

VI CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Impacto Positivo de la Seguridad del Paciente en la Atención Sanitaria al Ciudadano"

MEJORA DEL DOLOR Y DEL NIVEL DE KINESIOFOBIA EN LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL VIRGEN MACARENA

Autor principal VIRGINIA BOZA GARCÍA

CoAutor 1 BEATRIZ LÓPEZ AGUILAR

CoAutor 2 MACARENA MUÑOZ GONZÁLEZ

Área Temática La Seguridad del Paciente en Fisioterapia

Palabras clave Dolor Fisioterapia Seguridad Miedo

» **RESUMEN. Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)**

Introducción: La Fisioterapia aplica un conjunto de agentes físicos que curan, previenen, recuperan y/o readaptan a los pacientes con alteraciones músculo-esqueléticas. Dentro del arsenal terapéutico, el agente físico más utilizado en la práctica asistencial es la terapia por el movimiento o Cinesiterapia. Sin embargo, el éxito del tratamiento en numerosas ocasiones, se ve mermado por la aparición de la kinesiofobia que padecen los pacientes. Objetivo: Evaluar si el grado de dolor y el nivel de kinesiofobia disminuye tras el tratamiento fisioterápico. Metodología: Se ha elegido una muestra de 13 pacientes con dolor crónico heterogéneo que fueron remitidos al servicio de Fisioterapia del Hospital Virgen Macarena de Sevilla. Se les evaluó con la escala Tampa de Kinesiofobia (cuestionario TSK-11SV) y con la escala visual analógica (EVA) antes y después de 15 sesiones de Fisioterapia. Resultados: Según el análisis de los resultados, la fisioterapia disminuye los niveles de kinesiofobia y de dolor, ya que tras las sesiones se han obtenido puntuaciones más bajas tanto en la escala EVA como en el TSK-11SV. Discusión y conclusiones: La Fisioterapia es una disciplina de la Salud que debe contemplar al paciente en toda su globalidad biopsicosocial, por ello, a la hora de tratar a un paciente debemos saber identificar y manejar el dolor crónico, así como acompañar la cinesiterapia con otros medios como la relajación y educación conductual del dolor. De este modo se aportará seguridad al paciente, mejorando su calidad de vida.

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS. Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.**

En el desarrollo de nuestra profesión, como fisioterapeutas, encontramos pacientes con patologías diversas pero con un denominador común: el dolor. Puede ser agudo o crónico, siendo este último uno de los problemas más importantes de salud y el motivo principal de asistencia médica. El dolor crónico se puede considerar como un síndrome clínico que está influenciado por múltiples factores biopsicosociales, entre los cuales el miedo al movimiento o kinesiofobia ha sido considerado como uno de los elementos que perpetúan el dolor, ya que el paciente relaciona el movimiento a la aparición del mismo (1).

La kinesiofobia es descrita como una condición en la cual el paciente refiere un excesivo, irracional y debilitante miedo al movimiento físico y a la actividad, resultante de un sentimiento de vulnerabilidad a volver a dañarse (2). Los pacientes disminuyen o evitan realizar movimientos como consecuencia de la creencia e interpretación de que éstos puedan provocar dolor o empeorar una lesión.

Evitar el movimiento, en la fase aguda de una lesión, se puede considerar normal ya que favorece la recuperación y disminuye la recidiva, pero si esta actitud se prolonga en el tiempo, puede afectar seriamente la recuperación funcional, favorecer la angustia y el dolor y conllevar a la discapacidad, atentando así el propio paciente contra su seguridad y salud.

Los objetivos del estudio consisten en evaluar el nivel de kinesiofobia en un grupo de pacientes, antes y después de 15 sesiones de tratamiento fisioterápico, para analizar el impacto que la fisioterapia puede tener en la mejora de la salud y la seguridad del paciente.

» **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.**

Hipótesis: La Fisioterapia disminuye el nivel de dolor y kinesiofobia.

Diseño: se ha realizado un estudio piloto, consistente en un ensayo clínico experimental, longitudinal y prospectivo. Los pacientes han sido valorados antes de la aplicación de la terapia y a las 15 sesiones, siendo el estudio abierto.

Muestra: 13 pacientes, de ambos sexos entre los 18 y los 78 años, que acuden a la unidad de fisioterapia del Hospital Virgen Macarena para recibir tratamiento. Los criterios de inclusión han sido: pacientes que acuden por primera vez para recibir tratamiento de fisioterapia al Hospital Virgen Macarena de Sevilla. Los criterios de exclusión han sido: pacientes con problemas cognitivos o discapacidad intelectual, con problemas de sensibilidad y con problemas neurológicos.

