

Análisis de la afectación de la calidad de vida de los pacientes con dolor crónico que acuden a la Unidad del Dolor de Zaragoza

Rafael Díaz.

Máster Universitario en Políticas Sociales y Dependencia .UNED. 2017

Email: server.rafa@gmail.com

Sumario

El impacto del dolor crónico presenta dificultades cuando se evalúa la capacidad residual. Este estudio analiza cuantitativamente, en una primera vía, los indicadores que afectan a la calidad de vida (CdV) de pacientes con dolor crónico severo no oncológico y de intensidad moderado-severa de las patologías más representativas de pacientes que acuden a la Unidad del Dolor de Zaragoza (UDZ), comparándolo con los pacientes incluidos en el estudio ITACA que fue realizado en 100 Unidades de Dolor en España en 2001. Y una segunda vía de análisis cualitativa de la afectación subjetiva del dolor crónico de aquellos pacientes en virtud de la encuesta de fuerza del trabajo (ECFT-2011)¹. Los resultados reflejan un empeoramiento de la calidad de vida conforme la intensidad del dolor aumenta agravándose con patologías concomitantes. Finalmente, se discuten las propuestas basadas en los resultados.

Palabras clave: dolor crónico severo, calidad de vida, trabajo.

1. Introducción

La calidad de los elementos bio-psico-sociales de las personas afecta a su participación en la vida social, económica, política y de ocio y tiempo libre².

Estos elementos estructurales contribuyen a generar un proceso de desigualdad si no se reconocen las múltiples necesidades de los pacientes con dolor crónico, especialmente severo, pudiendo ocasionar un desamparo institucional.

De acuerdo con la Fundación Grünental en que el abordaje clínico del dolor está sujeto a factores ajenos al paciente, entre estos factores destacan aquellos vinculados a la complejidad del proceso asistencial: múltiples profesionales implicados, escasa coordinación entre niveles asistenciales, elevada presión asistencial, división del abordaje de dolor entre

¹ EUROSTAT; Encuesta Comunitaria de Fuerza del Trabajo, 2011, InSites Consulting (<http://datos.gob.es/es/catalogo/e00121204-encuesta-comunitaria-de-fuerza-de-trabajo-ecft6>)

² FERNÁNDEZ, T. PONCE DE LEÓN, L.; *Trabajo Social con Familias*. Madrid: Ediciones Académicas. 2012:96

diferentes especialidades médicas, existencia de múltiples tecnologías diagnósticas y de tratamientos del dolor, etc., de forma que puede existir una elevada variabilidad en la práctica clínica en el diagnóstico y el tratamiento del dolor que precisa del desarrollo de vías y guías de práctica clínica que especifiquen las características del proceso diagnóstico-terapéutico y la evidenciación científica de las diferentes pautas terapéuticas disponibles³.

En esta misma línea Brandenburg y otros⁴ determinan que tanto los trastornos del sueño como los del estado de ánimo de los pacientes con dolor crónico son frecuentes y que esto condiciona su evolución clínica, su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y su capacidad residual, pudiendo considerar como indicadores predictivos los obtenidos en relación con el tipo de patología subyacente, el tipo de dolor con componente o no psicológico (con componente psicológico sería negativo y sin componente psicológico sería positivo), patogenia (neuropático, nociceptivo y psicógeno), intensidad (moderado positivo, severo negativo) y farmacología (responde a los opiáceos positivo, no responde a los opiáceos negativo).

Coincidimos también con Whalls y Cols⁵ en que existen otros factores como es el estrés relacionado con la presencia del síntoma doloroso, la fatiga, y la presencia de otras enfermedades crónicas, que también afectan esta relación. Asimismo, estos autores observan que el efecto del dolor crónico es más marcado en pacientes que padecen otras enfermedades crónicas concomitantes, lo que afecta negativamente a su capacidad para las actividades diarias.

