

## **Evaluación de la eficacia del tratamiento de lumbalgia**

Guadalupe Zaragoza Lemus\*, Uriah Guevara \*\*

\*Alumna de curso de la Clínica de Dolor, del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición, Salvador Zubirán. \*\*Jefe de la Clínica de Dolor del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición Salvador Zubirán.

<b>RESUMEN</b>	<b>ABSTRACT</b>
<p>Un estudio previo en la Clínica de Dolor identificó incidencia, prevalencia y principales causas de lumbalgia; continuando con este estudio, el objetivo principal ahora, fue identificar los tratamientos establecidos y su eficacia. Se aplicaron cuestionarios a 119 pacientes para identificar EVA, Escala de Funcionalidad de Roland y satisfacción de paciente respecto al manejo establecido. Los resultados mostraron que aumentó la incidencia de lumbalgia con 18.4%, edad promedio <math>61.7+/-9.5</math> años, predominó el sexo femenino. 36 pacientes se sometieron a tratamiento farmacológico, 8.4% tenían tratamiento de TENS, 26.8% recibió depósito esteroideo peridural, 4.20% con infiltración de puntos gatillo y 30.2% tenían terapias combinadas. Los mejores puntajes de funcionalidad (<math>p=0.02</math>) se correlacionaron con mejores resultados de EVA (<math>p=0.22</math>) y con dos tipos de tratamientos: depósito esteroideo y manejo multimodal. El tratamiento multimodal parece ser más eficaz que la modalidad única, el tratamiento con depósito esteroideo tuvo altos índices de funcionalidad como de mejoría; ambos sexos refirieron altos porcentajes de satisfacción.</p> <p><b>PALABRAS CLAVE:</b> Eficacia, funcionalidad, lumbalgia, tratamiento, satisfacción.</p>	<p>EVALUATION OF THE EFFICACY OF LOW BACK PAIN MANAGEMENT. Preliminary study in Pain Clinic identified incidence, prevalence and means etiology of LBP, the purpose of this study was to identify establishment management and your efficacy. 119 patients were assessed by a questionnaire, the tools used for measurement the outcomes was VAS, Roland functional disability scale and patient personal appraisal with respect to management. Results showed that incidence of LBP was 18.4%, average age <math>61.7+/-9.5</math>, gender predominate was female, 36 patients were under to something pharmacology management (30.2%), 8.4% under TENS, 26.8% with epidural steroid injections, 4.20% trigger points and 30.2% had a multimodal treatment. There wasn't difference between pain intensity and treatment establishment, likewise, personal report of satisfaction patient. Management multimodal is more efficacy than the unique modality. All patients referred high percentages of satisfaction.</p> <p>0 Efficacy, functional, low back pain, management, satisfaction.</p>

### **ANTECEDENTES**

El dolor de espalda bajo, continúa siendo un importante problema médico y problema socioeconómico (Waddell et al, 1996). La prevalencia a lo largo de toda la vida de una persona puede llegar al 85% de la población, los afectados se reincorporan rápidamente a su trabajo (Nachemson 1992). Las decisiones que llevan al manejo óptimo, no son fáciles de tomar para los médicos y terapistas involucrados en el cuidado de los pacientes con lumbalgia. Parece existir cierto excepticismo con respecto al tratamiento del dolor y los programas de rehabilitación, por parte de algunas autoridades y terceros pagadores (Turk, 1996).

Existen muchos tipos diferentes de tratamiento para el DBE, y se ha observado que un reducido número de pacientes genera una parte importante de los costos de la asistencia sanitaria. Algunas revisiones importantes indican, que los programas multidimensionales de rehabilitación del dolor son, en conjunto, razonablemente eficaces. Dos metanálisis de ensayos controlados, han demostrado que el tratamiento multidimensional es más eficaz que la ausencia de tratamiento o una modalidad única de tratamiento (Flor y cols 1992; Cutler y cols 1994).

