



## PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

### ***“CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA EN PACIENTES QUE HAN RECIBIDO TERAPIAS ANTIÁLGICAS PARA EL CONTROL DEL DOLOR ONCOLÓGICO”***

AUTORA: **PATRICIA SALAZAR DÍAZ**

TUTORA: M<sup>a</sup> DOLORES MORA BENAVENTE

TITULACIÓN: GRADO EN ENFERMERÍA

Tenerife

JUNIO-2016



## **RESUMEN**

El cáncer es una enfermedad cuya incidencia aumenta considerablemente con el paso de los años. Se caracteriza, principalmente, por su progreso espontáneo, que genera la aparición de múltiples síntomas, de los cuales, uno de los más frecuentes es el dolor. Es un síntoma de elevada prevalencia en los pacientes oncológicos, aproximadamente el 70% de los pacientes que sufren esta enfermedad experimentan dolor, provocado en la mayoría de los casos por la extensión de la enfermedad por el organismo, o por los tratamientos tanto quirúrgicos como antineoplásicos, por lo que su control tiene repercusión en la percepción de los pacientes sobre su calidad de vida. El objetivo principal del estudio se centra en describir la calidad de vida percibida por los pacientes oncológicos que han recibido terapias antiálgicas para el control del dolor en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC). Se realizará un estudio descriptivo. La población a estudiar serán los pacientes que acuden al Hospital de Día de Oncología, tomando como variables principales del estudio, la calidad de vida, la salud, el estado físico, psicológico, las relaciones sociales y el ambiente. Como instrumento de medida se utilizará el cuestionario WHOQOL-BREF. El análisis estadístico de los datos se realizará mediante estadísticos descriptivos, y serán tratados con el programa SPSS 21.0. El tiempo de estudio será de 6 meses.

**Palabras clave:** Cáncer, dolor oncológico, calidad de vida

## **ABSTRACT**

Cancer is a disease which incident increases as the years pass by. It's mainly characterized by its spontaneous progress, that causes many symptoms, such as the pain, which is the most common of them. Approximately, the 70% of the patients who are suffering this disease feel some kind of pain, which means a high prevailing symptom in oncological patients. Most of cases, this pain is due to the cancer is extending through the organism, or even due to the surgical and antineoplastic treatments. Because of this, its control has a repercussion in the perception about patients quality of life. The principal aim of this study is focused on describing the quality of life perceived by these oncological patients, who have been receiving analgesic therapies against pain in the CHUC, Spanish stands for the Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. A descriptive study will be done. The patients, who use to go the Day Hospital of Oncology, will be the ones studied, taking as principal variables the quality of life, the health, the physical and psychological

*“Calidad de vida percibida en pacientes que han recibido terapias antiálgicas para el control del dolor oncológico”*

*Patricia Salazar*

---

conditions, social relations and the environment. The questionnaire WHOQOL-BREF will be used like instrument of measure. The statistical analysis will be developed by means of descriptive statistics and will be processed by the programme 21.0 SPSS. The time of study will last six months.

**Key words:** Cancer, cancer pain, quality of life

## **ÍNDICE**

1. Introducción. Antecedentes.....	1
2. Justificación.....	9
3. Problema de investigación.....	10
4. Objetivos.....	10
4.1. Objetivo general	
4.2. Objetivos específicos	
5. Metodología.....	12
5.1. Diseño.....	12
5.2. Población y muestra.....	12
5.3. Variables e Instrumentos de medida.....	12
5.4. Métodos de recogida de la información.....	13
5.5. Análisis estadístico.....	14
5.6. Consideraciones éticas.....	14
5.7. Cronograma.....	15
5.8. Presupuesto.....	15
6. Bibliografía.....	16
7. Anexos.....	20
7.1. Petición de permisos al Comité de Ética e Investigación del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias	
7.2. Cuestionario WHOQOL-BREF	

## **1. Introducción. - Antecedentes**

El cáncer es una enfermedad cuya incidencia aumenta considerablemente con el paso de los años. <sup>(1)</sup> Aproximadamente se diagnostican nueve millones de afectaciones cancerígenas cada año. <sup>(2)</sup> Es considerada uno de los principales problemas de salud mundial que afecta tanto a poblaciones con gran potencial económico, como aquellas que están en vías de desarrollo. <sup>(3)</sup> Sin embargo, esta enfermedad no solo supone un serio problema de salud mundial y una de las principales causas de muerte, sino que tiene una elevada connotación psicológica entre la población.

Es una enfermedad que ha superado al SIDA, la malaria y la tuberculosis en cuanto a tasas de mortalidad se refiere, por lo que se la conoce como la epidemia silenciosa del siglo XXI. <sup>(4)</sup>

El cáncer se caracteriza por ser una enfermedad que progresa de manera espontánea, lo que genera la aparición de múltiples síntomas en el paciente, de los cuales, uno de los más frecuentes e importantes es el dolor. <sup>(3)</sup> Es un síntoma de elevada prevalencia en los pacientes con cáncer, aproximadamente el 70% de los pacientes que sufren esta enfermedad experimentan dolor, por lo que su alivio adecuado se asocia al concepto de muerte digna. Es fundamental la evaluación y el control de los diferentes síntomas que los enfermos de cáncer presentan, para mejorar su calidad de vida. <sup>(5,6)</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la Calidad de Vida como “no solamente la ausencia de enfermedad, sino la presencia de bienestar físico, mental y social”. También la definen como “la percepción por parte de una persona de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores”, recalando el concepto de multidimensionalidad,<sup>(7)</sup> que hace referencia al estado funcional de los pacientes, la enfermedad en sí y los síntomas asociados, el estado psicológico y el funcionamiento social de los pacientes.<sup>(8)</sup> Todo ello nos permite demostrar que el concepto en sí, debe tener en cuenta la situación social de los pacientes y las relaciones que mantienen con su entorno.

