



Universidad
Zaragoza

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**VALORACIÓN Y TRATAMIENTO NO
FARMACOLÓGICO DEL DOLOR EN PERSONAS
MAYORES CON DEMENCIA MODERADA/SEVERA:
REVISIÓN SISTEMÁTICA**

**ASSESSMENT AND NON-PHARMACOLOGICAL
TREATMENT OF PAIN IN OLDER PEOPLE WITH
MODERATE / SEVERE DEMENTIA: A SYSTEMATIC
REVIEW**

Autora

Ciprés Alastuey, Teresa

Directora

De la Rica Escuín, Marisa

Máster en Gerontología Social.

Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza.

ÍNDICE

Resumen	Página 3.
Abstract	Páginas 3, 4.
1. Introducción	Páginas 4-8.
2. Objetivos	Página 8, 9.
3. Material y métodos	Páginas 9, 10.
4. Resultados	Páginas 11-16.
4.1. Variables relacionadas con la presencia de dolor	Página 11.
4.2. Valoración del dolor	Páginas 11-15.
4.3. Tratamiento no farmacológico	Páginas 15, 16.
5. Discusión	Páginas 17, 18.
6. Conclusión	Página 18, 19.
Bibliografía	Páginas 20-24.
Anexo I: Lectura crítica de los artículos	Páginas 25-48.

Resumen

Introducción: El envejecimiento actual de la población trae consigo un aumento de la prevalencia de la demencia, lo que conlleva un desafío importante ya que la valoración clínica de estos pacientes puede verse afectada por sus problemas para comunicarse. Concretamente el dolor es un síntoma difícil de evaluar y diagnosticar y su presencia en personas mayores con deterioro cognitivo a menudo se descuida, se subestima, se diagnostica erróneamente y no se trata adecuadamente. Esto tiene un fuerte impacto en la salud, la independencia en las actividades de la vida diaria y la calidad de vida.

Objetivo: Analizar la evidencia disponible sobre la valoración y el tratamiento no farmacológico del dolor en personas mayores de 65 años con demencia moderada/severa. **Estrategia de búsqueda:** Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: *PubMed*, *Scopus* y *ScienceDirect*; de las cuales se han seleccionado veinticinco artículos en total. **Resultados:** El dolor en las personas mayores con demencia es causado por las mismas condiciones que causan dolor en las personas mayores sin deterioro cognitivo y por condiciones dolorosas que se asocian a la demencia avanzada. Para su valoración en personas mayores con deterioro cognitivo es importante el uso de un enfoque sistemático, siendo las herramientas estandarizadas un complemento al juicio clínico de los profesionales que ayudarán a que se produzca un correcto manejo del dolor. Para su tratamiento se recomienda un enfoque multidisciplinar, con estrategias farmacológicas y no farmacológicas. **Conclusión:** En base a la evidencia se considera que es necesario mejorar la valoración y el tratamiento del dolor en pacientes con deterioro cognitivo moderado/severo. Para ello es importante que los profesionales reciban formación específica, que se empleen herramientas estandarizadas, que se utilice un manejo multidisciplinar para tratar el dolor y que se investigue más sobre el tema.

Palabras clave: Demencia, edad avanzada, dolor, valoración, tratamiento no farmacológico.

Abstract

Introduction: The current aging of the population brings with it an increase in the prevalence of dementia, which entails an important challenge, since the clinical assessment of these patients may be affected by their communication problems.

Specifically, pain is a difficult symptom to evaluate and diagnose. Its presence in older people with cognitive impairment is often neglected, underestimated, misdiagnosed and not properly treated. This has a strong impact on health, independence in activities of daily living, and quality of life. **Objective:** To analyze the available evidence on the assessment and non-pharmacological treatment of pain in people over 65 years of age with moderate / severe dementia. **Search strategy:** A bibliographic review was carried out in the following databases: *PubMed*, *Scopus* and *ScienceDirect*; of which twenty-five articles have been selected in total. **Results:** Pain in older people with dementia is caused by the same conditions that cause pain in older people without cognitive impairment and by painful conditions that are associated with advanced dementia. For its assessment in older people with cognitive impairment, the use of a systematic approach is important, with standardized tools being a complement to the clinical judgment of professionals that will help to produce correct pain management. For its treatment, a multidisciplinary approach is recommended, with pharmacological and non-pharmacological strategies. **Conclusion:** Based on the evidence, it is considered necessary to improve the assessment and treatment of pain in patients with moderate / severe cognitive impairment. For this, it is important that professionals receive specific training, that standardized tools are used, that multidisciplinary management is used for pain treatment and that more research is done. **Key words:** Dementia, elderly, pain, assessment, non-pharmacological treatment.

1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define envejecimiento como el proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios durante todo el ciclo de la vida, que producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Estos cambios son muy variables en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos y dependen de múltiples factores¹. Los cambios son bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales².

En la actualidad se está produciendo una transformación demográfica a nivel mundial. El envejecimiento de la población, provocado por un descenso de la natalidad y un aumento de la longevidad y de la supervivencia, ha originado un incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas^{2,3}, lo que conlleva un desafío importante⁴.

El aumento de la edad provoca un descenso parcial de las funciones cognitivas. Un importante porcentaje de personas experimentan cambios cognitivos, especialmente problemas de memoria. Alrededor de un 20% de la población mayor sufre deterioro cognitivo leve y entre un 5-10% demencia⁴.

La OMS define demencia como un síndrome, generalmente de naturaleza progresiva, caracterizado por el deterioro, no fisiológico, de la función cognitiva. Afecta a nivel mundial a unos 50 millones de personas y cada año se registran cerca de 10 millones de casos nuevos⁵.

La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje, el juicio y progresivamente se produce un deterioro del control emocional, del comportamiento social o de la motivación⁵.

La demencia se origina por diversas enfermedades y lesiones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria. Los signos y síntomas de la demencia se pueden clasificar en tres etapas: etapa temprana, intermedia y tardía⁵.

En la etapa temprana los síntomas van apareciendo de forma paulatina, lo que puede llevar a un infradiagnóstico. Los síntomas más comunes son: pérdida de memoria, tendencia al olvido, pérdida de la noción del tiempo y desorientación espacial, incluso en lugares conocidos⁵.

En la etapa intermedia, en la que la demencia ha evolucionado, los signos y síntomas son más evidentes y limitadores. Los síntomas más comunes son: pérdida de memoria a corto plazo, desorientación espacial, dificultad para comunicarse, aumento de la dependencia en las actividades básicas de la vida diaria y cambios de comportamiento⁵.

La etapa tardía es la última fase de la enfermedad, en la que la dependencia y la inactividad son casi totales. Se presentan alteraciones de la memoria graves y los signos y síntomas físicos son más evidentes. Los síntomas más comunes son: desorientación temporo-espacial, dificultad para reconocer a familiares y amigos, dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, imposibilidad de caminar, dificultad para comunicarse y alteraciones conductuales que pueden verse aumentadas y terminar en agresiones⁵.

Las demencias se pueden clasificar, según su etiología, en demencias degenerativas primarias, demencias vasculares y demencias secundarias⁶. Aunque los límites entre las diferentes formas de demencia son difusos y frecuentemente la etiología es mixta⁵.

Las demencias degenerativas primarias a su vez se pueden subdividir en dos grupos⁶:

- Predominio cortical, entre las que se encuentra entre otras la enfermedad de Alzheimer.
- Predominio subcortical, como por ejemplo las demencias por cuerpos difusos de Lewy.

Las demencias vasculares se clasifican en⁶:

- Demencia multiinfarto.
- Demencia por infarto único en área estratégica.
- Enfermedad de pequeños vasos: estado lacunar, enfermedad de Binswanger, angiopatía cerebral amiloidea, etc.
- Demencia por hipoperfusión.
- Demencia hemorrágica: hemorragia traumática subdural, hematoma cerebral y hemorragia subaracnoidea.
- Demencia causada por otros mecanismos vasculares.

Las demencias secundarias pueden tener origen metabólico, carencial, endocrino, infeccioso, expansivo cerebral, farmacológico, tóxico, postraumático, psiquiátrico, por enfermedades del colágeno, por enfermedades por depósito u otros⁶.

Además, las demencias se pueden clasificar según la presencia de otros síntomas neurológicos, la edad de inicio o la distribución topográfica⁷.

La enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de demencia^{5, 7}, seguido de la demencia por patología mixta (vascular y Alzheimer) y por la demencia vascular⁷.

Actualmente no existe ningún tratamiento curativo para la demencia, no obstante, existen numerosas intervenciones que pueden mejorar la calidad de vida de las personas con demencia y de sus familias⁵.

El tratamiento farmacológico, aunque no cura ni detiene la progresión de la enfermedad, está destinado a paliar los síntomas, mejorando la cognición y las alteraciones

conductuales⁸. La elección del fármaco varía en función de la etiología de la demencia, de la etapa en la que se encuentra y de la sintomatología. Se emplean fármacos como los inhibidores de la colinesterasa, la memantina, la levodopa, antiagregantes o anticoagulantes, en las demencias vasculares, e inhibidores de la recaptación de serotonina⁹.

Es fundamental la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales: atención primaria, atención especializada, servicios de Urgencias, otros servicios hospitalarios, hospitales de media y larga estancia y residencias⁹.

Las pautas de manejo general de la demencia son control de la morbilidad médica y psiquiátrica, modificación del entorno, sesiones de estimulación cognitiva y motora y programas de educación y asesoramiento del cuidador⁹.

