



**ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA**



**SAN JUAN DE DIOS**

## **Trabajo Fin de Grado**

# **Proyecto educativo dirigido a cuidadores informales sobre el manejo del dolor oncológico**

Alumno: Noelia Parra Recasens

Director: Raquel Jiménez Cortés

**Madrid, abril de 2022**

# Índice

Listado de abreviaturas.....	4
1. Resumen.....	5
2. Abstract.....	6
3. Presentación.....	7
4. Estado de la cuestión.....	8
4.1. Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema.....	8
4.1.1. Conceptos básicos.....	9
4.1.2. Cuidados paliativos (CP).....	10
4.1.3. Paciente paliativo.....	14
4.1.4. El dolor en el paciente paliativo con cáncer.....	15
4.2. Justificación.....	22
5. Proyecto educativo.....	23
5.1. Población y captación.....	23
5.1.1. Criterios de inclusión.....	24
5.1.2. Criterios de exclusión.....	24
5.1.3. Captación.....	24
5.2. Objetivos.....	25
5.2.1. General.....	25
5.2.2. Específicos.....	25
5.3. Contenidos.....	26
5.4. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales.....	27
5.4.1. Planificación general.....	27
5.4.2. Cronograma general.....	27
5.4.3. Sesiones.....	28
5.5. Evaluación.....	33
5.5.1. Evaluación del proceso.....	33
5.5.2. Evaluación de los resultados.....	33

6. Bibliografía.....	35
7. Anexos .....	41
Anexo 1. Prevalencia de dolor oncológico .....	42
Anexo 2. Solicitud de autorización para ejecutar proyecto educativo .....	42
Anexo 3. Póster para la captación de la población .....	43
Anexo 4. Consentimiento informado.....	44
Anexo 5. Cuestionario pretest y post-test .....	45
Anexo 5: Guión observador directo .....	47
Anexo 7. Listado de asistencia a las sesiones.....	48
Anexo 8. Diapositivas PowerPoint.....	49
Anexo 9. Cuestionario de satisfacción de los participantes .....	51
Anexo 10. Entrevistas de seguimiento.....	52

## Listado de abreviaturas

AINE: Antinflamatorio no esteroideo.

CP: Cuidados Paliativos.

DeCS: Descriptores de Ciencias de la Salud.

EVA: Escala Visual Analógica.

IASP: Asociación Internacional del estudio del Dolor.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

MPQ: Cuestionario del dolor McGill.

NICE: National Institute for Health and Care Excellence.

NIO: Neurotoxicidad inducida por opioides.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

RMN: Resonancia magnética nuclear.

SECPAL: Sociedad Española de Cuidados Paliativos.

TAC: Tomografía axial computarizada.

UE: Unión Europea.

# 1. Resumen

**Introducción:** Los cuidados paliativos han evolucionado cada vez más, abarcando el cuidado precoz de pacientes con patologías crónicas avanzadas y oncológicas. El dolor es un síntoma que suele ser frecuente, cuyo manejo depende del conocimiento sobre las medidas farmacológicas y no farmacológicas, que deben ser instruidas a los familiares que habitualmente son los cuidadores informales en las etapas finales de la vida del paciente oncológico.

**Objetivo General:** Capacitar a los cuidadores informales de pacientes oncológicos sobre el manejo del dolor en cuidados paliativos.

**Metodología:** Se ha diseñado un proyecto educativo basado en cuatro sesiones, que incluirán objetivos cognitivos, psicomotriz o de habilidades y afectivos dirigidos a los cuidadores informales de pacientes oncológicos inscritos a la Asociación española contra el cáncer con sede en Guadalajara. Este proyecto abarcará la participación de dos profesionales de enfermería para su aplicación y evaluación. El proyecto educativo se ha dividido en apartados, en primer lugar, se describe los antecedentes teóricos de la investigación, seguido por la metodología del proyecto educativo, que incluye la selección de la muestra, captación y diseño de las sesiones educativas, con su respectiva evaluación.

**Implicaciones para la práctica de la enfermería:** La promoción de la educación a los cuidadores informales de pacientes oncológicos forma parte del rol del profesional de enfermería, que podría permitir mejoras en la atención al final de la vida de los pacientes paliativos.

**Palabras claves:** cuidados paliativos, educación de enfermería, cuidador informal, paciente paliativo.

## 2. Abstract

**Introduction:** Palliative care has evolved more and more, encompassing the early care of patients with advanced chronic and oncological pathologies. Pain is a symptom that is usually frequent, whose management depends on knowledge about pharmacological and non-pharmacological measures, which must be instructed to family members who are usually part of the informal caregivers in the final stages of the oncology patient's life.

**General Objective:** To train informal caregivers of cancer patients on pain management in palliative care.

**Methodology:** An educational project based on four sessions has been designed, which will include cognitive, psychomotor or skills and affective objectives aimed at informal caregivers of cancer patients enrolled or not in the Spanish association against cancer based in Guadalajara. This project will include the participation of two nursing professionals for its application and evaluation. The educational project has been divided into sections, in the first place, the theoretical background of the research is described, followed by the methodology of the educational project, which includes the selection of the sample, recruitment and design of the educational sessions, with their respective evaluation.

**Implications for nursing practice:** The promotion of education for informal caregivers of cancer patients is part of the role of the nursing professional, which could allow improvements in end-of-life care for palliative patients.

**Keywords:** palliative care, nursing education, informal caregiver, palliative patient.

### 3. Presentación

Con el presente trabajo quiero destacar la importancia de la obtención de las habilidades y el entendimiento del manejo farmacológico y no farmacológico de los pacientes oncológicos, dirigido a los cuidadores informales que habitualmente suelen ser los familiares o personas vinculadas al paciente.

Aunque los pacientes oncológicos que requieren de cuidados paliativos tienen diversa sintomatología relacionada con su enfermedad o con el tratamiento del cáncer, el dolor es un síntoma frecuente e incapacitante.

El dolor oncológico puede desencadenar ansiedad e influir en la calidad de vida del paciente y los cuidadores y, con ello, demandar la necesidad de cuidados paliativos. A pesar de la prevalencia de este síntoma, se ha reportado continuamente la falta y aplicación de conocimientos en el manejo del dolor en pacientes oncológicos, por parte de los cuidadores informales. Debido a que estos suelen acompañar continuamente a los pacientes paliativos, es necesario el conocimiento del manejo básico del dolor en pacientes oncológicos.

Por lo tanto, he decidido realizar un proyecto educativo centrado en la promoción del aprendizaje de conceptos básicos de cuidados paliativos y temas relacionados con el manejo del dolor en pacientes con cáncer, incluido las alternativas no farmacológicas complementarias al manejo del dolor.

El motivo personal de la selección de este tema de investigación ha derivado de mi experiencia con mi abuelo en el Hospital Centro de Cuidados Laguna. El dolor manifestado en las personas que queremos, seguido de la muerte son las situaciones más difíciles de afrontar por cualquier ser humano, e indudablemente los cuidados paliativos están relacionados con ambos aspectos.

A pesar de que los cuidados paliativos tienen más de una década de vigencia en España, ni mi familia ni yo conocíamos este servicio sanitario para los pacientes con enfermedad oncológica o crónicas avanzadas, por lo que, al ingreso hospitalario de mi abuelo se incrementó mi curiosidad en aprender sobre estos cuidados y la importancia de los mismos. Aprendí muchísimo, desarrollando fuerza, superación, cariño y principalmente gratitud. Por lo que, promover una mayor difusión de conocimientos a los cuidadores informales o familiares de pacientes oncológicos es un rol importante de llevar a cabo como personal de enfermería.

## 4. Estado de la cuestión

### 4.1. Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema

En España, el aumento de la esperanza de vida para el año 2018 fue de 83 años, equivalente a 2.2 años más que el reporte del año 2006, cuyo impacto sanitario se ha reflejado en un aumento de la longevidad en las personas mayores e incremento en la prevalencia de las enfermedades crónicas y complicaciones asociadas (1). El cáncer y las enfermedades crónicas avanzadas o en insuficiencia orgánica, pueden conllevar a un estado terminal que requiere una mayor demanda de cuidados paliativos que faciliten paliar la enfermedad (2,3).

Los cuidados paliativos son procedimientos sanitarios y no sanitarios que surgen desde el siglo IV bajo la denominación de “*hospitium*”, cuyo objetivo es sobrellevar la enfermedad propiciando cuidados que no prolonguen innecesariamente la vida. Desde el 1980, la Organización Mundial de la Salud (OMS) oficialmente incorpora los cuidados paliativos en pacientes con cáncer, seguido 15 años después por la Organización Panamericana de la Salud (4). A lo largo de los años, se ha incrementado los conocimientos y la atención, sin embargo, en ocasiones se han reportado el uso tardío debido a interpretaciones erróneas en los objetivos de los cuidados paliativos y su precoz aplicación, con retrasos en la satisfacción de las necesidades de los pacientes candidatos a estos cuidados (5,6).

Los cuidados paliativos consisten en una subespecialidad médica realizada por un equipo multidisciplinario, que ofrece atención especializada a los pacientes con enfermedades en estado severo, con la finalidad de aliviar los síntomas asociadas con la enfermedad o el efecto adverso de los medicamentos, incluido el control del dolor, acompañamiento y sufrimiento espiritual (7). Entre los síntomas de un paciente paliativo, el manejo del dolor es diana a través del uso de medidas no curativas, como la analgesia farmacológica, relajación, musicoterapia, entre otros, con el fin de mejorar la estabilidad de los parámetros físicos y su bienestar (8).

Los cuidados paliativos pueden ofrecerse tanto a nivel hospitalario como a nivel domiciliario, de manera, que los cuidadores informales (comúnmente la familia) suelen proporcionar los cuidados al paciente, por lo que es necesario que adquieran conocimientos sobre los cuidados paliativos y el manejo del dolor en pacientes oncológicos (9).

La estructura del trabajo se divide en diferentes apartados:

a) El estado de la cuestión en el que se describen los conceptos previos que caracterizan a nuestro proyecto, la evolución de los cuidados paliativos, indicaciones de los cuidados paliativos, y el manejo del dolor oncológico, con intervenciones farmacológicas y no farmacológicas; así como antecedentes relacionados con la falta de conocimiento de los cuidadores informales acerca del manejo del dolor.

b) El proyecto educativo sobre el aprendizaje de los aspectos básicos de los cuidados paliativos y el manejo del dolor oncológico en adultos, diseñado en cuatro sesiones.

Para la elaboración de este trabajo, se ha efectuado una revisión bibliográfica consultando literatura científica tanto en inglés como en español, comprendida principalmente entre los años 2017 y 2022 a través de las bases de datos PubMed, MEDLINE, Dialnet y ScienceDirect. Además, de consultar en páginas web de organizaciones como la Sociedad española de cuidados paliativos (SECPAL), la OMS y la Asociación internacional del estudio del dolor (IASP).

Se utilizaron los términos descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS): “cuidados paliativos”, “dolor”, “enfermería”, “familia”; y los *Medical Subjects Heading* (MeSH): “*palliative care*”, “*pain*”, “*nursing*”, “*family*”, y palabra del texto (*text word*) como “cuidador informal” y “*informal caregiver*”. Para afinar la búsqueda, se han utilizado los operadores booleanos AND y OR. Las referencias bibliográficas han sido citadas mediante la normativa de Vancouver, a través del gestor bibliográfico Zotero®. Los filtros utilizados en las bases de datos han sido de idioma castellano e inglés y antigüedad de publicación de los últimos 5 años.