Es fundamental considerar que, no solo han de visualizarse la cantidad de actividades que es capaz de realizar el paciente en sociedad, sino valorar la calidad de todas las relaciones que llevan a cabo con su entorno. <sup>(9)</sup>

La calidad de vida de un paciente, se podría relacionar con cualquier aspecto de su vida, pero en el caso del paciente oncológico, el concepto se centra principalmente en la salud del paciente, <sup>(10)</sup> entendiéndose esta como el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad (OMS, 1948). <sup>(11)</sup>

Una de las principales prioridades de los cuidados paliativos es conseguir una mejora en la calidad de vida de los pacientes oncológicos. Para ello, es necesario realizar evaluaciones frecuentes con la finalidad de conseguir la detección eficaz de necesidades del paciente. Además de ello, permiten la identificación temprana de cualquier respuesta a los tratamientos.

Los pacientes oncológicos manifiestan más interés en padecer menos síntomas y no perder su autonomía, que en prolongar su tiempo de vida. <sup>(12)</sup> Evaluar la calidad de vida en este tipo de pacientes resulta importante por la gran afectación psicológica y social que genera en la población. <sup>(13)</sup> Su medición es muy útil para dar, intervenciones más específicas, en función de las características de los pacientes y el estadio de su enfermedad. Para llevarla a cabo, se emplean instrumentos de medida en los cuales el paciente es quien debe valorar su calidad de vida.

La percepción que tienen ellos mismos acerca de su enfermedad, varía mucho de unos a otros, y son muchos los factores que hay que tener en cuenta a la hora de medir la calidad de vida. Por ejemplo, dos pacientes que sufran dolor pueden entenderlo de diferente forma según lo consideren un signo de esperanza o no. <sup>(14)</sup>

Por ello, existe mayor interés en mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos que conseguir mejoría de solo unos meses de vida. <sup>(8)</sup>

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma”. <sup>(15)</sup> Los pacientes con cáncer pueden presentar dolor debido a múltiples factores como metástasis, necrosis por el tumor en sí, distensión, compresión, infiltración, o por el tratamiento quirúrgico, quimioterápico o radioterápico. La Organización Mundial de La Salud (OMS) expone que este dolor se debe en la mayoría de los casos a la extensión de la enfermedad por el organismo: el 78% relacionado con el tumor, compresión de nervios, afectación visceral o metástasis óseas, y el 19% restante debido a los tratamientos tanto quirúrgicos como antineoplásicos (radioterapia, quimioterapia).

No todos los pacientes perciben el dolor de la misma forma, la manera en que cada uno de los enfermos con cáncer, experimentan el dolor, va a depender de aquellos aspectos biológicos y neurofuncionales que estén involucrados así como las experiencias dolorosas previas, el estatus social y cultural y el estado emocional del enfermo en el momento de aparición del dolor. <sup>(2,4)</sup> Es importante identificar las características del dolor en sí en cuanto al tipo, intensidad, localización, periodicidad, tiempo de evolución, así como de la situación en la que se encuentre el paciente con respecto al estadio de su

enfermedad. Todo ello, permite elegir el fármaco, la dosis y las vías de administración de los fármacos para obtener resultados adecuados con efectos adversos inapreciables. <sup>(3)</sup>

### **1.1. Clasificación del dolor**

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, una de las clasificaciones empleadas contempla el tiempo de evolución, el mecanismo fisiopatológico y la intensidad del mismo. <sup>(16)</sup>

En función del “**tiempo de evolución**”, el dolor se clasifica en agudo y crónico.

- **Dolor agudo:** es aquel que tiene una duración limitada, de unas horas a unos pocos días. Es considerado como el resultado de la activación del sistema nociceptivo que funciona como señal de alarma enviada por los sistemas protectores del organismo. Si no aparecen complicaciones, desaparece con la lesión que lo originó. <sup>(17)</sup>

- **Dolor crónico:** Se prolonga en el tiempo, generalmente superior a tres meses. No solo se caracteriza por su duración, sino por la presencia de alteraciones psicológicas en los enfermos, tales como impotencia y desesperanza. Se considera un síntoma de una enfermedad persistente cuya evolución se acompaña con la presencia de dolor a pesar de no presentar lesión periférica. Puede considerarse como el resultado del dolor agudo, sin embargo, se diferencian en que el dolor crónico es el resultado de mecanismos fisiopatológicos diferentes al dolor agudo, y además, la relación que existe entre dolor y lesión se da únicamente en el dolor agudo, siendo muy complicado de encontrar o prácticamente inaparente en el dolor crónico.

Según el “**mecanismo fisiopatológico**” se distingue el dolor somático, dolor visceral y dolor neuropático.

- **Dolor somático:** es el producido por la activación de los nociceptores cutáneos o tejidos profundos. Es un dolor bien localizado, sordo, punzante, con manifestaciones precisas y claras. Un ejemplo claro de este tipo de dolor es el producido por las metástasis óseas.

- **Dolor visceral:** se produce por la estimulación de los nociceptores por compresión, infiltración, extensión o estiramiento de las vísceras. Es aquel que se produce por la presencia de lesión o enfermedad que afecta a los órganos internos. Se caracteriza por ser un dolor vago, profundo, mal localizado, opresivo, y en su forma aguda, genera disfunción autónoma.

Se diferencia del somático en que no todas las vísceras del organismo son sensibles al dolor y puede aparecer a veces sin tener ninguna relación directa con las

lesiones. Normalmente suele ir acompañado de reacciones reflejas motoras y vegetativas.

