

**BARRERAS DEL PERSONAL DE SALUD QUE DIFICULTAN EL CONTROL  
DEL DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLOGICO**

**ELVIA URIBE MANRIQUE**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA  
BOGOTÀ D.C.  
2008**

**BARRERAS DEL PERSONAL DE SALUD QUE DIFICULTAN EL CONTROL  
DEL DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLOGICO**

**ELVIA URIBE MANRIQUE**

**Asesoras:**

**BELKIS ALEJO RIVEROS**

**Asesora Metodológica**

**Enfermera, Magíster EN Investigación y Docencia Universitaria**

**LUZ ESPERANZA AYALA C.**

**Asesora Temática**

**Enfermera, Especialista en Enfermería Oncológica**

**Magíster en Investigación y Docencia Universitaria**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA  
BOGOTÀ D.C.  
2008**

## **NOTA DE ADVERTENCIA**

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de grado. Solo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque los trabajos de grado no contengan ataques personales contra persona alguna, antes bien se vea en ellos el anhelo de buscar la verdad y la justicia”.

*Artículo 23 de la Resolución N° 13 de Julio de 1946.*

**Nota de Aceptación**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Firma del Presidente Del Jurado**

---

**Firma del jurado**

---

**Firma del jurado**

**Bogotá D. C. Noviembre 18 de 2008.**

## CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN .....	13
1. JUSTIFICACIÓN.....	14
2. PROPÓSITOS .....	16
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
4. OBJETIVOS.....	18
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	18
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
5. MARCO TEÓRICO .....	19
5.1 EL DOLOR POR CÁNCER.....	19
5.2 ETIOLOGÍA E INCIDENCIA DE DOLOR POR CÁNCER.....	21
5.3 EVALUACIÓN DEL DOLOR EN CANCER.....	23
5.3.1 Intensidad, Frecuencia, Localización, Factores que lo Agravan y lo Alivian .	23
5.3.2 Escala Numérica.....	23
5.3.3 Escala Visual Pediátrica.....	24
5.3.4 Escala de Barthel.....	24
5.4 TRATAMIENTO PARA EL CONTROL DEL DOLOR POR CÁNCER.....	25
5.5 ESCALERA ANALGÉSICA DE LA OMS.....	27
5.6 BARRERAS PARA EL CONTROL DEL DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO.....	28
5.6.1 Falta de Conocimiento de los Profesionales de Salud.....	28
5.7 ESTRATEGIAS PARA EL CONTROL DEL DOLOR POR CANCER:.....	30
6. DESARROLLO METODOLÓGICO.....	33
6.1 BÚSQUEDA DE DOCUMENTOS.....	33
6.2 PALABRAS CLAVES.....	33
6.3 SELECCIÓN DE DOCUMENTOS.....	33
6.4 ANÁLISIS DE DOCUMENTOS.....	33

7. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	36
7.1 BARRERAS DEL PERSONAL DE SALUD, PARA EL CONTROL DEL DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO.....	36
7.2 OTRO TIPO DE BARRERAS DEL PERSONAL DE SALUD PARA EL CONTROL DEL DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO.....	38
7.3 ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN PARA ELIMINAR LAS BARRERAS DEL PERSONAL DE SALUD QUE IMPIDEN EL CONTROL DEL DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO.....	39
8. CONCLUSIONES .....	42
9. BIBLIOGRAFÍA.....	43
ANEXOS	

## LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Escalas para evaluación del Dolor.....	23
Figura 2. Escala Visual Análoga – EVA – para pacientes Pediátricos.....	24

## LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Síndromes dolorosos en los pacientes con cáncer.....	22
Tabla 2. Vías de administración de analgésicos.....	26
Tabla 3. Escala Analgésica de la Organización Mundial de la Salud.....	28
Tabla 4. Documentos Seleccionados.....	35
Tabla 5. Barreras del personal de salud, para el control del dolor en el paciente oncológico:.....	37
Tabla 6. Otro Tipo De Barreras Del Personal De Salud Para El Control Del Dolor en el Paciente Oncológico. ....	38
Tabla 7. Alternativas De Solución Para Eliminar Las Barreras Del Personal de Salud que Impiden el Control del Dolor en el Paciente Oncológico. ....	40



## **LISTA DE ANEXOS**

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL ARTÍCULO: # 1.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL ARTÍCULO: # 2

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL ARTÍCULO: # 3

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL ARTÍCULO: # 4

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL ARTÍCULO: # 5.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL ARTÍCULO: # 6

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL ARTÍCULO: # 7

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL ARTÍCULO: # 8

## INTRODUCCIÓN

El dolor es un problema que involucra a los pacientes con cáncer y su calidad de vida, esto se debe a que el paciente ya no cuenta con autonomía física, no toma decisiones de manera lógica y coherente y no se puede valer por si mismo. Es por esto que toma fuerza la idea de tener en cuenta la percepción del paciente y sus deseos y motivaciones en el proceso de toma de decisiones en salud, así como en la evaluación de la calidad de la asistencia en salud.<sup>1</sup>

Los alcances y limitaciones a la hora de decidir que hacer con el paciente y de lo que mas le conviene al mismo, depende en gran medida de los conocimientos técnico científicos y humanísticos del personal de salud y en especial del profesional de enfermería, por ser el agente que tiene mayor contacto con el paciente y la familia, ofreciéndoles orientación y apoyo permanente para la aceptación y adaptación al nuevo tratamiento de control del dolor en el paciente oncológico.

El presente documento nos presenta una revisión documental que lleva a entender las barreras que dificultan o interfieren en el profesional de salud para el control del dolor en el paciente oncológico. Comienza con una revisión teórica que habla acerca del dolor e incidencia en el paciente, al igual enseña como evaluar el dolor causado por el cáncer y su tratamiento farmacológico y a su vez aporta estrategias de cómo controlar el mismo, posteriormente se encuentran los artículos soportes de la investigación así como su análisis y las fichas descriptivas de cada uno.

Finalmente para el profesional de la salud se convierte en una herramienta para el entendimiento de las barreras que se generan en el control del dolor en los pacientes oncológicos, se presentan por ejemplo la falta de conocimiento como barrera, donde se puede apreciar a través de los artículos revisados que los profesionales de la salud presentan dificultades para evaluar, valorar y tratar adecuadamente el dolor, otra de las barreras hace referencia a los mitos generados por el concepto acerca de la dependencia de los opioides por medio de los pacientes.

Para finalizar se encuentra las alternativas de solución de las diferentes barreras que dificultan o interfieren el manejo del dolor en el paciente oncológico.

---

<sup>1</sup> SCHWARTZMANN, Laura. Health – related quality of life: Conceptual aspects Cienc, enferm. Vol 9, n2 Dic 2003

## 1. JUSTIFICACIÓN

Cerca del 60% de los pacientes que padecen un cáncer experimentan dolor moderado o intenso durante su enfermedad y esto constituye el principal temor manifestado por ellos y por sus familiares, siendo de especial importancia el tratamiento para evitar que esto se de, logrando de este modo mejorar la calidad de vida del paciente, sin importar que se encuentre en fase terminal o no.

Si bien el número total de pacientes con dolor por cáncer o síndromes relacionados constituye menos del 5% del dolor agudo o crónico, el dolor canceroso tiene un significado muy especial para los pacientes y sus familias. Lo anterior subraya la importancia de los aspectos psicológicos y sociales, los que deben ser tomados siempre en cuenta en la evaluación inicial y durante el tratamiento de estos pacientes<sup>2</sup>. En otras palabras, el profesional de la salud debe centrar sus esfuerzos en reconocer el tipo de dolor sufrido por el paciente, las limitaciones que se pueden presentar en el tratamiento y las repercusiones que tiene en su entorno y a nivel familiar el ver que este no está siendo atendido de manera adecuada y pertinente para evitar que se repita o agudice la sintomatología.

Existen factores que no ayudan a que el paciente con cáncer tenga un buen control del dolor, los relacionados en el desarrollo de las soluciones de las barreras que se presentan en el control del dolor oncológico, remiten hacia los parámetros de la praxis y de la serie de recomendaciones que tienen los profesionales en la toma de decisiones respecto a la evaluación y la terapéutica del dolor de acuerdo a los recursos, las necesidades, y el grado de complejidad, y del mismo modo las barreras que desarrollan los pacientes en el cumplimiento de los tratamientos y de las alternativas para dar un completo bienestar en el control del dolor.

A nivel académico cobra validez la presente revisión en el hecho de aportar alternativas de solución para las barreras que se le presentan al profesional de la salud en el control del dolor en el paciente oncológico y que a su vez pueden convertirse en herramientas de control y análisis de los casos en que se presenten pacientes con dolor causado por cáncer. Es también importante resaltar el papel fundamental que juegan las instituciones de educación superior en el hecho de impartir conocimientos, como pilar para el desarrollo de profesionales íntegros y capacitados para aportar en el crecimiento del sector salud a nivel local, regional y nacional.

Colombia está cada vez más interesada en trabajar en pro de mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer, ya que es una problemática social que ha

---

<sup>2</sup> GUERRERO LIRA, Mario. Dolor en Cáncer., Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile 1994; 23: 184-186

venido creciendo con los años se registraron un total de 189.022 defunciones, de las cuales 32.565 fueron por tumores que corresponden a 17,2% del total de muertes y a una tasa de 78,5/100.000 habitantes,<sup>3</sup> se ha convertido en una causa de muerte bastante significativa, es por todo esto que el presente estudio se convierte en una base para el análisis y la discusión de cómo se está afrontando el profesional de la salud en el tratamiento del dolor, así como de la necesidad de capacitar de manera adecuada y profunda a los estudiantes, ya que estos serán los encargados de tomar las decisiones de cómo tratar a los pacientes con dolor por cáncer y son estos los encargados de depositar las esperanzas por erradicar el problema del dolor por cáncer en Colombia.

---

<sup>3</sup> OCHOA Francisco Luis, Carga de Cáncer en Colombia. Rev, Col, Cancerol 2007. Vol 11, 168 - 173.

## **2. PROPÓSITOS**

- Conocer las diferentes barreras del personal de la salud, y como especialistas en oncología poder realizar diferentes intervenciones que ayuden a controlar el dolor en los pacientes oncológicos en sus diferentes etapas de la enfermedad y tratamientos.
- Motivar al personal de enfermería a continuar con la labor educativa, diseñando e implementado programas que estimulen en el paciente el control del dolor con la adecuada orientación de los profesionales de la salud.

### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El dolor es un padecimiento en el paciente con cáncer. Debido a la complejidad que representa su control, por las diferentes barreras que existen en el personal de salud, la familia, los sistemas de salud; por lo cual es importante conocer las barreras que interfieren o dificultan en el profesional de salud para poder encontrar soluciones que ayude al control del dolor en el paciente con cáncer.

En los últimos años el tratamiento del dolor en el paciente oncológico forma parte integral e importante de la práctica de los profesionales de la salud, ya que es considerado como un quinto signo vital, el cual se debe saber evaluar y tratar en forma adecuada, lo cual nos revelan los estudios analizados que existen barreras académicas al igual otro tipo de barreras, todos relacionados con el profesional de la salud, pero que al igual muestran alternativas de solución que se pueden poner en practica.

Teniendo en cuenta la complejidad del paciente con cáncer en los diferentes tratamientos como: Quimioterapia, radioterapia, cirugía, y la revisión de algunos trabajos de investigación sobre la participación del profesional de salud en el tratamiento surgió la pregunta de investigación

**¿CUÁLES SON LAS BARRERAS DEL PERSONAL DE SALUD QUE DIFICULTAN O INTERFIEREN EN EL CONTROL DEL DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO Y LAS POSIBLES SOLUCIONES?**

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL.**

Determinar las principales barreras del personal de salud para el control del dolor en el paciente oncológico.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Identificar las barreras relacionadas con la formación académica del personal de salud, para el control del dolor en el paciente oncológico.
- Describir otro tipo de barreras diferentes a la formación académica del personal de salud para el control del dolor en el paciente oncológico
- Describir alternativas de solución para eliminar las barreras del personal de salud que impiden el control del dolor en el paciente oncológico.

## 5. MARCO TEÓRICO

El dolor en el enfermo con cáncer es uno de los síntomas prevalentes y graves, la experiencia dolorosa es tan importante que influye en las actividades de la vida del enfermo, al igual es un problema que involucra al paciente, familia, médicos, enfermeros, dado que en alguna medida todos lo “sufren” si no es tratado correctamente, por parte del personal de salud, y que para poder tratarlo correctamente se deben conocer las barreras que se presentan en el profesional de salud para que este no pueda ser controlado.

### 5.1 EL DOLOR POR CÁNCER.

El dolor producido en el paciente oncológico constituye una verdadera urgencia que debe tratarse de inmediato y en el que están representados todos los tipos de dolor posibles. Puede ser un dolor continuo o constante, este puede agudizarse más cuando hay expansión del proceso tumoral. El dolor puede estar causado por múltiples mecanismos: relacionado con el propio tumor y sus metástasis, o con los tratamientos efectuados.

El dolor del cáncer estará además agravado por una serie de factores como: insomnio, fatiga, anorexia, miedo a la muerte, rabia, tristeza, depresión, aislamiento, signos que se presentan durante toda la evolución de la enfermedad, por ende, es acá donde se deben realizar unas buenas intervenciones y actividades para que el paciente con cáncer pueda tener control del dolor.

Entre los síndromes dolorosos más frecuentes en pacientes oncológicos están:

- Dolor por invasión ósea (como lesión primitiva o metastásica).
- Dolor neuropático (por compresión nerviosa).
- Dolor visceral.

