



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

Título:

**Perspectiva transcultural del manejo de opioides en
pacientes oncológicos con dolor**

Alumno: Noelia Expósito Ponce

Director: Julio César de la Torre Montero

Madrid, abril de 2020

1. Índice

1. Índice	2
2. Glosario de abreviaturas	4
3. Resumen	5
4. Abstract	6
5. Agradecimientos:	7
6. Presentación	8
7. Estado de la cuestión	9
7.1. Fundamentación, antecedentes, estado actual del tema.....	9
7.1.1. Introducción	9
7.1.2. Dolor	10
7.1.3. Dolor oncológico	11
7.1.4. Epidemiología.....	14
7.1.5. Escalas de medida	15
7.1.6. Tratamientos	18
7.1.7. Perspectiva transcultural del dolor	21
7.1.8. Experiencia diferencial del dolor según géneros	23
7.2. Justificación	25
8. Objetivos e hipótesis	26
8.1. Objetivo general:.....	26
8.2. Objetivos específicos:	26
9. Pregunta de revisión	27
10. Criterios metodológicos	28
10.1. Criterios de inclusión	28
10.2. Criterios de exclusión.....	28
11. Metodología	29
11.1. Estrategia de búsqueda	29
11.2. Selección de estudios	32
11.3. Evaluación crítica.....	33
11.4. Extracción de datos	34
11.5. Síntesis de resultados.....	34
12. Limitaciones del estudio	35
13. Cronograma	36

14. Bibliografía	38
15. Anexos	43
Anexo 1: terminología del dolor	43
Anexo 2: Clasificación del dolor crónico relacionado con el tumor	45
Anexo 5: artículos relacionados con el tratamiento del dolor oncológico.....	47
Anexo 6: artículos relacionados con el dolor oncológico	47
Anexo 7: Escala de Calificación de Dolor de Defensa y Veterano.....	48
Anexo 8: tratamiento del dolor oncológico en relación a sus efectos adversos.....	48
Anexo 9: preguntas de autoevaluación cultural en enfermeras.....	49
Anexo 10: preguntas abiertas de evaluación del dolor	49
Anexo 11: componentes del manejo del dolor transcultural.....	50
Anexo 12: diagrama de flujo.....	51
Anexo 13: niveles de evidencia establecidos por la CEBM.....	52
Anexo 14: hoja de extracción de datos.....	54

2. Glosario de abreviaturas

SIGLAS / SIGNIFICADO

IASP	Asociación Internacional para el Estudio del Dolor
OMS	Organización Mundial de la Salud
VAS	Escala Analógica Visual
NRS	Escala de Calificación numérica
MPQ	Cuestionario del Dolor de McGill
CPGS	Escala de Grado de Dolor Crónico
SF-36 BPS	Forma corta 36 de la Escala de Dolor Corporal
PROM	Medidas de Resultado Informadas por el Paciente
BPI	Cuestionario Breve del Dolor
QOPI	Iniciativa de Práctica Oncológica de Calidad
DVPRS	Escala de Calificación de Dolor de Defensa y Veterano
COSMIN	Consenso para la Selección de Instrumentos de Medición de Salud
CPPS	Escala de Pronóstico de Dolor de Cáncer
AINE	Antiinflamatorios no Esteroides
PDMP	Programa de Monitorización de Medicamentos Recetados
CBEM	Centro de Medicina basada en la Evidencia de Oxford
THC	Tetrahidrocannabinol
TPM	Manejo Transcultural del Dolor
MeSH	Medical Subject Headings
DeCS	Descriptores en Ciencias de la Salud

3. Resumen

Introducción: el dolor se define como una experiencia sensorial y emocional no agradable relacionada con un daño o no tisular en el individuo, siendo en muchas ocasiones crónico.

El dolor en pacientes oncológicos con factores culturales diversos o pertenecientes a un grupo étnico distinto es un tema poco estudiado, pero significativo. El conocimiento y estudio de este tema podrá suponer una calidad y atención óptima de los cuidados dirigidos hacia estos pacientes.

Objetivo: el objetivo general de esta revisión sistemática es examinar a nivel de calidad y cantidad múltiples estudios con el objeto de observar la existencia de diferencias o no significativas entre culturas, religiones y géneros respecto a pacientes con dolor oncológico para su evaluación óptima en la práctica clínica.

Metodología: se lleva a cabo una revisión sistemática con información, sobre el dolor en una población oncológica con diversos factores culturales, obtenida en bases de datos electrónicas tales como PubMed, Scielo y Google Académico.

Implicaciones para la práctica enfermera: en esta revisión sistemática se pretende dar un mayor conocimiento a los profesionales sanitarios sobre el dolor en pacientes con diversos factores culturales y así llevar a cabo una evaluación y por consiguiente un tratamiento óptimo del dolor. El dolor en estos pacientes es distinto y un tema importante en la práctica clínica enfermera ya que la atención sanitaria es universal y no está limitada a un grupo reducido de personas.

Palabras clave: dolor en cáncer; atención de enfermería; tratamiento primario; enfermería transcultural; grupos étnicos y epidemiología.

4. Abstract

Introduction: pain is defined as an unpleasant sensory and emotional experience related to damage or non-tissue in the individual and is often chronic pain in cancer patients with diverse cultural factors or belonging to a different ethnic group isn't studied enough even though it is important. knowledge and study of this topic may lead to optimal quality of care directed at these patients.

Objective: the general objective of this systematic review is to examine multiple studies with regards to the quality and quantity in order to observe the existence of differences or otherwise between cultures, religions and genders regarding patients with cancer pain for its optimal evaluation in clinical practice.

Methodology: a systematic review will be carried out with information on pain in an oncological population with various cultural factors, obtained from electronic databases such as PubMed, Scielo and Google Scholar.

Implications for nursing practice: the aim of this systematic review is to give healthcare professionals greater knowledge about pain in patients with various cultural factors and thus carry out an evaluation and therefore an optimal treatment of pain. Pain in these patients is different and is an important issue in clinical nursing practice since health care is universal and is not limited to a small group of people.

Key words: cancer pain; nursing care; primary treatment; transcultural nursing; ethnic groups and epidemiology.

5. Agradecimientos:

Tras la realización de este Trabajo Fin de Grado debo dar las gracias a varias personas que lo han hecho posible agregando su granito de arena para que su elaboración sea un poco más llevadera y sencilla.

Quiero dar las gracias a mi familia, compañeras de carrera y amigas, en especial a mis padres y a mi hermana que han estado apoyándome durante estos meses en la elaboración del trabajo; cuidándome y dándome ánimos en los momentos buenos y malos. Gracias por la perseverancia, por mantenerme fuerte en los momentos de decaída y por recordarme mi meta.

Darle las gracias a mi tutor del Trabajo Fin de Grado, Julio César de la Torre Montero ya que sin él hubiera sido imposible realizar este trabajo. Gracias por la paciencia, por los ánimos constantes y la exigencia justa para la realización de un buen trabajo, por mostrar la enseñanza sanitaria y la profesión desde una visión más bonita y, sobre todo, por mostrar su gran vocación como profesor y profesional sanitario. Gracias por compartir y transmitir sus conocimientos de una manera más amena durante este curso.

También darle gracias a todas las personas que han influido en la elaboración y corrección de este Trabajo Fin de Grado, entre ellas a Ana Sofía Fernandes Ribeiro y a todos los profesores y personal encargados de facilitarnos un poco más este trabajo y de prestar su ayuda siempre que la necesitemos.

Por último, y no menos importante, darle las gracias a mi gran compañero de vida, Sergio González Santillana, que me ha acompañado en todas las fases de este largo camino que pronto llegará a su fin. Gracias por creer y sacar lo mejor mí en cada situación y darme ese empujón y confianza que me han ayudado a superar cualquier bache para poder llegar a mi gran meta que es ser una gran profesional de enfermería.

Quiero dedicar este trabajo a todas las personas nombradas anteriormente, pero sobre todo a mi abuela y a mi tía por enseñarme a ser mejor persona y por enseñarme que, con esfuerzo y perseverancia, todo se consigue. Gracias a ellas por enseñarme las cosas buenas de todos los problemas y por recordarme, constantemente, que puedo llegar a conseguir mi sueño.

6. Presentación

El dolor es un término subjetivo bastante conocido a nivel mundial, así como en el mundo sanitario en la práctica clínica diaria. El dolor incluye múltiples clasificaciones, etiologías, tratamientos y efectos, siendo el dolor uno de los principales síntomas en la enfermedad oncológica.

Esta revisión sistemática pretende dar información de calidad ofreciendo conocimientos válidos acerca del manejo del dolor oncológico en pacientes de diversas culturas o etnias para la educación de los profesionales sanitarios debido a la escasa información sobre el tema.

Este trabajo trata sobre el dolor oncológico y su manejo en pacientes con diferentes perspectivas del dolor debido a sus creencias, cultura o etnias. Es importante conocer el manejo del dolor y cómo afecta a toda la población sin exceptuar ningún grupo. La sanidad actual es universal y, por lo tanto, nuestra atención como profesionales de la salud debe ser óptima, ofreciendo los mejores cuidados a los pacientes ya que la falta de información genera actuaciones erróneas o insuficientes para mejorar la calidad de vida de las personas.

El motivo que conllevó a la realización de este trabajo fue el interés por aprender más acerca de pacientes con otras culturas y sobre la cultura misma, ya que creo que es un punto importante y de reflexión para crecer como persona y como profesional y llevar a cabo, en un futuro próximo, cuidados individualizados óptimos, así como una buena atención para toda la población, sin excepciones de cultura, creencias o étnicas.

La motivación para la realización de este trabajo, con un tema tan específico, fue la realización de las prácticas clínicas donde pude observar la realidad sobre los cuidados y la falta de conocimientos acerca del tema, lo que conllevaba a un manejo del dolor insuficiente.

Los profesionales de salud, concretamente la profesión enfermera lleva a cabo uno de los roles más importantes en este tema como es el dolor oncológico. No solo maneja el dolor mediante tratamientos farmacológicos, sino que va más allá ofreciendo atención y cuidados a las familias y al enfermo, pero sobre todo cuidados basados en la humanización.

7. Estado de la cuestión

7.1. Fundamentación, antecedentes, estado actual del tema

7.1.1. Introducción

Para llevar a cabo este Trabajo Fin de Grado y por consiguiente el estado de la cuestión del mismo ha sido necesario la búsqueda extensa de información en diferentes bases de datos electrónicas tales como PubMed, Google Académico, Scielo y Dialnet entre otras. Además de la búsqueda de información, han sido necesarias para la justificación de la información en el apartado “estado de la cuestión”.

Los términos utilizados para llevar a cabo la búsqueda de datos relacionados con el tema han sido los siguientes: “dolor en cáncer”; “atención de enfermería”; “tratamiento primario”; “enfermería transcultural”; “grupos étnicos”; “estudios de género” y “epidemiología”. Dentro de los términos de búsqueda se han incluido términos Medical Subject Headings (MeSH) y Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS), así como varias palabras pertenecientes al lenguaje libre.

TERMINOLOGÍA DE BÚSQUEDA DE DATOS

TÉRMINOS	TÉRMINOS DECS	TÉRMINOS MESH	LENGUAJE LIBRE
<i>Dolor oncológico</i>	Dolor en cáncer	Cancer pain	Cancer pain
<i>Enfermería</i>	Atención de enfermería	Nursing care	Nursing/ Nurse
<i>Tratamiento</i>	Tratamiento primario	Primary treatment	Treatment
<i>Enfermería transcultural</i>	Enfermería transcultural	Transcultural nursing	Transcultural
<i>Etnia</i>	Grupos étnicos	Ethnic groups	Ethnic
<i>Género</i>	Estudios de género	Gender studies	Gender
<i>Epidemiología</i>	Epidemiología	Epidemiology	Epidemiology

Figura 1: terminología de búsqueda de datos. Elaboración propia.

Se obtuvieron un total de 35 artículos utilizados para desarrollar el estado de la cuestión sobre los diferentes apartados que lo forman incluyendo además de informaciones figuras que ayudan a la comprensión de los datos para poder situar a los lectores en la investigación. Entre los apartados a explicar en el estado de la cuestión se encuentra la definición del dolor;

dolor oncológico, epidemiología; escalas de medida; tratamiento; perspectiva transcultural del dolor y experiencia diferencial del dolor según género.

7.1.2. Dolor

La definición del dolor es compleja. La definición promulgada por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) es la siguiente: “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada o no a un daño tisular real o potencial de los tejidos o descrito en términos de dicho daño” (1). Esta definición ha supuesto un punto de partida para una comprensión, tratamiento y evolución más avanzada del dolor. Este avance científico nos ha permitido analizar esta definición y clasificarla como incompleta. Nos habla de la asociación entre el dolor y el daño tisular real o potencial. El final de la definición pasa bastante desapercibido y es donde se refiere a aquellas personas que experimentan dolor sin ningún signo evidente de estrés o daño tisular. Esto proporcionó a muchas personas con dolor crónico una validación.

