

# Unidades de espalda: un modelo multidisciplinario

J.L. Peña Sagredo<sup>a</sup>, P. Brieva Beltrán<sup>b</sup>, C. Peña Martín<sup>c</sup> y A. Humbría Mendiola<sup>d</sup>

*Unidad de Espalda. Servicios de <sup>a</sup>Reumatología, <sup>b</sup>Psiquiatría y <sup>c</sup>Rehabilitación. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Universidad de Cantabria. Departamento de Medicina y Psiquiatría. <sup>d</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de La Princesa. Madrid. España.*

## Introducción

¿Son necesarias las unidades de espalda? La respuesta es sí, y esta afirmación viene avalada por dos hechos fundamentales: la frecuencia de estas enfermedades y el alto coste económico que generan.

Siguiendo la cita textual de Andersson<sup>1</sup>, el dolor de espalda es la segunda causa en frecuencia de visitas médicas, la quinta en frecuencia de hospitalización y la tercera en frecuencia de intervención quirúrgica, con una tasa de 38 laminectomías, 103 intervenciones por hernia de disco y 15 fusiones vertebrales por cada 100.000 habitantes, calculados para el año 1987 y con tendencia a crecer.

Considerando que la Unidad de Espalda (Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla) atiende a una población de 550.000 habitantes, la previsión de la enfermedad que debería ser atendida puede ser calculada estimativamente a partir de los datos anteriores.

La prevalencia de dolor lumbar para el área de referencia determina que existan 27.500 personas que sufren dolor lumbar de forma crónica y 2.700 dolor cervical. Si aplicásemos las tasas de intervenciones quirúrgicas vertebrales estimadas por Andersson<sup>1</sup>, le corresponderían 209 laminectomías, 565 intervenciones por hernia discal y 83 fusiones del raquis cervical.

El 90% de los pacientes con dolor de espalda pueden ser controlados por el médico de atención primaria. Solamente el 10% tiene que ser enviado a una unidad de espalda. Por ello, nuestro objetivo sería ver 2.700 pacientes nuevos/año.

En cuanto a los aspectos económicos, en especial el gasto provocado por estas enfermedades, no va-

mos a ser redundantes, dado que en otros capítulos de este monográfico se hace referencia a ellos. ¿Cuáles son los objetivos básicos de una unidad de espalda, en especial de la enfermedad lumbar?

1. Devolver al paciente a su actividad diaria profesional lo más rápidamente posible.
2. Que esta recuperación del paciente a su actividad habitual tenga una clara relación coste/beneficio.

Siguiendo un protocolo de actuación lógico, un médico general o un reumatólogo pueden solventar la mayoría de los dolores de columna. Referir estos pacientes a un cirujano ortopédico o a un neurocirujano sólo es apropiado en una minoría de casos<sup>2</sup>. La mayoría de los pacientes con estas afecciones puede ser controlada con medidas conservadoras. No obstante, hay que reconocer que al ser la enfermedad raquídea muy prevalente (segunda causa de consulta médica, después de la gripe), aunque el porcentaje de pacientes que requiera tratamiento quirúrgico es pequeño, el número absoluto de intervenciones puede ser considerable.

Siguiendo a Borestein<sup>2</sup>, el dolor de espalda debe ser considerado un trastorno no quirúrgico, sino médico, que debe ser controlado por especialistas en reumatología, médicos generales y rehabilitadores.