El dolor en el paciente oncológico se clasifica según:

a. **Clasificación según la expectativa de vida**, donde existen básicamente dos tipos de dolor:

- El maligno: Es el producido a consecuencia del cáncer.
- El benigno: Es mal denominado, ya que no puede considerarse como tal a ningún tipo de dolor y que estaría representado por aquellos procesos que no comprometen la supervivencia del individuo.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. Guía Clínica Alivio del dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos. Primera Edición. Santiago de Chile: Minsalud. 2005.



- b. **Clasificación según la región afectada.** Según el Subcomité de Taxonomía de la IASP<sup>5</sup> (Asociación del estudio del dolor) se pueden distinguir los siguientes:
- Dolor de cabeza, cara y boca.
  - Dolor de la región cervical.
  - Dolor de la parte superior de la espalda y miembros superiores.
  - Dolor de la región torácica.
  - Dolor abdominal.
  - Dolor bajo de espalda, columna lumbar, sacro y cóccigeo.
  - Dolor de miembros inferiores.
  - Dolor pélvico.
  - Dolor anal, perianal y genital.
  - Dolor que afecta a más de tres regiones.
- c. **Clasificación según las características temporales del dolor:** Se puede Clasificar en episodios simples, dolor continuo, dolor recurrente o dolor paroxístico, agudo y Crónico, según su mecanismo fisiológico en somático, visceral o neuropático.<sup>6</sup> Desde el punto de vista de la práctica se utiliza con mayor frecuencia por las grandes diferencias que existen entre uno y otro, en cuanto a la modulación central del dolor, la repercusión sobre el individuo y el enfoque en el tratamiento.
- Dolor incidental: Es aquél que aparece al hacer un movimiento, generalmente debido a factores mecánicos (como una fractura por metástasis).
  - Dolor agudo: Es la señal de alarma del organismo agredido y una vez ha cumplido su misión se transforma en algo inútil y destructivo. Este tipo de dolor produce una serie de efectos indeseables, como consecuencia de la llegada del estímulo doloroso a distintos niveles del SNC. Su duración es corta, bien localizado, se acompaña de ansiedad y de signos físicos como (taquicardia, hipertensión, taquipnea, vómitos, sudoración, palidez, entre otros).
  - Dolor crónico benigno: Se define como el dolor que dura más de 3 a 6 meses, aún habiéndose realizado los tratamientos adecuados. Cuando el dolor crónico no está asociado con el cáncer se denomina Dolor Crónico Benigno. Se asocia con cambios de la personalidad y depresión (tristeza, pérdida de peso, insomnio, desesperanza). En la mayoría de los casos se requiere de un tratamiento multidisciplinar.<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> IASP: «Subcommittee on Taxonomy. Pain terms: a list with definitions and notes on usage», Ram, 1979, 6: 249-252.

<sup>6</sup> Op. cit. GUERRERO LIRA, Mario.

<sup>7</sup> Op. cit. GUERRERO LIRA, Mario.

- Dolor somático: Es un dolor que procede de estímulos somáticos superficiales o profundos que resulta de activación de nociceptores y es transmitido por los nervios somáticos.<sup>8</sup>
- Dolor visceral: Es un dolor sordo, difuso y mal localizado, cuyo punto de partida son las vísceras huecas o parenquimatosas. Generalmente, es referido a un área de la superficie corporal, siendo acompañado frecuentemente por una intensa respuesta refleja motora y autonómica. A nivel visceral, los estímulos que producen dolor son: espasmo del músculo liso (vísceras huecas), distensión, isquemia, inflamación, estímulos químicos y tracción, compresión o estiramientos de los mesos.<sup>9</sup>

## 5.2 ETIOLOGÍA E INCIDENCIA DE DOLOR POR CÁNCER.

La incidencia del dolor por cáncer es variable, y se modifica por factores tan diversos como el tipo de cáncer, su situación anatómica, su estadio, el tratamiento, si el paciente esta hospitalizado o si es domiciliario, la disposición de fármacos, de opioides etc. Diversos estudios informan cifras diferentes, como lo muestran Twycroos, y Bonica. Twycroos<sup>10</sup> encontró que el cáncer fue la causa de dolor en el 63%, dolor muscular en el 13%, osteoartritis y espondilitis en 8%, constipación en 4% y dolor crónico postquirúrgico en un 3%. Bonica<sup>11</sup> refiere que varios autores mencionan una incidencia entre 60 -87% según la etapa de la enfermedad, según el tipo tisular el dolor incide en 85% en tumores óseos y del cérvix, estómago 70 a 75%, pulmón 50 a 70%, genitales femeninos y páncreas 70%, genitales masculinos 60 a 75%, mama 55 a 68%, intestino 58%, riñón 55%, colon y recto 50 a 60% y leucemia 5%.

Es correcto pensar que la mayoría de los dolores de estos enfermos están relacionados al tumor, sus metástasis o tratamientos. Los mecanismos más frecuentes son por invasión a los tejidos blandos, a las vísceras, al hueso, por compresión o destrucción nerviosa, y finalmente por incremento en la presión intracraneana<sup>12</sup> Para comprender la complejidad de la etiología del dolor en cáncer, vale la pena tener en cuenta la guía propuesta por Foley.<sup>13</sup>

<sup>8</sup> BONICA J. J. Definitions and Taxonomy of pain. en BONICA, J.J. The management of pain. Second edition. Philadelphia: Lea & Febiger.1990: 18-27.

<sup>9</sup> BRENNAN, F.; COUSINS, M. J.. El Alivio del Dolor como un Derecho Humano. Rev. Soc. Esp 2005. 12, 17 -23.

<sup>10</sup> TWYCROOS, R. G.; FAIRFIEL, S. Pain in Fard Advanced Cancer. Pain 14:303 – 303 1982.

<sup>11</sup> BÓNICA, J. The Management of Pain NY. Lea & Febiger. 1994.

<sup>12</sup> WHIZA, Víctor M. Conceptos Actuales en Dolor por Cáncer. Art. Vol. 17 2005.

<sup>13</sup> Ibid.

**Tabla 1. Síndromes dolorosos en los pacientes con cáncer.**

<p><b>1. Dolor asociado a compromiso tumoral directo</b></p> <p>a. Infiltración ósea.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Metástasis en base de cráneo <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foramen yugular.</li> <li>• Clivus</li> <li>• Senos esfenoidales.</li> </ul> </li> <li>2. Metástasis en cuerpos vertebrales. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Subluxación de atlas.</li> <li>• Metástasis.</li> <li>• Metástasis lumbares.</li> <li>• Metástasis sacras.</li> </ul> </li> </ol> <p>b. Infiltración</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neuropatía periférica</li> <li>• Plexopatía braquial, lumbar o sacra</li> <li>• Carcinomatosis meníngea</li> <li>• Compresión neuroaxial.</li> </ul> <p>c. Infiltración de vísceras huecas</p> <p>d. Obstrucción o invasión vascular</p> <p>e. Ulceración o involucro de mucosas.</p>	<p><b>2. Dolor asociado con tratamiento antineoplásico.</b></p> <p>a. Post cirugía.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor agudo pos operatorio</li> <li>• Dolor crónico pos quirúrgico</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Post toracotomía</li> <li>2. Post mastectomía</li> <li>3. Post radical del cuello</li> <li>4. Post amputación.</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Post quimioterapia</li> <li>• Neuropatía periférica</li> <li>• Pseudo reumatismo esteroideo</li> <li>• Necrosis ósea aséptica</li> <li>• Pos radioterapia</li> <li>• Fibrosis de plexos</li> <li>• Mielopatía</li> <li>• Tumores de nervios periféricos inducidos por la radiación</li> </ul> <p>b. Relacionado a procedimientos diagnósticos</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aspiración medular</li> <li>2. Punción lumbar</li> <li>3. Punción venosa</li> </ol>
<p><b>3. Dolor no relacionado al cáncer ni a su tratamiento</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Neuropatía diabética</li> <li>b. Canal espinal estrecho</li> <li>c. Herpes agudo, neuralgia pos herpética</li> <li>d. Osteoartritis.</li> </ol>	<p><b>4. Dolor o debilidad asociado.</b></p> <p><b>5. Dolor asociado a síndromes paraneoplásicos.</b></p>

Fuente: Tomada de Foley Michael Francis "Conceptos Actuales en Dolor por Cáncer". Art. Vol. 17. 2005.

Foley enumera una serie de síndromes dolorosos en los pacientes con cáncer que precipitan las causas del dolor, las cuales se pueden congregarse en cinco grupos:

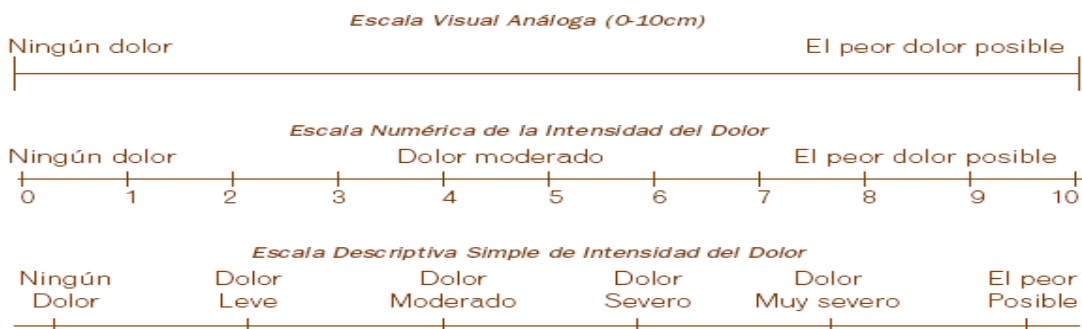
- a. Derivado del tumor.
- b. Secundario a la terapia antineoplásica.
- c. Producido por una patología concomitante.
- d. Inducido por el estado caquético.
- e. Asociado a síndromes antineoplásicos.

### 5.3 EVALUACIÓN DEL DOLOR EN CANCER.

**5.3.1 Intensidad, Frecuencia, Localización, Factores que lo Agravan y lo Alivian.** El cáncer es una enfermedad evolutiva, y el dolor oncológico es una entidad multifactorial que suele involucrar varios sistemas, en especial cuando es secundario a neoplasias avanzadas, la evaluación de estos pacientes, exige de los profesionales en salud un alto conocimiento, tanto en oncología como en algo logía, para poder realizar una buena evaluación del dolor debe realizar una descripción acerca de: su localización, intensidad, severidad y factores que lo agravan.<sup>14</sup> La medición del dolor más útil, es la expresión subjetiva de los enfermos mediante el uso de alguna de las múltiples escalas para validar la intensidad dolorosa y establecer los avances en el control analgésico; las escalas son las herramientas más prácticas y sencillas para la autoevaluación por parte del paciente. Según Bruera<sup>15</sup> entre las escalas más utilizadas se pueden mencionar las numéricas, la escala visual análoga, la descriptiva simple de intensidad, la escala visual pediátrica y la de Barthel.

**5.3.2 Escala Numérica.** Consiste en una línea o regla, horizontal o vertical, de 10cm de longitud, donde el cero representa ausencia del dolor y 10 significa el dolor más intenso que se pueda imaginar (Figura 1)

**Figura 1. Escalas para evaluación del Dolor.**



Fuente: Medicina Paliativa en la cultura latina. España. Gómez Sancho M. (1999)

Las escalas visuales analógicas, además de medir el grado del dolor, se pueden emplear para medir variables subjetivas, tales como: náuseas, alivio del dolor, satisfacción del paciente; estas tienden a ser menos usadas, porque propician que

<sup>14</sup> SILVA, J. H. Manejo Integral del Dolor por Cáncer. En: Bistre S. & Araujo M. Dolor: síntoma, síndrome y padecimiento. México. Azerta Comunicación Creativa 2003: 153-158•

<sup>15</sup> PEREIRA, J; BRUERA, E. The Edmonton Aid Palliative Care. Edmonton. 1997

los pacientes sobrevaloren su dolor a través del lenguaje verbal, según se ha comprobado. Las escalas numéricas tienen la ventaja de que las personas están familiarizadas con el concepto de una creciente estimulación y está relacionada con el aumento de la escala numérica.<sup>16</sup>

**5.3.3 Escala Visual Pediátrica.** Existen escalas especiales para los niños, que utilizan expresiones faciales, donde la sonrisa significa no dolor y la tristeza representa dolor intenso (Figura 2)

**Figura 2. Escala Visual Análoga – EVA – para pacientes Pediátricos.**



Fuente: QUILES, M<sup>a</sup>. J. Instrumentos de Evaluación del Dolor en Pacientes Pediátricos. Rev. Soc. Esp. Dolor 11: 360-369, 2004.

Se han descrito escalas para pacientes con limitaciones intelectuales que intentan facilitar la medición de la intensidad del dolor, como la escala frutal análoga ideada por Olivares Durán, la cual compara frutas de diversos tamaños, desde la pequeñas hasta frutas grandes que tratan de establecer un símil numérico que ha resultado útil en los pacientes analfabetas.

**5.3.4 Escala de Barthel.** Evalúa la situación funcional de la persona mediante una escala que mide las Actividades básicas de la vida diaria (AVD). Es la más utilizada internacionalmente y es uno de los mejores instrumentos para monitorizar la dependencia funcional de las personas. Evalúa 10 tipos de actividades y clasifica cinco grupos de dependencia. Su utilización es fácil, rápida y es la más ágil para utilizarla estadísticamente.<sup>17</sup>

Los objetivos de la escala de Barthel son:

- Evaluar la capacidad funcional
- Detectar el grado de deterioro
- Monitorizar objetivamente la evolución clínica

<sup>16</sup> Ibid.