Se ha visto que esta definición se ha centrado únicamente en las características sensoriales y emocionales, excluyendo así otras importantes y esenciales para la comprensión del dolor agudo y crónico como son los componentes sociales y cognitivos (2). Los aspectos cognitivos influyen en la experiencia del dolor de la persona. El dolor agudo genera distracción e irritabilidad, mientras que el dolor crónico puede influir en la atención, memoria y uso del lenguaje (2,3). En esta definición se emplea una visión multidimensional del dolor (4). Por otro lado, la sociabilidad tampoco está incluida en la definición del dolor, siendo una de sus principales características. Somos seres sociales por naturaleza y los estudios realizados tanto en humanos como roedores son sociales (2).

Nuestra experiencia del dolor es subjetiva. Se relaciona con las respuestas de protección a nivel sistémico. Por ello, podemos decir que nuestra respuesta al dolor es desagradable (5) y dependiente de factores biológicos, neurofuncionales y variables como la personalidad, experiencias, estado sociocultural y emocional de la persona. El dolor es un síntoma que ha estado presente desde la prehistoria y en la mayoría de las ocasiones en relación con la enfermedad (6).

Existe una lista realizada por la IASP donde encontramos la terminología más utilizada relacionada con el dolor. En el ANEXO 1 se muestran algunas definiciones o descripciones importantes.

7.1.3. Dolor oncológico

El dolor es uno de los síntomas más comunes en los pacientes oncológicos con una prevalencia de alrededor de un 90%. El dolor evoluciona en el tiempo junto con la enfermedad y su tratamiento (5). Por ello, necesitamos utilizar un enfoque multidimensional para un manejo óptimo del dolor debido a su complejidad (4).

El dolor aparece junto con otros síntomas y no de manera aislada. Entre los síntomas más comunes relacionados con el dolor en pacientes oncológicos incluimos la fatiga, trastornos del sueño (5) y síntomas psicológicos. Dentro de los síntomas psicológicos, los más comunes son la ansiedad y la depresión, tal y como evidencian numerosos estudios que demuestran una elevada probabilidad de presentar algún trastorno psicológico relacionado con la presencia de dolor crónico (7).

Las causas del dolor en un paciente oncológico son múltiples al igual que sus posibles localizaciones. Entre las causas principales, algunas de las más comunes serían la invasión de tejidos y estructuras, algunas intervenciones diagnósticas y terapéuticas como las intervenciones quirúrgicas; síndromes paraneoplásicos y otras menos importantes como osteoporosis, infarto de miocardio, artrosis, etc. (4,5). No siempre el dolor en un paciente oncológico está relacionado con el tumor en sí. Se ha demostrado en diferentes estudios que muchos de los pacientes con cáncer percibían un dolor causado por el tratamiento antineoplásico que se les administraba y no con el propio tumor (8). En definitiva, el dolor puede estar causado tanto por el tumor en sí o como por los métodos terapéuticos o diagnósticos aplicados (9). En el ANEXO 5 se puede ver la clasificación del dolor crónico en relación con el tumor (10).

Existen diferentes clasificaciones para el dolor oncológico. Entre ellas se encuentra la clasificación básica del dolor según su neuroanatomía y fisiología del dolor en tres tipos: neuropático, visceral y somático.

Otra forma de clasificación habitual del dolor sería según la prolongación del dolor en el tiempo. Según esta clasificación distinguimos entre dolor agudo, crónico, irruptivo y refractario (4,5). Según el origen del dolor podemos dividirlo en oncológico y no oncológico (4). Una evaluación individualizada es esencial para el tratamiento del dolor por cáncer debido a su alta complejidad (8).

En la siguiente figura se observa la clasificación de los distintos tipos de dolor.

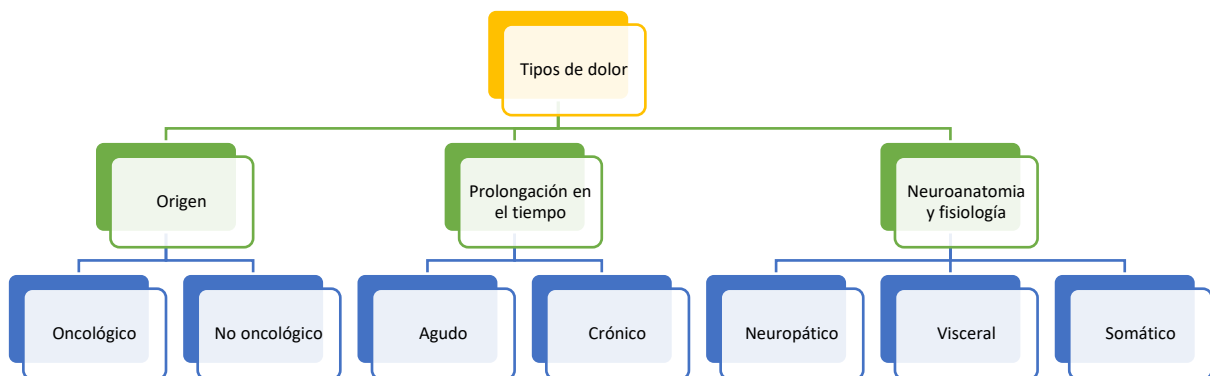


Figura 2. Clasificación del dolor. Elaboración propia basada a partir de P. Khosravi Shahi, A. del Castillo Rueda, G. Pérez Manga -2007- (4).

Se debe valorar la importancia de la identificación de los síndromes de dolor ya que son aquellos que van a servirnos de apoyo para aclarar el pronóstico, la etiología del dolor y guiar las intervenciones terapéuticas (11). Se entiende este síndrome como un conjunto de signos y síntomas relacionados con el dolor y aquellas características clínicas relacionadas con el dolor que aparecen durante el transcurso de la enfermedad en pacientes oncológicos (8). Se observa que tanto en las experiencias como los tratamientos presentes en la enfermedad aparecen episodios de dolor agudo y crónico, llegando a coexistir en determinados momentos (5). Los síndromes del dolor podrían clasificarse en dos tipos: aquellos asociados con dolor agudo o aquellos asociados a dolor crónico (11).

En el ANEXO 2 y 3 se muestran los síndromes del dolor agudo y crónico más relevantes en pacientes oncológicos directamente relacionados con el tumor o con el tratamiento antineoplásico.

La valoración del dolor oncológico debe ser multidimensional dando importancia a factores emocionales y psicológicos y a profundizar sobre mecanismos fisiológicos y aspectos relacionados con la percepción del dolor de la persona. Según la Iniciativa de Práctica Oncológica de Calidad (QOPI) las estrategias adecuadas y los puntos importantes a valorar para un buen manejo del dolor incluyen: el tipo o el significado del dolor, la intensidad; el patrón; factores desencadenantes y de alivio; síntomas; repercusión del dolor en actividades de la vida diaria, un examen físico del paciente, el dolor en el paciente intacto y no intacto cognitivamente, las características del dolor, el uso de diarios del dolor y la respuesta del

paciente al régimen terapéutico (4,12).

Debemos tener en cuenta la importancia del apoyo psicosocial, el uso adecuado de la farmacología, evitar métodos invasivos y una buena comunicación de los profesionales con la familia para un control óptimo del dolor en el paciente.

La valoración es uno de los primeros pasos a llevar a cabo antes de iniciar el tratamiento del dolor (4). También es importante tener en cuenta la localización, el tipo de dolor y los síndromes de dolor (8).

Además de la valoración, es importante tener en cuenta a aquellas personas que han pasado por esta enfermedad como es el cáncer. Se dice que deben ser monitorizados de manera rigurosa ya que un mínimo cambio en la intensidad o calidad del dolor puede señalarnos la recurrencia del tumor inicial (10).

Existen diferentes síndromes del dolor. Su identificación es importante, pero a la vez compleja debido a su detección, la cual se facilita por la experiencia clínica médica. También nos van a ayudar a identificar el pronóstico, la etiología y la mejor intervención terapéutica en pacientes oncológicos (8).

Se han observado en varios estudios (8) diferentes terminologías sobre el dolor en pacientes oncológicos. En una encuesta realizada por expertos pertenecientes a la Red Europea de Investigación de Cuidados Paliativos se ha denominado a aquel dolor que ocurre repentinamente y que se produce con dolor de fondo o sin dolor de fondo de manera no controlada como dolor episódico.

Por otro lado, el IASP ha clasificado el dolor en varios tipos, entre ellos encontramos el dolor crónico relacionado con el cáncer el cual es causado por el propio tumor o por la metástasis subdividido en dolor visceral, óseo, neuropático y "otros" y el dolor crónico post-cáncer generado por el tratamiento (10).

- Dolor crónico visceral: es causado por el propio tumor o por la metástasis generando daño en los órganos viscerales. Se caracteriza por estar mal localizado y ser referido. Además, puede ser episódico o continuado.
- Dolor crónico óseo: es causado por el propio tumor o metástasis generando daño en el esqueleto óseo además de ser reconocido como el tipo más común.

- Dolor crónico neuropático: causado por el tumor primario o metástasis generando daño en el sistema nervioso central o periférico.
- Otro dolor crónico: es aquel con una etiología o varias no conocidas como puede ser el dolor de piel en células T o las metástasis en los ganglios linfáticos.

El dolor relacionado con una emergencia oncológica se debe tratar en el medio hospitalario, mientras que el dolor no relacionado con una emergencia se puede tratar en el centro de salud como, por ejemplo, compresión de la médula espinal, fractura, síndrome de la vena cava superior y otro (12).

7.1.4. Epidemiología

Actualmente el dolor es una entidad bastante conocida y común en pacientes oncológicos. Los registros acerca del número de pacientes oncológicos con cáncer son limitados, además de existir cierta reserva y límites a la hora de publicar estos datos tanto en países industrializados como en países en vías de desarrollo. Por ello, los registros sobre el dolor en esta enfermedad no son concluyentes.

Según diversos estudios realizados en diferentes hospitales en países desarrollados el dolor es la principal causa de hospitalización, siendo la prevalencia de este síntoma de un 47-54% de los pacientes oncológicos (13).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre un 30-50% de los pacientes oncológicos presentan dolor debido al manejo inadecuado de los opioides y a la falta de analgésicos (13). En general, el porcentaje estimado de dolor en el momento del diagnóstico o al comienzo de la enfermedad es de un 50% aumentando en etapas avanzadas del cáncer hasta un 75% aproximadamente (14), presentando dolor un 66% de los pacientes con enfermedad avanzada siendo en un 55% dolor moderado- severo (10). Se han aumentado considerablemente los estudios realizados sobre el manejo del dolor en pacientes oncológicos en comparación con los últimos años (5).

En un meta-análisis, y tras la revisión de 52 estudios realizados sobre el dolor en cáncer, se concluyó con la existencia de una gran variación de prevalencia de dolor siendo un 33% en pacientes que habían superado la enfermedad y a los que se les aplicó tratamiento curativo, mientras que en pacientes con la enfermedad en estadios avanzados o metástasis fue de un

64%. Se concluyó siendo la prevalencia general mayor al 50% llegando hasta un 75% en pacientes con cáncer de cabeza y cuello (9).

La epidemiología del dolor en cáncer varía según el tipo de cáncer, la localización y el tipo de cáncer, así como los métodos y tratamientos utilizados. El cáncer, a nivel mundial, es la segunda causa principal de muerte. De las 9.6 millones de muertes producidas, un 70% fueron por cáncer en personas residentes en países con un nivel socioeconómico medio-bajo.

Existe una gran incidencia y mortalidad de cáncer en zonas donde el acceso al tratamiento es limitado y donde es común presentar estadios avanzados generando un aumento significativo de la prevalencia del dolor en estos países (5).

La supervivencia al cáncer fue de 15.5 millones de personas en 2016. Se estima que incrementará significativamente hasta 20.3 millones de personas en 2030 (5).

En cuanto a la prevalencia del dolor en los distintos tipos de cáncer, la literatura mundial ha clasificado aquellos cánceres en los que se reporta una mayor intensidad del dolor:

cabeza y cuello, ginecológico, gastrointestinal, pulmón y bronquios, mama y urogenital (13-15). Estos datos anteriores varían en función de varios factores como puede ser la edad del paciente, situación geográfica y tipo de tratamientos empleados (13).

Se observan datos relevantes acerca de los artículos realizados a lo largo de los últimos 10 años. Se analiza la existencia de 43.810 artículos acerca del dolor en pacientes oncológicos en los últimos 10 años de los cuales 517 son meta-análisis estando 2 de ellos en español. Por otro lado, se observa que a la hora de agregar el término “tratamiento” aparecen 36.071 artículos relacionados con el dolor oncológico de los cuales 597 son meta-análisis siendo 2 de ellos en español. Se puede observar en el ANEXO 6 y 7 como, en ambos casos, el número de artículos han ido incrementándose a lo largo de los años (16,17).