Tanto el dolor visceral como el somático se encuentran agrupados dentro del dolor nociceptivo que se produce al activarse un mecanismo que se inicia con la estimulación de los nociceptores periféricos y llega a la corteza cerebral.<sup>(18)</sup> Hace referencia a la respuesta normal del organismo ante una injuria y cuya finalidad es prevenir que el daño sea mayor.<sup>(19)</sup>

- **Dolor neuropático:** es el resultante de compresión o infiltración tumoral, lesión química del nervio periférico o de la medula espinal, tras cirugía, radioterapia y/o quimioterapia. Es un dolor intenso, quemante, más frecuente en áreas de pérdida sensitiva. Son sensaciones anormales de dolor, con síntomas de difícil explicación, resultantes de una lesión del sistema nervioso central o periférico. Puede estar asociado a hiperalgesia, aumento de la respuesta a estímulos que normalmente son dolorosos, y alodinia, dolor producido por un estímulo que generalmente no causa dolor. Dicho dolor neuropático puede presentar varias manifestaciones clínicas:

- Dolor disestésico: hace referencia a una sensación de quemor constante el cual es sensible al roce.
- Dolor neurálgico: dolor punzante, paroxístico, lacerante, similar a un rayo.<sup>(18)</sup>

La forma más sencilla de distinguir el dolor es en función de su “**intensidad**”: para ello se proponen la utilización de escalas uni o multimodales como son la escala visual analógica (EVA), entre muchas otras.<sup>(2)</sup>

Con todo ello, se llega a la conclusión de que el dolor oncológico se puede clasificar de la siguiente manera:<sup>(20)</sup>

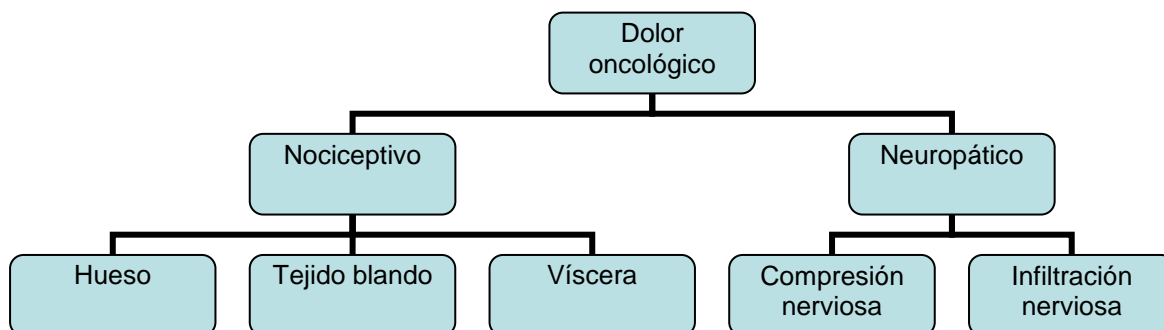


Figura 1: Bader P et al.<sup>(20)</sup>



Sin embargo, los enfermos pueden presentar otros tipos de dolor durante el curso de su enfermedad. Entre ellos, se destacan:

- **Dolor basal:** es un dolor continuo que requiere medicación pautada, generalmente progresiva, pudiendo administrarse dosis de rescate para el control total del mismo. <sup>(21)</sup>

- **Crisis de dolor irruptivo:** exacerbaciones transitorias rápidas que aparecen sobre el dolor basal. Estas crisis se pueden clasificar en:

- Dolor incidental: está asociado a un estímulo voluntario (movimiento) o involuntario (funciones corporales). Debe prevenirse con dosis extras de analgesia.

- Dolor irruptivo: su aparición es espontánea y su causa idiopática, no se asocia a movimientos ni funciones y requiere dosis extra de analgesia. <sup>(22)</sup>

- **Dolor por fallo al final de las dosis:** exacerbaciones del dolor que aparecen generalmente al finalizar el episodio de dosificación y justo antes de la siguiente dosis de analgésico. <sup>(2)</sup>

- **Dolor iatrogénico:** es el que aparece debido a los tratamientos a los que se somete el enfermo de cáncer, generalmente por la quimioterapia o radioterapia.

- **Dolor refractario:** hace referencia al dolor resistente a morfínicos y que, por tanto, requiere técnicas especiales en Unidades del Dolor. <sup>(23)</sup>

- **Dolor psicógeno:** es aquel en que el enfermo presenta dolor pero sin causas orgánicas, y se diagnostica por métodos de exclusión. <sup>(2)</sup>

## **1.2. Valoración y evaluación del dolor**

Para conseguir buenos resultados en el alivio del dolor en los pacientes oncológicos, es importante realizar una valoración íntegra del mismo, teniendo en cuenta que la sintomatología que éstos presentan es cambiante y, la experiencia dolorosa de cada uno de ellos, va a depender del lugar donde se produce el dolor, la percepción y de cómo el paciente vive su propio dolor.

Para llevar a cabo una adecuada valoración de este síntoma, se deben abordar los siguientes aspectos:

1. Anamnesis del dolor: tiempo de evolución (cuándo y cómo comenzó, frecuencia y duración), localización del dolor (sitio aproximado donde comienza, irradiación), factores influyentes (desencadenantes, factores que lo agravan y que lo alivian) y la descripción

del dolor en sí (características, repercusiones sobre las actividades de la vida diaria, síntomas asociados).

2. Tratamiento farmacológico: dosis, tolerancia al fármaco en sí, signos de toxicidad, respuesta a los opioides.

3. Ámbito psicológico: experiencias previas de dolor, malestar psicológico ante el dolor, la enfermedad o el tratamiento, capacidad de enfrentamiento al estrés, deterioro cognitivo y la espiritualidad del paciente.

