

Abordaje multidisciplinar del dolor de espalda

El dolor es una experiencia emocional, subjetiva y compleja con repercusión física, psicológica, social y laboral. Esta repercusión se manifiesta con toda intensidad en pacientes con dolor crónico. Su evaluación y tratamiento debe hacerse siguiendo un modelo biopsicosocial. El enfoque multidisciplinar de tratamiento del dolor incluyendo aspectos médicos, psicológicos y físicos ha demostrado ser más eficaz que el tratamiento con una sola modalidad (1).

El dolor lumbar crónico es un ejemplo de esta complejidad. En un 80% de los pacientes el dolor no se correlaciona con alteraciones orgánicas, factores emocionales y sociales tienen un peso importante. Hay que evaluar dichos factores tanto en el diagnóstico como en el tratamiento.

Además el dolor lumbar es un problema de salud pública. La prevalencia anual varía entre el 15 y el 45%, con prevalencias puntuales del 30% (2). En un 22% de los pacientes el dolor les incapacita para sus actividades laborales y un 2% aproximado de trabajadores recibe compensación por este motivo. Es la causa más frecuente de limitación de la actividad laboral en individuos de menos de 50 años, ocupando el tercer lugar en mayores de esta edad. La media de número de días de baja por lumbalgia en nuestro país fue de 21,9 días en un estudio que valoraba el periodo entre los años 1993 y 1997 (3).

Los costes por incapacidad laboral transitoria por dolor pueden ascender a 3.065.161,73 € según un estudio de prevalencia del dolor en Cataluña (4). El coste total por paciente y por año oscila entre 1.333,31 €, 1.800,12 € (3) y 2.698,21 € (4).

El enorme coste social y económico de esta patología ha conducido a la búsqueda de tratamientos multidisciplinarios cuyos objetivos son además de aliviar el dolor, la disminución del déficit funcional, la reincorporación laboral y el tratamiento de las alteraciones psicopatológicas asociadas.

Desde finales de los años 70 (5) y a partir de los 80 se han publicado algunos trabajos basados en programas de tratamiento multidisciplinar para pacientes con dolor crónico no maligno demostrando un cierto interés por parte de los sistemas de atención sanitaria de los países occidentales (6). El mayor número va dirigido a pacientes con dolor de espalda.

En general los programas se desarrollan en régimen ambulatorio y en grupos reducidos, simultaneando a veces sesiones individuales. Los que dan mejores resultados son los programas intensivos de 5 y 7 horas diarias con una duración que oscila entre 3 y 8 semanas. Incluyen sesiones educativas sobre aspectos médicos, psicológicos y ocupacionales relacionados con el dolor y sesiones terapéuticas con técnicas médicas para el control del dolor, técnicas psicológicas, terapia física y terapia ocupacional individual y en la empresa (6-9).

Predecir el éxito es difícil. Se deben analizar las circunstancias individuales, condiciones del puesto de trabajo y aspectos de motivación. Los mejores resultados se obtienen cuando el paciente minimiza la percepción de invalidez. Más importante que la capacidad física es la percepción subjetiva, la experiencia y las expectativas de eficacia por parte del paciente (10).

Con la revisión de los resultados no queda claro si la mejoría merece el coste de estos tratamientos (11). La reincorporación al trabajo se valora como resultado. Se dan cifras de un 69% de reincorporación (6). Hay diferencia de resultados según los países. Estados Unidos tiene un porcentaje de reincorporación al trabajo superior a los países escandinavos quizás debido a los diferentes niveles de cobertura económica de los trabajadores con incapacidad (12). Una revisión de diez estudios randomizados concluye que un tratamiento intensivo multidisciplinar con un enfoque de rehabilitación bio-psicosocial y dirigido a la recuperación funcional mejora el dolor y la función, los tratamientos menos intensivos no demuestran resultados relevantes (13).

La implantación de estos tratamientos es reducida seguramente por su complejidad y coste. Sólo 23 de 9.019 citas sobre dolor de espalda incluían el concepto de tratamiento multidisciplinar. Esperemos que los trabajos realizados en nuestro ámbito como el de Moix, Cañellas y cols. publicado en este número, sirvan para concienciar a los gestores sanitarios del valor del coste global de esta patología y de la importancia de la multidisciplinariedad del tratamiento. El diseño de trabajos con rigor metodológico para demostrar su eficacia es responsabilidad nuestra. Tarea nada fácil.

M. Rull

Unidad del Dolor. Servicio de Anestesiología y Reanimación.
Hospital Universitario Juan XXIII. Tarragona

BIBLIOGRAFÍA

1. Pflingten M, Hildebrandt J, Leibing E, et al. Effectiveness of a multimodal treatment program for chronic low-back pain. *Pain* 1997; 73: 77-85.
2. Muñoz-Gómez J. Epidemiología del dolor lumbar crónico. En: Abordajes terapéuticos en el dolor lumbar crónico. Madrid: Ed. Fundación Grünenthal. 2003. p. 23-8.
3. González Viejo MA, Condon Huerta MJ. Incapacidad por dolor lumbar en España. *Med Clin* 2000; 114: 491-2.
4. Bosch F, Baños JE. Las repercusiones económicas del dolor en España. *Med Clin* 2000; 115: 639.
5. Newman R I, Seres J L, Yospe LP, Garlington B. Multidisciplinary treatment of chronic pain: long-term follow-up of low-back pain patients. *Pain* 1978; 4: 283-92.
6. Collado Cruz A, Torres Mata J, Arias Gassol A, et al. Eficacia del tratamiento multidisciplinario del dolor crónico incapacitante del aparato locomotor. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 401-5.
7. Hildebrandt J, Pflingsten M, Franz C, et al. Multidisciplinary treatment program for chronic low back pain, part 1. Overview. *Schmerz* 1996; 10: 190-203.
8. Saur P, Hildebrandt J, Pflingsten M, et al. Multidisciplinary treatment program for chronic low back pain, part 2. Somatic aspects. *Schmerz* 1996; 10: 237-53.
9. Pflingsten M, Franz C, Hildebrandt J, et al. Multidisciplinary treatment program for chronic low back pain, part 3. Psychosocial aspects. *Schmerz* 1996; 10: 326-44.

10. Pflingsten M, Hildebrandt J, Saur P, et al. Multidisciplinary treatment program for chronic low back pain, part 4. Prognosis of treatment outcome and final conclusions. *Schmerz* 1997; 11: 30-41.
11. Guzmán J, Esmail R, Karjalainen K, et al. Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. *BMJ* 2001; 322: 1511-6.
12. Pflingsten M. Functional restoration-it depends on an adequate mixture of treatment. *Schmerz* 2001; 15: 492-8.
13. Guzmán J, Esmail R, Karjalainen K, et al. Multidisciplinary bio- psycho-social rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane database of systematic reviews* 2002 (1). p. CD000963.