



**Universidad
Europea**

GRADO EN ENFERMERÍA

TRABAJO FIN DE GRADO

EL DOLOR CRONICO DEL ANCIANO EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

Autora:

ANAIS GARCIA EXPÓSITO

Dirigido por:

INMACULADA LÓPEZ MARTÍN

PROMOCIÓN 2017/2021

ÍNDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT :	¡Error! Marcador no definido.
1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	4
2. DESARROLLO	5
2.1 OBJETIVOS DE LA BUSQUEDA BIBLIOGRAFICA.....	5
2.2 METODOLOGÍA.....	5
2.2.1 DISEÑO	5
2.2.2. MUESTRA	6
2.2.3. ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA.....	6
2.3 RESULTADOS:.....	19
2.3.1 INDICADORES DE CALIDAD EN URGENCIAS HOSPITALARIAS E IMPLICACIONES EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON DOLOR	19
2.3.2 MANEJO DEL DOLOR EN LOS MAYORES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.....	21
2.3.2.1 VALORACIÓN DEL DOLOR MEDIANTE ESCALAS	21
2.3.2.2 ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES FRENTE A LA VALORACIÓN DEL DOLOR EN LOS MAYORES.....	23
2.3.2.3 TRATAMIENTO DEL DOLOR: FARMACOLOGICO/NO FARMACOLOGICO	24
3. REFLEXIÓN/CONCLUSIONES	27
4. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	31

RESUMEN

Introducción: El dolor, es una experiencia global, que afecta a todas las dimensiones humanas: afectiva, fisiológica y social, manifestándose en comportamientos alterados. En las consultas realizadas por los mayores con dolor en las urgencias hospitalarias, el profesional de enfermería debe partir de una correcta valoración para poder tratar a la persona de forma holística, no al dolor en sí, describiendo los signos y síntomas del dolor, y los efectos sobre la calidad de vida, con el fin de realizar un diagnóstico enfermero certero.

Objetivo General: Analizar el dolor en los mayores en el entorno de las Urgencias hospitalarias, su valoración y tratamiento.

Metodología: Diseño de investigación de revisión bibliográfica, sobre una muestra de 16 artículos seleccionados. La búsqueda se realizó en “PUDMED”, “MEDLINE”, “CINALH”, “DIALNET” “CUIDEN” “Lilacs” “Cochrane”, “Scielo”

Resultados: El alivio del dolor se identifica como un indicador de buena atención a los pacientes mayores. Existen evidencias de la necesidad de utilizar escalas de valoración adecuadas a las características de los mayores y hay evidencias sobre los efectos positivos de la formación de los profesionales sobre la actitud frente al dolor de los pacientes. La combinación de terapias farmacológicas y no farmacológicas es necesaria para el control del dolor y para aumentar la independencia de los mayores.

Conclusiones: La alta frecuentación de consultas por dolor en mayores en el servicio de urgencias puede deberse a un conjunto de factores. A menor tiempo de espera, mejor es la atención en urgencias. El uso de escalas y la elección de estas se debe individualizar en función de las características del anciano. La actuación de la enfermera debe incrementarse en la aplicación de tratamientos no farmacológicos que deben formar parte de un enfoque global del dolor.

Palabras claves: dolor, dolor crónico, ancianos, mayores, servicio de urgencias, terapia farmacológica, terapia no farmacológica, calidad de vida

ABSTRACT:

Introduction: Pain is a global experience that affects all human dimensions: affective, physiological and social, manifesting itself in altered behaviors. In the consultations made by the elderly with pain in hospital emergencies, the nursing professional must start from a correct assessment to be able to treat the person holistically, not the pain itself, describing the signs and symptoms, and the effects on quality of life, in order to make an accurate nursing diagnosis

General Objective: Analyze pain in the elderly in the hospital emergency environment, its assessment and treatment.

Methodology: Bibliographic review research design, on a sample of 16 selected articles. The search was carried out in "PUDMED", "MEDLINE", "CINALH", "DIALNET" "CUIDEN" "Lilacs" "Cochrane", "Scielo"

Results:

Conclusions:

Key words: pain, chronic pain, elderly, elderly, emergency department, drug therapy, non-drug therapy, quality of life

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Según la Real Academia Española, el dolor es esa “sensación de molesta y aflictiva de una parte del cuerpo, que puede ser causada tanto interior como exteriormente” (1).

Para IASP (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor), este es una experiencia desagradable sensorial y emocional, la cual está relacionada con una lesión.

El dolor es inherente al ser humano, y es una de las causas más frecuentes de consulta en los servicios de urgencias. En los pacientes ancianos, la prevalencia del dolor crónico, aumenta conforme va pasando los años, con lo cual es una de las causas principales de acudir a urgencias. La mayoría de las veces el dolor está detrás o queda oculto por un problema psicológico, significándose este como un mecanismo de defensa frente al dolor (1).

Conocemos como dolor crónico a aquel que dura más de 6 meses y está relacionado por diferentes factores que son los causantes de que este se manifieste (2).

La elección de este tema en el presente Trabajo Fin de Grado de Enfermería viene dada por los efectos devastadores del dolor sobre la calidad de vida de las personas mayores, y por su alta prevalencia y relación con múltiples problemas de salud que les aquejan. El propio envejecimiento, la confluencia de patologías incapacitantes y la frecuente presencia de deterioro cognitivo, obstaculiza la comunicación del dolor y por lo tanto su abordaje (3).

También hay que tener en cuenta que las urgencias hospitalarias son un servicio con alta frecuentación y la puerta de entrada al hospital en procesos graves y agudos. Es un servicio de gran valor a nivel asistencial, de organización compleja y de su gestión y uso va a depender en gran medida el tipo de atención que reciban los pacientes.

Las urgencias se definen como “aquella situación clínica con capacidad para generar deterioro o peligro para la salud o la vida del paciente y que requiere atención médica inmediata” (4). De ahí la importancia de que la población conozca su funcionamiento y distinga entre situaciones que requieren asistencia hospitalaria, o aquellas donde se pueden tratar en los servicios de atención primaria, y así no colapsar los servicios de urgencias, viéndose perjudicados aquellos pacientes en situaciones más críticas.

El dolor crónico en la Geriátrica es habitual en cualquier nivel de atención, y muy frecuente en los servicios de urgencias. Mi percepción como estudiante de enfermería en prácticas es que al dolor en el anciano se le debe dar máxima prioridad en el proceso de triaje en la atención prestada en urgencias. A veces el paciente espera horas para ser atendido. El paciente anciano, por sus características, puede experimentar el dolor de manera muy diferente respecto a otras etapas de la vida, y reaccionar a los estímulos dolorosos de manera atípica. La edad es uno de los marcadores de riesgo respecto a la presencia del dolor, y esta influye en gran parte a la hora de expresarlo, de manifestarlo, lo cual dificulta su detección.

Como bien sabemos, cuando un anciano acude a urgencias por presencia de dolor, las enfermeras lo evalúan con entrevista y escalas de valoración, altamente útiles para poder valorar el grado de dolor que tiene el paciente, pero muchas veces hay situaciones en las que, hasta el mismo paciente, no sabe o no puede valorar su propio dolor. ¿Cómo podemos llegar a valorar este dolor? ¿Son fiables las escalas que conocemos? ¿Se deberían aplicar otras medidas contra el dolor, además de los analgésicos en los servicios de urgencias?

Los estudios de investigación muestran que hay pacientes que manifiestan el dolor mediante alteraciones en la conducta como es la agresividad, los trastornos de movilidad, la negación a seguir comiendo. Es necesario profundizar en el conocimiento del dolor para abordar tratamientos y cuidados adecuados para aliviarlo, un correcto manejo de los síntomas y en definitiva, mejorar la calidad de vida de los pacientes (5)(6).

En este sentido es oportuno estudiar ¿Cuáles son las estrategias que se utilizan en los servicios de urgencias de los hospitales para controlar el dolor del paciente anciano?

2. DESARROLLO

2.1 OBJETIVOS DE LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

GENERAL Analizar el dolor en los mayores en el entorno de las Urgencias hospitalarias, su valoración y tratamiento.

ESPECÍFICOS:

1. Estudiar indicadores de calidad en los servicios de urgencias hospitalarias, en relación con la atención al paciente mayor con dolor.
2. Indagar sobre la valoración y tratamiento farmacológico y no farmacológico del dolor del anciano en las urgencias hospitalarias.

2.2 METODOLOGÍA

2.2.1 DISEÑO

Estudio de revisión bibliográfica que consiste en realizar una búsqueda de documentos científicos que aporten evidencias y profundicen en el conocimiento de un tema de interés. Este tipo de estudios son previos a la realización de cualquier investigación, constituyendo la primera fase de dicha investigación.

La metodología que se ha empleado ha sido realizar una búsqueda en las principales bases de datos de ciencias de la salud, cuya finalidad es dar respuesta a los objetivos propuestos

Se ha procedido a una búsqueda de estudios de revisión sistemática y de investigación, que muestren resultados respecto a las temáticas relacionadas en los objetivos: dolor en pacientes mayores en los servicios de urgencias, relacionándolo con el trato al paciente en dicho contexto organizativo, el confort y el bienestar del paciente en relación con el sanitario enfermero y el manejo de dicho dolor con diferentes acciones, tanto medicamentosas como no medicamentosas.