4. Ámbito social: Apoyo social y familiar, disfunción familiar grave, problemas económicos.

5. Ámbito cultural: aquellos aspectos culturales que puedan influir en la experiencia dolorosa o la enfermedad en sí.

6. Experiencia dolorosa: valorar las experiencias dolorosas previas.

7. Medición del dolor: para llevarla a cabo, se utilizan una serie de escalas de evaluación para evaluar, reevaluar y comparar el síntoma doloroso. Estas escalas se emplean para cuantificar la intensidad del dolor antes y durante la terapia y para conocer la eficacia del tratamiento. De estas escalas, las más empleadas son: <sup>(18)</sup>

- **Escala visual analógica (EVA)**: es el modelo más empleado. Consta de una línea en la que se reflejan los diferentes niveles de dolor y para su utilización, el enfermo debe indicar el lugar en el que se encuentra.

- **Escala numérica de intensidad del dolor**: evalúa el dolor mediante números que van de mayor a menor en función de la intensidad, siendo el 0 la ausencia de dolor y el 10 el máximo dolor posible. Es eficaz en aquellos enfermos que presentan dificultades visuales importantes.

- **Escala de círculos y colores**: valora el nivel de dolor en relación con los colores que aparecen en los círculos.

- **Escala abreviada de rostros**: es útil en los niños y en pacientes con importantes alteraciones cognoscitivas.

- **Escala descriptiva simple de intensidad de dolor**: el enfermo expresa el dolor que sufre a través de un sistema convencional, donde se evalúa desde la ausencia del dolor hasta el máximo dolor.

- **Escala de Anderson**: esta escala se emplea especialmente en los pacientes con un nivel de consciencia muy bajo, el dolor se evalúa en una escala de 0 a 5 teniendo en cuenta los siguientes 0 ausencia de dolor; 1 no presenta dolor en reposo pero es ligero

con la movilización o con la tos; 2 el dolor es ligero en reposo y moderado en la movilización o con la tos; 3 moderado en reposo e intenso en la movilización o con la tos; 4 intenso en reposo, extremo en la movilización o con la tos; 5 dolor extremo o muy intenso en reposo.

Es muy importante realizar valoraciones constantemente a los pacientes oncológicos puesto que, sus síntomas, pueden variar con rapidez, sobre todo a aquellos pacientes que presentan una respuesta prácticamente inexistente a los tratamientos analgésicos que se administran regularmente. <sup>(24)</sup>

### **1.3. Tratamiento farmacológico para el control del dolor**

Una vez realizada la valoración de un paciente que presenta dolor oncológico, es importante llevar a cabo un adecuado plan terapéutico, dándole al paciente toda la información necesaria acerca del mismo. Con dicho plan se procurará tratar la o las causas que generan el dolor, se instaurará el tratamiento correspondiente lo más rápido posible para evitar que el paciente sufra, y se llevarán a cabo todas aquellas posibilidades existentes para conseguir un control adecuado del dolor. <sup>(21)</sup>

El tratamiento del dolor debe ir orientando hacia conseguir el control o alivio del síntoma, refiriéndonos por control a su total desaparición y alivio a la mejoría en la manera de percibirlo. <sup>(24)</sup>

El objetivo principal de esta terapia analgésica se centra en aliviar el dolor que exteriorizan los pacientes, tanto en reposo como en movimiento, evitando todos los efectos adversos posibles y manteniendo al paciente consciente durante el día y aumentar su calidad de sueño durante la noche.

Es importante tener en cuenta que el dolor que presentan los pacientes oncológicos, no solo se limita a un dolor físico, sino que además está asociado a la suma de diversas causas como la ansiedad, la depresión, etc. Es por ello que, la terapia en sí, debe abordar tanto los problemas físicos como los psicológicos, espirituales y sociales.

La terapia ideal se centra en implantar el tratamiento específico para cada uno de los pacientes y comenzar el control del dolor y los posibles síntomas que lo acompañan. <sup>(5)</sup> No solo abarca la disminución de manera temporal del dolor, sino conseguir evitarlo de forma efectiva manteniendo niveles en sangre de los fármacos.

El abordaje analgésico del dolor en este tipo de pacientes se lleva a cabo por etapas, en función del tipo de dolor que presente, la intensidad y la frecuencia del mismo, combinando fármacos en función de la respuesta analgésica y evitando combinaciones

de fármacos premezclados por las industrias farmacológicas ya que aumenta la posibilidad de que aparezca toxicidad al aumentarse el número de pastillas. <sup>(25)</sup>

El dolor oncológico puede ser controlado de manera adecuada en el 80% de los pacientes siempre que se lleven a cabo los cinco principios básicos que presiden los programas de tratamiento analgésico. <sup>(5)</sup> Estos son:

- **Vía oral:** los fármacos que se pauten para el control del dolor en el paciente oncológico deberán administrar a través de la vía oral siempre y cuando éste lo tolere y se disponga de la presentación del fármaco para esta vía.
- **Horario fijo:** es importante administrar los analgésicos siempre con un horario fijo. Con esto se pretende conseguir unos niveles constantes de medicamento dentro de los rangos terapéuticos en función de cada analgésico. De este modo se evita la aparición de toxicidad farmacológica.
- **Individualizado:** el plan de analgesia debe de ser individual para cada paciente puesto que cada paciente es diferente uno de otro, y por tanto el dolor que percibe cada uno de ellos es específico.
- **Detallado:** los pacientes oncológicos así como los pacientes en general, deben conocer todos y cada uno de los aspectos que conlleva la terapia analgésica para el control del dolor siempre y cuando ellos así lo deseen. Es frecuente encontrar enfermos que desconocen totalmente sus tratamientos y los objetivos que pretenden conseguirse, lo cual puede influir en que se produzca el fracaso del tratamiento analgésico. <sup>(25)</sup>
- **Escalera analgésica:** en 1986, la Organización Mundial de La Salud propuso una escalera analgésica para llevar a cabo de manera adecuada los tratamientos para el control del dolor, en la cual se recomendaba el o los tipos de fármacos que han de administrarse en función de la intensidad de dolor que presente el paciente. Según dicha escalera, los fármacos recomendados en función del dolor que el paciente exprese se clasificarían de la siguiente manera:

**Primer escalón:** Analgésicos no opioides como pueden ser el paracetamol, los antiinflamatorios no esteroideos (AINE,s).

