



ORIGINAL

Comparación psicométrica de las escalas PAINAD y Abbey Pain Scale en centros sociosanitarios de Barcelona

Julia González-Vaca^{1*}, Carmen Sarabia Cobo² y Eva M. Melendo-Azueta³

¹Departament d'Infermeria medicoquirúrgica. Universitat de Barcelona. Barcelona, España. ²Facultad de Enfermería. Universidad de Cantabria. Cantabria, España. ³Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya. Barcelona, España

Recibido el 30 de octubre de 2020
Aceptado el 16 de abril de 2021

PALABRAS CLAVE

Valoración, dolor, demencia, centros sociosanitarios.

Resumen

Introducción: Se estima que el 30-50 % de las personas con demencia experimentan dolor crónico en residencias en España. A pesar de que hay validadas muchas escalas para la valoración del dolor en personas con demencia, sigue sin existir una que pueda considerarse como el *gold standard*. Además, no hay estudios realizados al respecto en medio sociosanitario. Por ello nos proponemos como objetivos principales la comparación psicométrica de la escala Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) y la *Abbey Pain Scale* (ABBEY) en personas con demencia en centros sociosanitarios.

Metodología: Se llevaron a cabo un análisis de comparación psicométrica y un diseño transversal descriptivo. Se incluyeron mayores de 65 años con demencia moderada-severa ingresados en centros sociosanitarios del área sanitaria del Baix Llobregat.

Resultados: El *alfa de Cronbach* en reposo para la escala PAINAD fue de 0,847 y durante el aseo de 0,845. Para la escala ABBEY se obtuvo un *alfa de Cronbach* de 0,728 en reposo y de 0,814 durante el aseo. Ambas escalas mostraron buenas concordancias, pero en el análisis por ítems los cambios físicos y los cambios fisiológicos de la ABBEY demostraron muy poca sensibilidad. La prevalencia de dolor basal ha sido del 43,9 % y durante el aseo fue del 73,5 %.

Conclusiones: Ambas escalas mantuvieron buenas propiedades psicométricas pero la escala PAINAD es claramente mejor valorada. La prevalencia de dolor en personas con demencias ingresadas en centros sociosanitarios es del 43,9 %. Se propone para la mejor evaluación del dolor pasar la escala durante una actividad que implique movimiento.

*Autor para correspondencia:

Julia González Vaca

Campus de Bellvitge. C/ Feixa Llarga, s/n, Pavelló de Govern, 3ª planta D. 343, 08907 L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Correo electrónico: juliagonzalezvaca@ub.edu

DOI: [10.20986/medpal.2021.1214/2020](https://doi.org/10.20986/medpal.2021.1214/2020)

1134-248X/© 2021 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Assesment, pain, dementia, long-term care facilities

Abstract

Introduction: It is estimated that 30-50 % of people with dementia experience chronic pain at nursing homes in Spain. Despite the fact that there are many validated scales for the assessment of pain in people with dementia, there is still no single scale that may be considered the gold-standard. Furthermore, no studies have been carried out in this regard in a social and health environment. Therefore, we propose as primary objective a psychometric comparison of the Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD) and the Abbey Pain Scale (ABBEY) in people with dementia in long-term care facilities.

Methodology: To achieve the objective we simultaneously carried out a psychometric comparison analysis and a descriptive cross-sectional design. Those over 65 years of age with moderate-severe dementia admitted to social health centers in the Baix Llobregat health area were included.

Results: Cronbach's alpha at rest for the PAINAD scale was 0.847 and 0.845 during toilet. For the ABBEY scale, a Cronbach's alpha of 0.728 was obtained at rest and of 0.814 during toilet. Both scales showed good agreements, but in the item analysis ABBEY showed very little sensitivity for physical changes and physiological changes. The prevalence of pain at baseline was 43.9 %, and during grooming it was 73.5 %.

Conclusions: Both scales displayed good psychometric properties but the PAINAD scale was clearly better. The prevalence of pain in people with dementia admitted to health centers is 43.9 %. Pain in people with dementia may need to be measured during movement activity to reveal actual pain.