## Factores pronósticos ante una lumbalgia

De 100 pacientes vistos en una unidad de espalda, 20 presentan una lumbalgia relacionada con el diagnóstico y 80 una lumbalgia no relacionada con el diagnóstico (fig. 1), concepto acuñado por Nordin et al<sup>3</sup> entre otros autores. Las lumbalgias relacionadas con el diagnóstico son aquellas en las que el síntoma guarda relación con la lesión patoanatómica y tienen una traducción en una prueba de imagen radiológica. El ejemplo sería la hernia de disco. El síntoma del paciente, el dolor ciático, se debe a una lesión patoanatómica, como es la extensión del disco herniado, y puede ponerse de manifiesto por una prueba de imagen, como por

Correspondencia: Dr. A. Humbría.  
Servicio de Reumatología.  
Hospital Universitario de la Princesa.  
Diego de León, 62. 28006 Madrid. España.  
Correo electrónico: alhumbría@jazzfree.com

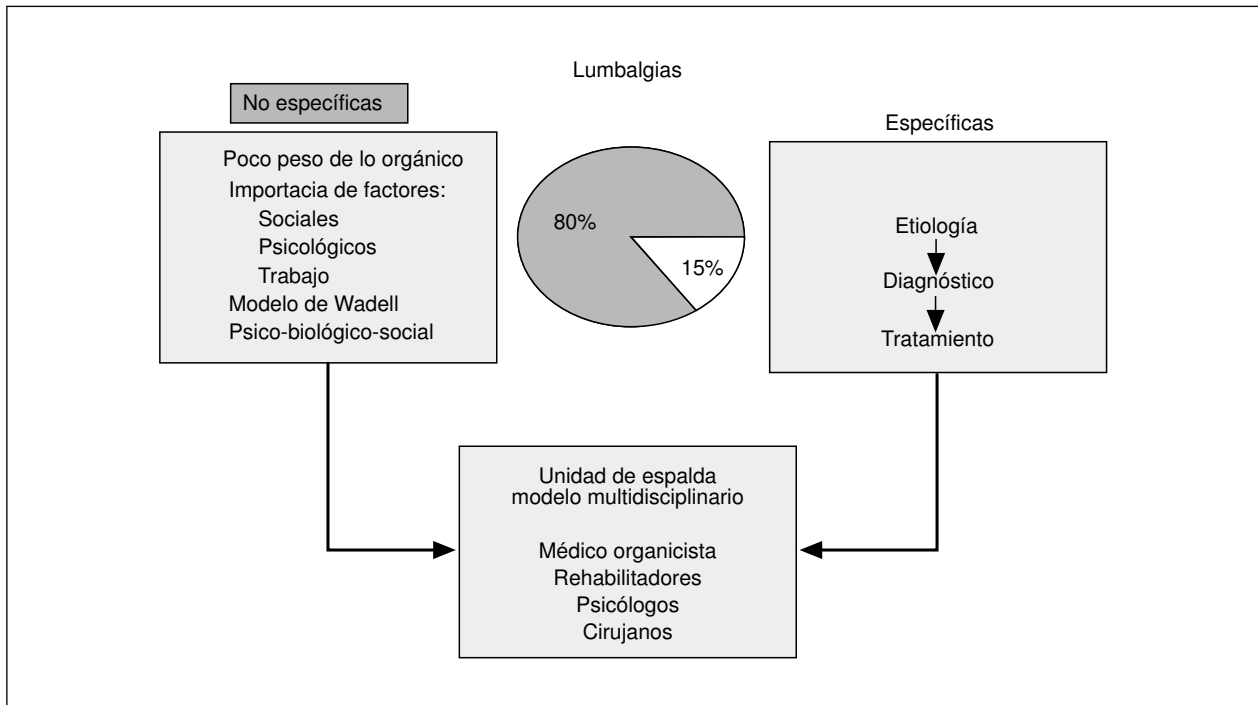


Figura 1. Lumbalgias específicas y no específicas, formas de abordaje de estas enfermedades.

ejemplo la resonancia magnética nuclear (RMN). Este tipo de afecciones atrae bastante a los médicos clásicos porque se atienen al modelo clásico de etiología, diagnóstico y tratamiento.

Pero, ¿qué entendemos por lumbalgia no relacionada con el diagnóstico, denominada por otros autores lumbalgia inespecífica o lumbalgia muscular? Pues aquella en la que el síntoma dolor no guarda una clara relación con una lesión patoanatómica específica y en las pruebas de imagen (radiografía, tomografía axial computarizada [TAC], RMN) aparecen lesiones mínimas o ninguna lesión.