**Segundo escalón:** Opioides débiles como el tramadol.

**Tercer escalón:** Opioides potentes como la morfina, fentanilo. <sup>(26)</sup>

## **2. Justificación**

Esta investigación persigue conocer la realidad acerca de la calidad de vida percibida por los pacientes oncológicos que sufren dolor y que acuden al Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

El desarrollo de la investigación permitirá que el paciente, al evaluar su calidad de vida, sea consciente de cómo la presencia de dolor está interfiriendo en su día a día, en cuanto al estado de ánimo, el apetito, la calidad del sueño y la actividad diaria, entre otros.<sup>(27)</sup> De tal modo, se pretende conseguir que ellos mismos sean capaces, junto con sus familiares, de intentar buscar soluciones para evitar que la aparición del dolor provoque cambios en su vida, y fortaleciendo que su aparición no implica el final de un ciclo. Mediante los datos obtenidos, se podría obtener un cambio en la actitud de los pacientes a la hora de afrontar su dolor, ya que con la ayuda de los profesionales sanitarios se puede conseguir que los pacientes asuman la idea de que las terapias son adecuadas para el manejo del dolor y que con una actitud positiva se puede lograr mantener una calidad de vida digna.

El poder evaluar la calidad de vida que perciben los pacientes oncológicos, permite que el personal sanitario, especialmente enfermería, pueda ayudar a los pacientes a afrontar el dolor, a enseñarles que su aparición no implica la muerte y que existen multitud de terapias para el adecuado control del mismo. Además, implicaría ampliar la formación de los enfermeros en el pregrado en cuanto al manejo adecuado del dolor oncológico, así como la formación específica de postgrado, para todos aquellos enfermeros que trabajen en este campo, puesto que, en la mayoría de los casos, el inadecuado control del dolor viene dado por la falta de conocimientos sobre cómo ha de manejarse el dolor en los pacientes oncológicos.

Tras realizar la valoración de la calidad de vida que los pacientes oncológicos manifiestan a través del cuestionario, podrían desarrollarse terapias psicológicas para el control del dolor, en las que los pacientes expresen sus sentimientos, sensaciones vividas, así como ayudarles a enfrentarse al dolor cuando éste aparece.

Las administraciones sanitarias deben proporcionar y dar acceso a las terapias especializadas a todos los pacientes oncológicos. Esto requiere la implicación de todos los profesionales en el manejo del dolor. Según expone la Asociación Americana del Dolor en una de sus guías, es importante ofrecer un enfoque multidisciplinar en el tratamiento del dolor oncológico como la herramienta más adecuada en el manejo del bienestar del paciente y su correcta adherencia al tratamiento.<sup>(26)</sup> Las instituciones sanitarias, en este caso, el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC), el

Servicio Canario de Salud y la Consejería de Sanidad, podrían desarrollar actividades orientadas a proporcionar información a los pacientes y familiares acerca del dolor y la enfermedad en sí, llevar a cabo la formación de los profesionales en cuanto el adecuado manejo del dolor en los pacientes oncológicos, así como campañas informativas donde se expongan la importancia del papel del paciente y las familias a la hora de enfrentar la enfermedad. De tal modo que, el conseguir que los pacientes dispongan de una calidad de vida digna, significaría haber llevado a cabo los cuidados adecuados y necesarios que este tipo de pacientes demandan.

### **3. Problema de investigación**

El dolor es un síntoma que aparece en un porcentaje elevado de pacientes que padecen una enfermedad oncológica. Dicho síntoma implica la aparición de malestar en la mayoría de los pacientes y supone un deterioro en su calidad de vida. Por ello surge la controversia sobre el problema en torno al cual gira este proyecto:

¿Cómo perciben los pacientes su calidad de vida cuando el síntoma está presente o incluso cuando no mejora a pesar de haber recibido las terapias antiálgicas correspondientes para el control del dolor?

### **4. Objetivos**

- Objetivo general:

- Describir la Calidad de Vida percibida por los pacientes oncológicos que han recibido terapias antiálgicas para el control del dolor en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC).

- Objetivos específicos:

- Describir el estado físico en el que se encuentran los pacientes.
- Evaluar el grado de satisfacción de los pacientes con respecto a sus relaciones con el entorno.

- Evaluar la situación emocional y psicológica de estos pacientes.
  
- Explorar la aparición del dolor con el manejo inadecuado de los tratamientos.

## **5. Metodología**

### **5.1. Diseño**

Se trata de un diseño de tipo descriptivo, de carácter transversal y retrospectivo.

### **5.2. Población y muestra**

La población a estudiar la integran los pacientes oncológicos del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) en tratamiento en el Hospital de Día de Oncología. Según los datos facilitados por la institución, se estiman en 600 pacientes mensuales.

Dadas las características de la población objeto de estudio, se realizará un muestreo no probabilístico sobre la muestra disponible. Estimamos un tamaño de la muestra de 80 pacientes, estando incluidos, aquellos pacientes que lleven al menos tres meses en tratamiento y que no tengan otra patología asociada, así como aquellos que mantengan sus capacidades cognitivas conservadas.

