



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

Cuidados paliativos: Abordaje de los cuidados por parte del cuidador informal. Un proyecto educativo.

Alumno: Rocío García Romero

Director: Daniel Fernández Robles

Madrid, mes de mayo de 2022

- **Abreviaturas y siglas**.....4
- **Resumen/Abstrac**.....5
- **Presentación**.....7

Estado de la cuestión

- **Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema.**
 - 1. Introducción a los cuidados paliativos.....8
 - 2. Epidemiología.....9
- **3. El cuidador y cuidados informales**
 - 3.1 Definición de cuidador informal y cuidados informales.....10
 - 3.2 Características del cuidador informal.....11
 - 3.3 Miedos del cuidador.....12
 - 3.4 Sobrecarga del cuidador.....12
- **4. Síntomas de mayor prevalencia. Manejo sintomático de las necesidades**
 - 4.1 Cuidados en la higiene.....14
 - 4.2 Alimentación.....16
 - 4.3 Cavidad oral.....17
 - 4.4 Dolor.....18
 - 4.5 Estreñimiento.....18
 - 4.6 Náuseas y vómitos.....19
 - 4.7 Disnea.....20
 - 4.8 Astenia.....20
- **5. Medidas farmacológicas**
 - 5.1 Administración de medicación.....20
 - 5.2 Vía subcutánea.....21

- 5.3 Definición, uso y zona de punción.....	22
- 5.4 Manejo y administración de fármacos.....	22
- 4.2.3 Consideraciones.....	22
• Justificación.....	23
• Modalidad del proyecto educativo	
- Población diana y captación.....	24
• Objetivos generales y específicos	
- 7.1 Objetivos de conocimiento.....	26
- 7.2 Objetivos de Habilidad.....	27
- 7.3 Objetivos de actitudes/intereses.....	27
• Contenidos	
- General y específicos.....	28
• Sesiones, técnicas de trabajo y materiales.....	30
• Evaluación del proyecto educativo.....	35
• Anexos	
- Anexo 1: “Escala de Edmonton”.....	38
- Anexo 2: “Tipo de enemas”.....	39
- Anexo 3: “Zonas de punción vía subcutánea”.....	40
- Anexo 4: “Vía subcutánea”.....	41
- Anexo 5: “Póster divulgativo”.....	42
- Anexo 6: “Cuestionario pre-intervención”.....	43
- Anexo 7: “Cuestionario post-intervención”.....	44
- Anexo 8: “Evaluación de la estructura y proceso”.....	45
- Anexo 9: “Evaluación del rol playing”.....	46
• Bibliografía.....	47

Abreviaturas y siglas

CP: Cuidados paliativos.

VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana.

ELA: Esclerosis lateral amiotrófica.

ICC: Insuficiencia cardíaca congestiva.

EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

Resumen/Abstract

Introducción:

Los Cuidados Paliativos permiten asegurar una adecuada atención de manera integral al paciente y a la familia, estos cuidados son destinados a múltiples enfermedades bien oncológicas o no oncológicas, es importante conocer la diferencia entre Cuidados Paliativos y la atención a los pacientes en situación de final de la vida, ambos comparten el objetivo del bienestar, pero se diferencian en el momento de su aplicación.

Estos cuidados se llevan a cabo por el equipo especializado en la unidad hospitalaria además de en el domicilio donde se incorporan a los cuidadores informales. Existen estudios donde confirman la sobrecarga que genera el abordaje de los mismos y las consecuencias producidas por su impacto.

Una de las escalas más utilizadas en la valoración de síntomas en el paciente paliativo se encuentra la escala de síntomas de Edmonton, una herramienta para la valoración de la intensidad de los síntomas que presentan este tipo de enfermos donde predomina la pérdida del bienestar, la anorexia, dolor y astenia.

Objetivos:

Proporcionar técnicas y conocimientos para abordar las necesidades básicas del paciente que precisa de cuidados paliativos, sintomatología, búsqueda del máximo confort dentro de todas sus esferas incluyendo a la familia.

Proyecto educativo:

Se realiza un proyecto educativo basado en técnicas e información para el abordaje de las necesidades básicas.

Existen múltiples formas de paliar las consecuencias que generan las distintas patologías mediante medidas farmacológicas y medidas no farmacológicas, por ello, es importante la consecución de objetivos establecidos dentro del proyecto educativo y así obtener resultados acordes a estos objetivos establecidos.

Palabras clave (Key words)

- **MeSH:** Caregiver, Palliative care, terminal care.
- **DeCS:** Domicilio, familia

Introduction:

Palliative Care allows to ensure adequate care in a comprehensive manner to the patient and

the family, this care is intended for multiple diseases either oncological or non-oncological, it is important to know the difference between Palliative Care and care for patients in end-of-life situation, both share the objective of well-being, but differ in the time of its application.

Palliative care is carried out by the specialised team in the hospital unit as well as in the home where informal carers are incorporated. There are studies which confirm the overload generated by the approach and the consequences produced by its impact.

One of the most widely used scales for the assessment of symptoms in palliative patients is the Edmonton symptom scale, a tool for assessing the intensity of the symptoms presented by this type of patient, with a predominance of loss of well-being, anorexia, pain and asthenia.

Objectives:

To provide techniques and knowledge to address the basic needs of the patient in need of palliative care, symptomatology, search for maximum comfort within all their spheres including the family.

Educational project:

An educational project is carried out based on techniques and information to address basic needs.

There are many ways of alleviating the consequences of the different pathologies by means of pharmacological and non-pharmacological measures, which is why it is important to achieve the objectives established within the educational project and thus obtain results in accordance with these established objectives.

Presentación

En el mundo, los Cuidados Paliativos, son de vital importancia. No prolongan la vida del paciente, pero tampoco la acortan.

Estos cuidados permiten aumentar el confort y calidad de vida para el paciente y su familia en las distintas etapas que trascurren en la enfermedad en fase terminal.

Es importante una adecuada educación tanto para el paciente como para su cuidador informal o familia permitiendo reducir altos niveles de estrés, ansiedad o inseguridades que se puedan generar al producirse un desconocimiento de la aplicación de cuidados básicos o actividades de la vida diaria.

La elección del tema tiene como finalidad, centrarse en aquellas alteraciones psicológicas como ansiedad y estrés que afectan a los cuidadores ante la presencia de dudas a la hora de realizar los cuidados y la actuación en base a los síntomas durante el proceso de enfermedad y en la fase final.

También es importante tener en cuenta que mediante la formación se puede disminuir la probabilidad de que aparezcan ciertos síntomas evitables como las lesiones en la piel mediante la educación sanitaria de manera precoz. El objetivo del trabajo busca facilitar instrucciones básicas para el cuidado o control de síntomas permitiendo así, una mejora en la calidad de vida del enfermo y de su familia o cuidadores.

La educación permite que se disminuya la demanda de servicios en salud ya sea dentro del ámbito de la atención primaria como hospitalaria junto a los costes que estos generan los ingresos hospitalarios, por tanto, es relevante una adecuada prevención de ciertas complicaciones que se pueden generar a lo largo del proceso de enfermedad.

El proceso de investigación y toda la construcción del trabajo de fin de grado, se lo dedico a mi padre, que desde el primer momento de mi etapa universitaria fue un gran apoyo animándome cuando las cosas se complicaban, que a pesar de su enfermedad terminal y la debilidad que le generaba no se borraba su sonrisa y sus ganas de luchar y vivir. Papá donde quiera que estés, voy a luchar de la misma manera que tú lo hiciste y con toda esa fuerza que pusiste hasta el último día, te quiero "Pipi".

Por último, agradecer a mi tutor Daniel Fernández Robles, por los conocimientos aportados durante los años de carrera y por su dedicación, tiempo y consejos en la elaboración de este trabajo que, cierra una etapa muy importante en mi vida, en deseo de ser enfermera.

Estado de la cuestión

Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema

1. Introducción a los Cuidados Paliativos.

Los cuidados paliativos tienen como objetivo asegurar una atención integral y holística al paciente y la familia mediante el tratamiento y control de signos y síntomas procedentes de la enfermedad terminal¹.

Este tipo de cuidados se brindan tras el diagnóstico de la enfermedad, durante el tratamiento, seguimiento y al final de la vida¹.

Los cuidados paliativos se ofrecen en enfermedades oncológicas y enfermedades no oncológicas después de agotar los recursos terapéuticos como en la enfermedad cardíaca, enfermedades pulmonares, insuficiencia renal, demencia, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/Sida y esclerosis lateral amiotrófica (ELA) entre otras^{1,2}.

Para brindar este tipo de cuidados es necesario de un equipo interdisciplinar incluyendo a enfermería, psicólogos, trabajador social, nutricionistas, fisioterapeutas y capellanes. Los Cuidados Paliativos se ofrecen en hospitales, atención domiciliaria, clínicas especializadas en cuidados paliativos y clínicas de atención a medio o largo plazo^{1,3}.

Existen diferencias entre los cuidados paliativos y la atención en paciente terminales, ambos tienen como objetivo del bienestar, pero sus diferencias aparecen en el momento de su aplicación, es decir, los cuidados paliativos se aplican cuando se agotan y o son suspendidos los recursos terapéuticos y se determina un pronóstico inferior o igual a seis meses de enfermedad terminal o etapa final de la vida¹⁻³.

Para obtener beneficios en los cuidados paliativos, se procede a la búsqueda de palabras clave como son los cuidados paliativos y cuidador entre otras ya que son representativas en la finalidad del proyecto, además es importante hacer un adecuado contraste de las diferentes informaciones y que estas permitan obtener información relevante y con base científica.

Se debe atender al paciente y a su familia o cuidador principal abarcando los problemas físicos que ocasionan los síntomas o efectos secundarios, alteraciones emocionales, sociales espirituales que producen ansiedad, depresión, miedo o desesperanza cuestionarse su propia fe, se deben abordar los problemas prácticos que generan la enfermedad incluyendo conflictos económicos, alojamiento, transporte^{1,8,12}.

Existen ciertas unidades que permiten aplicar cuidados paliativos de manera precoz,

además, existen estudios donde confirman que, la aplicación de dichos cuidados, permiten obtener múltiples beneficios tanto para el paciente como a la familia⁴.

Los beneficios obtenidos son mejora en la calidad de vida, estado de ánimo, afrontamiento de la enfermedad y aumento en la probabilidad de hablar de los cuidados que preferían al final de su vida con el equipo interdisciplinar⁴.

2. Epidemiología

El número de muertes por ciertas enfermedades, varían según el acceso sanitario y los recursos económicos disponibles, aquellos países donde los ingresos económicos son adecuados adquieren mayor protagonismo las enfermedades crónicas que afectan al corazón y a los pulmones².