La valoración clínica de los pacientes con demencia puede verse afectada por los problemas para comunicarse propios de estos pacientes. Concretamente el dolor es un síntoma difícil de evaluar y diagnosticar. Su presencia en personas mayores con deterioro cognitivo a menudo se descuida, se subestima, se diagnostica erróneamente y no se trata adecuadamente¹⁰⁻¹². Solo el 16% de los pacientes con demencia que tienen una patología dolorosa reciben analgésicos en una residencia¹³.

La *International Association for the Study of Pain (IASP)* define el dolor como una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial. Tiene un componente sensitivo y otro emocional en el que intervienen aspectos físicos, psicológicos y sociales, lo que con frecuencia hace que su abordaje terapéutico sea más complicado¹⁴.

El dolor se puede clasificar según su duración, origen, localización, curso, intensidad y sensibilidad al tratamiento¹⁴.

La prevalencia y la intensidad son mayores conforme aumenta la edad¹⁴. En el caso de los pacientes con demencia institucionalizados tan solo el 25% de pacientes no presenta dolor en reposo y el dolor irruptivo está presente en el 95% de los casos, siendo leve en un 25%, moderado en un 45% e intenso en un 25%¹⁵.

No identificar el dolor y no tratarlo adecuadamente tiene un fuerte impacto en la salud, la independencia en las actividades de la vida diaria y la calidad de vida¹⁰. La presencia

de dolor conlleva aislamiento, depresión, sufrimiento, insomnio, deterioro funcional, caídas, alteración cognitiva, polifarmacia, malnutrición y aumento de costes¹³.

Con frecuencia, a los pacientes con demencia, en lugar de pautarles tratamiento analgésico se les pautan ansiolíticos y neurolépticos para controlar los síntomas conductuales provocados por el dolor. La evidencia científica afirma que si no se produce una correcta evaluación del dolor se puede dar una prescripción inapropiada de medicamentos antipsicóticos¹¹.

Actualmente, existen varios instrumentos validados en español para valorar el dolor en personas con demencia avanzada y problemas de comunicación (*Abbey*, *Algoplus*, *Doloplus* y *PAINAD-Sp*)¹².

Cabe destacar que existe una falta de evidencia científica que relacione la demencia con el dolor y que profundice en los instrumentos existentes para valorar el dolor en personas mayores con demencia avanzada y problemas de comunicación^{12, 15}.

La importancia epidemiológica, las consecuencias negativas del dolor en el paciente con demencia y la falta de evidencia científica hacen patente la necesidad de profundizar en el tema, para que se produzca una correcta detección y un tratamiento adecuado en estos pacientes.

2. Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar la evidencia disponible sobre la valoración y el tratamiento no farmacológico del dolor en personas mayores de 65 años con demencia moderada/severa.

Objetivos secundarios:

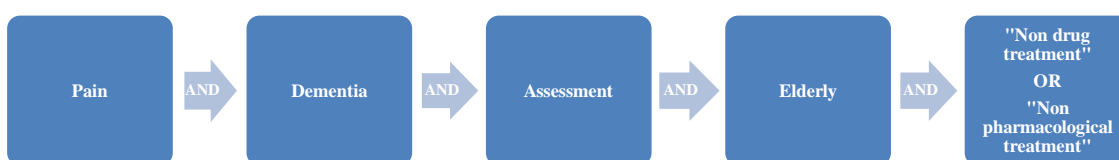
- Identificar los instrumentos que utilizan los profesionales de enfermería para la valoración del dolor en personas mayores de 65 años con demencia moderada/severa.
- Describir las variables relacionadas con la presencia e intensidad de dolor en personas mayores de 65 años con demencia moderada/severa.

- Describir las intervenciones no farmacológicas que se utilizan en la práctica clínica para controlar el dolor en personas mayores de 65 años con demencia moderada/severa.

3. Material y métodos

Para realizar la búsqueda bibliográfica se han utilizado las siguientes bases de datos: *Pubmed*, *Scopus* y *ScienceDirect*. Los límites establecidos han sido: el idioma de publicación de los artículos (inglés/castellano) y el año de publicación de los mismos (10 años). Los términos utilizados para realizar dicha búsqueda se combinaron usando los booleanos “AND” y “OR” como se muestra en la *Tabla 1*.

Tabla 1: Estrategia de búsqueda



Fuente: Elaboración propia.

Tras esta combinación, se encontraron 38 artículos en *Pubmed*, 93 en *Scopus* y 88 en *ScienceDirect*. Aplicando los criterios de inclusión y de exclusión expuestos en la *Tabla 2* y tras la lectura de título y resumen de los artículos se redujo la selección a 24 artículos de *Pubmed*, 5 de *Scopus* y 4 de *ScienceDirect*. Finalmente, tras la lectura del texto completo y la eliminación de los duplicados, se seleccionaron 20 artículos de *Pubmed*, 2 de *Scopus* y 3 de *ScienceDirect*. Por tanto se obtuvieron un total de 25 artículos, como se puede observar en la *Tabla 3*.

Tabla 2: Criterios de inclusión y de exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Pacientes adultos mayores de 65 años.	Pacientes adultos menores de 65 años, pacientes pediátricos y adolescentes.
Pacientes con deterioro cognitivo moderado/severo, con una puntuación en la <i>Escala de Deterioro Global</i> (GDS-	Población sana o con deterioro cognitivo leve, con una puntuación en la <i>Escala de Deterioro Global</i> (GDS-FAST) de entre

FAST) de entre 4 y 7.	1 y 3.
Estudios centrados en la valoración y en el tratamiento no farmacológico del dolor.	Estudios centrados en el tratamiento farmacológico del dolor.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3: Selección de artículos

PUBMED	SCOPUS	SCIENCE DIRECT
1. Búsqueda inicial		
64 artículos	124 artículos	148 artículos
2. Búsqueda inicial con aplicación de límites		
38 artículos	93 artículos	88 artículos
3. Artículos seleccionados por título		
28 artículos	12 artículos	7 artículos
4. Artículos seleccionado tras la leída del resumen		
24 artículos	5 artículos	4 artículos
5. Artículos seleccionados tras la lectura del texto completo		
20 artículos	2 artículos	3 artículos
Total de artículos: 25		

Fuente: Elaboración propia.

En el *Anexo I* se encuentran además las preguntas utilizadas para la lectura crítica de los artículos, habiendo utilizado las *Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica*.

4. Resultados

Los años de publicación de la bibliografía encontrada oscilan entre el año 2011 y el 2019, dándose un aumento de las investigaciones en los años 2018 y 2019, con un total de diez artículos publicados en esos dos años (seis y cuatro respectivamente).

Tan solo cinco, de un total de veinticinco artículos seleccionados, han sido publicados en revistas de enfermería, publicándose el resto en revistas médicas o de ciencias de la salud en general.

Tras la lectura en profundidad de los artículos seleccionados y atendiendo a los objetivos previamente expuestos se han dividido los resultados en tres bloques: variables relacionadas con la presencia de dolor en las personas mayores con deterioro cognitivo moderado/severo, valoración del dolor y tratamiento no farmacológico.

4.1. Variables relacionadas con la presencia de dolor

Aunque la demencia no causa dolor en sí misma las personas mayores con demencia son susceptibles a las mismas condiciones que causan dolor en personas mayores sin demencia¹⁶.

El dolor en las personas mayores se asocia con trastornos de salud subyacentes crónicos y con condiciones agudas¹⁶. Algunos de los diagnósticos asociados con el dolor, en las personas mayores, son: fracturas, patologías de origen cardiaco y respiratorio, osteoartritis, artritis reumatoide, herpes, migrañas, cáncer, celulitis, enfermedad degenerativa de las articulaciones, neuropatía, pancreatitis, gota, estenosis espinal, etc¹⁷⁻¹⁹.

Además, hay condiciones dolorosas, que se asocian a la demencia avanzada, como son las infecciones del tracto respiratorio y urinario, las úlceras por presión y las fracturas causadas por caídas¹⁶.

4.2. Valoración del dolor

La presencia de dolor en las personas mayores con deterioro cognitivo a menudo se descuida, se subestima, no se diagnostica y no se trata adecuadamente, con consecuencias que tienen un fuerte impacto en la salud, la independencia en las actividades de la vida diaria y la calidad de vida^{10,17,20-23}.

El hecho de no identificar el dolor y no tratarlo correctamente, en personas con demencia, tiene como consecuencia problemas de comportamiento, dificultad para dormir y problemas en las actividades sociales^{18, 22, 24}. Además la evidencia también sugiere que es perjudicial para el estado de ánimo, la apatía y el apetito²².

Según los autores consultados, los problemas de comportamiento derivados de un mal control del dolor suelen ser erróneamente tratados con sedantes y fármacos antipsicóticos, que tienen una eficacia dudosa sobre los síntomas dolorosos y exponen al paciente a posibles efectos secundarios como el aumento de la mortalidad, los eventos cardiovasculares y cerebrovasculares y las caídas¹⁰. Por lo tanto, se debe de evitar el uso de estos fármacos cuando los comportamientos desafiantes sean de etiología dolorosa, ya que pueden empeorar el estado clínico general^{10, 25}.

Asimismo, el hecho de que el dolor no se alivie en los adultos mayores también tendrá un impacto perjudicial en la sociedad, ya que afecta a la gestión de la atención sanitaria y se produce un aumento de costes²¹.

