



Proyecto de investigación

Adherencia al tratamiento con opioides en el paciente oncológico de la Palma

Autora: Yeraldin Padrón Gómez

Tutor: Luis M. Cairos Ventura

Titulación: Grado en Enfermería

La Palma junio de 2017



Índice:

1. Introducción:	1
1.2. Antecedentes:	11
2. Justificación:	12
3. Problema:	13
4. Hipótesis:	13
5. Objetivos:.....	13
5.1. <i>Objetivo general:</i>	13
5.2. <i>Objetivos específicos:</i>	13
6. Metodología:	14
6.1. <i>Diseño:</i>	14
6.2. <i>Búsqueda Bibliográfica:</i>	14
6.3. <i>Población Diana y muestra:</i>	14
6.3.1. <i>Criterios de inclusión:</i>	15
6.3.2. <i>Criterios de exclusión:</i>	15
6.4. <i>Variables e instrumentos de medida:</i>	15
6.5. <i>Métodos de recogida de la información:</i>	16
6.6. <i>Análisis Estadístico:</i>	19
6.7. <i>Consideraciones éticas:</i>	19
7. Cronograma:.....	20
8. Presupuesto:.....	21
9. ANEXOS.....	27
9.1. <i>ANEXO 0:</i>	28
9.2. <i>ANEXO I:</i>	30
9.3. <i>ANEXO III:</i>	35

Resumen:

El cáncer es la primera causa de muerte en España. En torno a 90.000 personas fallecen cada año a causa de un tumor maligno en nuestro país, y se prevé según la OMS un aumento del 50% de la incidencia mundial del cáncer, llegando a un total de 15 millones de casos nuevos en el año 2020. Uno de los síntomas por excelencia de este tipo de tumores, es el dolor. La presencia del dolor en un proceso oncológico es variable, y depende de diversos factores tales como; tipo de tumor, extensión del mismo y nivel de tolerancia al dolor del propio paciente. Se calcula que el dolor es el síntoma principal en el 30-40% de los pacientes oncológicos en tratamiento, y un 70-90% en enfermedad avanzada.

Se realizará un estudio con el fin de averiguar el nivel de adherencia terapéutica al tratamiento del dolor con opioides en pacientes pertenecientes a la unidad de oncología del Hospital General de La Palma, además de medir diferentes parámetros como la influencia de la adherencia en la calidad de vida del paciente entre otros objetivos planteados. Para ello se emplearán diferentes cuestionarios que nos permitirán medir los objetivos planteados, en una muestra de 218 pacientes.

Palabras clave: paciente oncológico, oncología, adherencia terapéutica, opioides

Summary:

Cancer is the leading cause of death in Spain. Around 90.000 people die every year because of a malignant tumor in our country, and according to WHO there will be a 50% increase in the global incidence of cancer, reaching a total of 15 million new cases in 2020. The pain is one of the main symptoms of this type of tumors. The presence of pain is variable and depends on different factors such as; type of tumor, extension of the tumor and the patient level of tolerance. The pain is the main symptom in 30- 40% of oncological patients in treatment, and 70-90% in advanced disease.

A study will be conducted to ascertain the level of therapeutic adherence to the pain treatment with opioids in patients of oncological unit of the hospital general de La Palma, in addition to measuring different parameters such as the influence of therapeutic adherence on the patient's quality of life in addition to other objectives. For that we will use different questionnaires to measure the objectives, in a sample of 218 patients.

Key words: Oncological patient, oncology, therapeutic adherence , opioids

1. Introducción:

El cáncer es la primera causa de muerte en España. En torno a 90.000 personas fallecen cada año a causa de un tumor maligno en nuestro país, y se prevé según la **OMS** un aumento del 50% de la incidencia mundial del cáncer, llegando a un total de 15 millones de casos nuevos en el año 2020. (1)

Se define como **Cáncer** al “conjunto de enfermedades caracterizadas por el desarrollo y crecimiento de células anormales que se dividen, crecen y se diseminan de forma incontrolada.” Por lo general, las células normales se dividen de una forma controlada y llegado el momento mueren mediante un mecanismo propio denominado apoptosis. En el caso de las células cancerosas, pierden la capacidad de apoptosis por lo que la célula se divide y reproduce de forma incontrolada; llegando a formar lo que se conoce como tumor. Existen dos tipos de tumores: los tumores malignos y los tumores benignos, estos últimos son aquellos cuyo ritmo de crecimiento es lento, y que no se diseminan ni se infiltran en tejidos adyacentes. (2)

Las neoplasias se consideran malignas cuando el tumor tiene la capacidad de infiltrarse en tejidos, y diseminarse en lugares distantes de donde se originó el tumor primario, a esta diseminación hacia otros órganos es lo que se denomina como **metástasis**. (2)

Uno de los síntomas por excelencia de este tipo de tumores, es el **dolor**. La presencia del dolor en un proceso oncológico es variable, y depende de diversos factores tales como; tipo de tumor, extensión del mismo y nivel de tolerancia al dolor del propio paciente. Se calcula que el dolor es el síntoma principal en el 30- 40% de los pacientes oncológicos en tratamiento, y un 70-90% en enfermedad avanzada. (1,3)

La Asociación Internacional para el estudio del dolor, lo define como; “experiencia sensorial y emocional desagradable, que se asocia a una lesión presente o potencial de los tejidos. ” Es por ello que al hablar de dolor, hablamos de una experiencia subjetiva, en la que no sólo influye la enfermedad sino también las características de la persona que lo padece. (3, 4)

Existen diversas causas que pueden producir dolor entre ellas se encuentran (3,4):

- **Dolor por invasión tumoral**, especialmente aquel por infiltración en tejido nervioso. Representa un 60-90%.

- **Dolor secundario al tratamiento** ya sean polineuropatía, mucositis, necrosis ósea aséptica etc. Corresponde un entre un 10- 25%.
- **Dolor asociado al tumor** (síndrome paraneoplásico, infección micótica, neuralgia postherpética, trombosis venosa, entre otros.) tiene un porcentaje de 5-20%.
- **Dolor por enfermedad coincidente**, 3-10%.