La mayor parte de la atención dirigida a la mejora en la calidad de vida del paciente terminal, casi siempre se centra en el paciente oncológico por ello, a medida del paso de los años se aumenta el nivel de conciencia acerca de la importancia que tiene la aplicación de cuidados enfocados a la atención al final de la vida no solo a nivel de paciente con enfermedad maligna sino también aquellos que no la presentan como algunas afectaciones crónicas a nivel cardiaco y pulmonar que suelen presentar sintomatología y tasa de supervivencia similar al paciente oncológico.

Los datos sugieren de una población diana de edad igual o superior a dieciocho años con enfermedades de insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) enfermedad obstructiva pulmonar (EPOC) y cáncer, aumenta la probabilidad de 1,5 veces respecto a paciente oncológico el riesgo de ingreso en unidades especializadas con disminución de la probabilidad de utilizar servicios centrados en los cuidados paliativos^{2,3}.

La mayor parte de los fallecimientos ocurren en personas mayores de 65 años que con el paso de los años aumenta de manera progresiva, esto se debe al aumento del envejecimiento en la población².

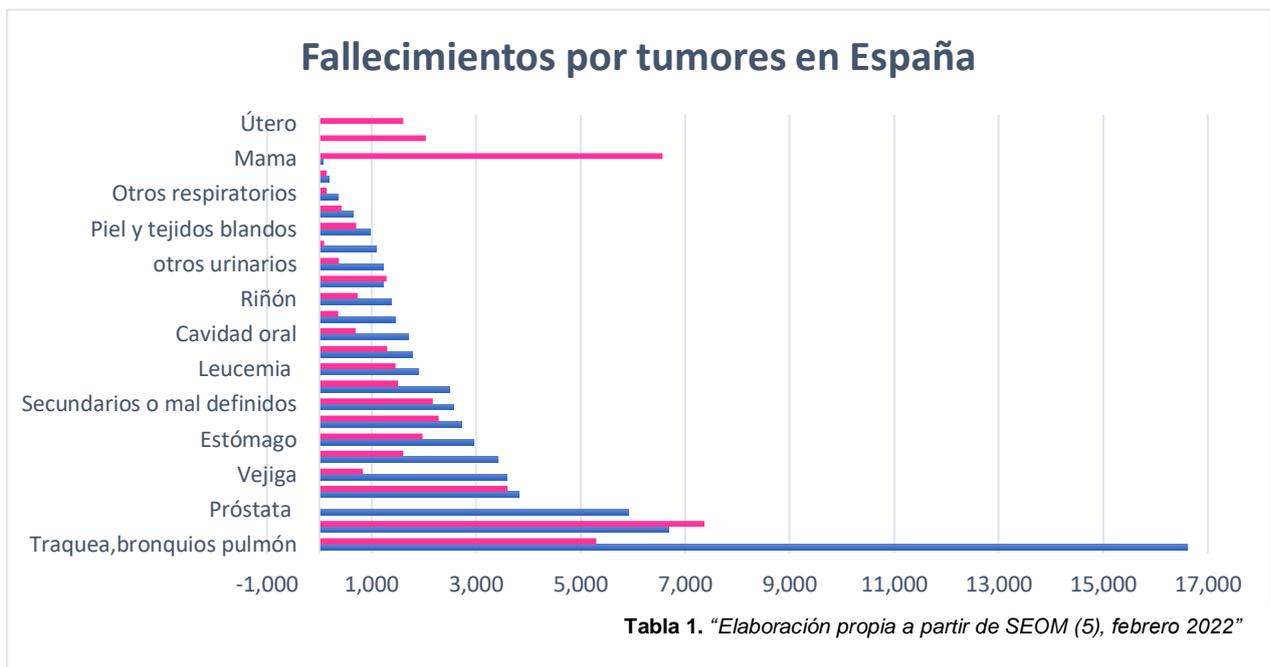
Dentro de las patologías terminales o crónicas cabe destacar que la enfermedad con más tasa de mortalidad son la enfermedad isquémica cardiaca, enfermedad cerebrovascular y enfermedad obstructiva crónica (EPOC) con un quinto puesto a enfermedades oncológicas donde destacan afectación pulmonar, tráquea y bronquios^{2,3}.

El instituto Nacional de Estadística (INE) publica cifras de fallecimientos en y su respectiva causa de las cuales las enfermedades que más prevalecen en España son enfermedades con afectación del sistema circulatorio 24,3% enfermedades tumorales 22,8%, 16,4 % enfermedades infecciosas de las que se incluye COVID-19 y en cuarto lugar enfermedades de tipo respiratorio con un 8,6%⁶.

Los tumores que más fallecimientos han ocasionado a lo largo del 2020, en las mujeres,

destaca el cáncer de mama, tráquea, bronquios y pulmón, colón y páncreas^{5,6}.

Respecto a los varones, la primera posición es ocupada para los cánceres que pertenecen al sistema respiratorio, colon, próstata, páncreas^{5,6}.



3.1 Cuidador y cuidados informales

Se define como cuidador informal a la persona que se encarga del cuidado de las personas enfermas, discapacitadas o ancianas que no pueden valerse por sí mismas en las actividades de la vida diaria como son el aseo, alimentación, administración de tratamientos, entre otras, estos son los llamados cuidados informales⁸.

Se han producido cambios a nivel epidemiológico dentro del ámbito de la salud en los que respecta a las enfermedades terminales con un aumento de incidencia de casos produciendo la aparición de nuevas necesidades básicas que satisfacer o bien reforzar.

Este tipo de enfermedades afecta no solo a nivel del individuo que es diagnosticado, sino que también a nivel familiar u otros vínculos afectivos^{9,10}.

El profesional de enfermería adquiere un importante papel en la capacitación del cuidador y la evaluación para satisfacer las necesidades básicas del paciente terminal a su cargo⁹.

Es importante la valoración de ciertos factores socioculturales y económicos que puedan afectar como aquellos costes derivados o generados del cuidado, características de la vivienda que permita un adecuado confort y habitabilidad del enfermo y nivel cultural que permita ejecutar las indicaciones de cuidado o tratamiento^{9,10}.

3.2 Características de los cuidadores informales.

Entre las características más comunes de los cuidadores informales no profesionales se encuentran^{10,11}:

- Mayor parte del tiempo se destina en la atención de las necesidades básicas del enfermo, discapacitado o anciano con carencia de horarios estipulados.
- Generalmente no se obtienen beneficios económicos
- Se pueden ofrecer cuidados informales sin necesidad de formación sanitaria.

Diversas investigaciones determinan que entre el 80- 90% de pacientes en fase terminal dedican su último año los cuidados necesarios se apliquen en su domicilio^{10,11}.

Además, la familia y cuidadores deciden la aplicación de estos cuidados por motivos como reforzar lazos familiares, reducen sentimiento de culpa y el refuerzo para la adaptación al duelo^{10,11}.

Se llevo a cabo un estudio cuyo objetivo se basó en la identificación de aspectos socioemocionales y psicológicos en las actividades del hogar de pacientes en fase terminal tomando como referencia al cuidador principal y clasificación de tipos de cuidados provistos mediante la adecuada elaboración de perfiles los cuidadores¹¹.

El perfil del cuidador muestra que el 84% son mujeres con edades entre los 38 y los 88 años con una media de 58 años¹¹.

Existen ciertos rasgos que caracteriza al cuidador informal de las cuales se encuentra el trabajo no remunerado, aislamiento social debido a la dedicación integral del enfermo, disminución de recursos económicos por abandono del empleo por parte del cuidador entre otras¹¹.

Un estudio realizado por el IMSERSO, muestra que, el 55,6 % de los cuidadores la aplicación de cuidados les afectó de forma negativa a su salud, un 11,1% requirieron ayuda psicológica. Un 80,2 % presentó problemas en las áreas de ocio y tiempo libre y un 61,1% problemas a nivel económico o de trabajo¹³.

Las actividades cotidianas con respecto al cuidado del paciente mostraron que donde más se insistió fue en la alimentación seguido del aseo y baño donde reconocieron que era la actividad que más dificultad les generaba, por último, levantarse de la cama.

Las percepciones que tenían los cuidadores respecto al deseo del enfermo confirmaron que, el 82% lo que más le preocupaba era que el enfermo tuviese dolor, también manifestaron que el paciente pasara por los distintos tratamientos, aunque estos podían producir dolor o malestar, les permitiera modificar el tiempo de vida^{5,8}.

Para el adecuado ejercicio del cuidado, existen diferentes factores que pueden repercutir en los mismo, por ello, es importante una adecuada valoración de^{8,11}:

- Estado de salud del cuidado, capacidad de afrontamiento en resolución de problemas y tiempo de dedicación.
- Reconocimiento, ayuda y apoyo emocional recibida por el entorno familiar.
- Formación y apoyo por parte de las asociaciones y administraciones públicas y privadas.
- Conocimiento de la enfermedad, discapacidad o estado de salud, evolución y posibles complicaciones.

También existen ciertos beneficios y aspectos positivos que se producen en el cuidador entre los que se pueden encontrar^{4,9}:

- Nuevos conocimientos en habilidades, destrezas y aprender a relativizar problemas.
- Aumento de autoestima e incluso encontrar el sentido de la vida.
- Ser cuidador brinda la satisfacción personal y de cumplir con el deber.
- Permite proporcionar mayor intimidad al paciente y autonomía.
- Facilita el proceso del duelo.

3.3 Miedos del cuidador

En el proceso de rol de cuidador, aparecen ciertos miedos o preocupaciones que se generan durante el proceso del cuidado. Es un sentimiento de desconfianza que impulsa a creer que sucederá un hecho opuesto al deseado, entre ellos, los más comunes son⁷:

- Pensar que no se realizará bien la acción, como la administración de fármacos, curas y cuidados.
- Ausencia de control sobre el estado de salud del enfermo.
- No tener capacidad de aguante en presión física y psicológica que conlleva el cuidar.
- Vivencias desagradables durante el cuidado, como puede ser el atragantamiento durante el proceso de alimentación.

Los datos sobre los aspectos que más preocupaban al cuidador principal son⁵:

Movilización 28%, 24% dolor, 24% disnea, 16% náuseas/vómitos, agitación 4%.

Otros datos en relación con los aspectos sociales aparecen los trámites de entierro con un 48%, falta de apoyo 28% y situación económica.

3.4 Sobrecarga en el cuidador

La atención domiciliaria destinada al enfermo incurable produce una carga significativa y se

percibe como un evento potencialmente traumático. En el cuidador, se producen alteraciones o disfunciones psicológicas, físicas y sociales como puede ser la ansiedad, fatiga, depresión, insomnio, aislamiento¹⁵⁻¹⁷. Las alteraciones emocionales en el cuidador generalmente aumentan cuando es familiar del enfermo y generalmente no buscan ayuda médica por sí mismos lo cual impide un diagnóstico precoz en la aparición de alteraciones mentales derivadas del cuidado que no solo afecta al cuidador, también es perjudicial para el enfermo¹⁵⁻¹⁷.