Es evidente que la actuación terapéutica ante una hernia discal, una estenosis de canal o un aplastamiento vertebral, es conocida por la mayoría de los médicos. Sin embargo, el abordaje terapéutico de una lumbalgia inespecífica es menos conocido y, por otra parte, más complejo. Es importante conocer los factores predictivos en este tipo de lumbalgias. Sabemos que una historia de lumbalgia es un potente indicador de que en ese mismo año exista un segundo episodio de lumbalgia<sup>4</sup>, por tanto las recurrencias en las lumbalgias inespecíficas es un dato que se debe tener en cuenta y está muy relacionado con la historia natural de este proceso. Otros factores relacionados son la comorbilidad del paciente con lumbalgia inespecífica, el distrés psicosocial del paciente, así como el bajo nivel socioeconómico. Este último probablemente sea el mar-

cador de riesgos potenciales relacionado con la ocupación profesional y otros atribuidos al estilo de vida, como fumar o no hacer ejercicio, que son conocidos como pobres factores pronósticos de la salud en general.

Una vez conocidos estos factores de riesgo se puede generar estrategias terapéuticas que actúen sobre estos problemas. Así, Leino<sup>5</sup> demuestra que el ejercicio físico disminuye la incidencia de lumbalgia, y en otros trabajos, como el de Videman et al<sup>6,7</sup> se observa que los atletas de élite tienen menor número de episodios de lumbalgia comparado con un grupo de no atletas. El ejercicio es un marcador de estilo de vida que se observa en pacientes con altos valores de educación, que suelen presentar menos problemas psicosociales y que tienen un grado mayor de satisfacción vital. Estas personas suelen tener un trabajo relacionado con la esfera intelectual y, por tanto, con escasa demanda física. Sin embargo, no sabemos si el fenómeno primario es el ejercicio, los cambios en el estilo de vida o los aspectos psicológicos.

Una buena estrategia terapéutica sería abordar todos estos problemas de una forma conjunta unificando el tratamiento de diversos especialistas médicos en torno a estos problemas. Por ello una unidad de espalda debe ser multidisciplinaria y agrupar a un reumatólogo, rehabilitadores, fisioterapeutas y psicólogos.