7.1.5. Escalas de medida

El dolor es un síntoma subjetivo que se puede medir de manera eficaz debido a que tanto la intensidad como la calidad del dolor son individuales y variables en función de la persona. Entre las escalas más comunes que se han utilizado para la evaluación del dolor podemos distinguir cuestionarios genéricos de dolor unidimensionales y multidimensionales (18).

Dentro de los cuestionarios unidimensionales, los cuales evalúan la intensidad del dolor, se encuentra la escala analógica visual (VAS) y la escala de calificación numérica (NRS) (18,19).

- VAS: es una escala de medida utilizada concretamente para medir la intensidad del dolor en poblaciones adultas. Se trata de una escala formada por una línea horizontal o vertical con dos descriptores verbales a cada extremo (18). Se ha visto que es una de las escalas de medida más utilizadas en pacientes oncológicos a la hora de medir la intensidad del dolor (19).
- NRS: es una escala de medida utilizada para medir la intensidad del dolor en pacientes con dolor crónico. Se presenta en una línea horizontal con varios números, desde el 0 al 10, que reflejan la intensidad del dolor (18). Tras varios estudios se ha afirmado la preferencia de esta escala tanto en pacientes de diferentes culturas como en pacientes con dolor crónico no oncológico (19). Además, se ha visto que pueden llegar a ser confusas a la hora de ser utilizadas por pacientes y enfermeras (20).

Según expertos la intensidad del dolor es importante a la hora de manejar el dolor y conseguirlo de manera óptima, por ello la intensidad debe ser evaluada por escalas unidimensionales basadas en lo que refiere cada paciente. Aunque el dolor oncológico sea diferente en cada paciente hay un elemento común en cada uno de ellos que es su naturaleza subjetiva (19).

Se ha observado, posterior a varias revisiones, la existencia de tres dimensiones importantes a la hora de realizar una evaluación multidimensional en pacientes oncológicos con dolor. Se ha visto que estas dimensiones son: la intensidad; el patrón temporal y el tratamiento del dolor en relación a determinados factores (19).

Los cuestionarios multidimensionales son los siguientes: (18).

- Cuestionario del dolor de McGill (MPQ): es un cuestionario que mide los aspectos afectivos, evaluativos y sensoriales del dolor y la intensidad en población adulta con una enfermedad crónica. Contiene 5 puntos que representan el dolor en función de su intensidad.
- Escala de grado de dolor crónico (CPGS): es una escala que mide dos dimensiones en función de la gravedad del dolor crónico del paciente. Estas dimensiones son: discapacidad e intensidad relacionado con el dolor. Consta de siete ítems.

- Forma corta 36 de la escala de dolor corporal (SF- 36 BPS): es una de las subescalas del estudio de resultados médicos del cuestionario SF-36 utilizadas para la corrección de problemas identificados en la escala original. Mide la intensidad del dolor corporal utilizando dos ítems (18).

Sin embargo, otros autores hablan de las medidas de resultado informadas por el paciente (PROM) los cuales son cuestionarios que se caracterizan como ideales para medir el manejo del dolor en pacientes oncológicos. Dentro de las PROM se encuentran varios cuestionarios de los cuales algunos se utilizan en pacientes con cáncer: la MPQ, NRS, VAS y Cuestionario Breve del Dolor (BPI) (21).

Existe una literatura bastante extensa acerca de las escalas de medida (19), pero también existen problemas a la hora de evaluar el dolor actualmente. Esto es debido a la multitud de problemas presentes en los pacientes a la hora de comunicar su dolor ya que lo realizan de manera distinta y por consiguiente se necesita establecer un lenguaje común que facilite la evaluación del dolor en los pacientes y también es debido a las características individuales de cada paciente como pueden ser la experiencia del dolor, la duración del dolor, la discapacidad generada por el dolor y la intensidad del dolor (20).

Se ha observado en el siguiente artículo que la Escala de Calificación de Dolor de Defensa y Veterano (DVPRS) puede solucionar alguno de los problemas anteriores. Esta escala proviene de las escalas de valoración comunes siendo un instrumento de evaluación de la intensidad del dolor y el estado funcional de la persona de manera más completa que otras escalas de evaluación del dolor. Además de ser fácil de usar, facilita el diálogo entre los pacientes y profesionales en relación a la intensidad del dolor y a la afectación funcional y anímica utilizando descriptores de palabras barras con diferentes colores según la intensidad del dolor (20).

Alrededor de 2017 se llevó a cabo un proyecto para mejorar la comunicación entre los pacientes oncológicos, enfermeras y profesionales sanitarios relacionado con la intensidad del dolor que se presentaban y para disminuir las dudas presentes en cuanto al tratamiento del paciente por los profesionales sanitarios. Esto generó un mejor manejo del dolor en el paciente oncológico, siendo eficaz y generando satisfacción tanto a los pacientes como a las enfermeras sin olvidar las debilidades aún presentes de este instrumento (20). En el ANEXO 8 podemos observar la DVPRS.

Tras una revisión sistemática realizada en 2019 sobre los PROM utilizados para medir el dolor en pacientes oncológicos se llega a la conclusión, según las normas y protocolos establecidos por el Consenso para la Selección de Instrumentos de Medición de Salud (COSMIN), de que ninguna de las escalas revisadas cumple con todas las características evaluadas y, por lo tanto, no se podría recomendar una escala exacta para evaluar el dolor en pacientes oncológicos. En el caso de elegir alguna, se utilizaría la BPI en forma corta (21). Esta escala evalúa la intensidad y el impacto del dolor en el funcionamiento diario del paciente. Hay dos formas de presentación de la escala; una corta y una larga. Normalmente se utiliza la forma corta en pacientes oncológicos debido a su facilidad de uso y por su brevedad (22).

También, se habla de una escala para conocer la probabilidad de aliviar el dolor en diferentes pacientes oncológicos. Esta escala se conoce como La Escala de Pronóstico de Dolor de Cáncer (CPPS). Se ha visto que es una escala sin ninguna validación o aplicación excepto en el estudio realizado originalmente (8).

7.1.6. Tratamientos

La evaluación integral del dolor es el primer paso para un buen manejo del dolor seguido de establecer expectativas apropiadas a cada paciente que ayudan al cumplimiento del tratamiento y a un aumento de la satisfacción del paciente (12). El objetivo principal del tratamiento del dolor causado por el cáncer es reducirlo en un periodo de tiempo corto, mientras se disminuye el impacto de sus efectos adversos. En el ANEXO 9 se muestra la elección del tratamiento para el dolor en función de la gravedad de sus efectos adversos y la intensidad del dolor (23).

La OMS publicó en 1986 la escalera de dolor (24) que es una herramienta importante para el manejo del dolor (12) donde se reflejaban la utilización de opioides según el nivel del dolor comenzando por los fármacos no opioides añadiendo analgésicos adyuvantes en los casos necesarios. Además, esta escalera tiene un enfoque general tanto a nivel físico como psicológico, social y espiritual.

El mecanismo subyacente del dolor es significativo a la hora de determinar el tratamiento analgésico del dolor utilizado como primera opción. El dolor por cáncer suele estar causado tanto por dolor nociceptivo como neuropático.

Existe un número elevado de opciones de tratamientos para el dolor. Entre ellos encontramos los analgésicos de venta libre, medicamentos no opioides recetados, intervenciones, opioides sistémicos y terapias complementarias (12).

En cuanto a las intervenciones farmacológicas en los pacientes oncológicos con dolor los opioides serían la primera opción. Pero, cuando ese dolor no disminuye, significa que el tratamiento es inadecuado, se deben añadir al tratamiento otros fármacos no opioides o adyuvantes.

Los opioides se unen a múltiples receptores presentes en el sistema nervioso central y periférico siendo la morfina el opioide de elección. Por otro lado, entre los analgésicos no opioides se encuentran los antiinflamatorios no esteroides (AINEs) y el paracetamol. Entre los más utilizados en el dolor oncológico destacaría la dexametasona (24). Se ha demostrado que los pacientes oncológicos con dolor responden a dosis bajas de morfina antes que a la codeína (12).

Por último, los analgésicos adyuvantes juegan un papel importante en el manejo del dolor por cáncer. Entre ellos se encuentran los antidepresivos y anticonvulsivos.

Las técnicas de intervención suelen servir como alternativas adyuvantes al tratamiento farmacológico. En numerosas ocasiones su uso resulta beneficioso para los pacientes debido a que va ligado de una reducción de la dosis de opioides y, por lo tanto, una reducción de sus efectos adversos. Entre ellas se encuentran el bloqueo neural; infusión neuroaxial y procedimientos de aumento vertebral (24).

Según una revisión sistemática donde se incluyen diversos estudios relacionados con la utilización de intervenciones no farmacológicas para el manejo y control del dolor en adultos mayores se llegó a la conclusión de que no hubo resultados significativos.

En todos los estudios se mostró la efectividad del uso de métodos farmacológicos para controlar el dolor en adultos mayores, mientras que en intervenciones no farmacológicas hubo una disminución significativa en cuanto a la intensidad del dolor. Entre las intervenciones no farmacológicas que supusieron resultados significativos en cuanto a la disminución del dolor se encontraba el Qigong, Tai Chi, acupresión y las intervenciones de hidroterapia. Se concluyó con que el resto de las intervenciones no farmacológicas no tenían resultados significativos sobre el control del dolor (25).

Los profesionales de la salud deben informarse acerca de diferentes métodos alternativos para el manejo del dolor ya sea la acupuntura, vetosas o el uso de hierbas. Algunos pacientes solicitan el uso de hierbas medicinales por un sanador. Por ello, siempre que sea posible se debe permitir utilizar métodos tradicionales para el alivio del dolor (26).

Las intervenciones no farmacológicas son métodos disponibles para los adultos con dolor, sin embargo, se ha estudiado, tras una revisión sistemática, la importancia de desarrollar intervenciones a largo plazo y culturalmente adaptadas a poblaciones afectadas por el cáncer y con disparidades sociales para mejorar así el manejo del dolor en poblaciones vulnerables. En algunas intervenciones como la acupuntura y estimulación perióptica se observó una disminución significativa del dolor durante un periodo corto de tiempo, aunque requieren de un especialista el resto de intervenciones no farmacológicas se pueden realizar manera autónoma (25,27).

Se observa en un artículo la importancia de la seguridad en el uso de opioides para el tratamiento del dolor por ello, se proporciona una guía con la información necesaria para ayudar a las enfermeras a mantenerla. Se da importancia a la revisión de los datos del programa de monitorización de medicamentos recetados (PDMP). Se ha visto que la enfermería debe documentar el cálculo equivalente de miligramos de morfina en la historia clínica del paciente para la detección de riesgos asociados con el paciente sin olvidar la importancia de la identificación de otros fármacos usados simultáneamente que aumenten el riesgo de sobredosis (28).

Debido a la gran prevalencia del dolor crónico a nivel mundial y la necesidad de encontrar alternativas terapéuticas más seguras, el número de estudios en los últimos 20 años relacionados con el consumo de cannabinoides para el dolor oncológico han aumentado centrándose, entre los compuestos existentes de la planta del cannabis, en el tetrahidrocannabinol (THC). Aunque el número de ensayos que relacionan el consumo de los cannabinoides para el tratamiento del dolor es limitado, se ha demostrado en varios estudios, una reducción en la sobredosis de analgésicos opioides en aquellos estados donde el cannabis estaba legalizado (29).

En conclusión, se ha establecido la eficacia de la utilización de opioides en la enfermedad avanzada pero, quedan dudas acerca de la efectividad de los opioides en aquellas personas que han pasado por la enfermedad (29) y el manejo inadecuado del dolor sigue presente hoy en día en pacientes con cáncer, por ello se ha visto que los profesionales deben evaluar el dolor en cada visita trabajando así para lograr un nivel tolerable de dolor del paciente (12).

7.1.7. Perspectiva transcultural del dolor

Las personas somos seres culturales y estamos influidos a nivel de actuación y de pensamiento por los grupos a los que pertenecemos. Esta influencia llega hasta nuestra actuación en el ámbito sanitario. Se ha visto que cada persona responde, mide y percibe cómo es su dolor y el tratamiento más apropiado en base a su cultura (30).

Es importante tener en cuenta la experiencia previa de la persona en cuanto al dolor además de su cultura, su actitud religiosa relacionada con el mismo y el uso de analgésicos. Todas ellas deben entenderse y analizarse ya que influyen a la hora de manejar el dolor. Por lo tanto, una buena relación con el paciente que permita conocer estos aspectos dirige hacia un manejo adecuado del dolor (12).

Tras varios años de investigación, se ha estudiado poco acerca de las dinámicas socioculturales. El autor Mark Nichter habló de los modismos y cómo transmiten las expresiones personales, sociales, políticas y espirituales. Asimismo se observó que estos modismos al revelar tanto las normas como valores y patrones culturales, nos informaban acerca del cuidado y la curación (31).

