



Manejo del dolor crónico no oncológico con terapias no farmacológicas

Ruiz Romero MV, Arroyo Rodríguez A,
Sánchez Villar E, Pereira Delgado C,
Porrúa del Saz A, López Tarrida AC.
Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Bormujos, Sevilla.



María Victoria Ruiz Romero

Resumen

La prevalencia de dolor crónico (DC) en España es del 17%; el 11,4% padece DC discapacitante (DCD) y un 5,7% DC no discapacitante (DCnoD). La prevalencia del DCD aumenta con la edad, en mujeres y en niveles sociales más vulnerables; el deterioro progresivo de la población con DCnoD aumenta el riesgo de evolucionar a DCD en edades tempranas, especialmente en mujeres.

Los pacientes con DCD respecto a la población sin DC o con DCnoD tienen menor calidad de vida, consumen más analgésicos (71,5%) y otros fármacos (82,8%), utilizan más Atención Primaria (91,0%), Urgencias (36,5%), medicina general (35,9%) o especialista (9,1%) y duplican la hospitalización (13,0%); además, en mayores de 65 años, aumenta la discapacidad para las necesidades instrumentales (49,6%) y básicas (37,0%).

El DC es una experiencia compleja y multidimensional, su elevada prevalencia, a pesar de los fármacos y la alta tecnología empleados, lo convierte en un problema de salud pública con alto consumo de recursos sanitarios y gran impacto psicosocial en la vida del paciente.

Actualmente se recomienda un enfoque más integral, con atención colaborativa interdisciplinaria, enfoques farmacológicos y no farmacológicos y otorgando un papel protagonista a los pacientes en la mejora de su salud y en la gestión de las conductas relacionadas con el dolor.

El Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (HSJDA) realiza talleres para el control del DC no oncológico con terapias no farmacológicas desde 2016 en los que han participado 160 pacientes. Los talleres han ido modificándose para adaptarse a las expectativas y necesidades manifestadas por los pacientes; así, los resultados no son comparables entre las primeras ediciones. Es por esto por lo que, en noviembre de 2021, se define un formato estable que permite sumar los pacientes de las edicio-

nes que se realicen en adelante hasta conseguir un tamaño muestral suficiente para conocer su impacto.

Con este proyecto pretendemos evaluar la efectividad de un taller que integra distintas terapias no farmacológicas en el control del DC no oncológico y analizar las opiniones y percepciones de los pacientes sobre las técnicas aplicadas tras su asistencia al taller y cómo afectan sobre el dolor, la calidad de vida, el bienestar y la autoestima.

Objetivos del proyecto o experiencia

General

El objetivo de este proyecto es evaluar la efectividad de un taller que integra distintas TnoF en el control del dolor crónico no oncológico y analizar las opiniones y percepciones de los pacientes sobre las técnicas aplicadas tras su asistencia al taller y cómo afectan sobre los estilos de vida y el dolor.

Específicos

1. Evaluar el impacto del taller (efectividad) en:
 - La disminución del dolor (escala visual numérica de dolor: 0-10).
 - La disminución de la pauta analgésica (disminución de la dosis y/o frecuencia de tomas de analgésicos o reducción del “escalón terapéutico”).
 - El bienestar del paciente (escala visual numérica de bienestar: 0-10).
 - La autoestima (escala de autoestima de Rosenberg: 9-36).
 - El autocuidado (encuesta *ad hoc* identificada, preguntamos si han realizado algún cambio de hábitos y cuál ha sido el cambio).
 - La calidad de vida relacionada con la salud (EuroQol-5D con 5 opciones de respuestas: 0-1).
2. Analizar las opiniones y percepciones de los pacientes sobre el taller y cómo les ayuda a controlar el dolor y a sentirse mejor mediante técnicas cualitativas (entrevista en profundidad).
3. Conocer la satisfacción global con el taller (encuesta *ad hoc* anónima).