<sup>17</sup> ESCALAS DE VALORACIÓN. Disponible en Internet en: [http://www.accrauhd.com/doc\\_escalas.html](http://www.accrauhd.com/doc_escalas.html). Enero 2004.

- Diseñar planes de cuidados y de rehabilitación de forma interdisciplinar

#### **5.4 TRATAMIENTO PARA EL CONTROL DEL DOLOR POR CÁNCER.**

El control del dolor se le debe dar prioridad por varias razones: El dolor no tratado causa sufrimiento innecesario, dado que disminuye la actividad, el apetito y el sueño, puede debilitar aún más el estado general del paciente.

El plan analgésico ideal no se limita a disminuir en forma temporal el dolor, sino a evitarlo de una manera efectiva, para evitar la experiencia desagradable del dolor, proporcionando un nivel de conciencia adecuada. El abordaje de los medicamentos se establece por etapas, ligado al tipo de dolor, a su intensidad y frecuencia, sin olvidar otros factores inducidos por el dolor o su control, y por la enfermedad oncológica como son la depresión, náuseas, vomito, constipación, retención urinaria. La situación de enfermedad terminal, supone un verdadero reto para el personal de salud, por la dificultad en el control de una situación compleja, en la que la necesidad de controlar los síntomas no debe perjudicar la correcta valoración diagnóstica y el adecuado tratamiento del dolor, aún de no ser el único síntoma, es el que más angustia al paciente y a la familia, y por ello, es prioritario abordarlo de una forma eficaz y precoz.

El objetivo fundamental como enfermeras oncólogas en el tratamiento analgésico es aliviar el dolor en reposo y durante el movimiento con la menor cantidad posible de efectos colaterales, mantener al enfermo lúcido y consciente durante el día y aumentar la calidad y la cantidad de las horas de sueño durante la noche, para mejorar su calidad de vida.

Siempre es necesario tener en mente que el dolor total que padecen los pacientes con cáncer no sólo se origina en el dolor físico sino que resulta de la suma de múltiples componentes como el miedo, la angustia, la depresión, la adinamia, la náusea, el vómito, la disnea etc., por lo que un enfoque terapéutico completo debe procurar mejorar tanto los problemas físicos como los psíquicos, sociales y espirituales, teniendo como base el servicio de un equipo interdisciplinario con personal calificado para atender la mayor parte de los problemas que agobian al paciente<sup>18</sup>. El tratamiento ideal consiste en instaurar la terapia antineoplásica específica para cada caso e iniciar al mismo tiempo el control del dolor y de los síntomas asociados.

El dolor por cáncer se puede controlar en forma adecuada en 80% de los pacientes con el uso de esquemas simples para proveer los analgésicos, siempre y cuando se sigan unas normas establecidas para su correcto suministro. La primera norma consiste en administrar los medicamentos con horario fijo, reloj en

---

<sup>18</sup> BRUERA, E.; KIM, H. Cancer pain. JAMA 2003; 290: 2476-2480.

mano, de acuerdo con el metabolismo del analgésico empleado, sin esperar a que el dolor se presente para su entrega. Esto hace que la siguiente dosis se administre antes que el efecto de la anterior haya desaparecido; además es inhumano permitir que el paciente sufra antes de recibir los analgésicos. La primera y la última dosis del día se deben hacer coincidir con la hora en que el enfermo despierta y se acuesta, respectivamente. Si una de las dosis corresponde a la madrugada y se encuentra dormido, no se le debe despertar para su administración.<sup>19</sup>

La segunda norma consiste en administrar los analgésicos por vía oral, siempre y cuando las condiciones del paciente lo permitan y se disponga de la presentación farmacológica adecuada del medicamento elegido.<sup>20</sup> El tipo de analgésico utilizado, la dosis y la vía de administración pueden cambiar de acuerdo con la intensidad del dolor, y el estado clínico del paciente, por lo que pueden existir variaciones de una persona a otra aunque tengan el mismo diagnóstico de base.

Es importante que el profesional de la salud conozca la vía de administración de los analgésicos, para poder tomar decisiones que ayuden a que el paciente oncológico tenga buen manejo del dolor.

**Tabla 2. Vías de administración de analgésicos**

Vía de administración	Metabolismo / absorción	Indicación según tipo de dolor
<b>Oral</b>	Metabolismo de primer paso hepático	Dolor agudo y crónico
<b>Intravenosa</b>	Rápida absorción.	Dolor agudo.
<b>Intramuscular</b>	Absorción variable.	
<b>Rectal</b>	Absorción variable.	
<b>Sublingual</b>	Rápida absorción	Dolor agudo.
<b>Oral trans mucosa</b>	Rápida absorción	Dolor agudo.
<b>Transdérmica</b>	Lenta absorción y eliminación.	Dolor crónico.

Fuente: elaborada por la autora a partir de la información del artículo "Determinación de la Dosis Oral Inicial de Opioides Débiles en Alivio del Dolor por Cáncer". Rev. Col Anest. 2003; 31: 93-103.

Siempre se deben tener unas bases científicas, conociendo la escalera analgésica por la OMS, para poder llevarlas a la práctica, ya que la enfermera oncóloga es la responsable de administrar los analgésicos teniendo en cuenta los cinco correctos, y es la que permanece más tiempo con el paciente, y solo el conocimiento ayuda a revalorar el dolor en el paciente oncológico, para tomar medidas que contribuyan al control del dolor en este tipo de pacientes.

<sup>19</sup> WHO. Cáncer pain relief. Geneva. 1996. p. 3-37

<sup>20</sup> RODRÍGUEZ, R. F.; BRAVO, L. E. Determinación de la Dosis Oral Inicial de Opioides Débiles en Alivio del Dolor por Cáncer. Rev Col Anest. 2003; 31: 93-103.

## 5.5 ESCALERA ANALGÉSICA DE LA OMS.

Es una expresión original (en inglés 'WHO's Pain Ladder' & 'WHO's Pain Relief Ladder') publicada en 1986 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), para describir un método o protocolo de tratamiento y control del dolor en el cáncer.<sup>21</sup>

El tratamiento del dolor oncológico se basa en el uso de analgésicos según la escala analgésica de la OMS (Tabla 2) con la que se puede obtener un buen control del dolor en cerca del 80% de los casos.

Existen unas normas de uso de la escala analgésica:

1. La cuantificación de la intensidad del dolor es esencial en el control y seguimiento del dolor.
2. La subida de escalón depende del fallo al escalón anterior. En primer lugar se prescriben los analgésicos del primer escalón. Si no mejora, se pasará a los analgésicos del segundo escalón, combinados con los del primer escalón más algún coadyuvante si es necesario. Si no mejora el paciente, se iniciarán los opioides potentes, combinados con los del primer escalón, con el coadyuvante si es necesario.
3. Si hay fallo en un escalón el intercambio entre fármacos del mismo escalón puede no mejorar la analgesia.
4. Si el segundo escalón no es eficaz, no demorar la subida al tercer escalón.
5. La prescripción de analgésicos se basa en la causa del dolor y se deben mantener cuando se sube de escalón.
6. No mezclar los opioides débiles con los potentes.
7. Prescribir cobertura analgésica del dolor irruptivo.<sup>22</sup>

---

<sup>21</sup> INDELICATO, R. A.; PORTENOY, R. K. Opioid Rotation in the Management of Refractory Cancer Pain. *J Clin Oncol.* 2002; 20: 348-52.

<sup>22</sup> *Oncología Barcelona.* V.28 N<sup>o</sup>.3. Madrid, España. Marzo de 2005.



**Tabla 3. Escala Analgésica de la Organización Mundial de la Salud.**

TABLA II			
Escala analgésica de la O.M.S.			
Escalón I	Escalón II	Escalón III	Escalón IV
Analgésicos no opioides ± Coanalgésicos	Opioides débiles ± Coanalgésicos ± Escalón I	Opioides potentes ± Coanalgésicos ± Escalón I	Métodos Invasivos ± Coanalgésicos
----- Paracetamol AINE Metamizol	----- - Codeína Tramadol	----- -- Morfina Oxicodona Fentanilo Metadona Buprenorfina	

Fuente: Tomada de PUEBLA DÍAZ, F. Artículo. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénica.

Existen terapias no farmacológicas para aliviar el dolor y el sufrimiento, las cuales incluyen elementos de la terapia física como el calor, el frío, el ejercicio, la neuroestimulación y la acupuntura; la terapia cognoscitiva y conductual con métodos como la educación, la retroalimentación, la relajación, la musicoterapia, la hipnosis, la distracción, la sustitución de pensamientos e imágenes y la terapia grupal y familiar. Todo esto con el fin de lograr un trato más humanizado al paciente oncológico.

Existen terapias no farmacológicas, las cuales son permitidas en el paciente oncológico, dependiendo la evolución de la enfermedad y para las cuales existen diferentes profesionales que las aplican.

## **5.6 BARRERAS PARA EL CONTROL DEL DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO.**

Las barreras para el buen control del dolor han sido categorizadas en tres áreas: falta de conocimiento de los profesionales de la salud, mitos y conceptos errados por parte de los pacientes y familias, y sistemas de salud, legislación y políticas inadecuadas.<sup>23</sup>

**5.6.1 Falta de Conocimiento de los Profesionales de Salud.** La falta de conocimientos sobre las características de los analgésicos, es una situación que condiciona una sobrestimación del riesgo asociado al empleo de opioides, puede

<sup>23</sup> Declaración de: International Society of Nurses in Cancer Care (ISNCC) Pain Position Statement

llevar a la confusión entre tolerancia, dependencia física y farmacodependencia y el frecuente uso de las pautas a demanda frente a las de intervalos fijos de administración, al igual puede llevar a la infravaloración de la intensidad del dolor y el desconocimiento del concepto del dolor total.

El desconocimiento de los efectos secundarios de los analgésicos, el temor desmesurado a las reacciones adversas de los opioides condiciona notablemente la terapéutica del dolor<sup>24</sup>. Tales efectos indeseables son bien conocidos después de muchos años de empleo pero incluso así, el temor a la depresión respiratoria y a la farmacodependencia ha causado un miedo excesivo que limita notablemente el empleo de los opioides, especialmente la morfina. Y la reservan para la situación terminal.<sup>25</sup>

Morgan denominó como opiofobia a esta resistencia de los profesionales de la salud a prescribir y administrar opioides.<sup>26</sup> Gran número de médicos y enfermeras, temerosos de causar farmacodependencia a sus pacientes, suministran dosis insuficientes de opioides para aliviar el dolor. Esta situación podría justificar el hecho de que numerosos estudios confirman el uso limitado de fármacos opioides, su empleo a dosis bajas, la frecuente prescripción de pautas a demanda y la baja administración de los opioides prescritos<sup>27</sup>. La poca certeza y credibilidad del profesional de salud, en especial del médico y la enfermera, para aceptar como cierta la intensidad del dolor que los pacientes refieren.<sup>28</sup> Creencia en que el dolor en el paciente oncológico es inevitable e irreversible.<sup>29</sup>

**Mitos y conceptos por parte de la familia:** El tratamiento farmacológico del dolor causado por cáncer gira en torno a los fármacos opiáceos, y en particular la morfina. La mayor parte de las situaciones que cursan con dolor pueden responder al tratamiento con morfina a dosis adecuadas y utilizando además una

---

<sup>24</sup> BRUERA, E.; WILLEY, J. S.; EWERT-FLANNAGAN, P. A.; et al.: Pain intensity assessment by bedside nurses and palliative care consultants: a retrospective study. *Support Care Cancer* 13 (4): 228-31, 2005

<sup>25</sup> BAÑOS, J. E.; BOSCH, F. El Problema de la Farmacodependencia a los Opioides en el Tratamiento del Dolor. *Dolor* 1988; 3: 33-36.

<sup>26</sup> MORGAN, J. P. American Opiophobia: Customary Underutilization of Opioid Analgesics. En: STIMMEL, B. Editor: *Controversies in alcoholism and substance abuse*. Nueva York: Haworth Press, 1986; 163-173.

<sup>27</sup> THE ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND. Commission on The Provision of Surgical Services. Report of the Working Party on Pain after Surgery. Londres. The College of Anaesthetists. 1990.

<sup>28</sup> ANDERSON, K. O.; RICHMAN, S. P.; HURLEY, J.; et al.: Cancer Pain Management Among Underserved Minority Outpatients: Perceived Needs and Barriers to Optimal Control. *Cancer* 94 (8): 2295-304, 2002.

<sup>29</sup> REV PANAM SALUD PÚBLICA. El Empleo de Analgésicos Opiáceos para Aliviar el Dolor del Cáncer. Vol.2. Nº.2. Washington Aug. 1997.

serie de fármacos coadyuvantes. Uno de los mayores inconvenientes del uso de la morfina está relacionado con la existencia de los llamados “mitos de la morfina”:<sup>30</sup>

“El que toma morfina es que se está muriendo”: Esta creencia, que acompaña a los tratamientos, debe ir desapareciendo a medida que se instaure el tratamiento de soporte que incluye el tratamiento del dolor ya desde las primeras fases de la enfermedad, sin esperar a las fases finales de la misma.<sup>31</sup>

“La morfina crea dependencia”: Este mito ha ido acompañando al desuso de la morfina más por parte del personal médico, que por la familia.<sup>32</sup>

“La morfina produce tolerancia”: La creencia de que la dosis de morfina agota su eficacia y que cada vez se necesitan dosis mayores hasta que es ineficaz. Si bien se produce un fenómeno de tolerancia, la morfina no tiene techo terapéutico y la dosis puede aumentarse tanto como sea necesario, siempre que se sigan unas pautas correctas.

