



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

Título:

***Proyecto educativo: Estrategias de
manejo del dolor en personas mayores
con demencia en Cuidados Paliativos.***

Alumno: Celia Sánchez Cano

Director: Carlos Valencia Rodríguez

Madrid, 25 abril de 2025

Índice

Resumen	4
Abstract	5
1. Presentación	6
2. Estado de la cuestión	7
2.1. Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema	7
2.2. El dolor como problema de salud	9
2.2.1. Fisiopatología del Dolor	9
2.2.2. Tipos de Dolor	12
2.2.3. Tratamiento del Dolor	14
2.2.4. Epidemiología del Dolor	15
2.3. La demencia como problema de salud	16
2.3.1. Fisiopatología de la demencia	17
2.3.2. Epidemiología de la demencia.....	21
2.4. Afectación del dolor en personas mayores con demencia	22
2.5. Abordaje en cuidados paliativos	24
2.6. Justificación	26
3. Proyecto Educativo	27
3.1. Población y Captación	27
3.1.1. Población Diana	27
3.1.2. Captación	27
3.2. Objetivos	28
3.2.1. Objetivo General	28
3.2.2. Objetivo Específico.....	28
3.3. Contenidos	29
3.4. Sesiones, Técnicas de Trabajo y Utilización de materiales	30
3.4.1. Planificación General de las Sesiones.....	30

3.4.2.	Técnicas.....	35
3.4.3.	Recursos.....	37
3.5.	Sistemas de Evaluación.....	37
3.5.1.	Evaluación de la Estructura y Proceso.....	37
3.5.2.	Evaluación de Resultados.....	38
3.6.	Cronograma.....	39
4.	Bibliografía.....	40
5.	Anexos.....	44

Resumen

Este Trabajo de Fin de Grado se centra principalmente en el desarrollo de un proyecto educativo dirigido a enfermeros de unidades de Cuidados Paliativos con el fin de mejorar el manejo del dolor en pacientes mayores con demencia.

La correcta identificación y tratamiento del dolor en esta población es a día de hoy considerado como un desafío, debido a las dificultades de comunicación que presentan estos pacientes. Esto puede acabar derivando en un incorrecto control del síntoma, así como en un deterioro significativo de su calidad de vida.

El estudio realizado, aborda inicialmente la fisiopatología tanto del dolor como la demencia, patologías sobre las que gira esta investigación, así como su impacto en la salud pública de ambas. Por otra parte, se destaca la necesidad del empleo de herramientas específicas para la evaluación del dolor en personas que presenten un deterioro cognitivo, usando la escala PAINAD, y se revisan estrategias farmacológicas y no farmacológicas disponibles.

Atendiendo a la parte del proyecto educativo, en este se diseñan e implementan varias sesiones formativas en dos hospitales universitarios de Madrid, dirigidas a enfermeros que se encuentren trabajando en unidades de Cuidados Paliativos. Este programa consta de 4 sesiones clínicas que combinan exposiciones teóricas con actividades prácticas, incluyendo *role-play* y análisis de casos clínicos.

Con este proyecto se espera conseguir el objetivo de adquirir, por parte de los asistentes, una serie de conocimientos a cerca de la identificación del dolor en personas con demencia, el uso de herramientas de evaluación adecuadas, así como el fortalecimiento de la comunicación efectiva en el equipo multidisciplinar.

En conclusión, este trabajo pone en valor la relevancia de la educación en el ámbito sanitario para optimizar la atención de los pacientes mayores con demencia, promoviendo estrategias eficaces para garantizar su bienestar en las etapas finales de la vida.

Palabras clave: demencia, persona mayor, cuidados paliativos, dolor, control del dolor.

Abstract

This Final Degree Project focuses mainly on the development of an educational project aimed at nurses in Palliative Care units in order to improve pain management in elderly patients with dementia.

The correct identification and treatment of pain in this population is currently considered a challenge, due to the communication difficulties that these patients present. This may end up resulting in an incorrect control of the symptom, as well as in a significant deterioration of their quality of life.

The study initially addresses the pathophysiology of both pain and dementia, pathologies on which this research revolves, as well as its impact on public health of both. On the other hand, it highlights the need for the use of specific tools for the assessment of pain in people with cognitive impairment, using the PAINAD scale, and reviews pharmacological and non-pharmacological strategies available.

As for the educational part of the project, several training sessions were designed and implemented in two university hospitals in Madrid, aimed at nurses working in palliative care units. This program consists of 4 clinical sessions that combine theoretical presentations with practical activities, including role-play and analysis of clinical cases.

With this project we hope to achieve the objective of acquiring, by the attendees, a series of knowledge about the identification of pain in people with dementia, the use of appropriate assessment tools, as well as strengthening effective communication in the multidisciplinary team.

In conclusion, this work highlights the relevance of education in the health care setting to optimize the care of elderly patients with dementia, promoting effective strategies to ensure their welfare in the final stages of life.

Key words: dementia, elderly person, palliative care, pain, pain management.

1. Presentación

El dolor en la demencia es un tema del que todos sabemos muy poco, es por ello por lo que este tema es sobre lo que gira mi trabajo de fin de grado, con ello quiero intentar que los profesionales tomen conciencia de la importancia que tiene una correcta detección de esta patología, el dolor, en los momentos más vulnerables de nuestros pacientes como es en sus últimos días.

Así mismo, he de decir que el área de cuidados paliativos es de especial importancia para mí, no solo por su impacto en la calidad de vida del paciente, sino también porque considero que ofrece una atención integral, que abarca desde el bienestar emocional hasta la dignidad en el final de la vida, es por esto por lo que lo podríamos considerarla como la rama de la enfermería que más se centra en el cuidado al paciente. Dicho esto, debemos entender que es fundamental tener una visión clara sobre como identificar el dolor en aquellas personas que presentan alguna dificultad para expresarse, en este caso, por presentar demencia.

Además, este tema tiene un significado personal para mí, mi abuelo, en sus últimos momentos, tuvo principios de Alzheimer, y fui testigo de lo desafiante que puede ser aliviar el sufrimiento en personas con demencia, especialmente cuando tienen dificultades para expresar su dolor. Esa experiencia despertó en mí la vocación por esta profesión, además de querer profundizar en estrategias que permitan ofrecer un mejor manejo del dolor en estos pacientes, asegurando que reciban la atención que merecen, incluso cuando no pueden comunicar lo que sienten.

Por todo esto, considero que una correcta gestión del dolor en cuidados paliativos puede marcar una gran diferencia en lo que respecta a la calidad de vida de los pacientes, así como en el apoyo a sus familias.

2. Estado de la cuestión

2.1. Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema

En este Trabajo de Fin de Grado y en especial en este apartado, el Estado de la Cuestión, se van a abordar 3 diferentes temas clave como son: el dolor, la demencia y el papel de los cuidados paliativos.

Así mismo, es importante mencionar que ambas patologías (dolor y demencia) serán el centro de este estudio, las cuales estarán enfocadas siempre a las personas mayores.

Por lo tanto, este estudio se basa especialmente en dar una explicación a las patologías principales, el dolor junto con la demencia, dando argumentos sobre la fisiología y epidemiología de cada una de ellas, tanto de forma independiente como el conjunto, centrándonos en todo momento en el sujeto de estudio, la persona mayor. A su vez, cobra importancia el papel de la enfermera de Cuidados Paliativos a la hora de manejar estas enfermedades en los pacientes en situaciones tan delicadas como son el final de la vida.

Para poder realizar y llevar a cabo la elaboración de este Trabajo de Fin de Grado, ha sido necesario realizar una búsqueda exhaustiva de información en diferentes bases de datos se nos ha proporcionado en la Universidad Pontificia de Comillas:

A. PubMed:

PALABRAS CLAVE	DOCUMENTOS OBTENIDOS	DOCUMENTOS SELECCIONADOS
(dementia) AND (pain)	1.730	7
(control pain) AND (people with dementia)	679	3
(manejo dolor) AND (enfermería) AND (dementia)	1	1

Tabla 1. PubMed

B. EBSCO

En la estrategia de búsqueda, en este caso se empleó el filtro de “5 años”.

PALABRAS CLAVE	DOCUMENTOS OBTENIDOS	DOCUMENTOS SELECCIONADOS
(dementia) AND (palliative care)	6.433	9

Tabla 2. EBSCO

C. CINAHL

PALABRAS CLAVE	DOCUMENTOS OBTENIDOS	DOCUMENTOS SELECCIONADOS
(dementia patients or people with dementia) AND (elderly or aged or older or elder or geriatric) AND (control pain)	49	8

Tabla 3. CINAHL

En resumen, los términos más empleados en la búsqueda bibliográfica que se encuentran relacionados con el tema de este Trabajo de Fin de Grado se corresponden con: “*dementia*”, “*pain*”, “*control pain*”, “*enfermería*”, “*elderly*”, “*people with dementia*”, “*palliative care*”, “*manejo del dolor*”, “*dementia patients*”, “*aged*”, “*olde*”, “*geriatric*”. Para ello se han empleado los términos Medical Subject Headings (MeSH) y los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS).