Finalmente, la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁶ resulta útil en el dolor crónico de origen nociceptivo pero resulta, sin embargo, de poca utilidad en el tratamiento del dolor de origen neuropático⁷, el cual, no responde de forma eficaz a fármacos analgésicos correspondientes al primer escalón (AINE y no-opioides), y requiere el uso de antidepresivos y anticonvulsivantes^{8 9}, necesitando de tratamientos opioides, o a otro nivel

³ MURIEL, C.; "Calidad de vida y dolor. Reunión de Expertos" Cátedra Extraordinaria del Dolor. Fundación Grunental. Universidad de Salamanca, 2009, pp. 14-126.

⁴ GORE, M, BRANDENBURG, NA, DUKES, E, HOFFMAN, DL, TAI, KS, STACEY B.; "Pain severity in diabetic peripheral neuropathy is associated with patient functioning, symptom levels of anxiety and depression, and sleep" en *J Pain Symptom Manage*, 2005, pp. 374-85

⁵ WALH AK, RUSTOEN T, ROKNE B, LERDAL A, KNUDSEN O, MIASKOWSKY C, MOUM T.; "The complexity of the relationship between chronic pain and quality of life: a study of the general Norwegian population". En *Qual Life Res*, 2009, pp. 971-80.

⁶ WORLD HEALTH ORGANIZATION.; "Cancer Pain Relief", en *World Health Organization 2nd ed*, 1996, pp 5-58

⁷ RODRÍGUEZ MJ.; "Valoración de la actitud terapéutica ante el paciente con dolor en las Unidades del Dolor en España. Estudio STEP", en *Revista Sociedad Española del Dolor*, 2006, pp. 525-32.

⁸ BACKONJA, MM.; *Defining neuropathic pain*, en *Anesth Analg*, 2003, pp.785-90

⁹ NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE.; "The pharmacological management of neuropathic pain in adults in non-specialist settings", en *Clinical Guideline*, núm. 96, 2010, pp.

superior, invasivos como la neuroestimulación medular.

2. Método

Se realizó un estudio fundamentado en un enfoque mixto cuantitativo-cualitativo.

2.1. Enfoque cuantitativo

En el enfoque cuantitativo se recogieron datos del estudio de cien unidades del dolor en España y de las patologías más representativas de los pacientes que acuden a la UDZ representados por diez pacientes para ser comparados con los datos mediante el programa SPSS v24®. El alcance descriptivo pretende determinar el grado de afectación de la intensidad del dolor crónico en la CdV de los pacientes del estudio ITACA para ser comparado con los pacientes que acuden a la UDZ. Es transversal, dado que no pretendemos establecer ninguna secuencia temporal sino analizar resultados. La investigación cuantitativa se centró en medir el impacto que tiene el dolor crónico severo en las patologías elegidas en relación con el desarrollo de las actividades cotidianas y su CdV con una cronología retrospectiva. El diseño cuantitativo es no experimental dado que no existe manipulación de los test de valoración del dolor crónico en su influencia sobre la CdV de los pacientes.

2.2. Enfoque cualitativo

En el enfoque cualitativo, el cuestionario se fundamenta en un enfoque inductivo de interpretación contextual y flexible del dolor subjetivo en relación con su CdV y orientado al desarrollo de actividades cotidianas incluyendo las laborales a través de variables basadas en el ECFT-2011, El factor de estudio experimental para el cumplimiento de los fines de la investigación cualitativa, según el plan establecido, consiste en un conjunto de las patologías más representativas de pacientes con dolor crónico severo que acuden a la UDZ. Con dicha interpretación se busca enriquecer la contextualización del análisis cuantitativo.

Por tanto, según Rodríguez y Gómez y otros (1996), se generan unos ciclos de preguntas, respuestas y análisis de esas respuestas (...) no para ofrecer una explicación parcial a un problema –como el modo que presenta un determinado conjunto de variables condición la forma en que se nos muestra otro conjunto de variables– sino una comprensión global del mismo¹⁰. Lo que se pretende con el enfoque cualitativo es ver la realidad en su contexto natural, tal como sucede, intentando sacar sentido de interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas¹¹.