**Sistemas de salud y legislación:** Otra barrera para el control del dolor radica en que históricamente no ha sido una prioridad en los sistemas de salud. Los gastos generados por el tratamiento del dolor pueden no ser reembolsados o el tratamiento no es fácilmente accesible y las instituciones están más preocupadas por la posible adicción a los opioides y sustancias controladas, que en la optimización del alivio del dolor.<sup>33</sup>

A pesar de los recientes avances en la comprensión del dolor por cáncer, estos obstáculos continúan dificultando los intentos por mejorar el control del dolor. El tratamiento del dolor en cáncer esta además influenciado por la poca importancia dada al confort y al control de síntomas. La falta de aplicación del concepto de “dolor total” ha resultado en necesidades no satisfechas de los pacientes con cáncer quienes sufren de dolor no controlado. Existe una necesidad urgente de definir compromiso y responsabilidades en el control del dolor en los sistemas de salud.<sup>34</sup>

## **5.7 ESTRATEGIAS PARA EL CONTROL DEL DOLOR POR CANCER:**

El control del dolor por cáncer es una responsabilidad fundamental en la práctica de la enfermería Oncológica. Las enfermeras proveen el cuidado a lo largo del

---

<sup>30</sup> HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. Luchando Contra el Dolor por Cáncer y Contra los Mitos de la Morfina. Sevilla, España. 2007. p. 34.

<sup>31</sup> Ibid

<sup>32</sup> MARCELO J. FLEISCHER. MARIANA MOYANO. El dolor por cáncer siempre una señal de mal pronóstico Rev, Conai 2008.

<sup>33</sup> JACOX, CARR, PAYNE, et al. Guía Tratamiento del dolor con cáncer. 1994.

<sup>34</sup> GRUPO DE CONSENSO PARA EL CONTROL DEL DOLOR. Parámetros de Práctica para el Control del Dolor en Cáncer. Vol. 74. Nº 5. 2006.

proceso de la enfermedad y están en una posición ideal para promover un mejor control del dolor. Incluso en la ausencia de drogas básicas para el control del dolor (por ejemplo: restricciones gubernamentales sobre los opioides, las enfermeras trabajan para reducir la intensidad del dolor a través del uso de calor, frío y otras terapias complementarias. La asesoría espiritual y discusión sobre el significado del dolor pueden reducir el sentimiento de desamparo y aislamiento de los pacientes y sus familias.

Debido a que el control del dolor es un problema de alcance internacional, la Organización Mundial de la Salud <sup>35</sup> insiste en que todos los países deben dar alta prioridad al tema y establecer programas de vigilancia de alivio del dolor.

La Sociedad Internacional de Enfermería Oncológica (ISNCC) en su declaración de posición sobre el control del dolor ((cita) expresa que continuará<sup>36</sup> brindando apoyo, comunicación en red, consultoría con colegas y oportunidades educativas para asegurar que las enfermeras oncólogas tengan acceso al conocimiento y las habilidades necesarias para cumplir con el rol de mejorar el control del dolor por cáncer.

La ISNCC recomienda que:

- Las enfermeras deben comprometerse, con lo mejor de sus capacidades a proveer el máximo alivio del dolor posible a los pacientes con cáncer.
- Las enfermeras deben desempeñar un papel de liderazgo en la identificación y valoración del dolor por cáncer, como también, en la planeación, aplicación, coordinación y evaluación del control interdisciplinario del dolor por cáncer.
- Las enfermeras deben trabajar por reducir o minimizar las barreras del sistema de salud para brindar un control eficaz del dolor.
- Las enfermeras deben actuar como fuertes defensoras de pacientes y familias y reportar el inadecuado alivio del dolor.
- Las enfermeras deben asumir responsabilidad primordial en la educación del público, el paciente y su familia, y el profesional, relacionada con el derecho al alivio del dolor y las opciones y recursos disponibles para la valoración y el tratamiento del dolor por cáncer.

---

<sup>35</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Alivio del dolor en el cáncer. Ginebra, Suiza. OMS. 1987.

<sup>36</sup> Canadian Pain Society. Position statement on pain relief. Chapter of International Association for the Study of Pain. Memorial University School of Nursing. 1996.

- Las enfermeras deben trabajar para influenciar las políticas nacionales e Internacionales en el área de distribución de recursos para el control del dolor, a través de una buena comunicación con políticos y legisladores.
- Las enfermeras deben participar en investigaciones independientes y colaborativas sobre el dolor en cáncer y aplicar los resultados en la educación y la practica.<sup>37</sup>
- Lo primero que debe hacer la enfermera oncóloga es crear sentimientos de confianza y esperanza en el enfermo y creer en todas sus quejas. Si se queja es porque algo le molesta, así no sea dolor físico.
- Recientemente se ha sugerido que muchas de las actividades educativas realizadas en los últimos años han servido de poco, dada la evidencia de que el dolor sigue tratado incorrectamente. Quizá lo más importante sea el cambio de aquellas actitudes que han demostrado ser desfavorables para el tratamiento del dolor.

---

<sup>37</sup> The ISNCC Secretariat Office, Christine Armstrong, P.O. Box 297, Macclesfield, Cheshire UK SK 11 7TT.

## **6. DESARROLLO METODOLÓGICO**

### **6.1 BÚSQUEDA DE DOCUMENTOS.**

Se realizó una revisión documental de artículos, publicados entre los años 1980 al 2007, en: español e inglés, se utilizaron las siguientes palabras claves.

### **6.2 PALABRAS CLAVES.**

<b>PALABRAS ESPAÑOL</b>	<b>PALABRAS INGLÉS</b>
Dolor	Pain
Control	Management
Paciente	Patient
Limitación	Limitation
Barrera	Barriers
Cuidado	Care

Se realizó una búsqueda de los artículos, en las siguientes bases de datos: Lilacs, Medline, Scielo, Medisan, elsevier, science, se encontraron 24 artículos.

### **6.3 SELECCIÓN DE DOCUMENTOS.**

De los 24 encontrados, se seleccionaron 8 artículos publicados a partir de 2001, y hacía referencia específica a las barreras de los profesionales de salud; 7 estudios de tipo descriptivo, prospectivo y 1 meta análisis, de los 24 por que responden a los objetivos y resuelven el problema “Cuales son las barreras del personal de la salud que dificultan el control del dolor en el paciente oncológico” que incluían temas sobre las diferentes barreras del personal de salud, para el control del dolor, al igual muestran las alternativas de solución para dichas barreras. Tabla #

### **6.4 ANÁLISIS DE DOCUMENTOS.**

Se utilizó la ficha descriptiva analítica (Anexos) que consta de cuatro partes:

1. Identificación del artículo: la identificación incluye el titulo original del articulo, el idioma, el medio de publicación, los autores, el lugar donde se hizo la investigación, la fecha de publicación, tipo de investigación, el enfoque, la población, la muestra, las palabras claves.

2. Aportes de contenido: Aspectos relacionados que el autor encontró en la investigación y que permiten sustentar la respuesta a los objetivos del estudio.
3. Análisis metodológico: Juzgamiento de los resultados según los métodos utilizados por cada autor.
4. Análisis de contenido y conclusiones: Las conclusiones de cada investigación, y su nivel de interpretación en relación con los objetivos del estudio.

**Tabla 4. Documentos Seleccionados.**

No	TITULO	AUTORES /	PAÍS / IDIOMA	PUBLICACION	TIPO DE ESTUDIO
1	Knowledge and perceived competence of home care nurses in pain management: A national survey	Myra Glance, y Col.	Nueva York, EE.UU. Ingles.	Elsevier, Nueva York Vol. 21 N ° 4 April 2001.	Exploratorio, Descriptivo, Correlacional, enfoque cualitativo
2	O cuidado do paciente oncológico com dor crónica nao tica do enfermeiro	Lili Marlene Hofstätter y Col.	São Paulo Portugués.	Rev. Latino-am Enfermagen. Julio 2001.	Descriptivo, enfoque cualitativo
3	Pain control in ambulatory cancer patients—can we do better?	Pesach y col.	Israel Inglés.	Rev, Sciencie direct, journal of pain and symptom management Diciembre 2002.	Descriptivo, enfoque cualitativo
4	Dolor Oncológico un Problema Resuelto	Pririz Álvarez, y col.	Montevideo Español	Rev. Médica del Uruguay. Vol. 20 n 1. Marzo 2004.	Descriptivo Transversal, enfoque cualitativo y cuantitativo
5	Tratamiento del dolor en los estudios de Enfermería	Sánchez Sánchez, y col.	La Coruña España. Español	Rev., de la Sociedad española del dolor V.12, n.12 Marzo 2005.	Descriptivo, enfoque cuantitativo
6	Pain Attitudes and Knowledge Among RNs, Pharmacists, and Physicians on an Inpatient Oncology Service	Ying Xue, y col.	Estados unidos inglés	Clinical journal of Oncology Nursing V.11 N.5	Descriptivo, enfoque cualitativo
7	Overcoming barriers to cancer pain management: An institutional change model.	CHIH-YI SUN, Y col.	Estados Unidos Inglés	Journal of Pain and Symptom Management. Octubre 2007.	Meta- analisis, con enfoque cuantitativo y cualitativo
8	Overcoming tha barriers in pain control: an update of pain management in China.	LIU, Wei, y col.	Unión, Beijing, China. Inglés.	European Journal of Pain Supplements. 2007.	Prospectivo, enfoque cualitativo

Fuente: Datos Obtenidos de los Artículos Seleccionados Para El Presente Estudio por la Autora: Elvia Uribe, 2008.



## **7. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**

La información obtenida en los 8 artículos seleccionados, se organiza, presenta y analiza siguiendo el orden de los objetivos específicos y el general, planteados en el estudio. Para citar los artículos objeto del análisis es este capítulo se indicará el autor principal o el número asignado al estudio en las fichas descriptivo analíticas.

### **7.1 BARRERAS DEL PERSONAL DE SALUD, PARA EL CONTROL DEL DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO.**

El dolor es un síntoma que siempre se va a presentar en el paciente con cáncer, y va afectar no sólo al paciente, sino a su familia, porque impide que el paciente tenga una buena calidad de vida, En otro sentido, cuando el dolor no logra ser controlado, afecta al profesional de la salud, dado que éste es el encargado de controlar los diferentes síntomas, en especial el dolor en el paciente con cáncer. Desafortunadamente, existen diferentes barreras en los profesionales de salud, que requieren ser identificadas para encontrar las posibles soluciones, para llevar a que el paciente con cáncer tenga un buen control del dolor.

En los estudios 2, 3, 4, 6 y 8, se identifica que la principal barrera de los profesionales de la salud para lograr un adecuado control del dolor en pacientes oncológicos, es la falta de formación académica específica, no sólo en la valoración, la evaluación del dolor, sino también en el tratamiento adecuado (Tabla 5). Esta situación se presenta por las siguientes razones identificadas por los autores en los estudios:

- La falta de conocimientos específicos con respecto al cáncer, al dolor y a su tratamiento.
- Manejo incorrecto de los opioides.
- Falta de educación en temas relacionados al dolor.
- Carencia de educación sistemática de los profesionales acerca del control del dolor por que en el pregrado no se hace énfasis en dichos temas, todo esto conlleva a un riesgo en el control del dolor en el paciente oncológico, por parte del profesional de salud.
- Desconocimiento de los opioides y no han leído artículo sobre el tema.
- Limitación en la documentación, revaloración y seguimiento en el dolor.
- Los médicos fallan en evaluar adecuadamente el dolor.
- Califican la educación en temas relacionados en cáncer, dolor como pobre en un alto porcentaje, falta educación en el pregrado. Bonica expresaba en 1990: “Una tragedia está ocurriendo en nuestros sistemas de salud, los pacientes están sufriendo dolores innecesariamente, poseemos los

fármacos, la tecnología y la información necesaria para usarlos de manera apropiada.<sup>38</sup>

**Tabla 5. Barreras del personal de salud, para el control del dolor en el paciente oncológico:**

No	FALTA DE CONOCIMIENTO SOBRE CÁNCER: Evaluación, valoración. Tratamiento.		SI TIENEN CONOCIMIENTO DEL CANCER: Evaluación, valoración, tratamiento.	
	ASPECTO EVALUADO	N	ASPECTO EVALUADO	N
1			las enfermeras, tienen conocimiento en la evaluación del cáncer	• 56%
2	Los enfermeros no tienen conocimientos específicos.	¿?	<b>Los enfermeros presentan Dificultad para desarrollar el cuidado</b>	¿?
3	los pacientes fueron sub-medicados	• 36%	Fueron controlados apropiadamente	• 42%
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De los médicos residentes desconocen que la morfina no tiene dosis máximas.</li> <li>• No ha leído ningún artículo sobre el tema en los últimos 3 años,</li> <li>• No saben el control de la morfina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 63%</li> <li>• 43%</li> <li>• 27%,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicos conocen las pautas de la OMS</li> <li>• Sólo leyó un solo artículo sobre el tema.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 73%</li> <li>• 29%</li> </ul>
5			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudiantes de enfermería, tenían conocimientos de farmacología,</li> <li>• Conocían las pautas de la OMS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 100%</li> <li>• 90,9%</li> </ul>
7	<b>Educación pobre</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeras.</li> <li>• Enfermeras oncólogas</li> <li>• Farmaceutas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 17%</li> <li>• 17%</li> <li>• 23</li> </ul>	<b>Educación excelente</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeras.</li> <li>• Enfermeras oncólogas</li> <li>• Farmaceutas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4%</li> <li>• 9%</li> <li>• 6%.</li> </ul>
8	Profesionales y del sistema se enfocaron en el monitoreo, re-valoración y seguimiento del dolor era muy limitado.	• 17.9%	Tienen un correcto conocimiento del dolor.	• 73%

Fuente: Datos obtenidos de los artículos seleccionados para el presente estudio por la autora: Elvia Uribe, 2008.

