

Unidades multidisciplinarias en el tratamiento de la discapacidad laboral en los pacientes con dolor crónico osteoarticular

A. Collado Cruz^a y R. Ruiz-López^b

^aUnidad de Dolor Crónico. Servicio de Reumatología. ICAL. Hospital Clínic. IDIBAPS. Barcelona. ^bClinica del Dolor. Barcelona. España.

La discapacidad para el trabajo es un importante problema de las sociedades desarrolladas, con un alto coste en términos de sufrimiento humano y familiar, que genera un enorme gasto que implica a empresas, mutuas de seguro, gobierno y la sociedad en su conjunto. Las enfermedades osteoarticulares son una de las principales causas de incapacidad laboral, y en algunos países se ha estimado que su coste representa el 2,5% del PIB¹. En España los trabajos realizados por Tornero et al² y Blanco et al³, entre otros autores, demuestran que las enfermedades no traumáticas del aparato locomotor son responsables del 17-19% del total de la incapacidad temporal o baja laboral transitoria, con una media de más de 50 días perdidos por proceso. Entre las causas principales se encuentran los trastornos dolorosos de la columna vertebral, los reumatismos de partes blandas y los trastornos internos de la rodilla. Pero su repercusión sobre la incapacidad laboral permanente es aún más notoria, ya que las enfermedades reumáticas son la primera causa de ésta y representan entre un 30 y un 40% del total de las invalideces permanentes reconocidas en nuestro país², con un elevado coste económico en pensiones y salarios perdidos.

La discapacidad para el trabajo en los pacientes con dolor crónico osteoarticular es producto de una compleja interacción entre *factores físicos*, dependientes del estado médico⁴ y la enfermedad (el agravamiento por la actividad de los síntomas como el dolor, la fatiga y la debilidad o la pérdida de función articular, muscular o neuropsicológica incompatible con la actividad desarrollada), *factores ocupacionales*^{5,6}, relacionados con el tipo de actividad y la forma de abordarla, cuyo resultado es la tolerancia al trabajo en relación con sus demandas y *factores psicosociales*⁷⁻⁹ (potencial del individuo, edad, estado socioeconómico, recursos educativos y formación adquirida, situación y res-

ponsabilidades en el seno familiar, situación y grado de autonomía en la empresa, situación emocional, estilo de vida y atribuciones, potencial adaptativo y estrategias de afrontamiento aplicadas –miedo-evitación, etc.–, expectativas del paciente, mecanismos de protección o compensación y las desventajas que vayan apareciendo a lo largo del proceso).

Por tanto, es fácil intuir que el procedimiento de evaluación de una persona con discapacidad laboral asociada con algún proceso doloroso del aparato locomotor no es una actuación sencilla que comprende el establecimiento del diagnóstico, la valoración radiológica o biológica de las alteraciones detectables y el estudio superficial por parte del médico que evalúa la actitud del paciente, sino más bien un proceso complejo, donde es necesario medir de forma exhaustiva diferentes variables de orden físico, psicológico, familiar, ocupacional y social, así como su grado de interdependencia, con objeto de establecer el perfil más adecuado del paciente, sus necesidades terapéuticas, las posibilidades de recuperación y, si procede, definir los déficit residuales irreversibles que puedan requerir actuaciones de protección social.

Parece claro que las intervenciones médicas tempranas en los problemas de dolor agudo osteoarticular son capaces de disminuir la discapacidad laboral subsiguiente, reduciendo el absentismo, previniendo la cronificación y efectuando un considerable ahorro de recursos¹⁰. En cambio, el tratamiento ineficaz de la discapacidad y el desafortunado proceso educacional que la mayoría de médicos ofrecen a los pacientes con dolor crónico, como si fuese una simple extensión del dolor agudo, se traduce en un obstáculo para la vuelta al trabajo¹¹. Es interesante señalar que un estudio realizado sobre la labor de la Agencia de Rehabilitación para el Trabajo en Estados Unidos¹² mostró que los factores dependientes de la intervención ejercida por la Agencia, así como el tipo y extensión del servicio realizado (rehabilitación física, terapia ocupacional, evaluación vocacional, tratamiento psicológico, etc.), estaban más fuertemente asociados con el desenlace de la rehabilitación para el trabajo que los factores sociodemográficos o aquellos relacionados con la enfermedad.