#### 4.1.1. Conceptos básicos

Previo al desarrollo del marco teórico y los antecedentes del tema de investigación, se han definido los siguientes términos:

- **Cuidados paliativos (CP):** “(...) mejora la calidad de vida de los pacientes y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correcto del dolor y otros problemas, sean físicos, psicosociales o espirituales” (10).
- **Enfermedad terminal:** “Enfermedad avanzada en fase evolutiva e irreversible, con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de autonomía, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva (11)”.
- **Dolor:** es definido por la IASP como “Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño (12)”.
- **Dolor oncológico:** “Sensaciones simultáneas de dolor agudo y crónico, de diferentes niveles de intensidad, asociados con la propagación invasiva de células tumorales en el cuerpo; consecuencia del tratamiento del cáncer, incluida la quimioterapia o afecciones relacionadas con el cáncer; generalmente descrito como impreciso,

*doloroso, aterrador o como una sensación insoportable, con episodios de sensaciones intensas, acompañado de dificultades para dormir, irritabilidad, depresión, sufrimiento, aislamiento, desesperanza e impotencia” (13).*

- **Dolor total:** este concepto engloba los procesos biológicos, las esferas sociales, psicológicas y espirituales del paciente. Permite que el profesional sanitario se centre en el paciente más que en su patología, otorgándole calidad de vida desde la perspectiva del cuidado y no de la curación (14).
- **Cuidador informal:** es aquella persona que sin tener ninguna formación y sin recibir remuneración monetaria realiza los cuidados de una persona dependiente. Normalmente este rol lo lleva a cabo un familiar cercano (15).
- **Cuidar:** del latín “*cogitare*” implica pensar, reflexionar sobre una preocupación (16).
- **Paliativo:** tiene su origen en la palabra latina “*pallium*” que significa manto, capa o cubierta, enfatizando el acto de aliviar síntomas o sufrimientos de aquellas personas que no tienen medicina curativa (16).

#### **4.1.2. Cuidados paliativos (CP)**

##### *4.1.2.1. Historia de los CP*

Los cuidados paliativos han ido evolucionando a lo largo de la historia al igual que su significado por diversos factores culturales. El conocimiento de su historia nos lleva a un desarrollo evolutivo que la sociedad viene desempeñando actualmente ante el proceso de la muerte. La primera certeza de la muerte tuvo constancia en las culturas mesolíticas donde tomaron conciencia de los procesos de vida y muerte, emplearon rituales para liberar el alma puesto que cuando una persona iba a fallecer tenía dentro un espíritu maligno (16).

La tradición hipocrática no consentía el trato con enfermos incurables o terminales porque se consideraba que esas personas estaban recibiendo un castigo divino. Sin embargo, tras la llegada del cristianismo este concepto cambió y aparecieron las instituciones caritativas y el uso del término “hospicio” derivó del latín “*hospitium*” refiriéndose al sentimiento entre anfitrión e invitado y al lugar de interacción (4).

La primera institución dedicada a los cuidados paliativos surgió en el mundo bizantino en el año 400 en Roma. Fabiola, discípula de San Jerónimo, creó el primer hospital destinado a la atención de los peregrinos cuando llegaban a Ostia. En la Edad Media, los hospicios estaban situados en zonas transitadas donde atendían a viajeros, huérfanos, peregrinos y enfermos proporcionándoles alojamiento y comida. Para mitigar el dolor prestaban acompañamiento hasta la muerte poniendo énfasis en el bienestar espiritual (16).

En el siglo XII, San Bernardo denominó como “*hospice*” a los refugios para los peregrinos y posteriormente, San Vicente de Paul creó numerosos hospicios para hospedar a los pobres en Francia. Sin embargo, hasta 1842 acuñado por Madame Jeanne Garnier en Lyon, el término “*hospice*” no se utilizó como lugar específico para personas terminales. En 1879 se creó el *Dublin Our Lady’s Hospice* y en 1905 fundó el *St. Joseph Hospice* (17).

La muerte en los hospicios y el uso de tratamientos médicos modernos generó dudas entre los enfermos en relación al significado de estos lugares, por lo que, Cicely Mary Saunders promovió el desarrollo del movimiento de hospicio moderno de cuidados paliativos empoderando a los enfermos en la toma de decisiones sobre cómo deseaban disfrutar de la vida antes de fallecer, lo que brindaba un ambiente más pacífico, natural y una muerte digna (17).

En 1967, se abrió el primer hospicio moderno en Inglaterra conocido como *St. Christopher’s Hospice* fundado por Cicely Saunders que introdujo el concepto de “dolor total” al que identificó que el sufrimiento del paciente moribundo derivaba de una combinación de síntomas y deficiencias que alteraban el equilibrio físico, psicológico, espiritual y social de la persona (14).

La filosofía de dar importancia a los enfermos terminales surgió a partir de las ideas de Saunders, avanzó a pasos agigantados a medida que el movimiento se volvió más organizado y las políticas cambiaron para apoyar el cuidado de hospicio. Sus iniciativas ayudaron tanto al moribundo como a las familias además condujo a la creación de una especialidad médica (14).

A pesar del rápido crecimiento de la atención de hospicio, aún sigue habiendo una gran debilidad en la prestación de esta atención a pacientes con enfermedades graves (18).

La aparición de los cuidados paliativos en España fue en 1980, con el cambio del paradigma sanitario destinado a la atención paliativa dirigida a enfermos crónicos en estados avanzados o con cáncer. En el año 1982, el doctor Sanz Ortiz fundó el primer servicio de cuidados paliativos como parte de la cartera sanitaria del Hospital Marqués de Valdecilla, ubicado en Santander, cuyo reconocimiento oficial fue otorgado cinco años después de su fundación (11). Cataluña fue la primera comunidad autónoma que llevó a cabo el desarrollo de cuidados paliativos, posteriormente se incorporaron el resto de las comunidades tras la aparición del Plan Nacional de Cuidados Paliativos en el 2000 (19).

En 1992 se fundó la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y un año después se publicó y difundió la guía de la SECPAL. Posterior a este gran paso se crearon varias unidades de CP a nivel nacional (11).

A medida que ha evolucionado los cuidados paliativos, se han aprobado distintas leyes españolas, como la ley de autonomía del paciente (año 2002), “Ley 2/2010 de 8 abril de

derechos y garantías de la dignidad de la persona” en Andalucía; y la “Ley 4/2017, de 9 de marzo, sobre los derechos y garantías de las personas en el proceso de morir”; esta última ley enfatiza la necesidad del uso de los cuidados paliativos y atención integral en pacientes en “proceso de morir”, es decir, aquellos pacientes que tengan un pronóstico de vida menor o igual a 6 meses (20). Las leyes centradas en la autonomía del paciente basan los estatutos en los conceptos claves de la dignidad del paciente y muerte digna (21).

#### *4.1.2.2. Situación demográfica de los CP*

Los cuidados paliativos son reconocidos como un derecho humano a la salud, sin embargo, existe un déficit en la cobertura internacional en los cuidados paliativos. La OMS estima que el 14% de las personas a nivel mundial reciben asistencia paliativa. Además, estima que anualmente 40 millones de personas requieren cuidados paliativos y, el 78% de ellas viven en países en vías de desarrollo (10). Desafortunadamente estas cifras van a seguir en aumento debido al incremento de la esperanza de vida (1).

Según el reporte del Atlas de CP en Europa, se ha estimado que Alemania (914 servicios de CP), Francia (860 centros) y Reino Unido (653 centros) representan el 47% de todos los países de la Unión Europea (UE) que proveen mayor cantidad de servicios de CP en el año 2019, mientras que, en España se encuentra en la posición 31 en la prestación de estos servicios, con tan sólo 260 centros destinados a cuidados paliativos, por tanto, se encuentra por debajo de la media europea y podría significar una deficiencia y retraso en la sanidad pública en comparación con otros países de la UE (22).

Las causas más frecuentes de necesidad de cuidados paliativos en la población española fueron por cáncer, seguida de patologías del sistema cardiovascular y respiratoria en estado avanzado (22).

La política sanitaria debería incluir los cuidados paliativos en el proceso continuo de atención y financiamiento de los sistemas sanitarios, un incremento de recursos y disponibilidad de medicamentos esenciales para manejar los síntomas. Toda persona independientemente de su cultura, ingresos, enfermedad o edad deben tener acceso a servicios sanitarios básicos entre ellos a unos cuidados paliativos de calidad (10).

#### *4.1.2.3. Características de los cuidados paliativos*

Según el nuevo consenso de CP, estos se caracterizan por (23):

- Proporcionar alivio de los síntomas de difícil control.
- No acelerar ni retrasar la muerte.
- Afirmar la vida y considerar la muerte como un proceso natural.
- Integrar aspectos espirituales y psicológicos del cuidado de la persona.
- Ofrecer un sistema de apoyo para que los pacientes puedan vivir activamente dentro de lo posible hasta la muerte.
- Ayudar a los familiares a adaptarse durante la enfermedad y el duelo.
- Mejorar la calidad de vida e influenciar positivamente en el curso de la enfermedad.
- Aplicación de tratamientos complementarios, sin fines curativos como la quimioterapia, radioterapia o investigaciones clínicas.

Se debe promover el bienestar y mejorar la calidad de vida de los pacientes paliativos, para ello se precisa tener en mente lo siguiente (24):

- La unidad está constituida por paciente y la familia, la familia tiene que participar en los cuidados.
- Equipo sanitario multidisciplinar.
- Los tratamientos para combatir el dolor y los síntomas serán principalmente de intención paliativa.
- El objetivo es el bienestar al paciente, sin suponer una exclusión de otros especialistas como geriatría u oncología.
- Suponen un cambio estructural garantizando asistencia paliativa en el momento y lugar que necesite. Un dilema que se viene dando es que muchos pacientes deciden fallecer a nivel domiciliario, pero acaban hospitalizados por la falta de cuidador.

#### *4.1.2.4. Indicaciones de CP*

Las condiciones que requieren acceso a los cuidados paliativos se encuentran descritas en la Tabla 1, no se encuentran limitadas por la edad de los pacientes, por lo tanto, la necesidad de cuidados paliativos puede presentarse tanto en niños como en adultos en general (25–27).

Pediátricos	Adultos
Enfermedad progresiva sin tratamiento curativo, el tratamiento es exclusivamente paliativo pudiendo prologarse durante años.	Enfermedad oncológica o neoplasia maligna (cáncer).
Patología irreversible con complejas necesidades sanitarias, conllevando a complicaciones y aumentando la probabilidad de una muerte prematura.	Insuficiencias orgánicas: cardíaca, renal, hepática, respiratoria.
	Demencias.
Condición limitante de la vida diagnosticada en la edad prenatal o en el nacimiento.	Esclerosis Lateral Amiotrófica y otras enfermedades degenerativas.
Otras enfermedades amenazantes para la vida.	Enfermedades vasculares, entre otras.

Tabla 1. Indicación de CP en pacientes pediátricos y adultos.

Fuente: Elaboración propia, adaptado de la web de la comunidad de Madrid (2019) (27)

### 4.1.3. Paciente paliativo

#### 4.1.3.1. Características

Los pacientes paliativos generalmente cumplen el siguiente perfil (11):

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de respuesta a un tratamiento específico.
- Aparición de síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en paciente, allegados y sanitarios, muy relacionado con la presencia de la muerte.
- Pronóstico de vida limitado.
- Alta demanda y empleo de recursos.

Cabe destacar, que existen diferencias entre los términos “enfermo paliativo” y “paciente potencialmente curable”, por lo general, relacionadas con el pronóstico de vida (en el paciente paliativo menor o igual a 6 meses) y a la curación de la enfermedad. Por lo tanto, no se deben realizar erróneas categorizaciones a los pacientes (11).