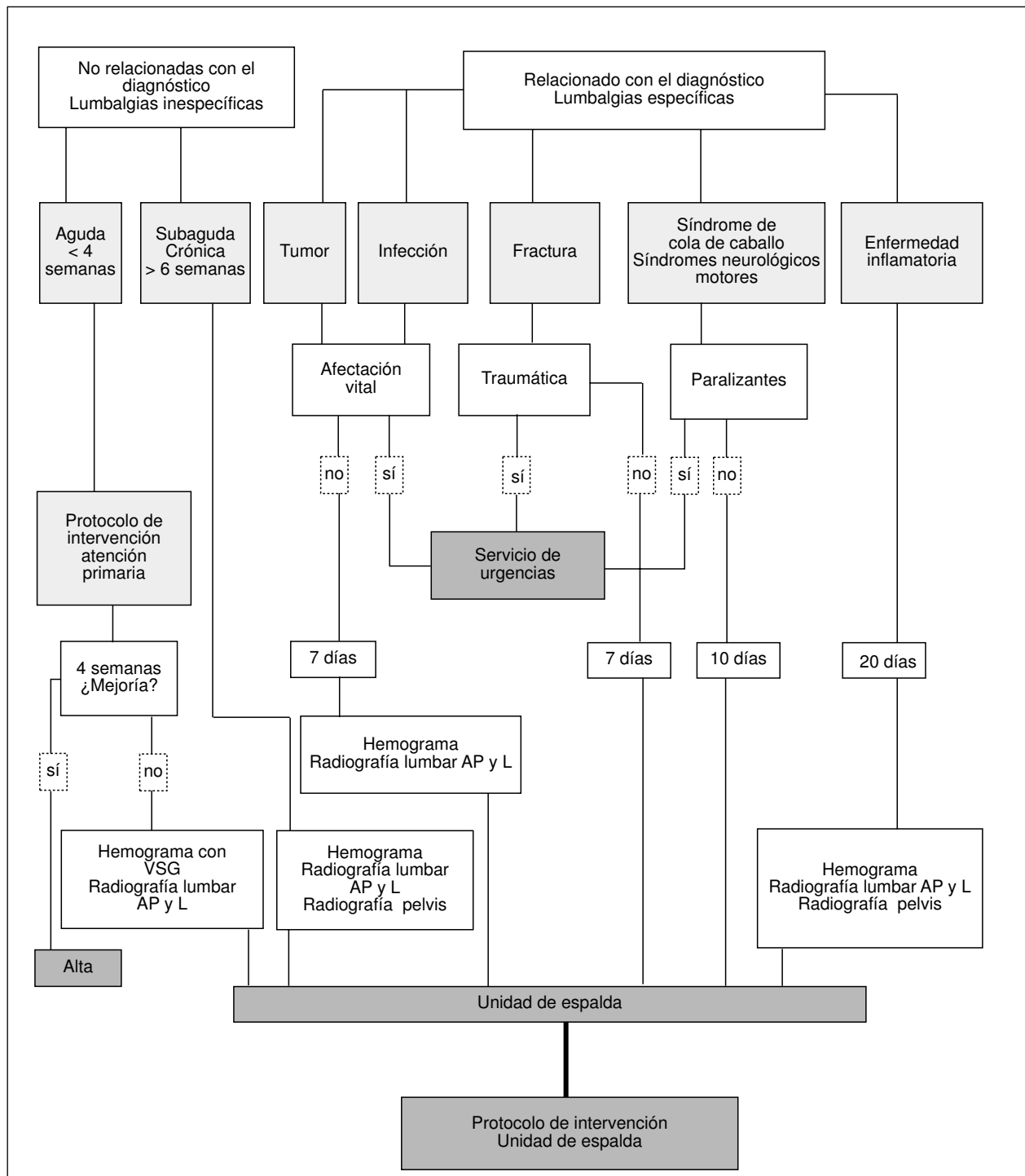


Figura 2. Criterios de derivación de una lumbalgia a la unidad de espalda. VSG: velocidad de sedimentación globular; AP: anteroposterior; L: lateral.

### Estructura funcional de una unidad de espalda

Los pacientes que recibe una unidad de espalda proceden de atención primaria y especializada (fig. 2). Los criterios de derivación han sido previamente

consensuados con los distintos servicios y se resumen en la misma figura 2. Es necesario aclarar que los centros de atención primaria han recibido un entrenamiento previo de 7 h por centro, en los que se ha intentado emplear la misma terminología médica,