4. Conocer qué técnicas y herramientas de las presentadas y practicadas en el taller son las que más les ayuda para el control del dolor y para su bienestar mediante técnicas cualitativas (encuesta *ad hoc* identificada).

Método

Se está realizando un estudio prospectivo de investigación mixta (cuanti-cualitativa) utilizando las fortalezas de ambas metodologías. Es un diseño cuasi-experimental intragrupo “antes-después”, comparando el dolor, bienestar, manejo de fármacos, calidad de vida y autoestima antes de iniciar el taller y al finalizar, y tras 1, 6 y 12 meses. Además, se realizará un diseño fenomenológico para conocer las experiencias subjetivas de los participantes, con una entrevista en profundidad (tras 2 meses del taller), analizando sus discursos. En este informe se presentan los resultados de un estudio descriptivo preliminar con las evaluaciones de las 3 últimas ediciones (9.^a, 10.^a y 11.^a). Se admite un máximo de 25 pacientes por taller, asumiendo que finalizarán sobre 20 pacientes (20% de pérdidas). Se incluyen en una base de datos hasta completar la muestra. Se calculó el tamaño muestral tras evaluar resultados de la 9.^a edición para las variables resultado principales, tomando el tamaño más alto (EuroQol-5D). Se precisan 50 sujetos para detectar una diferencia igual o superior al 0,07 unidades (alfa: 0,05; beta: 0,2; SD: 0,158; 20% pérdidas).

Criterios inclusión

Pacientes del área de referencia del HSJDA, mayores de edad, con DC no oncológico diagnosticado y tratado mínimo 6 meses, que no cede con tratamiento habitual, que acepten participar en el taller y el estudio y cumplimenten la documentación.

Criterios de exclusión

Pacientes en fase de diagnóstico, con dolor asociado exclusivamente a patología oncológica, enfermedades cognitivas o mentales severas o que les impida comprender el taller o los instrumentos de medición.

Se dispone del dictamen favorable del CEI de los Hospitales Universitarios Virgen Macarena y Virgen del Rocío, código interno: 0213-N-22. Análisis estadístico. a) Evaluación cuantitativa: con SPSS vs27.0. Para las variables cualitativas se calculan totales y porcentajes; para las cuantitativas media, SD, mediana y cuartiles. Cuando se alcance un tamaño muestral mayor se aplicarán test de contraste de hipótesis para medidas repetidas y encontrar significación estadística entre el inicio y final del taller. b) Evaluación cualitativa: en desarrollo. Análisis de los discursos con el software Atlas Ti8. La secuencia de análisis se desarrolla en 3 fases: descubrimiento, codificación y relativización. Se identificarán las categorías analíticas principales y subcategorías. La codificación y categorización se realizará por pares. Se siguen los criterios de Lincoln-Guba.

