

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**PLAN DE INTERVENCIÓN A FAMILIARES DE PACIENTES  
ONCOLÓGICOS CON DOLOR DEL INSTITUTO DE ENFERMEDADES  
NEOPLÁSICAS, 2022**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN  
EMERGENCIAS Y DESASTRES**

**NEIVA CACÑAHUARAY BARRIOS**

**Callao - 2022**

**PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DR. HERNÁN OSCAR CORTEZ GUTIERREZ PRESIDENTE
- DRA. ANA ELVIRA LOPEZ DE GOMEZ SECRETARIA
- MG. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPÉN VOCAL

**ASESORA:** DRA. VILMA MARÍA ARROYO VIGIL

Nº de Libro: 07

Nº de Acta: 089-2022

**Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 02 de Agosto del 2022**

**Resolución de Consejo Universitario N° 099-2021-CU/FCS, de fecha 30 de Junio del 2021, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.**

## **DEDICATORIA**

*Este presente trabajo está dedicado primeramente a Dios, por darme la vida, por ser mi luz de esperanza y por iluminarme cada día en la culminación de mis estudios. Asimismo, a mis queridos padres, mis amadas hijas, mis queridos hermanos y a mis estimados docentes por su apoyo incondicional durante la realización del presente trabajo y el logro de mis objetivos en mi carrera profesional.*

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por darme buena salud, por guiar mis pasos y por darme la fortaleza suficiente de seguir adelante todos los días de mi vida

A mis amados padres, Dionicio y Úrsula que desde el cielo están cuidándome y protegiéndome, gracias por su amor infinito, ustedes son la inspiración más grande de levantarme el día a día y seguir luchando firmemente.

A mis hijas Ariana y Alesandra que son mi mayor orgullo y motivación en esta vida, por tenerme paciencia y acompañarme de la mano incondicionalmente a realizar mis sueños.

A mis estimados docentes, gracias por haberme guiado en los estudios y en el desarrollo del presente trabajo, por su amplia experiencia y sabiduría que han sabido direccionar mis conocimientos y aplicarlos en la práctica profesional.

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao por haberme acogido en sus aulas y haber contribuido de esta manera en mi formación profesional.

## ÍNDICE

Introducción .....	2
Capítulo I. Descripción de la situación problemática.....	5
Capítulo II. Marco teórico	
2.1 Antecedentes .....	8
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	8
2.1.2 Antecedentes Nacionales .....	10
2.2 Bases Teóricas.....	13
2.3 Bases Conceptuales.....	16
Capítulo III. Desarrollo De Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática.....	44
3.1 Justificación.....	44
3.2. Objetivos.....	46
3.3. Metas .....	47
3.4. Programación de Actividades.....	48
3.5. Recursos.....	51
3.6 Ejecución.....	51
3.7. Conclusiones .....	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
ANEXOS.....	59

## INTRODUCCIÓN

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) para el 2020, define el Dolor como “Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial”. Esta definición confiere una visión multidimensional al dolor. De esta manera, el dolor no es exclusivamente una sensación debida a la estimulación de los nociceptores, sino que también implica la existencia de un factor emocional. (1)

El dolor es un síntoma muy frecuente en el paciente oncológico, apareciendo hasta en el 90% de los pacientes con un cáncer terminal, se puede presentar en cualquier estadio de la enfermedad y se considera uno de los síntomas que más puede afectar y alterar de manera más negativa su calidad de vida. (2)

El dolor oncológico es un problema complejo y de gran importancia en la práctica clínica diaria, este requiere un tratamiento multidisciplinario. De esta forma, el dolor oncológico puede ser aliviado aproximadamente en el 90% de los casos mediante el manejo correcto, y a menudo combinado de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos

Para el manejo del dolor existe un equipo multidisciplinario, entre ellos el profesional de enfermería; el cual es el personal más capacitado para valorar y manejar el tipo de dolor que presentan los pacientes oncológicos en las distintas etapas de la enfermedad oncológica.

En este contexto la enfermera desempeña también su función educativa, dirigido a pacientes y familiares a fin de promover el autocuidado frente al tratamiento de dolor, incluyendo una participación activa de la familia en la planificación de la atención del paciente en el hogar a fin de mejorar su calidad de vida.

Por ello el familiar forma parte integral de la atención al paciente y es esencial tenerlo en cuenta; él se transforma en cuidador principal por ello es fundamental el apoyo a la familia de parte de todo el personal de salud para brindarle todo el conocimiento necesario para el control del dolor a fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes y evitar complicaciones.

El presente trabajo académico titulado “Plan de Intervención a Familiares de Pacientes Oncológicos con Dolor del Instituto de Enfermedades Neoplásicas-INEN-2022”, tiene por objetivo Brindar conocimientos a través de una intervención educativa a los familiares de los pacientes oncológicos con dolor del Instituto de Enfermedades Neoplásicas. Asimismo, contribuirá a prevenir complicaciones y disminuir los costos en salud, a fin de obtener mejores resultados terapéuticos, disminuir la estancia hospitalaria, y mejorar así la calidad de vida de los pacientes. Se realizó como parte de la experiencia profesional como Enfermera del servicio de Emergencias del Instituto de Enfermedades Neoplásicas (INEN), esta institución es de nivel de atención III-2 y brinda atención especializada a los pacientes con diagnósticos oncológicos de todo el país. El servicio de Emergencia Cuenta con una aun área de Triage, Traumashok, hidratación observación, hospitalización y área crítica. Generalmente los pacientes que ingresan por el triaje acuden en su mayoría por dolor no controlado, siendo este muchas veces ocasionado por la misma enfermedad o por algún tipo de tratamiento como radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia, yodo terapia o cirugía. Los pacientes acuden en compañía de familiar quienes refieren muchas veces señorita: “el dolor no le calma a mi paciente”, “me dijeron muy rápido las indicaciones”, “me dijeron como ponerle la ampolla, pero no entendí bien porque estaba nervioso”, “que más puedo hacer para calmar el dolor de mi familiar”.

Para el desarrollo del presente trabajo académico, se realizó un “Plan de Intervención a familiares de pacientes Oncológicos con Dolor del Instituto de Enfermedades Neoplásicas (INEN)-2022”, el cual contiene la justificación, objetivos, metas, programación de actividades, recursos, ejecución y evaluación. Cabe mencionar que se desarrollara durante los meses de junio, julio y agosto del 2022 y será elaborado en su totalidad por la autora, y será presentado a la Jefatura del servicio en referencia, a fin de posibilitar su implementación formal y permita también ser un punto de referencia para otros servicios de la institución, ya que se cuenta con suficiente evidencia de que se lograra brindar a los familiares los conocimientos sobre los cuidados de pacientes oncológicos con dolor y así evitar las visitas innecesarias al hospital a fin de mejorar su calidad de vida en el hogar.

Finalmente, se precisa que el trabajo académico consta de los siguientes apartados; Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Desarrollo De Actividades para Plan de cuidados en relación a la Situación Problemática, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de anexos.

## **CAPÍTULO I**

### **DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

Según la OMS «Cáncer» es un término genérico utilizado para designar un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica definitoria del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos. (3)

El cáncer es la principal causa de muerte en el mundo, para en 2020 se atribuyeron a esta enfermedad casi 10 millones de defunciones. Se anticipa que en año 2040 el número de casos nuevos de cáncer por año aumentará a 29,5 millones y el número de muertes por cáncer a 16,4 millones. (3)

Los tipos de cáncer más comunes a nivel mundial son: cáncer de mama, pulmón, colon, recto y próstata. (3)

El manejo del dolor y los cuidados paliativos son prioritarios en el programa mundial del cáncer de la Organización mundial de la Salud (OMS), insistiendo en que los sistemas sanitarios pongan en marcha programas de vigilancia del control del dolor.

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el cáncer es una de las principales causas de mortalidad en las Américas. En el 2020, causó 1,4 millones de muertes, un 47% de ellas en personas de 69 años de edad o más jóvenes. El número de casos de cáncer en la Región de las Américas se estimó en 4 millones en 2020 y se proyecta que aumentará hasta los 6 millones en 2040. (4)

El Ministerio de Salud, en su informe acerca de la Situación del cáncer en el Perú informa que, durante el año 2020 se presentaron 66.627 casos nuevos de diagnóstico de cáncer y el número de muertes ascendió a 33,098 fallecidos. La incidencia de cáncer se encuentra en incremento, y se estima que al año 2030 el número de casos nuevos de cáncer se incrementará en un 30%. En los últimos 30 años la tasa de mortalidad por cáncer se ha incrementado, ocupando esta enfermedad uno de los primeros lugares como causa de muerte en el país. la

situación actual de cáncer en el Perú no es fácil por lo cual se convierte en un problema de salud pública, más aún si se considera las carencias del sistema sanitario. (5)

Se describe así el dolor según la IASP (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor) como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, que generalmente se asocia con una lesión presente o potencial”. (6)

Durante el 2021, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) registró un promedio de 17,500 nuevos casos de cáncer entre varones y mujeres, cifra que aumentó en un 40 %, en comparación a la estadística del 2020. Actualmente, los pacientes entre nuevos y continuadores que visitan esta institución especializada, el 57% corresponden a Lima y Callao y el 43% a provincia. El 90% de los pacientes con cáncer que acuden a esta institución llegan en estados avanzados de la enfermedad, hecho que hace más difícil su tratamiento y pronóstico (7)

El cáncer es un padecimiento muy complejo y como tal presenta múltiples síntomas siendo una de las más importantes la presencia del dolor. La presencia del dolor dentro de un proceso oncológico es variable, depende del tipo y de la extensión de la enfermedad, así como de la propia tolerancia individual al dolor de cada persona. No obstante, el dolor puede estar causado por el propio tratamiento de la enfermedad o por enfermedades preexistentes. Por ejemplo, el someterse a una cirugía, la radioterapia o el propio tratamiento quimioterápico pueden producir dolor como un efecto secundario.

El manejo del dolor debe ser integral, óptimo y continuo ya que es un síntoma que puede acompañar al paciente a lo largo de la evolución natural de esta enfermedad.

El manejo eficaz del dolor representa un reto tanto para los profesionales de la salud, como para familiares, cuidadores y para la misma persona, dada la prevalencia del síntoma, es de gran importancia que el personal de salud tenga los conocimientos y las herramientas necesarias para poder manejar adecuadamente este dolor oncológico. Dentro de este equipo de salud se incluye al profesional de enfermería que desempeña un papel fundamental en la atención al paciente

oncológico con dolor a fin de mejorar su calidad de vida y evitar visitas innecesarias al ámbito hospitalario.

El profesional de enfermería tiene un rol fundamental en la educación dirigida hacia los pacientes y familiares en el cuidado de su salud, una educación permanente es importante porque busca generar cambios y va brindar una herramienta segura sobre un adecuado conocimiento en este caso sobre las prácticas del cuidado de los pacientes con diagnóstico oncológico cuando presentan algún episodio de dolor. Por ello el familiar se convierte en un integrante de un equipo importante, forma parte integral de la atención al paciente y es esencial tenerlo en cuenta; él se transforma en cuidador principal asumiendo una participación activa y directa en la atención del paciente oncológico. por ello es fundamental el apoyo a la familia en todo aspecto por parte de todo el personal de salud. (8)

Por todo lo referido se sustenta la realización del presente plan de intervención dirigido a familiares de pacientes oncológicos con dolor ya que se observó muy frecuentemente el ingreso de pacientes al triaje de la emergencia del INEN con dolor oncológico no controlado, se evidencio desconocimiento de los familiares sobre los cuidados básicos en el manejo farmacológico y en algunas intervenciones no farmacológicas que podrían aliviar este malestar en el hogar.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes del Estudio

##### 2.1.1. Antecedentes Internacionales

**SORIANO I.** (2021) realizó su estudio titulado “Manejo del Dolor en Pacientes oncológicos del Hospital SOLCA, Guayaquil-Ecuador”. El Objetivo fue describir el manejo del dolor. Diseño: estudio con enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, corte transversal, prospectivo. Población: 54 personas de las áreas de hospitalización. Técnicas: encuesta, observación directa e indirecta. Se Concluye que para el manejo del dolor los profesionales de enfermería en primera línea utilizan analgésicos y antiinflamatorios no esteroides. Además, que también utilizan métodos alternativos como la fisioterapia, psicoterapia y estimulación eléctrica que contribuye a mejorar el dolor. La atención del personal de enfermería es fundamental por lo cual es clave que estos formen parte del equipo de profesionales capacitados para este tipo de pacientes y áreas. (9)

Este trabajo describe que para el manejo del dolor oncológico se aplica lo que dispone la escala analgésica según la OMS. y del uso de otras alternativas para el alivio del dolor.

**CARRILLO G., LAGUNA M., GOMEZ O.** (2021) “Efecto de una intervención educativa para cuidadores familiares de personas con cáncer en cirugía-Colombia” tuvo como objetivo Evaluar el efecto de una intervención educativa en cuidadores familiares de adultos con cáncer que se encuentran en postoperatorio de cirugía oncológica, y fortalecer la competencia de cuidador en el hogar y disminuir la sobrecarga. Tiene Diseño metodológico cuantitativo cuasiexperimental con grupo de intervención y grupo control; se incluyeron 290 cuidadores familiares de pacientes intervenidos por cirugía, se aplicó la intervención educativa desde el ingreso hasta seis semanas después del egreso, se realizó medición antes y después de la competencia para el cuidado en el hogar y de la sobrecarga de cuidados .(10) La intervención educativa es una estrategia que aumenta la

competencia para cuidar en el hogar, y disminuye la sobrecarga en cuidadores de personas con cáncer sometidos a cirugía.