Correspondencia: A. Collado Cruz.
Servicio de Reumatología. Hospital Clínic.
Villarroel, 170. 08036 Barcelona. España.
Correo electrónico: acollado@clinic.ub.es

Manuscrito recibido el 1-8-2003 y aceptado el 9-9-2003.

La evidencia acerca del uso de una aproximación multidisciplinaria en los pacientes con dolor crónico es cada vez mayor, especialmente en los que desarrollan discapacidad en sus actividades básicas. Desde que Bonica estableciera el abordaje interdisciplinario en 1950 con el objetivo de integrar los esfuerzos de los diversos cuidadores que intervienen en los pacientes con dolor, muchos autores, como Fordyce et al¹³, Catchlove y Cohen¹⁴, Aronoff et al¹⁵, Turk y Rudy¹⁶, Rossomoff et al¹⁷, Loesser y Egan¹⁸ y Ruiz-López^{19,20}, entre otros, han contribuido a definir, desarrollar y mejorar los programas de tratamiento multidisciplinario para el dolor crónico incapacitante. Dos metaanálisis^{21,22} en que se ha analizado la influencia de los programas multidisciplinarios en la reincorporación laboral concluyen que, efectivamente, éstos producen un cambio significativo ($p = 0,005$) en la situación laboral y consiguen una tasa de reincorporación laboral del 42% en pacientes que no habían respondido previamente al tratamiento convencional tras un seguimiento medio de más de un año. Este dato se completa con la observación de que la diferencia entre las tasas de empleo, tras el seguimiento entre los pacientes tratados y los controles, fue de aproximadamente un 50% a favor de los primeros.

Un dato que cabe resaltar es que, cuando se analizan los diversos trabajos publicados, se observa que existe una variabilidad de los resultados que se obtienen con los programas multidisciplinarios, probablemente relacionada con las diferencias en el tipo de pacientes tratados, los criterios de selección utilizados y las características del programa aplicado. Así, en nuestra experiencia con un programa de tratamiento multidisciplinario en pacientes seleccionados con dolor crónico, en situación de baja laboral de larga duración, pudimos obtener una reversión de la discapacidad hasta en un 73% de los pacientes en el momento del alta del programa, y en un 69% de los enfermos tratados se mantuvieron las ganancias adquiridas y la situación laboral activa durante el primer año de seguimiento²³. Por este mismo motivo, deberíamos tener presente cuál es el estándar de las unidades multidisciplinarias en el tratamiento del dolor crónico incapacitante, y cuál es su composición, los criterios de evaluación, los criterios de inclusión en el tratamiento, así como los de exclusión, las funciones y programas terapéuticos, la elaboración de informes y su participación en las propuestas de invalidez o de alta¹⁹.

La International Association for Study of Pain²⁴ establece que el equipo multidisciplinario debe estar constituido, como mínimo, por un especialista en enfermedades neuroosteoarticulares, un especialista en la conducta o psicoterapeuta, un terapeuta ocupacional y un fisioterapeuta, aunque otros miembros, como una enfermera especializada, un asistente social u otros, pueden ser de gran ayuda.

La evaluación multidisciplinaria debe efectuarse en todos aquellos pacientes que presenten dolor de origen no maligno de más de 6 semanas de duración en situación de baja laboral o con pérdida de más del 50% de las actividades ocupacionales y que hayan sido tratados de forma convencional sin una respuesta satisfactoria. Una discusión abierta con todo el equipo y posteriormente con el paciente es fundamental para establecer los objetivos terapéuticos. En algunos de los pacientes evaluados puede ser imposible establecer como objetivo terapéutico la vuelta a su trabajo habitual, ya sea porque se reconozca que presenta una enfermedad con alteraciones residuales suficientemente significativas incompatibles con el nivel de función necesario en su actividad habitual, o porque la discapacidad dependa de otras enfermedades médicas, a las que el dolor se ha sumado como un nuevo factor. También es posible que sea el propio paciente quien rechace la posibilidad de volver de nuevo a su trabajo, expresando explícitamente que no debe ser un objetivo del tratamiento, que desea solicitar una compensación por su incapacidad o que se encuentre en situación de litigio por compensaciones derivadas del dolor o la discapacidad. Estas situaciones son incompatibles con la realización de un programa multidisciplinario entre cuyas metas se incluyan la reducción del dolor, la disminución del sufrimiento y la reversión de la discapacidad. Así, en la bibliografía internacional²⁵ y nacional^{19,20} se han definido criterios de inclusión-exclusión que puedan mejorar la eficiencia del tratamiento y no producir falsas expectativas a los pacientes. Resultados publicados en los últimos años refuerzan el papel de estos criterios²⁶⁻²⁷. En estos casos la valoración multidisciplinaria con la emisión de un informe detallado, donde se definan de forma pormenorizada las discapacidades físicas y mentales residuales, las dificultades existentes en el entorno sociolaboral y familiar, las posibilidades o no de resolverlas y la intención o motivación del paciente, puede ayudar enormemente a la evaluación de posibles derechos compensatorios adquiridos de una forma más equilibrada.

