

Intervención grupal y autocuidados en el dolor crónico osteomuscular



Group intervention and self-care in musculoskeletal chronic pain

Sr. Editor:

Numerosos estudios han demostrado que un abordaje multidisciplinar sobre el dolor crónico no oncológico, a través de talleres grupales con terapia psicológica asociada a ejercicio físico, puede mejorar de forma muy importante la percepción de los pacientes sobre su calidad de vida y el dolor¹⁻⁴.

Nuestro objetivo fundamental es evaluar la efectividad de una actividad grupal para la enfermedad osteomuscular en atención primaria, y como objetivos secundarios nos planteamos evaluar su efectividad para disminuir el dolor medido con la escala EVA, y evaluar su impacto en la mejora de la calidad de vida medido con el SF-12.

Se trata de un estudio observacional con evaluación antepost en el que participaron pacientes adultos del centro de salud diagnosticados de fibromialgia, artrosis y otras enfermedades reumatológicas, que presentaban dolor crónico de más de 3 meses de duración. Se realizó una captación de tipo oportunista en las consultas, y se informó a los pacientes sobre el objetivo del curso, y aquellos que estuvieron de acuerdo en participar se citaron por teléfono y se solicitó el consentimiento.

El proyecto se desarrolló a través de 3 cursos de 3 días de duración cada uno de ellos en los que se explicaba a los participantes su enfermedad resolviéndose dudas, y se realizaron

ejercicios tanto aeróbicos como de relajación conjuntamente con técnicas cognitivo-conductuales para mejorar el aspecto psicológico que presenta el dolor crónico.

Nuestras variables de resultado fueron la percepción de mejora en el control del dolor crónico (cuestionario EVA) y del estado de salud (cuestionario SF-12) autocumplimentados antes de la actividad grupal y por entrevista telefónica a los 6 meses.

Todas las participantes fueron del sexo femenino y con una edad media de 56 años.

Recogimos, que en las 2 últimas semanas, el 35% no había hecho ninguna actividad física, y que el 70% acudió a las 3 sesiones, además las pacientes valoraron la actividad (0-10) con una media de 8.

El cuestionario EVA previo a la realización del curso tuvo un valor medio de 7,35 con un IC 95%: 6,47-8,18 y, posteriormente, de 4,35 con un IC 95%: 3,65-5,47.

En el SF-12, los valores posteriores de cada sus preguntas fueron significativamente mejores que las anteriores. En el SF-12, en valor posterior de cada una de sus preguntas fue significativamente mejor que el anterior (tabla 1).

A pesar de que se trata de un número pequeño de participantes, creemos que el estudio presenta cierta potencia, por lo que podríamos extraer algunas conclusiones.

Los resultados de nuestro trabajo son similares a los de estudios anteriores en los que el ejercicio físico asociado a terapia cognitivo-conductual sobre el dolor crónico de etiología osteomuscular mejora de forma muy importante la percepción de los pacientes sobre su calidad de vida y el dolor^{5,6}.

Por todo lo anterior queremos destacar la importancia de la difusión de este tipo de actividades comunitarias en los centros de salud.

Tabla 1 Escala SF-12 pre y postintervención

<i>En general, usted diría que su salud es:</i>	Pre (%)		Post (%)	
Mala	5	29,40	—	—
Regular	9	52,90	3	17,60
Buena	3	17,60	5	29,40
Muy buena			9	52,90
<i>Esfuerzos moderados:</i>				
Sí, me limita mucho	10	58,80	9	52,90
Sí, me limita un poco	7	41,20	8	47,10
<i>Subir varios pisos por la escalera:</i>				
Sí, me limita mucho	12	70,60	—	—
Sí, me limita un poco	4	23,50	8	47,10
No, no me limita nada	1	5,90	9	52,90
<i>¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?:</i>				
Sí	16	94,10	6	35,30
No	1	5,90	11	64,70
<i>¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?:</i>				
Sí	13	76,50	2	11,80
No	4	23,50	15	88,20
<i>¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?:</i>				
Sí	12	70,60	2	11,80
No	5	29,40	15	88,20