No hay evidencia de que las personas con demencia experimenten menos dolor pero está demostrado que la capacidad para verbalizar está afectada y esto hace que se produzca un infradiagnóstico, con las consiguientes consecuencias negativas¹⁰. Por ello es fundamental que se produzca una correcta valoración del dolor en el paciente de edad avanzada con deterioro cognitivo. Para realizar una valoración de forma adecuada lo primero que debe tenerse en cuenta es la gravedad del deterioro cognitivo, para elegir la estrategia y las herramientas de evaluación. La auto- información del dolor es posible en pacientes con deterioro cognitivo leve o moderado, pero su precisión disminuye con la progresión de la demencia^{10, 16, 26, 27}. Además, cabe destacar que, aunque los pacientes verbalmente comunicativos con deterioro leve y moderado podrían informar de sus síntomas e intensidad del dolor, su motivación podría reducirse y podrían no auto-informar del dolor de una forma fiable¹⁸.

Se recomienda el uso de escalas de valoración validadas y estandarizadas para permitir un control más preciso de los pacientes, con la posibilidad de comparar la evolución del dolor a lo largo del tiempo y permitiendo una comunicación más efectiva entre los diferentes trabajadores de los centros¹⁰.

Existen diferentes instrumentos estandarizados para la valoración del dolor en el paciente de edad avanzada, pudiendo subdividirse en dos grupos:

A. Instrumentos estandarizados para la valoración del dolor en el paciente de edad avanzada sin problemas comunicativos: La descripción que da la persona de su dolor es el indicador más fiable y preciso pero este tipo de herramientas deben de usarse solo mientras la persona sea capaz de responder por sí sola¹⁶. Algunas de ellas son^{10, 16, 28}:

- *Escala de Calificación Numérica.*
- *Escala Visual Analógica.*
- *Escala de Rostros.*

B. Instrumentos estandarizados para la valoración del dolor en el paciente de edad avanzada con problemas comunicativos: Utilizados en pacientes que no pueden proporcionar información fundamental para obtener un diagnóstico, como son el tipo de dolor, su ubicación, intensidad, etc²¹. Algunos de ellos son:

- *The Pain Assessment for the Dementing Elderly (PADE)*: Consta de veinticuatro elementos que exploran tres dimensiones: evaluación de expresiones faciales, actividades de la vida diaria y juicio del cuidador²³.
Debe de ser utilizado por personal capacitado. Tiene varias limitaciones que hacen que su uso no esté recomendado en la práctica clínica²³.
- *DOLOPLUS II*: Aborda la expresión facial y las reacciones psicomotoras y psicosociales. La puntuación máxima es de treinta, habiendo dolor a partir de cinco^{21, 23}.
- *The Pain Assessment Checklist for Seniors with Severe Dementia (PACSLAC)*: Es una lista de sesenta elementos que incluyen: exploración facial, movimientos corporales, aspectos psicosociales y aspectos fisiológicos^{23, 28, 29}.
PACSLAC- II ha demostrado confiabilidad, validez y capacidad para diferenciar entre el dolor y los estados sin dolor, siendo una herramienta apreciada por muchos profesionales por su longitud y naturaleza condensada³⁰.
- *The ABBEY Pain Scale*: Escala desarrollada en el ámbito domiciliario para sujetos en situación terminal o personas con demencia avanzada incapaces de articular sus necesidades^{23, 27}.

- *The Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument (NOPPAIN)*: Es una herramienta que consta de cuatro secciones: palabras, ruidos, expresión facial e inquietud. Es la herramienta más fiable en el entorno residencial²³.
- *The Checklist of Non verbal Pain Indicators (CNPI)*: Herramienta que consta de seis elementos. Implica la observación del paciente en reposo y durante el movimiento. Método válido para su uso clínico aunque solo detecta la ausencia o presencia de dolor y no su severidad²³.
- *The Nonverbal Pain Assessment Tool (NPAT)*: Herramienta de evaluación del dolor en pacientes de Unidades de Cuidados Intensivos. Incorpora cinco categorías de comportamiento: emoción, movimiento, expresión verbal, expresión facial y posición. Su puntuación va de cero a diez. No ha sido validada en pacientes con demencia²³.
- *Escala Movilización- Observación- Intensidad- Demencia-2 (MOBID-2)*: Herramienta que se basa en la observación del comportamiento de dolor inmediato relacionado con el sistema musculoesquelético, en la realización de movimientos estandarizados y guiados durante el cuidado matutino. Se califica la intensidad del dolor en una escala de calificación numérica, que varía de cero (sin dolor) a diez (el dolor es lo más intenso que podría ser). Una puntuación mayor o igual a tres indica que el paciente tiene un dolor clínicamente relevante²².
- *The Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)*: Escala que consta de cinco elementos: respiración, vocalización, expresión facial, lenguaje corporal y consolabilidad. Los resultados van de cero (sin dolor) a diez (dolor severo). Puede ser una buena opción para usar de manera rutinaria, ya que es considerada la herramienta más eficaz y sencilla para evaluar el dolor en centros geriátricos de atención a largo plazo y en entornos agudos^{21, 23, 27, 28,31- 33}.

La utilización de herramientas de evaluación del dolor no es algo que se dé regularmente en la práctica clínica y su uso no se traduce siempre en una disminución del dolor o en un aumento del tratamiento. Proporcionar al personal de enfermería de herramientas de evaluación del dolor, por sí solo, podría no ser suficiente para cambiar la práctica de manejo del dolor. Las herramientas de evaluación pueden apoyar la observación humana, pero es posible que no conduzcan por sí mismas a decisiones o a acciones. Los profesionales pueden no detectar el dolor si creen que los cambios de

comportamiento se deben a la demencia y a la función cognitiva reducida y, en algunos casos, aunque detecten el dolor, pueden estar inseguros sobre las estrategias adecuadas para el manejo del mismo²¹.

Además, la evidencia encuentra que, los profesionales de la salud experimentan incertidumbre sobre la precisión de las herramientas estandarizadas de evaluación del dolor en adultos mayores con deterioro cognitivo, lo que les hace reacios a administrar analgésicos²¹.

Según la evidencia las auxiliares de enfermería podrían detectar el dolor más fácilmente que el personal de enfermería, ya que los pacientes tienden a manifestar conductas de dolor en actividades generalmente asistidas por auxiliares, como las movilizaciones y el aseo. Por ello es fundamental que haya una estrecha comunicación entre todo el equipo multidisciplinar, ya que el personal auxiliar no toma decisiones e iniciativas en el manejo del dolor²¹.

La mayoría de los autores destacan la importancia del uso de un enfoque sistemático para evaluar el dolor en pacientes que no pueden informarlo por sí mismos. Las herramientas estandarizadas no están destinadas a reemplazar el juicio clínico de los profesionales, sino más bien a complementarlo²¹. Un correcto manejo del dolor trae consigo numerosos beneficios en personas con demencia, mejorando así su calidad de vida^{22, 34}.

4.3. Tratamiento no farmacológico

Algunos autores subrayan la importancia de concienciar a los ancianos, a sus familias, a los cuidadores y a los profesionales sanitarios de que el dolor no es un atributo de la vejez; por lo tanto, se debe diagnosticar y tratar correctamente³⁵.

Tras la detección del dolor y con el objetivo de conseguir un control aceptable del mismo, se recomienda un enfoque multidisciplinar para su manejo³⁵, con estrategias farmacológicas y no farmacológicas^{20, 35, 36, 37}.

La evidencia señala que aunque la terapia farmacológica puede ser útil para el control del dolor, puede que no sea completamente eficaz y además las personas mayores son particularmente susceptibles a los efectos secundarios y a las interacciones farmacológicas. Por ello, las intervenciones no farmacológicas pueden resultar útiles, no

solo cuando la terapia farmacológica es ineficaz, sino como complemento de la medicación o como tratamiento de primera línea¹⁰.

En uno de los artículos incluidos en la revisión se afirma que, la efectividad de los enfoques no farmacológicos se verá aumentada si se combinan dos o más¹⁷.

Algunas intervenciones no farmacológicas para el control del dolor en el paciente de edad avanzada con deterioro cognitivo son:

- Actividad física: Es importante en el tratamiento del dolor persistente ya que la inactividad física, que es común en las personas mayores, tiene un impacto negativo en la calidad de vida, conduciendo a una mayor discapacidad y dolor¹⁰. No hay consenso sobre los tipos e intensidad de ejercicio, ni sobre la frecuencia y duración del mismo para que sea más eficaz y eficiente³⁸, pero se deben de incorporar ejercicios adaptados a cada paciente²⁶.

Está demostrado que el ejercicio regular mejora la función física, el rendimiento cognitivo y el estado de ánimo, pudiendo ser muy beneficioso en pacientes con deterioro cognitivo^{10, 38}.

- Fisioterapia y rehabilitación^{26, 35}.
- Intervenciones sobre la dimensión afectiva y social^{10, 26}.
- Intervenciones psicológicas: como la terapia cognitivo- conductual. Pueden ser efectivas para disminuir el dolor crónico y mejorar la discapacidad y el estado de ánimo^{10, 26, 35}.
- Educación para la salud en el envejecimiento²⁶.
- Terapias complementarias como la osteopatía, acupuntura, aromoterapia, fitoterapia, homeopatía y medicina ayurvédica. Es preciso mencionar que no se dispone de ensayos clínicos sobre la eficacia de estas terapias para el dolor crónico en pacientes con demencia¹⁰.