Intervenciones: los pacientes han recibido una sesión diaria de fisioterapia, de lunes a viernes, cada uno en función de su diagnóstico, con un total de 15 sesiones.

Muestreo: se ha realizado un muestreo no probabilístico consecutivo, con todos los pacientes que acudieron por primera vez a la unidad durante el mes de Marzo de 2015 y que cumplían los criterios de inclusión. A todos los pacientes que han participado en el estudio se les ha informado de forma verbal y escrita mediante una hoja de consentimiento informado. Asimismo, se ha pedido la aprobación por el comité de ética del Hospital Virgen Macarena. El proyecto cumple con la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal, manteniéndose los datos obtenidos con estricta confidencialidad y han sido utilizados sólo por los miembros del equipo de investigación. También cumple con lo establecido en la Convención de Helsinki en su edición de Octubre de 2008 y con el convenio de bioética de Gijón.

Variables: la variable independiente del estudio ha sido la aplicación del tratamiento de fisioterapia. Las variables dependientes han sido el dolor (medido mediante escala visual analógica, medida en cm de 0 a 10) y el grado de kinesiofobia (medido mediante

cuestionario TSK-11SV, el cual es una adaptación española de la Tampa Scale of Kinesiophobia, que se utiliza para evaluar el miedo del paciente a sufrir de nuevo su lesión debido al movimiento; tiene un valor mínimo de 11 puntos y un valor máximo de 44 puntos). Figura 1. Se ha realizado una medición de las variables dependientes antes y después del tratamiento y se ha calculado la diferencia entre el pretest y el posttest mediante la diferencia EVA y el cuestionario TSK-11SV.

Figura 1.

1	2	3	4
Totalmente en desacuerdo			Totalmente de acuerdo

1. Tengo miedo de lesionarme si hago ejercicio físico.
2. Si me dejara vencer por el dolor, el dolor aumentaría.
3. Mi cuerpo me está diciendo que tengo algo serio.
4. Tener dolor siempre quiere decir que en el cuerpo hay una lesión.
5. Tengo miedo a lesionarme sin querer.
6. Lo más seguro para evitar que aumente el dolor es tener cuidado y no hacer movimientos innecesarios.
7. No me dolería tanto si no tuviese algo serio en mi cuerpo.
8. El dolor me dice cuándo debo parar la actividad para no lesionarme.
9. No es seguro para una persona con mi enfermedad hacer actividades físicas.
10. No puedo hacer todo lo que la gente normal hace porque me podría lesionar con facilidad.
11. Nadie debería hacer actividades físicas cuando tiene dolor.

» **RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.**

El 76,92 % son mujeres, y el 15,38 % hombres, con una media de edad de 56,71 años.

El 76,92% (10 casos) son patologías de hombro, siendo la más frecuente la fractura (60%). El resto son patologías de rodilla, pie y muñeca.

- Resultados obtenidos en el pretest:

Kinesiophobia: la media de puntuación en el cuestionario ha sido de 30.15 puntos. Tabla 1.

Tabla 1.

Puntos TSK-11SV	Pacientes en %
11-17	7.69
18-24	15.38
25-31	38.46
32-38	23.07
39-44	15.38

Escala visual analógica (EVA): la media de puntuación ha sido de 6.69 puntos. Tabla 2.

Tabla 2.

Puntuación EVA	Pacientes en %
0-2	0
3-5	15.38
6-8	76.92
9-10	7.69

- Resultados obtenidos en el posttest:

Kinesiophobia: la media de puntuación en el cuestionario ha sido de 24.69 puntos. Tabla 3.

Tabla 3.

Puntos TSK-11SV	Pacientes en %
11-17	15.38
18-24	23.07
25-31	53.84
32-38	7.69
39-44	0

Escala visual analógica (EVA): la media de puntuación ha sido de 5.69 puntos. Tabla 4.

Tabla 4.

Puntuación EVA	Pacientes en %
0-2	0
3-5	30.76
6-8	69.23
9-10	0

Los pacientes han obtenido puntuaciones más bajas en el TSK-11SV tras las 15 sesiones de fisioterapia, evidenciando un menor nivel de kinesiophobia. Se ha producido un descenso en el porcentaje de pacientes que obtienen puntuaciones más altas (entre 32 y 38 puntos, y entre 39 y 44 puntos), y un aumento en las puntuaciones más bajas (entre 11 y 17, y entre 18 y 24). La mayoría de los pacientes han obtenido puntuaciones entre 25 y 31, tanto en el pretest, como en el posttest, aunque en mayor número en éste último por el descenso en las puntuaciones más altas. Se ha producido también un descenso en el nivel del dolor tras el tratamiento, aumentando el número de pacientes con niveles entre 3 y 5, y disminuyendo los que manifestaban niveles entre 6 y 10.