La perspectiva cultural es única y afecta a la práctica enfermera, así como al manejo del dolor. Se ha visto la importancia de que las enfermeras aprendan a gestionar y determinen el dolor de pacientes pertenecientes a diversas culturas cuyos idiomas son diferentes (30) ya que son los profesionales de salud que establecen un primer contacto en cuanto a cambios en el dolor del paciente (32).

El papel de las enfermeras es clave en el manejo del dolor a nivel mundial. Se debe proporcionar un manejo del dolor de manera individualizada y teniendo en cuenta la cultura del paciente, así como los factores que contribuyen a la experiencia del dolor. Para un adecuado manejo del dolor se debe comprender como un derecho humano a nivel internacional (33).

Se deben conocer los patrones culturales, étnicos y religiosos, así como las creencias, comportamientos y valores de las personas sin estereotiparlas. El dolor tiene efectos en la esfera social, psicológica, espiritual y física, las cuales son influenciadas por la cultura (30,32).

Se ha demostrado que la sensación y el punto en el que el dolor se vuelve doloroso es el mismo, aunque algunos grupos étnicos tengan una mayor tolerancia que otros. En culturas estoicas tienden a enmascarar el dolor que perciben debido a que pueden mostrarse como débiles si lo verbalizan, mientras que otros grupos culturales consideran que verbalizar su dolor mediante gemidos o gritos puede aliviarlo (30).

Según la bibliografía encontrada se ha realizado una revisión sistemática donde se observan diferencias significativas en cuanto a la percepción del dolor de personas de diferentes culturas y étnicas tanto en el dolor agudo como crónico (32,34).

Se ha demostrado una percepción mayor del dolor en pacientes asiáticos en relación con los americanos blancos, latinoamericanos y afroamericanos, mientras que otro estudio afirmó una mayor perspectiva del dolor, mayor necesidad de atención y mayor conexión entre sentimientos y dolor en los afroamericanos con respecto a los americanos blancos.

Se ha comprobado que los afroamericanos tienden en mayor medida a manejar su dolor mediante oraciones en comparación con los americanos blancos. Por otro lado, los asiáticos, comparados con estadounidenses, latinoamericanos y afroamericanos, creen en el dolor como algo incontrolable debido a una percepción más antigua del dolor ligada a su sistema de salud. Los indios creen en el dolor como algo que forma parte de su vida siendo, por lo tanto, incontrolable. Además, expresan su voluntad de morir ante un dolor de intensidad insoportable (32). Según varios estudios se ha comprobado una prevalencia del dolor crónico mayor en grupos étnicos minoritarios en comparación con los caucásicos, mientras que el dolor agudo se mostraba con niveles mayores de intensidad en aquellos grupos étnicos minoritarios donde el dolor estaba causado por estímulos térmicos, siendo menor su tolerancia a este dolor (34).

Se ha observado la presencia de dificultades a la hora de establecer comunicación entre el paciente y el profesional, sobre todo cuando el idioma y cultura de la enfermera y paciente son distintas. En muchos idiomas no se encuentran palabras equivalentes a "dolor" lo que complica su manejo. En el ANEXO 4 se pueden observar diferentes preguntas que ayudan a las enfermeras a determinar sus normas culturales sobre el dolor.

El dolor puede ser percibido como tener un problema de salud; un juego de palabras; una oportunidad del karma e incluso como parte de su esperanza de vida. Se ha visto que los pacientes pertenecientes a grupos minoritarios son más propensos a recibir un manejo del dolor inadecuado. Se debe tener en cuenta los siguientes factores para un manejo óptimo del

dolor: Lenguaje e interpretación de los problemas, comunicación no verbal de los problemas, cultura e idioma, infra-registro de algunos pacientes, reluctancia al uso de medicación, acceso a la medicación y prejuicios y discriminación.

Por todo esto, parece interesante para la disciplina enfermera la utilización de una técnica que puede facilitar la evaluación del dolor en pacientes de otras culturas ayudando al manejo del dolor óptimo mediante la realización de preguntas abiertas (30). En el ANEXO 10 se encuentran ejemplos de preguntas abiertas utilizadas para la determinación del dolor.

El manejo transcultural del dolor (TPM) va más allá de estereotipos o del cuidado hacia una persona de origen americano, español, africano, etc. El TPM es una postura que da importancia al ser humano, a sus necesidades y a su dolor utilizando métodos éticos. Para una mayor comprensión del manejo del dolor a nivel transcultural se debe tener en cuenta los principios básicos de Nightingale. Estos principios ayudan a la enfermería a convertirse en líderes de la cultura.

La asociación de la enfermera entre culturas es importante ya que involucra a la enfermera a tener ese compromiso de colaboración y trabajo en equipo (33). Según William. E. Rosa el manejo del dolor a nivel transcultural es arte y ciencia; y está formado por los componentes mostrados en el ANEXO 11 (33).

Aunque haya diversos estudios, se necesita mayor investigación en esta área para distinguir, entre los diferentes grupos de población, sus efectos a nivel psicológico y social debido a influencia en la percepción y respuestas al dolor. Se debe educar a los profesionales sanitarios para llevar a cabo un manejo óptimo del dolor y se ha visto que se debe disminuir las disparidades existentes entre los grupos étnicos (34).

7.1.8. Experiencia diferencial del dolor según géneros

Existe pocos estudios enfocados en el género, sobre todo en las diferencias asociadas con la indecisión y adherencia analgésica o manejo efectivo del dolor y la predicción de la adherencia analgésica según el género. Se ha demostrado que la adherencia del paciente al tratamiento es clave en pacientes oncológicos con dolor crónico.

Las diferencias de género en cuanto al dolor en general están bien descritas, sin embargo, estas diferencias en relación con la percepción, severidad y manejo del dolor no están claras. Además, afectan tanto a la percepción del dolor del paciente como su expresión.

En base a la evidencia encontrada se han explorado las diferencias de género en relación con la adherencia al tratamiento concluyendo con la importancia de las diferencias de género en el manejo del dolor en pacientes oncológicos. Entre los factores que influyen a la adherencia del paciente oncológico se encuentra la cognición del dolor, apoyo social y las relaciones establecidas con los profesionales sanitarios. Además, el pionero Berkley demostró una mayor prevalencia de enfermedades dolorosas en mujeres (35,36).

Entre los principales factores que impiden el control de manera óptima del dolor en el paciente con un tumor encontramos el conocimiento insuficiente o erróneo de los profesionales sobre el manejo óptimo del dolor y la indecisión del paciente en relación con el uso de analgésicos. Se ha comprobado que el umbral y la tolerancia del dolor es menor en mujeres que en hombres. Además, en muchas culturas la expresión del dolor en las mujeres es considerado más aceptable que en hombres (36).

Tras varios estudios realizados, Berkley afirmó que las mujeres presentaban dolor en más áreas del cuerpo que los hombres y de forma más prolongada en el tiempo (35).

Se ha demostrado en un estudio actual que la relación entre el miedo a la ansiedad y el uso de opioides de manera indebida en pacientes con dolor es mayor en hombres que en mujeres. Esto sugiere la importancia de las diferencias de género en el dolor crónico (37).

La investigación muestra una mayor indecisión y adherencia al uso de analgésicos en mujeres. Las mujeres muestran más sus afecciones psicológicas en relación con el dolor que los hombres, además magnifican su dolor.

Según la bibliografía encontrada algunas culturas consideran en las mujeres más aceptable la expresión abiertamente de su dolor en comparación con culturas como la oriental. Además, se observó una mayor información del dolor en mujeres, mientras que en otros estudios se mostró lo contrario (36).

No se ha informado sobre diferencias de género en patologías tumorales, aunque estas diferencias pueden influir en la magnitud, presencia y en la dirección del dolor oncológico (35).

7.2. Justificación

Durante la revisión de la literatura, se ha visto que solamente doscientos artículos ofrecían información relacionada con el manejo del dolor desde un enfoque transcultural en pacientes oncológicos en los últimos diez años. Esta revisión surge de la necesidad de aumentar la investigación relacionada sobre esta área ya que el número de estudios sobre el tema es reducido. Además, conocer los efectos psicológicos y sociales de los pacientes, influidos por la percepción y respuesta al dolor de la persona, podría dirigir a los profesionales hacia un manejo óptimo del dolor.

Se ha observado que la percepción del dolor de pacientes de diversas culturas es distinta, lo que influye a la hora de la relación y comunicación entre el profesional y el paciente de aspectos relacionados con su dolor, por ello, es imprescindible el papel de la enfermería.

Se ha demostrado que el dolor es percibido de forma diferente en relación con los factores socioculturales de la persona, por ello, conocer la relación existente entre el dolor y estos factores podría ayudar a determinar el dolor en un paciente y a conocer su percepción.

Se puede observar que muy pocos estudios se han centrado en la valoración del dolor en diversos ámbitos socioculturales y en la importancia del papel de la enfermería sobre el manejo del dolor a nivel mundial. Es por ello que, la educación del profesional de enfermería podría disminuir las disparidades existentes entre etnias.

El objetivo principal de este trabajo es examinar a nivel de calidad y cantidad la información publicada en distintas plataformas con el objeto de observar diferencias significativas entre distintas culturas para lograr una evaluación y manejo óptimo del dolor en pacientes oncológicos.

Es por ello, que el rol de los enfermeros será importante y necesario para desarrollar unos cuidados óptimos del paciente, en concreto, sobre la evaluación y manejo del dolor. Además, servirá de ayudar para investigaciones futuras relacionadas con esta área.

Para llevar a cabo dicha investigación es necesario revisiones sistemáticas que proporcionen información actual y de calidad recogida en artículos existentes de los últimos cinco años.

8. Objetivos e hipótesis

8.1. Objetivo general:

El objetivo general de esta revisión sistemática es examinar a nivel de calidad y cantidad de las publicaciones en diferentes plataformas a este respecto con el objeto de observar la existencia de diferencias o no significativas entre culturas, religiones y géneros respecto al dolor oncológico en pacientes para su evaluación óptima en la práctica clínica.

8.2. Objetivos específicos:

Los objetivos a nivel específico a tratar en esta revisión sistemática serían los siguientes.

- Comprender la importancia de los conocimientos sobre las diferencias culturales; de etnia y de género para una valoración y tratamiento óptimo del dolor a nivel de práctica clínica de las enfermeras.
- Determinar los aspectos relevantes desconocidos de la literatura que influyen en la práctica enfermera sobre el tema.
- Comparar la influencia de la cultura en el estado del paciente con dolor oncológico.
- Valorar la importancia de las diferencias a nivel cultural, étnico y de género para el aumento del número de estudios posteriormente.
- Resumir una elevada cantidad de información existente sobre factores socioculturales en personas oncológicas con dolor.

9. Pregunta de revisión

En el siguiente apartado se ven reflejados los diferentes elementos que conforman la pregunta PICOT.

- Población (P): personas de diferentes entornos culturales ya sean de origen afroamericano, americano, asiático o latinoamericano que refieren dolor con una enfermedad oncológica en estadios metastásicos o estadio IV, sin restricción de género. Grupo de personas con una edad mínima de 18 años.
- Intervención (I): diferentes intervenciones estandarizadas de evaluación del dolor que sean del ámbito de la enfermería recogidas en la literatura médica relacionadas con la evaluación del dolor de manera que se determinen sus diferentes características, en pacientes de diferentes culturas, para llegar a su realización de manera óptima.
- Comparación (C): Evaluaciones del dolor oncológico sin estandarizar.
- Outcomes (O): Se plantea una revisión sistemática de la literatura analizando publicaciones que proponen diferentes intervenciones de enfermería cuyo objetivo es la evaluación y tratamiento del dolor de manera óptima. A tal fin, se recogen aquellas herramientas utilizadas que han demostrado ser positivas para medir el manejo del dolor con la presencia de diferentes factores culturales.
- Timing (T): el espacio temporal de la realización de la revisión sistemática comprende los artículos publicados, relacionados con el tema a tratar, entre los últimos diez años desde 2010 hasta 2020.

En conclusión, la pregunta PICOT sería la siguiente: en personas de diferentes entornos culturales ya sean de origen afroamericano, americano, asiático o latinoamericano que refiere dolor con una enfermedad oncológica en estadios metastásicos o estadio IV, ¿son más eficaces las intervenciones estandarizadas de enfermería recogidas en la literatura para la evaluación del dolor en comparación con aquellas sin estandarizar para conseguir una evaluación y manejo óptimo del dolor recaudando información de artículos publicados entre 2010 y 2020?

10. Criterios metodológicos

10.1. Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión relevantes para la pregunta de investigación utilizados en la siguiente revisión sistemática serían:

- Personas de origen afroamericano, americano, asiático o latinoamericano.
- Personas de edad superior a 18 años.
- Personas de ambos géneros tanto masculino como femenino.
- Población con enfermedad oncológica en estadios metastásicos (estadio IV).
- Artículos publicados e indexados en las siguientes bases de datos: PubMed, Dialnet, Cuiden en un periodo de tiempo de diez años comprendiendo información desde 2010 hasta 2020.
- Artículos específicos con información relacionada con el dolor.
- Artículos comprendidos en revisiones sistemáticas, meta-análisis, casos y estudios, ensayos clínicos, artículos originales y revisiones.

