

Dolor lumbar crónico incapacitante. Tratamiento multidisciplinario

J. Muñoz Gómez y A. Collado Cruz

Servicio de Reumatología. Instituto Clínico del Aparato Locomotor. Consorcio Sanitario Clínic. IDIBAPS. Universidad de Barcelona. España.

Introducción

Los procesos osteomusculares son causa del 40% de todas las enfermedades crónicas, de más de la mitad de los casos de invalidez prolongada y con un coste que se aproxima al 20% de los recursos sanitarios¹. La incapacidad y el dolor son los síntomas que determinan su morbilidad y causantes de la mayoría de los costes generados^{2,3}. En las consultas reumatológicas, el dolor y la incapacidad son las características fundamentales de los pacientes, cualquiera que sea el ámbito de actuación, y el dolor de partes blandas y el raquídeo son los más prevalentes y, con menor frecuencia, la artrosis, la osteoporosis y la artritis⁴.

El dolor lumbar es habitual, y presenta una frecuencia que no cesa de aumentar en las poblaciones occidentales⁵⁻⁷ y una prevalencia acumulada que se estima entre el 75 y el 85%; en los EE.UU. es primera la causa de invalidez antes de los 45 años. En el Reino Unido se ha identificado como la causa principal de gastos de salud por delante de las enfermedades coronarias⁷. Los costes indirectos sobrepasan ampliamente los costes directos.

Este enorme gasto se debe, paradójicamente, a una minoría de casos que evolucionan hacia la incapacidad crónica, que se estima inferior al 10% de toda la población con lumbalgia. El pronóstico funcional sombrío de las lumbalgias crónicas viene marcado por el tiempo de incapacidad; así, se considera que tras 6 meses de baja laboral, la probabilidad de volver a la actividad profesional es del 50%; tras un año es del 25%, y al cabo de 2 años es prácticamente nula⁶.

Este grupo de pacientes desarrolla un dolor crónico incapacitante que responde poco a las terapias farmacológicas simples, físicas o quirúrgicas. Esta resistencia, unida al reconocimiento de la importancia de los factores psicológicos y sociales en la persistencia del dolor y la incapacidad⁸⁻¹¹, condujo, a partir de 1973, a la creación de programas terapéuticos multidisciplinarios cuyos objetivos eran, además de aliviar el dolor, la disminución de la incapacidad y el tratamiento de las alteraciones psicopatológicas asociadas¹². Con posterioridad se efectuó un salto cualitativo cuando el objetivo fue la reincorporación laboral, considerándose ésta como la finalidad del tratamiento del dolor crónico asociado con incapacidad laboral^{13,14}.

En el campo de la lumbalgia crónica y, basándose en la existencia de un síndrome de desacondicionamiento que contribuye en gran medida a la perpetuación del proceso, se desarrolló a partir de 1984 un plan de actuación con un enfoque nuevo: la restauración funcional¹⁵. Se trataba de un plan terapéutico de reeducación intensa, cuyo objetivo primario era actuar sobre los elementos del síndrome de desacondicionamiento (disminución de la movilidad raquídea y pélvica, disminución de la capacidad de la musculatura raquídea y aumento de la ansiedad y depresión) y como objetivo final la vuelta al trabajo de los pacientes con lumbalgia crónica.

La primera experiencia se realizó por un equipo de médicos, psicólogos, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales en el Productive Rehabilitation Institute of Dallas for Ergonomics¹⁵. El enfoque, además de la multidisciplinariedad, similar a la descrita en las escuelas de la espalda, se distinguía de otros métodos de reeducación por la mayor importancia que se daba a los ejercicios físicos. Los pacientes con lumbalgia crónica se veían en grupo e individualmente durante 3 semanas (57 h a la semana). El programa consistía en la realización de ejercicios físicos, entrenamiento encaminado a la normalización de la situación laboral y se completaba con un

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

enfoque psicológico dirigido a controlar el dolor y sus consecuencias (sesiones de relajación, terapia cognitiva y del comportamiento, así como sesiones de terapia familiar).

Los resultados preliminares fueron alentadores, y el programa fue adoptado por otros equipos de los EE.UU., Canadá y Europa. La duración del programa propuesto varía en la actualidad entre 120 y 280 h, escalonadas entre 3 y 12 semanas. La aplicación es individual o en grupos de 4 a 12 pacientes en régimen de hospitalización o de hospital de día. Hay diferencias entre los diversos programas, en especial en el tipo de ejercicios utilizados, y la importancia dada a la intervención del psicólogo y a la de los trabajadores sociales.