**BONILLA A.** (2020) realizó su estudio titulado “Evaluación del dolor oncológico con el "Cuestionario breve del dolor", en pacientes con cáncer de mama terminal del Hospital de Especialidades *Puebla*, - *IMSS*- México” con el objetivo: de evaluar el dolor oncológico con el “cuestionario breve del dolor”, en pacientes con cáncer de mama terminal del hospital de especialidades *Puebla*, *IMSS*”. Es un estudio descriptivo, prospectivo, un céntrico, Se evaluaron 17 pacientes, con el diagnóstico de cáncer de mama en estado terminal de la clínica de dolor de la *UMAE Puebla*, *IMSS* mediante el cuestionario breve del dolor: Se obtuvo una muestra de 17 pacientes. Las conclusiones fueron que un porcentaje significativo (94%) de los pacientes con cáncer experimentan dolor de los cuales refieren tener en promedio un 60% de mejoría con la medicación. La intensidad de dolor con mayor frecuencia fue moderada, mientras que la frecuencia en la interferencia en sus actividades diarias predominante fue mínima. La interferencia de dolor en la vida diaria del paciente se vio más afectada en la actividad en general y en el trabajo normal, mientras que las menos afectadas por el dolor son las relaciones personales y la capacidad de caminar. (11) Permite conocer la valoración del dolor y su intensidad en los pacientes oncológicos., además de cómo puede repercutir este dolor en la vida cotidiana.

**ENRÍQUEZ M.** (2018) en su estudio titulado “Manejo del dolor en el Paciente Hospitalizado, por el Personal de Enfermería del Hospital General “*Isidro Ayora de Loja-Ecuador*” tuvo como objetivo determinar el manejo del dolor en pacientes hospitalizados, por el personal de enfermeras del Hospital General “*Isidro Ayora Loja*”, fue de tipo descriptivo y transversal a través de la aplicación de la encuesta la cual permitió analizar las prácticas realizadas para disminuir el dolor. Se concluye que las enfermeras tienen conocimiento sobre cómo se debe valorar el dolor además de que reconocen el tipo de dolor al comunicarse directamente con el paciente que a su vez interviene en su localización para que luego se mida su intensidad con la escala numérica y suministrar analgésicos pertinentes de forma oportuna, lo que en consecuencia refleja la satisfacción de los pacientes con la

gestión efectuada por los profesionales de enfermería en el tratamiento de su dolor y que demuestra su eficiente manejo. (12). Detalla sobre el adecuado manejo del dolor por parte de la enfermera y la aplicación de la escala numérica de dolor Como instrumento principal de la valoración del dolor.

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

**TORRES E., PAREDES R.** (2018) en su estudio titulado "Efectividad de la Valoración y Manejo del Dolor en Pacientes Pediátricos que acuden al Servicio de Emergencia "ciudad de Lima, tuvo como Objetivo Sistematizar las evidencias sobre la efectividad de la valoración y manejo del dolor en pacientes pediátricos que acuden al servicio de emergencia. Es un estudio de tipo cuantitativa, el diseño del estudio es revisión sistemática, la población fue de 64 artículos, y la muestra fue de 10 artículos científicos publicados e indizados en las bases de datos científicos, el instrumento fue búsqueda en base de datos: PubMed, scielo, pubmed heald, MEDES, Dialnet, para la evaluación de los artículos se utilizó el método GRADE el cual evaluó la calidad de evidencia y la fuerza de recomendación. Conclusiones: se concluye que el 50% de los artículos revisados se evidencia la efectividad la valoración y manejo del dolor en pacientes pediátricos que acuden al servicio de emergencia, porque son estas dos actuaciones necesarias e imprescindibles para llevar a cabo una adecuada atención al paciente pediátrico con dolor; donde el profesional de enfermería, valora, alivia el dolor y la ansiedad del paciente pediátrico. El 50% de artículos revisados concluyen que no tiene efectividad la valoración y manejo del dolor en pacientes pediátricos que acuden al servicio de emergencia; porque el personal de enfermería, presenta poco compromiso, no realizan capacitación o actualizaciones en el tema de estudio. (13) El 50% de los artículos refieren que tiene efectividad la valoración y manejo del dolor en pacientes pediátricos que acuden al servicio de emergencia, porque son estas dos actuaciones necesarias e imprescindibles para llevar a cabo una adecuada atención al paciente pediátrico con dolor; donde el profesional de enfermería, valora, alivia el dolor y la ansiedad del paciente pediátrico.

**ALCÁNTARA B., MÁRQUEZ K. (2018)** en su estudio realizado “Intervención Educativa en el Conocimiento del Manejo del Dolor en Enfermeras del HNERM – Es salud” El trabajo de investigación tuvo como: Objetivo determinar la efectividad de la intervención educativa en el conocimiento del manejo del dolor en las enfermeras del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Tuvo un diseño fue tipo descriptivo cuantitativo, los datos encontrados fueron medibles, el diseño tipo cuasi experimental, se tomó un antes y después el instrumento luego de aplicar la intervención educativa al grupo experimental y de corte transversal se estudió la variable de los conocimientos en el manejo del dolor se seleccionó la población a 40 enfermeras que trabajan con pacientes con dolor, divididos en grupos control y experimental. La información se recolecto con un cuestionario con 30 preguntas. Los resultados demuestran que las enfermeras que recibieron el entrenamiento para mejorar sus conocimientos sobre el dolor tuvieron notas aprobatorias (mayores a 13) en todos los casos. Contrariamente en el resto de enfermeras (grupo control), más del 90% de los casos fueron desaprobatorios (menores a 13). (14) la aplicación de la intervención educativa Tiene por objeto fomentar la adquisición de habilidades básicas y hábitos de conducta necesarios para superar una determinada situación, en este caso esta intervención educativa en enfermeras fue efectiva.

**MARTÍNEZ C., FERNÁNDEZ R. (2018)** en su estudio titulado “Cuidados de Enfermería en Pacientes con Dolor Oncológico basado en la Teoría de Síntomas Desagradables, Servicio de Oncología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo – 2017” La presente investigación cualitativa tuvo como objetivo identificar, describir, analizar y comprender el cuidado de enfermería en pacientes con dolor oncológico. Las muestras fueron conformadas por: 10 enfermeras, 10 pacientes y 10 familiares. Los datos se recolectaron mediante la entrevista semi estructurada a profundidad. Durante toda la investigación se tuvo en cuenta, los criterios de rigor científico y ético. Se obtuvo las siguientes categorías: 1. Reconociendo la teoría de síntomas desagradables en la intervención del cuidado de enfermería. 2. Identificando al dolor como síntoma principal de la teoría de síntomas desagradable. 3. Reconociendo los factores influyentes de la teoría de síntomas desagradables 4. Cuidado de enfermería al paciente con dolor oncológico. La consideración final, se debe lograr ampliar los conocimientos del profesional de

enfermería, ya que esta teoría sirve como guía en la intervención del cuidado, las investigadoras asumen que con el conocimiento adquirido del profesional enfermero podrá mejorar su actuación al brindar un cuidado holístico, se espera que la enfermera, utilice de manera adecuada todos los aspectos farmacológicos y no farmacológicos teniendo como único objetivo disminuir el dolor al paciente involucrando para ello a la familia, que debe ser considerada como pilar importante en su tratamiento.( 15 ). Se puede resaltar la importancia de todos los aspectos farmacológicos y no farmacológicos para disminuir el dolor en el paciente oncológico, involucrando en estos cuidados a la familia, que debe ser considerada como pilar importante en su tratamiento.

**LEÓN L., BAZÁN D.** (2017) en su estudio titulado “Cuidar - Cuidado de Enfermería a Pacientes con Cáncer. -Hospital Víctor Iazarte Echegaray- Trujillo”. Tuvo el objetivo de describir, analizar y discutir “el cuidar – cuidado de enfermería a pacientes con cáncer”. El presente trabajo de investigación tiene abordaje cualitativo, descriptivo exploratorio. Los resultados muestran que la enfermera durante el cuidar – cuidado que brinda al paciente con cáncer lo realiza a través de dos categorías: Cuidado Holístico de enfermería con sus dimensiones, dimensión física, dimensión emocional y dimensión espiritual; y el Cuidado Humano de Enfermería constituida por: dimensión ética y dimensión estética del cuidado (16). El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de Enfermería, el cual se puede definir como una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación Enfermera-Paciente.

**ORREGO M. , RODRÍGUEZ C. (2016)** en su estudio “Efectividad del Programa Caminando con el Cáncer en el nivel de Conocimientos sobre el Manejo Alimenticio y el Dolor, por Cuidadores de pacientes de la Unidad Oncológica del Hospital Regional Docente las Mercedes” La investigación tuvo como objetivo evaluar la efectividad del programa educativo “Caminando con el cáncer” en el nivel de conocimientos sobre el manejo alimenticio y el dolor, para cuidadores de pacientes atendidos de la unidad oncológica del hospital Regional Docente Las Mercedes; fue cuantitativa de tipo experimental con diseño de un solo grupo de estudio pre y post

test. La población estuvo conformada por 50 cuidadores y la muestra de 20, la técnica de recolección de datos fue la encuesta, se utilizó un cuestionario de 20 preguntas. En conclusión, los resultados demostraron que la aplicación del programa educativo “Caminando con el Cáncer” logró incrementar significativamente el nivel de conocimientos de los cuidadores en el manejo alimenticio y en el manejo del dolor. Este programa se caracterizó por tener una metodología activa participativa (17). Este trabajo nos aporta la importancia de incluir a los familiares en los cuidados de los pacientes oncológicos en el hogar, a la vez sean capacitados por el profesional de enfermería para brindar apoyo específicamente en los aspectos referidos al manejo del dolor y al soporte nutricional.

## **2.2 Base Teórica**

### **.2.2.1 Teoría del autocuidado de DOROTHEA OREM**

#### **A. CONCEPTO:**

Dorotea Orem formuló su concepto de enfermería en relación al autocuidado, refiriendo que el profesional de enfermería debía influir en las personas para que llevaran a cabo el logro de su propio autocuidado. Describe por qué y cómo las personas cuidan de sí misma y las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero. (18)

El autocuidado es considerado un comportamiento aprendido, que ocurre a través del proceso de socialización a partir de la interacción que se establece entre las personas, este está influenciado por los valores, cultura, contexto y etapa de la vida en el que ocurre el aprendizaje. (18)

El enfoque del cuidado se conforma desde una perspectiva holística que contempla a la persona de forma global, como un ser único, que considera aspectos fisiológicos, psicológicos, sociales y lo supone junto a su familia como una unidad inseparable. Reconoce en la persona su capacidad de cambio, de afrontamiento y de interrelación con los demás y su entorno. (18)

Por tanto, los cuidados de enfermería serán menos requeridos cuanto más se desarrolle la capacidad de autoayuda y se mantengan en un nivel en el cual pueda darse la satisfacción de las necesidades sin ayuda.

Se trata de una teoría general compuesta por otras tres, que están interrelacionadas entre sí: la teoría del autocuidado, la del déficit del autocuidado y la de los sistemas de enfermería. (18)

- La Teoría del Autocuidado: En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo: (18)

**Requisitos de autocuidado universal:** son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

**Requisitos de autocuidado del desarrollo:** promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

**Requisitos de autocuidado de desviación de la salud:** que surgen o están vinculados a los estados de salud.

- La Teoría del Déficit de Autocuidado En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.
- La Teoría de Sistemas de Enfermería En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

**Sistemas de Enfermería Totalmente Compensadores:** La enfermera suplente al Individuo.

- Acción de la Enfermera: Cumple con el autocuidado terapéutico del Paciente; compensa la incapacidad del paciente; da apoyo al paciente y le protege. (18)

**Sistemas de enfermería parcialmente compensadores:** El personal de Enfermería proporciona autocuidados:

- Acción de la enfermera: Desarrolla algunas medidas de autocuidado para el paciente; compensa las limitaciones de autocuidado; ayuda al paciente.

- Acción del paciente: Desempeña algunas medidas de autocuidado; regula la actividad de autocuidado; acepta el cuidado y ayuda a la enfermera. (18)

**Sistemas de enfermería de apoyo-educación:** la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda:

- Acción de la enfermera: regula el ejercicio y desarrollo de la actividad de autocuidado.

- Acción del paciente: Cumple con el autocuidado.

Esta teoría de enfermería aporta la enseñanza de manejo de signos y síntomas de los pacientes, buscando conductas de independencia y bienestar. La enfermera tiene en cuenta la cultura y habilidad de los pacientes al enseñarles y proporcionarles el cuidado. La independencia del paciente le genera mejor calidad de vida. (18)

## **B. METAPARADIGMAS**

### **B.1 Persona**

Orem concibe al ser humano, como un organismo biológico, racional y pensante, que es afectado por el entorno, realizando acciones predeterminadas que le afectan a él mismo, a otros y al entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. (19)

### **B.2 La Enfermería. -**

Los cuidados de Enfermería deben centrarse en "Ayudar al individuo a llevar a cabo o mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la

salud y la vida, recuperarse de la enfermedad, y afrontar las consecuencias de esta”. (19)

### B.3 Entorno

Los factores físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean comunitarios o familiares que puedan influir e interactuar con la persona. (19)

B.4 Salud: Es un estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental. Es inseparable, de los factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales, incluye por tanto, la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones. (19)

## 2.3 Base Conceptual

### 2.3.1 DOLOR

#### A. Definición

A.1. Según la Real Academia de la Lengua Española, el dolor queda definido como “Una sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior o un sentimiento de pena y congoja; es una sensación subjetiva de difícil descripción que cada individuo vive y afronta de manera distinta, pues está ampliamente influenciado por factores culturales, así como de las experiencias previas que la persona haya vivido”. (20)

A.2. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), en el año 2020 establece una nueva definición del dolor que busca mejorar su comprensión y tratamiento.