Al igual que existe diversas causas que producen dolor, existen diversos tipos de dolor oncológico, y se pueden clasificar de diversas maneras atendiendo a su intensidad, duración o características. **(3,5)**

- **Tipo de dolor según su intensidad:**

Previamente a la clasificación del dolor según intensidad, es necesaria una forma para medir la intensidad del dolor. Esta forma es lo que se conoce como Escala visual analógica (**EVA**), La EVA consiste en una línea horizontal de 0 a 10, con un extremo en el que se situaría la ausencia o menor intensidad de dolor y en otro extremo la mayor intensidad. **(5)**

Utilizando esta escala el dolor puede clasificarse en:

- Leve: EVA de 0-3
- Moderado: EVA de 4-6
- Intenso: EVA de 7-10
- Muy intenso: EVA más de 10

Además de la escala visual analógica existen otros tipos de escalas que permiten al paciente definir la intensidad de su dolor estas son **(6)**:

- Escala numérica: Se le pedirá al paciente que valore su dolor en una escala del 0 al 10. Identificando 0 como la ausencia de dolor y 10 como dolor de máxima intensidad.
- Escala descriptiva verbal: El paciente definirá su dolor con términos tales como dolor leve, intenso, moderado.

- **Tipo de dolor según duración: (3,5)**

- **Agudo:** Se caracteriza por ser limitado en el tiempo (3-6 meses), con escaso componente psicológico, con comienzo bien definido, signos objetivables y síntomas.

- **Crónico:** Caracterizado por su duración ilimitada (> 6 meses), se acompaña de componente psicológico, no suele estar acompañado de signos objetivos por lo que para su control es necesario utilizar distintos enfoques de tratamiento. Es el típico dolor del paciente oncológico.

- **Tipo de dolor según su patogenia: (3,5)**

- **Neuropático:** Producido por estímulo directo del sistema nervioso central (**SNC**) o por daño de las vías nerviosas periféricas. Este tipo de dolor se describe como descarga eléctrica, punzante, quemante, acompañado de parestesias y disestesias, hiperalgesia, hiperestesia y alodinia. ejemplos de dolor neuropático la plexopatía braquial o lumbo-sacra post-irradiación, la neuropatía periférica post-quimioterapia y/o post-radioterapia y la compresión medular.
- **Nociceptivo:** Es el más frecuente, y se divide en somático y visceral.
- **Psicógeno:** Tipo de dolor en el que interviene el ambiente psico-social que rodea al individuo. Es típica la necesidad de un aumento constante de las dosis de analgésicos con escasa eficacia.

- **Tipo de dolor según su localización: (3,5)**

- **Somático:** Tiene lugar por la excitación anormal de nociceptores somáticos superficiales o profundos. Es un dolor localizado, punzante y que se irradia siguiendo trayectos nerviosos. El más frecuente es el dolor óseo producido por metástasis óseas. El tratamiento debe incluir un antiinflamatorio no esteroideo (AINE).
- **Visceral:** Excitación anormal de nociceptores viscerales. Este dolor no se encuentra bien localizado, es continuo y profundo, y puede irradiarse a zonas alejadas del lugar en el que se originó. Frecuentemente se acompaña de síntomas neurovegetativos. Son ejemplos de dolor visceral los dolores de tipo cólico, metástasis hepáticas y cáncer pancreático. Este dolor responde bien al tratamiento con opioides.

- **Tipo de dolor según el curso: (3,5)**

- **Continuo:** Persiste a lo largo del día y no desaparece.
- **Irruptivo:** Aumento transitorio del dolor basal en pacientes que se encontraban estables y controlados, o también puede ser un dolor de causa diferente al basal. Tiene una prevalencia que oscila entre el 40 y 80%. Se inicia de forma súbita, tiene un promedio de tiempo para alcanzar su pico máximo a los 3 minutos, y tiene una duración de media hora.
Existen tres clases de dolor irruptivo o disruptivo; **incidental, espontáneo** o de **final de dosis**.

- ❖ **Incidental:** Dolor relacionado con actividades físicas determinadas.
- ❖ **Espontáneo:** No hay factor externo que lo cause, el dolor surge de forma imprevisible.
- ❖ **Final de dosis:** Causado por una dosis de analgesia inadecuada, o por una prolongación del tiempo entre una dosis y la siguiente.

En 1986, con el principal objetivo de conseguir un mejor abordaje del dolor oncológico surge la escalera analgésica de la OMS, esta escalera analgésica consta de 3 peldaños que se organizan de la siguiente manera (1,4)

- En el primer escalón se situarían **analgésicos no opioides** tales como (AINES, paracetamol, metamizol) Se pueden usar adyuvantes para aumentar la eficacia analgésica o bien para tratar síntomas asociados que exacerban el dolor y proporcionar una actividad analgésica adicional en los diferentes tipos de dolor. (5)
- En el segundo escalón se localizan los **opioides débiles** (codeína, tramadol, dihidrocodeína) estos pueden asociarse también a coadyuvantes o a analgésicos no opioides en situaciones determinadas. (5)
 - El tercer escalón está conformado por **opioides fuertes** (Morfina, fentanilo, oxicodona, metadona...) al igual que los débiles

pueden estar asociados a los fármacos que componen el primer escalón o adyuvantes para potenciar su analgesia. (5)

Aunque la Escalera de la **OMS** surgió en un principio para intentar manejar el dolor oncológico y de alguna forma sistematizar el manejo del mismo tomando como punto de referencia la intensidad del dolor. A día de hoy es utilizada para el tratamiento del dolor crónico de cualquier etiología.

Tal y como puede observarse la piedra angular en la Escalera de la **OMS** son los fármacos opioides, y su uso debe generalizarse especialmente por vías no invasivas permitiendo así al paciente y a su entorno familiar controlar de forma cómoda el dolor.