Finalmente, se optó por un modelo de enfoque dominante cualitativo aunque conservando el componente cuantitativo, oscilando entre esquemas de pensamiento inductivo y deductivo que llevase a un punto de vinculación. Como se trata de un estudio mixto con una vertiente principal de corte cualitativa, se optó por la formulación de preguntas y no de hipótesis¹²

2.3. Ámbito y universo del trabajo

La población objeto de estudio a nivel cuantitativo fueron 907 pacientes de 100 UD de España (estudio ITACA) en comparación con una muestra de pacientes que acuden a la UDZ, estableciendo relaciones con el estudio Pain Proposal como refleja la tabla 1.

Población	Unidad de Análisis
100 UD de España y pacientes que acuden a la UD de Zaragoza	Grado de afectación de la CdV. Análisis de la función física y psíquica mediante algoritmo que devuelve los pesos contrastables con pesos americanos. Comparación con los pacientes que acuden a la UD de Zaragoza.
Pacientes que acuden a la UD de Zaragoza	Prospección cualitativa de aspectos subjetivos del dolor crónico relacionados con su capacidad residual.
Pain Proposal	Estudio del dolor crónico en Europa médicos gestores, decisores sanitarios y economistas de la salud de 15 países europeos.

Tabla 1. Unidades de análisis y población. Elaboración propia

En relación con la recolección de datos del estudio de cien UD en España, tiene un alcance descriptivo, cuantificando las variables de la E.V.A., que mide la intensidad subjetiva del dolor, el test de Lattinen que es una escala multidimensional que analiza cinco apartados, intensidad de dolor, frecuencia de aparición, consumo de analgésicos, actividad, y descanso nocturno, una Escala de Calidad del Sueño (ECS) y el cuestionario reducido español SF-12 que analiza la CdV con el objeto de recoger el perfil del paciente que nos interesa y poderlo correlacionar, a través de la selección de ítems necesarios. Las variables cuantitativas se indican mediante el programa SPSS v24® atendiendo a la media aritmética y la desviación estándar dado que, al ser variables nominales y ordinales, es el parámetro más fiable que trasladar al estudio cualitativo poniendo en comparación el estudio de las cien UD de España con los pacientes que acuden a la UDZ mediante un algoritmo aplicado en el programa IBM SPSSv24®, el cual compara los datos aportados con los pesos americanos.

La recolección de los datos cualitativos estuvo orientada a conocer la afectación subjetiva de las variables de CdV en las capacidades residuales (ECFT-2011 ítem 10-24) y grado de reconocimiento de incapacidad, utilidad/desutilidad en relación la versión española del cuestionario de salud SF-12 que es un instrumento para medir la capacidad funcional y también del bienestar emocional de los pacientes que acuden a la UDZ mediante el programa SPSS v24®

Para poner en relación el resultado de la CdV con las variables cualitativas se utilizaron el cuestionario ECFT-2011 (ítems 10-24) más la inclusión de preguntas relacionadas con la

¹² HERNÁNDEZ, R. FERNÁNDEZ, C. BAPTISTA, MARÍA DEL PILAR.; *Metodología de la investigación*. México. 2003.

utilidad/desutilidad para el trabajo y la visión subjetiva de su reconocimiento mediante respuestas múltiples desde la aplicación SPSS v24®.