2.2.2. MUESTRA

El tamaño de la muestra está formado por 16 artículos. Teniendo en cuenta el idioma de los artículos publicados: 9 artículos en castellano y 7 artículos en inglés.

2.2.3. ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA

Se han utilizados las siguientes bases de datos: “PUDMED”, “MEDLINE”, “CINALH”, “DIALNET” “CUIDEN” “Lilacs” “Cochrane”, “Scielo”.

Criterios de inclusión y de exclusión

Inclusión:

- Estudios de revisión
- Estudios que hacen referencia a estrategias para abordar el dolor en personas mayores
- Estudios que describan las diferentes escalas del dolor
- Artículos en castellano e inglés
- Estudios publicados en los últimos 10 años
- Intervenciones llevadas a cabo por profesionales sanitarios que trabajan en urgencias hospitalarias.

Exclusión:

- Intervenciones sin evaluación o proyectos que no se hubieran llevado a cabo
- Estudios en personas mayores de 65 años con deterioro cognitivo.

Palabras o términos iniciales de búsqueda: anciano, control del dolor, manejo del dolor, evaluación. Se han usado los booleanos como AND Y OR para relacionar las palabras de búsqueda.

Términos de búsqueda relacionados:

- En castellano: valoración AND dolor, formación AND enfermería AND dolor.
- En inglés: Old Or older OR elderly OR geriatric, Value OR valuation OR assessment, Pain control OR pain management.

Filtros o limitadores utilizados en las búsquedas:

-acceso a texto completo

- > de 65 años

-urgencias

-idiomas: castellano e inglés

-artículos en los últimos 10 años.

Con el procedimiento de elección sobre las búsquedas escogidas sobre el dolor crónico en aquellos pacientes de avanzada edad que acuden a urgencias, en primer lugar, seleccioné aquellos artículos cuyos títulos parecían afines con el tema mencionado y seguidamente leí los resúmenes de dichos artículos para confirmar si la información que presentaba era adecuada. Posteriormente, realicé una lectura más profunda además de analizar los documentos de manera más completa para comprobar que la información contenida resultaba ser relevante para el objeto de estudio. (véase la tabla N°1)

(Tabla N°1, elaboración propia)

ESTRATEGIAS DE BUSQUEDA BIBLIOGRAFICA

BASE DE DATOS	DESCRIPTORES	OPERADORES	Nº DE RESULTADOS TOTALES	Nº RESULTADOS TRAS LECTURA DEL RESUMEN	Nº RESULTADOS TRAS LECTURA CRITICA	RESULTADOS SELECCIONADOS
PUBMED	“older” “eldearly” “geriatric”	“OR”	30	18	8	<p>4:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Generalitat de Catalunya. Institut Català d' Assistència i Serveis Socials. Gestió de Serveis Sanitaris [Internet]. Residència i Centre de Dia per a Gent Gran Lleida- Balàfia. 2013. P. 1-7. Available from: http://www.gss.cat/ - Ortells Abuye N, Paguina Marcos M. Indicadores de calidad y seguridad del paciente en la enfermería de urgencias; un valor seguro. Enferm Global [Internet]. 2012 abril [citado 17 marzo 2014]:11 (2): [aprox. 7 p.]. Disponible en http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.11.2.132851/133471 - Moix, J., y Casado, M.ª. I. (2011). Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico. Clínica y Salud. Investigación Empírica En Psicología, 22(1), 41-50. doi: 10.5093/cl2011v22n1a3 -Alvarado-García AM, Salazar-Maya ÁM. Everything is valid in chronic pain: Interventions by older adults for pain relief. Enferm Clin. 2017;27(1): 11-20
Scielo España	“indicadores” “escala” “urgencia”	“AND” “OR”	7	5	4	<p>3:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Correia Loureiro S, Mir, a González F. Calidad y satisfacción en el servicio de urgencias hospitalarias: análisis de un hospital de la zona centro de Portugal. Investigaciones europeas de dirección y economía de la empresa. 2010; 16(2): 24-41. - Sousa FAEF, Silva T de CR da, Siqueira HB de OM, Saltareli S, Gomez RRF, Hortense P. Pain from the life

						<p>cycle perspective: Evaluation and Measurement through psychophysical methods of category estimation and magnitude estimation. Rev Lat Am Enfermagem. 2016;24:e2769.</p> <p>- Sáez López MP, Sánchez Hernández N, Jiménez Mola S, Alonso García N, Valverde García JA. Valoración del dolor en el anciano. Rev Soc Esp Dolor. 2015;22(6):271-4.</p>
Dialnet	<p>“calidad” “satisfacción” “urgencias” “hospital” “dolor”</p>	Artículos de revista	46	17	6	<p>3:</p> <p>- Peiró, Librero J. Ridaó M, Bernal-Delgado E. variabilidad en la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios del Sistema Nacional de Salud. Gac Sanit. 2010; 24(1): 6-12.</p> <p>- Berman, A., Snyder, SJ., Kozier, B., Erb, G. Tratamiento del Dolor. Fundamentos de enfermería. 9ª ed. Pearson Educación; Madrid 2013,p. 1205-1245.</p> <p>- Tse MMY, Ho SSK. Enhancing knowledge and attitudes in pain management: a pain management education program for nursing home staff. Pain Manag Nurs. American Society for Pain Management Nursing; 2014 Mar; 15(1):2-11.</p>
PUBMED	<p>“crowding” “department” “emergency” “measure” “quality”</p>	“AND” “OR”	70	14	5	<p>4:</p> <p>- Suárez F, Soria J, Castillo C, García C, Martínez C. Implantación de un plan de calidad en un servicio de urgencias y su impacto en la satisfacción del paciente. Emergencias. 2013;25:163-170.</p> <p>-Hansagi H, Olsson M, Sjöberg S, Tomson Y, Göransson S. Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of other health care services. Ann Emerg Med. 2011;37(6):561-7.</p> <p>- Martín Gordo O, Martín Moreno V, Agüero Orgaz D, Martín Fernández A, Coaquira Condori ER, Duce Tello S.</p>

						<p>Gestión del tiempo de asistencia al paciente crónico: un nuevo enfoque para mejorar la calidad asistencial. Rev Calid Asist. 2014;29(5):270–7.</p> <p>- Abiuso N, Santelices JL, Quezada R. MANEJO DEL DOLOR AGUDO EN EL SERVICIO DE URGENCIA. Rev médica Clín Las Condes. 2017;28(2):248–60.</p>
PUBMED	“pain” “Adults” “Women” “over 80 years old”	Artículos de revista “AND”	37	22	4	<p>1:</p> <p>- Guevara López, U.; Covarrubias Gómez, A., Rodríguez Cabrera, R., Carrasco Rojas, A.; Aragón, G.; Ayón Villanueva, H. Parámetros en práctica para el manejo del dolor en México. [Acceso 25 marzo 2018]. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2007/cc075l.pdf</p>
CUIDEN	“Emergencias” “geriatrics” “pain”	“AND” “OR”	10	4	2	<p>1</p> <p>- Pardo, C.; Chamorro, C.; Grupo de trabajo de analgesia y sedación de la Semicycuc. Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. [Internet] [Acceso 10 mayo 2018]. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/13116125_S300_es.pdf</p>
Lilacs		“AND” “OR” “NOT”	12	8	4	-
Cochrane	“escala + dolor + cuidados de enfermería”	+	71	26	3	-
CINHAL	“pain” “treatment” “diagnoses” “adults”	“AND” “OR”	83	28	4	<p>1</p> <p>- Ortigosa, E.; Limeres E.; Estrada, J. Tratamiento del dolor crónico intenso. [Internet] [Acceso 17 junio 2018] Disponible en: http://www.arydol.es/dolorcronico-intenso.php</p>

TÍTULO	AUTORES	AÑO	OBJETIVOS DEL ESTUDIO	DISEÑO DEL ESTUDIO	ÁMBITO/ PÓBLACION DE ESTUDIO	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES
A controlled investigation of continuing pain education for longterm care staff(6)	Ghandehar i,o et al	2013	Investigar la afectividad de un programa de educación continua basado en expertos de evaluación para el manejo del dolor.	Análisis cualitativo	- Enfermeras -Auxiliares Se realiza	investigación -acción.	-Los participantes del programa 1 demostraron grandes beneficios comparados con participantes de control, con respecto al conocimiento del dolor -Existen barreras relacionadas con el dolor	Es un estudio donde se ve reflejando el programa interactivo donde nos comenta que la educación física es una causa eficaz para cambiar las ideas sobre el dolor y mejorar el conocimiento tanto en los pacientes como en los sanitarios.
Indicadores de calidad y seguridad del paciente en la enfermería de urgencias; un valor seguro. (8)	Ortells Abuye N, Paguina Marcos M.	2012	Cuantifica el número de cumplimiento de los indicadores de seguridad en el servicio de urgencias.	Investigación cuantitativa	Enfermeras, las cuales el estudio se lleva a cabo en un hospital	Estudio observacion al transversal	Se realizó en menos de 10 minutos el 80% de los 52088 triajes y el 26% de los ECG de los 181 casos diagnosticados por SCA y en menos de 30 minutos el 32% de la fibrinólisis indicada en los 19 casos. Fue una buena identificación del 98% de los pacientes y la asepsia del 90%.	Que la calidad de los servicios de urgencia de enfermería debería de definirse como una atención oportuna, humanizada, continuada y eficiencia que realiza el personal de enfermería, de acuerdo con los protocolos establecidos por el hospital donde se esté trabajando. Aumentando la planilla del personal de enfermería y comparando los resultados obtenido, desde antes del aumento al después del aumento. Para ofrecer la mejora para la calidad y seguridad de vida del paciente.