10.2. Criterios de exclusión

Entre los criterios de exclusión relevantes para la pregunta PICOT que se van a utilizar en la siguiente revisión sistemática podemos encontrar:

- Publicaciones específicas para situación terminal o de últimos días.
- Publicaciones de validación de escalas.
- Publicaciones que comparen métodos estandarizados con no estandarizados.
- Población oncológica con dolor crónico mal tratado.

11. Metodología

11.1. Estrategia de búsqueda

Con respecto a la evaluación del dolor oncológico y a la utilización de intervenciones estandarizadas o no por los profesionales de enfermería se puede observar escasos estudios y publicaciones relacionadas con el tema. Esto ha dificultado la búsqueda en diferentes fases del proceso.

En un periodo de tiempo comprendido entre el 30/09/2019 hasta el 20/03/2020 se revisaron diversos estudios comprendidos en los últimos diez años entre 2010 y 2020 utilizando bases de datos electrónicas tales como PubMed, Scielo y Google académico, siendo entorno a un 83-84% artículos encontrados en la plataforma de Google Académico. El idioma de los artículos se limita al inglés y el español, siendo entorno a un 90% artículos publicados en inglés. Además, la mayoría de los artículos utilizados no tienen un acceso libre y son publicaciones limitadas a un rango temporal.

En la Figura 7 se puede observar de manera esquematizada todo el proceso de búsqueda de tal manera que pueden observarse las diferentes plataformas y bases electrónicas utilizadas para la búsqueda de información en relación con el tema a tratar.

En consecuencia, se aplicaron descriptores MeSH y DeCS utilizando los siguientes términos, los cuales fueron los más relevantes en esta búsqueda: “cancer pain”, “pain managemen”, “transcultural nursing”, “ethnic groups”, “pain measurement”, “oncology” y “nursing care” o también conocidas como “dolor en cáncer”, “manejo del dolor”, “enfermería transcultural”, “grupos étnicos”, “evaluación del dolor”, “oncología” y “atención de enfermería”; utilizadas mediante varias combinaciones en las distintas bases de datos anteriormente nombradas.

Además, en el proceso de búsqueda se utilizó descriptores de la salud junto con un lenguaje libre. Así mismo, se llevó a cabo una búsqueda avanzada en las bases de datos electrónicas para optimizar los resultados. Una de las palabras más significativas utilizadas en el lenguaje libre y búsqueda simple debido a su visualización en numerosos artículos anteriores fue “cultura” o “culture” y “scales” o “escalas”.

Sin embargo, cabe destacar el uso de operadores booleanos tales como: “AND”, “OR”. El operador booleano más utilizado durante la búsqueda fue “AND” siendo significativo en cuando al desarrollo de la revisión sistemática, permitiendo especificar sobre diferentes temas relacionados con el dolor para elaborar una búsqueda más concreta y precisa.

En las siguientes tablas se observan los resultados finales relacionados con las ecuaciones de búsqueda en cada base de datos consultada, así como el número de artículos encontrados utilizando diferentes filtros y junto con la utilización de los operadores booleanos.

Resultados de búsqueda en PUBMED			
Ecuaciones de búsqueda. Operadores booleanos.	Resultados (número de artículos)	Idioma Inglés /Español	Publicados en los últimos 5 años
((Cancer pain) AND (ethnic*)) AND (scales*)	106	106 / 0	42
(Cancer pain) AND (Culture*)	1.883	1.782 / 10	761
(Pain measurement) AND (Ethnic groups)	444	442 / 1	128
((Scales*) AND (Nursing care)) AND (Oncology)	3.748	3.635 / 19	1.718
((Cancer pain) OR (Oncology)) AND (Ethnic*) AND (scales*)	1.354	1.333 / 1	477

Tabla 4: Resultados de búsqueda en PubMed. Búsqueda simple, lenguaje libre*

Resultados de búsqueda en GOOGLE ACADÉMICO			
Ecuaciones de búsqueda. Operadores booleanos.	Resultados (número de artículos)	Idioma Inglés / Español	Publicados en los últimos 5 años
((Cancer pain) AND (ethnic*)) AND (scale*)	81.000	17.686 / 214	17.900
(Cancer pain) AND (Culture*)	1.620.000	1.617.000/ 2.360	53.800
(Pain measurement) AND (Ethnic groups)	236.000	235.732 / 268	20.000
((Scales*) AND (Nursing care)) AND (Oncology)	211.000	209.410 / 1.590	17.300
((Cancer pain) OR (Oncology)) AND (Ethnic*) AND (Scales*)	93.600	93.062 / 538	17.900

Tabla 5: Resultados de búsqueda en Google Académico. Búsqueda simple, lenguaje libre*

Resultados de búsqueda en SCIELO			
Ecuaciones de búsqueda. Operadores booleanos.	Resultados (número de artículos)	Idioma Inglés / Español	Publicados en los últimos 5 años
((Cancer pain) AND (ethnic*)) AND (scales*)	-	-	-
(Cancer pain) AND (Culture*)	10	1 / 3	4
(Pain measurement) AND (Ethnic groups)	1	1 / 0	0
((Scales*) AND (Nursing care)) AND (Oncology)	10	4 / 5	8
((Cancer pain) OR (Oncology)) AND (Ethnic*) AND (Scales*)	-	-	-

Tabla 6: Resultados de búsqueda en Scielo. Búsqueda simple, lenguaje libre*

11.2. Selección de estudios

Los estudios utilizados para desarrollar la valoración crítica se clasificarán y limitarán según diversos filtros tales como el idioma, el año de publicación, el título del artículo, la duplicación del artículo y el resumen o abstract.

En el ANEXO 12 se muestra de manera esquematizada el proceso de búsqueda y el proceso de selección de las publicaciones. Se utilizaron diferentes criterios para optimizar la búsqueda focalizando el objetivo en la calidad y no en la cantidad de las publicaciones encontradas para elaborar este Trabajo Fin de Grado.

Tras la realización del proceso búsqueda; la lectura y síntesis del contenido informativo encontrado en los artículos de las bases de datos como PubMed, Google Académico y Scielo, se observaron un total de 2.249.156 publicaciones en las cuales se encuentran revisiones, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, casos de estudio y metaanálisis. Se disminuyó el número de estudios utilizando diversos criterios en el proceso de selección. Se redujo la cifra de publicaciones quedando un total de 2.248.000 publicaciones debido a su presentación en un idioma distinto al inglés y español. Además, se excluyeron 2.117.962 publicaciones por su fecha de publicación, utilizando como guía una franja de tiempo desde 2015 hasta 2020. A su vez, se limitaron varias publicaciones tras la observación del título, lectura del resumen y por su duplicación quedando un total de 10 artículos que se utilizaron para la valoración crítica posterior.

11.3. Evaluación crítica

Para llevar a cabo la evaluación crítica se utilizó el método propuesto por el Centre for Evidence – Based Medicine de Oxford (CEBM) en los diversos estudios utilizados.

Este método se caracteriza por determinar la evidencia en función del área a tratar y el tipo de estudio involucrando en el tema relevante del trabajo.

El CEBM es un método que asegura información relevante en cada escenario debido a su especialización.

Inicialmente se utilizaba un método donde se mostraban los diferentes niveles de evidencia, pero debido a su complejidad, a su dificultad en la lectura y a su visualización por primera vez, se elaboró una nueva versión que ofrecía diferentes preguntas y grados de evidencia según su respuesta.

El primer método utilizado junto con sus múltiples desventajas sigue hoy en día en uso. Sin embargo, en el ANEXO 13 se encuentra el método actual y actualizado en 2011 por el CEBM y, por lo tanto, el utilizado para determinar el nivel de evidencia.

En cuanto a su utilización se debe relacionar una de las preguntas de la figura con el estudio del que se desea valorar su evidencia, es decir, dependiendo de la pregunta que se quiera contestar ya sea pronóstico, diagnóstico, tratamiento, etc. habrá diversos niveles de evidencia (38).

Posteriormente, se debe identificar el diseño de estudios en la fila situada hacia el lado derecho. Una de las desventajas de este método es la ausencia de subgrupos en relación a la categorización de los estudios. Las revisiones sistemáticas, así como los ensayos de control tendrán una evidencia del 1-2 siendo la principal opción de elección. Por otro lado, los estudios de cohortes, estudios analíticos observacionales y series de casos tendrán un nivel de evidencia del 3-4. Por último, aquellos con un nivel de evidencia 5 serán opiniones expertas o bien basadas en el razonamiento, estas serían la última elección (38,39).

11.4. Extracción de datos

Para la realización de la extracción de datos de los estudios incluidos en este Trabajo Fin de Grado se utilizarán los criterios metodológicos observados anteriormente y el método utilizado en la evaluación crítica para limitar el número de estudios.

Se utilizará como herramienta principal una hoja de extracción de resultados de elaboración propia con diferentes preguntas a responder que facilitará la extracción de datos de una manera óptima en esta revisión sistemática. La hoja de extracción de datos se puede visualizar en el ANEXO 14.

En la hoja de extracción de datos se observan diversas preguntas a responder. En el caso de que las respuestas sean "SI" en todos los apartados, se podrá contestar de una forma más clara la última pregunta donde clasificaremos el estudio en "incluido", "excluido" o "dudoso".

11.5. Síntesis de resultados

En cuanto a la síntesis de resultados se llevará a cabo este apartado en función de los objetivos determinados de la revisión sistemática siendo extraídos los siguientes datos relevantes:

- Se comprenderá y determinará la importancia de la información sobre la evaluación y tratamiento del dolor en pacientes oncológicos con diversas diferencias étnicas o culturales.
- Se obtendrá información sobre los aspectos relevantes no conocidos en relación con el tema propuesto.
- Se extraerán datos para analizar la calidad de información presente en los diversos estudios utilizados.
- Se obtendrán datos que relacionen la importancia de la influencia de la cultura en la valoración del dolor en pacientes oncológicos.

12. Limitaciones del estudio

En cuanto a las limitaciones presentadas en el estudio podemos destacar un gran número de estudios cerrados al público y, por lo tanto, de difícil acceso para obtener información de manera más rápida.

Por otro lado, se podrían obtener sesgos a la hora de analizar los datos obtenidos tras la lectura de varios estudios, ya que en su mayoría no se han visto resultados negativos, sino que la mayoría eran positivos o a mejorar. Esto puede generar a generar resultados sesgados.

13. Cronograma

MES FASE	NOV 2019				DIC 2019				ENE 2020				FEB 2020				MAR 2020				ABR 2020			
	Semanas																							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
FASE 1																								
Fase de seguimiento. Lectura de artículos y búsqueda bibliográfica. Realización del primer informe y planteamiento de objetivos.																								
FASE 2																								
Redacción del estado de la cuestión, objetivos, pregunta de investigación y marco metodológico.																								
FASE 3																								
Realización de la presentación, introducción, resumen y abstract. Entrega del borrador final.																								
FASE 4																								

Entrega final del Trabajo Fin de Grado.						
--	--	--	--	--	--	--

14. Bibliografía

- (1) IASP-Pain.org. International Association for the Study of Pain [Internet]. Washington DC: IASP-Pain.org; 1985- [acceso 10 de noviembre de 2019] Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/>.
- (2) Williams ACDC, Craig KD. Updating the definition of pain. *Pain* 2016; 157 (11): 2420-2423.
- (3) Low LA. The impact of pain upon cognition: What have rodent studies told us? *Pain* 2013; 154 (12): 2603-2605.
- (4) Khosravi P, Del Castillo A, Perez G. Manejo del dolor oncológico. *Medicina Interna* 2007; 24 (11): 554-7.
- (5) Russo MM, Sundaramurthi T. An Overview of Cancer Pain: Epidemiology and Pathophysiology. *Seminars in Oncology Nursing* 2019; 35(3):223-228.
- (6) Larramendi Balva J, Gutiérrez Zamora D, Futiel O`Farril N, Frías Tamayo JA, Peña Anglín M. Intensidad del dolor en pacientes con cáncer según etapas clínicas en el municipio de Manzanillo. *Medisan* 2013; 17(8):3023-3028.
- (7) Velly AM, Mohit S. Epidemiology of pain and relation to psychiatric disorders. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry* 2018; 87(Pt B):159-167.
- (8) Caraceni A, Shkodra M. Cancer Pain Assessment and Classification. *Cancers* 2019; 11(4):510.
- (9) Neufeld NJ, Elnahal SM, Alvarez RH. Cancer pain: a review of epidemiology, clinical quality and value impact. *Future Oncology* 2017; 13(9):833-841.
- (10) Bennett MI, Kaasa S, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede R. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic cancer-related pain. *Pain* 2019; 160(1):38-44.
- (11) Portenoy RK, Ebtessam A. Cancer Pain Syndromes. *Hematology/Oncology Clinics of North America* 2018; 32(3):371-386.
- (12) Scarborough BM, Smith C.B. Optimal pain management for patients with cancer in the modern era. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 2018;6 8(3):182-196.