La nueva definición establece que el dolor es: “Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial”, la que se ve matizada y robustecida con seis notas clave, las que ofrecen una visión más amplia y contextualizada de este complejo concepto.

- El dolor es siempre una experiencia personal, influenciada en diversos grados por factores biológicos, psicológicos y sociales.
- El dolor y la nocicepción (proceso neuronal mediante el cual se codifican y procesan los estímulos potencialmente dañinos contra los tejidos) son fenómenos diferentes.
- El dolor no se puede inferir únicamente de la actividad de las neuronas sensoriales. A través de sus experiencias de vida, las personas aprendemos el concepto de dolor.
- Debe respetarse el informe de una persona sobre una experiencia como dolor.
- Aunque el dolor suele tener un papel adaptativo, puede tener efectos adversos sobre la función y el bienestar social y psicológico.
- La descripción verbal es solo uno de los varios comportamientos para expresar dolor; la incapacidad para comunicarse no niega la posibilidad de que un ser humano o un animal no humano experimente dolor. (21)

## **B. FISIOLÓGÍA DEL DOLOR**

Existen dos tipos de receptores del dolor o nociceptores: los que responden a estímulos térmicos y mecánicos y transmiten con rapidez la señal a través de fibras mielinizadas y los que están conectados a las fibras amielínicas, de conducción más lenta, que responden a la presión, temperatura y otro tipo de estímulos.

En los tejidos lesionados o inflamados, la presencia de sustancias como la bradicinina, histamina, prostaglandinas, leucotrienos o la serotonina provocan que los nociceptores aumenten su sensibilidad, de manera que estímulos de muy poca intensidad (por ejemplo, un leve roce) son suficientes para generar una señal dolorosa. A este fenómeno se le conoce como sensibilización y se produce tanto a nivel somático como visceral. De hecho, en las vísceras existe un gran número de neuronas aferentes, que en ausencia de lesión o inflamación no responden a estímulos mecánicos o térmicos (por lo que se denominan nociceptores silenciosos) y se vuelven sensibles a estos estímulos en presencia de los mediadores químicos antes citados. Esto explica el fenómeno de que las estructuras profundas sean

relativamente insensibles en condiciones normales y se convierten en una fuente de intenso dolor cuando se encuentran inflamadas. (22)

Los nociceptores, además de desencadenar la señal, liberan mediadores, como la sustancia P, que produce vasodilatación, desgranulación de mastocitos e induce la producción y liberación de mediadores inflamatorios.

Las fibras aferentes penetran en la médula espinal a través de las raíces dorsales y terminan en las astas posteriores de la sustancia gris. Ahí contactan con neuronas medulares que llevan la señal a las regiones cerebrales encargadas de la percepción del dolor. El hecho de que con una neurona medular contacten numerosas aferentes, provoca que el cerebro pueda localizar erróneamente la fuente del dolor, dando lugar así al fenómeno del dolor referido. (22)

Las neuronas medulares transportan la señal al tálamo contralateral, desde donde es conducida a la corteza frontal y a la somato sensitiva. Además de estos, existen otros circuitos neuronales que intervienen en la modulación del dolor y que están implicados en sus factores afectivos y emocionales. Las estructuras de estos circuitos moduladores poseen receptores sensibles a los opioides endógenos (encefalinas, endorfinas) y exógenos. (22)

Las lesiones y los trastornos funcionales de los nervios periféricos producen dolores intensos (como la neuropatía diabética o el dolor postherpético). Ese tipo de dolores aparecen también cuando se afectan el tálamo y el haz espinotalámico y son bastante difíciles de tratar. Estos fenómenos se deben a que las neuronas lesionadas se vuelven muy sensibles a los estímulos e incluso se activan espontáneamente, generando impulsos dolorosos. (22)

### **C. DOLOR ONCOLÓGICO**

El dolor oncológico se refiere a los dolores que pueden padecer pacientes oncológicos, bien por la progresión de la propia enfermedad o debido a los tratamientos y patologías asociadas (23)

Algunas enfermedades oncológicas son indoloras en sí mismas y sólo la aparición de complicaciones son causa de dolor, como también ocurre en otras enfermedades no relacionadas con el cáncer. (23)

#### **D. TIPOS DE DOLOR ONCOLÓGICO**

Dependiendo de diferentes factores se pueden distinguir diferentes tipos:

➤ Según la duración:

- **El Dolor Agudo** es la sensación dolorosa limitada en el tiempo (ejemplo, fractura de un hueso)
- **El Dolor Crónico** es el dolor típico del paciente con cáncer. Se define como aquel que dura más de 3 meses. Es frecuente que este tipo de dolor cause alteraciones psicológicas en los pacientes (depresión y otras alteraciones del estado de ánimo)

➤ Según su patogenia:

- **El Dolor Neuropático:** producido por afectación del sistema nervioso central o por lesión de las vías nerviosas periféricas. El paciente lo describe como un dolor con sensación de calor o quemadura (urente), punzante, "como una descarga eléctrica", hormigueos. (24)
- **El Dolor Nociceptivo:** es el más frecuente y se divide a su vez en somático y visceral.
- **El Dolor Psicógeno:** se produce debido a alteraciones psicológicas del paciente (miedo, angustia...). Se caracteriza por mala respuesta a los analgésicos habituales.

➤ Según su localización:

➤ **El Dolor Somático:** Producido por la estimulación de los denominados nociceptores somáticos. Se caracteriza por ser un dolor que el paciente localiza con precisión.

- **El Dolor Visceral** es una variedad de dolor profundo, que se produce por la estimulación de los nociceptores viscerales. Este dolor se caracteriza por localizarse mal e irradiarse de forma difusa, a veces distante de la zona original afectada.

➤ Según el Curso:

- **EL Dolor Continuo:** es aquel que no desaparece con el tiempo.
- **El Dolor irruptivo:** es la exacerbación del dolor de forma súbita y transitoria y de corta duración que aparece sobre la base de un dolor persistente estable. Se caracteriza por ser de elevada intensidad y de rápida instauración. (24)

## E. CAUSAS DEL DOLOR ONCOLÓGICO

El dolor puede provenir del tumor en sí, del tratamiento para el cáncer o de causas no relacionadas con el cáncer. Un buen plan de tratamiento del dolor se ocupará del dolor considerando todas las causas. (24)

- **El Tumor:** Un tumor que crece en un órgano, como el hígado, puede estirar parte del órgano. Este estiramiento provoca dolor. Si un tumor crece y se disemina a los huesos o a otros órganos, puede hacer presión sobre los nervios y dañarlos, lo que provoca dolor. O bien, si el tumor se disemina o crece alrededor de la médula espinal, puede comprimirla. Con el tiempo, esto provoca dolor intenso o parálisis si no se trata.
- **Cirugía.** Es normal sentir dolor a causa de una cirugía de cáncer. Gran parte del dolor desaparece después de un tiempo. Sin embargo, algunas personas pueden tener dolor que dura meses o años. Este dolor duradero puede deberse a un daño permanente en los nervios y al crecimiento de tejido cicatricial.
- **Radioterapia.** El dolor puede presentarse después de la radioterapia y desaparecer solo. También puede presentarse meses o años después de la

radioterapia aplicada en algunas partes del cuerpo, como el tórax, la mama o la médula espinal.

- **Quimioterapia.** Algunos tipos de quimioterapia pueden provocar dolor y adormecimiento en los dedos de las manos y los pies, que se denomina neuropatía periférica. A menudo, el dolor desaparece cuando termina el tratamiento. Sin embargo, el daño a veces es permanente.
- **Otras causas.** Las personas con cáncer también pueden tener dolor por otras enfermedades preexistentes. Como por ejemplo Infarto Agudo de Miocardio, migrañas, artritis o lumbalgia crónica. (24)

## **F. ESCALAS DE MEDICION DE DOLOR**

Medir el dolor en los pacientes con dolor agudo o crónico es fundamental para el diagnóstico, la definición del abordaje terapéutico y para valorar la respuesta al tratamiento analgésico empleado. (25)

La evaluación del dolor comienza con una historia detallada que incluye las características semiológicas del dolor, un examen físico y un estudio diagnóstico apropiado para determinar sus causas.

La evaluación del dolor agudo, dado que es una experiencia limitada en el tiempo, no se afecta por factores psicosociales en forma importante; en cambio la valoración del dolor crónico es más compleja, debido a las múltiples variables que influyen sobre él.

Por lo tanto, para evaluar el dolor, especialmente el crónico, se requiere de una aproximación con enfoque biopsicosocial que considere las múltiples dimensiones de la persona. Se han propuesto seis dimensiones para el dolor:

- Dimensión fisiológica (localización, inicio, duración y tipo de dolor).
- Dimensión sensorial (intensidad, cualidad y características).
- Dimensión afectiva (estado de ánimo, bienestar).
- Dimensión cognitiva (significado del dolor para el paciente).
- Dimensión conductual (comportamiento y conducta ante el dolor).

- Dimensión socio-cultural (variables étnicas, sociales y ambientales). (25)

Con base en esto, existen diferentes escalas de medición que permiten una aproximación sistemática y se clasifican en las siguientes categorías: -

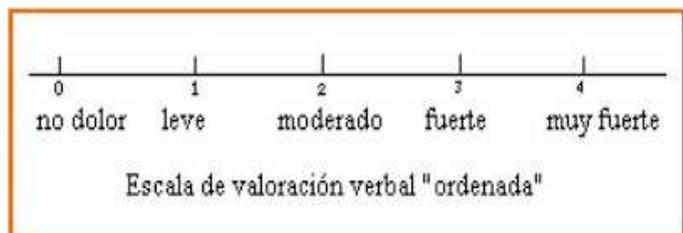
- Escalas Unidimensionales: evalúan un solo aspecto del dolor (por lo general su intensidad), son de fácil aplicación y toman poco tiempo. No permiten hacer una discriminación entre los diferentes componentes del dolor y del impacto que genera en la calidad de vida del paciente.

Tenemos tres formas de valorar el dolor

1.- Informes subjetivos del Dolor: Son los más utilizados en la práctica clínica y en la investigación. Se basan en lo que el propio paciente reporta. La forma más frecuente de medir el dolor es pedirle al paciente que indique la intensidad del mismo.

#### Escalas Unidimensionales

Escala verbal categórica o descriptiva Por lo general, las escalas verbales son empleadas para evaluar la respuesta al tratamiento analgésico o para evaluar la analgesia posoperatoria. El número de adjetivos es variable y los términos más usados son: nada, leve, moderado, intenso Es fácil de comprender. Su desventaja radica en su baja sensibilidad, debido a que el número de calificativos es muy restringido. (25)



#### Escala Verbal Simple

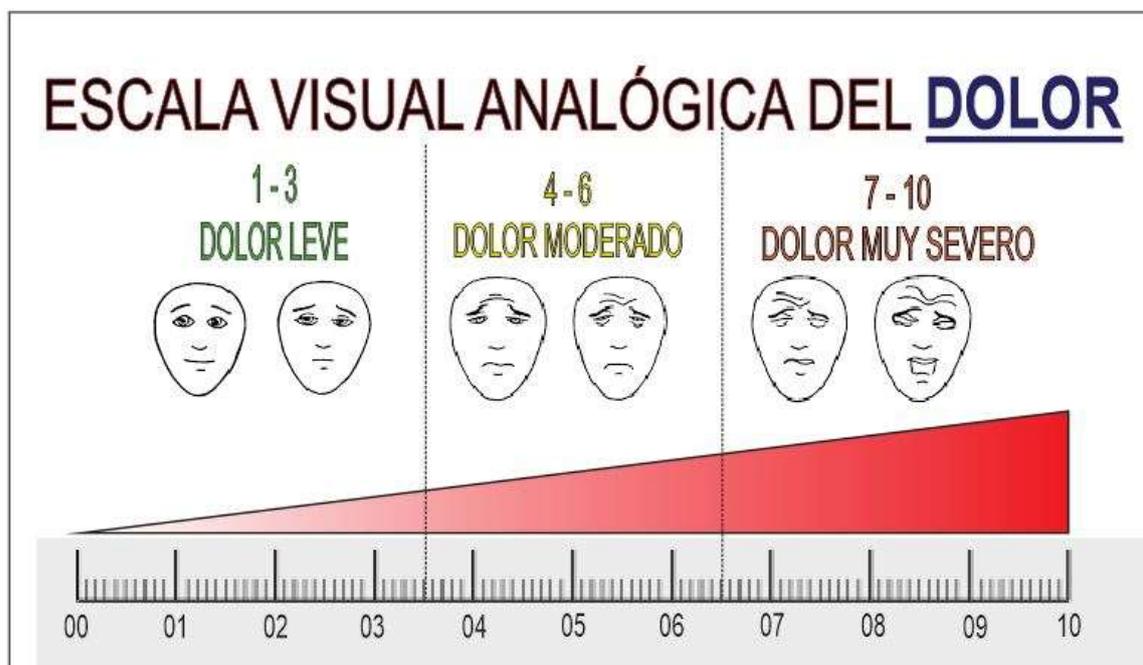
- Dolor Leve
- Dolor Moderado
- Dolor Severo