Cuando se decida aplicar un tratamiento multidisciplinario, éste debe contener las técnicas médicas, de terapia cognitivoconductual, física y ocupacional básicas recogidas en la bibliografía sobre el tratamiento del dolor crónico¹⁹.

Una función importante será definir la función y la cadencia del tratamiento, que será llevado de forma individual y en grupo. Los programas diarios, intensivos, con una duración de 4 a 6 semanas, son los que han demostrado ser más eficaces, especialmente en los pacientes más afectados²⁸. Aunque también se ha de reconocer que los pacientes con dificultades añadidas, como la situación de paro laboral o sin contratación con su empresa anterior y que están en situación de baja, pueden necesitar

un tiempo mayor en la búsqueda de empleo y acabar de resolver su discapacidad, al igual que aquellos que precisen un cambio significativo en su puesto laboral, cuando su tarea contenga factores agravantes insalvables.

El establecimiento de un adecuado tratamiento multidisciplinario y su cumplimiento permitirán en una gran parte de los casos establecer la dinámica necesaria que lleve al paciente a la recuperación. En otros enfermos, en los que no se obtenga el éxito suficiente, la estrecha convivencia con el equipo de forma intensiva también permitirá una evaluación más exhaustiva individual de los factores de mal pronóstico²⁹, la actitud del paciente, el grado de cumplimiento de las indicaciones terapéuticas y sus causas. Esto permitiría, además, tomar decisiones sobre el proceso de invalidez más cercano a la realidad.

Los programas de rehabilitación multidisciplinaria en pacientes con dolor crónico han mostrado ser más coste-efectivos que el tratamiento conservador, la cirugía mayor u otros procedimientos (implante de estimuladores de médula espinal, etc.) en pacientes seleccionados³⁰, por lo que en España debería potenciarse su desarrollo si se quieren obtener mejores resultados para los pacientes y un buen equilibrio en la redistribución de los esfuerzos en este problema de gran trascendencia para las sociedades desarrolladas.