DeCS	MeSH
<i>Demencia</i>	<i>Dementia</i>
<i>Dolor</i>	<i>Pain</i>
<i>Control del dolor</i>	<i>Control Pain</i>
<i>Cuidados Paliativos</i>	<i>Palliative Care</i>
<i>Persona con demencia</i>	<i>People with dementia</i>
<i>Pacientes con demencia</i>	<i>Dementia patients</i>
<i>Enfermera</i>	<i>Nurse</i>
<i>Anciano</i>	<i>Elderly</i>

Tabla 4. Terminología búsqueda de datos

2.2. El dolor como problema de salud

El dolor puede ser comúnmente definido de múltiples formas, sin embargo en todas ellas se destaca siempre la característica principal, “*sensación desagradable*”, aun así, es importante tener en cuenta la definición aportada por La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), la cual lo expresa como una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial. (1)

El dolor está considerado como un problema de Salud Pública a nivel mundial, siendo éste la causa más frecuente de consulta médica, esto es así, pues cerca de más del 100% de la población ha experimentado el dolor en algún momento de su vida. (1,2)

2.2.1. Fisiopatología del Dolor

Para poder entender el dolor debemos reconocer y entender que no todos los dolores son iguales y por tanto, cada paciente lo experimenta de formas distintas. (3)

El dolor se origina a consecuencia de factores lesivos o potencialmente lesivos hacia los tejidos, los cuales son detectados por los receptores sensitivos específicos, comúnmente conocidos como nociceptores, los cuales se denominan fibras C y A δ . (4)

En función del tipo de nociceptor, se puede percibir un umbral del dolor distinto, ya que este no es constante y viene a depender del tejido en el que se encuentre: (5)

- **CUTÁNEOS:** en este tejido se encuentran los receptores que presentan un umbral de estimulación elevado, activándose únicamente en presencia de estímulos intensos y no presentan actividad ante la ausencia del estímulo doloroso.
 - **Nociceptores A δ** , presentes en la dermis y epidermis. Se corresponden con fibras mielínicas con alta velocidad de conducción, sensibles únicamente a estímulos mecánicos.
 - **Nociceptores C**, se localizan específicamente en la dermis. Estos receptores, en cambio, se corresponden con fibras amielínicas de conducción lenta, las cuales responden a estímulos mecánicos, químicos, térmicos y sustancias liberadas durante el daño tisular.

- **MÚSCULO-ARTICULARES**, en estos debemos de diferenciar entre:
 - **En el músculo**, los nociceptores A δ se activan frente a contracciones musculares mantenidas, mientras que los nociceptores C responden a estímulos como presión, calor e isquemia muscular.
 - **En las articulaciones**, ambos nociceptores se encuentran en la capsula articular, ligamentos, periostio y tejido graso, sin embargo, estos no están presentes en el cartílago.

- **VISCERALES**: en este tejido la mayoría de los receptores que podemos encontrar se corresponden con fibras amielínicas, los cuales se clasifican en dos tipos:
 - **De alto umbral**: se activan únicamente ante estímulos intensos que resultan nocivos.
 - **Inespecíficos**: pueden responder tanto a estímulos inocuos como a estímulos nocivos.

Estos receptores del estímulo nocivo, nociceptores, trabajan dando respuestas selectivas a estos estímulos, debido a que se corresponden con terminaciones nerviosas libres que finalizan en las capas superficiales del asta posterior de la médula espinal. Siendo en este punto donde los neurotransmisores (glutamato, sustancia P y péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP)) son liberados para así transmitir el mensaje. (4)

Algunas de las sustancias anteriores, junto con otras como iones (H⁺ y K⁺), aminas (serotonina, adrenalina e histamina), citocinas, cininas, prostaglandinas y leucocitos, son capaces de activar de forma directa al nociceptor o de modificar la sensibilidad de este frente a diferentes agentes.

En relación con la activación-desactivación de los nociceptores, ésta ocurre como consecuencia de diferentes modificaciones en la membrana neuronal, los cuales suelen ser en su mayoría calcio-dependientes.

Por otra parte, se han identificado cuatro tipos de receptores según la sustancia que los activa y el efecto celular que desencadenan. (5)

RECEPTOR	SUST. ESTIMULADORA	EFEECTO
TIPO I	H+ Serotonina Glutamato GABA-A	EXCITACIÓN
	GABA-B Opioides Adenosina α 2adrenérgico Somatostatina	INHIBICIÓN PRESINAPTICA
TIPO II	Bradicinina Histamina Eicosanoides PGE2 Serotonina	EXCITACIÓN SENSIBILIZACIÓN
TIPO III y IV	Factor Crecimiento Nervioso (NFG)	MODIFICACIÓN EXPRESIÓN GENETICA

Tabla 5. Modulación de los nociceptores (5)

En cuanto a la estimulación del receptor presináptico, se deben distinguir dos situaciones:

- ***Estimulación inicial de un nociceptor no sensibilizado previamente.***
- ***Estimulación nociceptiva en presencia de una lesión inflamatoria,*** los cuales provocan la liberación de mediadores químicos y es típica de procesos lesivos más prolongados.

En este segundo caso, se desarrollan fenómenos de sensibilización e hiperalgesia periférica, los cuales alteran el estado basal del nociceptor, modificando su respuesta habitual ante un estímulo.

Es necesario que se tenga en cuenta que los estímulos nociceptivos no solo producen la activación de señales dolorosas, sino que también desencadenan mecanismos de inhibición en niveles periféricos, espinales y supra espinales.

Estos mecanismos inhibitorios se encuentran en el asta dorsal de la médula espinal, donde participan neuronas intrínsecas inhibitorias y fibras descendentes provenientes de estructuras supra espinales. (5)

2.2.2. Tipos de Dolor

Atendiendo a la clasificación del dolor, éste lo podemos catalogar de diversas maneras en función de diversos factores: (1)

- **Según su duración:** en relación con esta clasificación es importante distinguir entre dolor agudo y crónico, puesto que la fisiopatología de cada uno de estos tipos es destacablemente diferente (3), por lo tanto si tratamos un dolor crónico como agudo es inevitable el fracaso.
 - **Agudo:** presenta una duración limitada, en la cual suele estar presente un componente psicológico mínimo.
Este tipo de dolor es característico de dolor musculoesquelético asociado a fracturas patológicas, dolor neuropático o perforaciones de una víscera hueca.
 - **Crónico:** presenta una duración indefinida, donde frecuentemente se encuentra acompañado de un importante componente psicológico.
Este tipo de dolor suele estar presente en pacientes con algún tipo de cáncer.
- **Según su patogenia:** para poder detectar y tratar alguno de estos tipos de dolor es necesario conocer y diferenciar las características existentes entre cada uno de ellos.
 - **Neuropático:** generalmente suele estar caracterizado por ser punzante o quemante, acompañado de síntomas como parestesias, disestesias, hiperalgesia, hiperestesia y alodinia. Suele estar causado por la estimulación directa del sistema nervioso central o por lesiones en vías nerviosas periféricas.
Dentro de los ejemplos más claros para poder entender este tipo de dolor, se incluyen, plexopatías braquial o lumbosacra post-irradiación, neuropatías periféricas tras quimioterapia o radioterapia y compresión medular.
 - **Nociceptivo:** este tipo de dolor generalmente es conocido como el más común, el cual se divide a su vez en:
 - **Somático:** está relacionado con tejidos como músculos, huesos y articulaciones.
 - **Visceral:** en cambio este tipo, está vinculado a órganos internos o partes blandas.

Ambos dos se explicarán de forma detallada más adelante.

- **Psicógeno:** suele estar caracterizado por la necesidad continuada de analgesia con una efectividad limitada en el control del dolor.
Este tipo de dolor esta influenciado por factores psicosociales que rodean al individuo.
- **Según su localización:** debemos de ser conscientes entre la distinción principal entre:
 - **Somático:** se caracteriza por ser un dolor bien localizado, de carácter punzante, que puede llegar a irradiarse siguiendo trayectos nerviosos.
Es aquel que proviene de la activación anormal de nociceptores ubicados en estructuras superficiales o profundas, las cuales se corresponden con la piel, tejidos musculoesqueléticos y vasos sanguíneos.
Su ejemplo más claro estaría relacionado con el dolor óseo asociado a metástasis.
 - **Visceral:** se reconoce por ser un dolor mal localizado, continuo y profundo, con posibilidad de irradiarse a zonas distantes del punto de origen.
Este tipo de dolor surge de la activación anormal de nociceptores en órganos internos, acompañándose a menudo de síntomas neurovegetativos.
Sus ejemplos más claros son aquellos que incluyen dolores cólicos, metástasis hepáticas y cáncer pancreático.

En ocasiones podemos encontrar pacientes que se refieran a un **dolor referido**, este no es otro que aquel que indica la existencia del daño en una zona lejana pero que presenta relacion con otro punto de origen, es decir, es una extensión de la sensación dolorosa. (6)

- **Según el curso:** es importante reconocer el dolor ante el que nos encontramos en función del curso que presenta este.
 - **Continuo:** se considera como aquel dolor duradero, que no desaparece a lo largo del día.
 - **Irruptivo:** se refiere a una exacerbación transitoria del dolor en pacientes que tienen un control adecuado del dolor de base. En contraposición, es importante mencionar la existencia del **dolor incidental**, el cual es considerado como un subtipo de dolor irruptivo que aparece como consecuencia de movimientos o acciones voluntarias del paciente.
- **Según la intensidad:** cada dolor es distinto, debiendo reconocer si se trata de un dolor leve, moderado o severo.

2.2.3. Tratamiento del Dolor

Las opciones terapéuticas para el tratamiento del dolor se pueden dividir en farmacológicas y no farmacológicas, pudiendo emplearse de forma aislada o conjunta, en función del dolor que se presente.

Atendiendo a la primera opción terapéutica mencionada, es necesario conocer que esta a su vez se va a dividir en gran medida en analgésicos no esteroideos y analgésicos opioides. (3)

- **Analgésicos no esteroideos:** en este grupo encontramos a los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y el paracetamol, entre los más utilizados.