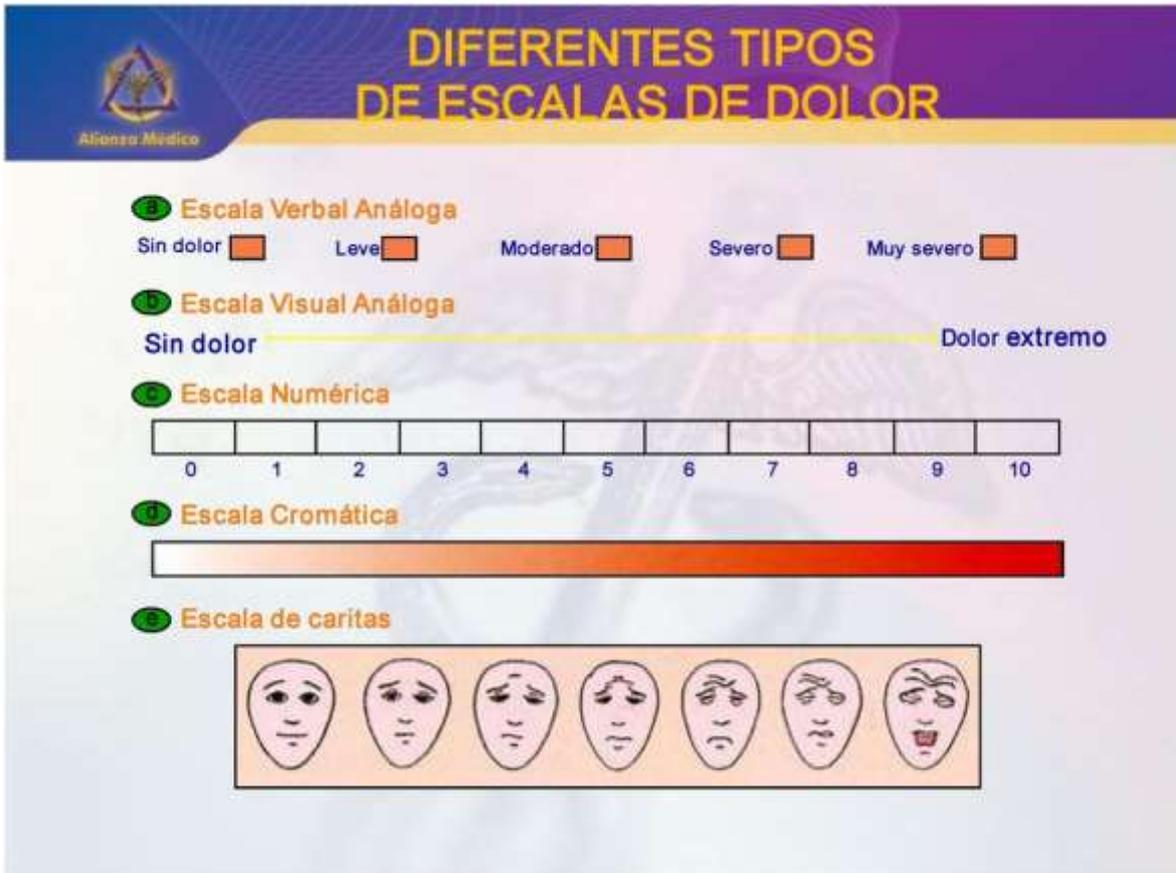
Escala de categoría numérica Estas escalas son variables y pueden constar de diferentes puntos máximos: 0 a 5, 0 a 10, 0 a 100. Se pide al paciente que indique la intensidad de su dolor, en la que cero representa la ausencia absoluta de dolor y

5 (10 o 100 dependiendo de la escala utilizada) el peor dolor imaginable. Es más sensible que la escala verbal.

### Escala Visual Análoga (EVA o VAS – por sus siglas en inglés-)

Representa el método de autoevaluación unidimensional más empleado por su fiabilidad y sensibilidad. Es utilizada ampliamente en dolor agudo, dolor postoperatorio, dolor crónico benigno y dolor en cáncer. Consiste en una línea horizontal o vertical de 100 mm de largo. Los extremos de la línea son delimitados por una marca que expresa el peor dolor y sin dolor. El paciente debe marcar en la línea un punto que refleje la cantidad de dolor que experimenta en ese momento. Posteriormente se mide la distancia en mm, desde el extremo de no dolor hasta el punto marcado por el paciente. El EVA es de uso universal, es un método relativamente simple, que toma poco tiempo, aun cuando requiere un cierto grado de comprensión y colaboración del paciente. Tiene buena correlación con las escalas descriptivas, buena sensibilidad y confiabilidad. (25)





- Escalas Multidimensionales: son más complejas y proporcionan una información más extensa y de mayor calidad, al considerar los distintos aspectos del síntoma. Con el fin de incorporar la evaluación del dolor en forma rutinaria, desde hace más de una década el dolor es considerado como el quinto signo vital.

Escalas Multidimensionales Estas escalas permiten evaluar diferentes aspectos del dolor y ponen el énfasis en la repercusión del dolor en la vida diaria del paciente. Tienen la desventaja de que se requiere más tiempo para aplicarlas. Las escalas multidimensionales más utilizadas son:

Cuestionario del dolor de McGill (McGill Pain Questionnaire MPQ): el objetivo es proporcionar una valoración del dolor desde tres perspectivas

- a) Sensorial: descripción del dolor en términos temporal y espacial.

b) Afectivo-motivacional: descripción del dolor en términos de tensión, temor y aspectos neurovegetativos.

c) Evaluativo: dolor descrito en términos de valoración general.

El instrumento consta de 78 adjetivos distribuidos en 20 grupos. El MPQ ha sido usado en varios estudios clínicos, en los que ha mostrado una gran reproducibilidad y se ha convertido en el método más confiable para la evaluación del dolor crónico. Es de ayuda en el diagnóstico diferencial de síndromes dolorosos, entre patología funcional y orgánica. Las principales ventajas de esta escala son: su capacidad para medir varias dimensiones de la experiencia dolorosa y la posibilidad de obtener aspectos cuantitativos o cualitativos del dolor. Las desventajas se relacionan con la dificultad del uso del lenguaje, que requiere de un determinado nivel cultural, y el tiempo que demanda su evaluación (10 a 20 minutos). (25)

Cuestionario breve del dolor Brief Pain Inventory (BPI): fue diseñado para pacientes con dolor oncológico y dolor crónico benigno. Es el instrumento de valoración multidimensional del dolor oncológico más utilizado, debido a que es un método rápido y de fácil comprensión por el paciente. Evalúa las dos dimensiones principales del dolor: intensidad e interferencia en las actividades del paciente. Está validado en varios idiomas, incluida una versión en español. (25)

2.- Mediciones y Observaciones de Conducta Dolorosa La conducta dolorosa es la expresión total del dolor y sufrimiento. Estas mediciones son útiles para evaluar dolor crónico, en especial, la respuesta al tratamiento analgésico. Las variables que se miden están relacionadas con las actividades de la vida diaria del paciente (trabajo, patrones de sueño, etc.). Entre las observaciones de conducta dolorosa destacan los signos de dolor (gemido, facies) la limitación funcional, las alteraciones en el ánimo y las relaciones personales. Entre las escalas de medición de conducta se encuentran:

- Cuestionario de Salud Breve (SF-36).

- Perfil de Impacto de Enfermedad (SIP -por sus siglas en inglés-).

3.- Correlaciones Fisiológicas La determinación de las respuestas fisiológicas que se desencadenan en presencia de dolor, constituye un método de valoración

objetiva, pero dado lo complejo y costoso, estas mediciones quedan restringidas a la investigación o a situaciones especiales. Entre los parámetros utilizados están: índices vegetativos (frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, sudoración o temperatura), electroencefalograma, imágenes cerebrales (PET), el registro directo de los nervios periféricos o la electromiografía. (25)

#### 4.- Medición del Dolor en Condiciones y/o Poblaciones Específicas

##### Escalas de Evaluación del Dolor Neuropático

El diagnóstico de dolor neuropático es fundamentalmente clínico. Para facilitar su diagnóstico se han desarrollado diferentes escalas. Una de las más usadas, dada su fácil aplicación, es el instrumento llamado DN4 (10) y está validado en español.

Cuestionario DN4 (Versión española del cuestionario Dolour Neuropathique

Responda a las cuatro preguntas siguientes marcando sí o no en la casilla correspondiente. (25)

#### G. MANEJO FARMACOLOGICO DEL DOLOR ONCOLOGICO

Es un método secuencial farmacológico que utiliza un pequeño número de medicamentos con eficacia ampliamente demostrada y con seguridad probada.

#### Escala analgésica de la OMS<sup>(1)</sup>



El primer escalón de la escalera analgésica propuesta por la OMS consiste en analgésicos no opioides asociados a coadyuvantes. Los analgésicos no opioides son los AINEs y el paracetamol. Este grupo de fármacos tiene techo terapéutico, es decir, hay una dosis diaria a partir de la cual no producen mayor efecto analgésico, si bien no producen tolerancia. No se ha demostrado una mayor eficacia de ninguno respecto al resto. Por tanto, están indicados en dolor leve, así como en dolor intenso o moderado asociados opioides, aumentando el efecto analgésico del tratamiento o permitiendo reducir la dosis de opioides. Se ha de tener precaución con los medicamentos de este primer escalón en pacientes con patología renal o hepática (26)

Es importante discernir entre los que tienen más potencia antiinflamatoria (diclofenaco, naproxeno, aceclofenaco) y los que predominan por su acción analgésica (paracetamol, metamizol, dexketoprofeno), ya que se elegirán unos u otros en función del objetivo del tratamiento <sup>35</sup>. Estos fármacos son especialmente útiles para tratar dolor nociceptivo. (26)

El paracetamol tiene una potencia analgésica similar a los AINEs, y compartiendo además con ellos el poder antipirético. La desventaja del paracetamol es que no tiene efecto antiinflamatorio. Es necesario rebajar la dosis diaria a 2 gramos en pacientes caquéticos y con patología hepática.

Todos los AINEs presentan como principales efectos secundarios los gastrointestinales, como son dispepsia, pirosis, úlceras y hemorragias, aunque los coxib (etoricoxib, por ejemplo), con una potencia analgésica similar al resto de AINEs, produce menos reacciones gastrointestinales. Se recomienda realizar protección gástrica, sobre todo en pacientes de riesgo. (26)

La combinación de dos AINEs no es recomendable, ya que no mejora la potencia analgésica y aumenta la toxicidad del tratamiento.

El segundo escalón se correspondería con el dolor moderado, y el principal grupo de fármacos del mismo son los opioides débiles. Al igual que los analgésicos no

opioides, los opioides débiles tienen techo terapéutico. Es importante recordar que no deben asociarse con otros opioides (sean mayores o también débiles). De este grupo destacan principalmente el tramadol y la codeína. En pacientes sin tratamiento previo a opioides la tolerancia a los mismos es adecuada, con un efecto analgésico importante (26)

Al tener techo terapéutico, este escalón se considera un paso intermedio entre el primero y el tercero.

El tramadol, por un lado, tiene una potencia analgésica 5 veces menor que la morfina, y está especialmente indicado en el tratamiento del dolor neuropático y de las exacerbaciones de este dolor, aumentando su potencia si se combina con paracetamol. Hay que tener precaución en pacientes predispuestos a sufrir crisis comiciales o en tratamiento con fármacos que disminuyan el umbral convulsivo, así como en pacientes con insuficiencia renal. (26)

La codeína, por el otro, tiene una potencia analgésica 10 veces menor que la morfina, y se ha de tener cuidado en caso de insuficiencia renal o hepática.

Por último, los opioides potentes o mayores son los fármacos utilizados en el tercer nivel de la escalera analgésica de la OMS, y son utilizados en pacientes con dolor intenso. Estos fármacos, a excepción de la buprenorfina y el tapentadol, el cual no tienen techo terapéutico, lo que quiere decir que la dosis máxima es la que es eficaz con los mínimos efectos secundarios. (26)

Se pueden combinar con analgésicos no opioides, y coadyuvantes. Se ha demostrado, además, que la combinación de paracetamol y opioides mayores es muy eficaz, mejorando la sensación de bienestar y el alivio del paciente.

El opioide potente más utilizado, por tanto, es la morfina, el cual es de primera línea para el dolor intenso. Las dos vías de administración más comunes son la oral y la subcutánea. (26)

- **Vía oral:** Se considerará la preferente, ya que presenta una eficacia similar a la de otras vías. De todos modos, la biodisponibilidad de la misma variará mucho de un paciente a otro. La morfina oral, por tanto, cuenta con dos presentaciones, la morfina de acción rápida (que se administra cada cuatro horas, con un inicio de acción a los 20 minutos, presentando el pico de acción a los 60 minutos) y la de liberación retardada (con una dosis cada doce horas, iniciando su acción a la hora o dos horas tras la administración, y llegando al pico de acción a las cuatro horas). A la hora de iniciar un tratamiento con morfina oral se recomienda utilizar la rápida, ya que el ajuste de dosis puede ser diario, en caso de que sea necesario. Esta dosis inicial varía en función de si el paciente fue tratado anteriormente con opioides o no.
- **Vía Subcutánea:** Se utilizará cuando las características del paciente no nos permitan utilizar la vía oral o cuando el control analgésico por esta vía no sea eficaz. Presenta grandes ventajas, como que es igual de eficaz que la morfina vía oral, que es mínimamente invasiva y, además, fácil de utilizar en el domicilio. (26)

A pesar del extendido uso de la morfina, se puede utilizar el fentanilo, cuyas vías más comunes son la transdérmica y la transmucosa. Tiene una biodisponibilidad moderada, y llega a su pico de acción en cinco a ocho minutos tras su administración vía intravenosa, con una duración de media a una hora tras la administración por esta misma vía. Se considera 90 veces más potente que la morfina

El fentanilo transdérmico viene presentado en forma de parches. Es más potente que la morfina, en una relación de 1 a 2. Una vez aplicado el parche, el fentanilo se libera durante aproximadamente tres días, iniciándose el efecto analgésico a las 12 o 14 horas, y manteniéndose tras la retirada del mismo entre 13 y 22 horas. Su uso en dolores crónicos está muy extendido.