3. Análisis e interpretación de datos. Informe de resultados

3.1. Análisis cuantitativo

Los factores del dolor crónico que influyen en la CdV de los pacientes de cien UD y los que acuden a la UDZ que se han tenido en cuenta fueron la variable tipo de enfermedad, intensidad del dolor, calidad del sueño, capacidad funcional y bienestar emocional en la CdV. El interés residió en constatar si los valores observados por el tipo de enfermedad dependen del valor observado en las variables función física (0-100), rol físico (0-100), dolor corporal (0-100), salud general (0-100), vitalidad (0-100), funcionamiento social (0-100), rol emocional (0-100) y salud mental (0-100) extraídos del análisis del cuestionario CSF-12 mediante los algoritmos descritos en el anexo, así como también la puntuación del test de lattinen y la puntuación del test de calidad del sueño para determinar su grado de CdV. Para determinar los índices predictivos de agrupación en los aspectos físico, mental, lattinen y calidad del sueño de la calidad de vida por cada patología, se generó un modelo novedoso en el que se introdujeron todas las variables de los test descritos para tener un valor a comparar con futuros sujetos de estudio. Los algoritmos descritos en los anexos, parten del cálculo de las escalas basados en normas americanas¹³ por defectos de estandarización de dichas normas en España. Se realizó un análisis de la distribución de cada factor para comparar los datos del Estudio ITACA con el estudio de los pacientes que acuden a la UDZ según tabla 2.

	Salud Física	Salud Mental	Lattinen	Horas de sueño	E.V.A.
EST. ITACA					
Osteoartritis	30,72±7,26	45,75±10,09	12,09±2,56	4,98±2,62	7,39±1,27
Artrosis	29,85±6,74	45,30±10,00	12,29±2,46	4,89±2,45	7,38±1,19
Lumbalgia	30,95±7,22	45,85±10,24	11,83±2,62	5,05±2,50	7,29±1,31
Osteoporosis	29,68±7,08	41,55±8,98	13,49±2,54	4,44±2,59	7,70±1,27
Dolor visceral	39,97±7,27	39,61±7,09	11,45±1,92	5,54±2,73	7,22±1,33
Dolor isquémico	26,80±5,50	42,55±8,67	13,85±3,31	4,06±2,47	7,30±1,30
Otros tipos	32,65±7,73	44,45±10,13	12,42±2,90	4,92±2,83	7,44±1,38

Tabla 2. CdV de los pacientes del estudio ITACA en función del trastorno que causa el dolor. Fuente: Sociedad Española del Dolor. 2004

Al objeto de analizar el perfil de los pacientes que acuden a la UDZ, se realizó un análisis de correspondencias múltiples teniendo en cuenta las características comunes con el

¹³ Estandarización de cada una de las escalas del SF-36 utilizando las medias y desviaciones standard de la población general americana que aparecen publicadas en:

* WARE J.E., KOSINSKI, M., TURNER-BOWKER, D.M., GANDEK, B.; "How to Score Version 2 of the SF-12(R)" en *QualityMetric Incorporated New England Medical Center Hospital. Health Assessment Lab, 2005 pp 2-260*

estudio de los pacientes de cien UD de España que definiera conjuntos homogéneos de variables que permitieran identificar pacientes con características comunes. La validación de los datos se realiza mediante la correlación de Pearson y su significación bilateral en el nivel 0,01 (bilateral) aceptando los datos con una significación en el nivel 0,05 (bilateral).

	Salud Física	Salud Mental	Lattinen	Horas de sueño	E.V.A.
EST. UD. ZARAGOZA¹⁴					
Dolor Migrañoso	30,70±2,20	34,06±5,46	9,00±0,00	6±0,00	6,00±0,00
Lumbalgia con radiculopatía¹⁵	22,11±2,81	24,92±1,89	20,00±3,00	5±1,00	7,67±1,53
SDRCS¹⁶	22,10±7,86	46,25±3,04	11,00±0,00	7±0,00	6,00±0,00
Dolor visceral	30,70±2,35	34,06±10,89	11,00±0,00	6±0,00	6,00±0,00
Otros tipos	26,41±0,99	40,16±4,19	12,50±2,12	8,5±2,12	6,50±0,71

Tabla 3. CdV de los pacientes que acuden a la UD de Zaragoza en función del trastorno que causa el dolor. Fuente: Elaboración propia

Según la tabla 3, se observó que la función física está correlacionada con los estándares bodily pain con una puntuación de ,866 y una bilateralidad de ,005 con lo que es significativa al 99% de los casos pudiendo ser extrapolable al conjunto de pacientes con dolor crónico severo. La "social function" produce una correlación perfecta con valor significativo bilateral de ,000 determinando una correlación perfecta en relación con el bodily pain. La función estandarizada "role emotional" produce una correlación con la "mental health" con valor de ,806 y una correlación significativa de ,029 al 95% de probabilidad.