F. Calidad y satisfacción en el servicio de urgencias hospitalarias: análisis de un hospital de la zona centro de Portugal. Investigaciones europeas de dirección y economía de la empresa (9)	<p>Correia Loureiro S, Mir, a González</p>	<p>2010</p>	<p>Analizar la relación entre las variables de calidad, satisfacción, imagen, confianza y lealtad en el contexto de un servicio de urgencias hospitalarias .</p>	<p>Investigación cualitativo.</p>	<p>Se realiza en el servicio de urgencias hospitalarias en el centro de Portugal.</p>	<p>Modelo estructural construido con las variables indicadas.</p>	<p>Los resultados permiten constatar que la imagen y la reputación del servicio de urgencias no da lugar a la forma significativa a incrementar la confianza en el servicio, ni para su recomendación a otras personas.</p>	<p>Se comenta que la calidad de los servicios de salud ha sido discutida en varias organizaciones, las cuales se comprometen para desarrollar programas y acciones capaces de atender las expectativas de sus pacientes. La dirección del hospital se concienza de la importancia de reducir los tiempos de espera, mejorando la reorganización del diagnóstico inicial de los pacientes y de mostrar una preocupación real con el bienestar de sus pacientes como si fuera la única manera de incrementar su nivel de confianza.</p>
Management of time used to treat the chronic patient: A new approach to improve quality of health care (11)	<p>Martín Gordo O, Martín Moreno V, Agüero Orgaz D, Martín Fernández A, Coaquira Condori ER, Duce Tello S.</p>	<p>2014</p>	<p>Analizar la calidad de la atención al paciente crónico con la mejora de implantaciones los tiempos asistenciales no presenciales .</p>	<p>Método cuantitativo</p>	<p>Estudio realizado en el centro de salud de Orcasitas en pacientes con; -HTA -Diabetes -Cardiopatía isquémica</p>	<p>Estudio de intervención</p>	<p>En el grupo de intervención ha tenido una efectividad de incrementar en el periodo analizado un 46%, un 54% y un 55.9% para los procesos de HTA, Diabetes y control de dislipidemia en cardiopatía isquémica, mientras que en el grupo de control (Comunidad de Madrid) fue respectivamente del 2.54%, 1.78% y 5.44%</p>	<p>Treinta minutos/año de atención no presencial suponen un cambio relevante en el grado de control del paciente crónico.</p>
Implantación de un plan de calidad en un servicio de urgencias y su impacto en la satisfacción del paciente. Emergencias.(13)	<p>Suárez F, Soria J, Castillo C, García C, Martínez C.</p>	<p>2013</p>	<p>Analizar el impacto de la implantación del método de calidad para mejorar la gestión de la demanda de atención urgente en la evaluación</p>	<p>Investigación cualitativa.</p>	<p>Urgencias y emergencias. Numero de atendidos en un mes. Tiempos de estancia media en urgencias y encuestas de opinión.</p>	<p>Estudio longitudinal observacion al descriptivo prospectivo</p>	<p>Se han incluido 210 reclamaciones. El 76.2% de ellas han sido por demora asistencial, seguidas por aquellas relacionadas con la disconformidad con las normas de organización. Hay una reducción progresiva del porcentaje de reclamaciones respecto</p>	<p>El análisis de las reclamaciones es una herramienta especialmente útil de monitorización de calidad asistencial. La implantación de un sistema de gestión de calidad, se convierte en esencial en la mejora de atención urgente del paciente sin coste.</p>

			de las reclamaciones de los usuarios y su grado de satisfacción.				al total de urgencias atendidas.	
Enhancing knowledge and attitudes in pain management: a pain management education program for nursing home staff(14)	Tse MMY, Ho SSK	2014	Examinar la efectividad de un programa para el manejo del dolor	Análisis cualitativo	Trabajadores de la salud en hospitales y en atención primaria en casas	Estudio de pre-test y post-test cuasi experimental	Se pone en contacto con 5 casas de ancianos y 88 empleados y se unieron durante 8 semanas para poder realizar una valoración	Podemos observar los datos demográficos y los conocimientos y actitudes con respecto al dolor, se recopilan encuestas de conocimientos y actitudes de las enfermeras respecto al dolor. Se puede comprobar que después de las 8 semanas hay una mejora de conocimientos del personal de enfermería y permite dar una atención adecuada y propia a las personas mayores.
Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of other health care services. (18)	Hansagi H, Olsson M, Sjöberg S, Tomson Y, Göransson S.	2011	Determinar si los pacientes que no ingresan en el hospital después de a un servicio de urgencias durante turnos con largos tiempos de espera tienen riesgo de sufrir efectos.	Análisis Cuantitativo	Todos los pacientes del servicio de urgencias en el hospital que no fueron admitidos.	Diseño de estudio de cohorte retrospectivo basado en la población utilizando bases de datos administrativas sanitarias.	13934542 pacientes fueron atendidos y dados de alta y 617011 se tuvieron que marchar a casa sin ser atendidos. El riesgo empezó a aumentar por la duración media de la estancia de pacientes similares en el mismo turno de urgencias. Para la duración media de las posibilidades ajustada fue de 1.79 para la muerte y 1.95 para el ingreso en pacientes de alta y 1.71 para muerte y 1.66 para ingreso en pacientes de baja. Irse del hospital sin ser atendido no se asoció con un aumento	El ir a urgencias con unos tiempos de espera más prolongados de lo normal, da lugar a una estancia media más larga, la cual se asocia a un mayor riesgo a corto plazo de muerte e ingreso hospitalario en pacientes que se encuentren lo suficientemente bien. Los pacientes que se van sin ser atendidos no tiene mayor riesgo de sufrir efectos adversos a corto plazo.

							de eventos adversos a nivel del paciente ni por las tasas anuales del hospital.	
Pain from the life cycle perspective: Evaluation and Measurement through psychophysical methods of category estimation and magnitude estimation(19)	Sousa FAEF, Silva T de CR da, Siqueira HB de OM, Saltareli S, Gomez RRF, Hortense P	2016	La descripción del dolor crónico desde las perspectivas del ciclo de la vida.	Análisis cualitativo	Participación de 861 personas con dolor. Utilizando la Escala Multidimensional de Evaluación del Dolor (EMEDOR).	Método de estimación de magnitud, estudio transversal.	Método de estimación de categoría, el descriptor de dolor crónico más alto para niños y adolescente fue molesto y para adultos fue Incómodo. Los descriptores mayores de dolor agudo para niños y adolescentes fueron complejos y para adultos insoportables.	La EMEDOR es una escala confiable y puede ser utilizada en diferente etapas del desarrollo.
Valoración del dolor en el anciano. (22)	Sáez López MP, Sánchez Hernández N, Jiménez Mola S, Alonso García N, Valverde García JA	2015	La evaluación y determinación de la causa del dolor para conseguir un control clave.	Análisis cualitativo	La prevalencia del dolor crónico en ancianos que viven en la comunidad sufren de un 25-76% mientras que en la residencias aumentan 83-93%.	Estudio de análisis	Uso de las escalas de valoración hace que aumenten la sensibilidad diagnóstica y facilita el seguimiento de síntomas y su propio tratamiento. Estas escalas deben de ser sencillas de aplicar y válidas para cualquier paciente, incluyendo aspectos sobre la percepción del dolor y el estado psicológico del paciente: -Escala analógica visual -Escalas pictóricas -Cuestionarios multidimensionales que abarcan aspectos como localización del dolor, intensidad..	Podemos encontrar dificultades para poder reconocer el dolor el paciente de mayor edad, y más si estos cuentan con alguna patología como es la demencia. Se pueden encontrar recomendaciones prácticas y útiles para el personal de enfermería que trabajan en residencias, para poder disminuir más el porcentaje del dolor en los ancianos en las residencias.