### **5.3. Variables e Instrumentos de medida**

- **Variables sociodemográficas:** se recogerán una serie de datos que tienen por objeto tipificar las características de la muestra.
  - **Edad:** Variable cuantitativa. Se expresará en años.
  - **Sexo:** Variable cualitativa con dos opciones de respuesta (hombre/mujer).
  - **Nivel de estudios:** Variable cualitativa con tres opciones de respuesta (primarios/secundarios/universitarios).
  - **Trabajo:** Variable cualitativa con dos dimensiones y dos opciones de respuesta (sí/no; en el hogar/fuera del hogar).
  
- **Variables propias del estudio:**
  - **Calidad de vida global:** variable cualitativa con 1 ítem en escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta.
  - **Salud general:** variable cualitativa con 1 ítem en escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta.



- **Salud física:** variable cualitativa con 7 ítems en escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta.
- **Salud psicológica:** variable cualitativa con 6 ítems en escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta.
- **Relaciones sociales:** variable cualitativa con 3 ítems en escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta.
- **Ambiente:** variable cualitativa con 8 ítems en escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta.

El instrumento de medida empleado para la realización de la investigación será el cuestionario WHOQOL-BREF, elaborado por la Organización Mundial de La Salud en colaboración con 15 centros de todo el mundo. <sup>(28)</sup> El cuestionario está compuesto por 26 ítems, dos generales que hacen referencia a la calidad de vida y a la salud del paciente y las restantes quedan agrupadas en cuatro áreas de salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. <sup>(29)</sup>

El WHOQOL-BREF se ha desarrollado con el objetivo de medir la calidad de vida de los pacientes, otorgando gran importancia a la percepción que tienen ellos mismos acerca de su calidad de vida. Además, permite analizar el funcionamiento de todas aquellas personas que padecen una determinada patología, e investigar la satisfacción de los pacientes en cuanto a su funcionamiento y los efectos generados por los tratamientos. <sup>(30)</sup>

#### **5.4. Métodos de recogida de la información**

Previamente a la recolección de los datos, se solicitará la correspondiente autorización al Comité de Ética e Investigación del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias mediante una carta explicativa (anexo 1), donde queda reflejada la finalidad de la investigación.

Una vez recabados todos los permisos necesarios, el protocolo empleado para la recogida de la información será a través del cuestionario WHOQOL-BREF (anexo 2), al que se le han añadido las variables sociodemográficas con el objetivo de tipificar la muestra. El cuestionario en sí, es un cuestionario autoadministrado, en el caso de encontrar pacientes que manifiesten dificultades en la lectura o escritura por motivos de educación o salud, será asistido por el investigador principal.

El manejo de los cuestionarios será llevado a cabo únicamente por el investigador principal, quien los entregará a los pacientes que acuden al Hospital de Día de Oncología y los recogerá una vez hayan sido completados, asesorado, en todo momento, por la supervisora y la enfermera de turno. Teniendo en cuenta que los pacientes oncológicos acuden al Hospital durante días sucesivos, el investigador principal limitará la recogida de la información a tres días semanales (lunes, miércoles y viernes) para evitar que un mismo paciente repita el cuestionario, lo que conllevaría a obtener resultados erróneos.

### **5.5. Análisis estadístico**

Se utilizarán, para el análisis de los datos, estadísticos descriptivos: la frecuencia y el porcentaje para las variables cualitativas de sexo, nivel de estudio, trabajo y las variables propias del estudio; y la media y la desviación estándar para la variable cuantitativa de edad. Además, para la expresión de los valores y los datos obtenidos se utilizará el chi cuadrado con el objetivo de encontrar diferencias en la calidad de vida de los pacientes según sus características demográficas, sociales y clínicas.

Para el análisis de los resultados se utilizará el programa IBM SPSS statistics 21.0.

### **5.6. Consideraciones éticas**

Para llevar a cabo esta investigación se tendrá en cuenta la Declaración de Helsinki. Dicha declaración ha sido promulgada por la Asociación Médica Mundial la cual abarca un conjunto de principios éticos cuyo objetivo principal es orientar a la comunidad médica y a todas aquellas personas que se dedican a la experimentación con personas. Se considera como el documento más importante en la ética de la investigación con seres humanos. Su autoridad emana de la influencia que ha ganado a nivel nacional e internacional.

Además, la investigación también se llevará a cabo teniendo en cuenta la Ley Orgánica de Protección de Datos, con la finalidad de garantizar y proteger, dentro de lo que cabe, el tratamiento de los datos personales y los derechos fundamentales de las personas físicas, especialmente de su honor, intimidad y privacidad personal y familiar.

### 5.7. Cronograma

La investigación tendrá una duración de 6 meses, desde la creación del proyecto hasta la presentación del trabajo final.