Atendiendo a los componentes estandarizados "us psysical component scale-00" existe una relación casi perfecta con los datos ofrecidos por la "us standardized psysical function" con un valor de correlación de ,932 siendo significativa en el nivel ,002, al 99% de probabilidad y una relación con los datos ofrecidos por la "us standardized general health" con valor de ,871 siendo significativa en el nivel ,011 al 95% de probabilidad. En la "us mental component scale-00" existe una correlación muy elevada con valor ,895 y una correlación significativa con valor ,006 al 99% de probabilidad con la función mental en el 90% de los casos estudiados.

Los datos ofrecieron singularidades muy importantes cuando se agrupan en diagnósticos patológicos y que afectan a la CdV según diferentes puntuaciones obtenidas en relación a la intensidad del dolor, calidad del sueño, capacidad funcional y bienestar emocional.

¹⁴ Cálculo de valores por patologías = media ponderada de US STANDARDIZED PHYSICAL FUNCION con ± el diferencial de puntos relativo al valor obtenido US STANDARDIZED PSHYSICAL SCALE-00 para la función física, y con la media ponderada de los resultados US STANDARDIZED MENTAL HEALT para la función psíquica con ± diferencial de puntos relativo al valor obtenido US STANDARDIZED MENTAL COMPONENT SCALE-00

¹⁵ El paciente número 7 no se incluye por detectar el algoritmo incoherencias en las respuestas. IBM SPSSV24 no procede caso válido en US STANDARDIZED VITALITY y en US STANDARDIZED MENTAL HEALTH.

¹⁶ SDRCS: Síndrome de Dolor Regional Complejo Severo.

Comparando los resultados de resumen de casos por patologías de los pacientes estudiados que acuden a la UDZ con el Estudio ITACA y bajo los estándares americanos, el componente físico está muy por debajo de la media estandarizada y de los resultados medios que ofrece el estudio ITACA. Para la osteoartritis, la salud física presenta un valor de 30,72; en la artrosis: 29,85; en la lumbalgia: 30,95; en la osteoporosis con aplastamiento vertebral: 29,68; en el dolor visceral: 39,97; en el dolor isquémico: 26,80 y otros dolores crónicos una media de 32,65. En los pacientes que acuden a la UDZ analizados, la lumbalgia presenta un valor de 22,11; El dolor regional complejo severo presenta 22,10; en el dolor migrañoso 30,70; en el dolor visceral: 30,70 y en otros tipos de dolor 26,41 puntos.

Los pacientes que registran una puntuación más elevada en el estado de salud físico son los que padecen de dolor migrañoso, mientras que los presentaron una puntuación más reducida y, en consecuencia, peor calidad de vida son los pacientes que padecían lumbalgia con radiculopatía. De igual forma podemos observar que estas son las patologías que presentaron una puntuación muy diferenciada en el TL con valores de 9 y 20 respectivamente.

Respecto a la esfera psicológica, la patología que presenta una peor puntuación en este índice es la lumbalgia con radiculopatía. Como en el caso anterior, también es la que presenta un Lattinen mayor. Las patologías que mejor explican el deterioro del estado de salud física son la lumbalgia con radiculopatía y en segundo lugar SDRCS. El dolor visceral y el dolor migrañoso son unas patologías negativas en relación al estado de salud mental.

Finalmente, los valores de la encuesta ITACA presentan similares resultados respecto a TL excepto para los pacientes que acuden a la UDZ con lumbalgia con radiculopatía. En la escala E.V.A los pacientes que acuden a la UDZ presentan resultados similares al estudio ITACA.