<p>Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación. Monitorización del dolor: Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC (24)</p>	<p>Pardo, C.; Chamorro, C.</p>	<p>2018</p>	<p>La capacidad para detectar y controlar el dolor y el sufrimiento de los pacientes.</p>	<p>Análisis cualitativo</p>	<p>Pacientes críticos que acuden a urgencias hospitalarias. Y de los familiares directos de los pacientes.</p>	<p>Método de diseño de fenomenología</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presencia del dolor en los pacientes 2. Capacidad para detectar y controlar el dolor 3. Control del dolor no es una obligación por cuestiones humanitarias, sino una obligación médica para reducir la morbilidad 4. El dolor referido por el propio paciente es la base para la terapia. 5. Los pacientes debe ser informados sobre la importancia del dolor 6. Las escalas EVA y EVN son las más útiles. 7. Puntuaciones superiores a 3 en Eva y en la de Campbell no deben ser admitidas. 	<p>Se presenta los puntos que hay que tener en cuenta para la monitorización del dolor. Con lo cual el dolor es frecuentemente infravalorado y por tanto no está suficientemente tratado para los pacientes críticos. Las respuestas psicológicas, metabólicas y neuroendocrinas provocadas por dolores incontrolables pueden producir una mayor morbilidad e incluso hasta llegar a la muerte.</p> <p>La escala visual analógica y la escala verbal numérica son las más recomendadas para comunicarse con el paciente y que ellos entienda que es lo que estamos evaluando. La UCI sin dolor debe ser un objetivo de calidad de todos los servicios de medicina intensiva.</p>
<p>Tratamiento del dolor crónico intenso (26)</p>	<p>Ortigosa, E.; Limeres E.; Estrada, J.</p>	<p>2018</p>	<p>Demostramos que cada paciente tiene la vivencia del dolor y factores de manera diferente y de forma propia, ya que cada paciente requiere un enfoque terapéutico personalizado.</p>	<p>Análisis cualitativo</p>		<p>Método de diseño documentado</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Clasificación del dolor 2. Diagnóstico y evaluación 3. Tratamiento 	<p>El dolor a pesar de ser algo siempre nos hemos encontrado a lo largo de nuestras vidas, sigue sin definirse como tal. Ya que cada estudio lo va a definir de una manera diferente. En este documento nos lo describe como que no es un mero síntoma sensorial, sino que es una experiencia perceptual y afectiva. Lo cual hace que tengamos respuestas biológicas a los estímulos nociceptivos.</p>

Manejo del dolor agudo en el servicio de urgencias (28).	Abiso N, Santelices JL, Quezada	2017	Evaluación de la calidad del manejo del dolor en los servicios de urgencias.	Análisis cualitativo	Al personal del servicio de urgencias de Santiago- Chile.	Estudios de contenido	<p>Para poder llevar a cabo un alivio del dolor físico, hay que tener en cuenta una atención integral del paciente, siendo así de gran relevancia el buscar un buen manejo del dolor en los servicios de urgencias mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Derechos del paciente y su familia -Cuidado del paciente -Evaluación del paciente 	<p>Realizar un manejo oportuno y efectivo del dolor bajo la responsabilidad de los profesionales que trabajan en el servicio de urgencias. Dando lugar a una apropiada evaluación y terapia estandarizada y personalizada a la condición del enfermo. Debe de dejarse registrado estas prácticas y estrategias de seguridad para que se asocie a una satisfactoria experiencia para aquellos pacientes que sufren dolor.</p>
Parámetros en práctica para el manejo del dolor en México(35)	Guevara López, U.; Covarrubias Gómez, A., Rodríguez Cabrera, R., Carrasco Rojas, A.; Aragón, G.; Ayón Villanueva, H.	2018	Fundamentar en la evidencia disponible la utilización de los fármacos en el tratamiento del dolor como parte de un esquema analgésico estructurado	Análisis cualitativo	80% de los pacientes que padecen dolor en México, con un dolor de moderado a severo en intensidad.	Revisión de la literatura	<p>Independientemente de las controversias relacionadas con su mecanismo de acción, es posible que los fármacos tenga una actividad predominante sobre sistemas independientes. Su efecto analgésico sobre placebos es significativo. Se ha evidenciado que la combinación de paracetamol con AINE reduce el consume de opioide en forma significativa y proporciona una mejor analgesia.</p>	<p>Se propone un esquema analgésico que incluya al opioide en combinación con paracetamol y con AINE para controlar eficientemente el dolor. Se deben tomar en consideración las características específicas de cada individuo y se requiere generar evidencia más robusta.</p>

<p>Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico.(36)</p>	<p>Moix, J., y Casado, M. a. I.</p>	<p>2011</p>	<p>Revisar los principales aspectos psicológicos en terapias aplicadas en el campo del dolor, centrándose en la conducta cognitiva</p>	<p>Análisis cualitativo</p>	<p>Pacientes con dolor crónico que usa la relajación e forma aislada o dentro de una terapia multicomponente.</p>	<p>Investigación -acción</p>	<p>Se dieron lugar resultados como: -Relajación -Hipnosis -Biofeedback -Terapia de aceptación y compromiso -Escritura emocional -Terapia de atención plena</p>	<p>Se muestra la efectividad del tratamiento cognitivo-conductual del dolor crónico. En este artículo se realiza la descripción del mismo, presentando una revisión de las principales terapias psicológicas que se emplean en el dolor crónico.</p>
<p>Everything is valid in chronic pain: Interventions by older adults for pain relief.(37)</p>	<p>Alvarado-García AM, Salazar-Maya ÁM.</p>	<p>2017</p>	<p>Describir las intervenciones utilizadas por adultos mayores con dolor crónico benigno..</p>	<p>Análisis cualitativo</p>	<p>25 adultos mayores con dolor crónico benigno, habitantes de la ciudad de Medellín y Bogotá. Se realizó una entrevista en profundidad.</p>	<p>Estudio de Investigación</p>	<p>Se encontraron varias categorías, las cuales sugieren intervenciones utilizadas por ancianos para abordar el dolor crónico. Comenzando a buscar una serie de opciones como: tomar posturas correctas, hacer ejercicios, tomar posturas correctas, identificar el daño que causa las drogas, usar agua caliente.</p>	<p>El estudio permitió describir las intervenciones que utilizan los adultos mayores para mitigar su dolor. Este estudio abarcó desde intervenciones farmacológicas hasta no farmacológicas, tan simples como postura, frío, masajes o distracciones entre unas y otras cosas.</p>

Tratamiento del dolor. Fundamentos de Enfermería (38)	Berman, A., Snyder, S.J., Kozier, B., Erb, G	2013	Desarrollar competencias relacionadas con las intervenciones del tratamiento	Análisis cualitativo	Profesionales sanitarios durante la formación a lo largo de la carrera asistencial	Intervención de un grupo equivalente	Organizaciones para poner en conocimientos los tratamientos del dolor mediante fundamentos de la enfermería.	Que los opioides y los AINEs son los fármacos más utilizados en el control del dolor, pero sin embargo presentan en su acción a través de diferentes mecanismos de acción la indicación que tienen en función de la intensidad del dolor.
--	--	------	--	----------------------	--	--------------------------------------	--	---

(Tabla nº2, elaboración propia)

Si bien se considera que la antigüedad de los documentos seleccionados en las búsquedas bibliográficas no debe ser superior a 5 años; en este trabajo se tomó la decisión de ampliar a 10 años, en respuesta al objetivo general planteado, y en base al interés de artículos concretos de más de 5 años para la temática elegida.

2.3 RESULTADOS:

Tras el análisis realizado de los documentos científicos seleccionados, se procede a exponer los resultados y conclusiones hallados en diferentes estudios de investigación o revisiones sistemáticas. Los hallazgos se organizarán en las siguientes áreas temáticas:

- Indicadores de calidad en Urgencias hospitalarias e implicaciones en la atención al paciente con dolor.
- Manejo del dolor en los mayores en el servicio de urgencias:
 - Valoración del dolor mediante escalas.
 - Actitudes de los profesionales frente a la valoración del dolor en los mayores.
 - Tratamiento del dolor: farmacológico/no farmacológico

2.3.1 INDICADORES DE CALIDAD EN URGENCIAS HOSPITALARIAS E IMPLICACIONES EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON DOLOR

Diversos estudios revisados han investigado sobre la calidad de la atención en los servicios de urgencias y proponen que hay que desarrollar acciones y programas que sean capaces de atender de manera más coordinada y certera el dolor en los pacientes (8.9.11.13).

Los estudios citados ponen énfasis en la importancia de reducir los tiempos de espera, mejorar la calidad del diagnóstico del paciente y en mostrar una preocupación real por el bienestar del anciano, con el objetivo de lograr incrementar su nivel de satisfacción y la confianza en el servicio de urgencias (8.9.11.13).

El estudio realizado en Barcelona y Portugal, tiene como objetivo estudiar la calidad en la atención que se daba a los pacientes en los servicios de urgencias (8)(9).

Ortells Abuye considera que el alivio del dolor del paciente que se presenta en urgencias es un indicador de calidad en la atención. Uno de los indicadores más sencillos e importantes, es el manejo de la monitorización de la medicación del dolor mediante diferentes métodos en el área de las urgencias. En este estudio transversal se recoge un total de 55016 urgencias durante el 2010, de los cuales se han excluidos aquellos abandonos del servicio, sin pasar por el triaje (8).

También se ha llevado a cabo en este estudio una medición del tiempo de triaje sobre el personal de enfermería respecto a la realización del triaje, para saber el nivel de gravedad que tiene el paciente, el cual nos ha mostrado que un 80.3% de las/os enfermeras/os realizan el triaje, en menos de 10 minutos, con lo cual no llega al estándar de calidad, es decir, que el 85% de las enfermeras/os lo hagan en un tiempo menor a 10 minutos (8).

El estudio de *Correia Loureiro* habla sobre el grado de utilización del sistema sanitario, basándose en la estimación de las tasas de frecuentación a los servicios de urgencias por áreas de salud, estudiando también el número de ingresos, y las razones por las que los pacientes acuden a urgencias (9).