A pesar de los beneficios que trae consigo el enfoque no farmacológico para el tratamiento del dolor, no siempre es factible, ya que las limitaciones intelectuales en los pacientes con deterioro cognitivo pueden hacer ineficaces muchas terapias no farmacológicas^{10, 31, 39}.

5. Discusión

Tras la lectura y comparación en profundidad de los artículos seleccionados se evidencia que se debe de dar una correcta evaluación del dolor para posteriormente tratarlo y mejorar la calidad de vida de los pacientes con deterioro cognitivo. Existe controversia sobre la forma en que se debe de realizar esta valoración. Un artículo refiere que las escalas observacionales para el dolor no deben de emplearse de forma rutinaria en pacientes con demencia severa si aun pueden utilizarse herramientas auto-informadas¹⁰, sin embargo otros destacan que utilizar el auto-informe para valorar el dolor en pacientes con deterioro cognitivo avanzado es poco fiable^{25, 27, 31}. Además, otros autores afirman que, aunque los pacientes verbalmente comunicativos con deterioro leve y moderado pueden informar de sus síntomas y de la intensidad de los mismos, su motivación podría reducirse y podrían no auto-informar del dolor de una forma fiable¹⁸.

Como se ha visto en la bibliografía encontrada, para realizar una correcta valoración, los profesionales sanitarios tienen que apoyarse en los cuidadores principales, ya que son una fuente de información muy útil porque tienen conocimiento de la historia del paciente y de su comportamiento en el pasado y en la actualidad^{10, 17, 39}.

La valoración del dolor mediante la observación de comportamientos, se hace más complicada conforme avanza el deterioro cognitivo, ya que las personas con un deterioro cognitivo más grave pueden presentar comportamientos de dolor de manera diferente o exhibir comportamientos que aun no se han descrito³⁶.

En cuanto a las herramientas de valoración del dolor en el paciente de edad avanzada con problemas comunicativos, es preciso mencionar que, aunque algunas parecen prometedoras, ninguna podría ser elegida para su uso general en la práctica clínica, ya que ninguna ha sido suficientemente validada^{23,31}. Sin embargo, algunos autores destacan la escala *PAINAD* como la herramienta más eficaz, sencilla y rápida, siendo de elección frente a otros instrumentos estandarizados^{23, 31, 33}. Al contrario otros autores afirman que la escala *PACSLAC-II* ha sido preferida por muchos profesionales sanitarios, por su longitud y naturaleza condensada, así como por su confiabilidad, su validez y su capacidad para diferenciar entre el dolor y los estados sin dolor³⁰.

Otro punto de controversia, encontrado en la evidencia científica, es el entorno donde se deben de usar las escalas observacionales, ya que algunos autores afirman que no son apropiadas para usarse en un entorno agudo¹⁶, mientras que otros encuentran beneficioso su uso tanto en entornos de atención a largo plazo como en entornos agudos^{23, 39}.

En esta revisión se demuestra que se da un conocimiento deficiente por parte de los profesionales, los cuales tienen dificultades para distinguir entre el dolor y otras conductas de angustia en personas con demencia^{16, 27}. Por ello es importante, que el personal que trabaja en entornos de cuidado de personas mayores, reciba una formación específica, en la que adquiera habilidades y conocimientos sobre la evaluación y el manejo del dolor en los pacientes con demencia^{16, 17, 29, 39}.

Por último, mencionar que una de las limitaciones que ha surgido en la realización de esta revisión ha sido la falta de evidencia sobre el tratamiento no farmacológico para el dolor en personas mayores con demencia, ya que la mayoría de los artículos encontrados sobre el tema se centraba en el anciano sano. Otra limitación ha sido la falta de artículos realizados en nuestro país, lo que puede hacer que sea complicado extrapolar los resultados a la práctica clínica.

6. Conclusión

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que no se están dando unos cuidados de calidad a los pacientes con deterioro cognitivo moderado/severo, ya que hay una alta prevalencia de dolor no diagnosticado y no tratado. Esto tiene claras consecuencias negativas, con un fuerte impacto en la salud, en la independencia de las actividades de la vida diaria y en la calidad de vida.

Para mejorar esto es necesario que:

- Los profesionales reciban formación específica, en la que adquieran habilidades y conocimientos sobre la evaluación y el manejo del dolor en los pacientes con demencia.
- Los profesionales aporten un cuidado individualizado, haciendo uso de herramientas estandarizadas.

- Se dé un enfoque multidisciplinar para el manejo del dolor, con estrategias farmacológicas y no farmacológicas.

Para concluir, destacar que, el incremento del número de personas con demencia, la alta prevalencia de dolor no diagnosticado ni tratado en estos pacientes, la ausencia del uso de herramientas estandarizadas en la práctica clínica y la falta de evidencia, hacen patente la necesidad de investigar más sobre la valoración y el manejo del dolor en pacientes con deterioro cognitivo moderado/severo.

Bibliografía

1. Alvarado García AM, Salazar Maya AM. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos. Junio 2014 [citado mayo 2020]; 25 (2).
2. Fernández Daza M, Martín Carbonell MP. Manual básico para la evaluación psicológica de adultos mayores institucionalizados y sus familias. Bogotá: Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia. Agosto 2019 [citado mayo 2020].
3. Garre Olmo J. Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Revista de Neurología. 2018 [citado mayo 2020]; 66(11): 377-86.
4. Pedraza C. Neuropsicología del envejecimiento y las demencias. Escritos de Psicología. 2013 [citado mayo 2020]; 6(3).
5. Organización Mundial de la Salud. Demencia [Internet]. Septiembre 2019 [citado mayo 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
6. Gil Gregorio P, Martín Sánchez J. Demencia. En: Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Tratado de Geriátrica para Residentes. P 173- 88.
7. Confederación Española de Alzheimer. Necesidades cambiantes, respuestas adaptadas. La importancia de evolucionar en la concepción, comprensión y abordaje de las demencias. Hacia las políticas adaptadas a las personas. Evolución [Internet]. Septiembre 2019 [citado mayo 2020]. Disponible en: <https://www.ceafa.es/files/2019/09/reivindicaciones-dma-2019.pdf>
8. López Locanto O. Tratamiento farmacológico de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Archivos de Medicina Interna. Julio 2015[citado mayo 2020]; 37 (2).
9. Olazarán J, Sánchez D, Navarro Merino E, Herrera J. Protocolo de tratamiento de la demencia. Medicine. Febrero 2015 [citado mayo 2020]; 11 (72): 4350- 355.
10. Cravello L, et al. Chronic Pain in the Elderly with Cognitive Decline: A Narrative Review. Pain and Therapy [Internet]. 2019 [consulta enero de 2020]; 8(1): 53-65.
11. O'Shea E, Timmons S, Kennelly S, De Siún A, Gallagher P, O'Neill D. Symptom Assessment for a Palliative Care Approach in People With Dementia Admitted to Acute

Hospitals: Results From a National Audit. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* [Internet]. 2015 [consulta enero de 2020]; 28 (4): 255-59.

12. De Juan Pardo MA, Saracibar Razquin M, Crespo I, Fuster Linares P. Valoración del Dolor en Personas con Demencia y Problemas de Comunicación en España. Revisión sistemática. *Revista Clínica Española* [Internet]. 2018 [consulta enero de 2020]; 218 (8): 435-44.

13. Sáez López MP, Sánchez Hernández N, Jiménez Mola S, Alonso García N, Valverde García JA. Valoración del dolor en el anciano. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* [Internet]. 2015 [consulta mayo 2020]; 22 (6): 271-74.

14. Del Arco J. Curso básico sobre dolor. Tema 1. Fisiopatología, clasificación y tratamiento farmacológico. *Farmacia Profesional* [Internet]. Enero 2015 [consulta mayo 2020]; 29 (1): 36-43.

15. De la Rica Escuin M, González Vaca J. Valoración del dolor en pacientes con demencia avanzada institucionalizados. *Gerokomos* [Internet]. Marzo 2014 [consulta mayo 2020]; 25 (1).

16. McAuliffe L, Brown D, Fetherstonhaugh D. Pain and dementia: an overview of the literature. *International Journal of Older People Nursing*. Septiembre 2012 [citado agosto 2020]; 7 (3): 219-226.

17. Ellis JM, Wells Y, Ming Ong JS. Non- pharmacological approaches to pain management in residential aged care: a pre-post- test study. *Clinical Gerontologist*. Mayo- junio 2019 [citado agosto 2020]; 42 (3): 286-296.

18. Monroe TB, Misra SK, Habermann RC, Dietrich MS, Cowan RL, Simmons SF. Pain reports and pain medication treatment in nursing home residents with and without dementia. *Geriatrics&Gerontology International*. Julio 2014 [citado agosto 2020]; 14 (3): 541-548.

19. Husebo BS, Ballard C, Cohen- Mansfield J, Seifert R, Aarsland D. The response of agitated behavior to pain management in persons with dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. Julio 2014 [citado agosto 2020]; 22 (7): 708-717.