En los últimos años el rol del cuidador adquiere mayor importancia debido a las consecuencias que generan al cuidador informal mediante la implicación del cuidado del enfermo¹⁵⁻¹⁷.

Según el estudio de Pérez Truyen, considera que el síndrome del cuidador afecta al individuo en todas sus esferas¹⁶. Mace y Rabinis mencionan que los síntomas psiquiátricos como estrés, ansiedad, miedo a la enfermedad, aislamiento social, agotamiento físico, cambios en la conducta y sentimiento de culpabilidad debido a no atender o que esta atención se vea disminuida¹⁶.

Se llevó a cabo un estudio prospectivo que permitía evaluar la sobrecarga del cuidador los resultados determinan que el 43% de los cuidadores presentan sobrecarga intensa, 24% leve y el 33% no presentan sobrecarga¹⁷. El 63,1% de los cuidadores informales son mujeres, de las cuales representa que la carga es mayor y que además aumenta con la presencia del deterioro de la salud física. Por otro lado, la carga del cuidador informal disminuye cuando viven con el paciente enfermo¹⁵.

4. Síntomas de mayor prevalencia

Dentro de los cuidados paliativos existen herramientas que clasifican los síntomas de mayor prevalencia, El Sistema de Evaluación de Síntomas de Edmonton (Edmonton Symptom Assessment System o ESAS) de sencilla aplicación¹⁹. **(anexo I)**

Su metodología se basa en escalas numéricas que permiten la evaluación de los diferentes síntomas frecuentes que padecen enfermos de Cuidados Paliativos de los que incluye el dolor, astenia, anorexia, náuseas, somnolencia, ansiedad, depresión, dificultad para dormir, disnea y otros¹⁹.

Según la escala de Edmonton, los síntomas de mayor prevalencia son^{19,20}:

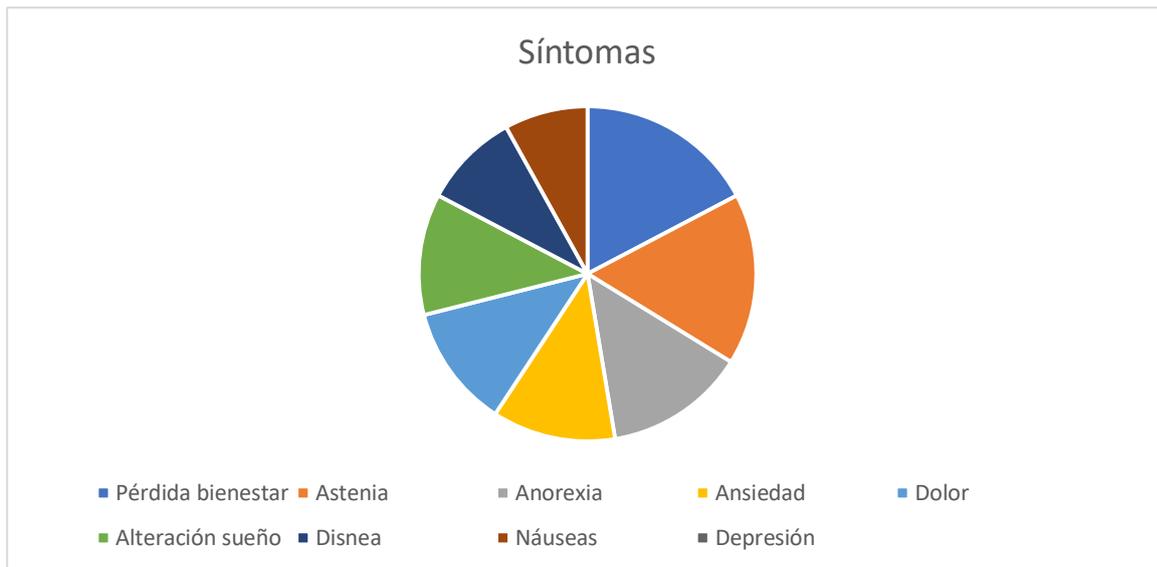


Figura 1. "Elaboración propia a partir de Edmonton Symptom (18,19) Enero 2016"

Pérdida del bienestar (87,50%), astenia (84%), pérdida del apetito (68,75%) ansiedad (60%), dolor (60%), alteración en el sueño (59,37%), disnea (46,87%), náuseas (40,6%) y depresión (6,25%), estos porcentajes pueden verse modificados de forma significativa dependiendo del tipo de tumor o enfermedad.

El cuidador principal. Manejo sintomático de las necesidades.

4.1 Cuidados en la higiene.

El cuidado en la higiene del enfermo, son aquellas intervenciones que permiten mantener la piel limpia e hidratada, con el fin de proporcionar bienestar y comodidad, además, permite, evitar la presencia de enfermedades ya que una de las funciones de la piel es actuar como primera barrera de protección del organismo^{20,21}.

Durante el proceso de final de la vida la piel está sujeta a diferentes cambios como puede ser la disminución de la perfusión de sangre y la hipoxia (falta de oxígeno). Para evitar que se produzcan lesiones en la piel como pueden ser úlceras por presión²⁹.

La higiene de la piel es de vital importancia, evita que aparezcan infecciones y escaras. Además, contribuye al bienestar y confort del paciente, descanso y estimulación del torrente circulatorio^{20,21}.

Algunas medidas correctas de higiene en el paciente son^{17,20-23}:

- Durante el aseo, es necesario valorar el estado de la piel, enfatizando en las prominencias óseas donde se genera mayor presión y pueden ocasionar la aparición de úlceras si no se realiza una adecuada movilización.

- Movilizar miembros, articulaciones y si es necesario se deben realizar masajes para favorecer el retorno venoso siempre que no existan antecedentes por trombosis venosa u otras patologías que estén contraindicadas.
- Prestar atención en los espacios interdigitales de los dedos del pie ya que un exceso de humedad puede ocasionar la aparición de micosis.
- Mantener una adecuada higiene postural de los pies para evitar deformidades o pie equino.
- Utilizar dispositivos como pueden ser almohadas para proteger las zonas con alta probabilidad de lesión.
- Estimular al paciente para conseguir mayor movilidad potenciando su autonomía.
- Realizar cambios posturales cada 2-3 horas para evitar mantener la misma postura de forma prolongada.
- Alineación corporal y repartir el peso por igual para evitar contracturas y dolor.
- Durante la movilización no se debe arrastrar al paciente sobre las sábanas ya que produce abrasión en la piel y puede generar complicaciones.
- Mantener los ojos limpios y húmedos, es necesario mantener una adecuada hidratación evitando que se produzca alteraciones conjuntivales o infecciones.
- Utilizar emolientes para la piel o cremas de barrera que permiten imitar la barrera natural de protección de la piel con funciones como protección, reparación, restauración y evitar daños mayores.
- El jabón necesario debe mantener el pH que simula la piel, usar jabones con pH ácido o neutro.
- La temperatura del agua debe oscilar entre los 37°C y los 38,5°C, no superar temperaturas superiores a los 41°C.
- Valorar y tratar aquellos procesos que originen exceso de humedad como la incontinencia, sudor, drenajes y exudados de heridas.
- Considerar medidas de seguridad para este tipo de procedimientos como el uso de silla de ducha, instalación de barandillas y otros dispositivos que permitan ayudar a la persona a moverse con seguridad cuando no gozan de firmeza en sus pies.
- Si existe incontinencia, se recomienda el uso de pañales y otros elementos como empapadores para evitar complicaciones futuras como son las alteraciones y maceración en la piel.
- Aumentar la ingesta y reposición hídrica.
- Uso de ácidos hidrogenados permiten la renovación y protección de la piel evitando la aparición de úlceras.

4.2 Alimentación

En la situación de enfermedad terminal es frecuente que los enfermos presenten anorexia, sequedad de boca, náuseas, vómitos, sensación de plenitud, problemas obstructivos como la disfagia^{24,25}.

La pérdida del apetito es uno de los síntomas más representativos en los pacientes que requieren de cuidados paliativos además de ser un efecto secundario tras el uso de algunos fármacos y la presencia de dolor, podemos encontrar: ²⁴⁻²⁹:

- Algunos medicamentos causan alteración del gusto y apetito. Estas alteraciones pueden disminuir el número y cantidad de ingesta de alimentos, es importante reconocerlos y valorar posibilidad de retirarlos o modificarlos
- Si aparece alteración en el gusto, se puede abordar reduciendo el contenido de urea en la alimentación (carnes rojas), marinar y condimentar para enmascarar los sabores que resulten desagradables.
- Las comidas deben ofrecerse en porciones muy pequeñas y a menudo alrededor de 6-7 tomas diarias con una presentación atractiva para el paciente, nunca llenar el plato ni el vaso hasta el borde.
- Los alimentos deben servirse a temperatura ambiente, se debe animar al paciente para la ingesta de líquidos durante las comidas para una adecuada hidratación.
- Se debe implicar al enfermo en la elección del menú y proporcionar alimento siempre que exista hambre.
- En el desayuno, existe alta probabilidad de aumento en la ingesta con lo cual se debe aprovechar para proporcionar más alimento ya que puede ser la única alimentación que realicen en el día.
- Existen alimentos que pueden complementar con ciertos nutrientes cuando la alimentación se ve reducida con las comidas normales como pueden ser los batidos. No existe evidencia científica que determine una mejora en el nivel nutricional mediante el uso de alimentación artificial y tampoco se debe administrar cuando la esperanza de vida es inferior a 3 meses.
- Una copa de alcohol o vino puede ayudar a estimular el apetito¹⁷.

Existen recomendaciones ante la alteración de la deglución durante el proceso de alimentación como es la disfagia. Se puede abordar mediante²⁶:

- o Evitar ingestas prologadas, no exceder de 30 minutos para evitar el cansancio.
- o Modificar la textura del alimento líquido mediante el uso de espesantes.
- o Si aparece disfagia durante la ingesta de algún alimento, se puede valorar la posibilidad de dar consistencia semisólida como el pure, cremas, compotas.

- Administrar solo aquellos alimentos exista la seguridad de que se puedan masticar de forma correcta.
- Alimentos homogéneos, melosos, evitar grumos, espinas, doble textura o aquellos que sean pegajosos.
- Evitar alimentos fibrosos como pueden ser la carne y algunas verduras.