#### 4.1.3.2. Manifestaciones clínicas del paciente paliativo

Durante la evolución de la enfermedad, los pacientes presentan diversos síntomas y signos, con intensidad variable y de origen multifactorial, los cuales se caracterizan por ser (28):

- **Múltiples:** La simultaneidad de múltiples síntomas en el paciente paliativo puede causar discapacidad, preocupación o impacto emocional. El personal de enfermería debe realizar una evaluación sistemática inicial y un seguimiento clínico (28).
- **Intensos:** Independientemente de la percepción y significado del enfermo, la intensidad crece según transcurre la enfermedad. Aunque, es relevante destacar que cuando un paciente indica que tiene dolor, se le debe creer sin realizar prejuicios (28).
- **Multifactoriales:** Cada síntoma puede tener más de una causa, de tal manera, que el personal de enfermería junto con el resto de los profesionales sanitarios se encargarán de determinar cada una de ellas, para enfocar adecuadamente el tratamiento (28).
- **Cambiantes:** La aparición de los síntomas suele ser brusco y provocar alteración en la homeostasis corporal, por lo que, se deben aplicar estrategias profilácticas; por ejemplo, en la fase de agonía cambia la frecuencia de los síntomas y las preocupaciones (28).
- **Multidimensionales:** Pueden afectar a las dimensiones físicas, emocionales, sociales y espirituales (28).

Entre todos los síntomas que puede padecer un paciente paliativo se destacan: disnea, estreñimiento, náuseas, xerostomía, úlceras, trastornos del sueño, ansiedad, confusión, entre otras. La OMS menciona que el dolor es uno de los síntomas más frecuentes y graves (10).

#### 4.1.4. El dolor en el paciente paliativo con cáncer

El dolor es una experiencia subjetiva e individual, donde la fuente principal es el propio paciente que requiere atención a sus percepciones, experiencias y medidas de alivio (29).

##### 4.1.4.1. Clasificación del dolor

Las características del dolor como el inicio, la intensidad, la localización, la duración, los factores desencadenantes y/o agravantes, así como el alivio son esenciales para el tratamiento adecuado (30).

El dolor se clasifica según la duración y la fisiopatología; según la duración se describe el dolor agudo como una señal de alarma corporal que indica la existencia de una lesión en órganos y/o tejidos, que puede orientar al diagnóstico de la patología, cuya duración es inferior a 1 mes o máximo 3 meses; y el dolor crónico el cual tiene una duración igual o mayor a 6

meses, es catalogado como dolor "inútil", cuyo tratamiento debe abordar aspectos psicológicos, rehabilitadores y farmacológicos; y en ocasiones, la causa del dolor no es identificable. El dolor crónico tiene un impacto negativo en la calidad de vida del paciente siendo el dolor más frecuente en pacientes oncológicos y con enfermedades crónicas avanzadas (31).

Según la fisiopatología, se describe el dolor nociceptivo como un daño directo en las estructuras somáticas y viscerales activando los nociceptores de la piel, vísceras, músculos y tejido conectivo. Éste se divide en dolor somático y visceral. La principal característica del somático es que tiene una localidad bien definida y es continuo en el área afectada. Y el dolor visceral es difuso, mal localizado y continuo a causa de una compresión, infiltración o distensión de una víscera abdominal o torácica. Por otra parte, el dolor neuropático tiene una afectación en el sistema nervioso central o periférico. Es punzante y puede deberse a la compresión de estructuras nerviosas, lesión nerviosa en cirugía, efectos adversos de quimioterapia o radioterapia (32).

#### *4.1.4.2. Epidemiología*

El dolor oncológico se ha estimado su presentación en 4 millones de personas con cáncer, lo que corresponde a un 52-82% de todos los pacientes con cáncer, siendo el dolor de moderada intensidad más frecuente entre 40-50% de la población con cáncer y el dolor insoportable se reporta entre un 25-30% de los casos, con aumento de la incidencia y severidad de la percepción del dolor (33).

La prevalencia del dolor oncológico depende del estadio del cáncer, con estimaciones entre 24-30% en estadios iniciales y hasta un 60-90% en enfermedad avanzada. Se estima que hasta el 80% con cáncer avanzado presenta dolor y el 30% de estos no tienen el dolor controlado, por lo que, es nuestra misión aprender a identificarlo y manejarlo (Anexo 1) (34).

#### *4.1.4.3. Evaluación del dolor*

El dolor se trata desde una experiencia individual y los síntomas hay que medirlos para una adecuada planificación de cuidados, por lo que, se dispone de herramientas validadas para ello. El primer paso de la evaluación del dolor es la valoración (orientado en las causas del dolor), prestando atención a la descripción del origen, vía de propagación, evolución, intensidad, factores agravantes y consecuencia psicosociales y funcionales del dolor (35).

Seguidamente, se debe realizar la exploración física integral acompañada de pruebas de imagen complementarias como las radiografías, tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética nuclear (RMN), entre otras. Los instrumentos para evaluar el dolor incluyen la Escala Visual Analógica (EVA), escalas numéricas o escalas verbales. Además,

de utilizar autorregistros que recogen la evolución del síntoma o del dolor del paciente durante las 24 horas, también resultan muy útiles en el ajuste de dosificación de opioides (35).

El instrumento de medida EVA consiste en una línea horizontal de 10 cm donde el paciente señala su intensidad de dolor, un EVA inferior a 4 significa dolor leve o leve-moderado, valor entre 4-6 implica dolor moderado-grave y valor superior a 6 es un dolor muy intenso. A diferencia, la escala numérica el paciente menciona su grado de dolor sin necesidad de presentar físicamente la escala (Figura 1) (36,37).

El cuestionario del dolor McGill (MPQ) es muy usado, consiste en que el paciente elija un adjetivo de 20 subclases de grupos de adjetivos, cada palabra tiene una puntuación valora tanto la esfera afectiva como sensorial (36).

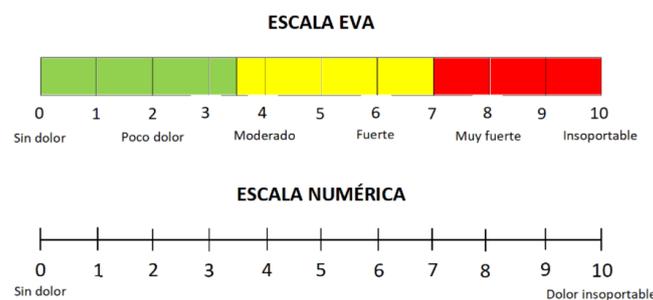


Figura 1. Escala analógica visual (EVA) y escala numérica para evaluación del dolor.  
Fuente: Elaboración propia, a partir de Pardo et al. (38).

#### 4.1.4.4. Abordaje de enfermería en el dolor en cuidados paliativos

El personal de enfermería juega un papel importante en la prestación de cuidados paliativos centrados en la integridad de la persona en las dimensiones físicas, funcionales, sociales y espirituales. La OMS propone establecer una educación continua y básica en cuidados paliativos a todo sanitario puesto que se ha visto que no se encuentran totalmente preparados para su ejecución (39).

Según las pautas del ministerio de Sanidad de Melilla en la guía elaborada para atención primaria sobre cuidados paliativos (40):

- Cuando el enfermo manifiesta dolor, es que le duele no hay que cuestionarlo o juzgarle.
- Evaluar el dolor previo al tratamiento analgésico.
- Rápida instauración del tratamiento para evitar el sufrimiento. La elección de los medicamentos depende del dolor que padezca y no del pronóstico.
- Reevaluación de la respuesta analgésica y efectos secundarios. Conocer y prevenir los efectos secundarios de los fármacos.

- Combinar diferentes medidas terapéuticas, la escucha activa y acompañamiento aumentan el umbral del dolor.
- Comenzar por el escalón analgésico adecuado según la intensidad y el tipo de dolor si precisa combinar con adyuvantes. Nunca utilizar placebos ya que ética y clínicamente es inaceptable.
- No usar conjuntamente opioides potentes ( morfina) con débiles (codeína), ni opioides potentes entre sí.
- La vía de elección es la oral para la administración de analgesia, si presenta dificultad en la deglución se utilizarán jarabes, comprimidos dispersables o sublinguales.
- Mostrar una actitud cercana y disponibilidad, comunicar una información clara y comprensible.
- Realizar medidas higiénico-sanitarias como son los cambios posturales, higiene, musicoterapia, masajes, entre otros, implicando a la familia para aumentar el confort del paciente.

El personal de enfermería debe estar lo suficientemente calificado, tanto emocional como técnicamente en el conocimiento de los métodos de valoración del dolor para su correcto tratamiento y así paliar el sufrimiento y la angustia del paciente (40).

La SECPAL propone unos principios para controlar los síntomas, los cuales son (11):

- **Evaluar antes de tratar:** No hay que atribuir los síntomas a la patología de base si no centrarse en evaluar la causa, intensidad del impacto físico, emocional y factores desencadenantes.
- **Explicación adecuada, clara y comprensible** sobre las causas de los síntomas y las medidas terapéuticas a aplicar.
- **La estrategia terapéutica mixta:** Será común en todos los pacientes paliativos y específica para cada síntoma con medidas farmacológicas y no farmacológicas pautando plazos para lograr objetivos y prevenir la aparición de nuevos síntomas.
- **Monitorización de los síntomas:** Mediante instrumentos estandarizados como las escalas de puntuación o analógicas y registros adecuados.
- **Atención a los detalles:** Para mejorar el control de los síntomas y minimizar los efectos adversos.

Es imprescindible que se elaboren, apliquen y evalúen los objetivos terapéuticos en cada síntoma especialmente en el dolor. La *Joint Commission* defiende la utilización de estrategias farmacológicas y no farmacológicas para tratar el dolor de manera eficaz denominándolo enfoque multimodal centrado en la utilización de 2 o más medicamentos con diferentes mecanismos de acción e intervenciones no farmacológicas (41).

#### 4.1.4.5. Medidas farmacológicas

El dolor oncológico se aborda a través de la escalera analgésica de la OMS pero el 40-50% de los casos tienen un alivio inadecuado, por lo que, el manejo del dolor en muchos enfermos es escaso (42). El inadecuado manejo del dolor es muy frecuente en los países en desarrollo, por lo que, aumenta la morbilidad y mortalidad (43).

Los pacientes con dolor por cáncer empiezan tomando analgésicos de 1º escalón como el paracetamol o antiinflamatorio no esteroideo (AINE), indicados para un dolor leve-moderado sobre todo para el dolor de origen somático. Se emplean la vía oral, rectal y parenteral. Poseen techo terapéutico por lo que puede aumentar la toxicidad sin aumentar la eficacia terapéutica (44,45).

Si no es suficiente se escala a analgésicos de 2º escalón, opiáceos débiles como la codeína y tramadol. Y ante un dolor moderado-severo oncológico se administra el 3º escalón u opioides potentes por diferentes vías como la oral, subcutánea, intranasal, epidural, transdérmica, submucosa e inhalada.