<b>Enero 2017</b>	Recabar autorizaciones
<b>Febrero 2017</b>	Recogida de datos
<b>Marzo 2017</b>	Análisis y tratamiento estadístico de los datos
<b>Abril 2017</b>	Informe preliminar
<b>Mayo 2017</b>	Informe definitivo
<b>Junio 2017</b>	Difusión de resultados

### 5.8. Presupuesto

Concepto	Cantidad	Subtotal (€)	Tiempo	Total (€)
Estadístico	1	500	1 mes	500
			<b>Gasto en personal</b>	<u>500€</u>
Ordenador	1	600		600
Folios	1	3		3
Impresora	1	200		200
Bolígrafos	10	1		10
Tinta impresora	5	15		70
			<b>Gasto en material</b>	<u>883€</u>
<b>TOTAL PRESUPUESTO</b>				<b><u>1.383€</u></b>

## **6. Bibliografía**

<sup>1</sup> García Hernández R, Failde I, Pernia A, Calderón E, Torres LM. Prevalencia de dolor neuropático en pacientes con cáncer sin relación con el tratamiento oncológico previo. Rev Soc Esp Dolor. 2009 Octubre [acceso 27 febrero 2016]; 16 (7); 386-98. Disponible en: <http://goo.gl/ZwCpZw>

<sup>2</sup> Reyes Chiquete D, González Ortiz JC, Mohar Betancourt A, Meneses García A. Epidemiología del dolor por cáncer. Rev Soc Esp Dolor. 2011 Abril [acceso 27 febrero 2016]; 18(2); 118-34. Disponible en: <http://goo.gl/PmuZaa>

<sup>3</sup> Reyes Chiquete D. Dolor agudo en el paciente con cáncer. Revista Mexicana de Anestesiología. 2005 [acceso 28 febrero 2016]; 28(1); 175-6. Disponible en: <http://goo.gl/fxuws5>

<sup>4</sup> Larramendi Brava J, Gutiérrez Zamora D, Futiél O’Farril N, Frías Tamayo JA, Peña Anglín M. Intensidad del dolor en pacientes con cáncer según etapas clínicas en el municipio de Manzanillo. Medisan [revista en Internet] 2013 [acceso 28 febrero 2016]; 17(8): 3023-8. Disponible en: <http://goo.gl/Vqw7JW>

<sup>5</sup> Fernando Rodríguez R, Daza P, Fernando Rodríguez M. Tratamiento farmacológico del dolor en pacientes con cáncer. Colomb Med. 2006 Julio-Septiembre [acceso 27 febrero 2016]; 37(3): 242-6. Disponible en: <http://goo.gl/wtqgpA>

<sup>6</sup> Gisbert Aguilar A, Gómez Batiste X, Gómez Sancho M, Núñez Olarte JM. Prevalencia, características y efectividad del tratamiento del dolor en pacientes con cáncer avanzado tratados en Servicios de Cuidados Paliativos en España. Estudio NEGOPAL. Med Paliativa. 2007 [acceso 20 febrero 2016]; 14(3): 169-73. Disponible en: <http://goo.gl/gbGfbU>

<sup>7</sup> Castañeda de la Lanza C, O’Shea GJ, Narváez Tamayo MA, Lozano Herrera J, Castañeda Peña G, Castañeda de la Lanza JJ. Calidad de vida y control de síntomas en el paciente oncológico. GAMO. 2015 Mayo-Junio [acceso 5 mayo 2016]; 14(3): 150-6. Disponible en: <http://goo.gl/EOa1Q0>

<sup>8</sup> Ferriols Lisart R, Ferriols Lisart F, Alós Almiñana M, Magraner Gil J. Calidad de vida en oncología clínica. Farm Hosp [revista en Internet] 1995 [acceso 5 mayo 2016]; 19(6): 315-22. Disponible en: <http://goo.gl/qnZk1X>

<sup>9</sup> Infante Cosío G. Tratamiento farmacológico del dolor por cáncer. Rev Digit Univ. 2004 Agosto [acceso 15 marzo 2016]; 5(7): 2-10. Disponible en: <http://goo.gl/rJ41U8>

<sup>10</sup> Arraras JI, Martínez M, Manterota A, Laínez N. La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico. El grupo de calidad de vida de la EORTC. Psicooncología. Rev Interdiscip Invest Clin Biopsich Oncol. 2004 [acceso 4 mayo 2016]; 1(1): 87-98. Disponible en: <http://goo.gl/xLyPTI>

<sup>11</sup> Contreras Martínez J. Definición y áreas de la calidad de vida en Oncología. Oncología (Barc.). 2005 Marzo [acceso 5 mayo 2016]; 28(3): 17-9. Disponible en: <http://goo.gl/EIQEM9>

<sup>12</sup> Fonseca M, Schlack C, Mera E, Muñoz O, Peña J. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer terminal. Rev Chil Cir [revista en Internet] 2013 Agosto [acceso 5 mayo 2016]; 65(4): 321-8. Disponible en: <http://goo.gl/tPYTBL>

<sup>13</sup> Ojeda Martin M, Gomez Sancho M, Grau Abalo J, Marrero Martín MS, Guerra Mesa A. La evaluación del impacto de programas de cuidados paliativos: un estudio de la calidad de vida en pacientes de un hospital universitario. Psicología y Salud [revista en Internet] 2009 Enero-Junio [acceso 4 mayo 2016]; 19(1): 5-20. Disponible en: <http://goo.gl/0VqJch>

<sup>14</sup> Arrarás JI, Dueñas T, Meiriño R, Prujá E, Villafranca J, Valerdi J. La calidad de vida en el paciente oncológico: estudios del Servicio de Oncología del Hospital de Navarra en el grupo de calidad de vida de la EORTC. Anales Sis San Navarra [revista en Internet] 1998 Enero-Abril [acceso 5 mayo 2016]; 21(1): 47-53. Disponible en: <https://goo.gl/p6M0Ro>

<sup>15</sup> Ibarra E. Una nueva definición de dolor. Un imperativo de nuestros días. Rev Soc Esp Dolor. 2006 Marzo [acceso 1 marzo 2016]; 13(2): 65-72. Disponible en: <http://goo.gl/erLDLg>

<sup>16</sup> Ragni Vargas M. Actualización sobre el dolor y cuidados paliativos en Chile. Educare 21 [revista en Internet] 2006 [acceso 10 febrero 2016]. Disponible en: <http://goo.gl/KyiNFT>

<sup>17</sup> Gómez Sancho M, Pascual López A, López Imedio E, Carrillo de Albornoz PA. Avances en cuidados paliativos. 1ª ed. Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS; 2003.