La utilización de fentanilo transdérmico está indicada en casos en los que la vía oral sea de difícil utilización, cuando los efectos adversos de otros opioides no sean tolerables por el paciente, cuando el paciente presente obstrucción intestinal parcial (ya que el fentanilo produce menos estreñimiento que otros opioides) u obstrucción

del conducto biliar y en caso de que tenga insuficiencia renal, ya que se metaboliza a nivel hepático. Se ha de tener precaución en pacientes de avanzada edad, caquéticos o con fiebre. (26)

En cuanto al fentanilo transmucoso, está indicado para el tratamiento del dolor irruptivo en pacientes con tratamiento de mantenimiento con opioides potentes <sup>8</sup>. Una presentación común del fentanilo transmucoso es en forma de aplicador bucal. Debe mantenerse en la boca, en contacto con la mucosa, durante 15 minutos. Sobre tres cuartos del contenido se tragarán, absorbiéndose un cuarto por vía transmucosa. Ha demostrado menor potencia analgésica que la morfina por vía intravenosa. Se debe utilizar con precaución en pacientes con enfermedad renal, hepática o con mucositis.

Por otro lado, la oxycodona también pertenece a este grupo de opioides potentes del tercer escalón. Es el doble de potente que la morfina, y su biodisponibilidad depende menos del paciente, es decir, es más fácil predecirla. Diversos estudios han demostrado que su acción analgésica en procesos oncológicos es superior a la de otros opioides (26)

Además de los anteriormente mencionados en este escalón también está la hidromorfina. Al igual que el resto está indicado para el dolor oncológico intenso, a diferencia de que los pacientes suelen tolerarla mejor, ya que produce menos prurito, sedación, náuseas y vómitos que el resto.

Otro fármaco a usar en este escalón es la buprenorfina. Se considera de segunda línea, especialmente indicado en dolor crónico. Como ya se comentó con anterioridad, presenta techo terapéutico. (26).

El tapentadol, también fármaco del tercer escalón tiene una potencia intermedia entre el tramadol y la morfina, y ha demostrado buenos resultados en el dolor neuropático de origen diabético. Al igual que la buprenorfina, tiene techo terapéutico (500 mg). Produce pocos efectos adversos gastrointestinales, a diferencia de otros opioides, por lo que su tolerancia es buena.

Por último, otro opioide mayor es la metadona. Se considera de segunda o tercera línea, quedando además relegada al uso hospitalario. Se ha demostrado eficaz en dolor neuropático. Presenta una gran biodisponibilidad tanto oral (sobre el 80%) como por cualquier otra vía de administración, destacando especialmente su vida media, ya que tarda en eliminarse de 15 a 60 horas, pudiendo llegar a 120 horas en ancianos. Su combinación con diclofenaco permite disminuir la dosis de metadona administrada y mejora sustancialmente su potencia analgésica. Es seguro en pacientes con insuficiencia renal o hepática, ya que se elimina principalmente por vía biliar y, en menor medida, renal. A dosis altas puede producir arritmias. (26)

Es recomendable que la medicación sea fácilmente administrable por el propio paciente, interfiriendo lo menos posible con sus actividades de la vida diaria, es decir, que respete al propio paciente y al entorno, considerándose muy importante que no coincida con las horas de sueño. Para contribuir a esto se recomienda que, frente a varias medicaciones con un poder analgésico similar, se utilice la mejor tolerada por el paciente. Asimismo, hacer partícipes a los pacientes del tratamiento, permitiéndoles ser más activos en el manejo del mismo, aumenta la adherencia, al manejo terapéutico (26)

## **H. EFECTOS SECUNDARIOS DEL TRATAMIENTO CON OPIOIDES**

El tratamiento con opioides produce una serie de efectos secundarios que pueden variar en gran medida dependiendo de factores como la genética, la edad, la comorbilidad o las interacciones con otros medicamentos<sup>5</sup>. Es importante que el personal de enfermería los conozca, ya que suelen ser muy mal tolerados por los pacientes (26)

Todos los opioides potentes producen más o menos los mismos efectos adversos, si bien la morfina destaca por producirlos más acusados a nivel neurológico. Entre los más comunes están:

- **Estreñimiento:** se estima que más del 50% de los pacientes a tratamiento con opioides, y suele requerir un tratamiento a largo plazo. se recomienda realizar

profilaxis con laxantes osmóticos (polietilenglicol, lactulosa). si el estreñimiento persiste a pesar de la profilaxis, los laxantes estimulantes como el bisacodilo son eficaces. este efecto se ve aumentado en ancianos, cuyo pH gástrico elevado y escaso peristaltismo le predispone al estreñimiento, que se ve agravado con el uso de opioides. esta situación de estreñimiento se puede ver incrementada, además, por la reducción de la movilidad física que presentan un gran número de pacientes con dolor oncológico y por el propio curso de la enfermedad. se considera un uso continuo de laxantes durante el tiempo que dure el tratamiento como una buena práctica. (26)

- **Náuseas y vómitos:** Tienden a remitir en la primera semana de tratamiento. la administración de antieméticos suele paliar estos síntomas sin mayor complicación. la estrategia terapéutica debe considerar siempre el uso durante 3 o 4 días de los mismos.
- **Sedación, alteración de las funciones cognitivas y otros síntomas neurológicos:** Son especialmente comunes en pacientes tratados con morfina. Puede tratarse con psicoestimulantes o con neurolépticos. Otra forma de reducir estos efectos adversos podría ser reduciendo la dosis de analgesia, modificando el fármaco o cambiando la vía de administración. La neurotoxicidad de los opioides se observa con mayor frecuencia en pacientes ancianos.
- **Depresión Respiratoria:** El riesgo que tienen los pacientes oncológicos de sufrirla se considera mínimo, ya que el tratamiento a largo plazo con este tipo de fármacos hace que terminen desarrollando tolerancia. En caso de producirse, el fármaco a utilizar para revertirla es la naloxona, ya sea por vía intravenosa o subcutánea. A pesar del bajo riesgo, las personas mayores de 80 años se estima que tienen 8,7 veces más riesgo de sufrirla en comparación con pacientes de entre 16 y 45 años.
- **Prurito:** que puede tratarse con antihistamínicos.
- **Mioclónías:** Especialmente frecuentes en pacientes con insuficiencia renal. Su tratamiento consiste en la administración de clonazepam y manteniendo una hidratación adecuada.

- **Hiperalgnesia:** en tratamientos de larga duración puede aparecer este efecto adverso paradójico. Para tratarlo se recomienda disminuir la dosis, rotar a otro opioide y evitar la abstinencia al fármaco
- **Diaforesis:** puede ser tratada con corticoides o anticolinérgicos.
- **Retención Urinaria:** el único método para revertirla es practicando un sondaje vesical. (26)

## I. MANEJO NO FARMACOLOGICO DEL DOLOR ONCOLOGICO

Las terapias no farmacológicas son otras maneras de aliviar el dolor aparte de los medicamentos. El uso de terapias no farmacológicas puede ayudarle a calmar el dolor o a tener un mayor grado de control sobre el dolor., puede influir a mejorar el estado de ánimo y relación con los demás integrantes de su familia, por mejorar la calidad de su vida. Para lograr ello podemos contar con las siguientes terapias: (27)

- **Calor:** El calor ayuda a disminuir el dolor y los espasmos musculares. Aplique calor al área por 20 a 30 minutos cada 2 horas por los días que se lo indicaron.
- **Hielo:** El hielo ayuda a disminuir la inflamación y el dolor. El hielo también puede contribuir a evitar el daño de los tejidos. Use una bolsa con hielo o ponga hielo triturado en una bolsa de plástico. Cubra con una toalla y aplíquelo sobre el área por 15 a 20 minutos cada hora según indicaciones.
- **Terapia de Masaje:** Puede contribuir a relajar la tensión muscular y calmar el dolor.
- **Fisioterapia:** Le enseña ejercicios para contribuir a mejorar el movimiento, fortalecerse y aliviar el dolor.
- **Estimulación Nerviosa Eléctrica Transcutánea (ENET):** Se trata de un dispositivo portátil de bolsillo a pilas que se pega a la piel. Por lo general se coloca sobre el área dolorida. Usa señales eléctricas leves y seguras para ayudar a controlar el dolor.
- **Ejercicios de Respiración/Meditación.** Los ejercicios de respiración suaves pueden mejorar la relajación, reducir la tensión y disminuir el dolor. Puede llevarlos a cabo sentado en una silla y relajando los brazos con suavidad a cada lado. Puede

realizarlos mientras se encuentre recostado en una silla reclinable o en la cama. Intente respirar por la nariz mientras cuenta hasta tres mentalmente y con lentitud. Luego, exhale por la boca, otra vez contando en silencio hasta tres. Continúe durante cinco minutos y gradualmente aumente hasta llegar a los 20 minutos. También puede probar ejercicios de meditación. Los ejercicios de meditación incluyen repetir suavemente una palabra que lo calme, o bien pueden suponer imaginar inhalar o exhalar calor, frescura o una sensación de relajación en las áreas de dolor. (28)

- **Distracción:** Algunas actividades pueden distraerlo del dolor, como, por ejemplo:
  - ❖ Darse un baño caliente.
  - ❖ Leer un libro.
  - ❖ Mirar televisión o películas.
  - ❖ Pintar o dibujar
  - ❖ Trabajar con agujas, como por ejemplo tejer o coser.
  - ❖ Caminar distancias cortas al aire libre. (28)
- **Estimulación de la Médula Espinal:** Se implanta un electrodo cerca de la médula espinal durante un procedimiento sencillo. El electrodo usa señales eléctricas leves y seguras para relajar los nervios que causan el dolor.
- **Aromaterapia:** Se trata de una manera de usar fragancias para relajarse, aliviar la tensión nerviosa y calmar el dolor. Para la aromaterapia se usan aceites, extractos o fragancias de flores, hierbas y árboles. Estos pueden ser inhalados o usados durante masajes, faciales, envolturas corporales, y baños.
- **Imaginación Guiada:** Le enseña a visualizar imágenes que disminuyen la intensidad del dolor. Es posible que le ayude a aprender a cambiar la manera en que su cuerpo percibe y reacciona frente al dolor.
- **Risa:** Es posible que la risa le ayude a deshacerse de la tensión nerviosa, la ira, el temor, la depresión y la desesperanza.
- **Música:** Puede que contribuya a que sienta más energía y a que mejore su estado de ánimo. También puede ayudar a reducir el dolor al provocar que su cuerpo libere endorfinas. Estos son químicos naturales del cuerpo que disminuyen el dolor.

- **Retroalimentación Biológica:** Enseña a su cuerpo a reaccionar de manera diferente frente al estrés que provoca estar dolorido. Los médicos pueden llegar a usar una máquina de biorretroalimentación para ayudarlo a reconocer cuándo su cuerpo está relajado. (27)
- **Autohipnosis:** Es una forma de desviar la atención del dolor. Usted podría repetir una afirmación positiva para ignorar el dolor o percibirlo de forma positiva.
- **Acupuntura:** En esta terapia se usan agujas muy delgadas para restablecer el equilibrio en los canales de energía del cuerpo. Se cree que esto ayuda a aliviar el dolor y otros síntomas. (27))

## **J. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL DISPOSITIVO SUBCUTÁNEO (ALITA SUBCUTÁNEA)**

La terapia con catéter por vía subcutánea se utiliza en las siguientes situaciones:

- Pacientes con dificultad para ingerir fármacos por diferentes alteraciones del aparato digestivo como náuseas y vómitos, diarrea, disfagia, odinofagia, obstrucción intestinal, malabsorción, fístulas esófago traqueales o entero cutáneas. (29)
- Intolerancia a opioides orales.
- Necesidad de dosis mayores de opioides.
- Pacientes con alteraciones neurológicas: convulsiones, delirium, bajo nivel de consciencia, agitación. (29)
- Pacientes a los que no se les puede administrar fármacos por vía endovenosa debido a accesos periféricos dificultosos por edemas, fragilidad venosa, traumatismos en extremidades superiores. (29)
- Pacientes con deshidratación leve a moderada. (29)

- Pacientes que precisan control del dolor, exceso de secreciones, disnea y otros síntomas, sin posibilidad de uso de vía oral. (29)
- Sedación paliativa.
- Situación de agonía.
- Incumplimiento terapéutico.
- Pacientes no hospitalizados. (29))

Ventajas de la administración por vía subcutánea:

- Es una técnica segura y poco agresiva.
- Es cómoda para los pacientes.
- Proporciona seguridad, confort y autonomía al paciente. (29)
- Conlleva menor agitación psicomotriz.
- Supone menor necesidad de contención física y/o farmacológica.
- Es una alternativa a la vía oral que no limita la autonomía del paciente.
- Es de muy fácil utilización. (29)
- Evita o disminuye la ingesta de un número excesivo de comprimidos.
- Evita las inyecciones frecuentes.
- Presenta menos efectos secundarios que la vía endovenosa, siendo igual de efectiva.