González-Vaca J, Sarabia Cobo C, Melendo-Azuela EM. Comparación psicométrica de las escalas PAINAD y Abbey Pain Scale en centros sociosanitarios de Barcelona. 2021;28:94-101

INTRODUCCIÓN

La demencia se asocia con un mayor riesgo de situaciones que causan dolor. Se estima que el 30-50 % de las personas que tienen demencia experimentan dolor crónico en residencias de España, incluso hay estudios que llegan hasta el 60-70 %^{1,2}. No encontramos referencias de la prevalencia de dolor en personas con demencia ingresadas en centros sociosanitarios en España, entendiendo los sociosanitarios como un nivel asistencial sanitario y distinto a las residencias, tal y como se concibe en Cataluña³. Estos centros son recursos del Sistema Sanitario Catalán, no como las residencias que son un recurso exclusivamente social; donde se da un servicio a las personas crónicas y/o dependientes que precisan de estancias largas y servicios sociosanitarios para recuperar y/o aumentar sus capacidades antes de ir a su domicilio.

En los últimos años se han publicado varias revisiones sistemáticas intentando saber cuál de todas las escalas es la más idónea. En la revisión de Resnick y cols.⁴, se consideran adecuadas para evaluar el dolor en personas con demencia: DOLOPLUS2, ECPA, *Pain Assessment in Advanced Dementia Scale* (PAINAD), *Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate*⁴. En otras revisiones sistemáticas concluyen que las escalas PAINAD, *Abbey Pain Scale* (ABBEY) y EDAD (*Escala de evaluación del Dolor en Ancianos con Demencia*) serían las mejor valoradas^{5,6}, aunque aún estos instrumentos no han sido muy utilizados en investigación y las propiedades psicométricas de los mismos pueden mejorar⁶.

La PAINAD es una de las escalas más utilizadas en los estudios consultados^{4,5,7}. Uno de ellos señaló que es posible que el resultado de la PAINAD se vea afectado por trastornos del comportamiento como la agresividad, confundiendo el dolor con el trastorno, confirmando la baja especificidad que le da a la escala (62 %)⁸.

Como se ha visto, no existe un *gold standard* para la valoración del dolor en personas con demencia. Por ello se plantea una investigación al respecto de la comparación psicométrica entre las escalas PAINAD y ABBEY en centros sociosanitarios de un área metropolitana de Barcelona, nivel asistencial poco estudiado a este respecto.

Por todo ello, con este trabajo se perseguían 2 objetivos. Por un lado, una comparación psicométrica de 2 escalas observacionales para la valoración de dolor en personas con demencia moderada-severa ingresados en centros sociosanitarios del área sanitaria del Baix Llobregat. Y en segundo lugar, conocer la prevalencia de dolor en personas con demencia ingresadas en centros sociosanitarios del área sanitaria del Baix Llobregat.

METODOLOGÍA**Diseño**

Se llevaron a cabo de manera simultánea un análisis de comparación psicométrica y un diseño transversal descriptivo.

Población y ámbito de estudio

El estudio se realizó desde enero 2016 a enero 2017. Se incluyeron los pacientes ingresados en los centros socio-sanitarios pertenecientes al área Básica de salud del Baix Llobregat:

- Hospital Sociosanitari de L'Hospitalet.
- Nuestra señora de Guadalupe.
- Fundació Sociosanitària de Barcelona del Centre Duran i Reynals.

Criterios de inclusión

- Personas de 65 años o más y estar ingresado en los centros sociosanitarios.
- Personas con demencia objetivada en la historia clínica en fase moderada-severa según la *Global Deterioration Scale y Functional Assessment Staging (GDS-FAST)*: mayor o igual a 5⁹.
- Firma del consentimiento informado por parte de un representante legal o, en caso de no estar incapacitado, por parte del familiar o cuidador habitual.

Criterios de exclusión

Negativa a participar en el estudio.

Tamaño muestral

El cálculo de la muestra se realizó de acuerdo con la prevalencia de dolor que presentan los pacientes con demencia en centros sociosanitarios. En estudios previos se describen prevalencias de rangos muy amplios, la media es alrededor del 40 %. Para estimar la frecuencia de dolor con un intervalo de confianza del 95 % y una precisión del 8 %, se precisaron un total de 150 sujetos.

El reclutamiento fue consecutivo hasta alcanzar el tamaño muestral.

VARIABLES

Se recogieron las variables sociodemográficas clásicas: sexo, edad, centro de procedencia. También el grado de alfabetización.

Para objetivar la demencia se pasó el cuestionario GDS-FAST⁹. Para obtener más datos sobre el estado cognitivo se incluyó la escala *Minimal State Examination (MMSE)* de Folstein¹⁰. Para la valoración del estado funcional se utilizó el Índice de Barthel¹¹.