Rechazada hipótesis nula, en función de los datos analizados, podemos afirmar que existe una tendencia fuerte probable que la CdV de los pacientes estudiados que acuden a la UDZ se encuentren en el mismo nivel de afectación, en algunas patologías en un nivel superior, que los pacientes del estudio ITACA.

3.2. Análisis cualitativo

El estudio comenzó indagando en la capacidad residual para las actividades cotidianas y el trabajo en función de la patología de cada entrevistado teniendo en cuenta las variables que tienen correlación significativa bivariada.

En la tabla 4, el coeficiente de correlación lineal de Pearson observa, en primera

aproximación, una tendencia lineal de relación entre el nivel de incapacidad con la patología crónica más importante que padece y especialmente el test de Lattinen y el estado de salud físico pudiéndose extrapolarse al conjunto de la población española con una probabilidad del 95%. La salud autopercebida tiene una relación significativa con el estado de salud físico (CSF-12). El tipo de enfermedad crónica más importante asociada al dolor crónico de los pacientes analizados tiene es significativa en el nivel ,005 (95%) con el nivel de incapacidad que presentan y en el nivel ,001 (99%) con el estado de salud físico. Finalmente, la E.V.A. tiene una correlación perfecta con el estado de salud (CSF-12), con el test de Lattinen y con la escala del sueño. Rechazada hipótesis nula, existe una tendencia fuerte probable que la CdV afecte a la capacidad residual para el trabajo de las patologías analizadas de los pacientes que acuden a la UDZ.

Existe una correlación fuerte ,730 con una significación bilateral al 99% de probabilidad entre el tiempo en ser diagnosticado correctamente y el reconocimiento de las limitaciones de los problemas de salud crónico o permanente. También existe una correlación muy fuerte ,851 bilateral al 99% de probabilidad entre la fecha de atención en la Unidad del Dolor y el tiempo que transcurre desde que fue diagnosticado (correcta o incorrectamente). Existe también una correlación muy fuerte ,816 bilateral al 99% entre la fecha de atención en la Unidad del Dolor y el tipo de tratamientos que recibe en dicha Unidad. Finalmente existe una correlación significativa en el valor ,854 bilateral al 99% de probabilidad de ser aplicable al conjunto de la población de que los tratamientos para el dolor sean diferentes en el ciclo que transcurre hasta que es diagnosticado y, desde esta etapa, hasta el tiempo que transcurre en ser recibido por la Unidad del Dolor, en la que se vuelve a modificar el tratamiento.

Estableciendo una relación entre el tiempo que transcurre para un diagnóstico correcto que determine la afectación de la CdV, a efectos de capacidad residual para el trabajo de los pacientes que acuden a la UDZ, destacamos, según las tablas descritas en el anexo 2, lo siguiente:

Respecto a la intensidad del dolor, es "*apreciable soportable*" en el 50% de los casos y en el 37,5% de los casos el dolor es "*soportable con alguna dificultad*".

Respecto a las limitaciones para hacer esfuerzos moderados al 100% les "*limita mucho*".

Respecto a si podría trabajar en algún trabajo, el 87,5% respondió que no, lo que establece un tipo de "*dolor incapacitante reconocido con incapacidad absoluta*" en el 25% de los casos más bien debido a la existencia de otras patologías concomitantes, un 37,5% con "*incapacidad permanente total*", un 25% con "*incapacidad temporal*" y un 12,5% con "*ningún tipo de incapacidad*".

Respecto a cuánto tiempo hace que padecen dolor crónico, el 100% respondió que "más de 5 años". No obstante, reflejan que en el 37,5% de los casos se tardó "más de 5 años" en ser diagnosticado correctamente, el 12,5% "más de 4 años", otro 12,5% "más de 2 años", el 25% "más de 1,5 años" y sólo un 12,5% "menos de 6 meses" desde que empezó con los síntomas de dolor.