- La morfina es el tratamiento preferente en el dolor oncológico crónico de primera elección oral. No presenta techo analgésico por lo que a mayor dosis mayor efecto y riesgo de aparición de efectos secundarios. Su eliminación es urinaria y biliar. Normalmente se inicia el tratamiento con morfina de liberación controlada cada 12 horas combinada con morfina de liberación inmediata de rescate o a demanda del paciente.
- El fentanilo es muy usado en dolor crónico severo, disfagia o polimedicados. Su forma de administración más empleada es la transdérmica por parches.
- La buprenorfina posee techo terapéutico por lo que puede producir síndrome de abstinencia. Se pueden emplear otros opioides en forma de rescates analgésicos.
- La oxycodona tiene una eficacia parecida a la morfina, aunque su efecto analgésico es superior. Las vías utilizadas para la administración de estos fármacos son la oral, subcutánea e intravenosa, siendo la vía oral la de elección si el paciente no presenta deterioro cognitivo, disminución del nivel de conciencia o disfagia.

Los efectos secundarios de los opioides son predecibles, se pueden prevenir y tratar, estos son: estreñimiento, náuseas, vómitos, somnolencia, xerostomía, retención de orina, sudoración y neurotoxicidad inducida por opioides (NIO) donde pueden presentar delirio o alucinaciones. En muchas ocasiones estos efectos son muy graves y la elección es la rotación de opioides para mejorar el control del dolor y reducción de efectos adversos (44,46).

En el cuarto escalón se encuentran las técnicas invasivas como son los bloqueos nerviosos, analgesia espinal y la neuromodulación implantada. También se usan los fármacos

coadyuvantes cuya acción y eficacia complementa la acción de los fármacos analgésicos. Entre ellos se encuentran los antidepresivos principalmente para el dolor neuropático, anticonvulsivantes para el dolor oncológico y ansiolíticos para prevenir o eliminar náuseas inducidos por opioides y los corticoides (47).

El Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Atención (*National Institute for Health and Care Excellence*, NICE) publicó una guía en 2014 sobre la gestión de medicamentos incluyendo recomendaciones de buenas prácticas sobre los sistemas y procesos para la gestión de medicamentos. Basado en las seis "C" de la administración, es decir, paciente correcto, medicamento correcto, vía correcta, dosis correcta, momento adecuado y derecho a rechazar el medicamento (48).

La Tabla 2 agrupa los fármacos previamente mencionados en su respectivo escalón de una manera más esquemática.

1er escalón	2do escalón	3er escalón	4to escalón
Analgésicos no opioides: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paracetamol</li> <li>• Analgésicos antiinflamatorios no esteroideos</li> <li>• Metamizol</li> <li>• +/- Coadyuvantes</li> </ul>	Opioides débiles <ul style="list-style-type: none"> <li>• Codeína</li> <li>• Tramadol</li> <li>• +/- Coadyuvantes</li> </ul>	Opioides potentes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Morfina</li> <li>• Fentanilo</li> <li>• Buprenorfina</li> <li>• Oxycodona</li> <li>• Metacodona</li> <li>• Hidromorfona</li> <li>• +/- Coadyuvantes</li> </ul>	Procedimientos invasivos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bloqueos nerviosos.</li> <li>• Analgesia espinal.</li> <li>• Neuromodulación implantada.</li> <li>• +/- Coadyuvantes</li> </ul>

Tabla 2. Escalera analgésica propuesta por la OMS.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de OMS (2020).

#### 4.1.4.6. Medidas no farmacológicas

Dado que el dolor abarca dimensiones físicas, psicosociales y espirituales el tratamiento del dolor por cáncer necesita también intervenciones no farmacológicas, cuya finalidad es reducir la intensidad del dolor. Estas terapias se deben tener en consideración en el manejo del dolor puesto que son relativamente baratas y con pocos efectos adversos. Estas terapias se dividen en físicas, psicológicas y otras. Las terapias físicas tienen que estar valoradas por el equipo sanitario porque en muchos casos está contraindicado su uso (49).

El masaje aumenta la circulación sanguínea, disminuye la inflamación, edema y el estrés. El “masaje sueco” es el más usado en el dolor oncológico donde se combinan las técnicas de golpeo de deslizamiento, fricción y vibración. No se debe aplicar presión fuerte en el tejido con tumor o metástasis, trombosis venosa o áreas sensibles posterior a radioterapia o intervención quirúrgica (50,51).

Los cambios posturales consisten en mantener una correcta alineación corporal previniendo complicaciones como úlceras por presión y discomfort. La crioterapia o aplicación de frío produce vasoconstricción periférica y activación metabólica de órganos internos para mantener la temperatura corporal. En la zona donde se aplica el frío, disminuye el metabolismo celular con activación de los criorreceptores periféricos y reducción de la conducción nerviosa. Además, disminuye la inflamación potenciando el efecto analgésico. Se puede administrar a través de compresas mojadas, baño frío o bolsa de hielo en un tiempo de 15-30 minutos (52,53).

La termoterapia o aplicación de calor causa vasodilatación, incrementando el metabolismo celular y el flujo sanguíneo, esto conlleva a que los termorreceptores periféricos generen una sedación sensitiva y relajación muscular disminuyendo el dolor. Se usan compresas, baño de agua, manta eléctrica o saco térmico (54). La actividad física mejora la fuerza muscular, disminuye la fatiga y aumenta la autoestima, por lo que, se recomienda hacer ejercicio diario.

Las técnicas cognitivas tienen el objetivo de aliviar el dolor. La relajación ayuda ante situaciones de estrés, cefaleas, dolores, conciliar el sueño y reducir la ansiedad. Entrenar habilidades como la visualización que consiste en pensar escenas agradables o la distracción por realidad virtual donde se ha demostrado que es útil para paliar el dolor y cuidado de heridas (49,55).

La terapia musical es una intervención terapéutica en la cual el paciente escucha música, canta o toca algún instrumento. Un estudio demostró que la musicoterapia reduce significativamente el dolor y angustia emocional. Es segura y produce fuertes emociones mejorando el estado de ánimo (50).

#### *4.1.4.7. Intervención de enfermería en el cuidador informal*

Hay que resaltar la importancia que posee la familia durante el transcurso de la enfermedad, son el pilar principal, tanto emocional como social para el paciente paliativo. La familia tiene un papel muy importante en la toma de decisiones sobre los cuidados y los deseos del paciente. Para que esto se lleve a cabo, el personal de enfermería tiene que mantener una buena interacción con la familia proporcionando una asistencia individualizada e integral

controlando el dolor y síntomas. La ayuda emocional muestra una mejora en la calidad de vida del paciente en estado paliativo disminuyendo el miedo y la preocupación (56).

El personal de enfermería tiene la labor de enseñar al cuidador en la gestión de los cuidados del enfermo. Se debe tener en cuenta la alteración en las actividades básicas como la alimentación, vestimenta, movilización, aseo, así como la administración de la medicación, prevención de úlceras por presión mediante cambios posturales y medidas de higiene y caídas. El profesional tiene que capacitar a los cuidadores a mejorar las relaciones afectivas, y ampliar información sobre los cuidados. Unos cuidados óptimos suponen un gran beneficio en el enfermo, cuidador y sistema sanitario (57,58).

Un pilar fundamental en los cuidados paliativos es el aprendizaje didáctico y experiencial a través de programas educativos para mejorar los comportamientos, actitudes y conocimientos de familiares y pacientes (59). La educación al familiar es esencial para planificar un tratamiento que maximice el bienestar del paciente en el control del dolor con medicamentos, medidas física y minimizando los miedos a los opioides (60).

## **4.2. Justificación**

El uso de los CP en pacientes oncológicos ha denotado una falta de conocimientos y estrategias de manejo por los cuidadores informales, principalmente en el dolor. Existe un predominio de mitos relacionados con la morfina y sus efectos adversos, algunos de estos son: presencia de deterioro cognitivo asociado al uso de la morfina o la exclusividad de la morfina en cuidados paliativos. Además, la familia muestra una participación limitada y mala comunicación en el manejo del dolor (9).

Los familiares de muchos pacientes oncológicos no diferencian los CP de la muerte. Dado que el papel que desempeñan los cuidadores requiere el conocimiento de CP, se han ideado estrategias de abordaje como las charlas, que permitan aclarar el concepto y aumentar la comprensión de sus conocimientos y habilidades para el manejo del dolor del paciente (61). Las estadísticas muestran que más del 50% de pacientes con enfermedades terminales experimentan dolor y, el tratamiento se limita por el miedo y creencias de los cuidadores informales en el manejo del dolor. Muchos familiares muestran preocupación y desconocimiento en la administración de medicamentos lo que obstaculiza el manejo del dolor (62).

Se plantea la realización de un proyecto educativo con la finalidad de incrementar el nivel de los conocimientos y habilidades de los cuidadores informales relacionados con el manejo del dolor en pacientes oncológicos debido a que son los que transcurren más tiempo en contacto con el paciente. Con las sesiones educativas se aumentará el conocimiento, creencias y resultados de los cuidadores para así paliar el dolor en los pacientes.

## 5. Proyecto educativo

### 5.1. Población y captación

Los participantes seleccionados serán los cuidadores informales de los pacientes inscritos en la Asociación española contra el cáncer, ubicado en el centro de la ciudad de Guadalajara (63). Esta asociación contra el cáncer provee apoyo psicológico, atención social y acompañamiento a los pacientes y familiares de los pacientes con diagnóstico de cáncer.

Según la INE, la mortalidad por cáncer en la comunidad de Castilla-La Mancha es de 238 personas en el año 2018 (64). Según la encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia del 2008, se estima que el 16% de los cuidadores eran no profesionales.

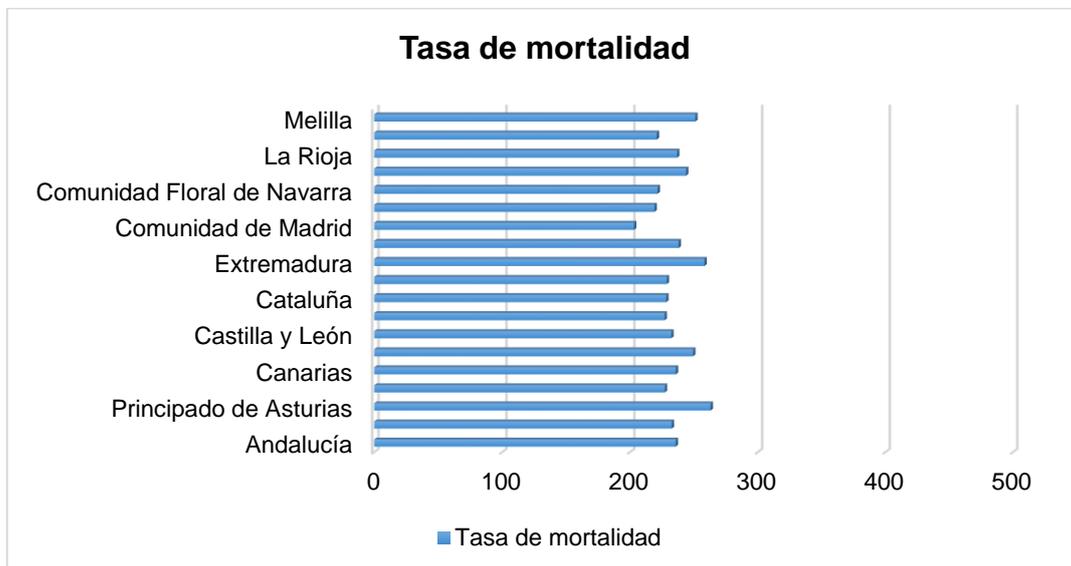


Figura 2. Distribución geográfica en España de tasa de mortalidad del cáncer.  
Fuente: Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) (64).