Tabla 1 (continuación)

En general, usted diría que su salud es:	Pre (%)		Post (%)	
¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre por algún problema emocional?:				
Sí	10	58,80	2	11,80
No	7	41,20	15	88,20
Durante las últimas 4 semanas ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual?:				
Mucho	7	41,20	—	—
Bastante	7	41,20	—	—
Regular	2	11,80	5	29,40
Un poco	1	5,90	9	52,90
Nada	—	—	3	17,60
Durante las últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo se sintió calmado?:				
Sólo alguna vez	6	35,30	1	5,90
Algunas veces	6	35,30	2	11,80
Muchas veces	1	5,90	—	—
Casi siempre	4	23,50	12	70,60
Siempre	—	—	2	11,80
Durante las últimas 4 semanas ¿tuvo mucha energía?:				
Nunca	1	5,90	—	—
Solo alguna vez	7	41,20	1	5,90
Algunas veces	6	35,30	5	29,40
Muchas veces	—	—	2	11,80
Casi siempre	3	17,60	9	52,90
Durante las últimas 4 semanas ¿se sintió desanimado y triste?:				
Nunca	3	17,60	8	47,10
Solo alguna vez	3	17,60	8	47,10
Algunas veces	8	47,10	1	5,90
Muchas veces	1	5,90	—	—
Casi siempre	1	5,90	—	—
Siempre	1	5,90	—	—
Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia la salud física o problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales?:				
Nunca	2	11,80	8	47,10
Solo alguna vez	3	17,60	8	47,10
Algunas veces	7	41,20	1	5,90
Casi siempre	4	23,50	—	—
Siempre	1	5,90	—	—

Las variables no siguen una distribución normal según la prueba de Kolomogorov-Smirnov.

No existen diferencias significativas pre-post realización de taller en las variables cuantitativas mediante la prueba de Wilcoxon.

Financiación

No se ha recibido financiación para la realización de este trabajo.

Agradecimientos

Me gustaría agradecer a todo el personal sanitario del centro de salud, tanto médico como enfermería, por su participación en el trabajo; ya que sin su ayuda este proyecto no se podría haber llevado a cabo.

Bibliografía

- Hayden JA, van Tulder MW, Malmivaara AV, Koes BW. Meta-analysis: Exercise therapy for nonspecific low back pain. *Ann Intern Med.* 2005;142:765–75.
- Ropero P, Molina L, González FA, Villegas A. Incidence of sickle cell disease in Equatorial Guinea [Article in Spanish]. *Med Clin (Barc).* 2011;136:309–10.
- Escolar-Reina P, Medina-Mirapeix F, Gascón-Cánovas JJ, Montilla-Herrador J, Jimeno-Serrano FJ, de Oliveira Sousa SL, et al. How do care-provider and home exercise program characteristics affect patient adherence in chronic neck and back pain: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2010; 10:60.

4. Gonzalez J, Rubio T, Nelida C, Jose J, Javier C, Holgado S. Tratamiento sintomático y del dolor en fibromialgia mediante abordaje multidisciplinar desde Atención Primaria. *Reumatología clínica*. 2015;11:22–6.
5. Cadenas-Sánchez C, Ruiz-Ruiz J. Effect of a physical activity programme in patients with fibromyalgia: A systematic review [Article in Spanish]. *Med Clin (Barc)*. 2014;143:548–53.
6. Romero EB, Moya NS, Esteve MV, Viñolas S. Estudio de la calidad de vida en pacientes con fibromialgia: impacto de un programa de educación sanitaria. 2002;30:16–21.