Respecto a cuánto tiempo pasó hasta ser remitido a la UD de Zaragoza desde que fue diagnosticado su dolor, el 37,5% respondieron que "más de 5 años" y el 12,5% de los entrevistados respondieron respectivamente "menos de 6 meses", "entre 6 meses y 1 año", "más de 1 año" y "más de 2 años". No obstante, el 100% respondieron que antes de ser seleccionados para la UD Zaragoza, "su tratamiento no era el adecuado" para luego responder que después de acceder a la UD Zaragoza el 100% respondió que "su tratamiento era el adecuado" respondiendo un 50% que los tratamientos que resultaron satisfactorios para su dolor fue la "neuroestimulación con implante medular de electrodos" y un 37% "parches transdérmicos opiáceos".

Relacionando los datos con el estudio Pain Proposal¹⁷ con los pacientes que acuden a la UDZ, existen grandes diferencias en la prevalencia del dolor crónico, en el tiempo en ser diagnosticados, tiempo medio de diagnóstico, tiempo medio en recibir tratamiento adecuado, número de consultas realizadas a causa del dolor crónico y porcentaje de pacientes incapaces para trabajar, según se observa en la tabla 4.

TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO	TIPO DE ESTUDIO	
	Pain Proposal	Pacientes UDZ
Prevalencia del dolor crónico	17%	100%
Porcentaje medio de pacientes con más de 1 año en ser diagnosticados	39%	88%
Tiempo medio de diagnóstico	2,2 años	3,25 años
Porcentaje medio de pacientes descontentos con tiempo de espera para recibir tratamiento	48%	100%
Porcentaje de pacientes que consideran su tratamiento no adecuado	29%	0%
Tiempo medio en recibir tratamiento adecuado	1,6 años	4,2 años
Número medio de consultas realizadas al año a causa del dolor crónico	6,6	25
Porcentaje de pacientes incapaces de trabajar en ninguna profesión	21%	87,50%

TABLA 4. Resultados Pain Proposal vs. Pacientes que acuden a la UDZ. Fuente: Pain Proposal y elaboración propia.

4. Conclusiones y propuesta

En primer lugar en relación a la pregunta de investigación que fue formulada como "¿Qué factores del dolor crónico influyen en la CdV de los pacientes del estudio del dolor crónico en cien UD y los que acuden a la UDZ?", concluimos en base al estudio realizado que el nivel de afectación del dolor crónico de los pacientes que acuden a la UDZ es superior a los

¹⁷ PAIN PROPOSAL PATIENT SURVEY.; "Improving the Current and Future Management of Chronic Pain" en Pain Proposal, 2010, InSites Consulting, (https://www.pfizer.es/docs/pdf/noticias/Pain_Proposal_European_Consensus_Report_FINAL.pdf)

pacientes del estudio ITACA en lo relativo a la función física y se encuentra dentro de los mismos parámetros en relación a los parámetros de la esfera psicológica.

En relación al dolor crónico por tipo de patología, concluimos que existen divergencias muy importantes en función de cada diagnóstico y que afecta de manera diferente a la intensidad del dolor, calidad del sueño, capacidad funcional y bienestar emocional.

En relación al dolor crónico de intensidad severa relacionada con otras patologías concomitantes, podemos concluir que por los resultados obtenidos, los pacientes que acuden a la UDZ con diagnóstico de lumbalgia con radiculopatía y SDRGS son los que tienen una CdV más negativa debido al acompañamiento de otras patologías concomitantes.

En relación a la pregunta de investigación que fue formulada como "*¿Cuál es la CdV de los pacientes que acuden a la UDZ en relación al reconocimiento de su capacidad residual?*"

En relación a la calidad de vida relacionada con la salud y las derivaciones en la capacidad residual concluimos que el tipo de patología asociada a la cronicidad condiciona el tipo, duración e intensidad del dolor compromete gravemente el estado de salud físico y psicológico y, por derivación, su capacidad residual para actividades cotidianas y por ende la laboral.