Se define como opioide a aquellos fármacos analgésicos utilizados para el tratamiento del dolor agudo y crónico. Se caracterizan por su capacidad de unión con los receptores opioides, con esta unión se produce una disminución de las señales de dolor que llegan al cerebro tanto por una acción central como periférica al atenuar la transducción y transmisión de la señal dolorosa, es decir, reducen o controlan el dolor, además actúan sobre la región funcional de las áreas del cerebro que controlan las emociones, por lo que además disminuye la sensación y percepción de un estímulo doloroso. Los opioides pueden ser endógenos o exógenos. (7, 8)

No se debe confundir el término opioide con el de opiáceo, tal y como se describe anteriormente son fármacos afines a receptores opioides, capaces de producir analgesia. El término opiáceo, por el contrario, hace referencia a aquellas sustancias alcaloides presentes en el opio. Por lo que el término opioide está adjudicado a aquellas sustancias que presentan un efecto análogo al de la morfina. (7,8)

Existen diversos receptores sobre los que pueden actuar los opioides, concretamente existen cuatro subtipos mu, kappa, delta y nociceptina. Pudiendo además encontrar dos subclases de receptores mu y delta, tres de receptores kappa. (8)

Tabla 1 Características de los receptores opioides (+/+++ = magnitud de la acción) ;(- = no posee acción) (7)

Nomenclatura	Mu (μ , OP3, MOR)	Delta (δ , OP1, DOR)	Kappa (K, OP2, KOR)	Nocicepta (N/OFQ, OP4, NOR)
Sistema efector	Proteínas G	Proteínas G	Proteínas G	Proteínas G
Ligando endógeno	B- endorfina Endomorfina	Enkefalinas (met y leu- encefalina)	Dinorfina A	Nociceptina / orfanina FQ
Precursor	POMC (ACTH, MSH, β - lipotropina)	Proencefalina	Prodinorfina	Pronociceptina/ orfanina FQ
Analgésia				
Supraespinal	+++	—	-/ Hiperalgésia	Hiperalgésia
Espinal	++	++	+	+
Periférica	++	—	++	
Depresión respiratoria				
Miosis	++	—	+	
Reduc. Motilidad digestiva	++	++	+	
Sedación	++	—	++	
Euforia				
Euforia	+++	+++	—	
Disforia	—	—	+++	
Dependencia				
Agonista	Morfina	Morfina	Pentazocina	Ro 64- 6198
Antagonista	Naloxona	Naloxona	Naloxona	

Dentro de los opioides se puede realizar una clasificación atendiendo a diferentes criterios (8):

Origen:

- **Naturales**
- **Sintéticos**
- **Semisintéticos**

Estructura química:

Afinidad/eficacia:

- **Agonistas puros:** opioides agonistas, fundamentalmente del receptor μ , con elevada eficacia (actividad intrínseca). Pertenecen a este grupo la morfina, la heroína, la petidina, la metadona, el fentanilo y sus derivados.
- **Agonistas- antagonistas mixtos:** Actúan como agonistas en un receptor (κ), pudiendo también actuar en otro receptor como agonista parcial o en caso de administrarse junto a un agonista puro puede llegar a actuar como antagonistas reduciendo sus efectos o inhibiéndolo por completo. Ej pentazocina, el butorfanol o la nalorfina.
- **Agonistas parciales:** Al igual que los agonistas puros actúan sobre receptores μ , pero su eficacia es menor. Su función es analgésica cuando actúan solos, pero tienen efecto antagonista sobre un agonista puro. Ej: buprenorfina
- **Antagonistas puros:** Son afines a los receptores de opioides pero no poseen eficacia. Actúan impidiendo o revirtiendo la acción de los agonistas, no poseen función analgésica. Ej: Naloxona, naltrexona

Gran parte de los pacientes que presentan dolor oncológico necesitan, a lo largo de su enfermedad, opioides del tercer escalón para el control del mismo. En España los opioides del tercer escalón más comercializados son los siguientes: Morfina, metadona y fentanilo. Según numerosas revisiones y consensos la morfina es el principal fármaco de elección a la hora de tratar el dolor oncológico, dado que se trata de un opioide que presenta buena eficacia analgésica, amplia experiencia clínica, flexibilidad en cuanto a dosis, diferentes formulaciones y vías de administración, y su bajo coste con respecto a otros analgésicos opioides. **(1, 9, 10, 11)**

No obstante puede decirse que en general los opioides fuertes presentan una eficacia semejante, y su característica principal es la ausencia de techo analgésico, es decir que cuanto mayor es la dosis mayor es la eficacia. Por lo que la dosis se vería limitada por los efectos secundarios a dicha cantidad. Por lo general los síntomas más frecuentes relacionados con los opioides son **(7)**:

- Náuseas y vómitos
- Somnolencia
- Estreñimiento
- Prurito
- Depresión respiratoria
- Confusión
- Mioclonías

Es importante tener en cuenta que un correcto manejo del dolor no consiste exclusivamente en la pauta de un buen opioide, sino que influyen varios factores como una buena valoración del paciente (características, intensidad, causa del aumento de dolor, evolución a lo largo del día, impacto psicológico, respuesta a tratamientos previos...) por parte del personal sanitario. Diversos estudios demuestran que aquellos pacientes en lo que se ha realizado una mejor evaluación son los que presentan un mayor control. Además de esto, es necesaria una buena adherencia terapéutica por parte del paciente para lograr la disminución de dicho dolor. (1)

Según la **OMS** la adherencia terapéutica puede ser definida como la medida en la que el paciente sigue las instrucciones, esta puede ser completada con la definición dado por Haynes y Sackett, en la cual *“denominan adherencia al grado en que la conducta del paciente frente a la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por su médico.”*

Puede distinguirse dos tipos de adherencia (12,13, 14)

- Adherencia no intencionada, tales como olvidos o confusión.
- Adherencia intencionada, el paciente deja de tomar la medicación de forma voluntaria por miedo a reacciones adversas, percepción de no mejoría, creencia de que la medicación es innecesaria o excesiva, etc.

Existen diversos factores influyentes en la adherencia **(14) (15)**:

- **Factores relacionados con el paciente:**
 - Edad
 - Sexo
 - Escolaridad
 - Dieta
 - Actividad física
 - Presencia de problemas psicológicos, como depresión.
 - Deterioro cognitivo

- **Interacción con el profesional:**
 - Inadecuada relación médico- paciente
 - Atención fragmentada: Falta de coordinación entre los distintos profesionales.
 - Seguimiento inadecuado o ausencia de plan terapéutico al alta.

- **Información proporcionada acerca del tratamiento farmacológico**
 - Falta de confianza en el beneficio del tratamiento por parte del paciente.
 - Complejidad del tratamiento.