Otros estudios como el de *Suárez*, tienen como objetivo estudiar las variables de las urgencias que se han atendido por mes, junto con el número de reclamaciones y las causas de esta, siendo así los 35.3 millones de habitantes de las 164 áreas de salud de las 14 comunidades autónomas, de los cuales más de 2 millones (12.6%) precisaron ingreso, de las 14 comunidades autónomas, se excluyeron un 5% de estos habitantes estudiados por causa de la cola que se formaba en el servicio de urgencias hospitalarias (13).

La asistencia a las urgencias hospitalarias en relación con el dolor crónico en las personas mayores arroja una frecuentación entre 36.1 y 78.7 urgencias/100 habitantes, y el porcentaje de ingresos entre el 7.6% y el 28%. La frecuencia no se asoció al volumen de población, de camas o médicos, aunque sí tuvieron en cuenta a los médicos de urgencias y los hospitales e menor tamaño (13).

En el estudio de *Correia Loureiro*, los resultados se centran en las 210 reclamaciones tramitadas por los pacientes en el servicio de urgencias, de las cuales el 76.2% de ellas han sido por la demora asistencial, junto con la desorganización del hospital. Tras llevarse a cabo un plan de calidad que se había propuesto para el hospital (plan para la información y seguridad clínica, realizada mediante una gestión por proceso, y un plan de actuación para llevarse a cabo la formación y la docencia, con el incremento de un cuadro de autoevaluación) las reclamaciones disminuyeron a un 73.5% por tardanza y dejaron de realizarse reclamaciones por falta de intimidad y por acciones del centro. Con la conclusión de que el estudio y análisis de las reclamaciones constituyen una herramienta ventajosa para la monitorización, para poder valorar la calidad asistencial del paciente, convirtiéndose en algo esencial para mejorar la atención urgente del paciente (9).

Sin embargo, el estudio de *Suárez*, a diferencia de los estudios anteriores, utiliza como instrumento de evaluación de la calidad la realización de un cuestionario estructurado en formato online, que fue cumplimentado por los responsables médicos del servicio de urgencias; realizándose en 179 hospitales del centro de Portugal (13).

Martín Gordo, refiere que las enfermedades crónicas constituyen los problemas más prevalentes del siglo XXI, consumiendo gran parte de los presupuestos sociosanitarios. El objetivo principal de esta investigación es estudiar la equidad y la eficiencia en la atención de estos problemas de

salud y analiza la efectividad en la gestión de las patologías crónicas, encontrándose que enfermedades tan prevalentes como HTA y Diabetes Mellitus muestran un grado de control inferior al 50% (11).

Sobre la eficiencia en el seguimiento y control de las enfermedades crónicas influyen numerosos factores, de los cuales muchos de ellos no dependen del campo sanitario. Entre estos últimos factores se encuentran la carga de trabajo administrativa y burocrática que acompaña al seguimiento de los pacientes crónicos en contextos socialmente poco favorecidos, de forma que gran parte de la actividad clínica se convierte en trabajo burocrático. Esto aumenta los costes sanitarios por persona. Además, produce desgaste en los profesionales al verse sometidos a una alta presión asistencial con resultados poco eficaces o resolutivos a nivel clínico (11). En los servicios de urgencias de los hospitales se producen ambas problemáticas, mucho trabajo burocrático y alta presión asistencial, viéndose afectada la atención a los pacientes. El dolor crónico debe considerarse en sí mismo una patología crónica, con independencia de la causa de origen.

El tiempo real dedicado a la atención directa aparece como una variable principal a estudiar en el abordaje de los pacientes crónicos. Teniendo en cuenta que la mayoría de las demandas de atención tanto sanitarias como sociales, están relacionadas con la patología crónica, se destaca la necesidad de introducir elementos de cambio en los modelos de gestión que se aplican en las instituciones sanitarias: especialmente en las estrategias que se utilizan para gestionar la cronicidad, sobre la que ya se ha comentado con anterioridad que se han obtenido resultados deficientes en cuanto a efectividad o coste-calidad de atención (11).

Tras los 4 estudios anteriores analizados se puede concluir si se incrementa el tiempo de atención en los servicios de urgencias y se dispone de más personal se mejorará la calidad de vida del paciente (8.9.11.13).

La correcta gestión de los servicios de urgencias incrementa el prestigio de los centros sanitarios. Los gerentes o gestores de los hospitales deben ser conscientes de la importancia de acortar los tiempos de espera, ya que esto da lugar a una mejor organización de la atención inicial de los pacientes y a demostrar una inquietud real respecto al bienestar de sus pacientes, ya que es la única forma de que se logre incrementar el nivel de agrado y de confianza respecto al servicio de urgencias.

2.3.2 MANEJO DEL DOLOR EN LOS MAYORES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

2.3.2.1 VALORACIÓN DEL DOLOR MEDIANTE ESCALAS

La literatura revisada sobre la evaluación y el manejo del dolor, evidencia que ambos aspectos son de suma importancia, dado la alta prevalencia en los mayores y los efectos nocivos demostrados tanto en la calidad de vida del paciente como en la supervivencia del mismo. Estos estudios detallan que muchas veces la escala EVA puede presentar fallos en ancianos, ya que

muchos de ellos tienen bajo nivel cultural. En cambio, la escala verbal descriptiva, parece ser más adecuada para autoevaluar el dolor leve-moderado-severo, puesto que puede resultar más fácil para que este perfil de pacientes lo entiendan (6.14.19. 22. 24. 28).

Sáez López, investiga el uso de escalas en el contexto de las residencias de ancianos, y argumenta que se dispone de numerosos instrumentos de evaluación, pero muchos de estos requieren validación para demostrar su utilidad en la práctica; ya que hay ancianos que no son capaces de identificar el tipo de dolor, ni su cronología, ni tampoco definir el dolor en diferentes circunstancias (22).

Concretamente *Sousa*, coincide en la relevancia de las escalas para evaluar el dolor, para analizar el nivel del dolor inicial en el anciano y posteriormente implementarlo para realizar una valoración y evaluación de la mejora, y además es posible recopilar simultáneamente la información complementaria que el paciente proporciona (19).

Se insiste en la necesidad de una valoración adecuada, examinando la naturaleza o tipo de dolor, su causa y otros síntomas clínicos relacionados, sin olvidar las características emocionales, experienciales y cognitivas, así como las características de la personalidad de los pacientes. En base a esto se desarrolló y validó la Escala multidimensional de evaluación del dolor (EMEDOR). Esta escala cuenta con la fiabilidad, objetividad y validez necesaria en cuanto a las características psicométricas. Este estudio de validación de escala se realizó sobre una muestra de individuos adultos y ancianos de gran tamaño. La escala está formada por 119 ítems de dolor agudo y 119 ítems respecto al dolor crónico (19). Los descriptores que mejor definen el dolor crónico fueron los de la dimensión afectivo/sensitiva, referidos a la sensación física del episodio de dolor, diferente de las características afectivas y cognitivas del dolor, referidas a las emociones, explicaciones, racionalización y conceptos alrededor de dicho evento. En definitiva, para valorar el dolor es necesario ir más allá de la variable intensidad. Es necesario hacer una evaluación multidimensional de la experiencia total del dolor. La escala EMEDOR, se concluye, es válida y fácil de aplicar en los adultos y ancianos (19).

Abiso, muestra un enfoque añadido a la valoración del dolor; su objetivo principal es facilitar el manejo del dolor desde fundamentos éticos y profesionales, incluyendo el factor "satisfacción de los pacientes" como una relevante consecuencia de la evaluación del dolor. Considera la evaluación del dolor como un signo vital más, tanto es así que la mayoría de los métodos estandarizados de triaje incorporan la magnitud del dolor en sus algoritmos. Además, se recomienda en el manejo de los enfermos con dolor crónico, ya que su uso disminuye la demanda de pacientes que acuden a las urgencias, dando así lugar a una disminución del factor "overcrowding" o congestión de las unidades de emergencia.

Este artículo, además, considera que el dolor no es la única fuente de sufrimiento en los pacientes en el servicio de urgencias, ya que también influye, como se ha dicho anteriormente, sobre la incertidumbre diagnóstica, los tiempos de espera, y sobre síntomas como las náuseas, la disnea; los problemas económicos, por mencionar algunos de los aspectos que pueden contribuir a que los pacientes acudan a los servicios de urgencias (28).

En el estudio de Sáez López encontramos información relacionada con el objetivo de identificar las prácticas actuales del manejo del dolor en un ámbito más específico como son las residencias, para poder evaluar el dolor de manera más integral, y disminuir el porcentaje de adultos que sufren dolor en estos centros. Se puso en marcha un estudio de escalas de valoración, con el fin de revisar sus indicaciones y la facilidad para el seguimiento del dolor, buscando una escala válida y sencilla de aplicar para cualquier tipo de paciente.

Tipo de Escala	Descripción	Observaciones de uso
Escala visual analógica: Intensidad del dolor	Línea con un extremo que refleja la ausencia de dolor y en el otro extremo el dolor máximo	Fallos en ancianos con bajo nivel cultural o deterioro cognitivo
Escala de pictóricas	Dibujos de caras que expresan diferentes grados de dolor, y el paciente elige la cara con la que se identifica más.	Indicadas en personas con bajo nivel cultural, o en personas con demencia
Cuestionarios multidimensionales	Recogen aspectos como localización, intensidad del dolor, evolución temporal, repercusión afectiva, ...	Difíciles de aplicar y no resultan válidos en personas que sufren deterioro cognitivo. Se reservan para realizar investigación

Tabla 3. Tipos de escalas de aplicación en mayores.