Para la evaluación del dolor se utilizaron 2 escalas observacionales:

- La ABBEY es una herramienta 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 de 0 a 3 puntos (0 ausencia de dolor; 1 dolor leve; 2 dolor moderado y 3 dolor severo). El

resultado final resulta del sumatorio de los ítems, con un rango de 0 a 18. El resultado de 0 a 3 es interpretado como "no dolor", el rango de 4 a 7 como "dolor leve", el rango de 8 a 13 como "dolor moderado" y finalmente por encima de 13 puntos se interpreta como "dolor grave"¹².

- La 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. Cada ítem se puntúa de 0 a 2 siendo en cada uno de los ítems descritas las propiedades. Cubre 3 de los 6 criterios de conductas del dolor. Recién validada en español, y tal vez la más utilizada por la rapidez de aplicación y sencillez¹³.

Las escalas se administraron en estado basal después del reclutamiento y durante una actividad que implica movimiento y es diaria como el aseo.

Además de las escalas observacionales, se recogieron otras variables relacionadas:

- Opinión de las enfermeras asistenciales: se entendió que las enfermeras por su cercanía con el paciente eran un observador válido para decir si la escala observacional (ABBEY y PAINAD) medía realmente el dolor que tiene el paciente ese día. Por ello se incluyeron 2 preguntas directas tras la valoración del dolor, una por cada escala, para saber si las enfermeras tras pasar la escala entendían que aquel resultado que arrojaba la escala realmente medía la presencia e intensidad del dolor real del paciente.

Recogida de datos

Previo a la recogida de datos se pidió la colaboración de las enfermeras de los centros sociosanitarios y se realizó por parte del investigador principal una sesión formativa de 3 h de duración en la que se explicó el procedimiento y objetivo de la investigación y la aplicación de las escalas de valoración del dolor. Todo ello para disminuir el sesgo de la observación y correcta recogida de datos.

Para todos los pacientes incluidos en el estudio, se diseñó un cuadernillo de recogida de datos. Durante la primera recogida de datos realizada por el investigador principal recogió de la historia clínica variables sociodemográficas: sexo, edad y centro de procedencia; y el resto de variables se obtuvieron mediante entrevista directa con el paciente.

Al día siguiente, la enfermera correspondiente en turno y planta hacía valoración del dolor con ambas escalas en estado basal y durante el aseo.

Análisis estadístico

El análisis de los datos se realizó con el programa SPSS, versión 25. Para las pruebas estadísticas se fijó el nivel de significación alfa del 0,05 y por tanto se trabajó con un nivel de confianza del 95 %. En las pruebas estadísticas se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Se realizó un análisis descriptivo para variables cuantitativas (medias y desviación estándar [DE]) y cualitativas (porcentaje).

Para determinar la fiabilidad de las escalas, se calculó su consistencia interna a través del *alfa de Cronbach*, la correlación ítem-total corregida y el coeficiente de correlación interclase para el total de la escala.

Como multivariante, para explorar los datos obtenidos en el análisis bivariante de cada escala, se realizó una técnica de reducción de dimensiones para componentes principales categóricas. Se obtuvo un gráfico del conjunto de los ítems que muestra la variabilidad en el sentido de medida de cada uno de los ítems estudiados en cada escala.

Consideraciones éticas

En todos los casos se obtuvo el consentimiento informado, pero teniendo en cuenta el deterioro cognitivo y en caso de no tener la incapacitación legal fue el familiar o cuidador el firmante. En el caso de existir un representante legal o tutor por incapacidad fue este el firmante.

A lo largo de todo el estudio se garantizó la confidencialidad de la información suministrada.

El presente estudio fue aprobado por La Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona. Además, se remitió al comité de ética del centro sociosanitario de L' Hospitalet y a la dirección de los otros 2 centros participantes que dieron aprobación por escrito.

RESULTADOS

Descripción de la muestra y prevalencia de dolor

Fueron reclutados un total de 155 pacientes. Las características sociodemográficas y referentes al deterioro cognitivo y dependencia en los 3 centros se resumen en la Tabla I. La muestra es multicéntrica y se tomó como una muestra única que cumplía los criterios de selección.

La edad media fue de 81,8 años (DE = 7,6), con un rango entre 65 y 96 años y el 58,1 % eran mujeres. El nivel de

dependencia funcional fue de 22,29 (DE = 23,25), siendo más de la mitad (56,1 %) totalmente dependientes. El grado de alfabetización fue en su mayoría de escolaridad baja (saber escribir y leer) 117 (75,5 %).