- **Motivación para el cumplimiento de metas Terapéuticas**
 - Inasistencia a las citas programadas
 - Falta de conocimiento de la enfermedad por parte del paciente.

La falta de adherencia supone un problema, y para abordarlo es necesario identificar los factores influyentes, y de esta forma desarrollar estrategias individuales para corregirlo y evitar posibles consecuencias. **(14)**

La adherencia es algo particular en cada paciente por lo que las intervenciones para mejorarlas, deben realizarse en función de los problemas que presenta individualmente cada paciente para la adherencia a su propio tratamiento. No obstante existen pautas generales que nos permiten intervenir para aumentar el nivel de adherencia, para ello es necesario mejorar el conocimiento que tiene el paciente sobre su enfermedad y tratamiento. **(14)**

Intervenciones orientadas a aumentar la adherencia:

Algunas de las posibles intervenciones a realizar con el fin de conseguir una mejor adherencia del paciente son las siguientes:

- Indagar que tipo de falta de adherencia presenta el paciente, si es intencionada o no.
- Averiguar y analizar las creencias y preocupaciones del paciente sobre su medicación.
- Las intervenciones debe ir dirigidas a los problemas específicos que hayan sido detectados, estas pueden incluir:
 - ✓ Sugerir al paciente que lleve un registro de las tomas de su medicación.
 - ✓ Permitir al paciente que se sienta incluido en la monitorización de su enfermedad.
 - ✓ Simplificar el régimen del tratamiento.
 - ✓ Utilización de pastilleros.
- Ante la falta de adherencia por efectos adversos algunas intervenciones pueden ser:
 - ✓ Discutir con el paciente pros y contras, así como efectos a largo plazo del tratamiento y las preferencias del paciente a la hora de manejar posibles efectos adversos.
 - ✓ Considerar ajustar las dosis, cambio de tratamiento u otras estrategias como el cambio en la hora de administración del fármaco.
 - ✓ Averiguar si en realidad el problema se encuentra en el coste de la medicación.

Calidad de vida:

El impacto del cáncer puede influir en la calidad de vida del paciente, Aaronson plantea que la definición de salud dada por la **OMS** como *“bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad”* (16) es una base adecuada para definir calidad de vida, incluyendo en el paciente oncológico los efectos de la enfermedad y los tratamientos. La Calidad de vida (CV) está compuesta de tres dimensiones que son (16):

- **Dimensión física:** Afección de la enfermedad, el tratamiento en el paciente.

- **Dimensión psicológica:** El paciente presenta miedo, ansiedad, pérdida de autoestima, incertidumbre por el futuro etc. en esta influyen las creencias personales, espirituales o religiosas.
- **Dimensión social:** Percepción del individuo de las relaciones interpersonales, roles sociales, necesidad de apoyo, relación médico-paciente.

La calidad de vida puede ser medida; en los primeros estudios eran los profesionales quienes evaluaban la situación del paciente, midiendo la actuación del mismo o mediante una valoración general de CV. Sin embargo a día de hoy existe un acuerdo entre los profesionales en que es el propio paciente quien debe medir su calidad de vida, ya que se trata de un fenómeno de carácter subjetivo. (16)

1.2. Antecedentes:

En el estudio "Utilización de analgesia en el paciente oncológico" Almudena Ruiz Giménez y demás investigadoras se plantearon el objetivo de realizar una descripción del tratamiento y grado de control del dolor de pacientes derivados a una unidad de cuidados paliativos, obteniendo como resultado que de las 131 historias clínicas revisadas la cuarta parte de estos pacientes ingresaban en la unidad de cuidados paliativos sin ningún tipo de tratamiento analgésico, por otro lado más de la mitad de los pacientes tienen pautado un opioide mayor, además el 70 % de los pacientes derivados UCP, presentan dolor en el momento de su derivación. Pudiendo resaltar que aquellos pacientes con dolor presentan un tratamiento analgésico con opioides mayores. Lo que hace sospechar de una utilización de opioides en dosis infraterapéuticas. (18)

Por otro lado el estudio sobre "perfil del paciente oncológico tratados en una unidad de emergencias" llevado a cabo en la unidad de emergencias del hospital de Sao Paolo; obtuvo como resultados que de los 10.792 pacientes que fueron atendidos en esta unidad durante el año 2012, 172 de ellos presentaban patología oncológica, **siendo los síntomas más frecuentes para acudir al servicio los de dolor (83,1%), náuseas y vómitos (67,4 %) y fiebre con un 26,1%.** Siendo los síntomas menos predominantes lesiones de piel y mucosas, dolor abdominal (9,8%). (19)

El dolor es uno de los síntomas más frecuentes y que mayor influencia en los pacientes con cáncer. Entre el 75-80% de los pacientes con cáncer avanzado refieren dolor; sin embargo, la adherencia al tratamiento con opioides ha sido

reportada entre el 50-70% de los pacientes. El dolor oncológico se mantiene como un fuerte problema debido a que existen casos en los que no se trata o se hace con una dosis incorrecta, esto a su vez se asocia a una serie de barreras para la analgesia mediante opioides. Dichas barreras pueden estar relacionadas con el paciente, con el médico o con el sistema de salud. **(20)**

Las barreras de los pacientes están relacionadas con la tolerancia y adicción, acortamiento de la vida, anticipación de la muerte, deterioro de la función cognitiva y anticipación de la progresión de la enfermedad. **(20)**

Si se atiende a los diferentes estudios encontrados se puede llegar a la conclusión de que siguen existiendo problemas para el manejo del dolor oncológico a pesar de los múltiples avances que existen hoy en día, además de que los pensamientos negativos tanto de pacientes como de familiares asociados a la morfina suponen un problema a la hora de la utilización de opioides para el control del dolor.