El mecanismo de acción de los AINE consiste en la inhibición de las ciclooxigenasas (COX), esto a su vez produce una reducción en la liberación de prostaglandinas (PG), las cuales desempeñan una importante función en la modulación del dolor agudo, aunque su relevancia disminuye con respecto al manejo del dolor crónico. (3)

Por otra parte, atendiendo al mecanismo de acción del paracetamol, este no se encuentra completamente aclarado. Por un lado, inhibe una variante de COX 2 en el SNC, reduciendo así la síntesis de prostaglandinas, sin embargo esta acción es débil y no se la considera responsable de la mayoría de su efecto analgésico; por eso, no tiene prácticamente, a diferencia de los AINE, acción antiinflamatoria.

Su efecto analgésico se realiza a nivel de sistema nervioso central, es por eso por lo que es un analgésico central, y se ha publicado su acción sobre el sistema de los endocannabinoides así como su potenciación del efecto de la serotonina. Además de esto, se ha visto que tiene una acción directa sobre las sinapsis de la médula espinal.

En cualquier caso, su mecanismo de acción no es todavía completamente conocido. (7)

- **Analgésicos opioides:** este grupo de analgésicos se considera como adicionales a los AINE/paracetamol cuando estos últimos no son efectivos para controlar el dolor.

Los opiáceos son agonistas de las endorfinas, u opiáceos endógenos, neurotransmisores peptídicos cuyos circuitos inhiben potentemente las vías del dolor, especialmente las del sufrimiento, así como proporcionan sedación e inhiben la respiración.

Atendiendo al mecanismo de acción de estos, consiste en interactuar con

receptores endógenos, principalmente mu, Kappa y delta, los cuales pertenecen a la familia de receptores acoplados a proteínas Gi/o, la activación de esta produce la inhibición de la adenilatociclasa, reduciendo la producción de AMPc, lo cual a su vez, promueve la apertura de los canales de potasio y el cierre de canales de calcio presináptico. Ambas acciones combinadas dan como resultado la disminución de la excitabilidad neuronal.

Generalmente, se ha clasificado a esta familia de fármacos en opioides débiles y fuertes, siendo el opioide de referencia la morfina.

Para llegar a conocer el tratamiento ideal, debemos entender que no todos los dolores responden de la misma forma a los fármacos, es por ello por lo que es necesario conocer que dolores presentan una buena respuesta a cada medicamento. (1)

- Dolor visceral y somáticos responden de forma correcta a los opiáceos.
- Dolor óseo y de compresión de nervios periféricos presentan una respuesta parcialmente sensible a los opiáceos.
- Dolor por espasmo de la musculatura estriada y dolor por infiltración-destrucción de nervios periféricos tienen una respuesta escasa a los opiáceos.

Por otra parte, centrándonos en las opciones terapéuticas no farmacológicas, debemos saber que la fisioterapia/rehabilitación juega un papel fundamental a la hora del manejo del dolor musculoesquelético, puesto que se puede apoyar al paciente mediante tratamientos farmacológicos o intervencionistas, pero si no se lleva a cabo una adecuada rehabilitación, es probable que el alivio sea de corta duración.

Entre las medidas físicas recomendadas se incluyen la aplicación de calor o frío local, así como la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea y los masajes, todas estas técnicas pueden realizarse fácilmente en los domicilios, por lo tanto resultan de gran utilidad.

2.2.4. Epidemiología del Dolor

Hoy en día, en general, el dolor es considerado como un problema de salud pública que presenta características epidémicas, esto es debido al número de personas afectadas y las alteraciones que genera en los individuos que lo padecen.

Describir el dolor como un problema de salud pública implica analizar su distribución según las variables epidemiológicas básicas: tiempo, lugar y persona.

Además, es fundamental identificar los distintos factores asociados a su aparición para comprender su dinámica dentro de una población.

El dolor tiene un impacto significativo en la calidad de vida de quienes lo padecen, afectando su estado de ánimo, personalidad y relaciones sociales. Por otra parte provoca fatiga, limita la función física general y dificulta la realización de las actividades de la vida diaria (AVD).

A través de diferentes estudios se ha podido identificar la prevalencia del dolor en relación con diferentes partes del cuerpo dentro de la población general, obteniendo cifras que varían entre el 13,8% y el 63% cuando el periodo de análisis es inferior a un mes. En relación con el dolor musculoesquelético, el más común es el dolor lumbar, presentando una incidencia que oscila entre el 19% y el 21%. (2,8)

2.3. La demencia como problema de salud

Etimológicamente, la palabra "demencia" proviene del latín y está formada por el prefijo "de-" (que indica ausencia o privación), el término "*mens*" (mente) y el sufijo "-ia" (que denota condición o estado). En conjunto, su significado hace referencia a un estado de pérdida o ausencia de la capacidad mental. (9)

Es por esto por lo que podemos definir a la demencia como un síndrome caracterizado por un deterioro cognitivo persistente, el cual interfiere con la capacidad del individuo para desempeñar sus actividades profesionales o sociales.

Este deterioro tan característico, no está relacionado con alteraciones en el nivel de conciencia del individuo, como ocurre en el caso del delirio, sino que la demencia es causada por una enfermedad que afecta al sistema nervioso central.

La demencia puede ser consecuencia de diversas enfermedades, aunque su curso pueda ser lento, progresivo e irreversible, en algunos casos puede presentarse de manera aguda o subaguda y ser irreversible en caso de poder tratar la causa subyacente. (9)

Por otra parte, atendiendo al tratamiento de los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia sigue siendo un desafío significativo, esto es debido, en gran parte, a la falta de terapias dirigidas efectivas y a las preocupaciones sobre la seguridad de los psicofármacos administrados. (10)

A pesar de que los antipsicóticos, antidepresivos y otros fármacos suelen utilizarse para controlar la agitación, la agresividad, la ansiedad y otros síntomas, su uso conlleva riesgos, como un mayor riesgo de caídas, sedación excesiva, eventos cardiovasculares y un incremento de la mortalidad en personas mayores.

2.3.1. Fisiopatología de la demencia

De la fisiopatología concreta de la demencia se conoce poco, se considera que ésta se encuentra vinculada a la agregación y acumulación de proteínas mal plegadas, fundamentalmente en el citoplasma neuronal y el espacio extracelular cerebral, fenómeno conocido como proteinopatía. Por otra parte, se considera que está relacionada a la presencia de enfermedades cerebrovasculares (ECV), procesos que contribuyen al daño neuronal así como al deterioro cognitivo característico de la enfermedad. (11)

Es por ello, que para conocer la demencia, debemos centrarnos en las patologías de base que la producen, entre las más comunes se encuentran las siguientes.

- ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

La enfermedad de Alzheimer (EA) se caracteriza por la acumulación de placas extracelulares de amiloide β ($A\beta$) y ovillos neurofibrilares interneuronales formados por proteínas fosforiladas (p-) tau.

La hipótesis de la cascada amiloide, propuesta en 1992, plantea que la acumulación de placas de $A\beta$ ocurre debido a un desequilibrio entre su producción mediante la escisión de la proteína precursora de amiloide (APP) por las β - y γ -secretasas y su depuración.

En la EA esporádica, el gen APOE se ha identificado como un factor de susceptibilidad común. Sin embargo, en la EA de inicio temprano, se han asociado mutaciones en los genes APP y PSEN.(11)

Aunque la hipótesis de la cascada amiloide ha sido el modelo predominante durante décadas, actualmente hay evidencia creciente de que la fisiopatología de la EA es multifactorial. Además de $A\beta$ y tau, se han identificado otras neuropatologías que coexisten en individuos con la enfermedad.(11)

- **DEMENCIA VASCULAR**

La demencia vascular está considerada como la segunda causa más frecuente de demencia, justo después de la enfermedad de Alzheimer, considerándose por otra parte como la más común cuando se incluyen los casos en los que ambas patologías coexisten en el adulto mayor formando la denominada “demencia mixta”. (12)

El término *demencia vascular* (también conocido como “*trastorno cognitivo mayor vascular*” o “*trastorno cognitivo vascular*”) (11) ha evolucionado significativamente con el tiempo.

Desde el punto de vista clínico, los pacientes con demencia vascular pueden presentar deterioro cognitivo asociado temporalmente a un accidente cerebrovascular, con una evolución escalonada o fluctuante.

En ausencia de un antecedente de ictus, los síntomas incluyen ralentización en el procesamiento de la información, disfunción ejecutiva, alteraciones tempranas en la marcha y/o síntomas urinarios. (11)

Si bien estos procesos vasculares se asocian con deterioro cognitivo, los mecanismos exactos por los cuales la enfermedad cerebrovascular genera daño neuropatológico y síntomas cognitivos aún no están completamente esclarecidos.

Su impacto parece depender de la naturaleza, ubicación y extensión de la patología vascular.

Existen diversas causas que pueden originar demencia en pacientes con lesiones vasculares cerebrales, siendo la forma más reconocida la denominada demencia multiinfarto. (12)

- **Demencia Multiinfarto**

La demencia multiinfarto o post-ictus se caracteriza por la aparición de múltiples infartos cerebrales a lo largo del tiempo, siendo la forma más común de demencia vascular, desarrollándose debido a la obstrucción de arterias cerebrales de gran o pequeño calibre, así como de arteriolas.

Su inicio suele ser abrupto, con una evolución progresiva marcada por periodos de estabilización intercalados con fases de deterioro que suelen coincidir con nuevos episodios isquémicos.