En cuanto al estadio de la demencia, se observó que el 51,7 % presentaba deterioro cognitivo grave, el 31,7 % deterioro cognitivo moderado-grave y el 16,8 % deterioro cognitivo moderado. Se analizó la capacidad cognitiva donde se obtuvo una media de 7,6 (DE = 7,11), indicativo de deterioro cognitivo. En todos los casos el MMSE indicaba probable deterioro cognitivo, y en un 72,3 % de la muestra el valor fue inferior a 12 puntos, indicativo de una demencia moderada o severa.

En cuanto a la evaluación del dolor, se obtuvieron unas puntuaciones con la PAINAD de: en situación basal 1,45 (DE = 2,01) indicativo de dolor leve, con puntuación mínima de 0 y máxima de 10. Durante el aseo la puntuación fue de 3,34 (DE = 2,78) indicativo de dolor moderado, con puntuaciones mínima de 0 y máxima de 7. Por último, la prevalencia de dolor basal fue del 43,9 %; durante el aseo fue del 73,5 %.

Resultados de consistencia interna de las escalas

El *alfa de Cronbach* en reposo fue de 0,847 y durante el aseo de 0,845 para la PAINAD. Para la ABBEY se obtuvo de 0,728 en reposo y de 0,814 durante el aseo.

En la Tabla II se observan las correlaciones corregidas por cada ítem de la PAINAD y el *alfa* si se eliminara el ítem correspondiente, siendo en todos los casos buenos datos (> 0,30). Cabe señalar que para el ítem de *Respiración* la correlación, aunque aceptable, es la más baja.

En la Tabla III se observan las correlaciones corregidas por cada ítem de la ABBEY y el *alfa* si se eliminara el ítem correspondiente, siendo en todos los ítems buenos datos (> 0,30) excepto para los *Cambios fisiológicos* y los *Cambios físicos* para el reposo y para los *Cambios físicos* durante la

Tabla I. Características sociodemográficas, dependencia, deterioro cognitivo.

| | Duran i Reynals (N = 74) | Hospitalet (N = 57) | Guadalupe (N = 24) | Total (N = 155) | |
|-------------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------------|--------------------|-----------|
| Edad | 80,9 (8,5) | 82,8 (6,2) | 82,2 (7,5) | 81,8 (7,6) | |
| Sexo | Mujeres | 46 (62,2) | 32 (56,1 %) | 12 (58,1) | 90 (58,1) |
| | Hombres | 28 (37,8) | 25 (43,9) | 12 (50) | 65 (41,9) |
| Grado de alfabetización | | | | | |
| Analfabeto | 22 (29,7) | 9 (15,8) | 0(0) | 31 (20,0) | |
| Escolaridad baja | 46 (62,2) | 48 (84,2) | 23 (95,8) | 117 (75,5) | |
| Estudios primarios | 6 (8,1) | 0 (0) | 1 (4,2) | 7 (4,5) | |
| Barthel | 25 (26,2) | 17,6 (18,4) | 25 (23,0) | 22,2 (23,2) | |
| MMSE | 8,7 (7,0) | 6,6 (7,3) | 6,6 (6,4) | 7,6 (7,1) | |
| GDS-FAST 5 | 21 (28,4) | 3 (5,3) | 2 (8,3) | 26 (16,8) | |
| GDS-FAST 6 | 21 (28,4) | 18 (31,6) | 10 (41,7) | 49 (31,6) | |
| GDS-FAST 7 | 32 (43,2) | 36 (63,1) | 12 (50) | 80 (51,6) | |

Tabla II. Correlaciones para PAINAD en reposo y actividad placentera.

| | PAINAD en reposo | | PAINAD en actividad placentera (aseo) | |
|--------------------------------------|--|---|--|---|
| | Correlación total de elementos corregida | Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido | Correlación total de elementos corregida | Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido |
| Respiración | 0,403 | 0,871 | 0,493 | 0,851 |
| Vocalización, verbalización negativa | 0,797 | 0,776 | 0,662 | 0,811 |
| Expresión facial | 0,721 | 0,799 | 0,686 | 0,804 |
| Lenguaje corporal | 0,756 | 0,787 | 0,747 | 0,786 |
| Capacidad de alivio | 0,632 | 0,829 | 0,677 | 0,806 |

Tabla III. Correlaciones para ABBEY en reposo y actividad placentera.