- Es menos dolorosa que la vía intramuscular.
- Facilita el control de síntomas cuando la vía oral no es eficaz o posible.
- Puede, en algunos casos, evitar la hospitalización.
- Evita el metabolismo de primer paso hepático.
- Menor riesgo de infección.
- Supone menor coste y ahorro indirecto del gasto sanitario.
- Presenta escaso riesgo de sobrecarga hídrica y por tanto menor afección del sistema cardiovascular.
- Evita el riesgo de tromboflebitis.
- No precisa medidas especiales de mantenimiento como la heparinización. (29)

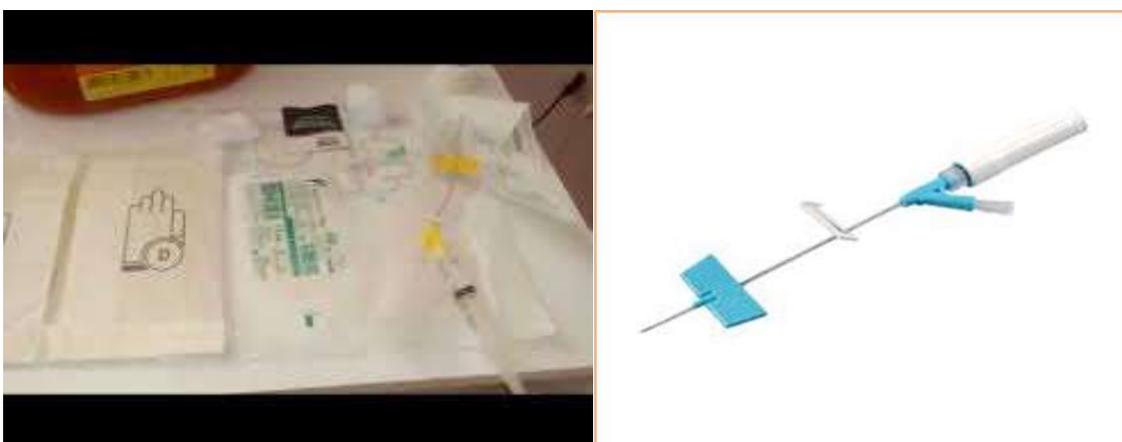
#### Desventajas de la administración por vía subcutánea

- Limitación de fármacos y tipos de fluidos.
- Precisa más tiempo para alcanzar los niveles plasmáticos que la vía endovenosa. (29)
- En el caso de hidratación permite un máximo de 3L/día.
- Posibles reacciones locales.
- Reacciones alérgicas, dolor o molestias en zona de punción.
- Salida accidental del catéter. (29))

El catéter subcutáneo es de un material que permite su instalación en el tejido celular subcutáneo para la administración de medicamentos e hidratación. (31)

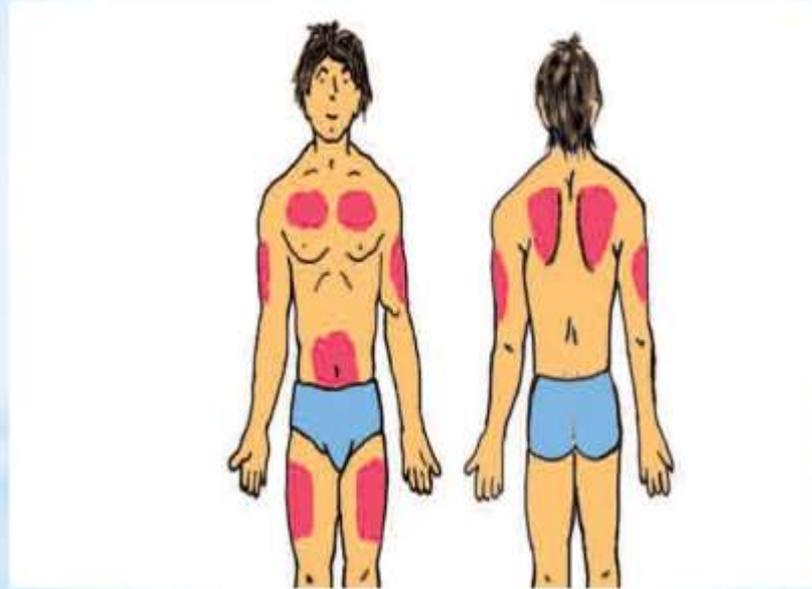
EL cambio de este dispositivo es cada 7 a 12 días, evaluando a diario el punto de inserción. De preferencia se usa CATÉTER #22 (para adultos y niños). (30)

Esta vía tiene una gran ventaja frente al uso de la vía subcutánea y endovenosa en casa. (31)



Al administrar medicamentos por esta vía, las zonas recomendadas son brazo y antebrazo, región peri umbilical y tercio medio del muslo como se muestra en la siguiente Figura

### Zonas para la colocación de la vía subcutánea.



De preferencia se usa CATÉTER #22 (para adultos y niños).

Principalmente su duración entre 5 días y 1 mes, dependiendo del material del catéter y protocolos de cada país. (31)

Es importante educar sobre el dolor que puede causar esta vía en un comienzo; explicando a la persona y su familia cómo se abre un espacio en el tejido con cada dosis, evitando el abandono de esta vía. (31)



#### ❖ Cuidados generales

- ✓ Lavado de manos antes y después de su manipulación.

El manejo del catéter subcutáneo, requiere por parte del personal de enfermería y de los cuidadores las siguientes medidas para mantener su eficacia y evitar complicaciones.

- ✓ Usar una jeringa para cada medicamento. Además, ésta se debe cambiar (JERINGA) cada 24 horas. Por precaución y seguridad se debe marcar con el nombre de cada medicamento.
  - ✓ Realizar limpieza del conector y/o tapón con una mota de algodón con alcohol antes de administrar el medicamento.
  - ✓ Vigilar diariamente signos y síntomas de infección, rubor en la zona, calor local, endurecimiento, salida de secreción purulenta, filtración del medicamento, si alguno de estos síntomas se presenta se debe realizar cambio del dispositivo inmediatamente.
  - ✓ No se debe mojar. Proteger el dispositivo durante el baño del paciente.
  - ✓ Administrar el medicamento en hora indicada. La dosis y medicamento indicado por el equipo de salud.
- #### ❖ Cuidados en la Administración del Medicamento
- ✓ Administrar el medicamento en hora indicada. La dosis y medicamento indicado por el equipo de salud.
  - ✓ Llevar registro en caso de utilizar dosis de rescate, para informar posteriormente al equipo de salud.

- ✓ Colocar alarmas que permitan la puntualidad con la administración de los medicamentos.
- ✓ Los familiares deben conocer la importancia de mantener controlado el dolor, y no esperar a que este se presente para administrar el medicamento. (31)

TABLA 1: Fármacos Administrados por Vía Subcutánea

<p><b>ANALGÉSICOS OPIOIDES:</b></p> <p>Morfina.</p> <p>Hidromorfina.</p> <p>Buprenorfina.</p> <p>Oxicodona.</p> <p>Tramadol</p>	<p><b>NEUROLÉPTICOS</b></p> <p>Levomepromazina.</p> <p>Haloperidol.</p>
<p><b>ANTIINFLAMATORIOS</b></p> <p><b>ESTEROIDES:</b></p> <p>Ketorolaco</p>	<p><b>NO</b></p> <p><b>ANTIESPASMÓDICOS:</b></p> <p>Hioscina</p> <p>Escopolamina</p>
<p><b>CORTICOIDES</b></p> <p>Dexametasona.</p>	<p><b>ANTIEMÉTICOS</b></p> <p>Metoclopramida</p> <p>Ondasetron</p>

BENZODIAZEPINAS:  Midazolam	DIURETICOS  Furosemida
ANTIBIOTICO  Ceftriaxona	

❖ **Motivos Para Consultar**

Los cuidadores deben reconocer los signos y síntomas de infección, indicándoles que se deben acercar al servicio de emergencias o informar al equipo de salud de cuidados paliativos en forma oportuna y evitar así complicaciones

- Fiebre,
- Temperatura mayor de 38 °C.
- Rubor en la zona donde es insertado el catéter.
- Calor local. Salida de secreción purulenta.
- Induración en la zona.
- Cambios en el color, olor y viscosidad del líquido peritoneal.
- Además, se debe consultar frente a edema en el sitio de punción o salida de la vía. (31)

## K. RECOMENDACIONES PARA EL USO DE OPIOIDES EN EL HOGAR

Puede tomar opioides de manera segura siguiendo estos consejos.

- **Tómelos según se los recetaron.** Siga las instrucciones de su médico durante el consumo de opioides. No tome los opioides en mayores cantidades, o con más frecuencia de lo que su médico le haya indicado. (29)
- **Haga una lista de todos sus medicamentos.** Esa lista debería incluir todos los opioides, otros medicamentos y suplementos alimenticios (como hierbas, vitaminas o remedios caseros) que esté tomando. Es importante llevar un registro de los nombres, las dosis y la frecuencia con que los toma. Llevar esta lista a todas las citas. (32))
- **Evite consumir alcohol y usar drogas recreativas mientras toma opioides.**
- **No maneje mientras toma opioides.** Los opioides pueden hacer que esté menos alerta y le pueden causar somnolencia.
- **Guárdelos de manera segura.** Mantenga sus opioides en un lugar seguro (como un gabinete cerrado) y fuera del alcance de otros, incluidos visitantes, niños, amigos, mascotas y familia.
- **Solo tome los opioides que le receten.** No comparta sus opioides con otra persona ni tome los opioides de otra persona.
- **Hable con su médico sobre cambiar su dosis.** Dejar de tomar opioides de repente puede causar efectos secundarios debido a la abstinencia del medicamento. Esto no quiere decir que usted es adicto. Es una reacción normal cuando deja de tomar un medicamento demasiado rápido. Si quiere aumentar, reducir o dejar de tomar opioides, pregúntele a su médico cómo hacerlo de forma segura. (32)

## **CAPÍTULO III.**

### **DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE INTERVENCION EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.**

#### **PLAN DE INTERVENCION**

##### **3.1 JUSTIFICACIÓN**

Según la asociación internacional para el estudio del dolor (IASP por sus siglas en inglés) el dolor se define como «. una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño real o potencial en un tejido, o descrito en términos de dicho daño». (1)

El origen del dolor en los pacientes con cáncer es multifactorial, ya que en éste incide el propio cáncer, los efectos adversos de los tratamientos empleados para combatirlo, los problemas emocionales que conlleva un diagnóstico de cáncer y otros dolores relacionados con otras patologías.

La importancia del dolor en el paciente oncológico viene dada por su elevada prevalencia, alcanzando el 90% en fases terminales, la frecuente asociación con progresión tumoral, el aumento de la incidencia, consecuencia del mayor número de casos detectados anualmente, la afectación de la calidad de vida del paciente. se estima que un 41% de la población será diagnosticado de cáncer en algún momento de su vida. (33)

El dolor, aparte de su elevada prevalencia, es un problema importante para el paciente oncológico ya que repercute en su calidad de vida y disminuye su estado de ánimo y los pacientes con un bajo estado de ánimo o mal estado emocional tienen menos respuesta al tratamiento lo cual influirá en la evolución de su enfermedad.

Existe suficiente evidencia que demuestra la relación entre supervivencia y control del dolor; de allí la importancia de controlar el dolor a través de intervenciones efectivas.

Para lograr el control de dolor en los pacientes con cáncer, es necesario que el personal de salud se familiarice con los cuidados del manejo del dolor que implica las técnicas de evaluación, el tratamiento farmacológico y no farmacológico además de incluir a los familiares dentro de este plan integral.

La familia debe ser considerada como una unidad que necesita ayuda y cuidado. es importante reconocer que la presencia de la familia en el cuidado es de suma importancia para la recuperación del paciente. sin embargo, si la familia recibe escaso apoyo y atención, se puede caer en el error de sobrecargarla. es más, incluso se puede distorsionar el fundamento de involucrar a la familia en el proceso de cuidado, porque la familia es importante para el paciente, o porque supone un recurso para los profesionales y alivia la carga de trabajo y cuidado de los mismos. (34)

Desde esta perspectiva, implicar a la familia en el cuidado del paciente conlleva ver a la familia como un recurso para la atención y el cuidado. Por todo ello, recomendamos trabajar reconociendo a la familia como la unidad de cuidado, para que así reciba un apoyo sostenido, personalizado y oportuno. (34)

El presente estudio se justifica porque, se considera de vital importancia que hoy en día hay una alta incidencia de pacientes con cáncer en nuestro país, un alto porcentaje van a presentar dolor en cualquier etapa de la enfermedad incluso durante algún tipo de tratamiento. los pacientes que asisten al Servicio de Emergencia del Instituto de Enfermedades Neoplásicas muchas veces ingresan por un dolor oncológico no controlado, con desconocimiento de los cuidadores y/ o familiares acerca de los cuidados básicos en el hogar durante el tratamiento del dolor. Por tal motivo se busca con el presente plan de intervención brindar conocimientos a los familiares de los pacientes oncológicos con dolor que acuden al Servicio de Emergencias del Instituto de Enfermedades neoplásicas-INEN.

## **3.2. OBJETIVOS**

### **3.2.1. Objetivo General**

- ✓ Brindar conocimientos a través de una intervención educativa a los familiares de los pacientes oncológicos con dolor del Instituto de Enfermedades Neoplásicas-INEN - 2022.