2. Justificación:

Pese al aumento de la prescripción en los últimos años entre 30 y 85 millones de personas al año padecen dolor moderado o intenso y no reciben los fármacos que podrían aliviarles. Varios estudios demuestran que gran parte de los pacientes oncológicos que sufren dolor reciben un tratamiento analgésico inadecuado. **(1)**

Si se observan los estudios presentes en los antecedentes de este trabajo se puede evidenciar que el dolor oncológico es un problema significativo no sólo en nuestro país si no a nivel mundial, de tal forma que muchos de los pacientes que son derivados a servicios de paliativos llegan sin un buen control de su dolor. **(18)**

Además también puede constatarse que una de las causas más frecuentes por las que acude el paciente oncológico a urgencias, es por presencia de dolor. **(19)** Dado a su elevada prevalencia y de acuerdo con datos aportados por El Instituto Nacional de Estadística las neoplasias constituyen una de las principales causas de ingreso hospitalario. **(21)**

Todo esto sumado a la existencia de barreras frente al tratamiento farmacológico contra el dolor, es decir contra el consumo de opioides, supone un sufrimiento innecesario para el paciente, y a su vez una disminución de su calidad de vida.

Es por ello que con este estudio queremos indagar si el posible fallo en el control del dolor oncológico se encuentra en la adherencia del paciente, y observar la medida en que el nivel de adherencia del paciente influye en la calidad de vida del mismo. Para de esta forma intentar proponer tareas orientadas en la educación del paciente frente el manejo de su propio dolor y el consumo de opioides para conseguir un buen control, y a su vez lograr mejorar la calidad de vida del propio paciente.

3. Problema:

¿Existe una buena adherencia terapéutica en el tratamiento del dolor oncológico con opioides en pacientes que residen en la isla de la Palma?

4. Hipótesis:

El mal control del dolor del paciente oncológico está relacionado con una mala adherencia al tratamiento analgésico debido a los temores presentes frente a los opioides.

5. Objetivos:

5.1. Objetivo general:

- Determinar el nivel de adherencia terapéutica al tratamiento del dolor con opioides en pacientes pertenecientes a la unidad de oncología del Hospital General de La Palma.

5.2. Objetivos específicos:

- Determinar la relación entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida del paciente.
- Determinar cuáles son los factores de mayor incidencia en la adherencia del paciente oncológico.
- Describir el estado físico en el que se encuentran los pacientes.
- Evaluar la situación psicológica y emocional de los pacientes.

6. Metodología:

6.1. Diseño:

Se realizará un estudio descriptivo, transversal.

6.2. Búsqueda Bibliográfica:

Para la elaboración de este proyecto se han realizado diferentes búsquedas en punto Q y bases de datos como Redalyc y scielo, además también se han realizado consultas en google académico y en algunas páginas web tales como la Organización Mundial de la salud (OMS), la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), entre otras.

Las palabras empleadas para la obtención de información para el trabajo han sido; adherencia terapéutica, paciente oncológico, opioides, dolor y calidad de vida, estas búsquedas también se realizaron en inglés. Del total de estudios que fueron encontrados tras emplear estas palabras nos hemos quedado con un total de 25 estudios.

Durante el proceso de selección de la bibliografía se descartaron aquellos estudios que tuvieran muchos años de antigüedad, y aquellos que se alejaran del objetivo principal de este estudio. Dado a la escasa información sobre la adherencia a los opioides en el paciente oncológico, se incluyeron estudios que demostraban la existencia de un problema en el manejo del dolor de tipo oncológico.

6.3. Población Diana y muestra:

La población a estudiar serán aquellos pacientes diagnosticados de patología oncológica, y en seguimiento por la unidad de oncología del hospital general de la Palma.

Según el informe Las cifras del cáncer en España 2017 y según los últimos datos obtenidos por la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), el número total de nuevos casos de cáncer en España en 2015 fue de 247.771 (**21**). Atendiendo a este dato y mediante la realización de porcentajes obtenemos que el número de

nuevos casos de pacientes oncológicos en la isla de la Palma sería de 436'44. Tras la obtención de este dato calcularemos mediante la siguiente fórmula la muestra del estudio:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot \sigma^2}{(N - 1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot \sigma^2}$$

Donde:

- n= Tamaño de muestra
- N= Tamaño de la población
- σ = desviación estándar de la población, por lo general cuando no se dispone de su valor suele utilizarse, 0,5 como valor constante.
- Z= Valor obtenido mediante niveles de confianza, que si no se dispone de su valor se toma en relación al 95% de confianza que equivale a 1,96.
- e= Límite aceptable del error muestral, que suele variar entre el 1% (0,01) y el 9% (0.09), valor a criterio del encuestador. El valor de e en este caso será de 5% (0.05).

Utilizando la fórmula con los datos de población anteriormente nombrados, el total de la muestra para este estudio sería de 218, con un error muestral de $\pm 5\%$ y una confianza del 95%. No obstante, para realizar una mejor aproximación del número de pacientes necesarios para la muestra, se han solicitado la cantidad total de pacientes que se atienden en el Hospital General de La Palma, que cumplan los siguientes criterios:

6.3.1. Criterios de inclusión:

- Paciente oncológico con tratamiento para el dolor,
- Paciente perteneciente a la consulta oncológica del hospital general de la Palma
- Diagnosticado de cáncer en el año 2016.

6.3.2. Criterios de exclusión:

- Paciente oncológico sin sintomatología de dolor,
- Paciente con dolor de etiología diferente a la oncológica.

6.4. Variables e instrumentos de medida:

Variables cuantitativas:

- Edad. Variable cuantitativa discreta, medida en años.

- Meses desde el diagnóstico

Variables cualitativas:

- Sexo (Masculino/ Femenino)
- Nivel económico (Alto/ Medio/ Bajo)
- Nivel de estudios (Primaria/ Secundaria/ Bachiller o Ciclos / Estudios Universitarios)
- Antecedentes familiares
- Estadío del tumor (Consultar en historia clínica del paciente, para ello se solicita consentimiento informado)
- Tratamiento analgésico (Consultar en historia clínica del paciente, para ello se solicita consentimiento informado)
- Intensidad del dolor (Escala Visual Analógica)
- Nivel de adherencia (Escala para medir el nivel de adherencia a los opioides en el paciente oncológico (Morinsky, Green y Levine y Martin- Bayarre – Grau)
- Calidad de vida (Cuestionario WHOQOL-BREF)
- Salud psicológica (Cuestionario WHOQOL-BREF)
- Salud física (Cuestionario WHOQOL-BREF)