- (13) Reyes Chiquete D, González Ortiz JC, Mohar Betancourt A, Meneses García A. Epidemiología del dolor por cáncer. Revista de la Sociedad Española del Dolor 2011; 18(2):118-134.
- (14) Portenoy RK. Cancer pain. Epidemiology and syndromes. Cancer 1989; 63(11):2298-2307.
- (15) Jain PN, Pai K, Chatterjee A.S. The Prevalence of Severe Pain, its Etiopathological Characteristics and Treatment Profile of Patients Referred to A Tertiary Cancer Care Pain Clinic. 2015; 21(2):148-151.
- (16) PubMed [Internet]. Bethesda: National Library of Medicine; 1966- [fecha de acceso 13 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/>. Artículos publicados ((2010-2020)) (Pain) AND (Oncology). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=%28%28pain%29+AND+%28oncology%29%29&filter=years.2010-2020&size=10>.
- (17) PubMed [Internet]. Bethesda: National Library of Medicine; 1966- [fecha de acceso 13 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>. Artículos publicados ((2010-2020)) ((Pain) AND (oncology)) AND (treatment). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=%28%28Pain%29+AND+%28oncology%29%29+AND+%28treatment%29&filter=years.2010-2020&size=10>.
- (18) Hawker GA, Mian S, Kendzerska T, French M. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). Arthritis Care & Research 2011; 63(S11): S240-S252.
- (19) Hjermstad MJ, Fayers P.M, Haugen DF, et al. Studies Comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for Assessment of Pain Intensity in Adults: A Systematic Literature Review. Journal of Pain and Symptom Management 2011; 41(6): 1073-1093.
- (20) Blackburn LM, Burns K, DiGiannantoni E, Meade K, O'Leary C, Stiles R. Pain Assessment: Use of the Defense and Veterans Pain Rating Scale in Patients With Cancer. Clinical journal of oncology nursing 2018; 22(6): 643-648.

- (21) Abahussin AA, West RM, Wong DC, Ziegler LE. PROMs for Pain in Adult Cancer Patients: A Systematic Review of Measurement Properties. *Pain Practice* 2019; 19(1): 93-117.
- (22) Mdanderson.org. MD Anderson Cancer Center [Internet]. Texas: mdanderson.org. [acceso 22 enero de 2020]. Disponible en: <https://www.mdanderson.org/patients-family.html>.
- (23) Wiffen P.J, Wee B, Derry S, Bell R.F, Moore R.A. Opioids for cancer pain - an overview of Cochrane reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017; 7(7): CD0122592.
- (24) Yoong J, Poon P. Principles of cancer pain management: 'An overview and focus on pharmacological and interventional strategies'. *Australian Journal of General Practice* 2018; 47(11): 758-762.
- (25) Tang S.K, Tse M.M.Y, Leung S.F, Fotis T. The effectiveness, suitability, and sustainability of non-pharmacological methods of managing pain in community-dwelling older adults: a systematic review. *BMC Public Health* 2019;19(1):1488.
- (26) Givler A, Maani-Fogelman P.A. The Importance Of Cultural Competence in Pain and Palliative Care. StatPearls Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020.
- (27) Leung NHL, Xu C, Ip DKM, Cowling BJ. Review Article: The fraction of influenza Virus Infections That are Asymptomatic: A Sistematic Review and Meta-analysis. *Epidemiology* 2015; 26(6): 862-872.
- (28) Patricia E. Maloy B.S.N, Megan O. Iacocca M.S, Benjamin J.M. Implementing Guidelines for Treating Chronic Pain with Prescription Opioids 2019; 119(11):22-29.
- (29) Bennett M, Paice J.A, Wallace M. Pain and Opioids in Cancer Care: Benefits, Risks, and Alternatives. American Society of Clinical Oncology educational book. American Society of Clinical Oncology. Annual Meeting 2017; 37(37): 705-713.
- (30) Curry N.M. Culture's Effects on Pain Assessment and Management. *The American Journal of Nursing* 2010; 110(4): 38-49.
- (31) Kim A.W, Kaiser B, Bosire E, Shahbazian K, Mendenhall E. Idioms of resilience among cancer patients in urban South Africa: An anthropological heuristic for the study of culture and resilience. *Transcultural Psychiatry* 2019; 56(4): 720-747.

- (32) Krupic F, Čustović S, Jašarević M, Šadić S, Fazlić M, Grbic K, et al. Ethnic differences in the perception of pain: a systematic review of qualitative and quantitative research. *Medicinski glasnik: official publication of the Medical Association of Zenica-Doboj Canton, Bosnia and Herzegovina* 2019; 16(1):108.
- (33) Rosa W.E. Transcultural Pain Management: Theory, Practice, and Nurse-Client Partnerships. *Pain Management Nursing* 2018; 19(1): 23-33.
- (34) Rahavard B.B, Candido K.D, Knezevic N.N. Different pain responses to chronic and acute pain in various ethnic/racial groups. *Pain Management* 2017; 7(5): 427-453.
- (35) Pieretti S, Di Giannuario A, Di Giovannandrea R, Marzoli F, Piccaro G, Minosi P, et al. Gender differences in pain and its relief. *Annali dell'Istituto superiore di sanita* 2016; 52(2): 184-189.
- (36) Chou P, Fang S, Sun J, Rau K, Lee B. Gender Difference in Cancer Patients' Adherence to Analgesics and Related Outcomes of Pain Management. *Cancer Nursing* 2018;41(6): E11-E18.
- (37) Rogers A.H, Manning K, Garey L, Smit T, Zvolensky M.J. Sex differences in the relationship between anxiety sensitivity and opioid misuse among adults with chronic pain. *Addictive Behaviors* 2020; 102:106-156.
- (38) Manterola C, Asenjo-Lobos C, Otzen T. Hierarchy of evidence: levels of evidence and grades of recommendation from current use. *Revista chilena de infectologia: organo oficial de la Sociedad Chilena de Infectologia* 2014; 31(6):705.
- (39) Landa-Ramírez E, Arredondo-Pantaleón J. Herramienta pico para la formulación y búsqueda de preguntas clínicamente relevantes en la psicooncología basada en la evidencia. *Psicooncología* 2014;11(2-3).

ANEXOS

15. Anexos

Anexo 1: terminología del dolor

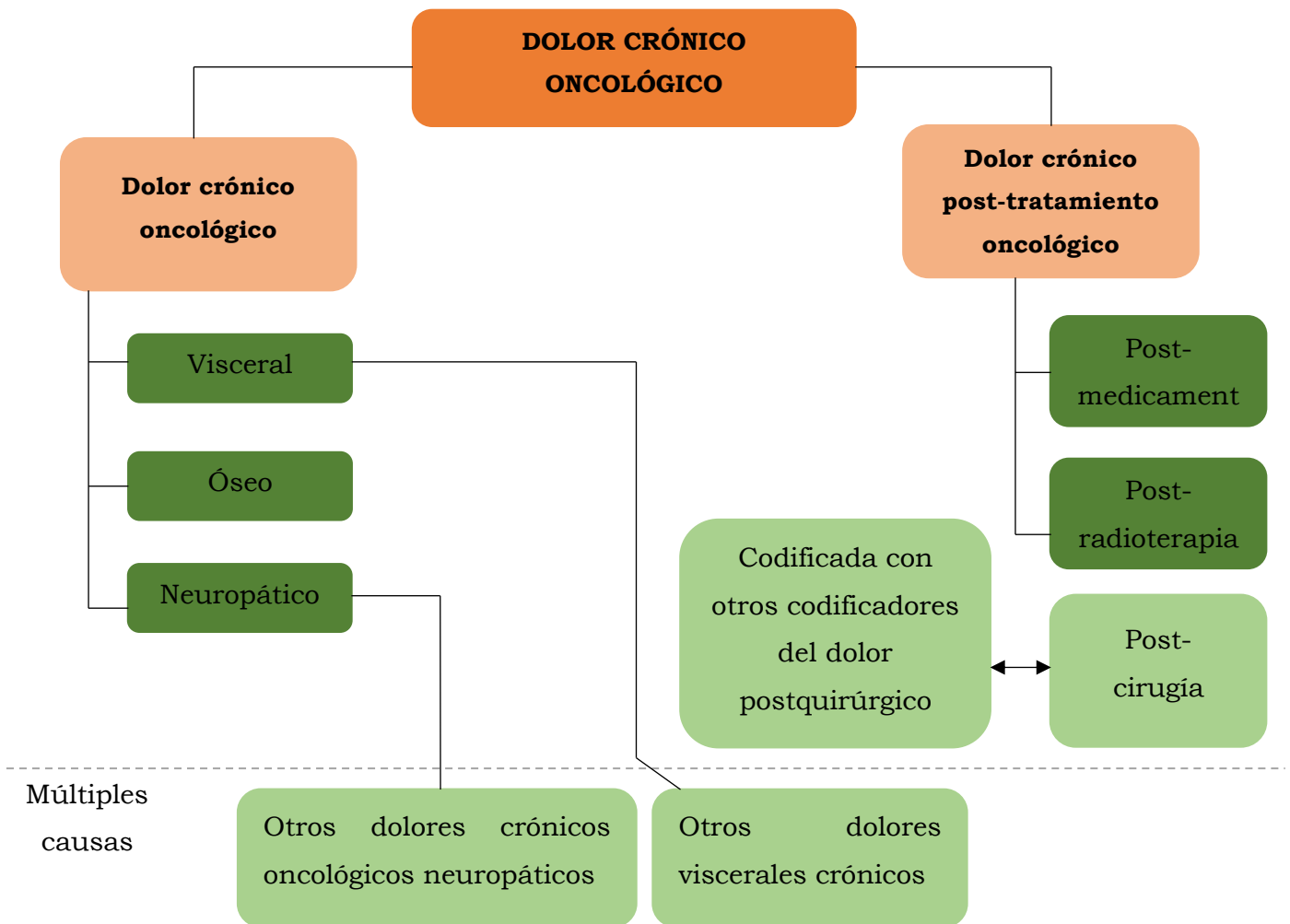
Dolor	Es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular real o potencial o descrito en términos de tal daño.
Nivel de tolerancia al dolor	Es la intensidad máxima de un estímulo productor de dolor que el sujeto está dispuesto a aceptar en cada situación.
Analgesia	Es la ausencia de dolor en respuesta a la estimulación que normalmente es dolorosa.
Hiperalgnesia	Es un incremento de la sensibilidad al dolor; los estímulos nocivos evocan un dolor significativamente más intenso de lo normal.
Nocicepción	Es el proceso neural de codificación de estímulos nocivos.
Alodinia	Es la generación de dolor por estímulos que no existían previamente.
Umbral del dolor	Es la intensidad mínima con la que se percibe un estímulo doloroso.
Dolor nociceptivo	Dolor que surge del daño real o amenazado a un tejido no neural, causado por la activación de los nociceptores.
Dolor neuropático	Dolor causado por una lesión o enfermedad del sistema nervioso somatosensorial.
Dolor somático	Dolor resultante del umbral de irritabilidad reducido en los nociceptores ubicados en estructuras superficiales.
Dolor visceral	Dolor resultante del umbral de irritabilidad reducido en los nociceptores de los órganos ubicados en las cavidades corporales.
Dolor agudo	Dolor que tiene un inicio rápido con una duración menor a 3-6 meses.
Dolor crónico	Dolor persistente que dura más de 3-6 meses.
Dolor irruptivo	Una exacerbación transitoria del dolor que ocurre en conjunto con un dolor de fondo bien controlado.

Dolor refractario

Dolor no aliviado por las intervenciones terapéuticas disponibles.

Tabla 1: terminología del dolor comúnmente usada. Elaboración propia basado en la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor -1985- (1).