Resultados obtenidos

- **Satisfacción con el taller:** la satisfacción global fue de 9,9 (escala 0-10), contestaron la encuesta 41 pacientes. Se evaluó: claridad de los contenidos (9,7); conveniencia de los ejercicios y actividades realizados (9,8); utilidad del taller para el manejo de mi dolor (9,6); utilidad para el manejo de mi enfermedad (9,5); grado de recomendación (9,9).
- **Principales resultados en salud:** se midieron los indicadores de salud en 43 pacientes, realizando la diferencia del valor de cada medición al finalizar el taller en comparación con el valor al inicio. El dolor (escala 0-10) disminuyó una media de 1,62 (SD:1,70); el bienestar (0-10) aumentó 1,71 (SD:1,92); la calidad de vida (0-1) aumentó 0,179 (SD:0,200); el estado de salud (0-100) aumentó 21 (SD:26,08) y la autoestima (9-36) aumentó 4 (SD:3,85).
- **Autovaloración del impacto del taller en la salud:** la realizaron 32 pacientes. La edición 9.^a cuenta con la valoración de 15 pacientes, la 10.^a con 9 pacientes y la 11.^a con 16. Resultados separados por taller: a) afirmaron haber disminuido el dolor tras aplicar las técnicas el 86,7; 100 y 87,5%, respectivamente; b) disminuyeron la medicación el 71,4%; 77,8% y 78,6%; b1) disminuyeron la frecuencia de las tomas: 70,0; 85,7 y 64,3%; b2) disminuyeron las dosis: 66,7; 85,7 y 42,9%; b3) cambiaron a fármaco de menor nivel: 40,0; 28,6 y 35,7% y b4) dejaron de tomar algún fármaco: 30,0; 71,4 y 57,1%; c) Mejoraron hábitos a más saludables: el 85,7; 100 y 71,4%; d) Mejoró el estado de ánimo el 73,3% de los pacientes de la edición 9.^a, el 13,3% mejoró un poco y el 13,3% no mejoró. En las ediciones 10.^a y 11.^a se comparó el estado inicial y el final, así en la edición 10.^a, al finalizar el taller, el 56% dijo estar alegre (frente al 30% al inicio); el 44% estaba normal (40% al inicio); un 0% estaba desanimado (30% al inicio) y un 0% deprimido (30% al inicio). En la edición 11.^a un 50% estaba alegre al terminar (5% al inicio); el 50% normal (40% al inicio); un 0% desanimado (35% al inicio) y un 0% deprimido (20% al inicio); e) Mejoraron la autoestima el 61,5% de la edición 9.^a (el 23,1% dijo “regular”); el 66,7% de 10.^a (el 33,3% no contestó) y el 62,5% de la 11.^a (el 37,5% no contestó).
- **Técnicas y herramientas que más les han servido:** el 80% del total de las mencionadas fueron la meditación (22,8%), la analgesia mental (16,5%), la relajación (15,2%), las afirmaciones (13,9%) y el Ho’oponopono (técnica basada en el perdón) (11,4%).

INNOVACIÓN. ¿Cuáles son las características más novedosas del proyecto o experiencia que se presenta?

- Este formato de taller dirigido a pacientes con DC no oncológico basado exclusivamente en un conjunto de terapias no farmacológicas no se realiza en nuestra comunidad. Existen Unidades del Dolor que emplean terapias farmacológicas y otras técnicas, pero no ofrecen este tipo de taller que entrena al paciente para que aprenda a controlar el dolor por sí mismo, con técnicas complementarias como la relajación, la meditación y el control mental.

- El paciente con dolor crónico aprende a controlar y mitigar su dolor, pero, además, este taller ofrece una atención integral y holística al paciente, que va más allá del control de los síntomas físicos, ya que facilita apoyo emocional, mejora su bienestar, su calidad de vida, aumenta su autoestima y el afrontamiento de la enfermedad, haciéndole plenamente partícipe en su autocuidado. Es por ello por lo que reproducir el taller a un número mayor de pacientes permitirá demostrar su efectividad e impacto con significación estadística y aportar este conocimiento a la comunidad científica, para que conozcan sus beneficios y puedan recomendar su uso como terapia complementaria a los tratamientos habituales y empoderar al paciente para que sea más autónomo en el manejo de su dolor.
- Los pacientes que participan tienen enfermedades muy diferentes: cervicalgia y lumbalgia crónica, hombro doloroso, enfermedades autoinmunes, artrosis severa, fibromialgia, fatiga crónica, enfermedad pélvica inflamatoria, etc. A pesar de ello, el taller resulta útil a todos, ya que no particulariza los aspectos de la enfermedad que provoca el dolor sino en el manejo y control del dolor y de todo el entorno que lo rodea.
- Nos han contactado algunos profesionales en el ámbito nacional interesados en el taller y también nos contactan pacientes de fuera de nuestra área cuando se han difundido estos talleres por diferentes medios de comunicación (prensa, radio, Twitter, Facebook, LinkedIn, etc.).
- De hecho, nos han solicitado formar parte de un nuevo grupo que se está formando para humanizar la asistencia del paciente con dolor crónico, en el que hemos aceptado participar. Una empresa farmacéutica especializada en fármacos del dolor y una fundación relacionada con la humanización se han mostrado interesadas en la aplicación de estos talleres y en la evaluación de su efectividad, ya que consideran que dan respuesta a unas necesidades no cubiertas por el sistema sanitario en este tipo de pacientes.