| | ABBEY en reposo | | ABBEY en actividad placentera | |
|---|--|---|--|---|
| | Correlación total de elementos corregida | Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido | Correlación total de elementos corregida | Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido |
| Vocalización: gimoteo, gemidos, llanto, gritos | 0,719 | 0,596 | 0,760 | 0,739 |
| Expresión facial: tensa, ceño fruncido, muecas, expresión de miedo | 0,597 | 0,652 | 0,785 | 0,733 |
| Lenguaje corporal: inquietud, mecerse, proteger una zona, retraimiento | 0,635 | 0,639 | 0,760 | 0,739 |
| Cambio de conducta: confusión agitación, negativa a la ingesta | 0,724 | 0,594 | 0,741 | 0,744 |
| Cambios fisiológicos: temperatura, pulso, tensión arterial | 0,154 | 0,750 | 0,389 | 0,822 |
| Cambios físicos: erosiones, lesiones previas, áreas de presión, deformidades osteoarticulares, artritis, contracturas | 0,035 | 0,815 | 0,059 | 0,872 |

actividad. De hecho, en todos estos casos el *alfa* aumentaría si se eliminara ese ítem de la escala. En cambio, es aceptable la correlación de los *Cambios fisiológicos* durante la actividad (0,389) pero el *alfa* aumentaría de 0,814 a 0,822.

El coeficiente de correlación interclase para la PAINAD fue de 0,85 en estado basal y de 0,84 durante el aseo. Para la ABBEY fue de 0,73 en estado basal y de 0,81 durante el aseo.

Resultados de concordancia

En primer lugar, se ha analizado la relación lineal entre ambas escalas mediante el coeficiente de Spearman. Se ha obtenido una correlación buena entre ambas escalas ($r: 0,78, p < 0,001$). A continuación, se ha evaluado el grado de concordancia entre las puntuaciones de las escalas mediante el coeficiente de correlación intraclase obteniendo un valor de 0,73 ($p < 0,001$).

Las puntuaciones de ambas escalas han sido recodificadas en 4 categorías en función del grado de dolor (no dolor, dolor

leve, moderado o intenso) según establece cada una de las escalas validadas (Tabla IV). La concordancia en este caso muestra un coeficiente Tau C de Kendall de 0,47: concordancia leve entre escalas.

Al recodificar las escalas en 2 categorías (no dolor *versus* dolor: Tabla V) se obtiene un grado de concordancia moderado ($kappa = 0,603; p < 0,001$).

Comparando entre ambas escalas, podemos realizar una comparación directa entre los ítems: *Vocalización*, *Expresión facial* y *Lenguaje corporal*; ya que en ambas escalas son definidos de la misma manera. Se realiza un test de Spearman que en los 3 casos muestra una $p < 0,01$ con unos resultados $r: 0,86, r: 0,81$ y $r: 0,58$ respectivamente; mostrando así entre estos 3 ítems una buena correlación.

Para finalizar el análisis, realizamos una técnica de reducción de dimensiones para componentes principales categóricas, en la que se observa que ambas escalas no miden en el mismo sentido y los ítems que lo distorsionan son: *Cambios fisiológicos* y *Cambios físicos* para la ABBEY; y el de *Respiración* (en menor grado) para la escala PAINAD; como se muestra en la Figura 1.

Tabla IV. Concordancia entre PAINAD y ABBEY recodificadas.

| | | PAINAD | | | | Total |
|-------|----------------|----------|------------|----------------|--------------|-------|
| | | No dolor | Dolor leve | Dolor moderado | Dolor severo | |
| ABBEY | No dolor | 86 | 18 | 10 | 0 | 114 |
| | Dolor leve | 1 | 13 | 26 | 0 | 40 |
| | Dolor moderado | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Total | | 87 | 31 | 36 | 1 | 155 |

Tabla V. Concordancia entre PAINAD y ABBEY en 2 categorías.

| | | PAINAD | | Total |
|-------|----------|----------|-------|-------|
| | | No dolor | Dolor | |
| ABBEY | No dolor | 86 | 28 | 114 |
| | Dolor | 1 | 40 | 41 |
| Total | | 87 | 68 | 155 |

Según la opinión de las enfermeras, tras la aplicación de la escala el 78,7 % creyeron que la PAINAD mide el dolor que realmente tienen y en el caso de la ABBEY lo creyeron el 80,6 % de las enfermeras. Aun siendo algo más alto el porcentaje de la escala ABBEY en cuanto a la valoración de las enfermeras sobre si esta mide lo que tiene que medir, la diferencia no resulta significativa.