4.3 Cuidados de la cavidad oral

La higiene de la boca es importante, mantenerla húmeda y fomentar la limpieza de forma regular incluyendo los dientes además de la mucosa. Existen recomendaciones generales que ayudan a disminuir la probabilidad de padecer alteraciones y sus complicaciones ^{24,25,29}:

- Cepillar los dientes al menos dos veces al día, si el cepillo produce dolor, se pueden usar cepillos de bebé.
- Clorhexidina, tiene propiedades antibacterianas y evita la agregación de placa.
- Si el enfermo es portador de oxigenoterapia, utilizar solución a base de agua ya que la vaselina puede producir quemaduras.
- Si es necesario, se puede aplicar cacao o cremas hidratantes.
- En caso de complicaciones, consultar con facultativo.

Existen ciertos cuidados más específicos según la lesión en la cavidad oral y de qué manera abordarlos (**tabla 2**) ^{24,25,29}:

Nombre	Características	Cuidados específicos
XEROSTOMIA	Saliva espesa y viscosa. Alteración en el sabor, masticación y deglución. Halitosis y dolor.	Masticar piña o chicles sin azúcar. Enjuagues de manzanilla y limón para estimular producción y reducir el dolor. El bicarbonato tiene propiedades mucolíticas y corrige el pH si este es bajo Sustitutos salivares
HERIDAS	Lesión oral de diferentes formas Puede ocasionar dolor pudiendo incapacitar para la masticación y deglución. Puede presentar sangrado y/o exudado,	Manzanilla y limón efectos anestésicos, disminuye dolor. Enjuagues de solución salina propiedades antisépticas. Enjuague de clorhexidina propiedades antibacterianas.
MICOSIS	Lesiones blancas en diferentes zonas de la cavidad oral, Aumento de probabilidad si inmunodeficiencia.	Cuidados generales. Enjuague con solución salina. Enjuague con Nistatina.

Tabla 2. "Elaboración propia a partir de SECPAL (28) 2014"

4.4 Dolor

Es el síntoma de alta prevalencia en enfermos con enfermedades terminales su control se realiza mediante medidas farmacológicas mediante el uso de analgésicos que en función del tipo del dolor se prescriben de mayor o menor potencia²⁵.

- Comprobar si la administración del fármaco se ha realizado de forma correcta según las indicaciones del equipo²⁵.
- Confirmar la adecuación al tratamiento prescrito y la adecuada formación en la dispensación del fármaco²⁵.
- Si la dosis prescrita por el equipo de Cuidados Paliativos no disminuye el dolor, informar para poder ofrecer dosis de rescate que permitan aliviar el dolor cuando la administración del primer fármaco ha dejado de hacer efecto²⁵.

Existen medidas no farmacológicas que permiten disminuir y controlar el dolor^{22,23,25}:

- Posiciones o posturas durante un tiempo prolongado, buscar siempre la posición donde el enfermo se encuentre más cómodo y disminuya el dolor.
- La aplicación de calor disminuye los espasmos musculares y la aplicación del frío disminuye la inflamación o la favorece porque aumenta los procesos.
- Crear un ambiente cómodo, agradable y temperatura óptima.
- Mantener una adecuada higiene del sueño en la calidad y horas de descanso.
- Si no existe contraindicaciones, caminar a distancias cortas y si es posible, al aire libre.
- Promoción de la integración y participación de la familia y/o amigos para reducir los niveles de ansiedad y adaptación de los horarios de visitas y espacio.
- Realizar actividades que permitan que el enfermo se evada como son musicoterapia, risoterapia, masajes y técnicas de relajación.

4.5 Estreñimiento

La mayoría de las personas con enfermedad terminal o fase final de la vida, requieren del uso de medicamentos que producen estreñimiento además de verse muy afectada la movilidad aumentando el riesgo de manera considerable^{24,31,37}.

- Se debe responder rápidamente al deseo de la evacuación²⁴.
- Estudio de posturas como la adecuada adaptación al WC, evitar cuñas³¹.
- Existen diferentes tipos de enemas según pauta médica³¹ (**Anexo 2**).
- Hay laxantes con diferentes formas de administración, dar la opción al paciente para que pueda elegir cual es la forma más cómoda¹⁸.

- Comer frutas y verduras ricas en fibra ayudan a reducir el estreñimiento especialmente, la naranja, kiwi, ciruelas, espinacas, alcachofas y semillas de chía o lino.
- Aumentar la ingesta de líquido para permitir que las heces se ablanden y ayude a su expulsión²².
- Existen diferentes tipos de laxantes acorde a cada tipo de paciente, los más usados los orales donde podemos encontrar **(Tabla 3)**³⁷:

TIPO LAXANTE	NOMBRE	ACCIÓN	EFFECTOS 2º
FORMADORES DE BOLO	Platago ovata	Retienen líquido y aumentan la masa de las heces y el peristaltismo	No dar si poca movilidad o ingesta hídrica.
LUBRICANTES	Parafina líquida	Lubrican y ablandan.	Para suboclusión intestinal y si interferencias absorción vitaminas liposolubles.
SURFACTANTES	Polietilglicol	Ablanda heces.	Menos flatulencia.
OSMÓTICOS	Lactitol	Retienen líquido en intestino por ósmosis.	Mucha ingesta de líquidos. Para dosis altas de opioides.
ESTIMULANTES	Senósidos	Estimulación de motilidad intestinal.	Dolor tipo cólico, no usar si obstrucción intestinal.

Tabla 3. "Elaboración propia a partir de Elsevier (31) 2011

4.6 Náuseas y vómitos

Existen diferentes fármacos para su alivio como pueden ser los antieméticos no obstante existen una serie de cuidados recomendados.

Si aparecen vómitos frecuentes se debe centrar en la adecuación de la dieta que esta sea fraccionada, predominio de líquidos^{18,22}.

- Es importante mantener al enfermo hidratado¹⁸.
- Evitar los olores fuertes ya que estos pueden inducir a que se produzca el vómito²².
- Comer y beber despacio y siempre que sea posible colocar sentado y usar platos pequeños¹⁸.
- Se recomienda tener un recipiente para recibir el vómito cerca de la habitación ya que puede evitar que el paciente se manche y también ropa propia o de cama¹⁸.
- Si vomita, enjuague la boca con abundante agua para evitar lesión por los ácidos del estómago y despejar la nariz por si hubiese restos²².

- Es importante observar las características del vómito como el color ya que pueden indicar otros problemas como en la hematemesis (restos de sangre en el vómito) puede indicar hemorragia digestiva alta o distensión del estómago.

4.7 Disnea

La aplicación de terapias no farmacológicas, deben considerarse como la primera línea de tratamiento en la disnea, permite aumentar la seguridad en el paciente y disminuir la polimedicación^{18,35}.

- Compañía tranquilizadora, ambiente abierto y tranquilo¹⁸.
- Crear corrientes de aire hacia la cara mediante ventiladores²⁸.
- Limitar el número de personas en la habitación³⁵.
- Ejercicios respiratorios, entrenamiento muscular y técnicas de relajación³⁵.
- Colocar en la posición más confortable y que disminuya la sensación de falta de aire en el enfermo³².

Existen medidas farmacológicas frecuentes en el paciente paliativo como la oxigenoterapia, opiáceos, benzodiacepinas y en ocasiones broncodilatadores¹⁸.

4.8 Astenia

Se produce por múltiples causas como son el uso de ciertos fármacos, anemias, infecciones o liberación de sustancias como las citoquinas³⁴.

Para disminuir la sensación de astenia^{34,35}:

- Identificar la causa y tratamiento inmediato.
- El ejercicio físico puede ayudar a disminuir la sensación de debilidad.
- Mantener unas adecuadas medidas higiénicas en el reposo, descanso y dieta.
- Los fármacos estimulantes como la dopamina y cafeína mejoran la respuesta a estímulos.

5. Medidas farmacológicas

5.1 Administración de fármacos

La administración de fármacos en el paciente con necesidad de CP requiere del adecuado manejo de las diferentes medidas farmacológicas³⁶.

Es importante, que el profesional informe al cuidador de los posibles efectos adversos y alternativas si existe fracaso en la administración de la vía, así como todas las recomendaciones destinadas a la buena praxis en el manejo de las medidas farmacológicas³⁶.

- Revisión de la etiqueta para asegurarse que la administración del fármaco de esta haciendo de forma correcta. No todos los medicamentos se pueden administrar por VO (vía oral) existen otros tipos de vías como la vía subcutánea (SBC) y parches³⁶.
- Es importante que el médico experto en Cuidados Paliativos proporcione las instrucciones en papel sino dispone de ellas, se debe poner en contacto con el equipo³⁶.
- Si se produce dificultad a la hora de tragar el fármaco, se puede triturar o administrar con alimentos o líquidos siempre y cuando lo indique el profesional ya que no todos los fármacos resultan efectivos si son triturados³⁶.
- La administración de ciertos fármacos, pueden producir efectos secundarios que tienen a desaparecer de 24-48horas una vez acostumbrado el cuerpo, es importante una observación y si estos no remiten contactar con el profesional³⁶.

5.2 Vía subcutánea

La administración de fármacos por la vía subcutánea pretende lograr un adecuado manejo en el control de síntomas en el enfermo³⁷.

El uso de la vía subcutánea permite obtener ventajas como fomentar la autonomía y comodidad del paciente y cuidador permitiendo que, sea utilizada con previa educación sanitaria en manejo y detención de posibles complicaciones³⁷.

Un adecuado control de síntomas en el paciente paliativo disminuye el número de hospitalizaciones y favorece que el momento del fallecimiento se produzca en el contexto elegido como puede ser el domicilio, proporcionando un ambiente familiar y acompañamiento³⁷.

La vía de elección en la administración de fármacos en el paciente paliativo es la vía oral, aunque existen algunas situaciones que, es mejor su administración por medio de la vía subcutánea como puede ser cuando el paciente no puede tragar, tiene vómitos o bien sueño³⁷. Su manejo no es un requisito necesario para los pacientes y/o cuidadores, pero ayuda de forma rápida en el alivio o disminución de síntomas³⁷.

Es importante considerar que, los pacientes experimentan síntomas en cualquier etapa de su enfermedad terminal incluyendo las últimas horas. Puede ser que una inyección o administración de un fármaco se acerque al final de la vida del enfermo. Esto no es inusual y si este procedimiento fue administrado por el cuidador, no debe preocuparse si su administración ha causado de alguna manera el final de la vida del paciente paliativo o terminal³⁷.

5.3 Definición, uso y zonas de punción

Es la introducción de una aguja metálica o bien de plástico de teflón que se aloja en el tejido subcutáneo situado debajo de la piel y tiene como objetivo la administración de fármacos e incluso hidratación del enfermo con sueros³⁶⁻³⁸.