6.5. Métodos de recogida de la información:

Para llevar a cabo este proyecto de investigación, en primer lugar se les proporcionará a la muestra un consentimiento informado, en este documento aparte de recoger su libre participación, se recogerá el permiso para el acceso a datos de la Hª clínica tales como (Estadío del tumor, tipo dolor(somático, visceral, neuropático, no etiquetado) entre otras cosas, tras firmar el consentimiento informado se entregará un

cuestionario con preguntas generales en las que se obtendrán los datos siguientes; el sexo, edad, nivel económico, nivel de estudios, además se les realizará una valoración del dolor, para la medición de la intensidad del mismo utilizaremos la Escala Visual Analógica (**EVA**). (**ANEXO 0**) Se considerará un valor de 0 a 3 como un dolor bien controlado, de 4 a 6 un dolor moderado, 7 a 10 dolor intenso y más de 10 dolor insoportable. A su vez también se recogerá la presencia de episodios de dolor irruptivo y la intensidad también medidos mediante EVA, y los tratamientos utilizados tanto para el dolor basal e irruptivo y coadyuvantes.

Tras la realización de la evaluación del dolor, se pasará un cuestionario que permita ver el nivel de adherencia existente en la población seleccionada, para ello tomaremos de referencia el cuestionario de Morinsky, Green y Levine, este cuestionario surge originalmente para la valoración del cumplimiento del tratamiento en el paciente hipertenso, no obstante a día de hoy esta validado para múltiples enfermedades de etiología crónica. Este instrumento de medida de la adherencia consiste en un total de cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica que permite apreciar a la actitud del paciente frente al cumplimiento del tratamiento, se pretende valorar si se adopta una buena actitud de adherencia. Las preguntas realizadas en este cuestionario son (**21**):

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

Se consideraría al paciente como cumplidor si responde de forma correcta a las 4 preguntas realizadas (no, sí, no, no).

Además del estudio de Morinsky, Green Y Levine, utilizaremos preguntas del cuestionario Martin- Bayarre – Grau, este cuestionario en un principio está orientado a la adherencia en hipertensos, y originalmente consta de 12 ítems. En esta escala el valor obtenido se asignará en función de la respuesta siendo 0 (nunca), 1 (Casi nunca), 2 (A veces), 3 (Casi siempre), 4 (Siempre) y con una puntuación máxima de 48 puntos. (**22**)

La calificación del test quedaría distribuida de la siguiente manera:

- Adheridos totales: 38 a 48 puntos.

- Adheridos parciales: 18 a 37 puntos.
- No adheridos: 0 a 17 puntos.

Para este estudio utilizaremos los instrumentos de medida nombrados anteriormente, y los modificaremos añadiendo diversas preguntas que nos permitan adaptar un cuestionario para la adherencia del paciente oncológico a opioides. Este cuestionario estará formado por un total de 20 ítems, divididos en tres dimensiones; factores relacionados con el sistema y equipo de salud (7 ítems), factores relacionados con el tratamiento (10 ítems) y factores relacionados con el paciente (3 ítems) puntuados con escala Likert. **(ANEXO I)**

Para conocer la calidad de vida del paciente realizaremos otro cuestionario. Para ello utilizaremos la escala de calidad de vida WHOQOL, instrumento elaborado por la Organización Mundial de la Salud en colaboración con 15 centros más de todo el mundo. **(23)**

Existen dos versiones la WHOQOL-100 y la WHOQOL-BREF ambas con estudios de validación en español (que continúan en proceso para completarse). La versión a utilizar será, la WHOQOL-BREF (26 ítems) dividido en 4 dimensiones: Salud física, Salud psicológica. Relaciones sociales, Ambiente. **(24)** Dado a que la escala que será empleada en la medición en la calidad mide a su vez diferentes partes como salud física y salud psicológica, nos permitirá también mediante su utilización describir y evaluar el estado físico y psicológico del paciente, propuesto como objetivos.

El WHOQOL-BREF ha sido diseñado con la finalidad de medir la calidad de vida, dando mayor importancia a la percepción del propio paciente acerca de su calidad de vida. Además de permitir a su vez analizar el funcionamiento de todas aquellas personas que padecen una patología determinada, e investigar la satisfacción en cuanto a su funcionamiento y los efectos producidos por los tratamientos. **(23)**
(ANEXO II)

6.6. Análisis Estadístico:

Para llevar a cabo el análisis de los datos estadísticos emplearemos diferentes métodos atendiendo a las variables analizadas.

En el caso del análisis de variables cualitativas como el sexo, nivel económico, nivel de estudios, etc. Utilizaremos la frecuencia y el porcentaje. Y a su vez mediremos la relación entre variables mediante la prueba del chi cuadrado.

Por otro lado para las variables cuantitativas como la edad, se utilizará la media y la desviación estándar.

Tras la obtención de datos se empleará el programa IBM SPSS statistics 21.0. para el análisis de los mismos.

6.7. Consideraciones éticas:

Para llevar a cabo este trabajo se les proporcionará a los participantes del estudio una carta de consentimiento informado, en la que decidirán si quieren o no formar parte del estudio y rellenar las encuestas de forma voluntaria y anónima. En esta carta a su vez quedará recogida la finalidad del estudio, así como los beneficios del mismo, además de una serie de aclaraciones en las que se reitera la participación voluntaria y anónima, y la libertad de retirarse si así lo desea entre otras cuestiones.

Además la investigación se llevará cabo teniendo en cuenta 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.