Por lo que, basado en los datos de mortalidad y de cuidadores informales se ha realizado un cálculo de cuidadores informales de pacientes paliativos oncológicos, a partir de la siguiente fórmula de población finita:

$$n = \frac{N Z^2 pq}{d^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

Donde: p= aproximación de las personas con cáncer en fase terminal, q = proporción de la población que no presenta cáncer (1 - p), z= nivel de confianza, N=población finita y, d=intervalo deseado del nivel de confianza o precisión absoluta (65).

La población de cuidadores informales se ha obtenido del cálculo de la mortalidad de pacientes con cáncer, estimándose que los 238 pacientes, 16% recibieron cuidados de parte de personas “no profesionales”. Con un nivel de confianza de 99% ( $z=2,580$ ), luego de sustituir los valores en la fórmula para población finita que corresponde a 38 cuidadores informales,  $p$  igual a 50% y  $q$  igual a 50%, con precisión de 1%, se obtuvo una muestra de 34 personas.

### **5.1.1. Criterios de inclusión**

Los participantes deben cumplir los siguientes criterios:

- Firmar el consentimiento informado.
- Personas mayores de 18 años, ambos sexos, cuidadores informales de pacientes oncológicos que requieran cuidados paliativos.
- Familiares de pacientes oncológicos inscritos en la Asociación española contra el cáncer, Guadalajara.
- Personas sin alteraciones neuropsiquiátricas.

### **5.1.2. Criterios de exclusión**

Se excluyen aquellos participantes que cumplen los siguientes criterios:

- Cuidadores informales de pacientes pediátricos oncológicos o adultos con enfermedades terminales de otra índole.
- Personas que no comprendan el idioma en el cual se realiza el proyecto (castellano).
- Familiares que no quieran participar en el estudio.

### **5.1.3. Captación**

El proceso de captación se realizará en cuatro etapas bien definidas en duración y personal encargado (Tabla 4).

La primera etapa consistirá en la solicitud del permiso a la dirección de la Asociación española contra el cáncer (sede de Guadalajara, España), para llevar a cabo las actividades educativas del proyecto en las áreas sociales (Anexo 2).

La segunda etapa consistirá en la difusión de carteles o folletos informativos relacionados con las actividades educativas dirigidas a los cuidadores informales. Se colocarán carteles o pósters en el hospital, centros de cuidados paliativos o en los barrios cercanos para la captación de mayor cantidad de participantes (Anexo 3).

La tercera etapa estará marcada por la aceptación de la solicitud de las intervenciones educativas en el centro establecido por la Asociación española contra el cáncer. En cuyo caso se presentará la información a dictar a la población diana del estudio y el tamaño de la muestra (34 participantes).

La cuarta etapa consistirá en informar a los participantes acerca de los objetivos del estudio y los beneficios del proyecto educativo. Los participantes que estén de acuerdo con el contenido del proyecto educativo, se les ofrecerá el consentimiento informado junto con la protección de datos personales para que sea firmado (Anexo 4), y oficialmente determinar la muestra de este estudio.

El proceso mencionado anteriormente tendrá una duración de 3 meses.

## **5.2. Objetivos**

### **5.2.1. General**

Capacitar a los cuidadores informales de pacientes oncológicos sobre el manejo del dolor en cuidados paliativos.

### **5.2.2. Específicos**

#### **Área cognitiva**

- Educar sobre los objetivos y las áreas de intervención que abarcan los cuidados paliativos.
- Informar sobre los efectos adversos de los fármacos, mitos de la morfina y uso de las estrategias no farmacológicas.
- Instruir sobre los cambios posturales en el manejo del dolor.

#### **Área psicomotriz**

- Practicar los cambios posturales en el paciente oncológico encamado.
- Fomentar las medidas de manejo del dolor en el paciente oncológico.
- Demostrar la aplicación de métodos físicos como calor, frío y masajes para disminuir el umbral del dolor.

#### **Área afectiva**

- Fomentar la participación a través de relatos de experiencias acerca del manejo del dolor.
- Verbalizar las dificultades que encuentran en el proceso de control del dolor o en el manejo de la medicación.

### 5.3. Contenidos

Los contenidos que se van a desarrollar en el proyecto educativo se diferenciarán en teórico, afectivo y práctico, los cuales serán:

Tabla 3. Contenidos del proyecto educativo

Contenidos	Categoría		
	Teórico	Práctico	Afectivo
1. Cuidados paliativos (CP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definición.</li> <li>Importancia de los CP.</li> <li>Tipos de intervenciones en CP.</li> </ul>	No aplica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promoción de la participación en los CP.</li> <li>Comunicación de las dudas acerca del rol del cuidador informal.</li> </ul>
2. Manejo farmacológico del dolor oncológico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definición de los medicamentos.</li> <li>Definición de dolor.</li> <li>Tipos de dolor en el paciente con cáncer.</li> <li>Tipos de medicamentos usados.</li> <li>Efectos adversos comunes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formas de administración correcta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mitos del uso de morfina, importancia del uso de analgésicos opioides en pacientes con cáncer.</li> </ul>
3. Manejo no farmacológico de dolor	<ul style="list-style-type: none"> <li>Métodos físicos: definición e importancia.</li> <li>Crioterapia: definición, importancia.</li> <li>Termoterapia: definición, importancia.</li> <li>Musicoterapia: definición, importancia.</li> <li>Masaje: definición, importancia.</li> <li>Cambios posturales: definición, importancia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Cómo se realizan los métodos físicos explicados (crioterapia, termoterapia, musicoterapia, masajes y cambios posturales)?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apoyo en la solución de las situaciones que pueden presentarse con el paciente oncológico con dolor.</li> <li>Destacar el papel del cuidador informal.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

## **5.4. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales**

### **5.4.1. Planificación general**

Los participantes incluidos en el proyecto educativo se les aplicará un cuestionario o pre-test (Anexo 5) para determinar los niveles de conocimiento acerca del manejo del dolor en cuidados paliativos de pacientes oncológicos.

Posteriormente a esta fase, se llevará a cabo el proyecto educativo a cargo de 2 enfermeros, uno adscrito en la asociación española contra el cáncer, Guadalajara y la autora de la investigación. El profesional de enfermería adscrito a la asociación actuará como observador indirecto y llevará a cabo las evaluaciones relacionadas con la observación sistemática de los participantes y, rellenará la información recopilada en un formulario (Anexo 6).

Se planificarán 4 sesiones en total, 1 día a la semana durante 50 minutos (los lunes a las 12h) durante 4 semanas, se realizará en el salón de actos de la asociación. En cada sesión habrá un máximo de 34 personas, en caso de no poder acudir se planificará una sesión adicional educativa de tal manera que todos los participantes logren obtener la información.

En cada sesión se realizará una lista de participantes, la cual permitirá conocer la adherencia al proyecto educativo al finalizar las sesiones educativas (Anexo 7).

### **5.4.2. Cronograma general**

La realización de este proyecto educativo se realizará en 5 grandes etapas que comprenden (Tabla 4): revisión bibliográfica, captación y selección de participantes, aplicación del pre-test a los participantes, desarrollo de las sesiones y aplicación de post-test (Anexo 5).

Etapa o fase	Duración	Descripción
<b>Revisión bibliográfica</b>	4 meses	Búsqueda de artículos en relación con el tema de la investigación.
<b>Aprobación del proyecto por la asociación</b>	2 meses	Comunicación directa con el director general y firma de aprobación.
<b>Captación</b>	1 mes	Difusión de carteles y folletos sobre el proyecto educativo.
<b>Pre-test</b>	2 semanas	Cuestionario online de autoevaluación sobre el manejo del dolor, incluido la firma del consentimiento informado. Anexo 5.
<b>Aplicación de las sesiones</b>	4 semanas	<u>Primera sesión:</u> - Presentación. - Conceptos sobre cuidados paliativos y áreas de manejo. <u>Segunda sesión:</u> - Tipo de fármacos y efectos adversos. - Mitos de la morfina. <u>Tercera sesión:</u> - Métodos físicos: aplicación de frío, calor y masaje. <u>Cuarta sesión:</u> - Cambios posturales. - Despedida.
<b>Evaluación</b>	Julio 2022	Post-test.

Tabla 4. Cronograma general.

Fuente: Elaboración propia.

### 5.4.3. Sesiones

A continuación, se describen las cuatro sesiones del proyecto educativo dirigido a los cuidadores informales (Tabla 5, Tabla 6, Tabla 7, Tabla 8).

Las presentaciones de PowerPoint se han incluido en la sección de Anexos (Anexo 8).

#### 5.4.3.1. Sesión Primera

Categoría	Descripción
<b>Objetivos</b>	<p>Inicio del contacto entre participantes y evaluadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cognitivo: Enseñar el significado de los cuidados paliativos y las áreas de manejo.</li> <li>• Afectivo: Promover la participación y manifestación de dudas.</li> </ul>
<b>Contenido</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación de docente y participantes.</li> <li>• Explicación de la sesión.</li> <li>• Definición de cuidados paliativos y áreas de intervención de los cuidados paliativos.</li> </ul>
<b>Técnica o instrumentos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Técnica del ovillo:</b> se dispondrán los participantes y docentes en círculo y se pasarán un ovillo de lana, aquel participante que tenga el ovillo en las manos dirá su nombre, vínculo con el familiar que cuida y su edad. Esta técnica es empleada para romper la tensión y propiciar un ambiente de confianza.</li> <li>• <b>Tormenta de ideas:</b> se indica a los participantes que indiquen palabras en relación con los cuidados paliativos, a qué personas se dirigen y la función.</li> <li>• <b>Técnica expositiva:</b> se va a realizar una exposición con diapositivas y videos de corta duración. Posteriormente se abrirá un debate sobre el tema para conocer el punto de vista entre los participantes y que muestren sus incertidumbres.</li> </ul>
<b>Participantes</b>	34
<b>Duración</b>	<p>50 minutos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 10 minutos presentación.</li> <li>- 15 minutos.</li> <li>- 20 minutos exposición.</li> <li>- 5 minutos dudas y despedida de la sesión.</li> </ul>
<b>Materiales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ovillo de lana.</li> <li>• Presentación de PowerPoint (Anexo 8).</li> <li>• Pizarra y marcadores acrílicos.</li> <li>• Proyector con dispositivo de altavoz.</li> </ul>
<b>Evaluación</b>	Post-test. Observación directa por parte de uno de los docentes (Anexo 6).

### 5.4.3.2. Sesión Segunda

Categoría	Descripción
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cognitivo: Informar sobre los efectos adversos de los fármacos y mitos de la morfina.</li> <li>• Psicomotriz: Fomentar las medidas del manejo del dolor en el paciente oncológico.</li> <li>• Afectivo: Relatar experiencias individuales.</li> </ul>
<b>Contenido</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicación de la sesión.</li> <li>• Tipos de fármacos utilizados y efectos adversos.</li> <li>• La administración de medicamentos vía oral.</li> <li>• La importancia de tomar la medicación para el dolor y alternativas en caso de que la vía oral no esté indicada.</li> <li>• Mitos de la morfina.</li> </ul>
<b>Técnica o instrumentos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Técnica expositiva:</b> exposición con PowerPoint.</li> <li>• <b>Foto palabra:</b> colocando fotos de las situaciones en las cuales la vía oral no está indicada. Los participantes indicarán la solución a esta situación.</li> <li>• <b>Charla coloquio:</b> donde se muestran las experiencias de los participantes con el uso de los medicamentos.</li> </ul>
<b>Participantes</b>	34
<b>Duración</b>	50 minutos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5 minutos presentación.</li> <li>- 15 minutos exposición.</li> <li>- 15 minutos exposición.</li> <li>- 10 minutos charla coloquio.</li> <li>- 5 minutos despedida sesión.</li> </ul>
<b>Materiales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación de PowerPoint (Anexo 8).</li> <li>• Imágenes impresas de la situación.</li> <li>• Pizarra y marcador acrílico.</li> <li>• Proyector con dispositivo de altavoz.</li> </ul>
<b>Evaluación</b>	Post-test y observación directa por parte de uno de los docentes (Anexo 6).