Se usa como vía de elección en la hospitalización en el domicilio y cuando el paciente por diferentes circunstancias se ve alterada la vía oral o bien por encontrarse en fase terminal de la enfermedad y precisar de cuidados paliativos³⁶⁻³⁸.

Se colocan acorde a las medicaciones que van a ser administradas o bien teniendo en cuenta la comodidad según en el estado en el que se encuentre al paciente y la administración del fármaco por parte del cuidador³⁶⁻³⁸(**Anexo 3**).

- Bajo clavícula.
- Parte superior y externa de los brazos.
- Zona superior del abdomen.
- Zona anterior de los muslos.

5.4 Manejo y administración de fármacos

Para la adecuada manipulación y eficacia de la administración de fármacos vía subcutánea en bolo, es importante seguir unas instrucciones y una breve demostración que faciliten los conocimientos a la persona encargada del cuidado del enfermo^{25,38}. (**Anexo 4**)

- No se debe administrar más de 2-3 ml de fármaco.
- No es necesario diluir la medicación.
- No es necesario lavar la vía con suero fisiológico tras la introducción del fármaco.
- En la administración del fármaco se recomienda introducir una mínima cantidad de suero para evitar que el fármaco se quede en “espacio muerto” y no se administren las cantidades prescritas por el facultativo.

5.4 Consideraciones

Se debe avisar al equipo de Cuidados paliativos si ³⁶⁻³⁸:

- Avisar al equipo de cuidados paliativos si aparece enrojecimiento, sangrando o pérdida de fármaco en la zona de punción.
- Avisar al equipo de cuidados paliativos si durante o después de la administración del medicamento produce dolor o resistencia en la introducción²⁵.
- Si no está seguro si debe administrar el fármaco.
- Si los síntomas persisten a pesar de la administración de la medicación.
- Si creó que administró el fármaco o dosis incorrecta.

Justificación

La demanda en la aplicación de los cuidados paliativos se ve aumentada de manera considerable por el envejecimiento de la población y por el aumento de conocimientos en la disciplina³.

Estos cuidados se basan en una atención integral y holística para el paciente como para la familia por ello, una adecuada instrucción de los cuidadores permite que, adquieran destrezas sobre estos cuidados y llevar a cabo su aplicación que no solo produce aumento del bienestar y del confort en el enfermo si no también, aumenta la satisfacción de la persona que aplica los cuidados^{32,38}.

El objetivo del proyecto educativo se basa en la aportación de conocimientos destinados a la mejora o disminución de síntomas que presenta el paciente en el final de la vida para que se puedan aplicar en el futuro y permita satisfacer las necesidades destinadas al adecuado confort para el paciente y su familia.

Existen ciertas técnicas y recomendaciones que se pueden aplicar al enfermo sin la necesidad de estudios previos en sanidad.

La elección de la metodología en el proyecto de fin de grado, se basa en un proyecto educativo que permite instruir a todas aquellas personas que no posean titulación sanitaria para el abordaje de síntomas que aparecen durante los distintos periodos del enfermo con necesidad de cuidados paliativos, una vez adquiridos los conocimientos, permite aplicar las técnicas empleadas en el proceso enseñanza-aprendizaje que, además de obtener múltiples beneficios tanto para el paciente como para la familia, disminuye el número de ingresos en las unidades de cuidados paliativos.

Proyecto educativo

Población diana

El proyecto educativo para la consecución de destrezas en los cuidados básicos del paciente que requiere atención paliativa está destinada a los cuidadores informales que residen en municipios con población reducida y con dificultades para el acceso a los servicios sanitarios como puede ser la distancia o medios de transporte reducidos.

Se incluye a toda población de ambos sexos que practiquen los cuidados informales desde el ámbito de cuidados paliativos domiciliarios o bien para el conocimiento de la destreza con edades comprendidas entre los 40 y 65 años.

Los municipios incluidos que pertenecen a la Comunidad de Madrid de las distintas áreas geográficas con una población entre 10.000 y 15.000 habitantes.

Las sesiones se impartirán durante el mes de abril de 2023 (Brunete, días 12,13 y 14. San Agustín de Guadalix, días 19,20 y 21).

La enseñanza será impartida en los consultorios del ámbito rural en las salas de docencia o en otros departamentos donde se pueda llevar a cabo la actividad.

<i>Pueblo</i>	<i>Habitantes 2021</i>
<i>Brunete</i>	10.726
<i>San Agustín de Guadalix</i>	13.103

Tabla 1. Pueblos incluidos en el programa “Elaboración propia a partir del INE³⁹, 2022”

Captación

Para la correcta captación de los individuos y que el programa permita ser satisfactorio tanto para el enfermo/familia/cuidador y personal encargado de impartir los conocimientos es necesario la elaboración de material divulgativo basado en un póster visual y atractivo donde recoja la información básica que se imparte, fecha y lugar de celebración.

El póster será facilitado en los centros de atención primaria de los municipios asignados para la celebración mediante su envío por correo postal y será colocado en zonas de

amplia visualización permitiendo así, atraer al mayor número de personas al programa **(Anexo 5)**.

Otros métodos empleados en la captación, será responsable el personal de enfermería en atención primaria y comunitaria vía telefónica de manera activa o bien durante consulta a todos aquellos individuos que su participación resulte un beneficio propio a la hora de adquirir conocimientos o bien por formar parte de los cuidados informales en los pacientes con necesidad de cuidados paliativos.

Objetivos

Objetivo general

Los objetivos educativos son aquellos que van a permitir llevar a cabo el proceso de enseñanza-aprendizaje para que estos sean efectivos, es necesario llegar a su terminación generando así conocimientos o prácticas de las que antes no eran capaces de realizar y deben ser evaluables.

El objetivo principal del proyecto educativo es la formación en conocimientos y/o acciones encaminadas a la mejora de la práctica en los cuidados básicos por parte de cuidadores informales y mejorar la calidad de vida de los enfermos en situación de fase final de la vida o individuos que requieran de cuidados paliativos.

Objetivos específicos

Objetivo de conocimiento

- Describir el conocimiento de los cuidados paliativos.
- Identificar signos y síntomas característicos y de mayor prevalencia del enfermo con necesidad de cuidados paliativos.
- Describir las diferentes acciones destinadas a disminuir ciertos signos o síntomas.
- Comparar los procedimientos que se realizaban antes de asistir al proyecto de educación sanitaria.
- Comparar que medidas son más efectivas y cuales menos.
- Conocer que procedimientos pueden realizar los cuidadores informales sin necesidad de supervisión del personal sanitario.
- Analizar las necesidades que requiere el enfermo para poder realizar un abordaje de las mismas.
- Conocer el manejo de la vía subcutánea.
- Identificar posibles complicaciones generadas por el manejo de la vía subcutánea y cuando acudir al profesional sanitario.

Objetivo de habilidad

- Demostrar los conocimientos y técnicas empleadas en cuidados paliativos.
- Reconocer signos y síntomas característicos del enfermo con necesidad de cuidados paliativos.
- Identificar los diferentes signos y síntomas que más prevalecen en el enfermo terminal.
- Practicar los procedimientos realizados al asistir a el proyecto de educación sanitaria.
- Realizar medidas más efectivas y disminuir las menos efectivas.
- Practicar los procedimientos pueden realizar los cuidadores informales sin necesidad de la supervisión del personal sanitario.
- Demostrar como analizar las necesidades que requiere el enfermo para poder realizar un abordaje de estas.
- Practicar el manejo de la vía subcutánea.
- Demostrar el reconocimiento de posibles complicaciones generadas por el manejo de la vía subcutánea y cuando acudir al profesional sanitario.

Objetivos de actitud

- Escuchar de manera activa durante todo el procedimiento.
- Expresar deseos del cuidador en la consecución de objetivos de conocimiento y habilidad.
- Comunicar dudas, sugerencias u otras con respecto a los conocimientos impartidos.
- Verbalizar si existen miedos que puedan interferir en la aplicación de los cuidados.
- Compartir vivencias en el ámbito del cuidado.
- Afirmar que los conocimientos adquiridos aportan información o conocimientos adecuados a la hora de realizar el cuidado.
- Expresar sentimientos generados durante el proceso de cuidar.

Contenidos

Los contenidos que serán impartidos por el profesional sanitario constan de dos partes:

- **Contenido general:** Es el título del contenido que se va a impartir que posteriormente será desglosado de manera más específica.
- **Contenido específico:** Dentro de cada tema impartido, se especifica cada uno de los contenidos que se van a llevar a cabo, centrándose en todo aquello que es más importante para la consecución de objetivos relacionados con el conocimiento, habilidad y/o actitudes intereses.

<u>Contenido general</u>	<u>Contenido específico</u>
Cuidados paliativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué son? • ¿Qué Objetivos? • ¿Qué enfermedades? • ¿A quién atiende?
Síntomas mayor prevalencia (ESAS)	<ul style="list-style-type: none"> • Prevalencia de síntomas
Cuidados en la higiene	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene de la piel • Higiene postural • Dispositivos de mejora • Otros cuidados relacionados con la higiene
Cuidados en la alimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentos y presentación • Alteraciones en el sabor • Abordaje ante disfagia • Recomendaciones
Cuidados de la cavidad oral	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados generales • Cuidados específicos: <i>xerostomía, heridas y micosis</i>
Cuidados en el dolor	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuación al tratamiento • Medidas no farmacológicas destinadas al alivio o Disminución del dolor.
Cuidados en el estreñimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendaciones generales • Tipos y características de los laxantes
Náuseas y vómitos	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendaciones generales • ¿Riesgo de hematemesis?
Disnea	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados para disminuir la disnea • Consejos
Astenia	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendaciones y consejos
Vía subcutánea	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es? • Uso y zonas de punción • Consideraciones

Sesiones, técnicas de trabajo y materiales.

Cronograma general

Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3
Brunete: 12 abril	Brunete: 13 abril	Brunete: 14 abril
S.A Guadalix: 19 abril	S.A Guadalix: 20 abril	S.A Guadalix: 21 abril
Duración: 120 minutos	Duración: 120 minutos	Duración: 120 minutos
Descanso: 20 min	Descanso: 20 minutos	Descanso: 20 minutos
Nº docentes: 2	Nº docentes: 2	Nº docentes: 2
Lugar: Consultorios de Brunete y Guadalix (Biblioteca)	Lugar: Consultorios de Brunete y Guadalix (Biblioteca)	Lugar: Consultorios de Brunete y Guadalix (Biblioteca)

Sesiones

Respecto a la planificación general que se va a llevar a cabo en el proyecto educativo, consta de diferentes sesiones que serán realizadas en tres sesiones o tres días donde se proporciona los diferentes contenidos impartidos en cada sesión.

La duración de cada sesión no debe exceder de más de dos horas evitando así, que las sesiones generen emociones o sensaciones negativas en el proceso de aprendizaje.