La experiencia se ha plasmado en numerosos estudios de eficacia, con criterios de valoración de tipo clínico y medicoeconómico. Los primeros corresponden a la lumbalgia y a déficit e incapacidades del síndrome de descondicionamiento, y los segundos a la vuelta a la actividad profesional, días de baja y pensiones por incapacidad, entre otros.

La mayoría de los estudios publicados ha sido prospectiva sin asignación aleatoria, y los estudios controlados y aleatorios, metodológicamente satisfactorios y capaces de aclarar los resultados preliminares han sido más escasos. Hay diversos trabajos con estas características¹⁶ realizados por tres equipos distintos en Canadá¹⁷, Finlandia¹⁸ y Dinamarca^{19,20}. Los controles utilizados fueron: no intervención experimental y programas menos intensos, integrando o no el enfoque psicológico.

Los resultados globales, dejando a un lado diferencias entre los diversos equipos, demuestran que estos programas tienen a corto y medio plazos una eficacia superior a los programas terapéuticos menos intensivos.

En abril de 1997 se elaboró en nuestro servicio un programa de tratamiento multidisciplinario para el dolor crónico incapacitante²¹ dirigido a pacientes incapacitados y en situación de baja laboral a consecuencia de un proceso doloroso del aparato locomotor resistente al tratamiento convencional. El programa estaba basado en experiencias previas de otros grupos^{14,22}. Los tres objetivos fundamentales del tratamiento fueron la reducción o eliminación del dolor, la mejora del sufrimiento asociado y la vuelta al trabajo.

Se evaluó a 192 pacientes de los que 88 (45%) no participaron en el programa por presentar criterios de exclusión previamente establecidos (litigio, rechazo a la reincorporación laboral, psicopatología mayor, invalidez permanente, etc.)²³. Entraron en programa de tratamiento 104 pacientes.

El programa de tratamiento se desarrolló en régimen de hospital de día y se aplicó de forma individual y en grupo (máximo 8 personas), de manera intensiva: 5 h al día durante 4 semanas. El trata-

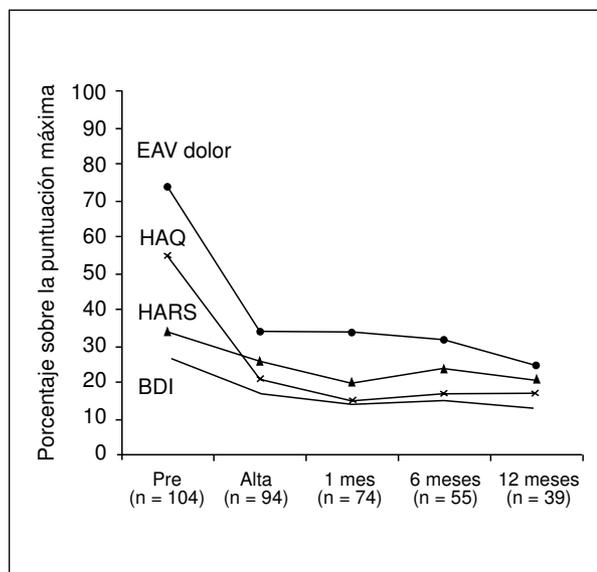


Figura 1. Evolución de las variables de desenlace: dolor (escala analógica-visual [EAV]); depresión (inventario de depresión de Beck [BDI]); ansiedad (escala de ansiedad de Hamilton [HARS]) y capacidad funcional (Health Assessment Questionnaire [HAQ]) durante el seguimiento.

miento incluyó técnicas médicas para control del dolor (fármacos orales, locorreregionales, y/o epidurales y bloqueos neurales periféricos), terapia cognitivo-conductual, y terapia física y ocupacional individual y en la empresa. Asimismo se realizó un seminario educativo diario sobre aspectos médicos, psicológicos y ocupacionales relacionados con el dolor. El seguimiento de los pacientes postratamiento fue de 10 ± 4 meses.

El problema principal de los pacientes era la presencia de dolor sostenido (duración: 55 meses), de intensidad elevada (EAV: $7,4 \pm 1,6$ cm) y una situación de baja laboral que osciló entre 3 y 24 meses, con una media de 7 ± 5 meses.