Fuente: Sáez López MP, Sánchez Hernández N, Jiménez Mola S, Alonso García N, Valverde García JA. Valoración del dolor en el anciano. Rev Soc Esp Dolor. 2015;22(6):271–4.

Pardo y Chamorro, destaca la principal dificultad para poder evaluar el dolor. Consiste en la discrepancia entre las personas que lo valoran y la valoración del propio paciente. Hay diversos cambios y/o variables, que pueden modificar la percepción del dolor de quien lo padece, como puede ser las experiencias previas vividas o la edad del paciente. Aconsejan la escala EVA y la escala verbal numérica para la valoración del dolor del paciente consciente y la escala de Campbell para los pacientes que se encuentren incapaces de comunicarse. Añaden que las escalas de valoración del dolor deben ser simple, y cuantificar el dolor para monitorizar la respuesta al tratamiento. Estas escalas deben ser eficaces para comparar el efecto de los diferentes tratamientos (24).

2.3.2.2 ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES FRENTE A LA VALORACIÓN DEL DOLOR EN LOS MAYORES

Los resultados mostrados en los estudios analizados por el *Institut Català d'Assistència i Serveis Socials* (6) y el estudio de *Tse y Ho* (14), tienen como objetivo examinar la efectividad de un programa de abordaje del dolor, y el conocimiento y actitudes de los sanitarios en esta situación. Ambos artículos hacen referencia a que la mayoría de los trabajadores de la salud no evalúan el dolor de los pacientes tantas veces como debería de realizarse en el turno de trabajo correspondiente (6)(14). El manejo insuficiente de herramientas de evaluación del dolor son un obstáculo importante para llevar a cabo un tratamiento adecuado para el dolor (14).

Algunos estudios reflejan que solo una minoría de enfermeras aplican las escalas cuando los pacientes se quejan de dolor y realizan preguntas sobre el dolor 2 o 3 veces por turno (6).

En ambos estudios se analiza la manera de evaluar y cualificar el dolor, que ideas y herramientas tienen los sanitarios en mente a la hora de realizar un buen seguimiento del paciente, y conocer si este presenta dolor o no, si precisa tratamiento o no (6)(14).

En la publicación del *Institut Català d'Assistència i Serveis Socials* (6) se presenta una investigación sobre un programa de formación educativa sobre el dolor. Se abordaron aquellos factores que contribuyen al conocimiento del personal y las creencias inadecuadas o inexactas que muchos de los sanitarios tienen cuando un paciente hace referencia al dolor. Se hallaron evidencias de que la participación en el programa formativo favoreció un mayor interés hacia el manejo del dolor en comparación a las actitudes que presentaban al comienzo del programa de formación (6). Estos resultados coinciden con los obtenidos por *Tse y Ho* (14) encontrando también diferencias entre la actitud previa a la formación y la valorada al final de la formación. El déficit que se pudo mostrar tanto en las actitudes como en los conocimientos fue muy marcado previo a la formación, destacándose un aumento significativo en el conocimiento y sensibilidad hacia el dolor de los pacientes. Los programas de actualización y formación en el abordaje del dolor pueden mejorar los conocimientos y las actitudes del personal sanitario y permitirles dar una atención adecuada y apropiada a las personas mayores con dolor (14).

La puesta en común de los profesionales durante el programa formativo promovió la aportación de información sobre pautas aconsejables para los pacientes, cuidados aprendidos de forma experiencial durante los años de trabajo (6) (14).

Según estudios del *Institut Català d'Assistència i Serveis Socials* (6), es el paciente quien tiene que estar pendiente de su dolor; sin embargo, son los profesionales los que deben valorar de forma anticipada para prevenir dolor intenso, sin esperar a que el paciente muestre indicios de dolor o verbalice su sufrimiento (6).

2.3.2.3 TRATAMIENTO DEL DOLOR: FARMACOLOGICO/NO FARMACOLOGICO

Diversos estudios hacen referencia a los beneficios que se traducen del seguimiento de la enfermera respecto al cuidado del paciente con dolor mediante diferentes tipos de tratamientos. En el abordaje del dolor el paciente recibe la analgesia adecuada y se valora de forma efectiva el tratamiento hasta conseguir un control lo más eficiente posible. Estos tratamientos pueden ser farmacológicos y no farmacológicos, la combinación de ambas terapéuticas contribuye a la independencia del paciente y a la independencia profesional, que deriva en un aumento de satisfacción laboral. Se consigue aumentar la accesibilidad de los pacientes al tratamiento pautado, ya que la prescripción permite trabajar de forma más autónoma, y esto permite un acortamiento de tiempo de espera, y en consecuencia, beneficio para el paciente y una mayor eficiencia del sistema sanitario (24,26,35,36,37).

Pardo (24) y *Guevara López (36)*, se refieren a las diferentes variables que pueden cambiar la percepción del dolor de quien lo sufre. *Guevara López*, estudió las terapias psicológicas para ayudar a controlar el dolor sin el uso de analgesia farmacológica (36).

Desde una visión integral del abordaje del dolor, y con perspectiva holística, se aconseja que el tratamiento sea interdisciplinar, es decir, considerarlo un problema de colaboración en el que participen y cooperen un equipo formado por médicos, fisioterapeutas, trabajadores sociales, psicólogos, y por supuesto enfermeras... Sin embargo, este modelo de atención del dolor está escasamente implantado (24). *Guevara López* argumenta que la limitación de la aplicación de los tratamientos psicológicos a personas que suelen ser afectadas por el dolor crónico, suele ser ilógico. Además, explica la existencia de diferentes terapias psicológicas estudiadas con diferencias en la efectividad como pueden ser la relajación, biofeedback, hipnosis, técnicas operantes, mindfulness, escritura emocional, terapias cognitivo-conductuales (36).

Los estudios aluden a la diferente efectividad de estas técnicas no farmacológicas, que se aplican de forma aislada, siendo el objetivo del estudio de numerosas investigaciones. Frecuentemente, las revisiones analizadas sobre las mismas arrojan resultados poco gratificantes sobre la utilización de cada una de las técnicas, como por ejemplo la técnica única que se utiliza para el tratamiento del dolor crónico (24) (35).

Como ya se ha visto en el apartado anterior, se precisa como parte fundamental del tratamiento del dolor un manejo adecuado y continuado de los instrumentos de medida para valorar el dolor y poder aplicar un tratamiento y seguimiento adecuado. En la guía práctica del dolor de la OMS, se destaca la necesidad de apoyarse en evidencias científicas para abordar el dolor y desarrollar una atención más coordinada y eficaz ante el dolor (24)(35).

El tratamiento del dolor crónico es un área de trabajo fundamental en el campo de la enfermería. Para entender el dolor del paciente y definirlo correctamente, es necesario haberlo experimentado de forma sensorial y emocional, asociado a una lesión hística, presente o potencial o descrita en términos de la misma. En el dolor influye muchos factores independientemente de la vivencia del dolor en cada paciente, la percepción del dolor es individual y muy diferente de un ser humano a otro. El conocimiento cercano del dolor conducirá a un enfoque terapéutico acertado y a la adaptación de las medidas farmacológicas adecuadas (26); a las cuales, según otros autores hay que añadir medidas no farmacológicas (37).

La OMS estableció la escalera analgésica de tres peldaños cuyo objetivo es reducir y normalizar el empleo de analgesia en el dolor, siguiendo los peldaños de la escalera establecida por la OMS de manera progresiva y ordenada. Actualmente la escalera propuesta por la OMS ha sufrido cambios, añadiéndose un 4º escalón para el dolor, y considerando la introducción de nuevas técnicas intervencionistas (26).

Alvarado-García destaca en su investigación una serie de categorías sobre intervenciones que utilizan las personas mayores para aliviar el dolor: automedicación, ejercicio físico (caminar), terapia de agua caliente como complemento, remedios caseros, etc. como cuidados o medidas

alternativas para el aliviar del dolor sin prescripción médica (37). Todas estas acciones llevadas a cabo por los mayores deben ser contempladas por los profesionales, con el fin de mitigar el dolor; puesto que son más asequibles y de fácil acceso y han dado resultado en el abordaje del dolor crónico del paciente (37). Cada paciente necesita un tratamiento individualizado, aunque la etiqueta diagnóstica sea la misma (24). Dicho tratamiento personalizado deberá decidirse en función del diagnóstico, estado psicológico del paciente, pruebas analíticas y electrofisiológicas, ...

En dolores moderados e intensos, es de primera elección el uso de analgésicos opiáceos. En los casos más “grave” deben plantearse técnicas más intervencionistas. Según el nivel de dolor identificado, se ascenderán escalones en la escalera de analgesia. También hay que tener en cuenta la presencia de efectos secundarios, y transitorios, más habituales en los ancianos. Otros efectos que pueden presentarse en los opiáceos son la depresión respiratoria, alucinaciones o retención urinaria. Antes de empezar un tratamiento se debe valorar el temperamento del paciente, asegurar la naturaleza de donde proviene el dolor, descartar patologías psiquiátricas y deterioro social-laboral, llegando a un acuerdo con el paciente, para poder plantear la terapia y valorar los riesgos de adicción. Además, se deberá realizar una valoración de la sensibilidad a los opioides (26.24.35).