Maria Carnicero Iglesias

Centro de Salud de Sárdoma, Vigo, Pontevedra, España
 Correo electrónico: maria.carnicero.iglesias@sergas.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.05.008>
 0212-6567/

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Aceptabilidad de la búsqueda oportunista del virus de la inmunodeficiencia humana en atención primaria



Acceptability of the opportunistic search for human immunodeficiency virus infection in Primary Care

Sr. Editor:

En respuesta a la carta al editor escrita recientemente, con relación al artículo extraído del estudio VIH-AP¹, publicado en esta revista nos gustaría hacer los siguientes apuntes:

Si bien nuestro estudio sigue, en líneas generales, las recomendaciones del Ministerio de Sanidad² para el diagnóstico precoz del VIH, en lo referente a la oferta rutinaria de la prueba, aunque con un rango de edad más amplio y sin la limitación de residir en provincias cuyas tasas de nuevos diagnósticos sean superiores al percentil 75 para el rango de edad estudiado, hemos de resaltar también las obsoletas líneas de recomendación que el mismo documento del Ministerio de Sanidad postula para la oferta dirigida de dicha prueba, indicada por ejemplo para parejas heterosexuales con más de una pareja sexual pero, sin embargo, para todos los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), independientemente de la monogamia que pueda tener dicho colectivo. Estas indicaciones parecen cuanto menos discriminatorias y no hacen más que perpetuar el estigma de la infección por el VIH y los anticuados grupos de riesgo, obligando una vez más al paciente a reconocer datos de la esfera privada en lugar de universalizar la prueba y normalizar su uso.

El grado de aceptación entre los médicos de atención primaria y la factibilidad del cribado fue también analizado y estamos actualmente trabajando en un segundo artículo considerando esta cuestión que esperamos pueda ser publicado en breve.

Nos gustaría hacer hincapié en el hecho de que el motivo principal de nuestro estudio fue medir la aceptabilidad de ofertar la prueba de forma oportunista, no diagnosticar casos de VIH *a priori*, ni realizar análisis de coste-efectividad. Por este motivo excluimos del estudio a todos aquellos pacientes cuya determinación de VIH fuese una búsqueda dirigida, esto es, embarazadas, ya que esta

prueba se incluye en el protocolo habitual, y pacientes que acudiesen a consulta con motivo de una exposición de riesgo de contagio. También excluimos a aquellos que tuviesen alguna determinación serológica previa, ya que entendemos que aceptaron la prueba en su momento y podrían sesgar nuestros datos actuales. No nos centramos en analizar los casos diagnosticados a raíz de nuestro estudio porque, en términos de aceptabilidad, no era relevante el resultado de la serología. En resumen, reunimos todas las condiciones para medir puramente la aceptabilidad de la prueba, aunque esto supusiera diagnosticar menos casos de VIH, y aun así encontramos una prevalencia del 0,24%. Asumimos que la prevalencia habría sido aún mayor de haber hecho una búsqueda universal incluyendo a todos los pacientes a los que se les fuese a realizar una analítica sanguínea, por lo que podemos afirmar que el cribado es coste-efectivo en cualquier caso.

Coincidimos en que el bajo coste de la serología del VIH debería ser perfectamente asumible en cualquier analítica, sin restricciones de los organismos superiores, más aún cuando su coste-efectividad viene avalada por numerosos estudios^{3–5}.

Bibliografía

1. Puentes Torres RC, Aguado Taberné C, Pérula de Torres LA, Espejo Espejo J, Castro Fernández C, Fransi Galiana L. Aceptabilidad de la búsqueda oportunista de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana mediante serología en pacientes captados en centros de atención primaria de España: estudio VIH-AP. *Aten Primaria*. 2015; <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.07.005>.
2. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Recomendaciones para el diagnóstico Precoz del VIH en el ámbito sanitaria [consultado 7 Dic 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GUIADVIH.pdf>
3. Chocarro Martínez A, Ochoa Sangrador C, Brezmes Valdivieso MP, Martín Gómez C. Cribado de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en Atención Primaria: aceptación por pacientes y médicos. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2015;33:424–31.
4. Prost A, Griffiths CJ, Anderson J, Wight D, Hart GJ. Feasibility and acceptability of offering rapid HIV tests to patients registering with primary care in London (UK): A pilot study. *Sex Transm Infect*. 2009;85:326.