En el 71% de los casos se identificó dolor lumbar entre los síntomas y en el 65% de éstos se apreció alguna alteración radiológica significativa en la zona lumbar. Cabe destacar que en el 48% de los pacientes tratados se cumplían criterios de fibromialgia. Entre los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes se observó trastorno por dolor asociado con factores psicológicos y con enfermedad crónica (46%), trastorno adaptativo mixto (12%) y trastorno depresivo mayor, episodio único (20%). El 94% de los pacientes tenía alteraciones del sueño.

Respuesta al tratamiento

Durante el tratamiento se observaron reducciones de los grados de dolor, depresión, ansiedad e incapacidad, con mejorías estadísticamente significativas respecto a la situación pretratamiento (fig. 1).

El 72% de los pacientes tratados obtuvo mejoría significativa y pudo reincorporarse a su actividad laboral en el momento del alta.

El seguimiento tras el programa intensivo fue de 10 ± 4 meses, y durante éste se mantuvieron las ganancias observadas en las variables de desenlace, con una disminución significativa de la sintomatología depresiva, ansiosa y dolorosa, así como la estabilización de la capacidad funcional. Al final del período de seguimiento, de 62 casos seguidos durante 12 meses un total de 47 (63%) se mantiene con una vida laboral activa.

Comentarios

La reincorporación laboral en este grupo de pacientes seleccionados fue muy elevada (el 73% al finalizar y el 63% al año del seguimiento). El grupo era especialmente complicado por la larga evolución de la baja laboral, superior a los 6 meses en la mayoría, y fracaso de los diversos tratamientos médicos y quirúrgicos convencionales, lo que permite presumir una estabilidad temporal del proceso y poca probabilidad de una recuperación espontánea. Dada la carencia de un grupo control adecuado se desconoce cuál hubiera sido la evolución espontánea, pero debido a lo expuesto anteriormente creemos que la mayoría de los pacientes tenía una incapacidad establecida con pocas posibilidades de recuperarse.

Hay algún estudio realizado en pacientes con dolor crónico y baja laboral superior a los 6 meses con grupos de control (lista de espera o tratamiento médico simple), en los que la recuperación laboral se situó entre el 15 y el 30% de los tratados^{24,25}.

Creemos que nuestros buenos resultados están influidos por el proceso de selección de los casos. Los criterios de exclusión que hemos utilizado²³ definen situaciones en las que la incapacidad está determinada por aspectos distintos del dolor (p. ej., enfermedad orgánica múltiple, psicopatología mayor, edad, dependencia de sustancias psicoactivas, rechazo al tratamiento) o aquellas en las que los cambios en el entorno familiar y social son tan importantes que dificultan el planteamiento de la incorporación laboral a corto plazo (expresadas como rechazo a la vuelta al trabajo como objetivo terapéutico o solicitud de una compensación por invalidez laboral). Estas situaciones son de difícil control y, por tanto, poco abordables con tratamientos intensivos. La no inclusión de estos pacientes con peor pronóstico terapéutico evita esfuerzos baldíos al equipo terapéutico y beneficia al pagador, ya que mejora la eficiencia del proceso.

Es de gran trascendencia el mantenimiento de los resultados. Nuestra experiencia es corta en cuanto al tiempo de seguimiento, pero tal como se ha comentado sólo algunos pacientes recayeron en el curso del primer año, y nuestros datos coinciden

con un estudio de seguimiento de 13 años²⁶ en el que la estabilidad de los efectos clínicos y laborales llegó al 50% de los casos tratados.

Consideramos que los programas de tratamiento multidisciplinario del dolor crónico incapacitante son efectivos en la mejoría del dolor y el sufrimiento de pacientes seleccionados, logrando revertir en un elevado porcentaje la incapacidad laboral. El ahorro de costes de salud y económicos que conllevan hacen deseable la implementación y el desarrollo de este tipo de programas.