En la mayoría de los casos, su origen está asociado a la aterosclerosis que afecta a los

vasos sanguíneos de gran tamaño.

Es habitual la presencia de signos neurológicos focales como hemiparesia, hemianopsia o síndrome sensitivo, cuya recuperación puede ser total o parcial.

Además, antes de que se manifieste el deterioro cognitivo, pueden observarse alteraciones en la marcha y problemas urinarios. (13)

- **Demencia por enfermedad isquémica de pequeñas arterias**

Se caracteriza por una disminución en la velocidad de procesamiento de la información y cambios en las funciones ejecutivas, mientras que la memoria episódica se mantiene preservada.

Entre sus principales causas nos encontramos con el envejecimiento, la hipertensión arterial y la angiopatía amiloide cerebral, con un predominio de arteriosclerosis e infartos lacunares. Estas lesiones afectan principalmente a las pequeñas arterias perforantes y terminales, comprometiendo de esta forma arteriolas, vénulas y capilares en la profundidad de los hemisferios cerebrales. (13)

Es común que los pacientes con este tipo de demencia presenten alteraciones en la marcha, cambios en el estado de ánimo y el comportamiento, así como dificultades en el control de esfínteres.

Todos estos síntomas pueden ser leves al inicio, sin embargo, con el avance de la enfermedad se agravan, evidenciando un deterioro cognitivo progresivo acompañado de incapacidad para caminar, caídas frecuentes, apatía, depresión, incontinencia urinaria y signos motores extrapiramidales.

Las lesiones responsables del deterioro cognitivo en este tipo de demencia suelen aparecer de manera combinada y se clasifican en tres categorías: lesiones isquémicas de la sustancia blanca, infartos lacunares y hemorragias. (13)

- **Enfermedad de Binswanger**

La enfermedad de Binswanger, también conocida como demencia subcortical progresiva, es un tipo de demencia vascular que afecta el territorio subcortical en la población adulta.

Se han identificado múltiples factores de riesgo asociados a su desarrollo, siendo los principales los relacionados con el sistema cardiovascular, en particular, la hipertensión arterial, la cual ha sido ampliamente vinculada a la enfermedad, ya que con el tiempo

provoca microangiopatía hipertensiva.

Además de la hipertensión arterial, la diabetes mellitus también se ha asociado a esta patología, dado que ambas condiciones favorecen el desarrollo de múltiples lesiones isquémicas lacunares, lo que conduce a un daño progresivo de la sustancia blanca cerebral.

Las manifestaciones clínicas iniciales de esta enfermedad incluyen alteraciones cognitivo-conductuales, junto con síntomas tempranos como dificultades en la marcha, espasticidad en el tronco y extremidades, incontinencia urinaria debido a vejiga espástica, parkinsonismo vascular y parálisis pseudobulbar. (14)

Una vez descritas los principales tipos de demencia vascular, resulta evidente que la causa principal de esta demencia es la reducción del flujo sanguíneo cerebral por debajo de los niveles necesarios para el adecuado funcionamiento del cerebro.

- **DEMENCIA CON CUERPOS DE LEWY (DCL)**

Se considera como la segunda causa más común de demencia neurodegenerativa en personas mayores.

Atendiendo a la histopatología de la enfermedad, ésta se caracteriza por la acumulación de la proteína sináptica α -sinucleína en los cuerpos de Lewy y neuritas de Lewy dentro del cerebro.(11)

La demencia con cuerpos de Lewy la podemos clasificar en diferentes categorías en función de la distribución de los cuerpos de Lewy:

- *DCL predominantemente cerebral, límbica o transicional*
- *DCL neocortical difusa*

Hasta ahora, los estudios sobre biomarcadores de α -sinucleína han arrojado resultados contradictorios y no concluyentes. Sin embargo, investigaciones recientes han explorado la detección de depósitos fosforilados de α -sinucleína en los nervios autonómicos de la piel, así como el uso de la técnica ***real-time quaking-induced conversion assay (RT-QuIC)*** para detectar agregados ultrasensibles de α -sinucleína en el líquido cefalorraquídeo (LCR) y otras muestras biológicas. (11)

Además de la α -sinucleína, la pérdida neuronal en la sustancia negra es otra característica neuropatológica de la DCL, aunque suele ser menos severa que en la enfermedad de Parkinson.(11)

- **DEMENCIA FRONTOTEMPORAL (DFT)**

El diagnóstico clínico de la demencia frontotemporal (DFT) es complejo debido a la variabilidad en sus manifestaciones, ésta suele presentarse con cambios progresivos en el comportamiento, el lenguaje y/o las funciones ejecutivas, lo que puede generar confusión con otras enfermedades neurodegenerativas y retrasar su detección. (11)

Desde el punto de vista neuropatológico, la DFT se caracteriza por la degeneración selectiva de los lóbulos frontal y temporal, conocida como degeneración del lóbulo frontotemporal.

Esta alteración se asocia con la acumulación de inclusiones proteicas características, principalmente relacionadas con proteína *tau* y *TAR DNA-binding protein-43 (TDP-43)*. (11)

2.3.2. Epidemiología de la demencia

La demencia es una condición frecuente en la población anciana, con una prevalencia que se duplica aproximadamente cada cinco años a partir de los 65 años. (9)

En las últimas décadas, la sociedad ha comenzado a tomar conciencia sobre la dimensión médica, social y económica de la demencia. La magnitud del problema ha llevado a algunos expertos a describir esta situación como una *epidemia inminente* o incluso llegar a considerarla como un "*diluvio*" (15).

Un estudio realizado determinó que aproximadamente 24,3 millones de personas padecen demencia en los últimos años, con alrededor de 4,6 millones de casos nuevos cada año, siendo la mayoría de los afectados residentes en países en desarrollo. (9)

Gracias al conocimiento sobre los distintos sustratos anatomopatológicos de las demencias, los epidemiólogos han logrado definir con mayor precisión cada caso.

Sin embargo, la ausencia de marcadores biológicos confiables que permitan un diagnóstico certero para la mayoría de las demencias obliga a que los estudios epidemiológicos se basen en el análisis de síntomas clínicos y en el uso de pruebas complementarias.

2.4. Afectación del dolor en personas mayores con demencia

Las personas mayores con demencia son una parte de la población bastante desprotegida ante el diagnóstico y correcto control del dolor. Esto es así, puesto que los adultos mayores que padecen demencia, especialmente en etapas moderadas o avanzadas, a menudo tienen dificultades para expresar verbalmente si están experimentando dolor. (16)

Además de esto, debemos tener en cuenta un factor de especial relevancia, las personas mayores pueden experimentar diferencias al informar sobre el dolor, y estas pueden estar relacionadas con diversos factores, tales como aspectos biológicos, culturales, étnicos, religiosos, alteraciones cognitivas, así como también con contextos sociales u organizacionales. (17)

Las personas con demencia pueden experimentar dolor debido a diversas condiciones, entre las que destacan enfermedades musculoesqueléticas como la artritis y fracturas osteoporóticas; dolor asociado al cáncer, infecciones genitourinarias, lesiones por caídas, así como dolor gastrointestinal, cardíaco y neuropático, además de úlceras por presión. Debido a que su capacidad de comunicación se le está limitada, tal y como se ha dicho anteriormente, estos pacientes suelen manifestar el dolor a través de conductas como muecas, fruncimiento del ceño, suspiros, entre otros. (18)

A través de diversos estudios, se ha sabido que el dolor afecta negativamente a la calidad de vida de los residentes con demencia y podría agravar los síntomas propios de la enfermedad, como el deterioro de la memoria en el Alzheimer o las alteraciones motoras en el Parkinson.

Las personas con demencia suelen perder la capacidad de expresar su dolor de manera efectiva. Por esta razón, las directrices del Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención (NICE) (2018) aconsejan el uso de herramientas de evaluación observacional para detectar y valorar el dolor en estos pacientes.(18)

Entre los diversos métodos de observación existentes para evaluar el dolor en estos pacientes, la escala PAINAD se considera la más empleada, (16) puesto que ésta fue creada con el único objetivo de determinar el dolor en pacientes no comunicativos con demencia avanzada. (19)

- **ESCALA PAINAD:** contempla 5 factores no verbales, así como de respuesta vegetativa.

- *Tipo de respiración*
- *Vocalización negativa*
- *Expresión facial*
- *Lenguaje corporal*
- *Consolabilidad (incapacidad para ser consolado)*

Cada ítem se califica en una escala ordinal de 0 a 2, donde 0 indica ausencia de dolor, 1 representa dolor moderado y 2 corresponden a dolor intenso.

La puntuación total se obtiene sumando los valores de todos los ítems, proporcionando una estimación global del dolor en una escala donde la puntuación máxima es 10 y la mínima 0. (**Anexo 1**)

A pesar de que se han creado herramientas de evaluación observacional para identificar y medir el dolor en estos pacientes, persiste un problema, ya que muchos profesionales no reciben un proceso de formación para llevar a cabo el correcto control del dolor en pacientes con estas características. (20)

Se han realizado diversos estudios en los cuales se ha observado que más de la mitad de las personas con demencia que viven en la comunidad y cerca del 50% de quienes residen en hogares de ancianos experimentan dolor en su vida diaria. En uno de estos estudios, se ha evidenciado como el dolor afecta a estas personas tanto en sus síntomas físicos y psicológicos.