Anexo 2: Clasificación del dolor crónico relacionado con el tumor



LEYENDA

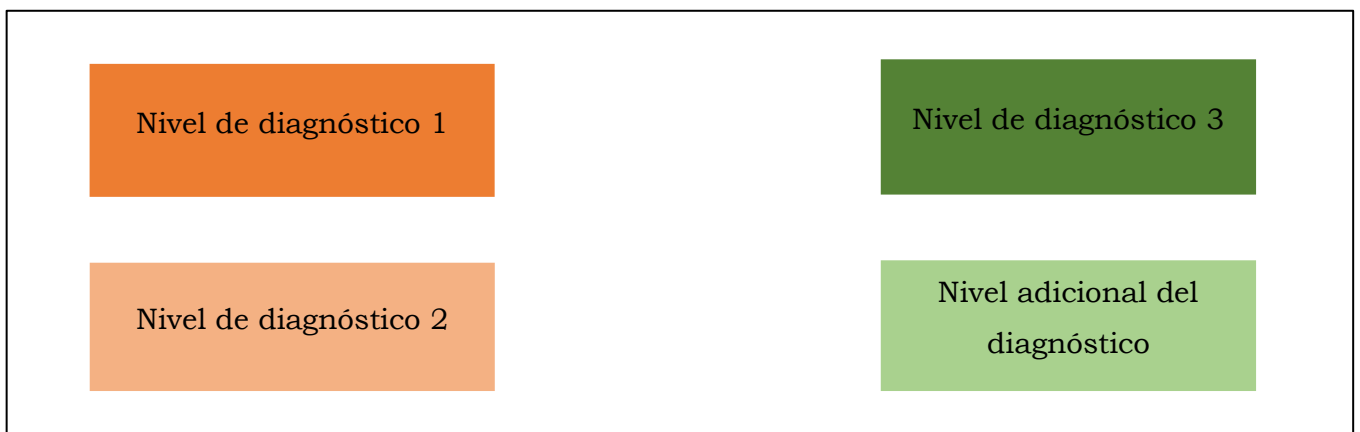


Figura 3: Clasificación del dolor crónico relacionado con el tumor. Elaboración propia basada en Michael I. Bennett, enero -2019- (10).

Anexo 3: Síndromes del dolor relacionados con el tumor.

Agudo	Crónico
<ul style="list-style-type: none">• Fractura patológica• Obstrucción o perforación de una víscera hueca• Hemorragia intratumoral• Obstrucción de la vena cava superior• Dolor debido a trombosis aguda	<ul style="list-style-type: none">• Síndromes vertebrales• Síndromes de dolor relacionados con pelvis y cadera• Neuralgias craneales dolorosas• Síndromes de dolor nociceptivo• Dolor óseo relacionado con el tumor• Dolor de tejidos blandos relacionado con el tumor• Síndromes de dolor neuropático• Plexopatías• Radiculopatías• Neuropatías sensorial paraneoplásica

Tabla 2: Síndromes del dolor relacionados con el propio tumor. Elaboración propia a partir de Russell K. Portenoy -2018- (11).

Anexo 4: síndromes del dolor relacionados con el tratamiento

Agudo	Crónico
<ul style="list-style-type: none">• Dolores de cabeza inducidos por la quimioterapia<ul style="list-style-type: none">• Dolor óseo difuso• Síndrome de Flare• Eritrodístesia palmar-plantar<ul style="list-style-type: none">• Mialgia y artralgia• Ardor perineal inducido por esteroides	<ul style="list-style-type: none">• Síndrome de dolor relacionados con la terapia hormonal• Síndromes de dolor relacionados con radiación• Síndromes de dolor relacionados con quimioterapia• Síndromes de dolor quirúrgico

Tabla 3: Síndromes del dolor relacionados con el tratamiento del cáncer. Elaboración propia basada en Russell K. Portenoy -2018- (11).

Anexo 5: artículos relacionados con el tratamiento del dolor oncológico

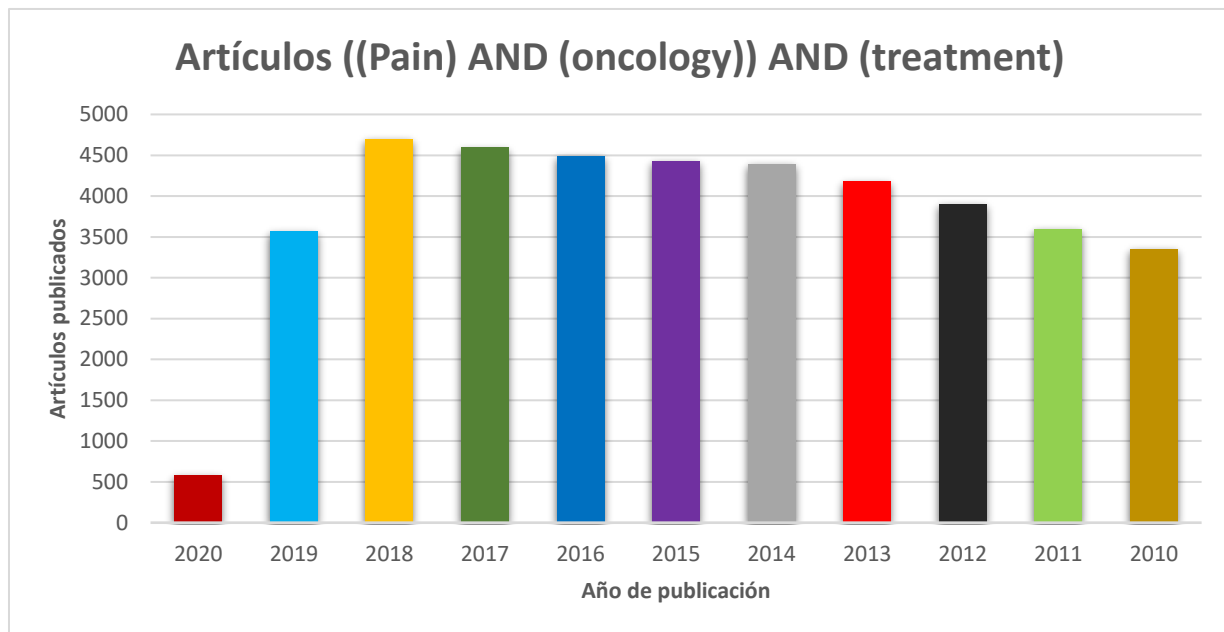


Figura 4: Número de artículos publicados en PubMed relacionados con el tratamiento del dolor en pacientes oncológicos en los últimos 10 años. Elaboración propia a partir de datos obtenidos en PubMed.gov -1966- (17)

Anexo 6: artículos relacionados con el dolor oncológico

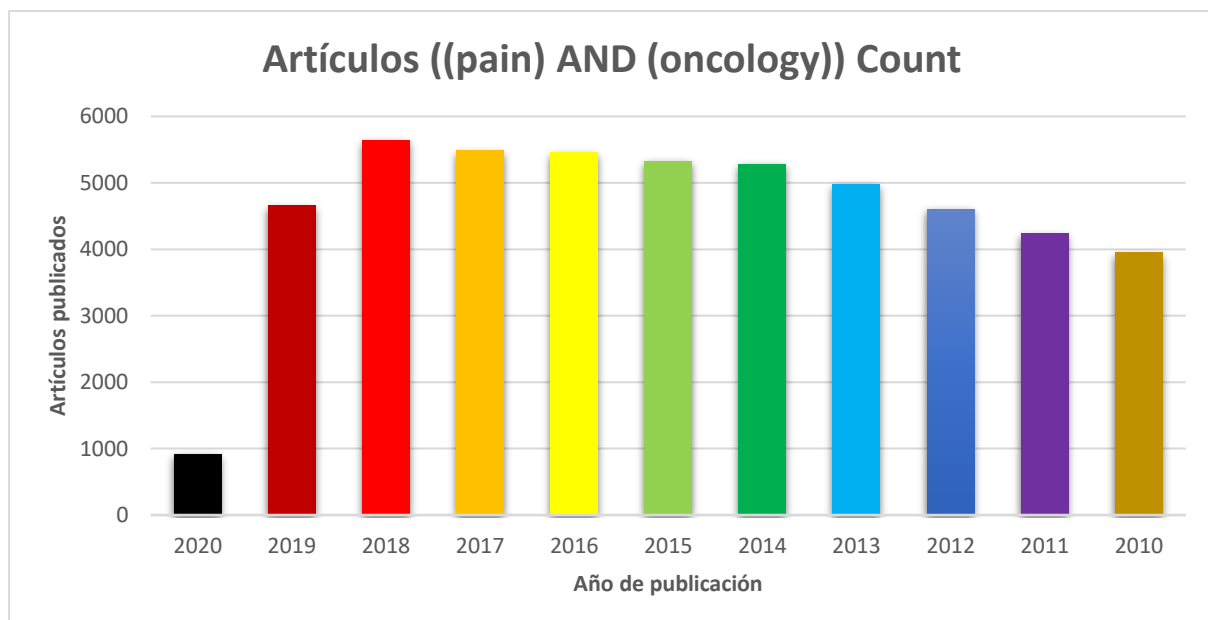


Figura 5: número de artículos publicados en PubMed relacionados con el dolor en pacientes oncológicos en los últimos 10 años. Elaboración propia a partir de datos obtenidos en PubMed.gov -1966- (16).

Anexo 7: Escala de Calificación de Dolor de Defensa y Veterano

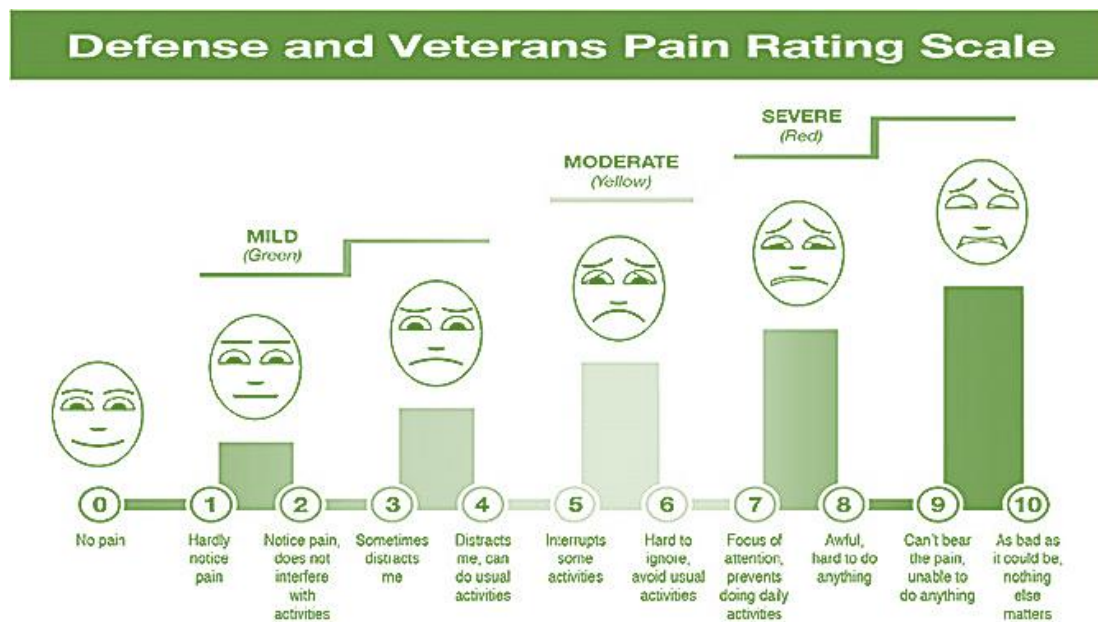


Figura 6: Escala de Calificación de Dolor de Defensa y Veterano (DVPRS). Tomado de Blackburn LM, diciembre -2018- (20).

Anexo 8: tratamiento del dolor oncológico en relación a sus efectos adversos

Severidad de los efectos adversos	Severo	Intervención urgente			
		Buen manejo de los efectos adversos. Reducir la dosis analgésica.	Intervención urgente		
	Moderado	Aumentar la dosis analgésica. Monitorización de los efectos adversos.			
	Leve	Mantenimiento del régimen actual	Intervención urgente		
Nulo					
		Nulo	Leve	Moderado	Severo
Intensidad del dolor					

Figura 7: tratamiento del dolor oncológico en relación a la severidad de sus efectos adversos. y la intensidad del dolor. Elaboración propia a partir de Wiffen PJ, julio -2017- (23).

Anexo 9: preguntas de autoevaluación cultural en enfermeras

<p>¿En tu infancia cómo reaccionaban la gente cercana cuando tenías dolor?</p> <p>¿Cómo pensaban que reaccionarías ante dolores menores?</p> <p>¿Cómo te animaron cuando tenías dolor severo?</p> <p>¿Cómo te animaron a comportarte durante una intervención?</p>	<p>¿Cómo reaccionaba la gente cercana cuando tenían dolor cuando eras un niño?</p> <p>¿Cómo describían el dolor?</p> <p>¿Cómo enfrentaron el dolor?</p> <p>¿Sigues su ejemplo?</p>	<p>Piensa una experiencia dolorosa:</p> <p>¿Cómo expresaste el dolor?</p> <p>¿Te causo miedo? ¿A qué?</p> <p>¿Cómo manejaste el dolor?</p> <p>¿Cómo querías que otros reaccionasen?</p>	<p>¿Te has sentido incómodo por la forma en la que ha reaccionado un paciente?</p> <p>¿Qué te preocupó de su actuación?</p> <p>¿Por qué te sentiste incómodo?</p>	<p>¿Tienes sentimientos hacia pacientes que...?</p> <p>se comportan de forma más estoica o expresiva a como lo harían en una situación normal cuando tienen dolor.</p> <p>piden medicamentos para el dolor de manera suficientemente frecuente o no.</p> <p>pertenece a otra cultura.</p>	<p>¿Sientes que ciertas reacciones al dolor son incorrectas o correctas?</p> <p>Expresiones/ verbalizaciones</p> <p>Descripciones</p> <p>Tratamientos</p>
--	--	---	---	---	---

Tabla 4: Preguntas de ayuda a las enfermeras para autoevaluar sus normas culturales sobre el dolor. Elaboración propia basada en Narayan MC, abril -2010- (30).