### **3.2.2. Objetivos Específicos**

- ✓ Brindar conocimientos sobre el manejo de dolor en la dimensión farmacológica a los familiares de pacientes oncológicos con dolor del Instituto de Enfermedades Neoplásicas-INEN.
- ✓ Brindar conocimientos sobre el manejo de dolor en la dimensión no farmacológica a los familiares de pacientes oncológicos con dolor del Instituto de Enfermedades Neoplásicas-INEN.
- ✓ Capacitar a los familiares de los pacientes oncológicos con dolor sobre los cuidados en el hogar de dispositivo subcutáneo (alita subcutánea)

### **3.3 METAS**

El 90% de los familiares de pacientes nuevos con enfermedad oncológica recién diagnosticadas y que cuenten con tratamiento de dolor en el Servicio de Emergencias del Instituto de Enfermedades Neoplásicas-INEN. - 2022

### 3.4. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
<p>1. Brindar conocimientos sobre el manejo de dolor en la dimensión farmacológica a los familiares de pacientes oncológicos con dolor.</p> <p>-Coordinar con el Medico Jefe del Servicio de Emergencia</p> <p>-Coordinar con la Enfermera Jefa del Servicio.</p> <p>-Elaborar material educativo audiovisual.</p> <p>-Captar pacientes nuevos con dolor.</p>	<p>-Coordinaciones realizadas con las autoridades de la institución.</p> <p>-Material educativo elaborado.</p> <p>-</p> <p>-Pacientes nuevos captados.</p>	<p>-Número de coordinaciones realizadas</p> <p>-Número de material educativos elaborados.</p> <p>-Número de pacientes nuevo captados.</p>	<p>-El 90% de los familiares de pacientes nuevos.</p> <p>-El 90% de los familiares de pacientes nuevos.</p>	<p>-Meses de agosto a octubre del 2022</p> <p>-Meses de agosto a octubre del 2022.</p>	<p>-Lic. de Enfermería Neiva Cacñahuaray Barrios.</p> <p>-Lic. de Enfermería Neiva Cacñahuaray Barrios.</p> <p>-Lic. de Enfermería Neiva Cacñahuaray Barrios.</p>

-Brindar consejería al familiar sobre cuidados del paciente oncológico que recibe terapia con opioides en el hogar.	-Sesión Educativa.	-Número de sesiones educativas realizadas.	-El 90% de los familiares de pacientes nuevos.	-Meses de agosto a octubre del 2022.	-Lic. de Enfermería Neiva Cacñahuaray Barrios.
2. Brindar conocimientos sobre el manejo de dolor en la dimensión no farmacológica a los familiares de pacientes oncológicos con dolor. -Brindar consejería al familiar sobre el manejo de dolor en la dimensión no farmacológica.	-Sesión Educativa.	--Número de sesiones educativas realizadas.	-El 90% de los familiares de pacientes nuevos.	- Meses de agosto a octubre del 2022.  - Meses de agosto a octubre del 2022.	-Lic. de Enfermería Neiva Cacñahuaray Barrios.  -Lic. de Enfermería Neiva Cacñahuaray Barrios
3. Capacitar a los familiares de los pacientes oncológicos con dolor sobre los cuidados en el hogar de dispositivo subcutáneo (alita subcutánea)	.	.	- El 90% de los familiares de pacientes nuevos.	- Meses de agosto a octubre del 2022.	- Lic. de Enfermería Neiva Cacñahuaray Barrios

<p>-Brindar consejería al familiar sobre los cuidados del dispositivo subcutáneo en el hogar.</p>	<p>-Sesión educativa.</p>	<p>-Número de sesiones realizadas.</p>	<p>El 90% de los familiares de pacientes nuevos.</p>	<p>- Meses de agosto a octubre del 2022.</p>	<p>- Lic. de Enfermería Neiva Cacñahuaray Barrios</p>
<p>-Realizar seguimiento de los pacientes captados a través de llamadas telefónicas o visitas domiciliarias.</p>	<p>-Visitas domiciliarias.</p>	<p>-Número de visitas domiciliarias realizadas.</p>	<p>-Familiares que recibieron la capacitación.</p>	<p>-Meses de noviembre y diciembre del 2022.</p>	<p>- Lic. de Enfermería Neiva Cacñahuaray Barrios.</p>

### **3.5 RECURSOS:**

#### **3.5.1. MATERIALES**

- Retroproyector
- Lapiceros
- Hojas bond

#### **3.5.2 HUMANOS**

- Médico de turno a cargo del Servicio de Emergencia. Dr. Hugo breña Barnett
- Supervisora del Servicio de Emergencias Lic. Juana Ascencio López.
- Jefa de Enfermeras del Servicio de Emergencias: Lic. Fanny Espino García
- Subjefa de Enfermeras del Servicio de Emergencias: Lic. Viviana Yupanqui Quiquia.
- Secretaria del Servicio de Emergencias Sra María Bernaola
- Familiares y/o Pacientes Oncológicos.

### **3.6 EJECUCIÓN**

Se realizará las coordinaciones necesarias con las autoridades del servicio para la ejecución del presente plan de intervención.

La ejecución de las actividades del presente plan de intervención se realizará en los meses de agosto a octubre del presente año, en los diferentes turnos programados en el servicio de Emergencia del Instituto de Enfermedades Neoplásicas, con la participación de pacientes y familiares que acudan a las sesiones programadas.

Las actividades extramurales se programarán en las horas libres, a través de las llamadas telefónicas o vistas domiciliarias a pacientes o familiares que recibieron las consejerías programadas en el presente plan de intervención y serían ejecutadas en los meses de noviembre a diciembre del presente año.

### **3.7. CONCLUSIONES**

El presente trabajo está respaldado por la información de los antecedentes nacionales e internacionales encontradas ya que demuestran la importancia de incluir a los familiares en los cuidados de los pacientes oncológicos en el hogar, a la vez sean capacitados por el profesional de enfermería para brindar apoyo específicamente en los aspectos referidos al manejo del dolor.

Hay evidencia científica de que las intervenciones no farmacológicas para el cuidado y manejo de dolor en los pacientes con dolor oncológico son efectivas.

Se puede tomar como referencia el presente trabajo para realizar trabajos de investigación y abarcar mas el manejo no farmacológico y su efectividad en el dolor oncológico en nuestro país.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nueva definición del dolor según la IASP. Artículo disponible en <https://www.dolor.com/es-es/para-sus-pacientes/tipos-de-dolor/nueva-definicion-dolor>.

2. Khosravi P., Del Castillo A., Pérez G. Manejo del dolor oncológico. {Internet] Anales de Medicina. Interna (Madrid) vol.24 no.11 nov. 2007 Artículo disponible en [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-71992007001100010](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007001100010)

3. Organización Mundial de la Salud-OMS. Cáncer [Internet].2022 artículo disponible en:

[https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer#:~:text=El%20c%C3%A1ncer%20es%20la%20principal%20causa%20de%20muerte%20en%20todo,21%20millones%20de%20casos\)%3B](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer#:~:text=El%20c%C3%A1ncer%20es%20la%20principal%20causa%20de%20muerte%20en%20todo,21%20millones%20de%20casos)%3B).

4. Organización Panamericana de la Salud. OPS. Cáncer [Internet] 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cancer>

5. MINSA. Situación del Cáncer en el Perú, [Internet] 2021. [citado el 08 de abril] Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2021/SE252021/03.pdf>

6. Pérez J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP. [internet] Revista de la Sociedad Española de Dolor. Vol.27 no.4 Madrid jul./ago. 2020. [citado el 08 de abril] Artículo disponible en:

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462020000400003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462020000400003)

7. Instituto de Enfermedades Neoplásicas- INEN. 2021 [internet] publicación disponible en:

<https://portal.inen.sld.pe/minsa-otorga-reconocimiento-al-inen-por-uso-eficiente-de-tecnologias-de-la-informacion-al-servicio-de-la-salud-2/#:~:text=Atenciones%20en%20el%20INEN%20durante,pacientes%20del%20interior%20del%20pa%C3%ADs>

8. García C., Gallegos R. El papel del Personal de Enfermería en la Educación para la Salud. [internet] Querétaro -México. 2019.[citado el 10 de abril]. articulo disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1223572/271-285.pdf>

9.Soriano I. Manejo del dolor en pacientes oncológicos del hospital SOLCA – Guayaquil. [Tesis de pregrado] Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil-Ecuador. 2021. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/16659/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-670.pdf>

10. Carrillo G., Laguna M. Gómez O., Chaparro L. Carreño S. Efecto de una Intervención educativa para cuidadores familiares de personas con cáncer en cirugía. Revista Científica. Enferm. glob. vol.20 no.61 Murcia ene. 2021.Bogota: Universidad Nacional de Colombia. 2021. Artículo disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1695-61412021000100016](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412021000100016)

11. Bonilla J. Evaluación del dolor oncológico con el “cuestionario breve del dolor”, en pacientes con cáncer de mama terminal del Hospital de especialidades Puebla, IMSS. [Tesis de segunda especialidad]. Puebla: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla .2020. Disponible en <https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/14463>

12.. Enriquez M. Manejo del dolor en el paciente hospitalizado, por el personal de enfermería del Hospital general “Isidro Ayora de Loja” [Tesis de pregrado]. Loja: Universidad Nacional de Loja. 2018. Disponible en <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/20639/1/TESIS-MARITHZA-FINAL%20%281%29.pdf>

13. Torres E., Paredes R. Efectividad de la valoración y manejo del dolor en pacientes pediátricos que acuden al servicio de emergencia. [Tesis de segunda especialidad] Lima: Universidad Privada Norbert Wiener.2018. Disponible en [https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2705/TRABAJO%20ACAD%  
c3%89MICO%20Paredes%20Ram%c3%b3n%20-%20Torres%20Elva.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2705/TRABAJO%20ACAD%c3%89MICO%20Paredes%20Ram%c3%b3n%20-%20Torres%20Elva.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

14. Alcántara B., Márquez K. Intervención educativa en el conocimiento del manejo del dolor en enfermeras del HNERM – Es salud. [Tesis de Maestría]. Lima: Universidad Nacional del Callao 2018” disponible en [http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/3554/Alcantara%20y%20Marquez\\_tesis\\_posgrado\\_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/3554/Alcantara%20y%20Marquez_tesis_posgrado_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

15. Martínez C. R Fernández R. Cuidados de Enfermería en pacientes con dolor oncológico basado en la teoría de síntomas desagradables, servicio de oncología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. [Tesis de pregrado]. Chiclayo: Universidad Católica santo Toribio de Mogrovejo. 2017. Disponible en: [https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/1628/1/TL\\_MartinezPantaClaudia\\_FernandezBarretoRosse.pdf](https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/1628/1/TL_MartinezPantaClaudia_FernandezBarretoRosse.pdf)

16. León L., Bazán D. Cuidar - cuidado de enfermería a pacientes con cáncer. Hospital Víctor Lazarte Echegaray. [Tesis de pregrado] Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo. 2017. Disponible desde: <https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/8193/TESIS%20CUIDAR%20CUIDADO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

17. Orrego M., Rodríguez C. Efectividad del programa caminando con el cáncer en el nivel de conocimientos sobre el manejo alimenticio y el dolor, por cuidadores de pacientes de la unidad oncológica del Hospital Regional Docente las Mercedes. [Tesis de pregrado]. Chiclayo: Universidad Señor de Sipán 2016. Disponible en [https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/762/ORREGO%20ONZ%  
c3%81LES%20MARGARITA%20ELIZABETH%20y%20RODR%c3%8dGUEZ%20ENR%  
c3%8dQUEZ%20CARMEN%20ANAL%c3%8d.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/762/ORREGO%20ONZ%c3%81LES%20MARGARITA%20ELIZABETH%20y%20RODR%c3%8dGUEZ%20ENR%c3%8dQUEZ%20CARMEN%20ANAL%c3%8d.pdf?sequence=4&isAllowed=y)

18. Orcon O. Autocuidado y calidad de vida en pacientes con artritis reumatoidea del Hospital Regional Docente clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión. [Tesis doctoral]. Pag 57. Huancayo: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa 2017. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/10350/UPorvii.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Fernández M. Bases Teóricas y teorías de la Enfermería. {Internet] Universidad de Cantabria. [citado el 11 de abril] Pagina disponible en: <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1149/course/section/1385/Enfermeria-Tema11%2528III%2529.pdf>
20. Ferrán D. El dolor- umbral del dolor. [Internet] N Punto Volumen IV. Número 35. febrero 2021. "[citado el 14 de abril] Revista disponible en : <https://www.npunto.es/revista/35/el-dolor-umbral-del-dolor-novedades-de-tratamiento-en-pacientes-con-dolor#:~:text=Seg%C3%BAn%20la%20Real%20Academia%20de,de%20manera%20distinta%2C%20pues%20est%C3%A1>
21. Canifarma El dolor | nueva definición. [Internet] agosto 2020. Disponible en: <https://codigof.mx/el-dolor-nueva-definicion/>
22. Arco J. Curso básico sobre dolor. Tema 1. Fisiopatología, clasificación y tratamiento farmacológico. [Internet] Revista Elsevier.VOL.29.NUM.1.2022. [citado el 13 de abril] Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-curso-basico-sobre-dolor-tema-X0213932415727485>
23. Dolor Oncológico. Top Doctors. INC. Sucursal en Barcelona-España. Artículo disponible en: <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/dolor-oncologico-tratamiento>
24. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Conocimiento para triunfar sobre el Cáncer. Cancer.NET [Internet] 2022. disponible en:

<https://www.cancer.net/es/asimilaci%C3%B3n-con-c%C3%A1ncer/efectos-f%C3%ADsicos-emocionales-y-sociales-del-c%C3%A1ncer/manejo-de-los-efectos-secundarios-f%C3%ADsicos/dolor/dolor-causas-y-diagn%C3%B3stico>

25. Sociedad venezolana de medicina paliativa Uso de Opioides en tratamiento del Dolor. [Libro electrónico] Manual para Latinoamérica. Caracas Venezuela 2011. file:///C:/Users/Usuario/AppData/Roaming/Microsoft/Windows/Network%20Shortcuts/ManualOpioides.pdf

26. OCRONOS. Dolor Oncológico: Valoración y Tratamiento. [Internet]. Revista Médica Científica 2019. [citado el 16 de abril] Disponible en:

<https://revistamedica.com/dolor-oncologico-valoracion-tratamiento/>

27. Sociedad ecuatoriana para el estudio y tratamiento de Dolor-SEETD. Terapias No Farmacológicas Para El Manejo Del Dolor en Adultos. [Internet]. 2016. Disponible en:

<http://sociedadecuatorianadeldolor.com/terapias-no-farmacologicas-para-el-manejo-del-dolor-en-adultos/>

28. American Society of Clinical Oncology-ASCO. Manejo del dolor relacionado con el cáncer Guía para pacientes, familias y cuidadores. -Cáncer Net 2017. [libro electrónico]Pag 13,14. Disponible en:

[https://www.cancer.net/sites/cancer.net/files/managing\\_pain\\_booklet\\_esp.pdf](https://www.cancer.net/sites/cancer.net/files/managing_pain_booklet_esp.pdf)

29. Genzor G., Cabrero A., Carriquiri A., Ortega V., Puértolas Y. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de la Vía subcutánea. [Internet] Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca; España 2020. disponible en:

[https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1177403/gpc\\_606\\_via\\_subcutanea\\_compl.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1177403/gpc_606_via_subcutanea_compl.pdf)

30. Instituto de Enfermedades Neoplásicas- INEN. Guía Técnica: Gestión del cuidado de Enfermería en el Implante y Manejo de Dispositivo subcutáneo en el Paciente Oncológico. [Internet] Lima-Perú 2022. Disponible en:

<https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2022/02/RJ-052-2022-J-INEN.pdf>

31. Alfaro M., Carmona X., Montes B., Mujica L., Parra D. Manejo del Catéter Subcutáneo en Enfermería en Cuidados Paliativos. [Internet] 2017. Disponible en:

<https://cuidadospaliativos.org/uploads/2017/5/Manejo%20del%20Cateter%20subcutaneo%20en%20Enfermeria%20en%20Cuidados%20Paliativos.pdf>

32. Sloan Kettering Institute. Opioides: Lo que necesita saber. [Internet] Memorial Sloan Kettering. Cáncer Center. 2021. disponible en:

<https://www.mskcc.org/es/cancer-care/patient-education/opioids-what-you-need-know>

33. León M., Santa-Cruz J., Martínez S., Ibatá L. Recomendaciones basadas en evidencia para el manejo del dolor oncológico. [Internet] Artículo de revisión Vol. 42. No. 1 enero-marzo 2019. México. [citado el 17 de abril] Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2019/cma191f.pdf>

34. Canga A. La familia como objeto de cuidado: hacia un enfoque integrador en la atención de enfermería. [Internet] Anales San Navarra vol.39 no.2 Pamplona mayo. /ago. Hospital de Navarra-España 2016. Disponible en:

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272016000200016](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272016000200016)

## ANEXO 1

### PROGRAMA DE CAPACITACION

CONTENIDO	TECNICA EDUCATIVA	TIEMPO
<p style="text-align: center;"><b>PRESENTACIÓN</b></p> <p>Señores buenos días soy la licenciada en enfermería Neiva Cacñahuaray Barrios, trabajo en el servicio de emergencias del Instituto de Enfermedades Neoplásicas- INEN y en esta oportunidad me dirijo hacia ustedes para hablarles sobre los cuidados que deben conocer para el cuidado de sus pacientes que presentan dolor en los aspectos farmacológicos y no farmacológicos, así como los cuidados que deben tener en el cuidado del dispositivo subcutáneo(alita) en el hogar.</p> <p>A continuación, se desarrollará el tema y al finalizar espero sus preguntas muchas gracias.</p> <p><b><u>CANCER</u></b></p> <p><b>Concepto:</b> El cáncer es una enfermedad donde las células normales se van a multiplicar rápidamente y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos. El cáncer ha ido aumentando en los últimos años a nivel local, nacional y mundial.</p> <p>El cáncer es un padecimiento muy complejo y como tal presenta múltiples síntomas siendo una de las más importantes la presencia del dolor, este dolor se puede presentar en cualquier estadio de la enfermedad y se considera uno de los síntomas que más</p>	Expositiva Participativa	5 minutos.

puede afectar y alterar de manera más negativa la calidad de vida de un paciente oncológico.

### **CAUSAS DEL DOLOR ONCOLÓGICO**

El dolor oncológico puede ocasionarse por el mismo tumor, por una cirugía, por radioterapia, por quimioterapia y por la presencia de enfermedades preexistentes.

### **TRATAMIENTO DEL DOLOR ONCOLOGICO**

Existe un tratamiento farmacológico y no farmacológico

El tratamiento analgésico del dolor oncológico dependerá sobre todo del tipo de dolor y de la intensidad. Se usan medicamentos recomendados según la escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Existen una variedad de medicamentos para controlar el dolor y dentro de los más conocidos tenemos al paracetamol, el tramal, la morfina, el fentanilo.

La vía de administración recomendada es la vía oral, y en los pacientes con dificultades para la deglución se puede recurrir a las formas transdérmicas. (dispositivo subcutáneo)

### **RECOMENDACIONES PARA EL USO DE OPIOIDES EN EL HOGAR**

Los pacientes oncológicos con cuadros de dolor pueden tomar opioides de manera segura siguiendo estos consejos:

- Tomar los analgésicos según las indicaciones del equipo de salud.: Siga las instrucciones de su médico durante el consumo de opioides. No tome los opioides en mayores cantidades, o con más frecuencia de lo que su médico le haya indicado.

Expositiva  
Participativa

5 minutos

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haga una lista de todos sus medicamentos. Esa lista debería incluir todos los opioides, otros medicamentos y suplementos alimenticios (como hierbas, vitaminas o remedios caseros) que esté tomando. Es importante llevar un registro de los nombres, las dosis y la frecuencia con que los toma. Llevar esta lista a todas las citas.</li> <li>• Evite consumir alcohol y usar algún tipo de drogas durante el consumo de opioides.</li> <li>• No maneje mientras toma opioides: Los opioides pueden hacer que esté menos alerta y le pueden causar somnolencia.</li> <li>• Guárdelos de manera segura: Mantenga sus opioides en un lugar seguro (como un gabinete cerrado) y fuera del alcance de otros, incluidos visitantes, niños, amigos, o mascotas.</li> <li>• Solo tome los opioides que le receten.: No debe compartir sus opioides con otra persona. ni debe tomar los opioides de otra persona.</li> <li>• Hable con su médico sobre cambiar su dosis.: Dejar de tomar opioides de repente puede causar efectos secundarios debido a la abstinencia del medicamento. Se puede presentar el síndrome de abstinencia el cual es una reacción normal cuando deja de tomar un medicamento demasiado rápido. Si quiere aumentar, reducir o dejar de tomar opioides, pregúntele a su médico cómo hacerlo de forma segura.</li> <li>• Acudir a sus citas programadas o cuando se les termine los analgésicos prescritos.</li> </ul> <p><b><u>MANEJO DE DOLOR EN LA DIMENSIÓN NO FARMACOLÓGICA</u></b></p> <p>Las terapias no farmacológicas son otras maneras de aliviar el dolor aparte de los medicamentos. El uso de terapias no farmacológicas puede ayudarle a calmar el dolor o a tener un mayor grado de control sobre el dolor., puede influir a mejorar el estado de ánimo y relación con los demás integrantes de su familia. Para lograr ello deben conocer las siguientes terapias:</p>	<p>Expositiva Participativa</p>	<p>10 minutos</p>
---	-------------------------------------	-------------------

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Calor:</b> El calor ayuda a disminuir el dolor y los espasmos musculares. Aplique calor al área por 20 a 30 minutos cada 2 horas si es posible.</li><br/><li>• <b>Hielo:</b> El hielo ayuda a disminuir la inflamación y el dolor. El hielo también puede contribuir a evitar el daño de los tejidos. Use una bolsa con hielo o ponga hielo triturado en una bolsa de plástico. Cubra con una toalla y aplíquelo sobre el área por 15 a 20 minutos.</li><br/><li>• <b>Terapia de Masaje:</b> Puede contribuir a relajar la tensión muscular y calmar el dolor.</li><br/><li>• <b>Fisioterapia:</b> Le enseña ejercicios para contribuir a mejorar el movimiento, fortalecerse y aliviar el dolor.</li><br/><li>• <b>Ejercicios de Respiración/Meditación.</b> Los ejercicios de respiración suaves pueden mejorar la relajación, reducir la tensión y disminuir el dolor. Puede llevarlos a cabo sentado en una silla y relajando los brazos con suavidad a cada lado. También puede probar ejercicios de meditación. Los ejercicios de meditación incluyen repetir suavemente una palabra que lo calme, o bien pueden suponer imaginar inhalar o exhalar calor, fresca o una sensación de relajación en las áreas de dolor.</li><br/><li>• <b>Distracción:</b> Algunas actividades pueden distraerlo del dolor, como, por ejemplo:<ul style="list-style-type: none"><li>❖ Darse un baño caliente.</li><li>❖ Leer un libro.</li><li>❖ Mirar televisión o películas.</li><li>❖ Pintar o dibujar</li><li>❖ Trabajar con agujas, como por ejemplo tejer o coser.</li><li>❖ Caminar distancias cortas al aire libre.</li></ul></li></ul> |  |  |
|---|--|--|

<p>❖ <b>Aromaterapia:</b> Se trata de una manera de usar fragancias para relajarse, aliviar la tensión nerviosa y calmar el dolor. Para la aromaterapia se usan aceites, extractos o fragancias de flores, hierbas y árboles. Estos pueden ser inhalados o usados durante masajes, faciales, envolturas corporales, y baños.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Risa:</b> Es posible que la risa le ayude a deshacerse de la tensión nerviosa, la ira, el temor, la depresión y la desesperanza.</li> <li>• <b>Música:</b> Puede que contribuya a que sienta más energía y a que mejore su estado de ánimo. También puede ayudar a reducir el dolor al provocar que su cuerpo libere endorfinas. Estos son químicos naturales del cuerpo que disminuyen el dolor.</li> </ul> <p><b><u>DISPOSITIVO SUBCUTÁNEO</u></b></p> <p>El catéter subcutáneo es de un material que permite su instalación en el tejido celular subcutáneo para la administración de medicamentos y en algunos casos como hidratación (hipodermocclisis).</p> <p>La terapia con catéter por vía subcutánea se puede utilizar en las siguientes situaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes oncológicos con indicaciones de medicamentos para el dolor.</li> <li>• Pacientes con dificultad para ingerir fármacos por vía oral como por ejemplo náuseas, vómitos, diarrea, disfagia (dificultad al comer), obstrucción intestinal, malabsorción, tumoraciones a nivel de aparato digestivo.</li> <li>• Intolerancia a medicamentos orales.</li> </ul>	<p>Expositiva Participativa</p>	<p>10 minutos</p>
--	-------------------------------------	-------------------

- Pacientes a los que no se les puede administrar fármacos por vía endovenosa debido a accesos venosos difíciles (ya sea por edema o traumatismos en extremidades)
- Sedación paliativa. (en pacientes en etapa final de la enfermedad)

### **VENTAJAS DE LA ADMINISTRACIÓN POR VÍA SUBCUTÁNEA**

- Es una técnica segura y poco agresiva.
- Es cómoda para los pacientes.
- Proporciona seguridad, confort y autonomía al paciente. (el paciente puede seguir realizando algunas actividades cotidianas)
- Es de muy fácil utilización.
- Evita las inyecciones frecuentes.
- Presenta menos efectos secundarios que la vía endovenosa, siendo igual de efectiva.
- Es menos dolorosa que la vía intramuscular.
- Puede, en algunos casos, evitar la hospitalización.
- Menor riesgo de infección.

- Supone menor costo para los familiares y para el sistema sanitario (el cambio del dispositivo. subcutáneo es de 7 a 12 días).

**CUIDADOS GENERALES DEL DISPOSITIVO SUBCUTÁNEO**

Es importante referir que al inicio del uso de este dispositivo puede presentar dolor en la zona de inserción, la cual es causada por los medicamentos; Sin embargo, se debe continuar el uso y evitar así su abandono. A continuación, se detalla los cuidados del dispositivo subcutáneo en el hogar:

- ✓ El lavado de manos antes y después de su manipulación.
- ✓ Se debe usar una jeringa para cada medicamento. Además, ésta se debe cambiar (jeringa) cada 24 horas.
- ✓ Vigilar diariamente signos y síntomas de infección, rubor en la zona, calor local endurecimiento, salida de secreción purulenta, filtración del medicamento, si alguno de estos síntomas se presenta se debe realizar cambio del dispositivo inmediatamente.
- ✓ Realizar limpieza del conector y/o tapón con algodón más alcohol antes de administrar el medicamento.
- ✓ No se debe mojar. (Proteger el dispositivo con un plástico durante el baño del paciente)
- ✓ Administrar el medicamento en hora indicada. La dosis y medicamento indicado por el equipo de salud. (De preferencia realizar su registro con los horarios de los medicamentos que usa su paciente.)
- ✓ Colocar alarmas que permitan la puntualidad con la administración de los medicamentos. (esto es importante porque ayudara a mantener controlado el dolor y no esperar a que se presente un dolor intenso)

Expositiva  
Participativa

10 minutos

**CUANDO DEBEN ACUDIR AL HOSPITAL**

Se pueden presentar diferentes complicaciones durante el uso de este dispositivo en el hogar siendo el más importante los signos y síntomas de una posible infección por lo cual deberán acercarse al hospital para su retiro y cambio a fin de evitar complicaciones. Los signos y síntomas de alarma son:

- Fiebre, temperatura mayor a 38 °C
- Enrojecimiento en la zona de inserción del catéter.
- Calor local. Salida de secreción purulenta.
- Induración en la zona.
- Además, se debe consultar frente a edema en el sitio de punción o retiro accidental del dispositivo.