Así mismo, los hallazgos indican que estos residentes presentan una calidad de vida inferior en comparación con aquellos que no experimentan dolor. Es por ello, por lo que la detección sistemática del dolor, junto con otros síntomas y problemas de salud, es una tarea fundamental para el personal sanitario. (21)

Además de esto, estudios realizados han indicado que el impacto de la demencia no solo afecta a quienes la padecen, sino también a sus cuidadores, en su mayoría mujeres que asumieron el rol de cuidadoras informales. Estas personas suelen experimentar una reducción en su tiempo de trabajo, un deterioro en su propia salud y una carga financiera significativa, lo que resalta la necesidad de mayor apoyo y recursos. (22)

2.5. Abordaje en cuidados paliativos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los Cuidados Paliativos como: *“cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas. Su propósito principal es proporcionar alivio al dolor y a otros síntomas asociados, al mismo tiempo que se abordan los aspectos psicológicos, sociales y espirituales que puedan, siendo su objetivo conseguir la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia.”*(23)

En líneas generales, en estas unidades especiales, el equipo asistencial debe realizar una serie de funciones y competencias. (23)

- Control eficaz del dolor y otros síntomas.
- Favorecer la autonomía del paciente en la medida de lo posible.
- Proporcionar apoyo psicológico y espiritual a paciente y familia.
- Trabajar en conjunto con el equipo asistencial para brindar el mejor plan terapéutico al paciente.
- Transmitir comprensión del diagnóstico y pronóstico de la enfermedad.
- Acompañar en el proceso de la muerte
- Favorecer a la creación de un entorno comfortable.
- Proporcionar apoyo en el proceso del duelo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente más de 55 millones de personas en todo el mundo viven con demencia.(24)

En esta enfermedad, a medida que comienza a entrar en un estado más avanzado, las personas pueden experimentar síntomas como los relacionados con un aumento del dolor, dificultades para alimentarse, disnea, síntomas conductuales y psicológicos, infecciones recurrentes, entre otros.

Las personas con demencia a menudo experimentan dolor no reconocido, así como necesidades psicosociales y espirituales que no siempre son abordadas.

Para maximizar la calidad de vida, mejorar el manejo de los síntomas y garantizar una atención verdaderamente centrada en la persona, es fundamental la integración temprana de un enfoque de cuidados paliativos desde el momento del diagnóstico, con esto se producirá una mejor planificación del cuidado, una toma de decisiones más informada y un mayor bienestar tanto para el paciente como para su entorno familiar y profesional. (25)

Centrándonos en lo más importante para nosotros, el dolor, tal y como hemos dicho, es uno de los principales síntomas que se encuentra mal controlado en pacientes con demencia, en líneas generales.

Así mismo, en unidades de Cuidados Paliativos, el dolor es un síntoma que se encuentra con grandes dificultades para su control, puesto que existe una carencia de intervenciones adecuadas en estas unidades a pacientes con estas características, así como una falta de comprensión sobre los cambios organizativos necesarios en los servicios de atención para mejorar su bienestar. (26)

En general, la principal dificultad para un manejo eficaz de los síntomas en personas con demencia es la falta de conocimientos y habilidades para su adecuada evaluación. Como resultado, estos pacientes suelen recibir cuidados paliativos y de final de vida insuficientes, caracterizados por un mayor número de hospitalizaciones, un control inadecuado del dolor y una menor participación de equipos especializados en cuidados paliativos. (26)

2.6. Justificación

Con los datos expuestos anteriormente se puede determinar que la demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores, estimándose que, debido al envejecimiento de la población, el número de personas afectadas se duplicará para el año 2058, según investigaciones recientes. (27)

Como se ha mencionado previamente, el dolor en las personas con demencia suele estar mal controlado, y se tiene un conocimiento limitado sobre cómo manejar esta condición en esta población específica. Los profesionales sanitarios enfrentan grandes desafíos al evaluar el dolor en estos pacientes, principalmente debido a sus dificultades para recordar, interpretar, identificar y comunicar sus sensaciones de dolor. (28)

Por ello, es fundamental establecer un método eficaz que permita recopilar y centralizar toda la información relacionada con el dolor de los pacientes con demencia. Este sistema debe garantizar un seguimiento adecuado a lo largo del tiempo y facilitar el acceso a los datos por parte del personal sanitario, asegurando así una atención más efectiva y coordinada. (28)

Debido a que no se han realizado hasta el momento ningún proyecto educativo enfocado a prestar información sobre la detección del dolor en personas mayores con demencia a los profesionales de las unidades de Cuidados Paliativos, sería interesante realizar uno.

Desde la perspectiva de enfermería, este proyecto puede convertirse en una herramienta valiosa para los profesionales sanitarios en la identificación del nivel de dolor en los pacientes.

Su implementación permitirá un mejor control de los síntomas, especialmente en las etapas finales de la vida. Además, proporcionará información y técnicas que faciliten la colaboración con los cuidadores principales e incluso con los propios pacientes en la detección y manejo del dolor.

3. Proyecto Educativo

3.1. Población y Captación

3.1.1. Población Diana

En este proyecto educativo, las sesiones clínicas irán dirigidas al personal sanitario (enfermeras) de las unidades de Cuidados Paliativos de dos hospitales universitarios de Madrid, siendo: Hospital General Universitario Gregorio Marañón y Hospital Universitario Santa Cristina.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Estar en disposición del título de Graduado en Enfermería.
- Trabajar actualmente en unidad de Cuidados Paliativos.
- Tiempo trabajado en Cuidados Paliativos inferior a 5 años.
- Trabajar en el área hospitalaria donde se impartirán las sesiones clínicas.
- Estabilidad superior a 3 meses en unidad de Cuidados Paliativos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Estar en disposición del título en Máster de Cuidados Paliativos.
- Presentar formación específica en pacientes con demencia.
- Tiempo trabajado en Cuidados Paliativos, área psiquiátrica o ambas, superior a 5 años.

3.1.2. Captación

En lo referente a la captación de los asistentes, ésta se realizará en primer lugar contactando con la dirección de cada hospital para concretar una cita, ya sea de manera presencial o telefónica. En dicha cita, se explicará de manera clara y concisa a los responsables de la dirección del hospital el proyecto educativo, detallando las sesiones que se impartirán, así como sus objetivos y los beneficios que aportará.

Esta intervención no solo favorecerá a los profesionales en el desarrollo de sus cuidados, sino que también mejorará la atención y calidad de vida de los pacientes con demencia y sus familias.

Una vez realizada la reunión con los responsables, programada para el mes de abril de 2025, se enviará por correo electrónico un póster informativo (**Anexo 2**) además de un folleto (**Anexo 3**).

El póster tiene como finalidad captar la atención de los profesionales y motivarlos a inscribirse en las sesiones. Por otra parte, el folleto incluirá una breve descripción de las sesiones, los temas a tratar, el objetivo principal, información sobre inscripción, datos de contacto, lugar de realización y cronograma.

Una vez entregados estos materiales, se abrirá un periodo de inscripción de 20 días, para ello, se facilitará a cada supervisor de enfermería de cada hospital una hoja de inscripción (**Anexo 4**).

Así mismo, cada sesión contará con un número de asistentes de entre 15 y 20 personas.

Una vez cerrado el plazo de inscripción, 1 de mayo del 2025, los asistentes recibirán un correo electrónico (correo corporativo, previamente aportado en la documentación de registro) con la información detallada de los días y horas de las sesiones.

3.2. Objetivos

3.2.1. Objetivo General

El objetivo general de este proyecto educativo consiste en aumentar el grado de conocimientos de los profesionales de enfermería sobre la identificación y manejo del dolor en pacientes demenciados. Es decir, conseguir la adquisición de competencias y habilidades para mejorar la calidad de vida en los últimos momentos de pacientes que presentan dolor con demencia.

3.2.2. Objetivo Específico

En relación con los objetivos específicos, los asistentes a estas sesiones serán capaces de conseguir los siguientes objetivos.

Área cognitiva-Objetivos de conocimiento

- Los profesionales conocerán la fisiopatología y los diversos tipos de dolor.
- Los profesionales conocerán las dificultades de diagnosticar el dolor en pacientes con demencia
- Los profesionales conocerán los problemas de manejo del dolor en pacientes con limitaciones cognitivas.

Área de habilidades-Objetivos de habilidad

- Los profesionales sabrán identificar los diversos tipos de dolor en pacientes con demencia
- Los profesionales tendrán la capacidad de manejar y tratar adecuadamente el dolor en pacientes con demencia

Área afectiva-Objetivos de actitud

- Los profesionales serán capaces de comunicar de manera efectiva al resto del equipo multidisciplinar si un paciente con demencia está experimentando dolor.
- Los profesionales mostrarán una actitud empática ante situaciones con los pacientes demenciados con un mal control del dolor.

3.3. Contenidos

Atendiendo a los contenidos el proyecto consistirá en 4 sesiones, en las cuales se abordarán los siguientes temas.

SESIÓN	CONTENIDOS	OBJETIVOS A CUMPLIR
Sesión 1	Fisiopatología del dolor Fisiopatología de la demencia Fármacos más empleados	Los integrantes serán capaces de conocer la fisiopatología y los diversos tipos de dolor, así como identificar los diversos tipos de demencia.
Sesión 2	Cuidados del paciente con demencia en Cuidados Paliativos	Los integrantes conocerán los problemas de manejo del dolor en pacientes con limitaciones cognitivas.
Sesión 3	Escalas/ Métodos de evaluación del dolor en pacientes con demencia	Los integrantes sabrán demostrar, medir y reconocer los signos y síntomas del mal manejo del dolor en pacientes con demencia.
Sesión 4	Estrategias para identificar mal manejo del dolor. Reconocimiento del dolor en pacientes demenciados	Los integrantes sabrán reconocer las dificultades del diagnóstico y manejo del dolor en estos pacientes, así como, demostrarán tener la capacidad de manejar y tratar adecuadamente el dolor.