Anexo 10: preguntas abiertas de evaluación del dolor

- ¿Qué crees que causa tu dolor?
- ¿Cuándo comenzó el dolor? ¿Por qué piensas que comenzó en ese momento?
- ¿Qué es lo que más temes del dolor?
- ¿Qué problemas te ha causado el dolor?
- ¿Qué te ha ayudado a lidiar con el dolor?
- ¿A quién le has consultado sobre el dolor? ¿Miembros de la familia?
- ¿Qué tratamientos crees que puede ayudarte con tu dolor?
- ¿Quién te ayudó cuando tenías dolor? ¿Cómo?

Figura 8: Preguntas abiertas para evaluar el dolor. Elaboración propia a partir de Mary CN, abril -2010- (30).

Anexo 11: componentes del manejo del dolor transcultural

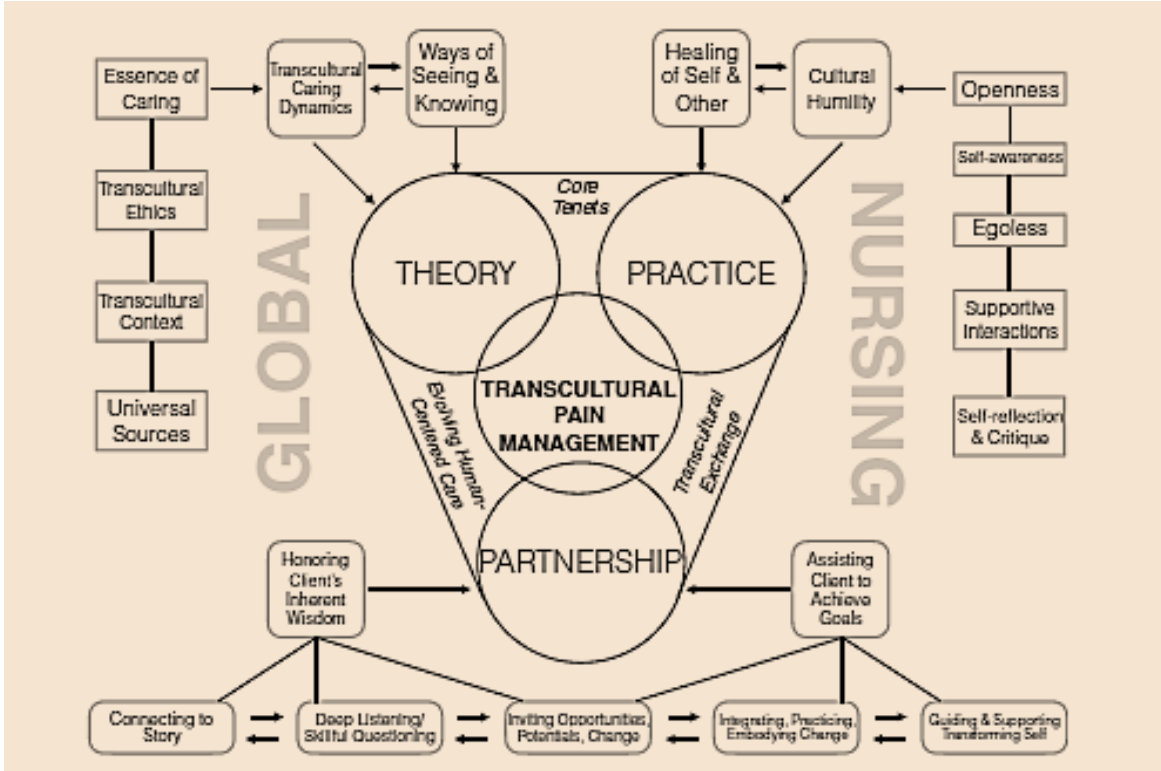


Figura 9: componentes del manejo del dolor transcultural. Tomado de Rosa WE, febrero - 2018- (33).

Anexo 12: diagrama de flujo

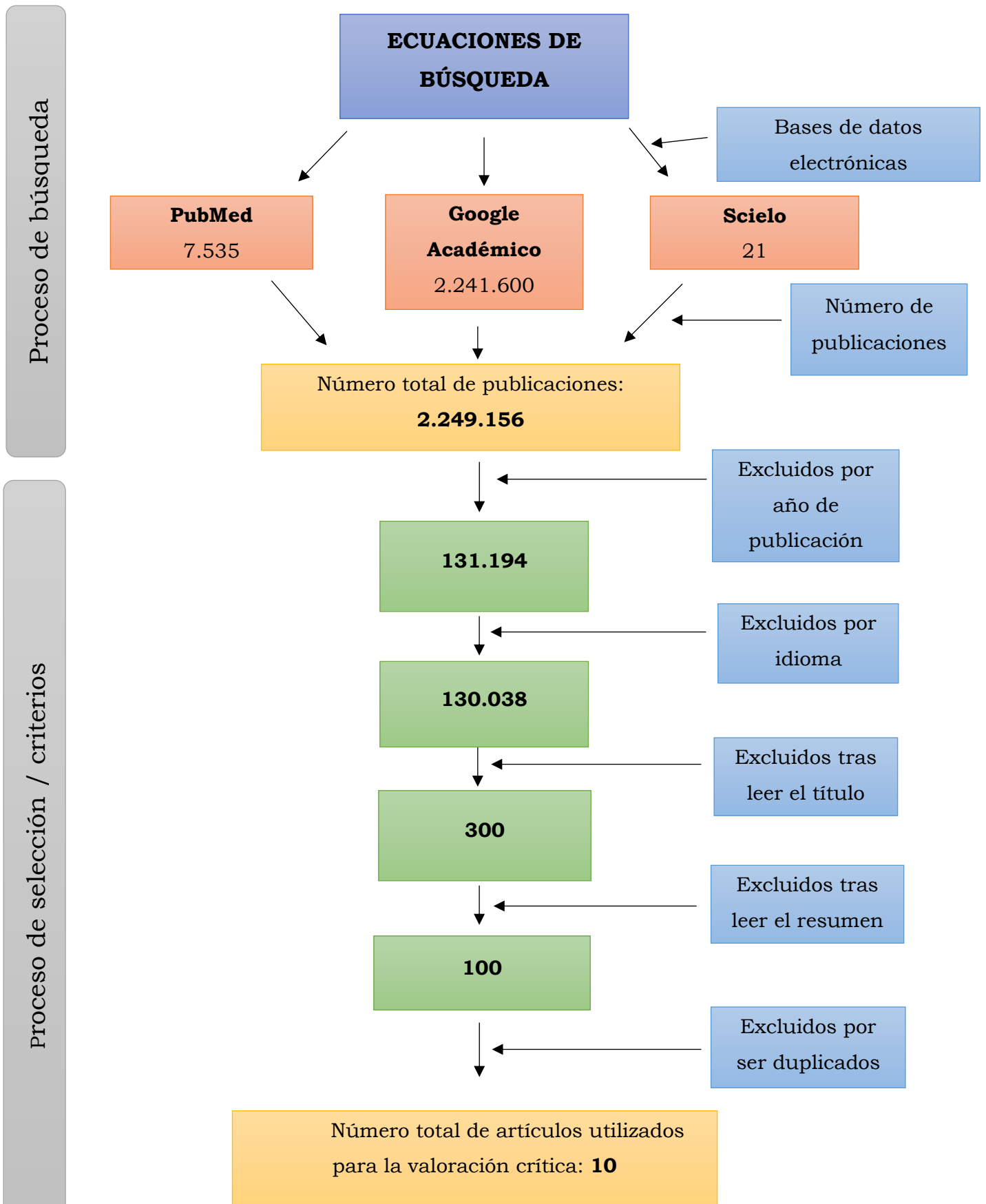


Figura 10. Proceso de búsqueda y selección de publicaciones. Elaboración propia.

Anexo 13: niveles de evidencia establecidos por la CEBM

Preguntas	Paso 1 (nivel 1*)	Paso 2 (nivel 2*)	Paso 3 (nivel 3*)	Paso 4 (nivel 4*)	Paso 5 (nivel 5*)
¿Qué tan común es el problema?	Encuestas locales y actuales aleatorias de la muestra	RS de encuestas que coincidan con las circunstancias a nivel social	Muestra local no aleatoria	Serie de casos	N/A
¿Es preciso el test de monitoreo o test diagnóstico? (Diagnóstico)	RS de estudios transversales con estándar de referencia aplicado de forma consistente y con enmascaramiento	Estudios individuales de corte transversal con estándar de referencia aplicado de forma consistente y con enmascaramiento	Estudios no consecutivos; sin un estándar de referencia aplicado de forma consistente	Estudios caso control o estándar de referencia pobre o no independiente	Mecanismos basados en el razonamiento
¿Qué pasaría si no se agrega una terapia? (Pronóstico)	RS de estudios de cohorte de inicio	Estudios de cohorte de inicio	Estudio de cohorte o el brazo control de un EC con AA*	Estudios de caso – control o estudios de cohorte pronóstica de pobre calidad	N/A
¿Esta intervención ayuda? (Beneficios del tratamiento)	RS de EC con AA o ensayos n-de-1	EC con AA o estudios observacionales con un efecto dramático	Estudio de cohorte, con seguimiento controlado sin AA*	Serie de casos, estudios caso – control o estudios históricos controlados	Mecanismos basados en el razonamiento
¿Cuáles son los daños comunes? (Efectos nocivos del tratamiento)	RS de EC con AA, RS de estudios de casos y controles anidados; ensayos n-de-1 con el paciente sobre el que está planteando la pregunta, o estudio observacional con un efecto dramático	EC individual con AA o (excepcionalmente) estudios observacionales con un efecto dramático	Estudio de cohorte, con seguimiento controlado (post-comercialización) con un número suficiente para descartar un daño común (para los daños a largo plazo, la duración del seguimiento debe ser suficiente)	Serie de casos, estudios de casos y controles, o estudios históricos controlados	Mecanismos basados en el razonamiento

¿Cuáles son los daños raros? (Efectos nocivos del tratamiento)	RS de EC con AA o ensayo n-de-1	EC con AA o (excepcionalmente) estudios observacionales con un efecto dramático	-	-	-
¿Vale la pena esta prueba para detección temprana? (Tamizaje)	RS de EC con AA	EC con AA	Estudios de cohortes con seguimiento controlado	Serie de casos, estudios de casos y controles o estudios históricos controlados	Mecanismos basados en el razonamiento
<p>*El NE se podrá clasificar hacia abajo en base a la calidad de estudio, de las imprecisiones, del carácter indirecto de la evidencia, debido a la inconsistencia entre los estudios, o porque el tamaño del efecto absoluto es muy pequeño, y el nivel se podrán clasificar hacia arriba si hay un tamaño de efecto grande o muy grande.</p> <p>AA: Asignación aleatoria. RS: revisión sistemática. EC: estudios de cohortes.</p>					

Figura 11: Niveles de evidencia establecidos por la CEBM (2011). Elaboración propia basada en Manterola C, Asenjo-Lobos C, Otzen T -2011- (38).

Anexo 14: hoja de extracción de datos

Título del estudio: _____

¿Dónde se obtuvo el estudio? (marcar con una X):

Base de datos electrónica ___ Libro ___

Revista ___ Otros ___

Si has marcado la casilla "otros" di cual:

Tipo de estudio: _____

Criterios de selección: (rodea la respuesta)

Pacientes:

- La población de estudio, ¿son personas con diferencias étnicas o culturales?

SI/NO

- ¿Se incluyen en el estudio a personas oncológicas en un estado terminal de la enfermedad o en sus últimos días?

SI/NO

- ¿Se incluyen a personas mayores de edad (>18 años)?

SI/NO

Intervención:

- ¿En el estudio se encuentran intervenciones o métodos estandarizados de evaluación del dolor validados?

SI/NO

Control:

- ¿En el estudio se comparan las intervenciones o métodos estandarizados con evaluaciones del dolor sin estandarizar o en proceso de validación?

SI/NO

Eventos:

- ¿Se incluye en el estudio alguna de las siguientes variables de resultado tanto individuales como combinadas? SI/NO
 - Validación de resultados
 - Resultados positivos en la utilización del método estandarizado
 - Resultados negativos en la utilización del método estandarizado
 - Comparación entre métodos estandarizados y no estandarizados

Diseño:

- ¿Se trata de un ensayo clínico aleatorizado? SI/NO

Acción:

- ¿Este estudio se considera incluido, excluido o dudoso?

Incluido ___

Excluido ___

Dudoso ___

Figura 12: hoja de extracción de datos de los resultados del estudio. Elaboración propia.