El número de participantes debe ser reducido a un máximo de 15 personas con el objetivo de que los conocimientos que sean impartidos puedan ser percibidos de manera más personal y que en caso de dudas u otros problemas derivados sean resueltos de la manera más efectiva.

El grupo de docentes que imparten el proyecto educativo está formado por dos enfermeros/as con conocimientos en cuidados paliativos ya sea por trabajo en unidad de cuidados paliativos o por esta en posesión del título en máster en Cuidados Paliativos.

El lugar de celebración será en consultorios de ámbito rural (*municipios de la Comunidad de Madrid incluidos en el proyecto con 10.000 – 15.000 habitantes*) en salas destinadas a la docencia o bien en otros espacios donde permita su celebración como espacios ofrecidos por los ayuntamientos de cada pueblo.

Las fechas de celebración en los municipios serán ordenadas por orden alfabético e impartidas de martes a jueves a partir de los meses de abril 2022 hasta completar los municipios propuestos.

En función de las diferentes sesiones, se indican los materiales necesarios para impartir las sesiones destacando los materiales principales como sillas, mesas, ordenador, proyector para el contenido teórico.

Las sesiones impartidas se desglosan de manera más específica.

Sesión número 1.

CONTENIDOS Y TIEMPO EMPLEADO	TÉCNICA	RECURSOS
<p>Presentación de los docentes</p> <p><u>10 MINUTOS</u></p>	<p>Técnica de acogida y presentación:(Power- point) Presentación del personal docente y uso conductas verbales y no verbales que transmitan interés, confianza y calidez humana.</p>	<p>Aula para docencia y materiales de aula (sillas y mesas) ordenador y pantalla.</p>
<p>Cuestionario pre-intervención</p> <p><u>15 MINUTOS</u></p>	<p>Técnicas de información y expresión: Cuestionario con preguntas abiertas y tipo test para obtener información y animen a educando a pensar y obtener información acerca de sus conocimientos.</p>	<p>Fotocopias del cuestionario.</p> <p>Aula con material (sillas, mesas).</p>
<p>Cuidados paliativos</p> <p><u>20 MINUTOS</u></p>	<p>Técnica expositiva: Exposición con discusión, presentación y exposición de un tema mediante presentación power-point teniendo en cuenta la situación y necesidades del grupo. Es importante una adecuada selección de contenidos y procesos de comunicación</p>	<p>Aula con material (sillas, mesas)</p> <p>Ordenador, presentación en power-point, pendrive, proyector y pantalla.</p>
<p>ESAS</p> <p><u>20 MINUTOS</u></p>	<p>Técnica expositiva: Exposición con discusión, presentación y exposición de un tema mediante presentación power-point teniendo en cuenta la situación y necesidades del grupo. Es importante una adecuada selección de contenidos y procesos de comunicación</p>	<p>Aula con material (sillas, mesas).</p> <p>Ordenador, presentación en power point, pendrive, proyector y pantalla.</p>
<p>DESCANSO 20 MIN</p>		
<p>Higiene</p> <p><u>30 MINUTOS</u></p>	<p>Técnica de desarrollo de habilidades: Rol playing: Se explica una habilidad social y posteriormente se hace una escenificación de roles, el resto de participantes observa el desarrollo</p>	<p>Aula con material (sillas, mesas)</p> <p>Ordenador, presentación en power-point, pendrive, proyector y pantalla.</p> <p>Cuñas, esponjas, empapadores</p>
<p>Dudas/cuestiones</p> <p><u>10 MINUTOS</u></p>	<p>Técnica de información: Método de verificación, permite que el participante pueda verificar los puntos claves del contenido impartido.</p>	<p>Aula con material (sillas, mesas) y participantes.</p> <p><u>TOTAL TIEMPO SESIÓN :120min (2horas)</u></p>

Sesión número 2.

CONTENIDOS TIEMPO EMPLEADO	TÉCNICA	RECURSOS
Alimentación <u>20 MINUTOS</u>	Técnica expositiva: Exposición con discusión, presentación y exposición de un tema mediante presentación power-point teniendo en cuenta la situación y necesidades del grupo. Es importante una adecuada selección de contenidos y procesos de comunicación	Aula con material (sillas, mesas) Ordenador, presentación en power-point, pendrive, proyector y pantalla.
Cavidad oral <u>20 MINUTOS</u>	Técnica expositiva: Exposición con discusión, presentación y exposición de un tema mediante presentación power-point teniendo en cuenta la situación y necesidades del grupo. Es importante una adecuada selección de contenidos y procesos de comunicación	Aula con material (sillas, mesas) Ordenador, presentación en power-point, pendrive, proyector y pantalla.
Dolor <u>15 MINUTOS</u>	Técnica expositiva: Exposición con discusión, presentación y exposición de un tema mediante presentación power-point teniendo en cuenta la situación y necesidades del grupo. Es importante una adecuada selección de contenidos y procesos de comunicación	Aula con material (sillas, mesas) Ordenador, presentación en power-point, pendrive, proyector y pantalla.
DESCANSO 20 MIN		
Estreñimiento <u>20 MINUTOS</u>	Técnica expositiva: Exposición con discusión, presentación y exposición de un tema mediante presentación power-point teniendo en cuenta la situación y necesidades del grupo. Es importante una adecuada selección de contenidos y procesos de comunicación	Aula con material (sillas, mesas) Ordenador, presentación en power-point, pendrive, proyector y pantalla.
Náuseas/ vómitos <u>20 MINUTOS</u>	Técnica expositiva: Exposición con discusión, presentación y exposición de un tema mediante presentación power-point teniendo en cuenta la situación y necesidades del grupo. Es importante una adecuada selección de contenidos y procesos de comunicación	Aula con material (sillas, mesas) Ordenador, presentación en power-point, pendrive, proyector y pantalla.
Disnea <u>20 MINUTOS</u>	Técnica expositiva: Exposición con discusión, presentación y exposición de un tema mediante presentación power-point teniendo en cuenta la situación y necesidades del grupo. Es importante una adecuada selección de contenidos y procesos de comunicación	Aula con material (sillas, mesas) Ordenador, presentación en power-point, pendrive, proyector y pantalla.
Dudas/cuestiones <u>5 MINUTOS</u>	Técnica de información: Método de verificación, permite que el participante pueda verificar los puntos claves del contenido impartido.	TOTAL TIEMPO SESIÓN: 120min (2 horas)

Sesión número 3.

CONTENIDOS	TÉCNICA	RECURSOS
Astenia <u>10 MINUTOS</u>	Técnica expositiva: Exposición con discusión, presentación y exposición de un tema mediante presentación power-point teniendo en cuenta la situación y necesidades del grupo. Es importante una adecuada selección de contenidos y procesos de comunicación	Aula con material (sillas, mesas). Ordenador, presentación en power-point, pendrive, proyector y pantalla.
Vía subcutánea <u>10 MINUTOS</u>	Técnica expositiva: Exposición con discusión, presentación y exposición de un tema mediante presentación power-point teniendo en cuenta la situación y necesidades del grupo. Es importante una adecuada selección de contenidos y procesos de comunicación	Aula con material (sillas, mesas). Ordenador, presentación en power-point, pendrive, proyector y pantalla.
DESCANSO 20 MIN		
Practicar casos clínicos <u>25 MINUTOS</u>	Técnicas de análisis y desarrollo de habilidades: Se plantean casos al grupo sobre los contenidos impartidos, deben analizar, sacar conclusiones y resolver mediante las medidas expuestas en las sesiones educativas.	Aula con material (sillas, mesas). Ordenador, presentación en power-point, pendrive, proyector y pantalla.
Dudas/cuestiones <u>10 MINUTOS</u>	Técnica de información: Método de verificación, permite que el participante pueda verificar los puntos claves del contenido impartido.	Aula con material (sillas, mesas)
Cuestionario Post-intervención <u>15 MINUTOS</u>	Técnicas de información y expresión: Cuestionario con preguntas abiertas y tipo test para obtener información y animen a educando a pensar y obtener información acerca de sus conocimientos.	Fotocopias del cuestionario. Aula con material (sillas, mesas) <u>TOTAL TIEMPO SESIÓN: 120min (2 horas)</u>

Evaluación

Evaluación de la estructura y proceso

La evaluación del proyecto educativo sobre cuidados paliativos y técnicas o medidas enfocadas a la disminución o control de síntomas en el enfermo será llevada a cabo mediante la presencia de un docente observador durante el contenido de las sesiones y en las sesiones 1 y 3 se facilitará un cuestionario de evaluación a cada uno de los integrantes que componen el grupo de educandos.

Para evaluar las habilidades y destrezas, se lleva a cabo un role-playing impartido en sesión 1, apartado de higiene y en sesión 3 donde serán expuestos diferentes casos que deben resolver los participantes.

Los procesos que representa la información respecto a cómo se ha llevado a cabo el proyecto o sesión educativa será evaluado mediante un cuestionario, así como la calidad de los conocimientos impartidos y que también serán evaluados con test una vez impartidas las sesiones.

A continuación, se explica de manera más detallada:

- **Cuestionario previo a la sesión educativa** (*en sesión educativa número 1, ANEXO 6*): Después de la presentación de los profesionales encargados de la docencia, proporcionarán a cada uno de los participantes una fotocopia de cuestionario previo a la sesión para que, de manera libre y desde el punto de vista personal, el educando conteste a las preguntas que se proporcionan.
- **Cuestionario posterior a sesiones educativas** (*en sesión educativa número 3, ANEXO 7*): Una vez finalizado la exposición del proyecto, se entrega a los integrantes del grupo un cuestionario idéntico al de pre- intervención que posteriormente, se realice una comparación de datos del antes y el después de las sesiones, y si existen sugerencias por parte de los mismos para mejorar contenidos, apartados y que en el futuro sean modificados para alcanzar máxima satisfacción de los participantes.
- **Observador directo**: La evaluación la llevará a cabo uno de los profesionales encargados de la docencia con el objetivo de obtener información sobre los participantes como el grado de escucha activa, implicación para adquirir conocimientos, disposición y participación (**ANEXO 8**).

Evaluación de los resultados

En la evaluación correspondiente a la primera sesión (cuestionario pre-intervención, **anexo 6**), tiene como objetivo obtener datos sobre conocimientos previos a las sesiones educativas. Consta de seis preguntas tipo test cada una de ellas con un valor máximo de un punto y valor mínimo de 0, por cada pregunta errónea, ni contabiliza ni disminuye puntuación sobre el valor total.

La puntuación máxima del cuestionario es de 6 sobre 6.

En la pregunta abierta número 7, se recogerán los datos para tenerlos en cuenta en futuras intervenciones.