CALIDAD. ¿Qué mejoras en calidad se han obtenido al desarrollar el proyecto o experiencia?

Existe una clara mejoría en la atención del paciente con dolor crónico. La satisfacción con el taller es muy alta, y los mismos pacientes, cuando son de nuevo atendidos por un profesional sanitario, suelen comentar cómo les ha ido en el taller y cómo controlan mejor su dolor, de manera que cada vez son más los profesionales de distintos ámbitos y especialidades que conocen el taller y derivan pacientes para próximas ediciones. Los profesionales que han recibido pacientes tras el taller dicen que la actitud del paciente es mucho más positiva y participativa, implicándose más en el manejo de la enfermedad y en la mejora de su salud.

Además de los resultados cuantitativos que actualmente se han conseguido, existe una mejora cualitativa que se aprecia en los comentarios de las valoraciones de los pacientes cuando finalizan el taller. Como ejemplo de ellos citaremos algunos de sus comentarios textuales:

“Muchas gracias por esta oportunidad”; “Controlar el dolor, pensar en positivo y empezar a quererme más a mí misma”; “He descubierto que me provocó el dolor

con mis pensamientos y ya no voy a provocármelo más”; “Encontrar tiempo para mí y no sentirme culpable. He mejorado mi autoestima y he aprendido a controlar mi dolor”; “He aprendido que con tu actitud puedes cambiar tu vida en general”; “Muchas gracias por aproximarme más a mí”; “Entender cómo nos afecta lo externo, el estrés, el interior... y saber controlarlo. Puedo llegar a sentirme mejor con el dolor”; “Me ha encantado la ponente. En todo momento ha sabido transmitir lo que siente y saber cómo nos sentimos y enseñarnos a canalizar tanto sentimientos como dolor. Felicidades por tu buen hacer y dedicación. Gracias”; “Agradecer a las docentes este taller, siempre lo estaré practicando. GRACIAS, GRACIAS, GRACIAS”; “Dar las gracias a las personas que me han ayudado, Victoria y equipo (Ana, Ángela, Consuelo, Elena, Natalia y Noelia), por esta ayuda, en beneficio de mi salud”; “Enhorabuena por vuestro trabajo”.

MEJORA DE LA GESTIÓN Y/O EVALUACIÓN EN SALUD. ¿Qué aportación realiza el proyecto o experiencia para la mejora de la gestión y/o la evaluación de resultados en salud?

En el Aljarafe hay casi 300.000 habitantes, por lo que se calcula que podría haber unos 51.000 pacientes con DC. Gracias a estos talleres, como consecuencia de los conocimientos transmitidos y las herramientas practicadas, el paciente toma conciencia de que él mismo puede modular su dolor y afrontar mejor su enfermedad, haciéndose copartícipe en el cuidado de su salud y ganando autonomía. Esto permite una adecuación del uso de recursos sanitarios, disminuyendo la frecuencia de consultas de Atención Primaria, dispositivos de Urgencias y consultas a especialistas.

Las evaluaciones realizadas hasta el momento muestran una disminución del dolor y del consumo de fármacos analgésicos, así como una mejora en la calidad de vida, el bienestar, el estado de ánimo y la autoestima del paciente. Según los primeros seguimientos realizados al mes y medio de finalizar el taller, hemos verificado que el paciente integra aquellas técnicas que le han sido más útiles en su día a día, y toma un papel activo en la gestión del dolor y en el manejo de su enfermedad.