En los estudios 1, 4, 5, 7 y 8 los autores debaten los anteriores planteamientos porque identifican altos porcentajes que muestran el conocimiento del personal de

<sup>38</sup> Op. Cit. BONICA,J.J.

salud en la evaluación, valoración, tratamiento y manejo de las guías de la OMS, con lo cual, la formación académica no es en esos casos la causa del control inefectivo del dolor en el paciente con cáncer. Por otra parte, en el metanálisis (7) los autores describen que los porcentajes de profesionales que evalúan la educación con una calificación de excelente son muy bajos, y un porcentaje mayor evalúa como pobre su educación en estos aspectos; lo cual demuestra que hace falta reforzar la educación en pregrado para aprender a valorar y evaluar y controlar terapéuticamente el dolor en el paciente oncológico.

## 7.2 OTRO TIPO DE BARRERAS DEL PERSONAL DE SALUD PARA EL CONTROL DEL DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO.

Existe otro tipo de barreras del personal de salud para el control del dolor en el paciente oncológico, como el temor a la adicción de los pacientes y razones de tipo económico. (Tabla 6):

**Tabla 6. Otro Tipo De Barreras Del Personal De Salud Para El Control Del Dolor en el Paciente Oncológico.**

N°	OTRAS BARRERAS DE LOS PROFESIONALES DE SALUD	Datos relevantes
1	Enfermeros tienen <b>temor</b>	35,2%
7	Médicos que temían a la <b>adicción</b>	<b>1841: El 30 -40%. 1999: El 62,8%. 2005: El 37,5%</b>
8	Profesionales de salud consideran la <b>adicción</b>	56%.
6	Enfermeras, farmacéutas, y médicos: “pacientes con cáncer <b>no saben reportan el dolor</b> ”.	<b>50%-60%</b>
7	<b>Razones económicas</b>	<b>6,25%.</b>

Fuente: datos obtenidos de los artículos seleccionados para el presente estudio por la autora: Elvia Uribe, 2008.

En los 1, 6, 7 y 8 los autores sustentan que existe temor por parte de los profesionales de enfermería y de los médicos en porcentajes que oscilan entre el 35,2 y el 62,8% en relación con la posibilidad de que el paciente desarrolle adicción a los opioides. Es importante destacar los resultados del estudio 1, que exploró este aspecto en 1229 enfermeros y muestra un importante porcentaje de estos profesionales que manifiestan timidez y rigidez para valorar, evaluar y formular al paciente oncológico.

En el metanálisis (/) se identifica que aunque en la historia ha sido variable la cantidad de médicos, estos profesionales aún temen a la adicción de los pacientes, lo cual restringe el uso de los analgésicos opioides. En este análisis se identificó como una causa del inadecuado control del dolor a razones de tipo económico, en relación a la capacidad de acceso a los analgésicos.

Se sabe que raramente los pacientes con cáncer y dolor llegan a la adicción a los opioides, por lo cual esto no debe influir en la decisión para la prescripción racional de la morfina en estos enfermos<sup>39</sup> En cuanto a la dosis, dependerá del grado del dolor del paciente, el profesional de la salud, lo que debe saber es evaluarlo, valorarlo y tratarlo adecuadamente, teniendo en cuenta que un elemento de gran importancia es la periodicidad con la que se administran todos los opioides, para que cada dosis comience su efecto antes de haber concluido la eficacia de la anterior.

Es preocupante que como lo expresa la OMS<sup>40</sup>, los opioides y en particular la morfina se consumen poco, no se usa en la mitad de los países del mundo; se limita su consumo principalmente a los países más desarrollados; a pesar del incremento observado en los últimos 10 años en que se aplica el Programa para el Alivio del Dolor de Cáncer por la OMS, en 1984.

### **7.3 ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN PARA ELIMINAR LAS BARRERAS DEL PERSONAL DE SALUD QUE IMPIDEN EL CONTROL DEL DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO.**

Las alternativas de solución para eliminar las barreras del personal de salud que impiden el control del dolor en el paciente oncológico se basan en la definición de políticas que favorezcan la educación en salud enfocada a diversos aspectos, el manejo interdisciplinario y el desarrollo de experiencia profesional en el manejo integral del dolor en cáncer (Tabla 6)

**Educación continua**, programas de atención en investigaciones futuras, las cuales se deben centrar en mejorar los conocimientos, también proponen continuar con cursos en las diferentes profesiones, disciplinas y especialidades de salud, al igual realizan laboratorios en tres temas:

- a. El dolor, normas y prácticas de documentación.
- b. Uso de bombas de PCA.
- c. Didáctica y práctica sobre el uso de algoritmos. El objetivo es conseguir la máxima eficiencia en nuestra actitud terapéutica con el mayor beneficio para los pacientes con cáncer.<sup>41</sup>

---

<sup>39</sup> Cáncer pain release. Publicación del Centro para la Evaluación de Síntomas de Cáncer de la OMS. Vol 7, No. 3, Mar 1995

<sup>40</sup> MARTÍNEZ, I. Dolor en el cáncer. Rev Cubana Oncol 1991;7(1):70-1.

<sup>41</sup> CERDÀ OLMEDO, Algoritmo de Decisión para el Tratamiento del Dolor crónico: decisiones Específicas en el paciente terminal rev. Soc esp. Pág 306.312. 2000.

**Tabla 7. Alternativas De Solución Para Eliminar Las Barreras Del Personal de Salud que Impiden el Control del Dolor en el Paciente Oncológico.**

ARTICULO	RECOMENDACIÓN
1 - 7 - 5	Educación continua Programas de investigación Laboratorios
2	Manejo Multidisciplinario.
4	3 Estrategias OMS: Políticas nacionales, programas educativos y reforma de leyes para mejorar la disponibilidad de fármacos
6	Experiencia
8	"Pasaporte a la Comodidad".

Fuente: datos obtenidos de los artículos seleccionados para el presente estudio por la autora: Elvia Uribe, 2008.

**Manejo multidisciplinario**, la participación de varios profesionales ayudaría al control del dolor en el paciente con cáncer mejor que los que lo hacen a nivel individual, ya que diversos miembros del equipo podrían contribuir con su experiencia particular a un manejo más eficiente del dolor de los pacientes con cáncer; además se recomienda que cada uno tenga las siguientes bases de la OMS: Políticas nacionales a favor del alivio del dolor del cáncer, programas educativos dirigidos al público, al personal de salud y a las autoridades; y reforma de leyes para mejorar la disponibilidad de fármacos (especialmente opioides analgésicos).

Al igual que existen barreras en el profesional de la salud para controlar el dolor en el paciente oncológico, existen alternativas de solución, y que todo profesional de la salud debe aportar para instruirse y así poder ayudar al paciente oncológico a controlar su dolor.

Se debe ofrecer formación académica específica con información precisa y completa acerca del dolor, las formas e instrumentos de valoración del dolor y el uso de medicamentos analgésicos, especialmente los opioides y la disponibilidad de otros métodos para el alivio del dolor al paciente, enfatizando que el dolor puede ser manejado efectivamente. También se deben hacer énfasis en modificar las principales barreras para el control efectivo del dolor, especialmente la resistencia del paciente al hablar del dolor con los profesionales de la salud, sus miedos sobre los riesgos de adicción con el uso de opioides, y que el dolor puede ser controlado sin consecuencias indeseables.

La educación también debe abordar las concepciones erradas, como la creencia de que el medicamento se debe utilizar sólo cuando el dolor es severo, o de lo contrario no será efectivo.<sup>42</sup>

Para mejorar la comprensión de la terapia farmacológica y sus efectos, los profesionales de salud deben profundizar sus conocimientos en temas como:

- Valoración y evaluación del dolor en el paciente oncológico.
- El uso de analgésicos opioides.
- La tolerancia hacia los analgésicos opioides se puede manejar, aumentando las dosis de los medicamentos.
- Prevención del dolor a través de la utilización de analgésicos por horario.

Uno de los objetivos en la educación es involucrar, al profesional de salud, paciente, y familia en el manejo del dolor y uno de los principales pasos hacia un mejor control del dolor por cáncer, es una comprensión más completa por parte del profesional de la salud sobre el control del dolor, al igual los pacientes deben ser motivados a reportar el dolor como participantes activos en su cuidado.

---

<sup>42</sup> WARD, GOLDBERG, MILLER-McCAULEY, Distracción y Reconceptualización. Rev MD Anderson, 1993.

## **8. CONCLUSIONES**

Se reconoce que la principal barrera para lograr el control efectivo del dolor en pacientes con cáncer, es la carencia de conocimiento por parte de los profesionales en el cuidado de la salud acerca de la valoración, el diagnóstico y los métodos establecidos de tratamiento farmacológico para un control satisfactorio del dolor por cáncer.

Entre otras causas de manejo inefectivo del dolor en pacientes con cáncer se describe el temor de los profesionales de la salud sobre la posibilidad de crear adicción en los pacientes que reciben analgésicos opioides; en este sentido, falta interés en conocer las guías que sirven de apoyo para una mejor práctica clínica de los médicos, las enfermeras y en general de todo el personal de salud que atiende a pacientes con dolor secundario al cáncer.

Las alternativas de solución para eliminar las barreras del personal de salud que impiden el control del dolor en el paciente oncológico, van encaminadas a la educación académica formal, como es la formación de pregrado en las disciplinas de medicina y enfermería fundamentalmente, de acuerdo con las pautas planteadas por la OMS.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

AHCPR N° 9. Publication N° 94-0592. Texas: Agency for Health Care Policy and Research. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, 1994.

ANDERSON, K. O.; RICHMAN, S. P.; HURLEY, J.; et al.: Cancer Pain Management Among Underserved Minority Outpatients: Perceived Needs and Barriers to Optimal Control. *Cancer* 94 (8): 2295-304, 2002.

ARMSTRONG, Christine The ISNCC Secretariat Office, 297, Macclesfield, Cheshire UK SK 11 7TT.

BAÑOS, J. E.; BOSCH, F. El Problema de la Farmacodependencia a los Opioides en el Tratamiento del Dolor. *Dolor* 1988; 3: 33-36.

BONICA, J. J. Cancer pain. In: Bonica JJ. The management of pain. 2ª ed. Philadelphia: Lea and Phebiger. 1990.

BONICA, J. J. Treatment of pain: current status and future needs. In: Fields HL. Advances in pain research and therapy. New York: Raven Press. 1985.

BRUERA, E.; WILLEY, J. S.; EWERT-FLANNAGAN, P. A.; et al.: Pain intensity assessment by bedside nurses and palliative care consultants: a retrospective study. *Support Care Cancer* 13 (4): 228-31, 2005.

CESARCO, R.; GOLDNER, C.; PETIT, I.; PÍRIZ, G.; PUIG, M.; RAMOS, L, et al. Unidad de Medicina Paliativa Hospital Maciel. *Cuad Med Inter* 2002: 39-43.

DECLARACION International Society of Nurses in Cáncer Care (ISNCC) Pain Position Statement Grupo de consenso para el control del dolor. *Parámetros de práctica para el control del dolor en cáncer*, vol. 74, no 5, 2006.

EL EMPLEO DE ANALGÉSICOS OPIÁCEOS PARA ALIVIAR EL DOLOR DEL CÁNCER. *Rev Panam Salud Publica* vol.2 n.2 Washington Aug. 1997.

FLEISCHER, Marcelo J.; MOYANO, Mariana. El dolor por cáncer siempre una señal de mal pronostico *Rev, Conai* 2008.

GRUPO DE CONSENSO PARA EL CONTROL DEL DOLOR. *Parámetros de Práctica para el Control del Dolor en Cáncer*. Vol. 74. N° 5. 2006.

HILL, C. S. jr. The Barriers to Adequate pain Management with Opioid Analgesics. *Semin Oncol* 1993; 20(2 Suppl 1).



HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. Luchando Contra el Dolor por Cáncer y Contra los Mitos de la Morfina. Sevilla, España. 2007. p. 34.

JACOX, A.; CARR, D. B.; PAYNE, R.; BERDE, Ch. B.; BRIETBART, W.; CAIN, J. M.; et al. Management of cancer pain. Clinical Practice Guideline

MORGAN, J. P. American Opiophobia: Customary Underutilization of Opioid Analgesics. En: STIMMEL, B. Editor: Controversies in alcoholism and substance abuse. Nueva York: Haworth Press, 1986; 163-173.

REV PANAM SALUD PUBLICA. El Empleo de Analgésicos Opiáceos para Aliviar el Dolor del Cáncer. Vol.2. Nº.2. Washington Aug. 1997.

THE ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND. Commission on The Provision of Surgical Services. Report of the Working Party on Pain after Surgery. Londres. The College of Anaesthetists.1990.