3.4. Sesiones, Técnicas de Trabajo y Utilización de materiales

Esta propuesta de proyecto educativo consistirá en la realización de 4 sesiones educativas, las cuales se realizarán en la sala de formación de enfermería de los hospitales involucrados, es decir, Hospital General Universitario Gregorio Marañón y Hospital Universitario Santa Cristina, respectivamente.

Sesión 1	Duración 2h 14:00 – 16:00h Descanso 30 min	19 de mayo 26 de mayo	Hospital General Universitario Gregorio Marañón Hospital Universitario Santa Cristina
Sesión 2	Duración 2h 14:00 – 16:00h Descanso 30 min	20 de mayo 27 de mayo	Hospital General Universitario Gregorio Marañón Hospital Universitario Santa Cristina
Sesión 3	Duración 2h 14:00 – 16:00h Descanso 30 min	21 de mayo 28 de mayo	Hospital General Universitario Gregorio Marañón Hospital Universitario Santa Cristina
Sesión 4	Duración 2h 14:00 – 16:00h Descanso 30 min	22 de mayo 29 de mayo	Hospital General Universitario Gregorio Marañón Hospital Universitario Santa Cristina

3.4.1. Planificación General de las Sesiones

Este proyecto educativo consta de cuatro sesiones que se llevarán a cabo en dos hospitales universitarios de Madrid. Todas las sesiones tendrán una duración de dos horas, constando con un descanso de 30 min, programándose a media mañana para facilitar así la asistencia tanto del personal del turno de mañana como del turno de tarde, siendo el horario establecido de 14:00 a 16:00 horas.

Cada tema a tratar tendrá una duración aproximada de 30 a 40 minutos, permitiendo así una distribución equilibrada del contenido y fomentando la participación activa de los asistentes.

Las sesiones se realizarán en la sala de formación de enfermería de cada uno de los hospitales. Antes de comenzar cada sesión los asistentes (previamente inscritos) firmaran una hoja donde se encuentra su nombre, para así confirmar su asistencia a las sesiones impartidas. (**Anexo 5**)

SESIÓN 1

Sesión 1	
Contenidos	Duración de la sesión
<ul style="list-style-type: none"> - Presentación - Fisiopatología del dolor. - Fisiopatología de la demencia. - Fármacos más empleados. 	2 horas
Recursos	
<ul style="list-style-type: none"> - Enfermera responsable + enfermera especialista en Cuidados Paliativos - Sala de formación de enfermería - Ordenador + PowerPoint - Proyector de pantalla - Mesas + sillas - Cuestionarios + bolígrafo - Nota adhesiva (post-it) 	
Metodología de la sesión	
<p>Previamente a comenzar la sesión, las enfermeras responsables de dar estas sesiones realizarán una pequeña presentación sobre quiénes son y el porque de estas sesiones, haciendo así una introducción del tema.</p> <p>Una vez realizada la presentación, darán pie a una iniciación para “romper tensiones”, la cual consistirá en el planteamiento de una “<i>Pregunta Clave</i>”, que consiste en la formulación de una pregunta abierta relacionada con el tema de la charla, la cual se corresponde con: “<i>¿Si hoy tuvieras que cuidar a un paciente en su fase final de vida, ¿qué sería lo más importante para ti en su atención?</i>”. “<i>Si un paciente con demencia avanzada no puede decirnos que tiene dolor, ¿cómo podríamos saberlo?</i>”</p>	

Acto seguido a esto, se repartirá a todos los asistentes un cuestionario tipo test (**Anexo 8**) al inicio de esta primera sesión con el objetivo de evaluar el nivel de conocimientos previos de los participantes sobre la materia a tratar. Este mismo cuestionario se volverá a aplicar en la última sesión, permitiendo así comparar los resultados y analizar el impacto de las sesiones en el aprendizaje de los asistentes.

Una vez cumplimentado el test, se procederá a la realización de diversas exposiciones en formato PowerPoint, en las cuales se abordarán los temas principales de las sesiones, fisiopatología del dolor + fisiopatología de la demencia.

Una vez acabadas estas explicaciones se realizará un descanso de 30 min para poder comer.

Finalizado el descanso se procederá a impartir la última exposición del día, la cual consiste en la parte farmacológica, es decir los medicamentos más empleados en tratar esta patología.

Para concluir la sesión clínica se dejará un periodo de dudas.

SESIÓN 2

Sesión 2	
Contenidos	Duración de la sesión
<ul style="list-style-type: none"> - Inicio de sesión - Escalas/ Métodos de evaluación del dolor en pacientes con demencia. 	2 horas
Recursos	
<ul style="list-style-type: none"> - Enfermera responsable + enfermera especialista en Cuidados Paliativos - Sala de formación de enfermería - Ordenador + PowerPoint - Proyector de pantalla - Mesas + sillas 	
Metodología de la sesión	
<p>Antes de comenzar con el tema propuesto para la sesión, se procederá a recordar los conceptos clave abordados en la sesión anterior.</p>	

Después de esto, en esta sesión, se llevará a cabo una exposición teórica mediante un PPT donde se explicarán las herramientas más utilizadas para la evaluación del dolor en pacientes no comunicativos, con especial énfasis en la escala PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia)

Una vez finalizado esta exposición, se realizará un descanso de 30min.

Concluido el descanso se procede a la realización de una parte práctica con los integrantes, realizando una exposición de un caso:

“Sara, una enfermera de vuestra unidad, atiende a un paciente con demencia avanzada que muestra agitación y expresiones faciales de incomodidad. No sabe si lo que tiene es dolor, ansiedad o si hay otra causa. ¿Cómo lo evaluaríamos?”

Para terminar la sesión clínica se dejará un periodo de dudas.

SESIÓN 3

Sesión 3	
Contenidos	Duración de la sesión
<ul style="list-style-type: none"> - Inicio de sesión - Cuidados del paciente con demencia en Cuidados Paliativos 	2 horas
Recursos	
<ul style="list-style-type: none"> - Enfermera responsable + enfermera especialista en Cuidados Paliativos - Sala de formación de enfermería - Ordenador + PowerPoint - Proyector de pantalla - Mesas + sillas 	
Metodología de la sesión	
<p>Antes de comenzar con el tema propuesto para la sesión, se procederá a recordar los conceptos clave abordados en la sesión anterior.</p> <p>Después de esto, se llevará a cabo una exposición teórica mediante un PowerPoint con la información acerca de las diferentes funciones y competencias que presentan los enfermeros en Cuidados Paliativos, centrándose en como abordar los cuidados a las familias y pacientes mayores con demencia.</p>	

Una vez finalizado esta exposición, se realizará un descanso de 30min.

Concluido el descanso, se realizará un “role play” con los integrantes del equipo, que consistirá en un escenario de simulación donde *“Un familiar pregunta si su padre con demencia avanzada siente dolor y qué se puede hacer para aliviarlo. El enfermero debe, por su parte debe explicar de manera clara, empática y accesible cómo se maneja el dolor en pacientes no comunicativos.”*

Para terminar la sesión clínica se dejará un periodo de dudas.

SESIÓN 4

Sesión 4	
Contenidos	Duración de la sesión
<ul style="list-style-type: none">- Inicio de sesión- Estrategias para identificar mal manejo del dolor.- Reconocimiento del dolor en pacientes demenciados.	2 horas
Recursos	
<ul style="list-style-type: none">- Enfermera responsable + enfermera especialista en Cuidados Paliativos- Sala de formación de enfermería- Ordenador + PowerPoint- Proyector de pantalla- Mesas + sillas- Cuestionarios + bolígrafo	
Metodología de la sesión	
<p>Antes de comenzar con el tema propuesto para la sesión, se procederá a recordar los conceptos clave abordados en la sesión anterior.</p> <p>Después de esto, se llevará a cabo una exposición teórica mediante un PPT con la información acerca de las diferentes estrategias para el reconocimiento correcto del dolor en pacientes no comunicativos, es decir con demencia.</p> <p>Una vez finalizado esta exposición, se realizará un descanso de 30min.</p> <p>Concluido el descanso, se llevará a cabo una parte práctica mediante un “role play”</p>	

donde se entregan tarjetas con escenarios clínicos, describiendo diferentes niveles de dolor y formas de manifestación en un paciente con demencia. En donde cada uno de los integrantes, con su rol de enfermero/a deberá:

- Observar el comportamiento del "paciente".
- Aplicar preguntas adaptadas al nivel cognitivo del paciente.
- Usar la escala PAINAD para evaluar el dolor.
- Determinar si el paciente está experimentando dolor y su intensidad.

Para terminar la sesión clínica se dejará un periodo de dudas.

Una vez finalizada la última sesión y resueltas las dudas de los participantes, se procederá a la aplicación de dos cuestionarios.

- El primero será un test de conocimientos, con el propósito de evaluar el aprendizaje adquirido a lo largo de las sesiones y comparar los resultados con la evaluación inicial.
- El segundo cuestionario estará enfocado en medir la satisfacción de los asistentes con la formación recibida, permitiendo valorar la eficacia del proyecto educativo y obtener información clave para futuras mejoras.

3.4.2. Técnicas

Las técnicas que se emplearán en las sesiones de este proyecto educativo van a consistir en las siguientes.

Iniciación Grupal

Se empleará la técnica "*Pregunta Clave*", la cual consiste en plantear una pregunta abierta, desafiante o reflexiva al inicio de una sesión para captar la atención de los participantes y activar sus conocimientos previos, consiguiendo de esta forma que los integrantes de la sesión reflexionen en grupo y compartan así sus respuestas.