Moix, destaca que es imprescindible trabajar contra los mitos que conducen al no uso de opioides. Comenzando por los sanitarios médicos. El autor identifica como problema el miedo a prescribirlos, ante el riesgo que supone ser administrado por el propio paciente o las ideas erróneas de la población. El tratamiento con mórficos para el dolor evita el sufrimiento, dando lugar al alivio y mejorando la calidad de vida de los pacientes que experimentan dolor crónico. Los programas para el alivio del dolor hacen realidad el derecho de los enfermos a gozar de bienestar. (36). El uso de opioides nuevos y coadyuvantes, así como muchas nuevas técnicas antiálgicas para el dolor, ya sea moderado o leve deben ponerse a disposición del paciente con dolor, así como la sedación ante la presencia de síntomas persistentes que no pueden ser controlados con fármacos (36).

3. REFLEXIÓN/CONCLUSIONES

La saturación de los servicios de las urgencias hospitalarias se podría considerar un problema muy común y generalizado en el sistema sanitario público en España. Esto suele ser un motivo de insatisfacción para el paciente, ya que afecta o repercute en los tiempos de espera, falta de información y trato inadecuado al paciente y a sus acompañantes. Por otra parte, también hay que considerar el uso inadecuado de los servicios de urgencias, para lo cual los gestores deberían contemplar la definición de indicadores de uso inapropiado para evaluar y tomar decisiones.

La calidad de la atención al paciente mayor con dolor en los servicios de urgencias está directamente relacionada con aspectos como los tiempos de espera, el trato personal que prestan los profesionales, así como una comunicación fluida durante el proceso de valoración del paciente.

Los servicios de los hospitales utilizan diferentes tipos de indicadores que miden la calidad de la atención y la satisfacción de los usuarios, por ejemplo, mediante el análisis de los tiempos de espera, y más concretamente el tiempo dedicado al triaje para dar prioridad a unos u otros pacientes. A menor tiempo de espera mayor calidad de atención. A mayor tiempo de atención directa en los boxes de urgencias, mayor calidad de atención. Pero para que ambas circunstancias se produzcan, se debe producir un aumento en los recursos humanos, con el fin de contrarrestar la sobrecarga que puede producirse en este tipo de servicios, difícil de controlar o prevenir.

Identificar aspectos de mejora en los servicios de urgencias es el punto de interés en los hospitales, que desean ofrecer buena atención, seguridad del paciente y crecer en prestigio. El estudio de las reclamaciones de los usuarios son una fuente de información relevante para detectar problemas que afectan en general a los usuarios y en concreto a los pacientes mayores, cuyas consultas están causadas en gran medida por dolor crónico, o de difícil control. El alivio del dolor debe constituir un indicador de calidad en las urgencias.

Las cifras de frecuentación de consultas a urgencias motivadas por el dolor crónico en mayores son dispares según las fuentes consultadas, y no parecen estar en función de las características de los centros hospitalarios o del tamaño de la población. La causa que se baraja más probable no es una sola, sino un conjunto de factores entre los que pueden estar el envejecimiento de la población, las particularidades de los ancianos en cuanto a la presentación y comunicación de los síntomas de dolor, la preferencia de la población del uso de las urgencias hospitalarias, en lugar de las urgencias en los centros de salud, y el mal control del dolor crónico; muchas veces basado en un solo tipo de terapia, en lugar de usar terapias combinadas farmacológicas y no farmacológicas.

Si las enfermedades crónicas que cursan con dolor muchas de ellas, no son bien controladas o reciben suficiente atención en Atención Primaria, se incrementan las visitas a urgencias con el consiguiente aumento de gasto sanitario y atención preventiva deficiente del control del dolor.

Tras el análisis de los resultados relacionados con el manejo del dolor en urgencias, y de manera específica con la valoración de este, se puede decir que el uso de escalas de valoración del dolor no está lo suficientemente arraigado entre los profesionales sanitarios; además la estructura de las urgencias no favorece que el personal disponga del tiempo necesario para llevar a cabo una valoración exhaustiva y necesaria del dolor para orientar bien el tratamiento y los cuidados.

Cada institución sanitaria, hace un uso diferente de las escalas de valoración, existiendo diversidad en el uso de las escalas, que deben tener la validez y fiabilidad requerida para valorar con la mayor objetividad posible el dolor de los pacientes ancianos. La mayoría de las escalas que se utilizan se basan en la autopercepción o autoinforme del paciente mayor, con la subjetividad que ello implica, tomándose como referencia a sí mismo entre en “no dolor” y “el dolor muy intenso”. Todas las escalas de valoración del dolor en los mayores analizadas en los artículos revisados, son válidas o correctas, pero deben tenerse en cuenta las características de las personas a las que se les aplica, teniendo en cuenta especialmente el estado cognitivo y nivel de instrucción, también la procedencia cultural.

Tras el análisis de los artículos que abordan las escalas de valoración del dolor, se evidencia que la protocolización en el uso de dichas escalas en los servicios de urgencias, aplicados en pacientes que acuden con un gran sufrimiento generado por dolor, proporciona una atención más individualizada, integral y completa, porque descubre o revela parámetros que ayudan un tratamiento más certero y eficaz.

En consecuencia, los instrumentos destinados a valorar el dolor son un recurso de gran relevancia para las enfermeras, que deben manejar y aplicar con soltura los distintos tipos de escalas en su ámbito laboral. Pero debe tenerse en cuenta que no es suficiente el uso de escalas para valorar el dolor del paciente anciano, sino que complementan y completan a otros métodos de valoración. Aunque la escala más utilizada es la EVA y la escala numérica, se han expuesto en los resultados otras escalas. Es importante adecuar el tipo de escala a las características del paciente mayor y monitorizar el dolor con el instrumento adecuado para comprobar la efectividad del tratamiento.

El abordaje del dolor en el anciano debe tener un enfoque multidisciplinar. Igual que en una máquina son necesarias todas las piezas para que esta funcione, la atención al dolor debe proporcionarse desde un enfoque de equipo para ofrecer un tratamiento integral y efectivo. La cooperación interdisciplinar de medicina, enfermería, auxiliares y celadores en el ámbito de las urgencias hospitalarias juega un papel fundamental, puesto que en estos casos las condiciones de los pacientes mayores que acuden precisan de este tipo de atención.

La formación de los profesionales de la urgencia basada en evidencias científicas actualizadas en el tratamiento del dolor y en la mejora del trato humano, es imprescindible. Comprender el

dolor del paciente mayor es difícil para las enfermeras jóvenes, o que no hay experimentado el sí mismas el dolor crónico o el dolor agudo intenso, por lo cual es difícil ponerse en lugar del paciente. La única manera de acercar la experiencia dolorosa a los profesionales es mediante la formación y la educación en dolor. Los estudios consultados aluden a los beneficios de los planes de formación sobre el aumento de la sensibilidad y comprensión del dolor en los profesionales, además de darles conocimientos actualizados.

La revisión de algunos autores respecto a la relación entre calidad de vida y dolor, parece indicar que el dolor modifica sensiblemente la calidad de vida, pero no queda tan manifiesto que el alivio de este mejore la calidad de vida del paciente. De esto se puede deducir que la calidad de vida está influida por un conjunto de elementos mucho más amplio y variado que la variable dolor.

Algunos autores aluden a la necesidad de descartar mitos respecto al uso de opioides en los ancianos, si bien es necesario valorar los efectos secundarios, con posibilidad de presentarse más pronunciados debido a las reacciones adversas más frecuentes en los mayores. La escalera analgésica, con todos sus escalones son de aplicación en mayores, individualizando la elección, la dosis, etc. y teniendo en cuenta las particularidades de cada persona debido al envejecimiento, a las enfermedades.

En cuanto a los tratamientos o terapias no farmacológicas, las revisadas en la bibliografía consultada se centran en mejorar la calidad de vida actuando sobre el comportamiento, las habilidades cognitivas, técnicas de apoyo psicológico determinadas, asesoramiento y educación para el propio paciente. En los tratamientos no farmacológicos, la enfermería contamos con un papel importante ya que su intervención es fundamental en el cuidado del paciente, adaptando las terapias y proporcionando una atención personalizada a cada uno de ellos.

Una de las conclusiones más relevantes de este trabajo es la necesidad de asociar las terapias farmacológicas y no farmacológicas para actuar de forma eficaz sobre el dolor de los ancianos, tras una valoración exhaustiva en la que se utilicen escalas. Las enfermeras tienen competencias reconocidas en la aplicación de intervenciones (NIC) basadas en terapias no farmacológicas útiles en el dolor basadas en la aplicación de la música, de la risa, terapia con mascotas, terapia de juegos, relajación, masaje simple, etc.

Para finalizar me gustaría añadir mi opinión más personal sobre la realización de este Trabajo de fin de grado. Realmente su realización ha resultado dificultosa en la fase de búsqueda de documentos y de la relación de estos con el tema elegido, ya que durante los cursos del Grado se debería de insistir en la formación sobre la búsqueda bibliográfica desde primer curso, con el fin de llegar con mayor habilidad y conocimiento al momento de la realización del TFG.