20. Fernández Domínguez MJ, Hernández Gómez MA, Garrido Barral A, González Moneo MJ. Haciendo equilibrios entre los riesgos y beneficios del tratamiento farmacológico en demencia, dolor crónico y anticoagulación en personas mayores. *Atención Primaria*. Noviembre 2018 [citado agosto 2020]; 2 (2): 39-50.
21. Rostad HM, Utne I, Grov EK, Smastuen MC, Puts M, Halvorsrud L. The impact of a pain assessment intervention on pain score and analgesic use in older nursing home residents with severe dementia: A cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. Agosto 2018 [citado agosto 2020]: 52-60.
22. Van Dam PH, Achterberg WP, Gussekloo J, Husebo BS, Caljouw MA. Quality of life and paracetamol in advance dementia (Q-PID): protocol of a randomised double-blind placebo-controlled crossover trial. *BMC Geriatrics*. Noviembre 2018 [citado agosto 2020]; 18 (1): 279.
23. Inelmen EM, Mosele M, Sergi G, Toffanello ED, Coin A, Manzato E. Chronic pain in the elderly with advanced dementia. Are we doing our best for their suffering?. *Aging Clinical and Experimental Research*. Junio 2012 [citado agosto 2020]; 24 (3): 207-212.
24. Kinnunen KM, et al. A manual- based intervention for carers of people with dementia and sleep disturbances: an acceptability and feasibility RCT. *Health Technology Assessment*. Diciembre 2018 [citado agosto 2020]; 22 (71): 1-408.
25. Barry HE, Parsons C, Passmore AP, Hughes CM. Pain in care home residents with dementia: an exploration of frequency, prescribing and relatives' perspectives. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. Enero 2015 [citado agosto 2020]; 30 (1): 55-63.
26. Luchting B, Azad SC. Pain therapy for the elderly patient: is opioid- free an option?. *Current Opinion in Anaesthesiology*. Febrero 2019 [citado agosto 2020]; 32 (1): 86-91.
27. Andrews SM, Dipnall JF, Tichawangana R, Hayes KJ, Fitzgerald JA, Siddall P, Poulos C, Cunningham C. An exploration of pain documentation for people living with dementia in aged care services. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*. Octubre 2019 [citado agosto 2020]; 20 (5): 475- 481.

28. Kress HG, et al. Managing chronic pain in elderly patients requires a change of approach. *Current Medical Research and Opinion*. Junio 2014 [citado agosto 2020]; 30 (6): 1153-1164.
29. Zwakhalen SMG, Hof CE, Hamers JPH. Systematic pain assessment using an observational scale in nursing home residents with dementia: exploring feasibility and applied interventions. *Journal of Clinical Nursing*. Noviembre 2012 [citado agosto 2020]; 21 (21-22): 3009- 3017.
30. Chan S, Hadjistavropoulos T, Williams J, Lints- Martindale A. Evidence-based development and initial validation of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate-II (PACSLAC-II). *The Clinical Journal of Pain*. Septiembre 2014 [citado agosto 2020]; 30 (9): 816- 824.
31. Dubé CE, Mack DS, Hunnicutt JN, Lapane KL. Cognitive impairment and pain among nursing home residents with cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*. Junio 2018 [citado agosto 2020]; 55 (6): 1509- 1518.
32. Pautex S, Rexach-Cano L, Van Den Noortgate N, Cedraschi C, Cruz- Jentoft AJ. Management of chronic pain in old patients: Belgium, Spain and Switzerland. *European Geriatric Medicine*. 2013 [citado agosto 2020]; 4: 281-287.
33. Fry M, Chenoweth L, Arendts G. Can an observational pain assessment tool improve time to analgesia for cognitively impaired older persons? A cluster randomized controlled trial. *Emergency Medicine Journal*. Agosto 2017 [citado agosto 2020]; 35: 33-38.
34. Dyer SM, Harrison SL, Laver K, Whitehead C, Crotty M. An overview of systematic reviews of pharmacological and non-pharmacological interventions for the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia. *International Psychogeriatrics*. 2018 [citado agosto 2020]; 30 (3): 295-309.
35. Dziechciaz M, Balicka-Adamik L, Filip R. The problem of pain in old age. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. 2013 [citado agosto 2020]; 1: 35-38.
36. Monroe T, Carter M, Feldt K, Tolley B, Cowan RL. Assessing advanced cancer pain in older adults with dementia at the end of life. *Journal of Advanced Nursing*. Septiembre 2012 [citado agosto 2020]; 68 (9): 2070-2078.

37. Pieper M, Achterberg W, Van Dalen-Kok A, Francke A, Van Der Steen J, Scherder E, Huseb B. Interventions targeting pain or behaviour in dementia: a systematic review. *Ageing Research Reviews*. Septiembre 2013 [citado agosto 2020]; 12 (4): 1042-1055.
38. Volkers KM, Scherder EJ. The effect of regular walks on various health aspects in older people with dementia: protocol of a randomized- controlled trial. *BMC Geriatrics*. 2011 [citado agosto 2020]; 11 (38).
39. Allione A, Pivetta E, Pizzolato E, Lorenzati B, Pomero F, Barutta L, Lauria G, Tartaglino B. Determinants of inappropriate acute pain management in old people unable to communicate verbally in the emergency department. *Turkish Journal of Emergency Medicine*. 2017 [citado agosto 2020]; 17: 160-164.

Anexo I. Lectura crítica de los artículos seleccionados

Tabla 4: *Chronic Pain in the Elderly with Cognitive Decline: A Narrative Review*

Cravello L, et al. 2019

¿Los resultados de la revisión son validos?	
1. ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?	Sí
2. ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?	Sí
3. ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?	Sí
4. ¿Crees que los autores de la revisión han hecho esfuerzo suficiente para valorar la calidad de los estudios incluidos?	No sé
5. Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado “combinado”, ¿era razonable hacer eso?	Sí
¿Cuáles son los resultados?	
6. ¿Cuál es el resultado global de la revisión?	Es importante hacer un correcto diagnóstico de dolor en pacientes con deterioro cognitivo, para ello existen herramientas validadas y estandarizadas. Las escalas de autoevaluación del dolor están indicadas para pacientes con deterioro cognitivo leve a moderado y las escalas de observación para aquellos que no pueden comprender las instrucciones de la escala. Para el tratamiento se deben considerar las intervenciones no farmacológicas, evitando el uso de medicamentos inapropiados y potencialmente peligrosos.
7. ¿Cuál es la precisión del resultado/s?	No se detalla el intervalo de confianza.
¿Son los resultados aplicables en tu medio?	
8. ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?	Sí
9. ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?	Sí
10. ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?	Sí

Fuente: Cabello, J.B. por CASPe. *Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática.*

En: *Gúías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica.* Alicante: CASPe; 2005.

Cuaderno I. p. 13-17.

Tabla 5: Pain and dementia: an overview of the literature.

McAuliffe L, et al. 2012

¿Los resultados de la revisión son validos?	
1. ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?	Sí
2. ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?	Sí
3. ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?	Sí
4. ¿Crees que los autores de la revisión han hecho esfuerzo suficiente para valorar la calidad de los estudios incluidos?	No sé
5. Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado “combinado”, ¿era razonable hacer eso?	Sí
¿Cuáles son los resultados?	
6. ¿Cuál es el resultado global de la revisión?	El dolor en personas con demencia esta subdiagnosticado e infratratado debido a las alteraciones comunicativas que existen en estos pacientes. Hay herramientas estandarizadas que, seguidas de un tratamiento basado en intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, pueden aliviar el dolor, evitando de esta forma todas las consecuencias negativas que trae consigo (depresión, agitación, agresividad, etc.). Además, es importante aumentar la formación específica de los profesionales sanitarios.
7. ¿Cuál es la precisión del resultado/s?	No se detalla el intervalo de confianza
¿Son los resultados aplicables en tu medio?	
8. ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?	Sí
9. ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?	Sí
10. ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?	Sí

Fuente: Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática.

En: *Gúías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica*. Alicante: CASPe; 2005.

Cuaderno I. p. 13-17.

Tabla 6: Non- pharmacological approaches to pain management in residential aged care: a pre-post- test study

Ellis JM, et al. 2019

¿Son válidos los resultados?	
1. ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?	Sí
2. ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?	No hay grupo de comparación
3. Fueron adecuadamente considerados hasta el final del estudio todos los pacientes que entraron en él?	Sí
4. ¿Se mantuvo el cegamiento a pacientes, clínicos y personal del estudio?	-
5. ¿Fueron similares los grupos al comienzo del ensayo?	-
6. ¿Al margen de la intervención en estudio los grupos fueron tratados de igual modo?	-
¿Cuáles son los resultados?	
7. ¿Es muy grande el efecto del tratamiento?	A través de un enfoque no farmacológico se disminuyó el número de medicamentos requeridos y una disminución en las calificaciones promedio de dolor desde antes de la sesión hasta después de la sesión.
8. ¿Cuál es la precisión de este efecto?	No se detalla el intervalo de confianza
¿Pueden ayudarnos estos resultados?	
9. ¿Pueden aplicarse estos resultados en tu medio o población local?	Sí
10. ¿Se tuvieron en cuenta todos los resultados de importancia clínica?	Sí
11. ¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?	Sí

Fuente: Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un Ensayo Clínico. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005.

Cuaderno I. p. 5-8.

Tabla 7: Pain reports and pain medication treatment in nursing home residents with and without dementia

Monroe TB, et al. 2014

¿Los resultados del estudio son válidos?	
1. ¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?	Sí
2. ¿Es congruente la metodología cualitativa?	Sí
3. ¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?	Sí
4. ¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Sí
5. ¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Sí
6. ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?	No
7. ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?	Sí
¿Cuáles son los resultados?	
8. ¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?	Sí
9. ¿Es clara la exposición de los resultados?	Sí
¿Son los resultados aplicables en tu medio?	
10. ¿Son aplicables los resultados de la investigación?	Sí

Fuente: Cano Arana A, González Gil T, Cabello López JB por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2010. Cuaderno III. p. 3-8.