WHIZAR Víctor , OCHOA Genoveva , Conceptos Actuales en Dolor por Cáncer , Hospital Clínica 20 Instituto Mexicano del Seguro Social Tijuana , Volumen 17 , Suplemento 1: 2008. México 200

# **ANEXOS**

<b>FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL ARTÍCULO: # 1.</b>
TÍTULO: Conocimiento y Percepción de Competencia, inicio de atención de enfermeras en el control del dolor: Una encuesta nacional Knowledge and perceived competence of home care nurses in pain management: A national survey
AUTORES: Myra Glajchen, DSW y Marilyn
MEDIO DE PUBLICACIÓN: elsevier, Nueva york Vol. 21 N ° 4 LUGAR: Nueva York, EE.UU. Inglés, abril 2001.
TIPO DE INVESTIGACIÓN: Explorativo, descriptivo correlacional ENFOQUE: cualitativo
POBLACIÓN: enfermeros MUESTRA: 1229 enfermeros
PALABRAS CLAVE: control del dolor, atención domiciliaria, enfermeras especialistas.
<p>2. APORTES DE CONTENIDO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Seleccionaron dos grupos de enfermera el grupo A y B</li> <li>➤ Evaluaron el conocimiento de las enfermeras grupo A 52%, demostraron conocimiento en la evaluación del dolor y menos en el tratamiento del dolor.</li> <li>➤ El 46% de las enfermeras del grupo B muestra un bajo conocimiento en la evaluación del dolor.</li> <li>➤ El mayor conocimiento se demostró en los siguientes temas relacionados: evaluación del dolor, reevaluación y dosificación, la importancia de la re-evaluación después de la dosis inicial de opioides; capacidad de los pacientes de edad avanzada a tolerar opiáceos fuertes.</li> <li>➤ Sugieren continuar con la educación continuada.</li> <li>➤ Programas de atención e investigaciones futuras deben centrarse en la mejoría de los conocimientos.</li> <li>➤ Las prácticas relacionadas con el control del dolor, las cuales fracasan por la falta de timidez, rigidez en las prácticas de prescripción, en un 35,2%,</li> <li>➤ proponen continuar cursos en conjunto: enfermería y cuidado paliativos.</li> <li>➤</li> <li>➤ Realizan laboratorios en tres temas: 1. El dolor normas y practicas de documentación, 2, uso de bombas de PCA, 3. Didáctica y practica sobre el uso de algoritmos</li> </ul>
<p>3. ANÁLISIS METODOLÓGICO: Mediante un estudio descriptivo, con una muestra de 1229 el autor identifica explicaciones al problema, al igual propone actividades para ayudar a solucionar el problema, y nos enseña una muestra apropiada ya que la población que existe de enfermeras es grande. Este artículo es nivel seis, por que los autores identifican explicaciones al fenómeno, al igual formulan esquemas nuevos, para ayudar a solucionar el problema,</p>
<p>4. ANALISIS DE CONTENIDO Y CONCLUSIONES: Este artículo satisface, el problema y los objetivos, la técnica que utilizan para satisfacer las barreras en el profesional de la salud son: laboratorios, teorías y prácticas didácticas sobre los temas, para contribuir al conocimiento de las enfermeras.</p>

<b>FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL ARTÍCULO: # 2</b>
TÍTULO: Cuidado del paciente oncológico con dolor crónico en la visión del enfermero.
AUTORES: Hofstätter da Silva, Lili Mailene; Fontão Zago, Marcia María.
MEDIO DE PUBLICACIÓN: Revista Latinoamericana de Enfermería. Español Brasil. Julio de 2001
TIPO DE INVESTIGACIÓN: descriptivo ENFOQUE: Cualitativo
POBLACIÓN: Institución Hospitalaria Gubernamental del interior del Estado Paraná. MUESTRA: 8 enfermeros
PALABRAS CLAVE Dolor, Oncología, Cuidados de Enfermería, Enfermeros.
<p><b>2. APORTES DE CONTENIDO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En el análisis de las entrevistas se identificaron tres categorías analíticas: evaluación del dolor crónico del paciente oncológico, importancia del cuidado multidisciplinario, y dificultades para el cuidado del paciente.</li> <li>➤ Los resultados muestran que los enfermeros tienen dificultad para desarrollar el cuidado del paciente debido a la falta de conocimientos específicos con respecto al cáncer, al dolor crónico y a su tratamiento, como también en las habilidades expresivas para la promoción del apoyo psicológico adecuado.</li> <li>➤ El evaluar la experiencia del dolor no es un procedimiento simple, ya que se trata de un fenómeno individual y subjetivo, cuya interpretación y expresión involucra elementos sensibles, emocionales y culturales.</li> <li>➤ La preocupación injustificada con la dependencia psicológica ha llevado a los profesionales a evitar la utilización de dosis inadecuadas de esos medicamentos (opiáceos).</li> <li>➤ Una experiencia clínica ha demostrado que los pacientes oncológicos que reciben opiáceos con el fin de analgesia no sufren adicción, y esto es válido para adultos y niños.</li> <li>➤ Un enfoque multidisciplinario del cuidado para pacientes oncológicos con dolor crónico surge con frecuencia en las entrevistas para todos los informantes.</li> <li>➤ Muestran que la literatura les presenta diferentes guías para aliviar el dolor, como un propósito al instituto nacional de cancerología en 1997, la cual comprende todos los aspectos fundamentales.</li> </ul>
<p><b>3. ANÁLISIS METODOLÓGICO:</b> Este artículo es nivel cuatro dan explicaciones al fenómeno. A ocho enfermeros de una institución hospitalaria en el Estado de Paraná, en Brasil, con experiencia en el cuidado de pacientes oncológicos con dolor crónico (promedio 7 años), con edades entre 27 y 45 años, se les hizo una entrevista semiestructurada para averiguar cómo percibían el dolor crónico del paciente oncológico, cómo cuidaban del paciente oncológico con dolor crónico, y cómo se sentían cuidando a sus pacientes oncológicos con dolor crónico. Los datos fueron interpretados con base en la literatura sobre el tema y en la experiencia profesional de las autoras. Los criterios tomados como base para evaluar el dolor crónico, que surgió con mayor frecuencia entre todos los informantes, se refiere a los comportamientos y actitudes psicosociales del paciente como: depresión, apatía, rebeldía, rechazo a la situación, y aislamiento.</p>
<p><b>4. ANÁLISIS DE CONTENIDO Y CONCLUSIONES:</b> Este artículo satisface los objetivos, muestra las barreras del profesional de salud: Los resultados de este estudio confirman que los autores nacionales e internacionales consideran que dos grandes problemas a ser enfrentados por los sistemas de salud de Estados Unidos y Brasil, se relacionan con la capacitación a profesionales para cuidar a pacientes oncológicos con dolor crónico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Debido a la desinformación de los enfermeros (de este estudio) sobre los resultados de los Métodos de control del dolor crónico, debido a una formación educativa adecuada llevan a que no alivien el dolor de forma sistemática, subestimen la frecuencia de ocurrencia de dolor y a que ignoren el devastador impacto del dolor para los individuos.</li> <li>• Por lo anterior, los informantes se comportan como si el dolor fuese parte del diagnóstico y Tratamiento, como un síntoma natural. Al igual enseñan que para mejorar las barreras del profesional de salud, se debe realizar un manejo multidisciplinario en el control del dolor en el paciente oncológico.</li> </ul>

<b>FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL ARTÍCULO: # 3</b>
TÍTULO: Control del dolor en pacientes ambulatorios con cáncer. ¿Podemos hacerlo mejor?
AUTORES: Pesach Shvartzman, Michael Friger, Adi Shani, Frida Barak, Cohen Yoram, Yoram Singer
MEDIO DE PUBLICACIÓN: Rev, Science direct, journal of pain and symptom management, Diciembre 12 de 2002. Inglés, Israel.
TIPO DE INVESTIGACIÓN: Descriptiva. ENFOQUE: Cuantitativo – Cualitativo
POBLACIÓN: 218 sujetos MUESTRA: Pacientes con cáncer tratados en uno de 3 centros hospitalarios de Israel
PALABRAS CLAVE: Control del Dolor, pacientes ambulatorio, Inventario Resumido del Dolor (BPI por sus siglas en inglés).
<p><b>2. APORTES DE CONTENIDO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En las 24 horas previas a la entrevista, la mayoría de los pacientes habían tenido algún grado de dolor, y, en promedio, 60% de la población de estudio estaba sufriendo de dolor de moderado a severo.</li> <li>➤ Al momento de la entrevista, sólo 14% indicaron experimentar dolor severo, aunque 42% experimentaron dolor de moderado a severo. Ocho por ciento describieron su peor dolor como moderado-severo. 11% no tomaban medicamentos.</li> <li>➤ De los que tomaban medicamentos 27% tenían alivio, 41% tenían un alivio moderado, y 19% tuvieron un alivio leve del dolor.</li> <li>➤ El área más frecuentemente indicada con dolor fue el área lumbar (derecha e izquierda) (103 pacientes), seguida por la parte superior del tórax (90 pacientes) y el abdomen inferior izquierdo (67 pacientes).</li> <li>➤ Con base en el cálculo del PMI, la mayoría de los pacientes no estaban tratados adecuadamente (81%), y 75% fueron considerados como sub-medicados. Las variables sociodemográficas, el perfil actual del tratamiento, y el alivio del dolor no tuvieron efecto sobre si el paciente estaba tratado adecuadamente para su dolor</li> <li>➤ El 36% de los pacientes fueron sub-medicados y sólo 42% fueron controlados apropiadamente</li> <li>➤ A 42% de los pacientes externos con dolor y cáncer metastásico no se les dio una terapia analgésica adecuada.</li> </ul>
<p><b>3. ANÁLISIS METODOLÓGICO:</b> Este artículo es nivel cinco muestra el problema, formulan tentativas y dan explicaciones al fenómeno. En este estudio se evaluó el grado de control del dolor de pacientes con cáncer tratados en tres clínicas de centros oncológicos al Sur de Israel, estos centros fueron Kaplan, Barzilai, y Zoroka. Se usó el cuestionario "Inventario Breve del Dolor" en su formato corto para medir el dolor, traducido al hebreo. A los pacientes se les pidió calificar el peor dolor que hubieran experimentado durante la semana anterior usando una escala numérica de 0 a 10. En otra escala se les pidió calificar en qué medida el dolor interfería con cosas como disfrutar la vida, el nivel de actividad, la capacidad de caminar, el humor, el sueño, el trabajo y las relaciones con otras personas.</p> <p>Al oncólogo tratante se le pidió completar un cuestionario describiendo el tratamiento actual del paciente para el dolor, el estado de desenvolvimiento del paciente, y el grado al cual el dolor del paciente podría ser atribuido a la enfermedad subyacente. También se le pidió calificar en una escala de 0 a 10 cómo pensaba que era el nivel de control del dolor del paciente y en qué medida pensaba que el dolor del paciente interfería con la actividad y el sueño.</p> <p>Asumen, por tanto, que la congruencia entre el nivel de dolor reportado por el paciente y el tipo de medicamento analgésico prescrito (su sitio en la escala analgésica) indica un tratamiento apropiado</p>
<p><b>4. ANÁLISIS DE CONTENIDO Y CONCLUSIONES:</b> este artículo satisface el problema y los objetivos sobre las barreras del profesional, ya que más de la mitad de los pacientes con cáncer sufren de dolor significativo, y no son bien controlados en este aspecto.</p> <p>Las razones principales para un control insatisfactorio del dolor por cáncer son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una carencia generalizada de conocimiento por parte de los profesionales en el cuidado de la salud acerca de los métodos establecidos para un control satisfactorio del dolor por cáncer.</li> <li>• Una discrepancia entre el paciente y el médico al considerar la severidad del dolor fue indicador de un control inadecuado del dolor</li> <li>• Una carencia de educación sistemática de los profesionales del cuidado de la salud acerca del control del dolor por cáncer.</li> </ul>

- Una falta de preocupación por los temas que traten con el control de síntomas por la mayoría de instituciones gubernamentales a nivel nacional; potencialmente modalidades que “salven la vida” tienen mayor prioridad que los temas de calidad de vida.
- Temores expresados por la familia inmediata y el público en general por los efectos colaterales, tolerancia, y adicción potencial causada por el uso regular de opioides fuertes.

Hay muy pocos estudios que evalúen el control del dolor en la comunidad.

Un estudio sugirió que muchos médicos y enfermeras que cuidan a pacientes en la comunidad parecen no apreciar la importancia de controlar los síntomas aparte del dolor.