### 5.4.3.3. Sesión Tercera

Categoría	Descripción
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cognitivo: enseñar métodos físicos como la aplicación de frío, calor y masaje.</li> <li>• Psicomotriz: aplicar los métodos físicos según las situaciones clínicas.</li> <li>• Afectivo: relatar experiencias individuales acerca de la aplicación de métodos físicos.</li> </ul>
<b>Contenido</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definición.</li> <li>• Tipos de métodos físicos.</li> <li>• Finalidad.</li> <li>• Cómo realizarlo.</li> </ul>
<b>Técnica o instrumentos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Técnica expositiva:</b> exposición con PowerPoint, explicando los contenidos planificados para esta sesión educativa.</li> <li>• <b>Simulación práctica sobre los métodos de frío y calor</b> posterior a la exposición se les expondrán a los participantes, aquellas situaciones en los cuales se requiere aplicar estos métodos físicos y, ellos realizarán la práctica con un compañero asignado.</li> <li>• <b>Charla coloquio</b> donde se muestran las dudas en relación con el tema expuesto.</li> </ul>
<b>Participantes</b>	34
<b>Duración</b>	50 minutos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5 minutos presentación.</li> <li>- 15 minutos expositivo.</li> <li>- 20 minutos simulación.</li> <li>- 10 minutos charla coloquio y despedida de la sesión</li> </ul>
<b>Materiales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación de PowerPoint (Anexo 8).</li> <li>• Proyector con dispositivo de altavoz.</li> <li>• Imágenes que representen situaciones clínicas.</li> <li>• Bolsas de frío/calor, gel térmico, compresas, agua caliente y fría, aceite para masajes.</li> </ul>
<b>Evaluación</b>	Post-test y observación directa por parte de uno de los docentes (Anexo 6).

#### 5.4.3.4. Sesión Cuarta

Categoría	Descripción
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cognitivo: Destacar la importancia de los cambios posturales para paliar el dolor.</li> <li>• Psicomotriz: Practicar los cambios posturales entre los participantes.</li> <li>• Afectivo: Expresar las dificultades en el cambio de posturas.</li> </ul>
<b>Contenido</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concepto de los cambios posturales.</li> <li>• Finalidad de los cambios posturales.</li> <li>• ¿Por qué se realizan los cambios posturales?</li> <li>• ¿Cómo se realizan los cambios posturales en pacientes encamados?</li> </ul>
<b>Técnica o instrumentos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Técnica expositiva:</b> charla sobre los contenidos de la sesión utilizando una presentación PowerPoint.</li> <li>• <b>Simulación práctica sobre los cambios posturales:</b> se agruparán a los participantes en parejas, el docente se encargará de mostrar previamente un ejemplo de los cambios posturales y ellos lo imitarán.</li> <li>• <b>Charla coloquio:</b> donde se muestran las experiencias y dudas de los participantes acerca de los cambios posturales.</li> </ul>
<b>Participantes</b>	34
<b>Duración</b>	50 minutos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 minutos presentación.</li> <li>- 10 minutos expositivo.</li> <li>- 30 minutos simulación.</li> <li>- 8 minutos charla coloquio y despedida de la sesión.</li> </ul>
<b>Materiales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación de PowerPoint (Anexo 8).</li> <li>• Proyector con dispositivo de altavoz.</li> <li>• Camilla de exploración física, sábanas, almohadas y muñecos humanos.</li> </ul>
<b>Evaluación</b>	Post-test y observación directa por parte de uno de los docentes (Anexo 6).

## **5.5. Evaluación**

### **5.5.1. Evaluación del proceso**

La evaluación recogerá datos relativos a:

1. Número de los asistentes.
2. Tiempo de ejecución de las sesiones.
3. Accesibilidad de los materiales.

Al inicio de cada sesión se pasará lista para determinar la asistencia de los participantes y así cuantificar la adherencia al programa educativo para saber si la asistencia cumple con lo previsto. Al finalizar las sesiones se aplicarán cuestionarios de satisfacción a los participantes en relación con los contenidos y técnicas enseñadas, así como las habilidades educativas de los docentes (Anexo 9).

Durante las sesiones, el observador indirecto controlará el tiempo de cada sesión y vigilará que se cumplan los contenidos previstos (Anexo 6).

El observador verificará que el entorno donde se impartirán las sesiones sea óptimo.

### **5.5.2. Evaluación de los resultados**

#### *5.5.2.1. Evaluación a corto plazo áreas: cognitiva, afectiva, habilidades*

La evaluación de las áreas cognitivas, afectiva y psicomotriz se evaluará desde el inicio hasta el final de las sesiones.

Previo a la aplicación del proyecto educativo se realizará un pre-test para identificar los conocimientos y aptitudes de los participantes del estudio, por lo tanto, se evaluarán las áreas cognitivas y psicomotriz (Anexo 5).

Durante la ejecución de las simulaciones prácticas se realizará la evaluación de las habilidades y emociones (dudas) de los participantes en relación con los contenidos, de tal manera que se continúe la evaluación de las áreas psicomotriz y se incluya la evaluación del área afectiva de los participantes.

Tras la finalización de las sesiones educativas, se realizará una evaluación de los participantes a través de cuestionarios autoinformados en modelos post-test (Anexo 5) con la finalidad de identificar el nivel de los conocimientos y aptitudes de los participantes, y comparar con los resultados obtenidos previo a la aplicación del proyecto educativo. También se aplicará un cuestionario de satisfacción de los participantes en relación con el proyecto educativo, por lo tanto, se evaluará el área afectiva.

#### *5.5.2.2. Evaluación a medio y largo plazo*

A largo plazo, se realizará un seguimiento durante 3 meses por vía telemática a través de entrevistas con preguntas abiertas a los integrantes del proyecto. Los objetivos de este seguimiento son para conocer si los participantes han llevado a cabo las técnicas enseñadas y si han incorporado a los cuidados las recomendaciones aportadas relacionadas con el manejo del dolor oncológico. A su vez, las preguntas se aplicarán al personal de enfermería que contribuyó a la observación directa durante las sesiones educativas y se interrogará si estas respuestas de los cuidadores informales corresponden a los cuidados reales proporcionados a los pacientes oncológicos en su domicilio (Anexo 10).

La evaluación a largo plazo y los resultados de las entrevistas pueden servir de base para la elaboración de un estudio observacional, por lo tanto, estos datos serán guardados por la autora de la investigación con fines académicos e investigativos.

## 6. Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Esperanzas de vida en España, 2018 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020 [citado 14 de marzo de 2022]. 72 p. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/gl/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/ESPERANZAS\\_DE\\_VIDA\\_2018.pdf](https://www.sanidad.gob.es/gl/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/ESPERANZAS_DE_VIDA_2018.pdf)
2. Runzer-Colmenares FM, Parodi JF, Perez-Agüero C, Echegaray K, Samamé JC. Las personas con enfermedad terminal y la necesidad de cuidados paliativos: una deuda pendiente de los servicios de salud. *Acta Médica Peru.* 2019;36(2):134-44.
3. Frey R, Balmer D, Boyd M, Robinson J, Gott M. Palliative care nurse specialists' reflections on a palliative care educational intervention in long-term care: an inductive content analysis. *BMC Palliat Care.* 2019;18(1):103.
4. De Lima L, Bruera E. The Pan American Health Organization: its structure and role in the development of a palliative care program for Latin America and the Caribbean. *J Pain Symptom Manage.* 2001;20:440-8.
5. Wallerstedt B, Benzein E, Schildmeijer K, Sandgren A. What is palliative care? Perceptions of healthcare professionals. *Scand J Caring Sci.* 2019;33(1):77-84.
6. Queiroz TA, Ribeiro ACM, Guedes MVC, Coutinho DTR, Galiza FT de, Freitas MC de. Palliative care to the elderly in intensive care: the perspective of the nursing team. *Texto Contexto - Enferm.* 2018;27.
7. Swami M, Case AA. Effective Palliative Care: What is involved? *Oncol* 08909091. 2018;32(4):180-4.
8. Facco E, Casiglia E, Zanette G, Testoni I. On the way of liberation from suffering and pain: role of hypnosis in palliative care. *Ann Palliat Med.* 2018;7(1):63-74.
9. Chi N-C, Demiris G. Family Caregivers' Pain Management in End-of-Life Care: A Systematic Review. *Am J Hosp Palliat Care.* junio de 2017;34(5):470-85.
10. World Health Organization. Cuidados paliativos [Internet]. 2020 [citado 14 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
11. SECPAL. Guía de Cuidados Paliativos [Internet]. Sociedad Española de Cuidados Paliativos; 2014 [citado 20 de febrero de 2022]. Disponible en:

[https://proveedores.chospab.es/enfermeria/Documentos/Guia\\_cuidados\\_paliativos.pdf](https://proveedores.chospab.es/enfermeria/Documentos/Guia_cuidados_paliativos.pdf)

12. Pérez Fuentes J, Pérez Fuentes J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. *Rev Soc Esp Dolor*. 2020;27(4):232-3.
13. Lopes-Júnior LC, Rosa GS, Pessanha RM, Schuab SIP de C, Nunes KZ, Amorim MHC. Eficacia de las terapias complementarias en el manejo del dolor oncológico en los cuidados paliativos: revisión sistemática. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020;28(1):1-17.
14. López-Sánchez J, Rivera-Largacha S. Historia del concepto de dolor total y reflexiones sobre la humanización de la atención a pacientes terminales. *Rev Cienc Salud*. 2018;16(2):340-56.
15. Martínez Pizarro S, Martínez Pizarro S. Síndrome de sobrecarga del cuidador informal. *Ene*. 2020;14(1): 1-10.
16. Siles González J, Solano Ruiz M del C. Historia cultural de los cuidados paliativos en las sociedades primitivas: revisión integrativa. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(1):1015-22.
17. Rodríguez León A, Garcés González R, Paz Enrique LE. Los Cuidados Paliativos, una revisión documental. *QhaliKay Rev Cienc Salud*. 2017;1(2):75-81.
18. Cain CL, Surbone A, Elk R, Kagawa-Singer M. Culture and Palliative Care: Preferences, Communication, Meaning, and Mutual Decision Making. *J Pain Symptom Manage*. 2018;55(5):1408-19.
19. Loncán P, Gisbert A, Fernández C, Valentín R, Teixidó A, Vidaurreta R, et al. Cuidados paliativos y medicina intensiva en la atención al final de la vida del siglo XXI. *An Sist Sanit Navar*. 2007;30(1):113-28.
20. Boletín Oficial de Estado. Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir [Internet]. BOE-A-2017-7178 2017. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es-md/l/2017/03/09/4/con>
21. Martín Sánchez I. Los cuidados paliativos con especial referencia a la legislación de las comunidades autónomas. *Rev Derecho Salud*. 2019;29(2):8-30.
22. Arias-Casais N, Garralda E, Rhee JY, Lima L, Pons-Izquierdo JJ, Clark D, et al. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019. Vilvoorde: EAPC Press; 2019.
23. Radbruch L, Lima LD, Knaut F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining Palliative