Tabla 8: The response of agitated behavior to pain management in persons with dementia

Husebo BS, et al. 2014.

¿Son válidos los resultados del ensayo?	
1. ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?	Sí
2. ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?	Sí
3. Fueron adecuadamente considerados hasta el final del estudio todos los pacientes que entraron en él?	Sí
4. ¿Se mantuvo el cegamiento a pacientes, clínicos y personal del estudio?	Sí, se mantuvo el doble ciego.

5. ¿Fueron similares los grupos al comienzo del ensayo?	Sí
6. ¿Al margen de la intervención en estudio los grupos fueron tratados de igual modo?	Sí
¿Cuáles son los resultados?	
7. ¿Es muy grande el efecto del tratamiento?	Los comportamientos de agitación verbal respondieron al tratamiento del dolor. Esto se justifica porque algunos de estos comportamientos agitados se asocian a la enfermedad física dolorosa y por lo tanto son sensibles al tratamiento farmacológico y no farmacológico que busca aliviar el dolor.
8. ¿Cuál es la precisión de este efecto?	El intervalo de confianza es del 95%
¿Pueden ayudarnos estos resultados?	
9. ¿Pueden aplicarse estos resultados en tu medio o población local?	Sí
10. ¿Se tuvieron en cuenta todos los resultados de importancia clínica?	Sí
11. ¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?	Sí

Fuente: Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un Ensayo Clínico. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p. 5-8.

Tabla 9: Haciendo equilibrios entre los riesgos y beneficios del tratamiento farmacológico en demencia, dolor crónico y anticoagulación en personas mayores.

Fernández Domínguez MJ, et al. 2018

¿Los resultados de la revisión son validos?	
1. ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?	Sí
2. ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?	Sí
3. ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?	Sí
4. ¿Crees que los autores de la revisión han hecho esfuerzo suficiente para valorar la calidad de los estudios incluidos?	No sé
5. Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado “combinado”, ¿era razonable hacer eso?	Sí
¿Cuáles son los resultados?	
6. ¿Cuál es el resultado global de la revisión?	<ul style="list-style-type: none"> • Para evitar los síntomas psicológicos y conductuales

	<p>de la demencia hay que identificar los factores desencadenantes y actuar sobre ellos. Un factor desencadenante importante es el dolor.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El dolor en el anciano suele ser estudiado y tratado peor y más tarde y los ensayos clínicos raramente los incluyen. • El infratratamiento del dolor se asocia a un aumento de la morbimortalidad. • Debemos comenzar con tratamientos no farmacológicos (intervenciones físicas y educativas) para llegar al farmacológico si es necesario, prefiriendo los tratamientos locales a los sistémicos. • El objetivo terapéutico en el dolor crónico no oncológico (DCNO) es mejorar la funcionalidad física y psíquica del paciente, conseguir un control aceptable del dolor con los mínimos riesgos; pocas veces se conseguirá un alivio total.
7. ¿Cuál es la precisión del resultado/s?	No lo detalla el intervalo de confianza
¿Son los resultados aplicables en tu medio?	
8. ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?	Sí
9. ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?	Sí
10. ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?	Sí

Fuente: Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática.

En: Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005.

Cuaderno I. p. 13-17.

Tabla 10: *The impact of a pain assessment intervention on pain score and analgesic use in older nursing home residents with severe dementia: A cluster randomised controlled trial.*

Rostad HM, et al. 2018

¿Son válidos los resultados del ensayo?	
1. ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?	Sí
2. ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?	Sí
3. Fueron adecuadamente considerados hasta el final del estudio todos los pacientes que entraron en él?	Sí
4. ¿Se mantuvo el cegamiento a pacientes, clínicos y personal del estudio?	Sí, aunque se da un simple-ciego, donde únicamente los participantes desconocen el grupo que se les ha asignado.
5. ¿Fueron similares los grupos al comienzo del ensayo?	Sí
6. ¿Al margen de la intervención en estudio los grupos fueron tratados de igual modo?	Sí
¿Cuáles son los resultados?	
7. ¿Es muy grande el efecto del tratamiento?	La valoración sistemática del dolor no cambio el uso de analgésicos o la puntuación de dolor.
8. ¿Cuál es la precisión de este efecto?	El intervalo de confianza es del 95%
¿Pueden ayudarnos estos resultados?	
9. ¿Pueden aplicarse estos resultados en tu medio o población local?	Sí
10. ¿Se tuvieron en cuenta todos los resultados de importancia clínica?	Sí
11. ¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?	Sí

Fuente: Cabello, J.B. por CASPe. *Plantilla para ayudarte a entender un Ensayo Clínico. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p. 5-8.*

Tabla 11: *Quality of life and paracetamol in advance dementia (Q-PID): protocol of a randomised double-blind placebo-controlled crossover trial.*

Van Dam PH, et al. 2018

¿Son válidos los resultados del ensayo?	
1. ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?	Sí
2. ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?	Sí
3. Fueron adecuadamente considerados hasta el final del estudio todos los pacientes que	Sí

entraron en él?	
4. ¿Se mantuvo el cegamiento a pacientes, clínicos y personal del estudio?	Sí, se mantiene el doble ciego.
5. ¿Fueron similares los grupos al comienzo del ensayo?	Sí
6. ¿Al margen de la intervención en estudio los grupos fueron tratados de igual modo?	Sí
¿Cuáles son los resultados?	
7. ¿Es muy grande el efecto del tratamiento?	El infradiagnóstico e infratratamiento del dolor es muy frecuente en personas con demencia, y trae consigo consecuencias negativas que afectan a su calidad de vida. Un tratamiento adecuado del dolor trae consigo números beneficios.
8. ¿Cuál es la precisión de este efecto?	El nivel de significación (alfa) es 0,05 y el intervalo de confianza es del 95%.
¿Pueden ayudarnos estos resultados?	
9. ¿Pueden aplicarse estos resultados en tu medio o población local?	Sí
10. ¿Se tuvieron en cuenta todos los resultados de importancia clínica?	Sí
11. ¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?	Sí

Fuente: Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un Ensayo Clínico. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p. 5-8.

Tabla 12: Chronic pain in the elderly with advanced dementia. Are we doing our best for their suffering?

Inelmen EM, et al. 2012

¿Los resultados de la revisión son validos?	
1. ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?	Sí
2. ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?	Sí
3. ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?	Sí
4. ¿Crees que los autores de la revisión han hecho esfuerzo suficiente para valorar la calidad de los estudios incluidos?	No sé
5. Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado "combinado", ¿era razonable hacer eso?	Sí

¿Cuáles son los resultados?	
6. ¿Cuál es el resultado global de la revisión?	Se da una alta prevalencia de dolor en los pacientes con demencia que viven en una residencia por lo que detectarlo de forma correcta es un gran desafío para el personal sanitario y los cuidadores. Se considera la escala PAINAD como la herramienta más sencilla y eficaz que existe actualmente, pero tiene limitaciones como el resto, por lo que se evidencia la necesidad de investigaciones futuras.
7. ¿Cuál es la precisión del resultado/s?	No se detalla el intervalo de confianza
¿Son los resultados aplicables en tu medio?	
8. ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?	Sí
9. ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?	Sí
10. ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?	Sí

Fuente: Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática.

En: Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005.

Cuaderno I. p. 13-17.

Tabla 13: A manual- based intervention for carers of people with dementia and sleep disturbances: an acceptability and feasibility RCT.

Kinnunen KM, et al. 2018

¿Son válidos los resultados del ensayo?	
1. ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?	Sí
2. ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?	Sí
3. Fueron adecuadamente considerados hasta el final del estudio todos los pacientes que entraron en él?	Sí
4. ¿Se mantuvo el cegamiento a pacientes, clínicos y personal del estudio?	Sí, aunque se da un simple ciego, donde los evaluadores están cegados pero los participantes no lo están.
5. ¿Fueron similares los grupos al comienzo del ensayo?	Sí
6. ¿Al margen de la intervención en estudio los grupos fueron tratados de igual modo?	Sí
¿Cuáles son los resultados?	
7. ¿Es muy grande el efecto del tratamiento?	Entre el 25-40% de personas que viven con demencia sufren trastornos del sueño. Las

	alteraciones del sueño pueden ser el resultado de la demencia o debido a otras comorbilidades como el dolor. Para mejorar esto sería factible la realización de un futuro ensayo controlado aleatorio.
8. ¿Cuál es la precisión de este efecto?	El intervalo de confianza es del 95%.
¿Pueden ayudarnos estos resultados?	
9. ¿Pueden aplicarse estos resultados en tu medio o población local?	Sí
10. ¿Se tuvieron en cuenta todos los resultados de importancia clínica?	Sí
11. ¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?	Sí

Fuente: Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un Ensayo Clínico. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p. 5-8.

Tabla 14: Pain in care home residents with dementia: an exploration of frequency, prescribing and relatives' perspectives

Barry HE, et al. 2015

¿Los resultados del estudio son válidos?	
1. ¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?	Sí
2. ¿Es congruente la metodología cualitativa?	Sí
3. ¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?	Sí
4. ¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Sí
5. ¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Sí
6. ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?	Sí
7. ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?	Sí
¿Cuáles son los resultados?	
8. ¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?	Sí
9. ¿Es clara la exposición de los resultados?	Sí
¿Son los resultados aplicables en tu medio?	
10. ¿Son aplicables los resultados de la	Sí

investigación?	
----------------	--

Fuente: Cano Arana A, González Gil T, Cabello López JB por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2010. Cuaderno III. p. 3-8.