Bibliografía

1. Yelin E, Callhan LF. The economic cost and social and psychological impact of musculoskeletal conditions. *Arthritis Rheum* 1995;38:1351-62.
2. Tomero J, Piqueras JA, Carballo IF, Vidal J. Epidemiología de la discapacidad laboral debida a las enfermedades reumáticas. *Rev Esp Reumatol* 2002;29:373-84.
3. Blanco M, Candelas G, Molina M, Bañares A, Jover JA. Características de la incapacidad temporal de origen musculoesquelético en la comunidad de Madrid durante un año. *Rev Esp Reumatol* 2000;27:48-53.
4. Lindstrom I, Öhlund C, Nachemson A. Physical performance, pain, pain behavior and subjective disability in patients with subacute low back pain. *Scand J Rehabil Med* 1995; 27:153-60.
5. Pransky G, Benjamin K, Hill-Fotouhi C, Fletcher KE, Himmelstein J, Katz JN. Work related outcomes in occupational low back pain. *Spine* 2002;27:864-70.
6. Teasell RW, Bombardier C. Employment related factors in chronic pain and chronic pain disability. *Clin J Pain* 2001; 17(Suppl):39-45.
7. Hoogendoorn WE, van Poppel MNM, Bongers PM, Koes BW, Bouter LM. Systematic review of psychosocial factors at work and private life as risk factors for back pain. *Spine* 2000;25:2114-5.
8. Gatchel RJ, Polatin PB, Mayer TG. The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back pain disability. *Spine* 1995;20:2702-9.
9. Wowles KE, Gross RT. Work related beliefs about injury and physical capability for work in individuals with chronic pain. *Pain* 2003;101:291-8.
10. Linton SJ, Hellsing AL, Anderson D. A controlled study of the effects of an early intervention on acute musculoskeletal pain problems. *Pain* 1993;53:353-9.
11. Anema JR, van der Giezen AM, Buijs PC, van Mechelen W. Ineffective disability management by doctors is an obstacle for return to work: a cohorts study on low back pain patients sicklisted for 3-4 months. *Occup Environ Med* 2002; 59:729-33.
12. Straaton KV, Harvey M, Maisiak R. Factors associated with succesful vocational rehabilitation in persons with arthritis. *Arthritis Rheum* 1992;35:503-10.
13. Fordyce WE, Fowler RS, Lehmann JF, Delateur BJ, Sand PL, Trieschmann RB. Operant conditioning in the treatment of chronic pain. *Arch Phys Med Rehab* 1973; 54: 399-408.
14. Catchlove R, Cohen K. Effects of a directive return to work in the treament of Workman's Compensation patients with chronic pain. *Pain* 1982;14:181-91.
15. Aronoff GM, Evans WO, Enders PL. A review of follow-up studies of multidisciplinary pain units. *Pain* 1983;16:1-11.
16. Turk DC, Rudy TE. Toward the comprehensive assesment of chronic pain. *Behav Res Ther* 1987;25:237-49.
17. Rossomoff HL, Green C, Slibret M, Steele R. Pain and low back rehabilitation program at the University of Miami School of Medicine. En: Lomez KYNg, editor. New approaches to treatment of chronic pain: a review of multidisciplinary pain clinics and pain centers 1981. NIDA Research Monograph, 36.
18. Loeser JD, Egan KJ. Managing the chronic pain. Theory and practice at the University of Washington Multidisciplinary Pain Center. New York: Raven Press, 1989.
19. Ruiz-López R. Síndrome de dolor crónico asociado a incapacidad. En: Torres LM, editor. Medicina del dolor. Barcelona: Masson, 1997; p. 309-14.
20. Ruiz-López R. Dolor crónico de origen no oncológico. *Rev Clin Esp* 1995;95:214-22.
21. Cutler RB, Fishbain DA, Rosomoff HL, et al. Does non surgical pain center treatment of chronic pain return patients to work? A review and meta-analysys of the literature. *Spine* 1994;19:643-52.
22. Flor H, Fydrich T, Turk DC. Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers. A meta analytic review. *Pain* 1992; 49:221-30.
23. Collado Cruz A, Torres i Mata X, Anási Gassol A, Cerda Galrrodi D, Vilarrasa R, Valde Hiyar M, et al Eficacia del tratamiento multidisciplinario del dolor crónico incapacitante del aparato locomotor. *Med Clin (Barc)* 2001;117:401-5.
24. International Association for Study of Pain. Task Force on Guidelines for Desirable Characteristics for Pain Treatment Facilities. Seattle, 1990.
25. Turk DC, Rudy TE. Negleted factors in chronic pain treatment outcome studies-referral patterns, failure to enter treatment and attrition. *Pain* 1990;43:7-25.
26. Becker N, Højsted J, Sjögren P, Eriksen J. Sociodemographic predictors of treatment outcome in chronic non-malignant pain patients. Do patients receiving or applying for disability pension benefit from multidisciplinary pain treatment? *Pain* 1998;77:279-87.
27. Fishbain DA, Cutler RB, Rossomoff HL, Khalil T, Rossomoff RS. Impact of chronic pain patients job perception variables on actual return to work. *Clin J Pain* 1997;13:197-206.
28. Haldorsen EMH, Grasdall AL, Skouen JS, Risa AE, Kronholm K, Ursin H. Is there a right treatment for a particular patient group? Comparison of ordinary treatment, lighth multidisciplinary treatment and extensive multidisciplinary treatment for long-term sick listed employees with musculoskeletal pain. *Pain* 2002;95:49-63.
29. Collado A, Torres X, Arias A, et al. Factores predictivos de fracaso terapéutico tras tratamiento multidisciplinario del dolor crónico incapacitante. V Congreso de la Sociedad Española del Dolor; 2002, 9-12 de octubre; Salamanca.
30. Turk DC. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of treatments for patients with chronic pain. *Clin J Pain* 2002; 18:355-65.