DISCUSIÓN

Consistencia y utilidad de las escalas

La consistencia interna de la escala de PAINAD en este estudio fue muy similar a la descrita en la validación espa-

ñola en la que se obtuvieron un *alfa de Cronbach* entre 0,727 y 0,811 para la situación de reposo, y entre 0,590 y 0,827. En este estudio la fiabilidad de la escala obtuvo un *alfa de Cronbach* de 0,847 para la situación de reposo y de 0,845 durante la actividad, esta fue considerada como el momento del aseo. Estos valores se consideran adecuados¹⁴. Observamos que el valor obtenido en actividad fue superior al obtenido por otros autores¹⁵⁻¹⁷. Asimismo, se destaca que al evaluar cada uno de los ítems de forma individual, el ítem de respiración tiene menor grado de correlación que el resto, aunque si se eliminara no comportaría un aumento importante de la consistencia interna. Este hallazgo es semejante al observado en el estudio de validación de la versión alemana^{15,18}.

Para la ABBEY se ha observado un *alfa de Cronbach* elevado y parecido a los previamente obtenidos en el estudio de validación española¹². Sin embargo, al evaluar de forma individual cada uno de los ítems, el ítem “Cambios fisiológicos” y el ítem “Cambios físicos” no presentaron buena consistencia interna. De hecho los resultados indican que si se extrajeran estos ítems de la escala, esta aumentaría su consistencia interna, datos ambos que no se describieron en la validación española de esta escala¹². Una de las principales diferencias con la validación es que esta se realizó en el nivel asistencial de hospitalización de agudos mientras que en nuestra investigación se llevó a cabo en el nivel

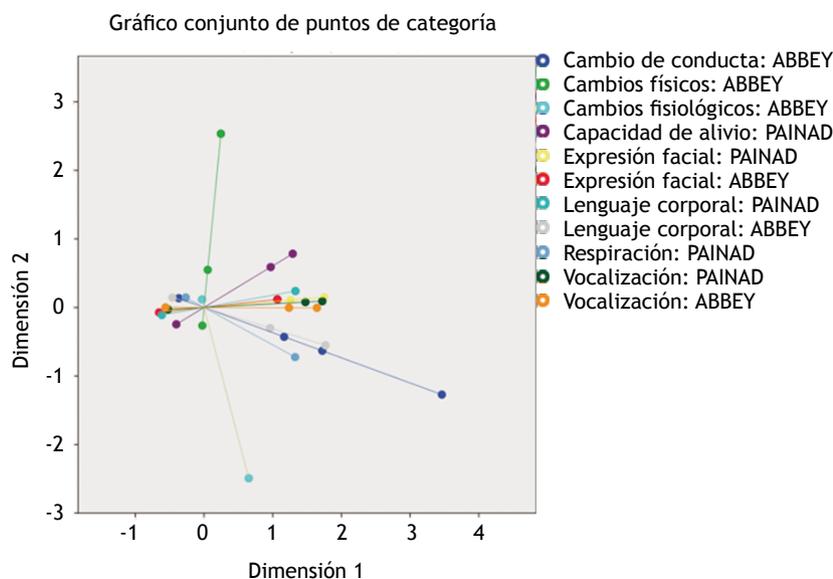


Figura 1. Análisis de los componentes principales para la escala PAINAD y la ABBEY.

asistencial sociosanitario, motivo que podría justificar las discrepancias observadas.

La no consistencia de los ítems *Cambios fisiológicos* y *Cambios físicos* se podría explicar desde 2 puntos de vista. Por un lado, pensando que son ítems que no son aplicados y/o entendidos de igual forma por los que administran la escala, por otro, podría ser que no sean buenos indicadores de dolor para personas con demencia moderada y/o severa, tal y como se especifica en una revisión bibliográfica¹⁹.

PAINAD es una de las escalas para la detección del dolor en personas con dificultades de la comunicación mejor valoradas por los profesionales y, además, ha sido probada en distintos estudios^{5,20-23}, incluso uno de ellos²⁴ propone validarla por su sencillez para que la puedan pasar los propios familiares, así mejoraría la detección del dolor y a su vez el manejo.

A pesar de concluir que la escala PAINAD valora mejor el dolor que la ABBEY, cabe señalar como una de las limitaciones del estudio que en tan solo un caso se ha detectado un dolor severo en la escala de PAINAD, quizás porque la muestra era relativamente pequeña o quizás porque a pesar de ser una herramienta validada en personas con demencia tiene dificultad en la detección de dolores severos, tal y como señala la propia validación^{7,12}.