Tabla 15: Pain therapy for the elderly patient: is opioid-free an option?

Luchting B, et al. 2019

¿Los resultados de la revisión son validos?	
1. ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?	Sí
2. ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?	Sí
3. ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?	Sí
4. ¿Crees que los autores de la revisión han hecho esfuerzo suficiente para valorar la calidad de los estudios incluidos?	No sé
5. Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado “combinado”, ¿era razonable hacer eso?	Sí
¿Cuáles son los resultados?	
6. ¿Cuál es el resultado global de la revisión?	Una correcta valoración del dolor es indispensable. El tratamiento del dolor se debe de abordar desde un enfoque multidimensional basado en el modelo biopsicosocial, utilizando terapias farmacológicas y no farmacológicas.
7. ¿Cuál es la precisión del resultado/s?	No se detalla el intervalo de confianza.
¿Son los resultados aplicables en tu medio?	
8. ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?	Sí
9. ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?	Sí
10. ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?	Sí

Fuente: Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática. En: Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p. 13-17.

Tabla 16: An exploration of pain documentation for people living with dementia in aged care services

Andrews SM, et al. 2019

¿Los resultados del estudio son válidos?	
1. ¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?	Sí
2. ¿Es congruente la metodología cualitativa?	Sí
3. ¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?	Sí
4. ¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Sí
5. ¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Sí
6. ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?	No
7. ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?	No sé, no se detalla.
¿Cuáles son los resultados?	
8. ¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?	Sí
9. ¿Es clara la exposición de los resultados?	Sí
¿Son los resultados aplicables en tu medio?	
10. ¿Son aplicables los resultados de la investigación?	Sí

Fuente: Cano Arana A, González Gil T, Cabello López JB por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2010. Cuaderno III. p. 3-8.

Tabla 17: Managing chronic pain in elderly patients requires a change of approach

Kress HG, et al. 2014

¿Los resultados de la revisión son válidos?	
1. ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?	Sí
2. ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?	Sí
3. ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?	Sí
4. ¿Crees que los autores de la revisión han hecho esfuerzo suficiente para valorar la calidad de los estudios incluidos?	No sé

5. Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado “combinado”, ¿era razonable hacer eso?	Sí
¿Cuáles son los resultados?	
6. ¿Cuál es el resultado global de la revisión?	<ul style="list-style-type: none"> • El manejo exitoso del dolor depende de un diagnóstico preciso, que se basa en la valoración minuciosa de la historia clínica y en un examen físico completo, así como una evaluación del funcionamiento psicosocial. • La mala comunicación médico / paciente se puede mejorar mediante el uso de instrumentos estandarizados para establecer objetivos de tratamiento individuales y medir el progreso hacia ellos. Los instrumentos de observación fáciles de usar pueden ser valiosos para pacientes con demencia. • En línea con el modelo de dolor biopsicosocial ampliamente aceptado, se recomienda un enfoque multidisciplinario para el manejo del dolor, con farmacoterapia, apoyo psicológico, rehabilitación física y procedimientos de intervención, si son necesario.
7. ¿Cuál es la precisión del resultado/s?	No se detalla el intervalo de confianza
¿Son los resultados aplicables en tu medio?	
8. ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?	Sí
9. ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?	Sí
10. ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?	Sí

Fuente: Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática.

En: Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005.

Cuaderno I. p. 13-17.

Tabla 18: Systematic pain assessment using an observational scale in nursing home residents with dementia: exploring feasibility and applied interventions.

Zwakhalen SMG, et al. 2012

¿Son válidos los resultados del ensayo?	
1. ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?	Sí
2. ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?	No hay grupo de control.
3. Fueron adecuadamente considerados hasta el final del estudio todos los pacientes que entraron en él?	Sí
4. ¿Se mantuvo el cegamiento a pacientes, clínicos y personal del estudio?	-
5. ¿Fueron similares los grupos al comienzo del ensayo?	-
6. ¿Al margen de la intervención en estudio los grupos fueron tratados de igual modo?	-
¿Cuáles son los resultados?	
7. ¿Es muy grande el efecto del tratamiento?	Las herramientas de evaluación del dolor son útiles pero es necesario formar a los profesionales.
8. ¿Cuál es la precisión de este efecto?	No se detalla el intervalo de confianza.
¿Pueden ayudarnos estos resultados?	
9. ¿Pueden aplicarse estos resultados en tu medio o población local?	Sí
10. ¿Se tuvieron en cuenta todos los resultados de importancia clínica?	Sí
11. ¿ Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?	Sí

Fuente: Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un Ensayo Clínico. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p. 5-8.

Tabla 19: Evidence-based development and initial validation of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate-II (PACSLAC-II).

Chan S, et al. 2014

¿Son válidos los resultados del ensayo?	
1. ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?	Sí
2. ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?	No hay grupo de control.
3. Fueron adecuadamente considerados hasta el final del estudio todos los pacientes que	Sí

entraron en él?	
4. ¿Se mantuvo el cegamiento a pacientes, clínicos y personal del estudio?	-
5. ¿Fueron similares los grupos al comienzo del ensayo?	-
6. ¿Al margen de la intervención en estudio los grupos fueron tratados de igual modo?	-
¿Cuáles son los resultados?	
7. ¿Es muy grande el efecto del tratamiento?	La escala PACSLAC-II demostró confiabilidad satisfactoria, excelente validez y capacidad para diferenciar entre el dolor y los estados sin dolor, siendo mejor que otras herramientas de este tipo.
8. ¿Cuál es la precisión de este efecto?	No se detalla el intervalo de confianza.
¿Pueden ayudarnos estos resultados?	
9. ¿Pueden aplicarse estos resultados en tu medio o población local?	Sí
10. ¿Se tuvieron en cuenta todos los resultados de importancia clínica?	Sí
11. ¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?	Sí

Fuente: Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un Ensayo Clínico. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p. 5-8.

Tabla 20: Cognitive impairment and pain among nursing home residents with cancer.

Dubé CE, et al. 2018

¿Son válidos los resultados del ensayo?	
1. ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?	Sí
2. ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?	No hay grupo de comparación
3. Fueron adecuadamente considerados hasta el final del estudio todos los pacientes que entraron en él?	Sí
4. ¿Se mantuvo el cegamiento a pacientes, clínicos y personal del estudio?	-
5. ¿Fueron similares los grupos al comienzo del ensayo?	-
6. ¿Al margen de la intervención en estudio los grupos fueron tratados de igual modo?	-
¿Cuáles son los resultados?	
7. ¿Es muy grande el efecto del tratamiento?	El dolor se identifica con menor frecuencia en ancianos con deterioro cognitivo severo, lo

	que puede llevar a un infratratamiento. Se necesitan técnicas que mejoren la detección y el tratamiento del dolor en estos pacientes.
8. ¿Cuál es la precisión de este efecto?	El intervalo de confianza es del 95%
¿Pueden ayudarnos estos resultados?	
9. ¿Pueden aplicarse estos resultados en tu medio o población local?	Sí
10. ¿Se tuvieron en cuenta todos los resultados de importancia clínica?	Sí
11. ¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?	Sí

Fuente: Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un Ensayo Clínico. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p. 5-8.

Tabla 21: Management of chronic pain in old patients: Belgium, Spain and Switzerland.

Pautex S, et al. 2013

¿Los resultados de la revisión son validos?	
1. ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?	Sí
2. ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?	Sí
3. ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?	Sí
4. ¿Crees que los autores de la revisión han hecho esfuerzo suficiente para valorar la calidad de los estudios incluidos?	No sé
5. Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado “combinado”, ¿era razonable hacer eso?	Sí
¿Cuáles son los resultados?	
6. ¿Cuál es el resultado global de la revisión?	<p>La prevalencia de dolor crónico aumenta con la edad pero este puede pasar desapercibido en personas mayores, especialmente en personas con demencia.</p> <p>El dolor crónico se asocia con multimorbilidad, discapacidad y reducción de la calidad de vida. Sin embargo, en muchos casos no se detecta, no se examina ni evalúa adecuadamente y el tratamiento no es óptimo.</p> <p>Es posible que el dolor crónico no se diagnostique, ya que los programas de</p>

	detección para la identificación de este problema aún son poco comunes, tanto en la atención comunitaria como en hospitales y hogares de ancianos. Las herramientas más utilizadas para la detección del dolor en pacientes con demencia grave son: PACSAC Y PAINAD.
7. ¿Cuál es la precisión del resultado/s?	No se detalla el intervalo de confianza.
¿Son los resultados aplicables en tu medio?	
8. ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?	Sí
9. ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?	Sí
10. ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?	Sí

Fuente: Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática.

En: Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005.

Cuaderno I. p. 13-17.

Tabla 22: Can an observational pain assessment tool improve time to analgesia for cognitively impaired older persons? A cluster randomized controlled trial.