Quisiera resaltar también la relevancia de realizar investigaciones sobre el dolor en las personas mayores que acuden a urgencias. Para ello sería conveniente, por ejemplo, estudiar la efectividad de la realizando de un “mini triaje” en la sala de espera, o estudiar la realización de un cuestionario en el momento de recepción del paciente, con el objetivo de acortar los tiempos de espera en los pacientes mayores que acuden con diferentes grados de dolor estimados con

escalas de valoración. Este tipo de estudio permitiría poner el foco en el dolor cuando el paciente entre al triaje, disponiendo de una mini-valoración del tipo de dolor que padece el paciente.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRAFIA.

1. Peñafiel A. Valoración del dolor en la demencia. Rev Enfermería Gerontológica. 2010;(14):24-7.
2. Fernández C, Gutiérrez J, López R, López JA, Vilorio MA. Guía de buena práctica clínica en geriatría. Dolor crónico en el anciano. 2012.
3. La salud mental y los adultos mayores. Abril de 2016: Available at: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/> . Accessed 12/17 , 2016.
4. Gimenez AJ. Servicio de Urgencias. Conceptos, organización y triaje. In healthcare Bayer, editor. Manual de protocolos y actuación en urgencias.4th ed. Barcelona: sant joan despí: 2014.p.9-15.
5. Rodríguez-Mansilla J, Jiménez- Palomares M, González-López-Arza MV. Escalas de valoración del dolor en pacientes. Instrumentos de ayuda para el fisioterapeuta, el médico, el enfermero y el terapeuta ocupacional. Revista Española de Geriatría y Gerontología 2014; 49(1) :35-41
6. Generalitat de Catalunya. Institut Català d'Assistència i Serveis Socials. Gestió de Serveis Sanitaris [Internet]. Residència i Centre de Dia per a Gent Gran LLeida- Balàfia. 2013. p. 1–7. Available from: <http://www.gss.cat/>
7. Manias E, Gibson S, Finch S. Testing an educational nursing intervention for pain assessment and management in older people. Pain Med. 2011;12:1199–215.
8. Ortells Abuye N, Paguina Marcos M. Indicadores de calidad y seguridad del paciente en la enfermería de urgencias; un valor seguro. Enferm Global [Internet]. 2012 abril [citado 17 marzo 2014]:11 (2): [aprox. 7 p.]. Disponible en <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.11.2.132851/133471>
9. Correia Loureiro S, Mir, a González F. Calidad y satisfacción en el servicio de urgencias hospitalarias: análisis de un hospital de la zona centro de Portugal. Investigaciones europeas de dirección y economía de la empresa. 2010; 16(2): 24-41.
10. Peiró, Libro J. Ridaio M, Bernal-Delgado E. variabilidad en la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios del Sistema Nacional de Salud. Gac Sanit. 2010;24(1):6-12.
11. Martín Gordo O, Martín Moreno V, Agüero Orgaz D, Martín Fernández A, Coaquira Condori ER, Duce Tello S. Gestión del tiempo de asistencia al paciente crónico: un nuevo enfoque para mejorar la calidad asistencial. Rev Calid Asist. 2014;29(5):270–7.
12. Polanco- González C, Castañón- González J, Buhse T, Samaniego- Mendoza J, Arreguín- Nawa R, Villanueva- Martínez S. Índice de saturación modificado en el servicio de urgencias médicas. Gac Méd Méx. 2013;149:417-24.
13. Suárez F, Soria J Castillo C, García C, Martínez C. Implantación de un plan de calidad en un servicio de urgencias y su impacto en la satisfacción del paciente. Emergencias. 2013;24:163-170.
14. Tse MMY, Ho SSK. Enhancing knowledge and attitudes in pain management: a pain management education program for nursing home staff. Pain Manag Nurs. American Society for Pain Management Nursing; 2014 Mar; 15(1):2-11.
15. Derlet R, Richards J, Kravitz R. Frequent overcrowding in US emergency departments. Acad Emerg Med. 2001 ;8(2):151-155.
16. Khare R, Powell E, Reinhardt G, Lucenti M. Adding more beds to the emergency department or reducing admitted patient boarding times: which has a more significant influence on emergency department congestion?. Ann Emerg Med. 2009;53(5)575-585.

17. Guttman A, Schull M, Vermeulen M, Stukel T. Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ: Brit Med J.* 2011;342
18. Hansagi H, Olsson M, Sjöberg S, Tomson Y, Göransson S. Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of other health care services. *Ann Emerg Med.* 2001;37(6):561-7.
19. Sousa FAEF, Silva T de CR da, Siqueira HB de OM, Saltareli S, Gomez RRF, Hortense P. Pain from the life cycle perspective: Evaluation and Measurement through psychophysical methods of category estimation and magnitude estimation. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2016;24:e2769.
20. Baeza Lanuza R. Desarrollo de un instrumento para la valoración del dolor en personas con trastorno cognitivo grave: La escala de evaluación del dolor en ancianos dementes (EDAD). 2006.
21. Cátedra extraordinaria del dolor. Fundación Grünenthal de la universidad de salamanca. Dolor en paciente anciano. Reunión de expertos. 2004. P. 1-102.
22. Sáez López MP, Sánchez Hernández N, Jiménez Mola S, Alonso García N, Valverde García JA. Valoración del dolor en el anciano. *Rev Soc Esp Dolor.* 2015;22(6):271-4.
23. Peiró S, Librero J, Ridaio M, Bernal-Delgado E. Variabilidad en la utilización de los servicios de urgencias hospitalarias del Sistema Nacional de Salud. *Gac Sanit.* 2010;24(1):6-12.
24. Pardo, C.; Chamorro, C.; Grupo de trabajo de analgesia y sedación de la Semicyuc. Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. [Internet] [Acceso 10 mayo 2018]. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/13116125_S300_es.pdf
25. Tobar, R. Fisioterapia sin red. [Internet] 2012 [Acceso 23 abril 2018]. Disponible en: <http://fisioterapiasinred.com/escalas-unidimensionales-dedolor/>
26. Ortigosa, E.; Limeres E.; Estrada, J. Tratamiento del dolor crónico intenso. [Internet] [Acceso 17 junio 2018] Disponible en: <http://www.arydol.es/dolorcronico-intenso.php>
27. Luis Rodrigo, M. T. Los diagnósticos enfermeros, Revisión crítica y guía práctica. 9ª ed. Barcelona: Elsevier;2013.
28. Abiuso N, Santelices JL, Quezada R. MANEJO DEL DOLOR AGUDO EN EL SERVICIO DE URGENCIA. *Rev médica Clín Las Condes.* 2017;28(2):248-60.
29. Ragg, O.; Fritzell, P.; Nordwall, A. Importancia clínica de los cambios en la puntuación de las escalas de valoración en los pacientes de lumbalgia crónica después del tratamiento. *Spine Journal* 2003 vol.12 n.1 pp.12-20. [Acceso 29 de mayo 2018]. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%2012156061&DocumentID=r653>
30. Cuando el paciente resulta desagradable, el dolor es subestimado [Internet]. *Org.ar.* [citado el 8 de junio de 2021]. Disponible en: https://www.fundacionmf.org.ar/visor-producto.php?cod_producto=3151
31. Sepúlveda-Sánchez JM, Canca-Sánchez JC, Rivas-Ruiz F, Martín-García M, Pérez-González MJ, Timonet-Andreu EM. Gestión enfermera del dolor en pacientes hospitalizados con patologías médicas no oncológicas. *Enferm Clin.* 2016;26(2):137-41.
32. Larrea. B.; Ávila, M.; Raddatz, C. Manejo del dolor en pacientes quemados. [Internet] 2015 [Acceso 3 abril 2018] Disponible en: <http://revistachilenadeanestesia.cl/manejo-del-dolor-en-pacientes-quemados/>

33. Cornetto, M.C. El dolor. Un cuidado. [Internet] 2007 [Acceso 21 mayo 2018] Disponible en: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/30371/1/EI%20dolor.%20Un%20cuidado..pdf>
34. Morales López, H. Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa "Pain Proposal". [Internet]. 2016 [Acceso 25 mayo 2018]. Disponible en: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/WBFM16%2003%20Proposals%20for%20pain%20management%20in%20the%20context%20of%20family%20medicine.pdf>
35. Guevara López, U.; Covarrubias Gómez, A., Rodríguez Cabrera, R., Carrasco Rojas, A.; Aragón, G.; Ayón Villanueva, H. Parámetros en práctica para el manejo del dolor en México. [Acceso 25 marzo 2018]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2007/cc075l.pdf>
36. Moix, J., y Casado, M. ^a. I. (2011). Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico. Clínica y Salud. Investigación Empírica En Psicología, 22(1), 41-50. doi: 10.5093/cl2011v22n1a3.
37. Alvarado-García AM, Salazar-Maya ÁM. Everything is valid in chronic pain: Interventions by older adults for pain relief. Enferm Clin. 2017;27(1):11–20.
38. Berman, A., Snyder, S.J., Kozier, B., Erb, G. Tratamiento del Dolor. Fundamentos de enfermería. 9^a ed. Pearson Educación; Madrid 2013,p. 1205-1245.