Bibliografía

1. Badley EM, Rasooly I, Webster GK. Relative importance of musculoskeletal disorders as a cause of chronic health problems, disability and health care utilisation: findings from the 1990 Ontario Health Survey. *J Rheumatol* 1994;21:505-14.
2. Tomero J, Vidal Fuentes J. Impacto social y económico de las enfermedades reumáticas: la discapacidad laboral. *Rev Esp Reumatol* 1999;26:347-66.
3. Yelin E, Callahan LF. The economic cost and social and psychological impact of musculoskeletal conditions. *Arthritis Rheum* 1995;10:1351-62.
4. Collado A, Pichot C, Ruiz-Lopez R. La reumatología y el tratamiento del dolor. *Rev Esp Reumatol* 2002;29:289-91.
5. Anderson GBJ. Epidemiological features of chronic low-back pain. *Lancet* 1999;354:581-5.
6. Deyo RA, Weinstein JN. Primary care: low back pain. *N Engl J Med* 2001;344:363-70.
7. Maniadakis N, Gray A. The economic burden of back pain in the UK. *Pain* 2000;84:95-103.
8. Hawley DJ, Wolfe F. Pain, disability and pain disability relationships in seven rheumatic disorders: a study of 1522 patients. *J Rheumatol* 1991;18:1552-7.
9. Deyo RA, Diehl AK. Psychosocial predictors of disability in patients with low back pain. *J Rheumatol* 1988;15:1557-64.
10. Gallagher RM, Rauh V, Hauegh LD, Milhous R, Callas PN, Langelier R, et al. Determinants of return to work among low back pain patients. *Pain* 1989;39:55-67.
11. Straaton KV, Harvey M, Maisiak R. Factors associated with successful vocational rehabilitation in persons with arthritis. *Arthritis Rheum* 1992;35:503-10.
12. Fordyce WE, Fowler RS, Lehmann JF, Delateur BJ, Sand PL, Trieschmann RB, et al. Operant conditioning in the treatment of chronic pain. *Arch Phys Med Rehabil* 1973;54:399-408.
13. Catchlove R, Cohen K. Effects of a directive return to work in the treatment of workman's compensation patients with chronic pain. *Pain* 1982;14:181-91.
14. Aronoff GM, Evans WO, Enders PL. A review of follow-up studies of multidisciplinary pain units. *Pain* 1983;16:1-11.
15. Mayer TG, Gatchel RJ, Kishino ND, Keely J, Capra P, Mayer H, et al. Objective assesment of spine function following industrial injury. A prospective study with comparison group and one year follow-up. *Spine* 1985;10:482-93.
16. Beandreuil J, Poiraudreau S, Revel M. Restauration fonctionnelle des patients lombalgiques. Paris: L'actualité Rheumatologie, Expansion Scientifique Pub, 2002; p. 362-73.
17. Mitchell IR, Carmen GM. The functional restoration approach to the treatment of chronic pain in patients with soft tissue and back injuries. *Spine* 1994;19:633-42.
18. Alaranta H, Rytökoski Ü, Rissanen A, Talo S, Rönnemaa T, Puukka P, et al. Intensive physical and psychosocial training program for patients with chronic low back pain. A controlled clinical trial. *Spine* 1994;12:1339-49.

19. Bendix AF, Bendix T, Aegter K, Lund C, Frolund L, Holm L. Multidisciplinary intensive treatment for chronic low back pain: a randomized, prospective study. *Cleve Clin J Med* 1996;63:62-9.
20. Bendix AF, Bendix T, Labriola M, Hastrup C, Ebbehof N. Functional restoration versus outpatient physical training in chronic low back pain. A randomized comparative study. *Spine* 2000;25:2494-500.
21. Collado A, Torres X, Arias A, Cerda D, Vilarrasa R, Valdes M, et al. Eficacia del tratamiento multidisciplinar del dolor crónico incapacitante del aparato locomotor. *Med Clin (Bar)* 2001;117:401-5.
22. Ruiz R, Collado A, Pagerols M, Álvarez C, Pichot C. Resultados del tratamiento multidisciplinar en 110 pacientes con dolor crónico no maligno incapacitante. *Dolor* 1993;8 (Supl):1.
23. Ruiz-Lopez R. Síndrome de dolor crónico asociado a incapacidad. En: Torres LM, editor. *Medicina del dolor*. Barcelona: Masson, 1997; p. 309-14.
24. Flor H, Fydrich T, Turk DC. Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers. A meta analytic review. *Pain* 1992; 49:221-30.
25. Cutler RB, Fishbain DA, Rosomoff HL, Abdel-Moty E, Khalil TM, Rosomoff RS. Does non surgical pain center treatment of chronic pain return patients to work? A review and meta-analysis of the literature. *Spine* 1994;19:643-52.
26. Maruta T, Malinchoc M, Offord KP, Colligan RC. Status of patients with chronic pain 13 years after treatment in a pain management center. *Pain* 1998;74:199-204.