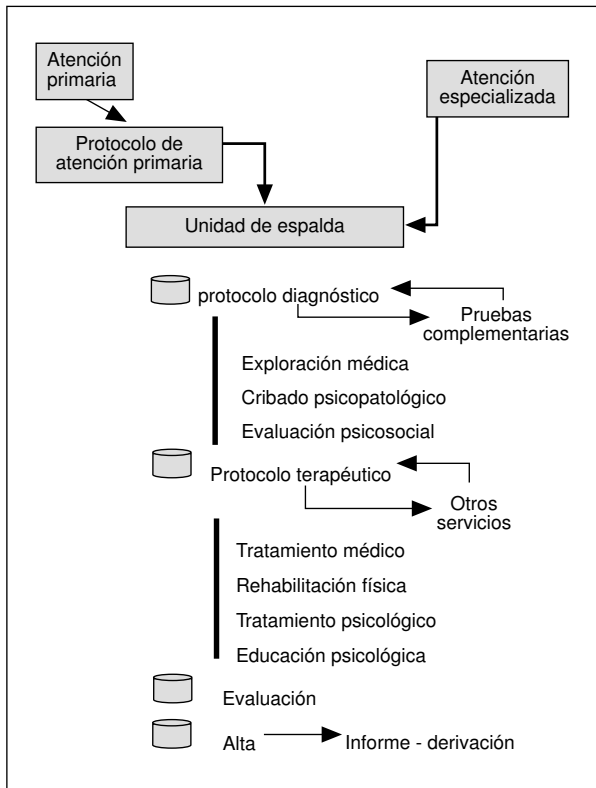


Figura 3. Esquema de funcionamiento de la unidad de espalda.

para que el paciente cuando tenga que ser derivado llegue a la unidad con una historia clínica, una exploración, una analítica y una radiografía. Una vez que el paciente llega a la unidad de espalda, se le realiza una historia clínica y una exploración; mediante un protocolo previamente diseñado, además se realiza una evaluación psicopatológica y de estrés psicosocial (fig. 3); posteriormente inicia el tratamiento, compuesto por una parte médica, una fisioterápica, y una psicológica y de educación psicofísica. Después, se realiza una evaluación y se emite un informe de alta. Tras un año de funcionamiento de la Unidad de Espalda del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, se puede afirmar que, elaborados los criterios de inclusión, recibe el 10% de las lumbalgias vistas en atención primaria, del que aproximadamente el 60% se resuelve en las consultas del reumatólogo y el rehabilitador. En torno al 40% de ese 10% requiere fisioterapia y apoyo psicológico. Aproximadamente el 6% es intervenido quirúrgicamente (un 3% por el servicio de neurocirugía y

otro 3% por el cirujano ortopédico). Otro 3% es remitido a la unidad del dolor crónico no tumoral y un 1% a neurología.

### Conexión de la unidad de espalda con otros servicios hospitalarios

Siguiendo un orden lógico de actuación, y siendo el hilo conductor el paciente, los servicios sanitarios se tienen que organizar en torno a estas necesidades, y así el paciente contacta con su médico de atención primaria; éste, si lo cree oportuno, lo envía a una unidad de espalda; si no mejora y no tiene un problema específico (quirúrgico o neurológico), es enviado a una unidad de dolor crónico no tumoral; posteriormente, si el paciente no mejora pasa a una unidad de terapia ocupacional, y además debería recibir asesoría legal, para conocer sus deberes y derechos en el mundo laboral.

### Conclusiones

En conclusión, las unidades de espalda son necesarias por factores derivados de la frecuencia de estas enfermedades y de su elevado coste económico. El modelo de funcionamiento interno es multidisciplinario con una importante conexión con la atención primaria, y una conexión directa con otros servicios del hospital, con el fin de ofrecer una respuesta correcta y global a todos los problemas que tiene el paciente.

### Bibliografía

- Andersson GBJ. The epidemiology of spinal disorders. En: Frymoyer JW, editor. The adult spine: principles and practices. New York: Raven Press, 1991; p. 107-46.
- Borenstein DG. A clinician's approach to acute low back pain. Am J Med 1997;102:1A-16S.
- Nordin M, Weiser SR, Villem Van Doorn J, Hiebert R. Nonspecific low back pain. Environmental and occupational medicine. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1998.
- Nordin M, Skovron ML, Hierbert R, Weiser S, Brisson PM, Campello M, et al. Early predictors of delayed return to work in patients with low back pain. The Woodbridge Award for Excellence in Research. J Musculoskelet Pain 1997;5:S27.
- Leino P. Does leisure time physical activity prevent low back disorders? A prospective study of metal industry employees. Spine 1993;18:863-71.
- Videman T, et al. Elistoport as a predictor of back-related outcomes. Seattle: Proceedings of the 1993 American College of Sports Medicine Annual Meeting, 1993.
- Nordin M, Campello M. Physical therapy. Exercises and the modalities: when, what and why? Neurol Clin North Am 1999; 17:75-89.