Otra de las limitaciones fue que la muestra es local y solo extrapolable a las personas con demencia ingresadas en centros sociosanitarios del área Básica de salud del Baix Llobregat. Por último, no se estudió la inferencia de los SPCD con relación al dolor medido a través de la escala PAINAD y ABBEY, como en el estudio de Resnick y cols.⁴, pero quizás sea el siguiente paso lógico para continuar investigando en esta línea.

Prevalencia del dolor

La prevalencia de dolor en nuestro estudio es algo inferior a las prevalencias descritas en medio residencial en nuestro país^{1,2} o en otros países²⁵, pero más parecidas a las descritas en otros sociosanitarios de EE. UU. (51,8%)²⁶ o a la reciente revisión sistemática publicada en 2019²⁷.

Durante el aseo la prevalencia aumenta hasta el 73,5%, lo cual supera cualquier cifra de prevalencia previamente descrita. En un principio se entendió el aseo como una actividad agradable, aunque podría ser que para personas con demencia el aseo, al comportar movilidad, puede resultar una actividad dolorosa, tal como se menciona en varios estudios^{5,28}.

Es importante destacar que se trata del primer estudio para evaluar la prevalencia del dolor en pacientes con demencia moderada-severa ingresados en centros sociosanitarios realizado en nuestro país. Por tanto, las comparaciones en cuanto a la intensidad y prevalencia de dolor se realiza con estudios llevados a cabo en residencias, donde la intensidad basal del dolor es menor^{19,29}. En otro artículo³⁰ ya mencionado sobre la PAINAD sugieren que el dolor se ha de evaluar durante el movimiento, ya que el movimiento destaca el verdadero dolor que tiene la persona.

En cualquier caso, se debería estudiar la relación del movimiento, la dependencia funcional y la espasticidad propia de la demencia con el dolor más en profundidad.

Conclusiones

En la población mayor con demencia moderada-severa ingresada en centros sociosanitarios del área Básica de salud del Baix Llobregat, la escala de PAINAD muestra una buena fiabilidad, no tanto la ABBEY que podría mejorar quitando 2 de sus ítems. Existe una concordancia entre leve y moderada entre ambas escalas, siendo los ítems de Cambios físicos y Cambios fisiológicos de la ABBEY los que distorsionan los resultados. Por ello concluimos que ha de ser mejor valorada la escala PAINAD que la ABBEY.

Podemos concluir que la prevalencia de dolor en reposo el primer día de estudio fue de 43,9%, y durante la actividad de 73,5%. Se propone para la mejor evaluación del dolor pasar la escala durante una actividad que implique movimiento.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todos los participantes y a sus familias y cuidadores la enorme predisposición. Asimismo, queremos agradecer el tiempo y esfuerzo del personal de enfermería y las direcciones de los centros implicados en dicha investigación.

CONFLICTO DE INTERESES

No hay conflicto de interés por parte de ninguno de los autores.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

No se ha recibido ninguna financiación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álaba J, Arriola E. Prevalencia de dolor en pacientes geriátricos institucionalizados. *Rev Soc Esp Dolor*. 2009;16:344-51.
2. De la Rica Escuin M, González Vaca J. Assessment of pain in patients with severe dementia in nursing home. *Gerokomos*. 2014;25:3-8.
3. Salutweb.gencat.cat [Internet]. Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya [actualizado 14 Dic 2015; citado 24 Feb 2021]. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_actuacio/linies_dactuacio/estrategies_salut/sociosanitari/pla_director
4. Resnick B, Boltz M, Galik E, Holmes S, Vigne E, Fix S, et al. Pain assessment, management, and impact among older adults in assisted living. *Pain Manag Nurs*. 2019;20:192-7.
5. Alaba J, Arriola E, Navarro AB, González MF, Buiza C, Hernández C, et al. Demencia y dolor. *Rev Soc Esp Dolor*. 2011;18:176-86.
6. De Juan Pardo M, Saracibar-Razquin M, Crespo I, Fuster Linares P. Pain assessment in individuals with dementia and communication problems in Spain. A systematic review. *Rev Clin Esp (Barc)*. 2018;218:435-44.
7. García-Soler Á, Sánchez-Iglesias I, Buiza C, Alaba J, Navarro AB, Arriola E, et al. Adaptación y validación de la versión española de la escala de evaluación de dolor en personas con demencia avanzada: PAINAD-Sp. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2014;49:10-4.