<b>FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL ARTÍCULO: # 4</b>
TÍTULO: Dolor Oncológico: un problema no resuelto.
AUTORES: Piriz Álvarez, Gabriela; Estrago, Virginia; Pattarino, Cristina; Sandar, Teresa
MEDIO DE PUBLICACIÓN: Revista Médica del Uruguay. V. 20. Nº 1. Marzo de 2004 Español Montevideo, Uruguay
TIPO DE INVESTIGACIÓN: Estudio descriptivo, transversal, con modalidad de encuesta. ENFOQUE: Cuantitativo – Cualitativo
POBLACIÓN: Médicos residentes pertenecientes a las especialidades de medicina interna, medicina familiar y comunitaria, y cirugía del Hospital Maciel, en Montevideo, Uruguay. MUESTRA: 58 médicos.
PALABRAS CLAVE: Dolor, Terapia, Quimioterapia, Analgésicos Opioides, Morfina, Neoplasmas.
<p><b>2. APORTES DE CONTENIDO:</b></p> <p>De los médicos encuestados, 73% no conocen las pautas de la Organización Mundial de la Salud (OMS).</p> <p>Los médicos residentes de cirugía no conocen las pautas de la OMS. 63% desconocen que la morfina no tiene dosis máximas; 43% no ha leído ningún artículo sobre el tema en los últimos 3 años, y 29% sólo leyó uno.</p> <p>El origen del control incorrecto del dolor por parte del personal de salud está vinculado a 2 factores principales: carencia en la formación profesional, e influencias culturales.</p> <p>Los motivos expuestos para no utilizar la morfina son: No control del fármaco el 27%, temor a la depresión respiratoria el 22%, falta de oportunidad al 26%</p> <p>Los médicos residentes de medicina familiar tienen mayor conocimiento que el resto de residentes, La OMS, desde 1986, promueve pautas terapéuticas basadas en el uso de la medicación: en forma medida y no a demanda, administrada por VO como primera elección, en forma escalonada, sugiriendo el uso de AINES en el primer escalón, opioides leves en el segundo, y opioides fuertes en el tercero; y coadyuvantes para mejorar el tratamiento del dolor.</p> <p>La vía de administración de la morfina más conocida por los médicos residentes es la parenteral, tanto subcutánea como intravenosa (78% y 73%, respectivamente).</p> <p>La OMS plantea una estrategia con 3 componentes básicos: políticas nacionales a favor del alivio del dolor del cáncer, programas educativos dirigidos al público, al personal de salud y a las autoridades; y reforma de leyes para mejorar la disponibilidad de fármacos (especialmente opioides analgésicos)</p>
<p><b>3. ANÁLISIS METODOLÓGICO:</b> Este artículo es nivel cinco muestra el problema y a la vez una recomendación a las explicaciones del problema. Mediante un cuestionario anónimo y auto-administrado, se realizó una encuesta a 58 médicos residentes del Hospital Maciel, Hospital General de Agudos de Montevideo, Uruguay; dicho cuestionario constaba de 13 puntos, con preguntas de tipo abierto-cerrado. Los datos resultantes fueron analizados en la tabla de contingencia mediante la prueba <math>\chi^2</math>, con un nivel de significancia de 0.05. Del total se respondieron 51 encuestas (88%).</p>
<p><b>4. ANALISIS DE CONTENIDO Y CONCLUSIONES:</b> Este artículo satisface el problema, los objetivos, muestra las barreras del profesional de la salud, y enseñan que se debe seguir las recomendaciones de la OMS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los resultados del presente estudio revelan la existencia de un serio problema en el tratamiento analgésico del paciente con cáncer.</li> <li>• De los médicos residentes, 67% no prescribe la morfina en forma habitual.</li> <li>• Los médicos residentes no son consientes de las guías de la OMS en cuanto a analgésicos y el uso de la morfina.</li> <li>• A nivel de pregrado es necesario incluir explícitamente el tema del alivio del dolor para pacientes con cáncer dentro del programa de las materias clínicas como de farmacología y hacer énfasis en su importancia.</li> </ul> <p>La OMS plantea una estrategia con tres componentes básicos: Políticas nacionales, programas educativas disponibilidad de fármacos.</p>

<b>FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL ARTÍCULO: #5.</b>
TÍTULO: Tratamiento del dolor en los estudios de enfermería.
AUTORES: Sánchez Sánchez, R. M; Pernía, J. V; Calatrava, J.
MEDIO DE PUBLICACIÓN: Revista de la sociedad española del Dolor. V. 12. Nº 2. Narón, La Coruña. Español. Marzo de 2005
TIPO DE INVESTIGACIÓN: Descriptivo. ENFOQUE: Cuantitativo
POBLACIÓN: Estudiantes de Enfermería de Burgos, España. MUESTRA: 55 estudiantes
PALABRAS CLAVE: Conocimientos básicos, Dolor, Enfermería, Analgésicos.
<p><b>2. APORTES DE CONTENIDO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Los alumnos identificaron correctamente a la morfina (100%), codeína (78%) y heroína (92%) como “narcóticos”.</li> <li>➤ La cocaína es considerada por los estudiantes como “narcótico”, de manera errada, quizá debido a la asociación que existe entre narcótico y drogas ilegales.</li> <li>➤ Durante el período de formación en la escuela de enfermería de la muestra, se habla con autoridad de los principios básicos del dolor y se conocen los fundamentos del mismo.</li> <li>➤ Un 90.9% de los estudiantes conocían la existencia de la escalera analgésica de la OMS.</li> <li>➤ Un 89.09% consideraba que el uso de la morfina se debía a ineficacia de los AINE y no al diagnóstico de cáncer o al período agónico.</li> <li>➤ El 100% de los estudiantes consideraba que si el enfermo se quejaba de dolor debían creerle.</li> <li>➤ El papel de la enfermera, en cuanto al dolor se refiere, es sinónimo de administración de fármacos, motivo por el cual se hace necesario iniciarle durante su período de formación en una visión integral del dolor y de su control.</li> <li>➤ Se constata una mejor y adecuada formación de las nuevas generaciones, en principios básicos como tratamiento, farmacología, deben ser prioritarios en la formación de pregrados</li> </ul>
<p><b>3. ANÁLISIS METODOLÓGICO:</b> Este artículo es nivel tres ya que identifica el problema, da explicaciones al fenómeno. Se encuestó a 55 estudiantes (53 mujeres, 2 varones, con edad promedio de 21.33±1,5 años) de tercer curso de la Escuela de Enfermería de la ciudad de Burgos para que respondiera a un cuestionario. Las preguntas se dividieron en dos grupos: el primero trataba de identificar los fármacos narcóticos y diferenciarlos de los que no son narcóticos; el segundo grupo trataba de averiguar los conocimientos básicos en el tratamiento del dolor por parte de los estudiantes. No obstante, el objetivo principal de la encuesta no fue solamente evaluar los conocimientos sobre la farmacología básica de los analgésicos y los principios en el tratamiento del dolor en la escuela de enfermería, sino también informar a los docentes para poder priorizar los conocimientos que deben aportar en dichos estudios.</p>
<p><b>4. ANALISIS DE CONTENIDO Y CONCLUSIONES:</b> Este artículo satisface el problema y los objetivos, Hace falta profundizar en la farmacología fundamental de los analgésicos, lo cual se lograría más fácilmente ampliando su estudio en pregrado. Actualmente hay un cambio hacia un mejor entendimiento y conocimiento de los principios básicos del tratamiento para el dolor en las nuevas enfermeras(os), muestra que se debe reforzar la formación en pregrado con una visión integral del dolor y su manejo.</p>



<b>FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL ARTÍCULO: #6</b>
TÍTULO: Actitudes Y Conocimiento Del Dolor Entre Enfermeras Jefes, Farmaceutas, Y Médicos Sobre El Servicio Oncológico A Pacientes Internos
AUTORES: Ying Xue; Dena Schulman-Green; Cindy Czaplinski; Debra Harris, Ruth McCorkle.
MEDIO DE PUBLICACIÓN: Clinical Journal of Oncology Nursing. Volume 11, Number 5.
TIPO DE INVESTIGACIÓN: Descriptiva, ENFOQUE: cualitativa.
POBLACIÓN: enfermeras, farmaceutas, y médicos trabajando o asociados con unidades de oncología ginecológica y médica de un hospital universitario
PALABRAS CLAVE: Actitudes y conocimiento del dolor por cáncer; enfermeras – farmaceutas – médicos.
<p><b>2. APORTES DE CONTENIDO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Los estimativos de la frecuencia de dolor por cáncer basados en los estudios publicados varían ampliamente de 14%-100%, pero muchos pacientes son afectados</li> <li>➤ La mayoría de estudios acerca del conocimiento del dolor por parte del personal de salud se han enfocado en un solo grupo, tal como enfermeras o médicos.</li> <li>➤ La revisión de la literatura encontró que los personal de salud tienen déficits de conocimiento en el manejo del dolor, especialmente en el área de farmacología opioide.</li> <li>➤ La mayoría de enfermeras (60%) calificaron su educación y capacitación en el dolor por cáncer como aceptable, 20% lo calificaron como pobre, 16% lo calificaron como bueno, y 4% lo calificaron como excelente.</li> <li>➤ La mayoría de enfermeras oncológicas ginecológicas (43%) calificaron su educación y capacitación en el dolor por cáncer como aceptable, 30% lo calificaron como bueno, 17% lo calificaron como pobre, y 9% lo calificaron como excelente.</li> <li>➤ La mayoría de los farmaceutas (53%) calificaron su educación y capacitación en dolor por cáncer como aceptable, 23% lo calificaron como pobre, 18% lo calificaron como bueno, y 6% lo calificaron como excelente. Los farmaceutas no reportaron mucha experiencia trabajando con pacientes con cáncer.</li> <li>➤ Aproximadamente una tercera parte de los médicos evaluaron su educación de pregrado acerca del manejo del dolor como buena, y la mayoría de ellos la calificaron como pobre o aceptable. Ningún médico la calificó como excelente.</li> <li>➤ Las enfermeras, farmaceutas, y médicos consideraban que 50%-60% de los pacientes con cáncer sub-reportaron su dolor.</li> </ul>
<p><b>3. ANÁLISIS METODOLÓGICO:</b> Este artículo es nivel tres por que los autores identifican el problema, hacen relación de variables, plantean algunas soluciones</p> <p>Los investigadores encuestaron una muestra de conveniencia de 96 proveedores de cuidados de salud (Enfermeras, farmaceutas, y médicos) que trabajaban o estaban asociados con unidades oncológicas ginecológicas y médicas de un hospital universitario urbano en el noreste de Estados Unidos.</p> <p>El estudio usó una encuesta de actitudes y conocimiento del dolor que fue empleada previamente por el Programa para el Modelo del Rol para el Dolor por Cáncer de la Iniciativa para el Dolor de Wisconsin. Los autores eligieron la encuesta debido a su contenido práctico y porque ha sido usado ampliamente en Estados Unidos. La encuesta consistió de 36 preguntas con un formato de respuesta cerrada; 4 preguntas están relacionadas con las características de los patrones de práctica de evaluaciones de dolor; 5 están relacionados con actitudes hacia el dolor, y 27 están relacionadas con el conocimiento del manejo del dolor.</p> <p>En la muestra actual, las enfermeras que trabajan en la unidad oncológica tuvieron más exposición a pacientes con cáncer que las enfermeras que trabajaban en la unidad de oncología ginecológica. Los farmaceutas y médicos estaban trabajando en ambas unidades simultáneamente; por tanto, los investigadores no pudieron realizar análisis para los grupos de farmaceutas y médicos por unidad.</p>
<p><b>4. ANÁLISIS DE CONTENIDO Y CONCLUSIONES:</b> este artículo muestra las barreras del profesional de la salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las actitudes de enfermeras, farmaceutas, y médicos hacia el manejo del dolor fueron positivas y consistentes, pero los médicos tuvieron mayor probabilidad que las enfermeras y farmaceutas de creer que los pacientes sobre-reportaban su dolor.</li> <li>• Los farmaceutas y las enfermeras que rutinariamente cuidan a pacientes con cáncer se</li> </ul>

desempeñaron mejor en las preguntas acerca del dolor por cáncer que los médicos y enfermeras con menos oportunidad de cuidar a dichos pacientes.

- Las enfermeras, farmacéutas y médicos necesita educación continuada sobre manejo del dolor.
- El déficit de conocimientos influye en el manejo del dolor en pacientes con cáncer, subrayando la necesidad de que los proveedores de cuidados de salud dominen la evaluación del dolor.
- Los hallazgos indican que los equipos que constan de enfermeras, farmacéutas, y médicos podrían manejar mejor el dolor en pacientes con cáncer que los proveedores individuales ya que varios miembros del equipo podrían contribuir con su experiencia particular a un manejo más eficiente del dolor de los pacientes.