Este ejercicio también tiene como objetivo "romper tensiones" entre los participantes, fomentando un ambiente de confianza y apertura dentro del grupo.

Además, permite que la enfermera encargada de las sesiones evalúe las expectativas de los asistentes respecto al contenido y la dinámica del programa educativo, asegurando así una mejor adaptación a sus necesidades y preocupaciones.

Técnicas Expositivas

Este ejercicio tiene como objetivo fortalecer el área cognitiva de los participantes, ya que facilita la transmisión, contraste y reorganización de conocimientos y conceptos. Para ello, se empleará la metodología de "*lección con discusión*", que consiste en impartir una charla informativa sobre el contenido teórico de las sesiones.

Al finalizar la exposición, se destinará un espacio para que los asistentes puedan formular preguntas, compartir experiencias o aportar información relevante sobre la materia tratada, promoviendo así una participación activa y un aprendizaje más dinámico.

Técnicas de Análisis

Esto consiste en la exposición de "casos" de pacientes paliativos con demencia, los cuales experimentan dolor.

El objetivo de esta técnica es que los integrantes de la sesión analicen y resuelvan los casos presentados, reforzando así los conocimientos adquiridos previamente.

A través de este método, se trabaja tanto el área cognitiva, permitiendo la aplicación práctica de lo aprendido, como el área afectiva, fomentando la expresión de ideas y la reflexión sobre la atención y el manejo del dolor en estos pacientes.

Desarrollo de Habilidades

Se llevará a cabo una evaluación de habilidades sociales y de comunicación de los participantes mediante un ejercicio de "*juego de rol/rol play*". En esta dinámica, se simulará un caso en el que los asistentes deberán intervenir.

Este ejercicio permitirá trabajar habilidades personales, sociales y psicomotoras, fomentando la empatía, la resolución de problemas y la comunicación efectiva en el manejo del dolor en pacientes con demencia en cuidados paliativos. Se incentivará la participación voluntaria para garantizar un aprendizaje más dinámico y práctico.

3.4.3. Recursos

Recursos Materiales

Entre los materiales que serán necesarios para el correcto desarrollo de las sesiones que se van a impartir podemos encontrar:

- Sala de formación de enfermería
- Sillas con mesa
- Ordenador + cañón de proyección
- Presentaciones PowerPoint (elaboración de la enfermera responsable del proyecto educativo)
- Nota adhesiva (post-it)
- Bolígrafos + folios para apuntar conceptos
- Hojas de asistencia para cada día de las sesiones
- Cuestionarios para la evaluación de conocimientos adquiridos
- Cuestionarios para el grado de satisfacción
- Poster informativo

Recursos Humanos

Las sesiones del proyecto van a ser impartidas por dos enfermeras, una de ellas es la responsable del proyecto, la cual conoce todos los contenidos que se van a desarrollar, mientras que la otra es una enfermera especialista en cuidados paliativos que proporcionará soporte y experiencia en el área.

Además se fomentará la participación activa de los profesionales de enfermería inscritos en las sesiones quienes podrán expresar dudas sobre los temas tratados, compartir conocimientos sobre técnicas, cuidados y procedimientos.

3.5. Sistemas de Evaluación

3.5.1. Evaluación de la Estructura y Proceso

Para poder realizar una correcta y justa evaluación de la estructura y el proceso se llevará a cabo durante el proyecto una evaluación de diferentes conceptos por parte de los docentes como de los integrantes.

Con respecto a la evaluación que realizarán los docentes que impartirán las sesiones, consiste en llevar a cabo una evaluación del número de asistentes así como la evaluación en relación con la participación de estos integrantes, rellenando así una guía del observador. (**Anexo 6**)

Además, los docentes deberán tener un seguimiento sobre la asistencia de los participantes. **(Anexo 5)**

Por otra parte, los integrantes a las sesiones realizarán una evaluación de la estructura de este proyecto educativo mediante un cuestionario de satisfacción **(Anexo 7)** que será repartido a todos los asistentes en formato papel al finalizar la sesión 4.

En este cuestionario de satisfacción se evaluará: instalaciones donde se ha impartido todas las sesiones, materiales usados en dichas sesiones, profesionalidad, así como el nivel de conocimientos de los docentes que imparten las sesiones, adecuación de la programación, número de sesiones, además de los contenidos impartidos en cada sesión. **(Anexo 7)**

3.5.2. Evaluación de Resultados

La valoración de los resultados se llevará a cabo mediante el análisis de los objetivos alcanzados por los asistentes, evaluando tanto sus habilidades como los conocimientos adquiridos a lo largo de las sesiones.

Para ello, se considerarán las respuestas en los cuestionarios de evaluación, el desempeño en las actividades prácticas y la participación en las dinámicas grupales, lo que permitirá medir el impacto del programa educativo y detectar posibles áreas de mejora para futuras intervenciones.

Para evaluar los resultados a medio-corto plazo, se aplicará un cuestionario antes de iniciar la primera sesión clínica, con el objetivo de establecer el nivel de conocimientos previos de los asistentes.

Este mismo cuestionario se volverá a aplicar al finalizar la última sesión **(Anexo 8)** para comparar los resultados y determinar el grado de aprendizaje adquirido tras la resolución de casos clínicos simulados y la exposición de la materia en las tres sesiones previas.

Para la evaluación de los resultados a largo plazo, se enviará un correo electrónico a cada asistente dos meses después de la última sesión **(Anexo 9)**.

El objetivo de este seguimiento es analizar si la formación ha contribuido a mejorar los cuidados proporcionados a pacientes con demencia en unidades de cuidados paliativos, especialmente en el manejo e identificación del dolor.

En el correo se solicitará a los participantes que respondan con la mayor sinceridad, permitiendo así obtener una evaluación realista del impacto de las sesiones en la práctica clínica.

3.6. Cronograma

	OCT-DIC 24	ENERO-MARZ 25	MARZ- MAY 25	MAY 25	JUL 25
Búsqueda bibliográfica					
Redacción del TFG					
Preparación del proyecto educativo					
Realización del proyecto educativo					
Redacción y publicación resultados					

4. Bibliografía

1. Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. *Oncología (Barcelona)* 2005 03;28(3):33–37.
2. Diana Marina Camargo L, Julietth Bibiana Jiménez, Elizabeth Archila, Mary Stela Villamizar. Vista de El dolor: una perspectiva epidemiológica | *Salud UIS. Salud UIS* 2004 March, 2;36(1).
3. García-Andreu J. Manejo básico del dolor agudo y crónico. *Anestesia en México* 2017 00;29:77–85.
4. Todd W. Vanderah P. Naturaleza del dolor. *Clínicas Médicas De Norteamérica* 2007;91:1–12.
5. Ferrandiz Mach M. Fisiopatología del Dolor. *scartd.org* 2006;1:1–14.
6. Junquera R. Dolor referido. 2023; Available at: <https://www.fisioterapia-online.com/glosario/dolor-referido>. Accessed Feb 3, 2025.
7. Paracetamol – Acetaminofeno | FIRCOF2023; Available at: <https://fircof.es/2023/02/17/paracetamol-acetaminofeno/>. Accessed Mar 20, 2025.
8. Bassols A, Autor En Medline B, Baños J. La epidemiología del dolor en España. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria* 2006 Septiembre(10):1–7.
9. Nitrini R, Dozzi SM. Demencia: Definición y Clasificación. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias* 2012 Abril;12(1):75–98.
10. Wei YJ, Chen C, Fillingim RB, DeKosky ST, Schmidt S, Pahor M, et al. Uncontrolled Pain and Risk for Depression and Behavioral Symptoms in Residents with Dementia. *J Am Med Dir Assoc* 2021 October 1;22(10):2079–2086.e5.

11. Kai Sin Chin AJGP. Neurobiología y fisiopatología de la demencia. 2023 August;52(8).
12. Román G, De Alzheimer S, Demencias, Pascual B, Jefe. Demencia Vascul ar y Deterioro Cognitivo de Origen Vascul ar. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias 2012 abril;12(1):203–218.
13. Campuzano Cortina S, Gómez Ruiz I, Suárez Escudero JC. Deterioro cognitivo de origen vascul ar y demencia vascul ar esporádica: revisión narrativa de tema basada en la evidencia. Acta Neurol Colomb 2022 -10-24;38(3):172.
14. Leonel R, Arias G, Rodríguez Ramírez N, Parra MR. Enfermedad de Binswanger Resumen. ACGG 2018;32(1):5–14.
15. Arizaga RR. Epidemiología de las demencias. Revista Neurológica ARG 2000:9–33.
16. Resnick B, Boltz M, Galik E, Ellis J, Kuzmik A, Drazich B, et al. A Descriptive Study of Treatment of Pain in Acute Care for Patients Living With Dementia. Pain Management Nursing 2023 -06-01;24(3):248–253.
17. Covarrubias-Gómez A, Alvarado-Pérez J, Templos-Esteban LA, Estrada ML. Consideraciones analgésicas sobre el manejo del dolor agudo en el adulto mayor. Revista Mexicana de Anestesiología 2021 January 1;44(1):43–50.
18. Coll A, Jones R. Pain assessment and management for people with dementia in the community. Nursing Standard 2023 -03-08;38(4):64.
19. Muñoz-Narbona L, Roldán-Merino J, Lluch-Canut T, Juvé-Udina E, Llorca MB, Cabrera-Jaime S. Impact of a Training Intervention on the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale in Noncommunicative Inpatients. Pain Management Nursing 2019 -10;20(5):468.