Fry M, et al. 2017

¿Son válidos los resultados del ensayo?	
1. ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?	Sí
2. ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?	Sí
3. Fueron adecuadamente considerados hasta el final del estudio todos los pacientes que entraron en él?	Sí
4. ¿Se mantuvo el cegamiento a pacientes, clínicos y personal del estudio?	No consta.
5. ¿Fueron similares los grupos al comienzo del ensayo?	Sí
6. ¿Al margen de la intervención en estudio los grupos fueron tratados de igual modo?	Sí
¿Cuáles son los resultados?	
7. ¿Es muy grande el efecto del tratamiento?	El uso de PAINAD no se asoció con un tiempo más corto de analgesia aunque hubo una mejoría clínicamente importante en el grupo de pacientes con deterioro cognitivo.
8. ¿Cuál es la precisión de este efecto?	El intervalo de confianza es del 95%.
¿Pueden ayudarnos estos resultados?	
9. ¿Pueden aplicarse estos resultados en tu	Sí

medio o población local?	
10. ¿Se tuvieron en cuenta todos los resultados de importancia clínica?	Sí
11. ¿ Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?	Sí

Fuente: Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un Ensayo Clínico. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p. 5-8.

Tabla 23: An overview of systematic reviews of pharmacological and non-pharmacological interventions for the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia.

Dyer SM, et al. 2018

¿Los resultados de la revisión son validos?	
1. ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?	Sí
2. ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?	Sí
3. ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?	Sí
4. ¿Crees que los autores de la revisión han hecho esfuerzo suficiente para valorar la calidad de los estudios incluidos?	Sí
5. Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado “combinado”, ¿era razonable hacer eso?	Sí
¿Cuáles son los resultados?	
6. ¿Cuál es el resultado global de la revisión?	Para tratar los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia se debe de realizar una correcta evaluación del dolor y probar un enfoque analgésico escalonado cuando sea necesario. La evidencia de esta conclusión es baja.
7. ¿Cuál es la precisión del resultado/s?	El intervalo de confianza es del 95%.
¿Son los resultados aplicables en tu medio?	
8. ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?	Sí
9. ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?	Sí
10. ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?	Sí

Fuente: Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática. En: Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p. 13-17.

Tabla 24: *The problem of pain in old age.*

Dziechciaz M, et al. 2013

¿Los resultados de la revisión son validos?	
1. ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?	Sí
2. ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?	Sí
3. ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?	Sí
4. ¿Crees que los autores de la revisión han hecho esfuerzo suficiente para valorar la calidad de los estudios incluidos?	No sé.
5. Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado “combinado”, ¿era razonable hacer eso?	Sí
¿Cuáles son los resultados?	
6. ¿Cuál es el resultado global de la revisión?	<ul style="list-style-type: none"> • La vejez predispone a la aparición de dolor crónico. • El dolor en personas de edad avanzada, especialmente con trastornos cognitivos, es difícil de valorar y requiere de experiencia. • El tratamiento del dolor debe basarse tanto en métodos farmacológicos como no farmacológicos.
7. ¿Cuál es la precisión del resultado/s?	No se detalla el intervalo de confianza
¿Son los resultados aplicables en tu medio?	
8. ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?	Sí
9. ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?	Sí
10. ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?	Sí

Fuente: Cabello, J.B. por CASPe. *Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática.*

En: *Gúias CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica.* Alicante: CASPe; 2005.

Cuaderno I. p. 13-17.

Tabla 25: Assessing advanced cancer pain in older adults with dementia at the end of life.

Monroe T, et al. 2012

¿Son válidos los resultados del ensayo?	
1. ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?	Sí
2. ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?	No hay grupo de comparación
3. Fueron adecuadamente considerados hasta el final del estudio todos los pacientes que entraron en él?	Sí
4. ¿Se mantuvo el cegamiento a pacientes, clínicos y personal del estudio?	-
5. ¿Fueron similares los grupos al comienzo del ensayo?	-
6. ¿Al margen de la intervención en estudio los grupos fueron tratados de igual modo?	-
¿Cuáles son los resultados?	
7. ¿Es muy grande el efecto del tratamiento?	<ul style="list-style-type: none"> • El personal médico evalúa el dolor, en personas con déficits comunicativos, mediante la observación de comportamientos relacionados con el dolor. Esto se hace más complicado conforme avanza el deterioro cognitivo. Los hallazgos actuales sugieren que las personas con dolor por cáncer metastásico y enfermedad de Alzheimer grave exhiben pocos signos de malestar. Por tanto, sin un comportamiento doloroso observable es posible que no se produzca la administración de medicación analgésica. • Se necesitan con urgencia nuevos métodos y protocolos para la evaluación y el tratamiento del dolor en personas que no pueden informar verbalmente o conductualmente el dolor. • Existen varias opciones no farmacológicas (masaje, acupuntura) y farmacológicas (opioides, no narcóticos) para el tratamiento del dolor.
8. ¿Cuál es la precisión de este efecto?	No se detalla el intervalo de confianza.

¿Pueden ayudarnos estos resultados?	
9. ¿Pueden aplicarse estos resultados en tu medio o población local?	Sí
10. ¿Se tuvieron en cuenta todos los resultados de importancia clínica?	Sí
11. ¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?	Sí

Fuente: Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un Ensayo Clínico. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p. 5-8.

Tabla 26: Interventions targeting pain or behavior in dementia: a systematic review.

Pieper M, et al. 2013

¿Los resultados de la revisión son validos?	
1. ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?	Sí
2. ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?	Sí
3. ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?	Sí
4. ¿Crees que los autores de la revisión han hecho esfuerzo suficiente para valorar la calidad de los estudios incluidos?	Sí
5. Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado “combinado”, ¿era razonable hacer eso?	Sí
¿Cuáles son los resultados?	
6. ¿Cuál es el resultado global de la revisión?	Las intervenciones dirigidas al comportamiento y las dirigidas al dolor son efectivas para reducir el dolor/malestar y los síntomas conductuales, como la depresión, la agitación y la ansiedad, en pacientes con demencia. Pero la evidencia es limitada y se necesitan más investigaciones a gran escala.
7. ¿Cuál es la precisión del resultado/s?	No se detalla el intervalo de confianza.
¿Son los resultados aplicables en tu medio?	
8. ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?	Sí
9. ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?	Sí
10. ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?	Sí

Fuente: Cabello, J.B. por CASPe. *Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática. En: GuíasCASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p. 13-17.*

Tabla 27: *The effect of regular walks on various health aspects in older people with dementia: protocol of a randomized- controlled trial.*

Volkers KM, et al. 2011

Al tratarse de un proyecto de investigación el ECA no se ha llevado a cabo todavía.

¿Son válidos los resultados del ensayo?	
1. ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?	Sí
2. ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?	Sí
3. Fueron adecuadamente considerados hasta el final del estudio todos los pacientes que entraron en él?	-
4. ¿Se mantuvo el cegamiento a pacientes, clínicos y personal del estudio?	Se dará un simple ciego.
5. ¿Fueron similares los grupos al comienzo del ensayo?	Sí, lo serán
6. ¿Al margen de la intervención en estudio los grupos fueron tratados de igual modo?	Sí, lo serán
¿Cuáles son los resultados?	
7. ¿Es muy grande el efecto del tratamiento?	<p>Este estudio presenta el diseño de un ECA, cuyo objetivo es explorar el efecto longitudinal de la marcha regular en varios aspectos de la salud de las personas mayores con demencia.</p> <p>Ningún otro estudio que incluyó a personas con demencia examinó el efecto de la actividad física sobre el dolor, aunque esto es necesario, ya que el dolor suele estar infradiagnosticado y tratado de forma insuficiente en personas con demencia.</p> <p>Se concluye que un ECA es un método apropiado para recopilar datos sobre la efectividad y la viabilidad de un programa de caminatas.</p>
8. ¿Cuál es la precisión de este efecto?	No se detalla el intervalo de confianza.
¿Pueden ayudarnos estos resultados?	
9. ¿Pueden aplicarse estos resultados en tu medio o población local?	Sí

10. ¿Se tuvieron en cuenta todos los resultados de importancia clínica?	Sí
11. ¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?	Sí

Fuente: Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un Ensayo Clínico. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p. 5-8.

Tabla 28: Determinants of inappropriate acute pain management in old people unable to communicate verbally in the emergency department.

Allione A, et al. 2017

¿Son válidos los resultados del ensayo?	
1. ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?	Sí
2. ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?	Sí
3. Fueron adecuadamente considerados hasta el final del estudio todos los pacientes que entraron en él?	Sí
4. ¿Se mantuvo el cegamiento a pacientes, clínicos y personal del estudio?	Sí
5. ¿Fueron similares los grupos al comienzo del ensayo?	Sí
6. ¿Al margen de la intervención en estudio los grupos fueron tratados de igual modo?	Sí
¿Cuáles son los resultados?	
7. ¿Es muy grande el efecto del tratamiento?	Los pacientes mayores incapaces de comunicarse verbalmente que se presentan en el servicio de urgencias con dolor tienen un alto riesgo de oligoanalgesia. En estos pacientes, los profesionales sanitarios siempre deben sospechar de la presencia de dolor y realizar una evaluación completa, incluyendo la evaluación conductual del dolor. Es necesario que se dé un manejo global del dolor en los pacientes con demencia incapaces de comunicarse verbalmente, por ello es necesario una formación específica.
8. ¿Cuál es la precisión de este efecto?	El intervalo de confianza es del 95%
¿Pueden ayudarnos estos resultados?	
9. ¿Pueden aplicarse estos resultados en tu medio o población local?	Sí
10. ¿Se tuvieron en cuenta todos los	Sí

resultados de importancia clínica?	
11¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?	Sí

Fuente: Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un Ensayo Clínico. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p. 5-8.