<b>FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL ARTÍCULO: #7</b>
TITULO: Superando Las Barreras En El Control Del Dolor: Una Actualización Del Manejo Del Dolor En China
AUTORES: LIU, Wei; LUO, Ailun; LIU, Huili.
MEDIO DE PUBLICACIÓN: European Journal of Pain Supplements. Hospital Universitario Unión, Beijing, China. Inglés 2007.
TIPO DE INVESTIGACION: Revisión de Estudios, meta-análisis. ENFOQUE: Cuantitativo – Cualitativo.
POBLACION: Pacientes con o sin cáncer que presentan dolor.
PALABRAS CLAVE: Dolor crónico, opioides; manejo del dolor; dolor por causa diferente a cáncer.
<p><b>2. APORTES DE CONTENIDO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ El manejo del dolor aún es un tema crítico en China, ya sea dolor por cáncer y dolor por causa diferente a cáncer.</li> <li>➤ Una guía para uso de opioides en pacientes con cáncer fue publicada en 1991, seguida por la escalera analgésica de tres pasos de la OMS.</li> <li>➤ Después de la Guerra del Opio en 1841, los opioides fueron introducidos a China. Pero los desastres causados por la adicción al opio han exagerado la precaución contra el uso de opioides médicos en la historia reciente de China.</li> <li>➤ En China la proporción de utilización de opioides-fuertes en el control del dolor por cáncer se incrementó de 22.5% a 45.6%. Aproximadamente 62.8% de los pacientes en 1999 tuvieron una percepción negativa de la medicación para el dolor debido al temor de adicción; esta cifra había disminuido a 37.5% en 2005. Sin embargo, las barreras principales para el alivio del dolor por cáncer aún eran temor a adicción (37.5%), temor de efectos colaterales (12.5%) y razones económicas (6.25%).</li> <li>➤ El método más común para alivio del dolor fue la medicación analgésica (94.19%), con enfoques adyuvantes incluyendo fisioterapia (14.08%), medicina tradicional china (19.5%) y tratamiento psicológico (5.99%).</li> <li>➤ En 2004, Wang y cols, investigaron el dolor y la calidad de vida (QOL) en 237 pacientes con cáncer avanzado. Los resultados indicaron que la incidencia de dolor por cáncer en pacientes con cáncer avanzado era del 72.57%.</li> <li>➤ De acuerdo con una investigación sobre actitudes, el conocimiento y la práctica clínica en el dolor por cáncer en profesionales de la salud chinos, hecho en 1999, sólo 17.1% de los trabajadores de la salud consideraban que el control del dolor por cáncer en China estaba de acuerdo con las guías de la escalera de 3-pasos de la OMS.</li> </ul>
<p><b>3. ANÁLISIS METODOLÓGICO:</b> Este artículo es nivel cuatro muestran el problema, identifican variables y plantean algunas soluciones, como en China las principales barreras para el manejo del dolor incluyen razones históricas, diferencias entre la filosofía china y la de los países orientales, políticas gubernamentales de alivio del dolor y disponibilidad de medicamentos, temor de los pacientes a una adicción y efectos colaterales, y carencia de conocimiento por parte de los profesionales sobre el control del dolor, se revisó lo que el gobierno ha hecho para lograr acercamientos para propiciar el tratamiento del dolor por cáncer incluyendo ajuste de la política nacional para control de narcóticos, aprobación de nuevos analgésicos opioides para la venta y distribución, incremento de los volúmenes de fabricación de opioides, y procedimientos agilizados para que los hospitales obtengan suficientes opioides. Al mismo tiempo se revisó el tema en torno a la educación y capacitación de profesionales médicos sobre control del dolor. Los autores del artículo revisan los estudios hechos acerca de las actitudes, el conocimiento y la práctica clínica en el dolor por cáncer en pacientes, profesionales y por parte del gobierno. En cuanto al dolor producido por causas ajenas al cáncer, un estudio hecho en Beijing reclutó 1006 hombres y 1500 mujeres con edades superiores a los 60 años, e investigó la prevalencia de la osteoartritis de rodilla y el dolor de rodilla.</p>
<p><b>4. ANALISIS DE CONTENIDO Y CONCLUSIONES:</b> De acuerdo con el estudio se concluye que en China:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las barreras para el control del dolor provienen de los pacientes, de los profesionales de la salud y del gobierno.</li> <li>• Aunque el manejo del dolor ha mejorado enormemente en la última década, el control del dolor crónico está enfrentando un reto serio.</li> <li>• El temor a la adicción y los efectos colaterales del medicamento aún son las barreras principales para la medicación para el dolor.</li> <li>• En China, el consumo de morfina ha incrementado gradualmente, pero aún permanece en un nivel bajo con base en el número de muertes por cáncer por año, especialmente comparado con los países en</li> </ul>

desarrollo.

- El dolor es visto como una enfermedad en la medicina tradicional china (MTC) en lugar de sólo un síntoma. La MTC ha probado ser un tratamiento útil, con una buena relación costo-eficacia para los pacientes que sufren de dolor crónico.
- La educación continuada detallada acerca del uso apropiado de los analgésicos, tales como la titulación de la dosis, el tratar con los efectos colaterales, distinguir los conceptos de tolerancia, y el retiro y dependencia psicológica deberán ser una prioridad.
- El uso medicinal de hierbas es la forma más antigua de cuidado de la salud. Actualmente, aprox. 80% de la población del mundo se beneficia de remedios tradicionales.
- La ayuda financiera deberá instaurarse en un futuro cercano para los pacientes que requieran de medicamentos para el dolor.
- Una mejor educación a los pacientes y una investigación más activa en la nueva analgesia y los nuevos mecanismos de acción también beneficiarían la práctica del manejo del dolor.

Por los resultados de este estudio satisface el problema y los objetivos, además utilizan unas buenas bases para solucionar las barreras del profesional de la salud, como las guías de la OMS.

<b>1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL ARTÍCULO: #8</b>
<b>TÍTULO:</b> Superando Las Barreras Para El Manejo Del Dolor Por Cáncer: Un Modelo De Cambio Institucional
<b>AUTORES:</b> CHIH-YI SUN, Virginia; BORNEMAN, Tami; FERRELL, Betty; PIPER, Barbara; KOCZYWAS, Marianna; CHOI, Kyong.
<b>MEDIO DE PUBLICACIÓN:</b> Journal of Pain and Symptom Management. Clínica de Cuidado Ambulatorio Adulto de Oncología Médica en un centro de cáncer integral Estados Unidos octubre 2007.
<b>TIPO DE INVESTIGACIÓN:</b> Prueba clínica longitudinal, prospectiva <b>ENFOQUE:</b> Cualitativo
<b>POBLACIÓN:</b> pacientes con cáncer con un diagnóstico de cáncer de mama, de pulmón, de colon, o de próstata que reportaron una calificación de dolor de $\geq 4$ <b>MUESTRA:</b> 100 sujetos.
<b>PALABRAS CLAVE:</b> Dolor, barreras, calidad de vida.
<b>2. APORTES DE CONTENIDO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La mayoría de los sujetos era caucásicos, tenían un diagnóstico de cáncer de mama, y estaban recibiendo actualmente quimioterapia.</li> <li>➤ Este artículo reporta sobre los hallazgos pre-intervención relacionados con las barreras para el manejo del dolor.</li> <li>➤ La mayoría de los sujetos tuvieron un dolor moderado (4-6 en una escala numérica de 0-10) al momento del reclutamiento.</li> <li>➤ En términos de variables específicas de la enfermedad, la muestra incluyó 57% de pacientes con cáncer de mama, 24% con cáncer de colon, 16% con cáncer de pulmón, y 8% con cancer de próstata.</li> <li>➤ En términos de manejo farmacológicos, 5.2% de los sujetos recibieron medicamentos anti-inflamatorios no-esteroides (AINES). 60% de los pacientes estaban con opioides de corta-acción y 26% estaban recibiendo opioides de larga acción. Igualmente, sólo 26% de los pacientes tenían un régimen intestinal prescrito.</li> <li>➤ Existían barreras del paciente para el manejo del dolor en las actitudes y en el conocimiento considerando la adicción, la tolerancia, y el no ser capaz de controlar el dolor, en un 56%.</li> <li>➤ Las barreras de los profesionales y del sistema se enfocaron en el monitoreo, documentación, re-valoración, y seguimiento del dolor era muy limitado el 7,9%.</li> <li>➤ El puntaje total para la Herramienta de Conocimiento del Dolor del Paciente fue 73% correcto, lo cual fue bastante alto. Los sujetos tenían el mayor conocimiento en ítems como métodos para evitar constipación, el uso de una escala de dolor, los dos tipos de dolor, y otros efectos colaterales comunes de los medicamentos para el dolor.</li> <li>➤ Los pacientes son reacios a reportar su dolor por razones que incluyen temor de los efectos colaterales, fatalismo acerca de la posibilidad de lograr un control del dolor, temor de distraer a los médicos del tratamiento para el cáncer, y la creencia que el dolor es indicador del progreso de la enfermedad, en un 23%</li> <li>➤ Los médicos, enfermeras, y otros miembros del equipo interdisciplinario a menudo fallan en evaluar adecuadamente el dolor del paciente o en reconocer las barreras del paciente.</li> <li>➤ Los profesionales carecen del conocimiento de los principios de alivio del dolor, el manejo de efectos colaterales, o el entendimiento de los conceptos clave como adicción, tolerancia, dosificación, y comunicación.</li> <li>➤ Las barreras del sistema incluyen estructuras legales y reguladoras que interfieren con el suministro del cuidado óptimo, como también el reembolso inadecuado para servicios por dolor.</li> <li>➤ Las barreras del sistema pueden ser internas, tales como remisiones a servicios de cuidado de apoyo, o externas, como limitaciones de reembolso y regulación.</li> <li>➤ Se intentará eliminar estas barreras mediante educación intensiva al paciente e interacción con el profesional usando el modelo innovador "Pasaporte a la Comodidad".</li> </ul>
<b>3. ANALISIS METODOLÓGICO:</b> Este artículo es nivel tres, identifican el problema, las variables, y hacen relación entre ellas, reporta sobre los resultados de la Fase I de uno de los proyectos apoyados por esta iniciativa del INC y realizado en un centro de cáncer integral designado por el NCI para probar los efectos de una intervención sobre el manejo del dolor y la fatiga. La fase II de esta iniciativa intentará eliminar esas barreras usando la intervención del "Pasaporte" para manejar el dolor por cáncer. La Fase II (Intervención de Alta Intensidad) comenzó con las dos sesiones educativas intensivas del personal de oncología médica sobre la evaluación y manejo del dolor y la fatiga. Los pacientes en Fase II reciben cuatro sesiones educativas individuales sobre la evaluación y manejo del dolor y la fatiga. Un paquete educativo que contiene información sobre el dolor y la fatiga es suministrado a los sujetos y se basa en las guías de la NCCN. Un total de 100 sujetos fueron reclutados para la Fase I. De los 100 sujetos, 83 tenían datos completos que fueron evaluables. De los 83 sujetos con datos evaluables, 38 cumplieron los criterios para tener dolor de moderado a severo ( $\geq 4$ ) al momento del reclutamiento. La Fase II será una Intervención de Alta Intensidad en la cual la educación al paciente y al profesional, como también auditoría por colegas y retroalimentación, serán implementadas para manejar las barreras. La fase III será una Intervención de Apoyo de Baja Intensidad, durante la cual la intervención será pasada a un modelo de cuidado más realista en entornos clínicos de modo que pueda ser duplicado y mantenido después de que el proyecto concluya. Los criterios de elegibilidad incluyeron un diagnóstico de cáncer de mama, colon, pulmón, o próstata, tiempo desde el diagnóstico de al menos un mes, y pronóstico esperado de seis meses o más, y calificación del dolor subjetivo de $\geq 4$ (dolor moderado a severo) en una escala numérica de 0-10 (0= sin dolor; 10 = peor dolor imaginable).

Todas las mediciones de resultado fueron repetidas después al cabo de un mes y a los tres meses. La Herramienta de Tratamiento de Datos y Demografía fue diseñada para capturar las variables claves de tratamiento y de la enfermedad de importancia en la descripción de la población y para análisis de las variables influyentes.

Otras variables, tales como medicamentos actuales, co-morbilidades, y Escala de Desempeño de Karnofsky (KPS) fueron obtenidas al inicio y durante las evaluaciones de seguimiento.

Una lista detallada de los medicamentos también se obtuvo en las evaluaciones de seguimiento para capturar los tipos de medicamentos para el dolor suministrado a los pacientes.

La Herramienta de Calidad de Vida del Paciente de Ciudad de la Esperanza (COH QOL) es una herramienta multidimensional de 45 ítems que abarca cuatro áreas del bienestar físico, psicológico, social y espiritual basado en el modelo conceptual de QOL desarrollado por los investigadores.

El Cuestionario de Barreras II (BQ-II) fue desarrollado por Ward y cols para medir las barreras reportadas por el paciente para manejo del dolor. Un análisis de validez de términos significativos ( $t=-2.16$ ,  $P<0.05$ ) y un análisis de factor revelaron cuatro factores: 1) efectos fisiológicos, 2) fatalismo, 3) comunicación, y 4) efectos nocivos.

El BQ-II total tiene un coeficiente alfa de confiabilidad de coherencia interna de 0.89 ( $n=134$ ) y un rango de 0.75-0.85 para las subescalas. El puntaje promedio para la escala total fue 1.53 ( $DE=0.73$ ).

La Herramienta de Conocimiento del Dolor del Paciente fue hecha por los investigadores con base en las Guías del Dolor de la NCCN. Este cuestionario de 15 ítems fue usado como una evaluación del conocimiento y creencias del paciente. Las preguntas se hicieron a los sujetos para identificar si cada declaración considerando el dolor era verdadera o falsa.

La Herramienta de Revisión de Tabla del Dolor comparó las recomendaciones de las Guías de Dolor de la NCCN con el cuidado actual ofrecido y sirvió como la medición primaria para identificar las barreras personales y del sistema para el manejo del dolor.

**4. ANALISIS DE CONTENIDO Y CONCLUSIONES:** Este artículo satisface el problema al igual los objetivos.

- Las barreras para un alivio óptimo del dolor fueron clasificadas en tres categorías: barreras del paciente, del profesional, y del sistema.
- Los sujetos que actualmente estaban recibiendo quimioterapia fueron reacios a comunicar su dolor con los profesionales de la salud.
- Los resultados indican que el origen étnico de los sujetos, el nivel educativo, la preferencia religiosa, el estado marital, y el diagnóstico de cáncer no afectaron las barreras para el manejo del dolor para esta muestra.
- En este estudio, se encontró que los sujetos que están recibiendo actualmente tratamiento activo con quimioterapia eran más reacios a comunicar su experiencia de dolor a sus profesionales del cuidado de la salud.
- Las futuras intervenciones para el dolor con pacientes con cáncer, particularmente aquellos en tratamiento activo, deberán manejar y facilitar la comunicación de síntomas entre el paciente y los profesionales del cuidado de la salud.
- Los resultados relacionados con las barreras del profesional y del sistema indican que se necesita mucha mejora en el monitoreo, reevaluación, y evaluaciones de seguimiento del dolor.
- La utilización apropiada de los analgésicos opioides de larga acción versus los de corta acción y un régimen intestinal agresivo para evitar constipación relacionada con los opioides son necesarios para un alivio óptimo del dolor.
- Enseñan que para solucionar las barreras de los profesionales de la salud, se deben centrar en una educación intensiva al paciente y al profesional de la salud.