20. Vitou V, Gély-Nargeot M, Bayard S. Interrater Variability in Pain Assessment of Long-term Care Residents with Dementia. *Pain Management Nursing* 2021 -06-01;22(3):377–385.
21. Rostad HM. Characteristics of nursing home residents with late-stage dementia and pain. *SYKEPLEIEN FORSKNING* 2020 /04//4/1:1–17.
22. Malaga M, Aguirre RJ, Alva-Diaz C, Custodio N, Lanata S, Montesinos R, et al. Knowledge of dementia and Alzheimer's disease among healthcare professionals in Peru. *Arq Neuropsiquiatr* 2024 /09;82(9):1–9.
23. Del Río I, Palma DA. Cuidados Paliativos: Historia y Desarrollo. *Boletín Escuela de Medicina U.C., Pontificia Universidad Católica de Chile* 2007;32(1):16–22.
24. Layne D, Logan A, Lindell K. Palliative Care Coordination Interventions for Caregivers of Community-Dwelling Individuals with Dementia: An Integrative Review. *Nursing Reports* 2024 /9;14(3):1750–1768.
25. Khemai C, Leão DLL, Janssen DJA, Schols JMGA, Meijers JMM. Interprofessional collaboration in palliative dementia care. *Journal of Interprofessional Care* 2024 July 3;38(4):675–694.
26. Drummond M, Johnston B. Symptom management for people with advanced dementia who are receiving end of life care. *Curr Opin Support Palliat Care* 2024;18(4):219–223.
27. Haque R, Alam K, Gow J, Neville C, Keramat SA. Beyond the sum of their parts: The combined association of dementia and chronic pain with self-care limitations in older Australians. *J Affect Disord* 2024 -10-13;369:633–642.

28.Lichtner V, Dowding D, Allcock N, Keady J, Sampson EL, Briggs M, et al. The assessment and management of pain in patients with dementia in hospital settings: a multi-case exploratory study from a decision making perspective. BMC Health Services Research 2016 August 24;16:1–15.

29.Lucia Muñoz Narbona. Escala PAINAD: adaptación y validación en pacientes no comunicativos hospitalizados e impacto de una intervención formativa a enfermeras para su administración Universitat de Barcelona; 2019: 1-199.

5. Anexos

Anexo 1. Escala PAINAD (29)

	0	1	2	Total (0-2)
Respiración (Independiente de la verbalización-vocalización del dolor)	Normal	– Liger o moderado esfuerzo respiratorio, falta de aliento.	– Severo esfuerzo respiratorio y/o hiperventilación.	
Vocalización (Verbalización negativa)	Normal	– Gemidos o quejidos ocasionales. – Habla con volumen bajo o con desaprobación.	– Llamadas agitadas y repetitivas. – Gemidos y quejidos en volumen alto. – Llanto.	
Expresión facial	Sonriente o inexpresivo	– Triste. – Atemorizado. – Ceño fruncido.	– Muecas de disgusto y desaprobación.	
Lenguaje corporal	Relajado	– Tenso. – Camina de forma angustiada (NA SUD*). – No para quieto con las manos.	– Rígido. – Puños cerrados. – Rodillas flexionadas (NA SUD*). – Agarra o empuja. – Agresividad física (NA SUD*).	
Consolabilidad	No necesita que se le consuele	– Se le distrae o se le tranquiliza hablándole o tocándole.	– Es imposible consolarle, distraerle o tranquilizarle.	
Intensidad del dolor: 1-3 LEVE 4-6 MODERADO 7-10 INTENSO	Puntuación total:			

***NA:** No aplicable; **SUD:** Situación de últimos días

EL DOLOR EN PACIENTES CON DEMENCIA EN CUIDADOS PALIATIVOS

Cuidamos con alivio, acompañamos con amor.



PALLIATIVE CARE

4 SESIONES

19, 20, 21, 22 MAYO

H. GENERAL
UNIVERSITARIO
GREGORIO MARAÑÓN

14:00-16:00h

26, 27, 28, 29 MAYO

H. UNIVERSITARIO SANTA
CRISTINA

Dirigido: Enfermería
Lugar: Sala de formación de enfermería
Fin Inscripción: 1 Mayo
Contacto: 202111390@alu.comillas.edu



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICA1

ICAE

CIHS

Anexo3. Folleto sesiones clínicas

Contáctanos

635-014-567
202111390@alu.comillas.edu



Dolor en Pacientes con Demencia en C.P

Cuidamos con alivio, acompañamos con amor



OBJETIVOS

Con estas sesiones se pretende reforzar los conocimientos de los integrantes acerca del dolor y la demencia, para así poder ser capaces de demostrar, medir y reconocer los signos y síntomas del mal manejo del dolor en pacientes con demencia.

Así mismo, conocerán los problemas de manejo del dolor en pacientes con limitaciones cognitivas.



SESIONES

SESIÓN 1

- Fisiopatología del dolor
- Fisiopatología de la demencia
- Fármacos más empleados

SESIÓN 2

- Cuidado del paciente con demencia en Cuidados Paliativos

SESIÓN 3

- Escalas/Métodos de evaluación del dolor en pacientes con demencia

SESIÓN 4

- Estrategias para identificar mal manejo del dolor
- Reconocimiento del dolor en pacientes demenciados

19, 20, 21, 22 MAYO

H. GENERAL UNIVERSITARIO
GREGORIO MARAÑÓN

26, 27, 28, 29 MAYO

H. UNIVERSITARIO
SANTA CRISTINA

Anexo 4. Hoja inscripción



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Datos personales

Nombre y apellidos:

Lugar y fecha nacimiento:

DNI: Correo:

Dirección: CP:

Ciudad: Móvil:

Fecha:

Nombre y firma del interesado:

Anexo 5. Hoja asistencia

Hoja de Asistencia

Nº	Nombre	Email	DNI
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Anexo 6. Guía del Observador



Fecha: __/__/20__

Nombre del docente: _____

Marque la casilla que crea con una X

	Sí	No	Parcialmente
¿El objetivo de la sesión se presentó de manera clara y comprensible?			
¿El material proporcionado (presentaciones, guías, artículos) fue adecuado y útil?			
¿Las metodologías utilizadas (clases teóricas, talleres, estudios de caso) facilitaron el aprendizaje?			
¿Se supervisa una estructura lógica en el desarrollo de la sesión?			
¿Los participantes se mostraron interesados en la sesión?			
¿Se generó un ambiente de confianza?			
¿Se aplicó alguna técnica de evaluación (preguntas, encuestas, ejercicios prácticos, etc.) para medir el aprendizaje?			

Anexo 7. Hoja de satisfacción



Fecha: __/__/20__

Nombre y Apellidos: _____

Este cuestionario pretende medir el grado de satisfacción de los asistentes a las sesiones impartidas.

Marque la casilla que crea con una X numeradas del 0 al 10

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Como consideras el grado en el que se procedió a la captación de asistentes?											
¿El lugar de celebración de las sesiones ha sido el adecuado?											
¿Cómo consideras el grado de organización del proyecto?											
¿Como consideras la formación de las enfermeras que realizaron la sesión?											
¿Las metodologías utilizadas (clases teóricas, talleres, estudios de caso) facilitaron el aprendizaje?											
¿El material proporcionado (presentaciones, guías, artículos) fue adecuado y útil?											
¿Considera que el contenido del proyecto educativo es relevante para su práctica profesional?											

Anexo 8. Cuestionario de Evaluación de Conocimientos (inicial y final).



Fecha: __/__/20__

Nombre y Apellidos: _____

Este cuestionario pretende medir el nivel de conocimientos adquiridos de los asistentes a las sesiones impartidas.

- 1) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el dolor en pacientes con demencia es correcta?
 - a) Los pacientes con demencia no experimentan dolor debido a la alteración cognitiva
 - b) La expresión del dolor puede manifestarse a través de cambios en el comportamiento
 - c) La evaluación del dolor en estos pacientes no es necesaria.
- 2) ¿Cuál es la herramienta más recomendada para evaluar el dolor en pacientes con demencia avanzada?
 - a) Escala Visual Analógica (EVA)
 - b) Escala de Coma de Glasgow
 - c) Escala PAINAD
- 3) Indique dos signos no verbales que pueden sugerir dolor en un paciente con demencia avanzada:

- 4) Mencione tres barreras comunes para el adecuado control del dolor en pacientes con demencia en cuidados paliativos.

- 5) Un paciente con demencia moderada en cuidados paliativos presenta agitación y rechazo a la alimentación. Su cuidador refiere que podría estar experimentando dolor. ¿Qué acciones tomarías para evaluar y manejar su dolor?

Anexo 9. Preguntas evaluación a largo plazo



Fecha: __/__/20__

Nombre y Apellidos: _____

Este cuestionario pretende medir el nivel de conocimientos adquiridos de los asistentes a las sesiones impartidas al cabo de 2 meses.

- 1) En los últimos dos meses, ¿has implementado alguna estrategia aprendida en las sesiones clínicas para la evaluación o manejo del dolor en pacientes con demencia? (Sí/No). Explica tu respuesta.

- 2) ¿Qué cambios has notado en tu forma de evaluar el dolor en pacientes con demencia después de la asistencia a las sesiones?

- 3) ¿Has experimentado alguna dificultad en la implementación de los conocimientos adquiridos? En caso afirmativo, descríbela y cómo la has manejado.

- 4) ¿Recomendarías esta formación a otros profesionales de enfermería? ¿Por qué?