<sup>18</sup> Bondyale Oko TM. Enfermería en Cuidados Paliativos. 1ª ed. Madrid: DAE; 2007.

<sup>19</sup> Cruciani RA, Nieto MJ. Fisiopatología y tratamiento del dolor neuropático: avances más recientes. Rev Soc Esp Dolor. 2006 Junio [acceso 1 marzo 2016]; 13(5): 312-27. Disponible en: <http://goo.gl/TSwJmK>

<sup>20</sup> Bader P, Echtele D, Fonteyne V, Livadas K, De Meerleer G, Paez Borda A et al. Guía clínica sobre el tratamiento del dolor; 2009 [acceso 1 marzo 2016]. Disponible en: <http://goo.gl/4c7cx4>

<sup>21</sup> Pernia A, Torres LM. Tratamiento del dolor oncológico terminal intenso. Rev Soc Esp Dolor. 2008 Julio [acceso 1 marzo 2016]; 15(5): 308-24. Disponible en: <http://goo.gl/HiJBHz>

<sup>22</sup> Nabal M, Naudí C, Ramírez M, Ormo C. Prevalencia del dolor episódico y continuo en cuidados paliativos. Rev Soc Esp Dolor. 2001 Mayo [acceso 3 marzo 2016]; 8(4): 265-8. Disponible en: <http://goo.gl/z1tH85>

<sup>23</sup> Sancho JF, López G, Sancho A, Ávila C, Grande ML, Cavallo L et al. Tratamiento del dolor oncológico. Psicooncología. Rev Interdiscip Invest Clin Biopsich Oncol. 2006 [acceso 3 marzo 2016]; 3(1): 121-38. Disponible en: <http://goo.gl/3anNTv>

<sup>24</sup> Zas Tabares V, Rodríguez Rodríguez JR, Silva Jiménez E. El dolor y su manejo en los cuidados paliativos. Panorama Cuba y Salud. 2013 Mayo-Agosto [acceso 8 marzo 2016]; 8(2): 41-8. Disponible en: <http://goo.gl/NT6j0N>

<sup>25</sup> Whizar-Lugo VM, Ochoa-Ortíz G. Conceptos Actuales en Dolor por Cáncer. Anestesia en México [revista en Internet] 2005 [acceso 8 marzo 2016]; 17(1): 53-69. Disponible en: <https://goo.gl/PMP4Qp>

<sup>26</sup> González-Escalada JR, Camba A, Casas A, Gascón P, Herruzo I, Núñez-Olarte JM et al. Código de buena práctica para el control del dolor oncológico. Rev Soc Esp Dolor. 2011 Marzo-Abril [acceso 8 marzo 2016]; 18(2): 98-117. Disponible en: <http://goo.gl/q09IsU>

<sup>27</sup> Píriz Álvarez G, Estragó V, Pattarino C, Sandar T. Dolor oncológico: un problema no resuelto. Rev Med Uruguay. 2004 Marzo [acceso 3 marzo 2016]; 20(1): 32-43. Disponible en: <http://goo.gl/p16Hou>

<sup>28</sup> Organización Mundial de la Salud. División Salud Mental. WHOQOL-Calidad de Vida: 2001; 1-11 [acceso 3 marzo 2016] Disponible en: <http://goo.gl/NBqFNz>

<sup>29</sup> Espinoza I, Osorio P, Torrejón MJ, Lucas-Carrasco R, Bunout D. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. Rev méd Chile. 2011 Mayo [acceso 5 marzo 2016]; 139(5): 579-86. Disponible en: <http://goo.gl/fbKGw6>

<sup>30</sup> Cardona-Arias JA, Higuera-Gutiérrez LF. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. Rev Cubana Salud Pública. 2014 Abril-Junio [acceso 5 marzo 2016]; 40(2): 175-89. Disponible en: <http://goo.gl/fTddlB>

## **ANEXOS**





**Facultad de Ciencias de la Salud: Sección de Enfermería y Fisioterapia  
Universidad de La Laguna**

**Proyecto de Investigación: Solicitud Autorización**

A la atención del **Comité de Ética e Investigación del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias:**

Con motivo de la elaboración del proyecto de investigación de 4º curso de grado de Enfermería de la Universidad de La Laguna, se les solicita autorización para poder llevar a cabo el desarrollo de la investigación, que tiene como objetivo principal describir la Calidad de Vida percibida por los pacientes oncológicos que han recibido terapias antiálgicas para el control del dolor en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC).

Para la recogida de información, se empleará el cuestionario WHOQOL-BREF, que será rellenado por los propios pacientes de forma voluntaria y anónima. Nos comprometemos a hacerles llegar los resultados una vez finalizado el estudio.

Un cordial saludo y mis más sinceros agradecimientos

Patricia Salazar Díaz (Estudiante de Enfermería)

A handwritten signature in black ink, enclosed within a hand-drawn circular border. The signature is cursive and appears to read 'Patricia Salazar Díaz'.

**Cuestionario WHOQOL-BREF**

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Por favor, lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas						
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5

7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.						
		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas						

		Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a la frecuencia con que Ud. ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas						
		Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

Para finalizar este cuestionario, rogamos que rellene estos últimos datos:

- **Edad:** \_\_\_\_\_
- **Sexo:**  Hombre  Mujer
- **Nivel de estudios:**  Primarios  Secundarios  Universitarios
- **Trabajo:**  Si  No

En caso afirmativo, indique localización:  En el hogar  Fuera del hogar