8. Lukas A, Barber JB, Johnson P, Gibson SJ. Observer-rated pain assessment instruments improve both the detection of pain and the evaluation of pain intensity in people with dementia. *Eur J Pain*. 2013;17:1558-68.
9. Martínez J, Dueñas R, Onís MC, Aguado C, Albert C, Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores e 65 años. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:129-34.
10. Flores T, Cruz AJ, González JI, López A, Abizanda P. Herramientas de valoración geriátrica en Servicios de Geriatria españoles. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2014;49:235-42.
11. Guigoz Y, Vellas B. The Mini Nutritional Assessment (MNA) for grading the nutritional state of elderly patients: presentation of the MNA, history and validation. *Nestle Nutr Workshop Ser Clin Perform Programme*. 1999;1:3-11; discussion 11-2.
12. 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.
13. Pu L, Moyle W, Jones C, Todorovic M. Psychosocial interventions for pain management in older adults with dementia: A systematic review of randomized controlled trials. *J Adv Nurs*. 2019;75:1608-20.
14. Waltz CF, Strickland O, Lenz ER. *Measurement in nursing and health research*. 4ª ed. Nueva York: Springer Publishing Company; 2010.
15. Morete MC, Peixoto FP, Biagioni AC, Laselva CR. Cultural adaptation and reproducibility validation of the Brazilian Portuguese version of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD-Brazil) scale in non-verbal adult patients. *Einstein (São Paulo)*. 2015;13:14-9.
16. Muñoz-Narbona L, Cabrera-Jaime S, Lluch-Canut T, Pérez de la Ossa N, Álvarez Ballano J, Zarza Arnau N, et al. Validation of the Spanish version of the Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD-Sp) in hospitalized patients with neurologic disorders and oncologic patients unable to self-report their pain. *Pain Manag Nurs*. 2018;20:323-30.
17. Mosele M, Inelmen EM, Toffanello ED, Girardi A, Coin A, Sergi G, et al. Psychometric properties of the pain assessment in advanced dementia scale compared to self assessment of pain in elderly patients. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2012;34:38-43.
18. Zwakhalen SMG, Hamers JPH, Berger MPF. The psychometric quality and clinical usefulness of three pain assessment tools for elderly people with dementia. *Pain*. 2006;126:210-20.
19. Chai E, Jay RH. Managing pain in the elderly population: pearls and pitfalls. *Curr Pain Headache Rep*. 2010;14:409-17.
20. Papiol Espinosa G, Abades Porcel M. Valoración del dolor en demencia avanzada: revisión bibliográfica. *Gerokomos*. 2015;26:89-93.
21. 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.
22. De la Brière A. Pain in elderly people suffering from dementia. *Soins*. 2012;16-9.
23. Passmore P, Cunningham E. Pain assessment in cognitive impairment. *J Pain Palliat Care Pharmacother*. 2014;28:305-7.
24. Ammaturo DA, Hadjistavropoulos T, Williams J. Pain in dementia: Use of observational pain assessment tools by people who are not health professionals. *Pain Med*. 2017;18:1895-907.
25. Liu JYW, Lai C. Implementation of observational pain management protocol to improve pain management for long-term institutionalized older care residents with dementia: study protocol for a cluster-randomized controlled trial. *Trials*. 2014;15:78.
26. Malara A, de Biase GA, Bettarini F, Ceravolo F, di Cello S, Garo M, et al. Pain assessment in elderly with behavioral and psychological symptoms of dementia. *J Alzheimers Dis*. 2016;22;50:1217-25.
27. Cravello L, di Santo S, Varrassi G, Benincasa D, Marchettini P, de Tommaso M, et al. Chronic pain in the elderly with cognitive decline: a narrative review. *Pain Ther*. 2019;8:53-65.
28. Borda MG, Acevedo González JC, David DG, Morros González E, Cano CA. Dolor en el anciano : calidad de vida, funcionalidad y factores asociados. Estudio SABE, Bogotá, Colombia. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2016;51:140-5.
29. Barragán-Berlanga AJ, Mejía-Arango S, Gutiérrez-Robledo LM. Dolor en adultos mayores de 50 años: prevalencia y factores asociados. *Salud pública Méx* 2007;49:s488-94.
30. Fort I, Formiga F, Robles MJ, Regalado P, Rodríguez D, Barranco E. Alta prevalencia de consumo de neurolépticos en las personas ancianas con demencia. *Med Clin (Barc)*. 2010;134:101-6.