7. Cronograma:

Meses	1				2				3				4				5				6			
Actividades	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración del proyecto	■	■																						
Elaboración del instrumento		■	■																					
Recabar permisos				■																				
Recogida de datos					■	■	■																	
Análisis y tratamiento estadístico de datos									■	■	■	■												
Conclusiones													■	■										
Informe preliminar													■	■	■									
Informe final																	■	■	■					
Difusión de resultados																					■	■	■	■

8. Presupuesto:

Concepto	Cantidad	Subtotal (€)	Total(€)
Ordenador	1	600	600
Folios	3 paquetes de 200	27,49	82,47
Impresora	1	200	200
Tinta impresora	5	20	100
Bolígrafos	10	1	10
		Presupuesto final	992,47 €

Bibliografía:

1. Alonso Babarro A... Tratamiento con opioides del dolor oncológico. Medifam [Internet]. 2003 Ene [citado 2017 Mayo 03]; 13(1): 9-19. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682003000100001&lng=es.
2. OMS: Organización Mundial de la Salud [internet] 2017. Feb [citado 2017 Mayo 03] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
3. Puebla Díaz F..Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. Oncología (Barc.) [Internet]. 2005 Mar [citado 2017 Mayo 03] ; 28(3): 33-37. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-483520050003000006&lng=es.
4. Dr. Rudy Hernán Garrido L.. Manejo del dolor en el cáncer. Rev.med. Clin. Condes. 2013. Abr [citado 2017 mayo 03] ; 2013; 24(4). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864013702050>
5. SEOM.. El dolor en el paciente oncológico. 2015. Oct. 2015; 9 (10). Disponible en: http://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/F_Oncovida_17_BAJA.pdf
6. Serrano-Atero MS, Caballero J, Cañas A, García-Saura PL, Serrano-Álvarez C and Prieto J. Valoración del dolor (I). Rev Soc Esp Dolor 2002; 9: 94-108. Disponible en: http://revista.sedolor.es/pdf/2002_02_05.pdf
7. Álvarez Yolanda, Farré Magí, Farmacología de los opioides Adicciones [en línea] 2005, 17 (Sin mes) : [Fecha de consulta: 3 de mayo de 2017] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122022016>
8. Herrera-Huerta E V, López-Narvaéz K, Escutia-Gutiérrez R, Rodríguez-Landa J F, ¿Qué sabe usted acerca de... los Opioides?. Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas 2013;462-63. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=57929952010>

9. World Health Organization. Cancer Pain Relief. Geneva: World Health Organization, 1986
10. Primary health care doctors and nurses. Support Care Cancer 2000; 8: 464-71.
21. Hanks G, Cherny N. Opioid analgesic therapy. En: Doyle D, Hanks G y MacDonald N. Oxford Textbook of palliative medicine. 2nd ed. Oxford. Oxford University Press 1998. p. 331-55.
11. Donnelly S, Davis MP, Walsh D, Naughton M. Morphine in cáncer pain management: a practical guide. Support Care Cancer 2002; 10: 13-35.
12. Martínez-Domínguez G I, Martínez-Sánchez L M, Lopera-Valle J S, Vargas-Grisales N, La Importancia de la Adherencia Terapéutica.. Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo 2016;14(107-116). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375546666003>
13. Orueta Sánchez R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud 2-2005. Disponible en : https://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29_2EstrategiasMejora.pdf
14. Intranet Osakidetza. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. Vol.nº19. 2011. Información farmacoterapéutica de la comarca. Disponible en: http://osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/infac_v19_n1.pdf
15. Martínez-Domínguez G I, Martínez-Sánchez L M, Lopera-Valle J S, Vargas-Grisales N La Importancia de la Adherencia Terapéutica ,. Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo 2016;14(107-116). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375546666003>
16. Arraras Ignacio Juan, Martinez Maite, Manterota Ana y Laínez Nuria, La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico. El grupo de calidad de vida EORTC. Vol. 1, Nº 1. 2004. Disponible en:

http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/psicooncologia/numero1_vol1/capitulo6.pdf

17. Castellón Rocha C, Calatyud Jaimes F R, Dolor Oncológico y Calidad de vida. Revista Científica Ciencia Médica 2007;1039-41. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=426041216011>.
18. Ruiz Giménez A, Fernández Rodríguez O, Álvarez Navarro I, García Barba S d I P, Muñoz de Haro J N, Raja Casillas I, Utilización de Analgesia en el Paciente Oncológico. Revista Clínica de Medicina de Familia 2006;1219-222. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169617616003>
19. Boaventura Ana Paula, Vedovato Cleuza Aparecida, dos Santos Francisleine Franck. Perfil Dos Pacientes Oncologicos Atendidos Em Uma Unidade De Emergência. Cienc. enferm. [Internet]. 2015 Ago; 21(2): 51-62. Disponible en; http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000200006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000200006>
20. Antecedentes Ricardo Ríos Corzo. Revisión bibliográfica: Barreras para el uso de opioides en dolor oncológico. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" 2014. Disponible en: <http://dolorypaliativos.org/art185.asp>
21. SEOM. Las Cifras del cáncer en España 2016. 2016. Disponible en: http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/LAS_CIFRAS_DEL_CANCER_EN_ESP_2016.pdf
22. Rodríguez Chamorro Miguel A., García Jiménez E., Amariles Pedro, Rodríguez Chamorro Alfonso, Faus María J. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Rev. Atención Primaria. 2008;40:413-8. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-revision-tests-medicion-del-cumplimiento-13125407?redirectNew=true>

23. Martín Alfonso Libertad, Bayarre Vea Héctor D, Grau Ábalo Jorge A. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Rev. cub. salud pública [Internet]. 2008 Mar];34(1). Disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100012&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0864-34662008000100012>
24. Organización Mundial de la Salud. División Salud Mental. WHOQOL-Calidad de Vida. 2001; 1-11 Disponible en: <http://goo.gl/NBqFNz>
25. 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 ; 40(2): 175-89. Disponible en: <http://goo.gl/fTddlB>

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

Proyecto de investigación: Solicitud de Autorización

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

Con motivo de la elaboración de proyecto de investigación de 4º curso del grado de Enfermería de La Universidad de La Laguna (Sede en La Palma), se solicita autorización para llevar a cabo el desarrollo de la investigación, cuyo objetivo principal será el estudio del nivel de adherencia terapéutica al tratamiento del dolor con opioides en pacientes pertenecientes a la unidad de oncología del Hospital General de La Palma.

Para la recogida de información se realizarán dos cuestionarios, uno de ellos será un cuestionario orientado a valorar el nivel de adherencia en el paciente oncológico, elaborado a partir de otros cuestionarios de adherencia previamente validados. Y por otro lado utilizaremos el cuestionario WHOQOL-BREF que nos permitirá valorar a su vez la calidad de vida de los pacientes encuestados. Ambos cuestionarios serán rellenados de forma anónima. Nos comprometemos a hacerles llegar los resultados tras la finalización del estudio.