Con anterioridad realizamos un análisis cualitativo fenomenológico de uno de los talleres que se publicó en la revista Anales del Sistema Sanitario de Navarra (<https://doi.org/10.23938/ASSN.0927>). Los pacientes manifestaron gran satisfacción con la organización y las docentes, afirmaron que les había ayudado a disminuir el dolor y el consumo de analgésicos y otros síntomas asociados a la enfermedad (la ansiedad, el cansancio), mejorando la salud percibida y el bienestar. Este estudio nos permitió identificar los aspectos más relevantes para los pacientes y, a partir de ellos, construimos un cuestionario estructurado para evaluar los resultados de los siguientes talleres y realizar el análisis cuantitativo. Se suman escalas analógicas para medir el dolor y el bienestar (rango: 0-10), EuroQol-5D validada en español y la escala de autoestima de Rosenberg. Los aspectos claves para evaluar antes y después del taller se identificaron por la bibliografía científica y por las experiencias de los pacientes: dolor, consumo de fármacos, bienestar, estado de ánimo, calidad de vida, mejora de hábitos y autoestima. De este modo, gracias a la experiencia de los pacientes hemos ido adaptando el taller a sus necesidades e identificando de qué modo impacta el taller en su salud, atendiéndoles de una manera integral y holística, más allá del dolor puramente físico.

APLICABILIDAD Y FACILIDAD DE EXTENSIÓN A OTRAS ORGANIZACIONES DEL SECTOR SALUD. ¿En qué medida es aplicable o extensible el proyecto o experiencia a otros centros u organizaciones del sector salud?

Este taller es totalmente aplicable al sistema sanitario tanto público como privado y no necesita demasiados recursos materiales. Sí precisa de la formación del equipo de profesionales que realicen las exposiciones y actividades con los pacientes, esto implica una inversión en formación especializada para dirigir, impartir y evaluar este tipo de talleres. Esta formación no necesita de gran inversión en recursos y puede hacerse en modalidad mixta: una parte teórica on-line y otra presencial, a través de la asistencia a un taller de pacientes.

En cuanto a la transferencia, referir que una industria farmacéutica especializada en fármacos para el dolor que colabora con una fundación para la humanización de la atención a los pacientes, nos ha contactado, tras difundir nuestros talleres por redes y en revistas científicas, y nos han propuesto formar parte de un equipo de profesionales que tienen por objetivo humanizar la asistencia a pacientes con dolor crónico y desean incorporar nuestra experiencia en la aplicación de terapias no farmacológicas desde los talleres que venimos realizando.

Se pueden transferir los resultados de esta investigación a las guías de práctica clínica y protocolos asistenciales de abordaje del DC, ya que se deben incorporar, además de los tratamientos habituales, otras terapias complementarias no farmacológicas que han demostrado ser efectivas y seguras, así como apoyo emocional a los pacientes, para afrontar el manejo y tratamiento del DC de una manera integral, haciendo copartícipe al paciente en su cuidado y mejora de la salud. Para transferir estos talleres a otros centros, es preciso elaborar un plan formativo dirigido a profesionales sanitarios que atienden a pacientes con DC y a aquellos otros profesionales de la salud especialistas en dar apoyo emocional y promover cambios de hábitos, facilitando el empoderamiento del paciente en su propio autocuidado. Se tiene previsto ampliar el taller al ámbito de Atención Primaria.

La publicación científica que realizamos tras el estudio cualitativo de uno de los talleres nos ha permitido tener una propiedad intelectual de nuestro trabajo, no obstante, seguiremos publicando los resultados de los siguientes estudios cualitativos y el del cuantitativo una vez se complete la muestra necesaria. Esto aumentará la producción científica y permitirá reforzar la propiedad.

Anexos

Anexo 1



Anexo 2