Los datos obtenidos evidencian que la fisioterapia disminuye el nivel de kinesiophobia y dolor en el paciente. Sin embargo, hay que poner de manifiesto las limitaciones del estudio, debido al tamaño de la muestra, por lo que sería necesario realizarlo con un número mayor de pacientes.

Discusión: Se entiende como definición del dolor a una experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con una alteración músculo-esquelética. La percepción del mismo dependerá de factores neurobiológicos, psicológicos y sociales. Dentro de los factores psicológicos encontramos algunos como el catastrofismo, la ansiedad y la kinesiophobia, entre otros, los cuales contribuyen a que aumente la perpetuación del dolor haciéndolo cada vez más crónico.

El modelo miedo-evitación, Asmundson (3) define que existe una respuesta maladaptativa al dolor cuando se disminuye la realización de las actividades de la vida diaria (AVD) con el objetivo de evitar el dolor por movimiento, llegando a una inmovilización del segmento dañado con las repercusiones que ello conlleva (restricciones en la movilidad articular, atrofia muscular, trastornos vasculares, etc.).

Basándonos en la literatura, diversos estudios avalan la mejora en el dolor y en el estado de salud general del paciente cuando se integra en el tratamiento una educación conductual del mismo.

Maaik Leeuw et al (2008) (4) en un ensayo clínico realizado sobre una muestra de 85 pacientes con lumbalgia crónica, observaron como al aplicar dos tratamientos de educación conductual (actividad graduada y exposición en vivo) disminuía el catastrofismo y la percepción nociva de la actividad.

En otro estudio realizado por Caracuel et al (2013) (5) se evidenció, en una muestra de 70 personas mayores de 60 años que acudían a Fisioterapia por dolor crónico de hombro, una relación entre las variables físicas, psicológicas y discapacidad.

Es por ello, que apoyando a los estudios encontrados en la bibliografía, queremos con nuestro estudio resaltar la importancia del fisioterapeuta como educador en la Salud. Es importante, que incluya en la valoración del paciente, el nivel de kinesiophobia y el grado de dolor previamente al inicio del tratamiento, a la vez que utilice técnicas de educación conductual que ayuden a mitigar el miedo al movimiento para aportar seguridad al paciente, mejorando su adherencia al tratamiento, mejorando su estado global de salud y favoreciendo a una pronta recuperación funcional.

Conclusiones: Desde el servicio de Fisioterapia, debemos evitar la cronificación del dolor músculo-esquelético debido a factores psicológicos como la kinesiophobia. Es importante que sepamos identificar y manejar el dolor crónico. Por ello, acompañar el tratamiento de kinesiterapia con otros medios como la relajación y la educación conductual del dolor, aportarán la debida seguridad al paciente, contribuyendo así a la mejora de la calidad de vida del mismo.

» APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

La aportación del trabajo es informar al personal sanitario (fisioterapeutas, enfermeros, médicos, etc.) del impacto de la kinesiophobia en la salud y seguridad del paciente, así como los resultados que la fisioterapia tiene en la mejora de la calidad de vida, sin olvidar la importancia de tratamientos psicológicos añadidos.

» PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.

Evaluar el nivel de kinesiophobia en estudios longitudinales en pacientes diagnosticados de cervicalgia crónica, comparando un grupo con tratamiento de educación conductual versus un grupo control.

» BIBLIOGRAFÍA.

1. Gómez L, López A, Ruiz G. Psychometric Properties of the Spanish Version of the Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK). *The Journal of Pain*, 2011; 12 (4): 425-435.
2. Kori SH, Miller RP, Todd DD. Kinesiophobia: A new view of chronic pain behavior. *Pain Management*. 1990; 3:3543.
3. Asmundson GJG, Stapleton JA, Taylor S. Are avoidance and numbing distinct PTSD symptom clusters? *Journal of Traumatic Stress*. 2004;17:467475
4. Leeuw M, Goossens MEJB, van Breukelen GJP, de Jong JR, Heuts PHTG, Smeets RJEM, et al. Exposure in vivo versus operant graded activity in chronic low back pain patients: Results of a randomized controlled trial. *Pain*. 2008;138(1):192-207.
5. Caracuel-Martínez JC et al. Valoración del dolor crónico de hombro en población mayor: un enfoque biopsicosocial. *Rehabilitación*, 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rh.2013.09.006>.