- Care—A New Consensus-Based Definition. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60(4):754-64.
24. Lozano López B, Huertas Pérez MM. Cuidados paliativos, cuidados compartidos. *Cult Los Cuid Ed Digit*. 2017;21(49):100-7.
  25. Rusalen F, Cavicchiolo ME, Lago P, Salvadori S, Benini F. Perinatal palliative care: a dedicated care pathway. *BMJ Support Palliat Care*. 2021;11(3):329-34.
  26. Harris D. Safe and effective prescribing for symptom management in palliative care. *Br J Hosp Med Lond Engl* 2005. 2019;80(12):C184-9.
  27. Comunidad de Madrid. Cuidados paliativos [Internet]. Comunidad de Madrid. 2019 [citado 16 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/cuidados-paliativos>
  28. Ponti E, Saez N, Angeloni LS, Álvarez M, Mincone F, Cicerone F, et al. Conocimiento de enfermería en la valoración y revisión continua de los síntomas en cuidados paliativos. *Educ Médica Super*. 2019;33(3):1-10.
  29. Erol O, Unsar S, Yacan L, Pelin M, Kurt S, Erdogan B. Pain experiences of patients with advanced cancer: A qualitative descriptive study. *Eur J Oncol Nurs Off J Eur Oncol Nurs Soc*. 2018;33(1):28-34.
  30. Caraceni A, Shkodra M. Cancer Pain Assessment and Classification. *Cancers*. 2019;11(4):510.
  31. Pinzón PV, Pérez LP, Vernaza CA. Dolor y emoción, una reflexión para el profesional en ciencias de la salud. *Duazary Rev Int Cienc Salud*. 2019;16(1):145-55.
  32. León MX, Santa-Cruz JG, Martínez-Rojas S, Ibatá-Bernal L, León MX, Santa-Cruz JG, et al. Recomendaciones basadas en evidencia para el manejo del dolor oncológico (revisión de la literatura). *Rev Mex Anestesiol*. 2019;42(1):45-55.
  33. González Arias S, Estévez Gómez L, Estévez Cobo L. Trastornos psicológicos en pacientes oncológicos con dolor crónico. *Medicentro Electrónica*. 2019;23(1):79-81.
  34. García LB, Arrija IN, da Veiga MPP, Espinosa JC. Protocolo de práctica asistencial del dolor oncológico. *Med - Programa Form Médica Contin Acreditado*. 2021;13(26):1477-82.

35. Sholjakova M, Durnev V, Kartalov A, Kuzmanovska B. Pain Relief as an Integral Part of the Palliative Care. *Open Access Maced J Med Sci*. 2018;6(4):739-41.
36. Vicente-Herrero MT, Delgado-Bueno S, Bandrés-Moyá F, Ramírez-Iñiguez-de-la-Torre MV, Capdevilla-García L, Vicente-Herrero MT, et al. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Rev Soc Esp Dolor*. 2018;25(4):228-36.
37. Nascimento JCC do. Avaliação da dor em paciente com câncer em cuidados paliativos a luz da literatura. *Saúde Ciênc Em Ação*. 2017;3(1):11-26.
38. Pardo C, Muñoz T, Chamorro C. Monitorización del dolor: Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. *Med Intensiva*. 2006;30(8):379-85.
39. Guevara-Valtier MC, Santos-Flores JM, Santos-Flores I, Valdez-Ramírez FJ, Garza-Dimas IY, Paz-Morales M de los Á, et al. Conocimiento de enfermería sobre cuidados paliativos en centros de primer y segundo nivel de atención para la salud. *Rev CONAMED*. 2017;22(4):170-3.
40. Cuidados Paliativos. Guía para atención Primaria. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; 2021. 247 p.
41. Lewis MJM, Kohtz C, Emmerling S, Fisher M, Mcgarvey J. Control del dolor e intervenciones no farmacológicas. *Nursing (Lond)*. 2019;36(3):55-8.
42. Lopes-Júnior LC, Rosa GS, Pessanha RM, Schuab SIP de C, Nunes KZ, Amorim MHC. Eficacia de las terapias complementarias en el manejo del dolor oncológico en los cuidados paliativos: revisión sistemática. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020;28.
43. Velásquez JIM, Salas SPE. Adherencia a principios del manejo del dolor establecidos por la OMS en cirugía mayor electiva. *Alerta Rev Científica Inst Nac Salud*. 28 de julio de 2020;3(2):72-8.
44. Manual Cuidados Paliativos 2020 [Internet]. [citado 20 de febrero de 2022]. Disponible en:[https://areasaludbadajoz.com/docencia\\_investigacion/biblioteca/Te\\_puede\\_interesar/MANUAL\\_CUIDADOS\\_PALIATIVOS\\_2020\\_-\\_version\\_digital.pdf#page=47](https://areasaludbadajoz.com/docencia_investigacion/biblioteca/Te_puede_interesar/MANUAL_CUIDADOS_PALIATIVOS_2020_-_version_digital.pdf#page=47)
45. Díaz Juvier YL, Hernández Ortega Y, Hernández Rodríguez LA, Cuevas Pérez OL, Fernández Ruiz DR, Díaz Juvier YL, et al. Tratamiento del dolor en el paciente oncológico. *MediSur*. 2019;17(4):552-61.
46. Scarborough BM, Smith CB. Optimal pain management for patients with cancer in the

- modern era. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(3):182-96.
47. Torcal Baz M, Ventoso Mora SA, Torcal Baz M, Ventoso Mora SA. Manejo y tratamiento del dolor en cuidados paliativos. *Rev Clínica Med Fam.* 2020;13(3):203-11.
  48. NICE. Managing medicines in care homes [Internet]. NICE; 2014 [citado 23 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/sc1/resources/managing-medicines-in-care-homes-pdf-61677133765>
  49. Protocolo de valoración-manejo del dolor en el paciente oncológico-hematológico hospitalizado [Internet]. [citado 23 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.chospab.es/web/enfermeria/RNAO/guias/protocolo-valoracion-manejo-dolor-paciente-oncologico-hematologico-hospitalizado.pdf>
  50. Deng G. Integrative Medicine Therapies for Pain Management in Cancer Patients. *Cancer J Sudbury Mass.* 2019;25(5):343-8.
  51. Tick H, Nielsen A, Pelletier KR, Bonakdar R, Simmons S, Glick R, et al. Evidence-Based Nonpharmacologic Strategies for Comprehensive Pain Care: The Consortium Pain Task Force White Paper. *EXPLORE.* 2018;14(3):177-211.
  52. Shallik N. Pain management in special circumstances. BoD – Books on Demand; 2018. 143 p.
  53. Garcia C, Karri J, Zacharias NA, Abd-Elsayed A. Use of Cryotherapy for Managing Chronic Pain: An Evidence-Based Narrative. *Pain Ther.* 2021;10(1):81-100.
  54. Eaton LH, Brant JM, McLeod K, Chao Yeh. Nonpharmacologic pain interventions: A review of evidence-based practices for reducing chronic cancer pain. *Clin J Oncol Nurs.* 2017;21:54-A9.
  55. Swarm RA, Paice JA, Anghelescu DL, Are M, Bruce JY, Buga S, et al. Adult cancer pain, version 3.2019, NCCN clinical practice guidelines in oncology. *J Natl Compr Canc Netw.* 2019;17(8):977-1007.
  56. Lozano López B, Huertas Pérez MM. Cuidados paliativos, cuidados compartidos. Palliative care, shared care. 2017;
  57. Cueto BG, Martínez CG. Cuidados de enfermería al cuidador familiar de personas dependientes. *RqR Enferm Comunitaria.* 2017;5(3):30-44.

58. Macaya MC, Muro YL, Pacheco I. Intervención enfermera para el estudio de la salud percibida por cuidadores: Talleres dirigidos a formar al cuidador. *Eur J Health Res EJHR*. 2020;6(2):145-56.
59. Harden K, Price D, Duffy E, Galunas L, Rodgers C. Palliative Care: Improving nursing knowledge, attitudes, and behaviors. *Clin J Oncol Nurs*. 2017;21(5):E232-8.
60. Gress KL, Charipova K, Kaye AD, Viswanath O, Urits I. An overview of current recommendations and options for the management of cancer pain: a comprehensive review. *Oncol Ther*. 2020;8(2):251-9.
61. Dionne-Odom JN, Ornstein KA, Kent EE. What do family caregivers know about palliative care? Results from a national survey. *Palliat Support Care*. 2019;17(6):643-9.
62. Chi N-C, Demiris G, Pike KC, Washington K, Oliver DP. Pain Management Concerns From the Hospice Family Caregivers' Perspective. *Am J Hosp Palliat Care*. 2018;35(4):601-11.
63. Asociación Española contra el cáncer, Sede de Guadalajara [Internet]. Castilla-La Mancha; 2022 [citado 28 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.contraelcancer.es/es/sobre-nosotros/donde-estamos/sede-guadalajara>
64. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Las cifras del cáncer en España 2020 [Internet]. Madrid: SEOM; 2020 [citado 28 de marzo de 2022]. Disponible en: [https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras\\_del\\_cancer\\_2020.pdf](https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras_del_cancer_2020.pdf)
65. Aguilar-Barojas S. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Salud En Tabasco*. 2005;11(1-2):333-8.
66. Cagle JG, Zimmerman S, Cohen LW, Porter LS, Hanson LC, Reed D. EMPOWER: An Intervention to Address Barriers to Pain Management in Hospice. *J Pain Symptom Manage*. 2015;49(1):1-12.
67. Gutiérrez-González S, Rodríguez Á. Implementación de la metodología ABP (Aprendizaje Basado en Problemas) en la enseñanza de los materiales bituminosos para los estudiantes de Arquitectura de Interiores. *Hist Comun Soc*. 2014;19(1):413-25.

## **7. Anexos**

## Anexo 1. Prevalencia de dolor oncológico

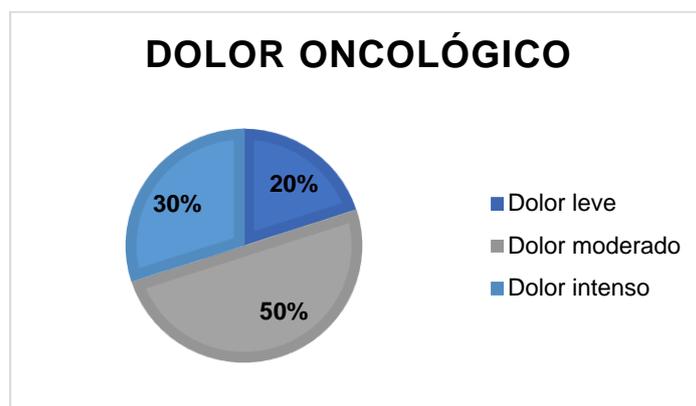


Figura 3. Prevalencia de la intensidad del dolor oncológico.  
Fuente: García et al.(34)

## Anexo 2. Solicitud de autorización para ejecutar proyecto educativo

<b>Nombre y apellidos del autor de la investigación</b>	
<b>Proyecto educativo</b>	Proyecto educativo dirigido a cuidadores informales sobre el manejo del dolor oncológico.
<b>Fecha de solicitud</b>	
<b>Centro donde se va a impartir</b>	Sede física de la Asociación española del cáncer, ubicada en Guadalajara, Castilla la Mancha.

Descripción del proyecto:

---



---



---



---

Se presentan los evaluadores del proyecto educativo:

Apellidos	Nombre	DNI	Teléfono

Se agradece su colaboración en la aplicación y evaluación del proyecto educativo.