En relación al tiempo hasta ser diagnosticado y con un tratamiento pautado de los pacientes que acuden a la UDZ, concluimos que existe un excesivo tiempo para ser diagnosticado correctamente y también para recibir una pauta correcta de fármacos u otros tratamientos relacionados con el dolor, que no ocurre hasta que son derivados a la Unidad Especializada del Dolor, hecho que compromete sus capacidad residual para las actividades cotidianas, especialmente las laborales.

Por todo ello, proponemos las siguientes medidas a ejecutar:

- Un plan estratégico nacional sobre el dolor crónico que incluya una visión holística e integradora a la hora de tratar el dolor crónico.
- Estudios económicos específicos a nivel nacional que muestren la carga económica y social que el dolor crónico supone para el sistema sanitario.
- Muy especialmente, un plan de coordinación entre profesionales médicos de la atención primaria y especializada con las Unidades del Dolor que evite un consumo innecesario de recursos sanitarios.
- Programas de concienciación social sobre el dolor crónico y la necesidad de su tratamiento específico.

5. Bibliografía

- EUROSTAT; *Encuesta Comunitaria de Fuerza del Trabajo*, 2011, [consultado el 10 de mayo 2017], disponible en <http://datos.gob.es/es/catalogo/e00121204-encuesta-comunitaria-de-fuerza-de-trabajo-ecft6>
- FERNÁNDEZ, T., PONCE DE LEÓN, L.; *Trabajo Social con Familias*. Madrid: Ediciones Académicas. 2012:96.
- MURIEL, C.; "Calidad de vida y dolor. Reunión de Expertos" Cátedra Extraordinaria del Dolor. Fundación Grünental. Universidad de Salamanca, 2009, pp. 14-126.
- GORE, M., BRANDENBURG, NA., DUKES, E., HOFFMAN, DL., TAI, KS., STACEY B.; "Pain severity in diabetic peripheral neuropathy is associated with patient functioning, symptom levels of anxiety and depression, and sleep" en *J Pain Symptom Manage*, 2005, pp. 374-85.
- WALH, AK., RUSTOEN, T., ROKNE, B., LERDAL, A., KNUDSEN, O., MIASKOWSKY, C., MOUM, T.; "The complexity of the relationship between chronic pain and quality of life: a study of the general Norwegian population". En *Qual Life Res*, 2009, pp. 971-80.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION.; "Cancer Pain Relief", en *World Health Organization 2nd ed*, 1996, pp 5-58.
- RODRÍGUEZ, MJ.; "Valoración de la actitud terapéutica ante el paciente con dolor en las Unidades del Dolor en España. Estudio STEP", en *Revista Sociedad Española del Dolor*, 2006, pp. 525-32.
- BACKONJA, MM.; *Defining neuropathic pain*, en *Anesth Analg*, 2003, pp.785-90.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE.; "The pharmacological management of neuropathic pain in adults in non-specialist settings", en *Clinical Guideline*, núm. 96, 2010, pp. 9-36.
- RODRÍGUEZ, G., GIL, J., GARCÍA, E.; *Metodología de la investigación cualitativa*, Málaga, 1996, p. 101
- HERNÁNDEZ, R., FERNÁNDEZ, C., BAPTISTA, MARÍA DEL PILAR.; *Metodología de la investigación*. México. 2003.
- WARE, J.E., KOSINSKI, M., TURNER-BOWKER, D.M., GANDEK, B.; "How to Score Version 2 of the SF-12(R)" en *QualityMetric Incorporated New England Medical Center Hospital. Health Assessment Lab*, 2005 pp 2-260.
- PAIN PROPOSAL PATIENT SURVEY.; "Improving the Current and Future Management of Chronic Pain" en *Pain Proposal*, 2010, [consultado el 03 de abril 2017], disponible en, https://www.pfizer.es/docs/pdf/noticias/Pain_Proposal_European_Consensus_Report_FINAL.pdf