En la evaluación correspondiente a la última sesión (cuestionario post-intervención) (**Anexo 7**), tiene como objetivo obtener datos sobre conocimientos posteriores a las sesiones educativas.

Consta de seis preguntas tipo test cada una de ellas con un valor máximo de un punto y valor mínimo de 0, por cada pregunta errónea, ni contabiliza ni disminuye puntuación sobre el valor total.

La puntuación máxima del cuestionario es de 6 sobre 6.

En la pregunta abierta número 7, se recogerán los datos para tenerlos en cuenta en futuras intervenciones.

Durante el role-playing, el observador, recogerá datos sobre la calidad de las intervenciones y si surgen interferencias o imprevistos durante la impartición de la sesión (**Anexo 9**).

Anexos

Anexo 1. Escala de Edmonton

Marque el número que describa como se siente **AHORA**:

Nada de dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor que se pueda imaginar
Nada agotado (<i>cansancio, debilidad</i>)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más agotado que se pueda imaginar
Nada somnoliento (<i>adormilado</i>)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más somnoliento que se pueda imaginar
Sin náuseas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Las peores náuseas que se pueda imaginar
Ninguna pérdida de apetito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor apetito que se pueda imaginar
Ninguna dificultad para respirar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La mayor dificultad para respirar que se pueda imaginar
Nada desanimado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más desanimado que se pueda imaginar
Nada nervioso (<i>intranquilidad, ansiedad</i>)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más nervioso que se pueda imaginar
Duermo perfectamente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La mayor dificultad para dormir que se pueda imaginar
Sentirse perfectamente (<i>Sensación de bienestar</i>)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sentirse lo peor que se pueda imaginar
Nada_____ Otro problema	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo peor posible

"Elaboración propia a partir de Elsevier, 2018 (31)"

Se evalúa mediante el promedio de intensidad de los síntomas manifestados con un periodo de 24-48 horas o una semana con la evaluación numérica que represente mejor la intensidad.

La puntuación de intensidad se representa:

0 = No hay dolor y 10 = Presencia de Dolor, que, además es la puntuación máxima que se puede obtener en cada uno de los síntomas.

Una vez que se dispone de los resultados, permite la elaboración de una tabla de seguimiento de control de síntomas y de este modo la evaluación de las medidas aplicadas para paliar la presencia de estos síntomas¹⁴.

Anexo 2. Tipo de enemas

TIPOS DE ENEMAS

Enemas de evacuación o limpieza: Permiten en alivio del estreñimiento y limpieza de recto y colon. Se retiene el líquido de 2 a 3 minutos.

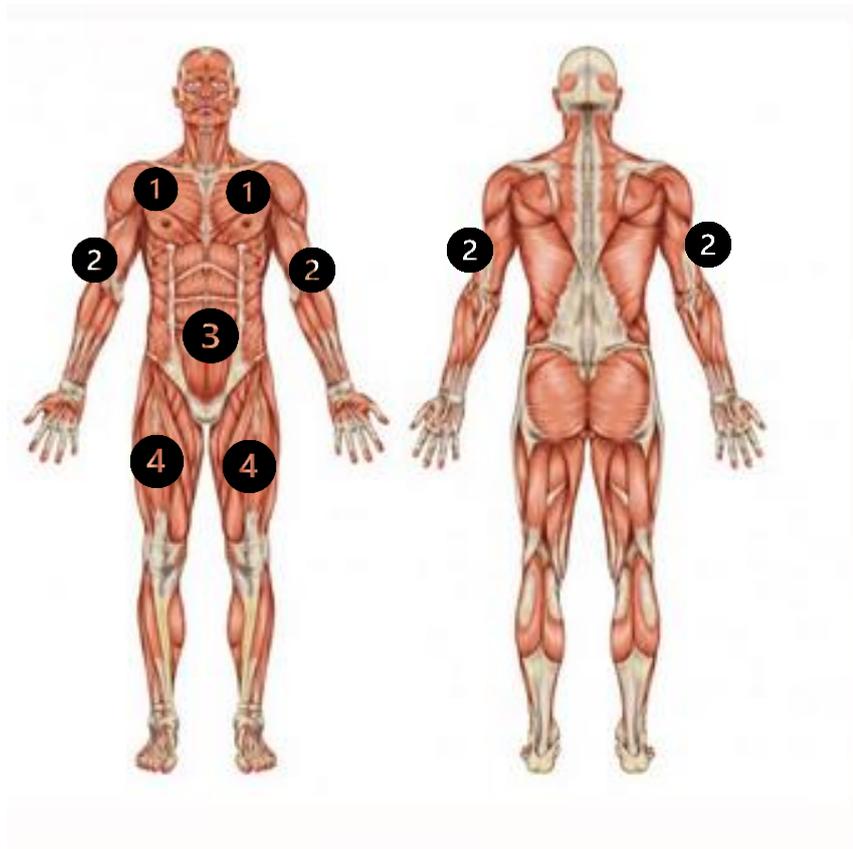
Enema evacuador	Composición
Jabonoso	Agua tibia y jabón
Salino	Agua tibia y sal
Desechables comerciales	Soluciones hipertónicas que irritan la mucosa intestinal

Enemas de retención: Tienen como objetivo la retención durante 20-30 minutos para que el intestino absorba el principio activo

Enema de retención	Función
Antisépticos	El principio activo destruye bacterias y gérmenes
Emoliente	Lubrica y protege la mucosa intestinal
Antihelmíntico	Destrucción de parásitos del intestino
Medicamentoso	Administración de fármacos si no se puede utilizar vía oral
Oleoso	Lubrica el colon, ablanda heces y protege mucosa intestinal
Alimenticio	Administración de nutrientes
Opaco	Para exámenes radiológicos
Carminativo o “Harris”	Facilita la expulsión de gases intestinales
Murphy	Permiten la adecuada hidratación

“Elaboración propia a partir de Elsevier 2018 (31)”

Anexo 3. Zonas de punción vía subcutánea



1. Zona infraclavicular
2. Parte superior y externa de los brazos
3. Zona superior del abdomen
4. Zona anterior de los muslos

“Elaboración propia a partir de SEHAD (36,38) 2021”

Anexo 4. Vía subcutánea

Manejo vía subcutánea



1



Tipos de palomillas

2



Cargar medicación

3



Administración lenta
"bolo"

"Elaboración y fotografías propias 2022"

Anexo 5. Póster divulgativo



 Unidad de cuidados paliativos
Comunidad de Madrid

CONTROL DE SÍNTOMAS EN EL ENFERMO QUE REQUIERE DE CUIDADOS PALIATIVOS

DIRIGIDO A CUIDADORES

1 ¿Qué son los cuidados paliativos? 

Recomendaciones en:

2  - Alimentación
- Higiene
- Cavidad oral 

3 Consejos y recomendaciones en el control o disminución de síntomas más frecuentes. 

4 Vía subcutánea en el domicilio 



Dirigido a cuidadores no sanitarios

Anexo 6. Cuestionario pre-intervención

Marque el sexo: M ___ H___

Edad: _____

Responda a las siguientes cuestiones que se le proponen rodeando la letra donde considere que la respuesta correcta, recuerde que es un cuestionario anónimo y sirve para obtener datos para posibles estudios.

1. ¿Qué entiende por cuidados paliativos?

- a) Son aquellos cuidados destinados a personas que tienen un tiempo de vida inferior a 1 mes.
- b) Son aquellos cuidados que son proporcionados a cualquier enfermo con alguna enfermedad grave.
- c) Son aquellos cuidados que se ofrecen en enfermedades como el cáncer y enfermedades no oncológicas después de agotar los recursos terapéuticos.

2. En la alimentación del enfermo en el final de la vida..

- a) Necesita un aporte nutritivo mayor que en ocasiones normales.
- b) No se debe insistir en comer cuando el enfermo no tiene hambre.
- c) La cena es la comida más importante para el enfermo, aumentar el número de calorías.

3. ¿Cuál de los siguientes síntomas no padece un enfermo terminal?

- a) Euforia.
- b) Disnea (dificultad para respirar).
- c) Estreñimiento.

4. Si existe alguna lesión en la piel como pueden ser úlceras se debe..

- a) Aplicar polvos de talco para secar.
- b) Realizar cambios posturales cada dos horas.
- c) Dejar que cure por si sola.

5. ¿Cuál de las siguientes acciones pueden disminuir el dolor en el enfermo de cuidados paliativos?

- a) Siempre se debe dar analgésicos aunque no estén prescritos por el facultativo.
- b) El dolor no se debe atender ya que no existe ninguna solución para aliviar en este tipo de enfermos.
- c) Proporcionar un ambiente cómodo y temperatura optima ayuda a disminuir el dolor.

6. Respecto a la vía subcutánea..

- a) Se puede manejar en el domicilio si el profesional le facilito instrucciones previas.
- b) La vía subcutánea solo se usa en el hospital y por el profesional sanitario.
- c) En cuidados paliativos no se usa la vía subcutánea.

7. Indique lo que le gustaría obtener de este curso o sesiones:

Anexo 7. Cuestionario post-intervención

Marque el sexo: M ___ H___

Edad:_____

Responda a las siguientes cuestiones que se le proponen rodeando la letra donde considere que la respuesta correcta, recuerde que es un cuestionario anónimo y sirve para obtener datos para posibles estudios.

1. ¿Qué entiende por cuidados paliativos?

- d) Son aquellos cuidados destinados a personas que tienen un tiempo de vida inferior a 1 mes.
- e) Son aquellos cuidados que son proporcionados a cualquier enfermo con alguna enfermedad grave.
- f) Son aquellos cuidados que se ofrecen en enfermedades como el cáncer y enfermedades no oncológicas después de agotar los recursos terapéuticos.

2. En la alimentación del enfermo en el final de la vida..

- d) Necesita un aporte nutritivo mayor que en ocasiones normales.
- e) No se debe insistir en comer cuando el enfermo no tiene hambre.
- f) La cena es la comida más importante para el enfermo, aumentar el número de calorías.

3. ¿Cuál de los siguientes síntomas no padece un enfermo terminal?

- d) Euforia.
- e) Disnea (dificultad para respirar).
- f) Estreñimiento.

4. Si existe alguna lesión en la piel como pueden ser úlceras se debe..

- d) Aplicar polvos de talco para secar.
- e) Realizar cambios posturales cada dos horas.
- f) Dejar que cure por si sola.

5. ¿Cuál de las siguientes acciones pueden disminuir el dolor en el enfermo de cuidados paliativos?

- d) Siempre se debe dar analgésicos aunque no estén prescritos por el facultativo.
- e) El dolor no se debe atender ya que no existe ninguna solución para aliviar en este tipo de enfermos.
- f) Proporcionar un ambiente cómodo y temperatura óptima ayuda a disminuir el dolor.