Gracias de antemano y un cordial saludo.

Yeraldin Padrón Gómez (Alumna de 4º de Enfermería)

9. ANEXOS

9.1. ANEXO 0:

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Título del protocolo: Adherencia al tratamiento con opioides en el paciente oncológico

Investigador principal: Yeraldin Padrón Gómez

Sede donde se realizará el estudio: Unidad de oncología del Hospital General de La Palma

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

- Se le invita a formar parte de un estudio de investigación totalmente anónimo que tiene como objetivo principal el estudio del nivel de adherencia terapéutica al tratamiento del dolor con opioides en pacientes pertenecientes a la unidad de oncología del Hospital General de La Palma.

BENEFICIOS DEL ESTUDIO

Los beneficios de estudios serán aportar toda aquella información necesaria para un paciente diabético con el fin de ayudarlo a conocer más sobre la Diabetes Mellitus, además de prevenir distintas complicaciones que puedan derivar de la falta de información de la enfermedad, tales como amputaciones, pérdidas de la visión etc.

ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria y anónima.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, - aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.

- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad.
- Mediante la firma de este documento nos permitirá el acceso de datos pertenecientes a su h^a clínica.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

Firma del investigador:

Firma del Participante:

9.2. ANEXO I:

Datos generales:

1. Edad:

2. Sexo:
 - a.) Masculino ()
 - b.) Femenino ()

3. ¿Posee algún familiar con alguna patología de etiología oncológica?
 - a.) Si ()
 - b.) No()

4. Nivel económico que posee:
 - a.) Alto ()
 - b.) Medio ()
 - c.) Bajo ()

5. Nivel de Estudios:
 - a.) Primaria
 - b.) Secundaria
 - c.) Bachiller o ciclos
 - d.) Estudios universitarios

ANEXO II:**Escala para medir el nivel de adherencia a los opioides en el paciente oncológico (Morinsky, Green y Levine y Martin- Bayarre – Grau):****Factores relacionados con el sistema y equipo de salud:**

	<i>Siempre</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi nunca</i>	<i>Nunca</i>
<i>1. ¿Cuándo siente dolor es capaz de comunicárselo a su médico?</i>	4	3	2	1	0
<i>2. ¿Siente usted que las personas que lo atienden responden a sus inquietudes y dificultades respecto al tratamiento y a su enfermedad?</i>	4	3	2	1	0
<i>3. ¿Usted y su médico, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir?</i>	4	3	2	1	0
<i>4. ¿Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico?</i>	4	3	2	1	0
<i>5. ¿El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entienden?</i>	4	3	2	1	0

6. ¿Usted y su médico analizan, cómo cumplir el tratamiento?	4	3	2	1	0
7. ¿Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico?	4	3	2	1	0

Factores relacionados con el tratamiento:

	<i>Siempre</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi Nunca</i>	<i>Nunca</i>
8. ¿Tiene dudas acerca de cómo y cuándo tomar los opioides?	4	3	2	1	0
9. ¿Cuándo mejora el dolor, usted suspende el tratamiento?	4	3	2	1	0
10. ¿Cuándo siente dolor suele tomar el tratamiento pautado?	4	3	2	1	0

11. ¿Cuándo siente dolor suele esperar a que se le alivie antes de tomar el tratamiento?	4	3	2	1	0
12. ¿Ha presentado en algún momento dificultad para seguir el tratamiento?	4	3	2	1	0
13. ¿Siente miedo de que el uso de fármacos para el dolor le genere adicción?	4	3	2	1	0
14. ¿Sólo toma el tratamiento cuando siente dolor por miedo a generar tolerancia?	4	3	2	1	0
15. ¿Relaciona la morfina con un empeoramiento o agravamiento de su enfermedad?	4	3	2	1	0
16. Ante la aparición de efectos secundarios, ¿suele dejar de tomar la medicación?	4	3	2	1	0

17. ¿Ha presentado algún olvido en la toma de su medicación para el dolor?	4	3	2	1	0
--	---	---	---	---	---

Factores relacionados con el paciente:

	<i>Siempre</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi Nunca</i>	<i>Nunca</i>
18. ¿Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud?	4	3	2	1	0
19. ¿Cree que usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud?	4	3	2	1	0
20. ¿Se interesa por su enfermedad y el tratamiento pautado?	4	3	2	1	0

9.3. ANEXO III:

Instrucciones:

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

	<i>Muy mala</i>	<i>Regular</i>	<i>Normal</i>	<i>Bastante buena</i>	<i>Muy buena</i>
1. <i>¿Cómo calificaría su calidad de vida?</i>	1	2	3	4	5

	<i>Muy insatisfecho</i>	<i>Un poco insatisfecho</i>	<i>Lo normal</i>	<i>Bastante satisfecho</i>	<i>Muy satisfecho</i>
2. <i>¿Cómo de satisfecho está con su salud?</i>	1	2	3	4	5

	<i>Nada</i>	<i>Un poco</i>	<i>Lo normal</i>	<i>Bastante</i>	<i>Extremadamente</i>
3. <i>¿Hasta qué punto piensa que el dolor le impide hacer lo que necesita?</i>	1	2	3	4	5
4. <i>¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?</i>	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. ¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

10. <i>¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?</i>	1	2	3	4	5
11. <i>¿Es capaz de aceptar su apariencia física?</i>	1	2	3	4	5
12. <i>¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?</i>	1	2	3	4	5
13. <i>¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?</i>	1	2	3	4	5

14. <i>¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?</i>	1	2	3	4	5
15. <i>¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?</i>	1	2	3	4	5

	Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16. <i>¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?</i>	1	2	3	4	5
17. <i>¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?</i>	1	2	3	4	5
18. <i>¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?</i>	1	2	3	4	5

19. ¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20. ¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21. ¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22. ¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5

23. ¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive	1	2	3	4	5
24. ¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25. ¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

	<i>Nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>siempre</i>
26. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

Puntuación:

- El instrumento WHOQOL-BREF ofrece un perfil de calidad de vida, siendo cada dimensión o dominio puntuado de forma independiente. Cuanto mayor sea la puntuación en cada apartado, mejor es el perfil de calidad de vida de la persona evaluada.