidas no farmacológicas e ir valorando e incluyen-

do a bajas dosis los fármacos (de primera elección, el paracetamol). Pero aún hay que vencer los prejuicios del personal sanitario y los problemas logísticos de su aplicación ■

Conflicto de intereses y financiación

Los autores declaran que no tienen ningún tipo de conflicto de intereses. No se ha recibido para la realización de este artículo ningún tipo de financiación.

BIBLIOGRAFÍA

1. IASP. Pain terms: A list with definitions and notes on usage. *Pain*. 1979;14:205-8.
2. Ibarra E. Una nueva definición de "dolor". Un imperativo de nuestros días. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2006;13:65-72.
3. Ferrel BCJ. Pain Management. En: *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. New York: McGraw Hill; 2003: p. 303-23.
4. Van Der Ploeg ES, Mbakile T, Genovesi S, O'Connor DW. The potential of volunteers to implement non-pharmacological interventions to reduce agitation associated with dementia in nursing home residents. *Int Psychogeriatr*. 2012;24:1790-7. doi:10.1017/S1041610212000798
5. Jones GT, MacFarlane GJ. Epidemiology of Pain in Older Persons. *Br J Anaesth*. 2005;35. Disponible en: <https://abdn.pure.elsevier.com/en/publications/epidemiology-of-pain-in-older-persons> (acceso 19 de mayo de 2018).
6. Marín Carmona JM. Dolor y síntomas no expresados: la otra demencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44:9-14. doi:10.1016/j.regg.2009.05.010
7. Cejudo JG, Sagrat H, Hermanas C. Complejidad en la valoración del dolor en personas mayores. *Informaciones Psiquiátricas*. 2016;224:33-8.
8. Álaba J, Arriola E. Prevalencia de dolor en pacientes geriátricos institucionalizados. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2009;16:344-51. doi:10.1016/S1134-8046(09)72542-X
9. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. En: *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya*, 2010. Disponible en: <http://www.citeulike.org/group/13020/article/10124348>
10. Corbett A, Husebo B, Malcangio M, Staniland A, Cohen-Mansfield J, Aarsland D, et al. Assessment and treatment of pain in people with dementia. *Nat Rev Neurol*. 2012;8:264-74. doi:10.1038/nrneurol.2012.53
11. Cunningham C, McClean W, Kelly F. The assessment and management of pain in people with dementia in care homes. *Nurs Older People*. 2010;22:29-35. doi:10.7748/nop2010.09.22.7.29.c7947
12. Molton IR, Terrill AL. Overview of Persistent Pain in Older Adults. *Am Psychol*. 2014;69:197-207. doi:10.1037/a0035794
13. Miró J. Dolor crónico, procedimientos de evaluación e intervención psicológica. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer; 2010.
14. Achterberg WP, Pieper MJC, van Dalen-Kok AH, de Waal MWM, Husebo BS, Lautenbacher S, et al. Pain management in patients with dementia. *Clin Interv Aging*. 2013;8:1471-82. doi:10.2147/CIA.S36739
15. Corbett A, Husebo BS, Achterberg WP, Aarsland D, Erdal A, Flo E. The importance of pain management in older people with dementia. *Br Med Bull*. 2014;111:139-48. doi:10.1093/bmb/ldu023
16. Malara A, De Biase GA, Bettarini F, Ceravolo F, Di Cello S, Garo G, et al. Pain Assessment in Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *J Alzheimer's Dis*. 2016;50:1217-25. doi:10.3233/JAD-150808
17. Hadjistavropoulos T, Herr K, Prkachin KM, Craig KD, Gibson SJ, Lukas A, et al. Pain assessment in elderly adults with dementia. *Lancet Neurol*. 2014;13:1216-27. doi:10.1016/S1474-4422(14)70103-6
18. Alaba J, Arriola E, Navarro A, González MF, Buiza C, Hernández C, et al. Demencia y dolor. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2011;18:176-86.
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*. 2014;49:35-41. doi:10.1016/j.regg.2013.07.002
20. Chamorro P, Puche E. Traducción al castellano y validación de la escala Abbey para la detección del dolor en pacientes no comunicativos. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2013;20:3-7. doi.org/10.4321/S1134-80462013000100002
21. García-Soler A, Sánchez-Iglesias I, Buiza C, Alaba J, Navarro AB, Arriola E, et al. [Adaptation and validation of the Spanish version of the Pain Evaluation Scale in patients with advanced dementia: PAINAD-Sp]. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2014;49:10-4. doi:10.1016/j.regg.2013.02.001
22. Fry M, Arendts G, Chenoweth L. Emergency nurses' evaluation of observational pain assessment tools for older people with cognitive impairment. *J Clin Nurs*. 2017;26:1281-90. doi:10.1111/jocn.13591
23. Zwakhalen, Sandra MG, Van't Hof C, Hamers JPH. Systematic pain assessment using an observational scale in nursing home residents with dementia: exploring feasibility and applied interventions. *J Clin Nurs*. 2012;21:3009-17.
24. Liu JYW, Lai CKY. Implementation of Observational Pain Management Protocol for Residents With Dementia: A Cluster-RCT. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65:56-63. doi:10.1111/jgs.14763
25. Achterberg WP, de Ruiter CM, de Weerd-Spaetgens CME, Geels P, Horikx A, Verduijn MM, et al. Instituut Verantwoord Medicijngebruik, Nederlands Huisartsen Genootschap, Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie, Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie, Ergotherapie Nederland, Nederlands Instituut voor Psychologen, Multidisciplinary guideline "Recognition and treatment of chronic pain in vulnerable elderly people". *Ned Tijdschr Geneesk*. 2012;155:A4606. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22929749> (acceso 6 de febrero de 2018).
26. Montoro-Lorite M, Canalías-Reverter M. Advanced dementia pain management protocols. *Enferm Clin*. 2016. doi:10.1016/j.enfcli.2017.06.003
27. Matilla-Mora R, Martínez-Piédrola RM, Fernández Huete J. Eficacia de la terapia ocupacional y otras terapias no farmacológicas en el deterioro cognitivo y la enfermedad de Alzheimer. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2016;51:349-56. doi:10.1016/J.REGG.2015.10.006
28. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Valoración y Manejo Del Dolor. Registered, Ontario, 2015. [Acceso 6 de febrero de 2018]. [rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2015_-_BPG_Pain_16_01_2015_-_3rd_Edition](http://www.rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2015_-_BPG_Pain_16_01_2015_-_3rd_Edition)
29. Castillo-Bueno MD, Moreno-Pina JP, Martínez-Puente MV, Artiles-Suárez MM, Company-Sancho MC, García-Andrés MC, et al. Effectiveness of nursing intervention for adult patients experiencing chronic pain: a systematic review. *JBI Libr Syst Rev*. 2010;8:1112-68. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27820209> (acceso 6 de febrero de 2018).
30. García R, Victoria M, Tomás G, Jiménez C, Pilar M, Sáez H, et al. Valoración y manejo del dolor en pacientes hospitalizados. [Internet] Albacete: Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 2013. Disponible en: https://www.chospab.es/enfermeria/RNAO/guias/protocolo_valoracion_y_manejo_del_dolor_en_pacientes_hospitalizados.pdf