En Guadalajara, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

### Anexo 3. Póster para la captación de la población

# INSCRIPCIÓN A SESIONES SOBRE EL MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES PALIATIVOS



DIRIGIDO A FAMILIARES O CUIDADORES DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

● PARA INSCRIBIRSE A TRAVÉS DEL EMAIL:  
**NOMASDOLOR@GMAIL.COM**



asociación española contra el cáncer

Ubicación: Asociación española contra el cáncer  
C/ Ferial, 31- 3º Guadalajara-España

Figura 4. Póster para la captación de la población  
Fuente: Elaboración propia

## Anexo 4. Consentimiento informado

Título del proyecto educativo: Proyecto educativo dirigido a cuidadores informales sobre el manejo del dolor oncológico.

Don/doña \_\_\_\_\_,  
mayor de edad, con DNI \_\_\_\_\_ y domicilio en \_\_\_\_\_,

### DECLARO que

He recibido la información sobre los motivos para realizar este proyecto, Sí  No   
objetivos y las sesiones educativas del presente estudio

Leí y comprendí la información que me entregaron relacionada con el Sí  No   
tema de investigación.

En caso de dudas, pregunté directamente a la autora de la investigación Sí  No

Recibí información acerca de los beneficios de la participación en el Sí  No   
proyecto educativo

Confirmando mi participación voluntaria en el proyecto educativo Sí  No

### CONSIENTO

Mi participación voluntaria Sí  No

La protección de datos Sí  No

### SOLICITO

Acceso a los resultados del pre y post-test del proyecto educativo Sí  No

Firmo este documento en el lugar y fecha que se indican a continuación.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ .

## Anexo 5. Cuestionario pretest y post-test

El cuestionario se divide en dos partes: preguntas de conocimiento y de actitud.

Las preguntas de conocimiento las deberá responder seleccionando con un círculo la respuesta única que considere.

Las preguntas de actitud deberán rellenar el recuadro con la opción que considere correcta (Si/No).

### Preguntas de conocimiento

---

El dolor es:

- a) Fingir una sensación horrible y desagradable en una parte o totalidad del cuerpo.
- b) Experiencia o sensación desagradable de malestar debido a daño en tejidos u órganos del cuerpo humano.
- c) Es un signo.
- d) Es un síntoma poco frecuente en pacientes con cáncer al final de la vida.

---

Los analgésicos pueden ocasionar:

- a) Daño en el cerebro y en los procesos mentales: memoria, atención.
- b) Se usan sólo en pacientes paliativos.
- c) Mejora el dolor y la calidad de vida de los pacientes.
- d) Pérdida de memoria (o conocimiento).

---

La morfina puede producir a dosis y vía de administración adecuada:

- a) Muerte.
- b) Mejora del dolor y sedación.
- c) Mantiene la persona todo el tiempo despierta y atenta a lo que le indican.
- d) Produce úlceras por presión (lesiones en la piel por encamamiento).

---

Los cambios posturales en pacientes encamados se deben realizar para:

- a) Evitar úlceras por presión (lesiones en la piel por encamamiento).
- b) Mejorar el dolor de todo el cuerpo.
- c) Para que el paciente no se aburra.
- d) No se realizan cambios posturales.

---

Los cuidados paliativos son:

- a) Cuidados a pacientes con enfermedades recién diagnosticadas como diabetes e hipertensión.
- b) Atención dirigida solo a adultos mayores.
- c) Cuidados de pacientes con cáncer o enfermedades crónicas avanzadas al final de la vida para mejorar la calidad de vida.
- d) Eutanasia.

---

Fuente: Elaboración propia, a partir de Cagle et al.(66).

### **Preguntas de actitudes**

---

¿Le preocupa que lo vean como un buscador de drogas?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Le preocupa administrar demasiados analgésicos?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Le preocupa que la administración de analgésicos se convierta en adicción?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Le preocupa la administración excesiva de analgésicos (sobredosis en el paciente)?		
¿Le preocupa los efectos secundarios de los analgésicos?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Le preocupa ser una molestia para su familiar?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Le preocupa cuando realiza los cambios posturales por falta de conocimiento?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Le preocupa que los tratamientos no funcionen?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

---

Fuente: Elaboración propia, a partir de Cagle et al.(66).

## Anexo 5: Guión observador directo

<b>Título del proyecto:</b> Proyecto educativo dirigido a cuidadores informales sobre el manejo del dolor oncológico.	<b>Número de sesión educativa</b>	<b>Cantidad de asistentes a la sesión:</b>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hombre:</li> <li>• Mujer:</li> </ul>	
<b>Presentación</b>	<b>Contenido</b>	<b>Materiales / Técnicas</b>	
<b>Gestión</b>	<b>Buena</b>	<b>Mala</b>	
<b>Tiempo y horario</b>			
<b>Contenido</b>			
<b>Técnicas y materiales usados en la sesión educativa</b>			
<b>Criterios a evaluar</b>	<b>Bajo</b>	<b>Medio</b>	<b>Alto</b>
Acondicionamiento de la sala de actos			
Exposición acorde al tema y en términos claros y sencillos			
Participación de los asistentes			
Participación grupal			
Cumplimiento de los objetivos de cada sesión			
<b>Observaciones:</b>			
<b>Firma del observador directo</b>		<b>Firma del profesional docente</b>	
Fecha:		Fecha:	



## Anexo 8. Diapositivas PowerPoint

**MANEJO DEL DOLOR EN CUIDADOS PALIATIVOS**  
1ª Sesión: Presentación, conceptos cuidados paliativos y áreas de manejo

### Tormenta de ideas sobre los Cuidados Paliativos

¿Qué son?

¿A quién va dirigidos?

¿Función?

**Qué son los cuidados paliativos**

Los cuidados paliativos constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual.

**El dolor como síntoma cardinal**

Es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño.

Se aborda a través de:

- Medidas farmacológicas
- Medidas no farmacológicas

Vídeo final: <https://www.youtube.com/watch?v=QaF79GQd9W>

### Características de los cuidados paliativos

- Proporcionar alivio de los síntomas de difícil control.
- No acelerar ni retrasar la muerte.
- Afirmar la vida y considerar la muerte como un proceso natural.
- Integrar aspectos espirituales y psicológicos del cuidado de la persona.
- Ofrecer un sistema de apoyo para que los pacientes puedan vivir activamente dentro de lo posible hasta la muerte.
- Ayudar a los familiares a adaptarse durante la enfermedad y el duelo.
- Mejorar la calidad de vida e influenciar positivamente en el curso de la enfermedad.
- Emplear otros tratamientos como la quimioterapia, radioterapia o investigaciones clínicas.

**MANEJO DEL DOLOR EN CUIDADOS PALIATIVOS**  
2ª Sesión  
Tipo de fármacos  
Efectos adversos  
Mitos de la morfina

### Fármacos y efectos adversos

El dolor oncológico se aborda a través de la escalera analgésica de la OMS:	Paracetamol o antiinflamatorio no esteroideo (AINE). Indicados para un dolor leve-moderado
	Codeína y tramadol para un dolor moderado
	Opioides potentes (Morfina, fentanilo, buprenorfina, oxycodona)
Efectos adversos de los opioides potentes	Estreñimiento
	Náuseas y vómitos
	Somnolencia
	Xerostomía
	Retención de orina
	Sudoración
	Neurotoxicidad inducida por opioides (NIO)



### Mitos morfina

- Crea adicción
- Solo lo pueden tomar aquellos en enfermedad avanzada
- Tiene muchos efectos secundarios



Fuente: Elaboración propia



# MANEJO DEL DOLOR EN CUIDADOS PALIATIVOS

4º Sesión Cambios posturales Despedida



asociación española contra el cáncer



## Cambios posturales

Consisten en mantener una correcta alineación corporal previniendo complicaciones como úlceras por presión y disconfort.

Colocar al paciente en la cama en la posición más cómoda

Movilizar al paciente, manteniendo la dinámica corporal correcta tanto del paciente como cuidador.

Las posiciones más comunes son: decúbito supino y lateral izquierdo/derecho.



# MANEJO DEL DOLOR EN CUIDADOS PALIATIVOS

3º Sesión Métodos físicos: aplicación de frío, calor y masajes



asociación española contra el cáncer



## Métodos no farmacológicos

Aplicación de frío: produce vasoconstricción periférica y activación metabólica disminuyendo la conducción nerviosa. Además, disminuye la inflamación potenciando el efecto analgésico.

Aplicación de calor: causa vasodilatación, incrementando el metabolismo celular y el flujo sanguíneo, esto conlleva a una relajación muscular disminuyendo el dolor.

Masaje: aumenta la circulación sanguínea, disminuye la inflamación, edema y el estrés. No se debe aplicar presión fuerte en el tejido con tumor o metástasis, trombosis venosa o áreas sensibles posterior a radioterapia o intervención quirúrgica

### Cómo aplicarlo

Aplicación de frío: A través de compresas mojadas, baño frío o bolsa de hielo en un tiempo máximo de 15-30 minutos

Aplicación de calor: Se usan compresas, baño de agua, manta eléctrica o saco térmico

Masaje: Combinación de las técnicas de golpeo de deslizamiento, fricción y vibración

Fuente: Elaboración propia

## Anexo 9. Cuestionario de satisfacción de los participantes

Este cuestionario se ha basado en el artículo de Gutiérrez-González y Rodríguez (67).

**Título del proyecto:** Proyecto educativo dirigido a cuidadores informales sobre el manejo del dolor oncológico.

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Responda para cada pregunta un número del 1 al 10, sabiendo que 1 corresponde a la puntuación más baja y 10 corresponde a la puntuación más alta:

1. ¿Cómo calificaría la dinámica grupal en las sesiones educativas?
  - Respuesta:
2. ¿Cómo evaluaría la gestión docente durante las sesiones?
  - Son claros en sus exposiciones:
  - Usan un lenguaje sencillo y claro:
  - Favorecen la participación:
3. En relación al uso de técnicas y materiales de apoyo, puntúe cada categoría:
  - Nivel de contenidos teóricos:
  - Adecuación de técnicas:
  - Metodología utilizada:
4. Con respecto a las sesiones:
  - Las fechas se ajustan a su necesidad:
  - El horario ha sido adecuado:
  - La duración ha sido adecuada.
5. Otras categorías:
  - Interés por los contenidos de las sesiones:
  - Nivel de conocimiento adquirido:
  - Cumplimiento de expectativas:
  - Organización de las sesiones educativas.
6. Puntuación general del programa educativo:
7. ¿Recomendaría este proyecto educativo a otros cuidadores informales de pacientes oncológicos?
  - Si
  - No
8. ¿Qué le ha gustado más o considera que pueden servir de ayuda para usted como cuidador informal?
9. ¿Qué se puede mejorar en este proyecto educativo? Indique sugerencias o recomendaciones.

## **Anexo 10. Entrevistas de seguimiento**

Las siguientes preguntas se realizarán a los pacientes que hayan aceptado el consentimiento informado y el seguimiento a largo plazo.

1. ¿Continúa en el programa de cuidados paliativos?
2. ¿Por qué considera usted importante los cuidados paliativos?
3. ¿Conoce usted cuáles son los analgésicos utilizados en el paciente?
4. ¿Conoce los beneficios de la analgesia en los pacientes?
5. ¿Ha descartado el uso de la morfina? Y ¿por qué?
6. ¿Cómo realiza la administración de los medicamentos para el dolor?
7. ¿Conoce usted otras maneras de mejorar el dolor en el paciente?
8. ¿Qué medidas analgésicas físicas aplica en el paciente?
9. ¿Sabe cuáles son los cambios posturales y cada cuánto aplicarlos?
10. ¿Realiza los cambios posturales en el paciente?