6. Respecto a la vía subcutánea..

- d) Se puede manejar en el domicilio si el profesional le facilito instrucciones previas.
- e) La vía subcutánea solo se usa en el hospital y por el profesional sanitario.
- f) En cuidados paliativos no se usa la vía subcutánea.

7. ¿Se cumplieron los objetivos previos a la sesiones educativas?

8. ¿Le gustaría aportar alguna sugerencia, recomendación para mejorar la sesión educativa?

9. Evalué del 0 al 10 la satisfacción (0 no me proporcionó nada,5 neutro, 10 he adquirido muchos conocimientos que me pueden servir para la práctica) que le ha proporcionado la sesión educativa:

Anexo 8. Evaluación de la estructura y proceso

FECHA:	Nº DE SESIÓN
CENTRO	Nº DE PARTICIPANTES

Pregunta	SI	NO
¿El número de participantes es el adecuado?		
¿Las instalaciones son adecuadas para la celebración de las sesiones?		
¿Los materiales son adecuados para la celebración de las sesiones?		
¿Considera que el proceso de captación ha sido el adecuado?		
¿Los docentes presentan cualidades necesarias para llevar a cabo la sesión?		
¿Considera que los contenidos son acordes a la población a la que va dirigida?		
¿Existe un orden lógico en los contenidos?		
¿Considera adecuadas las técnicas y recursos del proyecto?		
¿El proyecto educativo cumple los objetivos establecidos?		
¿Las técnicas empleadas permiten la consecución de objetivos establecidos?		
¿Es adecuada la participación de los asistentes?		
¿Se observa satisfacción de los participantes?		

Otras anotaciones:

Anexo 9. Evaluación del rol-playing

FECHA:	Nº SESIÓN:
CENTRO:	Nº PARTICIPANTES:

Pregunta	SI	NO
¿Existe buena organización del grupo?		
¿Uso adecuado de los materiales?		
¿Técnicas adecuadas al rol playing?		
¿Grupo participativo?		

Comentarios de la intervención:

Bibliografía

1. Medlineplus.gov, Qué son los cuidados paliativos? [Internet]. 2018 [actualizada 23 de enero de 2020; acceso el 27 de diciembre de 2021]. Disponible en: medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000536.htm
2. Lastrucci V, D'Arienzo S, Collini F, Lorini C, Zuppiroli A, Forni S, et al. Diagnosis-related differences in the quality of end-of-life care: A comparison between cancer and non-cancer patients.
3. Sanidad.gob, Plan de estrategia cuidados paliativos [internet] 2017 [Acceso de 27 diciembre 2022]. De ministerio de sanidad Disponible en: www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/cuidadospaliativos.pdf.
4. Beneficios de cuidados paliativos desde el principio [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2022 [Acceso 16 febrero 2022]. Disponible en: www.cancer.gov/espanol/noticias/temas-y-relatos-blog/2016/cuidados-paliativos-calidad
5. SEOM. Las cifras del cáncer en España [Internet]. 2022. Disponible en: www.SEOM.org
6. Ine.es, Sociedad /Salud /Estadística de defunciones según la causa de muerte / Últimos datos [Internet]. 2021 [Actualizada en 2021; acceso el 6 de enero de 2022] Disponible en: www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175
7. Miedo durante el rol de cuidador [Internet]. El Rincón del cuidador. [Acceso el 21 de febrero de 2022]. Disponible en: www.elrincondelcuidador.es/otros-cuidados/6041miedo-rol-cuidador-como-gestionarlo
8. López García E. Puesta al día: Cuidador informal. Revista Enfermería CyL. 2016;8(1).
9. Las virtudes y efectos positivos que ofrece el cuidar de alguien más [Internet]. El arte de saber vivir. 2016 [Acceso el 17 de febrero de 2022] de Castrillón DN. Disponible en: <https://blog.elartedesabervivir.com/las-virtudes-efectos-positivos-ofrece-cuidar-alguien-mas/>
10. Carbonneau, H., Caron, C. y Desrosiers, J. (2010). Development of a conceptual framework of positive aspects of caregiving in dementia.
11. Pagliotti EGA, Escobar AA, Gatica PE, Olate GH, Astudillo KM. "Características del cuidador y su relación con la percepción de satisfacción de necesidades básicas para

- el paciente terminal."B. Cultura de los Cuidados 2006(19):79.
12. Aspectos que más preocupan al cuidador principal de pacientes en situación terminal en los últimos días. [Internet] Alicante [Actualizada 3 de marzo 2019; Acceso 23 diciembre 2021] de Martínez A., Lizon J., et al. Disponible en: <http://www.cancer.org/>.
 13. Luxardo N, Tripodoro V, Funes M, Berenguer C, Nastasi R, Veloso V. Perfil de cuidadores de enfermos en cuidados paliativos / Caregivers of palliative care home patients. *Medicina (Buenos Aires)* 2009;69(5):519.
 14. Sophie Opsomer, Jan De Lepeleire, Emelien Lauwerier, Peter Pype. Resilience in family caregivers of patients diagnosed with advanced cancer – unravelling the process of bouncing back from difficult experiences, a hermeneutic review. *European Journal of General Practice* 2020;26(1):79.
 15. Tripodoro, V., Veloso, V. Y Llanos, V. (2015). Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos. *Argumentos: revista de crítica social*, 17, 307-330.
 16. Kühnel MB, Ramsenthaler C, Bausewein C, Fegg M, Hodiamont F. Validation of two short versions of the Zarit Burden Interview in the palliative care setting: a questionnaire to assess the burden of informal caregivers. *Supportive Care in Cancer* 2020;28(11):5185.
 17. Macarena QR. Factores asociados a la calidad de vida del cuidador informal de pacientes terminales: impacto de la información sanitaria. Proyecto de investigación: 2018.
 18. : IMSERSO [Internet] Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles 2005 [Actualizada diciembre 2005; Acceso 13 enero de 2022]. De ministerios de sanidad. Disponible en: www.seg-social.es/imserso.
 19. Dhiliwal S, Salins N, Deodhar J, Rao R, Muckaden MA. Pilot Testing of Triage Coding System in Home-based Palliative Care Using Edmonton Symptom Assessment Scale. *Indian Journal of Palliative Care* 2016;22(1):19.
 20. Cuthbert CA, Boyne DJ, Yuan X, Hemmelgarn BR, Cheung WY. Patient-reported symptom burden and supportive care needs at cancer diagnosis: a retrospective cohort study. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 2020;28(12):5889.
 21. Redpal.es. Escalas más utilizadas en CP [Internet] [acceso 6 de enero 2022]. Disponible en: www.redpal.es/wp-content/uploads/2018/12/Escalas-ma%CC%81s-utilizadas-en-CP.
 22. Ortiz JO. importancia en la higiene en el paciente encamado. [Palencia]: Escuela de enfermería de Palencia; 2018.

23. Sureste DA. [Internet] Recomendaciones para pacientes encamados Madrid: comunidad.madrid 2019 [Actualizada en 2019 ; Acceso 8 de febrero 2022] Disponible en: <https://www.comunidad.madrid>
24. M Vallejo Martínez, Jeniffer EBH. Alimentación y cuidados paliativos en el paciente oncológico terminal. Revista de nutrición clínica y metabolismo. 1 de febrero 2021;4:71–7.
25. Robles-Agudo F, Sanz-Segovia F, González-Polo J, Beltrán de la Ascensión, M., López-Arrieta JM. Alivio del dolor como parte de los cuidados al final de la vida. Revista Española de Geriátrica y Gerontología 2005;40(6):357-364.
26. Dietista del Centre Geriàtric Maria Gay. La disfagia o los problemas de deglución en personas mayores (II): recomendaciones dietéticas [Internet]. Atencionmayores.org. 2013 [citado el 21 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://atencionmayores.org/recomendaciones-dieteticas-personas-mayores-con-disfagia/>
27. Peter Hudson RH. Supporting a Person Who Needs Palliative Care a Guide for family and friends, Level 2, 182 Victoria Parade, East Melbourne: Palliative care Victoria; 2017. 84 p.
28. SECPAL, Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de Cuidados Paliativos. 2014.
29. Riley E. The importance of oral health in palliative care patients. Journal of Community Nursing 2018;32(3):57.
30. Stephen-Haynes J. Pressure ulceration and palliative care: prevention, treatment, policy and outcomes. Int J Palliat Nurs 2012;18(1):9.
31. R Vargas torres, API, RGR. Tratamiento y cuidados de enfermería en el estreñimiento del paciente paliativo. Elsevier medicina paliativa. el 14 de enero de 2011;18:112–20.
32. Bonnie Freeman, RN, DNP, ANP, ACHPN. Compassionate Person-Centered Care for the Dying : An Evidence-Based Palliative Care Guide For Nurses. 2015.
33. Guía de cuidados paliativos para el ciudadano [Internet]. Med.ec. [actualizado 2020; acceso el 9 de enero de 2022]. Disponible en: www.solca.med.ec/wpcontent/uploads/2018/06/EDITOGRAN-GUIA-CUIDADOS-PALIATIVOS-PARA-EL-CIUDADANO.pdf.

34. Portela MA, Sanz A, Martínez M, Centeno C. Astenia en cáncer avanzado y uso de psicoestimulantes. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 2011;34(3):471-479.
35. Control de síntomas [Internet]. *Contraelcancer.es*. [Actualizado 2021; citado el 26 de febrero de 2022]. Disponible en: www.contraelcancer.es
36. Álvarez Colorado M, Amoedo Albero MC, Cano Tébar AM, Gandía Herrero M, García Verde I, Gil López J, et al. Guía de recomendaciones prácticas. Uso de la vía subcutánea. Martínez Cruz MB. Coordinadora. Madrid: IM&C; 202
37. Palliativedrugs.com. 2022.[Internet] [Actualizado en junio 2018; acceso 15 de enero de 2022] Disponible en: <https://www.palliativedrugs.com/download/Information%20Leaflet%20for%20Patient%20and%20Carers%20Administration%20of%20Subcutaneous%20Medication%20%28Palliative%20Care%29%20June%202018.pdf>>
38. Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD) [Internet]. 2022 [Actualizado 2021; Acceso 18 enero 2022]. Disponible en: www.escolasaude.sergas.gal/Contidos/Documents/586/guia_coidadorhado.pdf
39. Banco de Datos Municipal de la Comunidad de Madrid [Internet]. Madrid.org. 2022 [Actualizado 2021; Acceso 8 febrero 2022]. Disponible en: www.madrid.org/desvan/almudena/run/j/Inicio.icm?enlace=almudena
40. García Guzmán LF. Modelo de enfermería comunitaria. Una propuesta para el abordaje integral de la salud en Nicaragua. *RIdEC* 2016; 9(1):54-67