En un estudio previo (Tellez et al 1998), en la clínica de dolor del INNSZ, se identificó que el grupo de edad de mayor incidencia de DBE, fue a partir de la 5 a la 7<sup>a</sup> década de la vida, donde la causa principal fueron las enfermedades

degenerativas, predominando la espondiloartrosis; del total de consultas anuales el DEB ocupó el 15.4% de la consulta externa.

El conocimiento del comportamiento de ésta patología, orienta a las unidades tratantes a continuar con los mismos esquemas y criterios de manejo, si es que se identifican parámetros de calidad que muestren control del dolor efectivo. En un estudio de población, se observó que el 6% de los pacientes realizaban casi la mitad de todas las visitas a los centros de salud. (Linton y cols, 1998).

Los gastos asociados a las bajas por enfermedad, las indemnizaciones y las jubilaciones anticipadas en el mundo occidental, tienen como causa principal la lumbalgia (Skovron 1992; Hall, 1998). Pese a los costos exorbitantes y ampliamente documentados del dolor musculoesquelético, es preciso adoptar una perspectiva más amplia de su impacto en esta unidad de dolor crónico.

El dolor de espalda bajo, es un síndrome complejo con alta prevalencia en todas las unidades hospitalarias de cualquier nivel de atención. El porcentaje de pacientes con DEB dentro del INNSZ es 15.4%, todos estos pacientes deben ser valorados bajo criterios médicos específicos que, redunden en una atención eficaz tanto a nivel diagnóstico como terapeútico; de lo contrario, los recursos humanos y financieros se desgastan en aras de el conocimiento empírico. El objetivo principal del estudio, fue identificar si el tratamiento establecido en los pacientes con lumbalgia es efectivo.

## MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO: Estudio prospectivo de cohorte, longitudinal, observacional.

Se estudiaron todos los pacientes con Dx. de Dolor Bajo de Espalda que acudieron a la Clínica de Dolor del INNCMSZ, para su estudio y tratamiento en el período comprendido de abril a noviembre del 2000. Fueron entrevistados aquellos pacientes que otorgaban su consentimiento, una vez elaborado su estudio clínico completo, se analizaba su tratamiento y evolución; para tal fin se aplicaron los siguientes instrumentos:

*Escala Visual Análoga\** (EVA).10 Medición Inicial y Actual de la Intensidad del Dolor, donde "0" representa ningún dolor y "10" representa "el peor dolor imaginado", y se obtenía el porcentaje de mejoría.

*Escala de Lumbalgia de Roland\**.11 Medición Actual del grado de Incapacidad respecto al grado de influencia que el dolor lumbar tiene sobre la actividad física.1 a 24 puntos; a menos puntos mayor incapacidad funcional.

*Satisfacción del paciente* respecto al tratamiento que se le estableció.12

Los datos demográficos se sometieron a promedios generales, desviación estándar y T-Students. Las variables de EVA se le sometió a prueba de correlación ANOVA, aplicando la siguiente relación tratamiento con Escala EVA, tratamiento con porcentaje de mejoría, Tratamiento con Escala de Roland, tratamiento con Satisfacción del Paciente. Se consideró significativo todo valor de  $p < 0.05$ .

## RESULTADOS

La muestra finalmente se conformó de 119 pacientes con una edad promedio de 61.71 años +/-9.53, el sexo de la muestra se distribuyó de la siguiente manera 69.7% para el femenino y 30.2% para el sexo masculino, con una relación 2.3: 1 respectivamente.

Edad, porcentaje de mejoría y puntuación de funcionalidad, no difirieron significativamente según el sexo de los pacientes como puede verse en la **tabla 1**.

Los porcentajes de mejoría correlacionaron de manera muy importante con los puntajes de la Escala de Funcionalidad ( $r=0.85$ ,  $p<0.0001$ ).

Tabla 1. Distribución de las variables por sexo  
1=femenino, 2=masculino

SEXO		PROMEDIO %		Desv. Y Err Stand		Valor de P
EDAD	FEM	1	61.75	9.55	1.05	0.94
	MASC	2	61.61	9.61	1.60	

% MEJORÍA	1	66.14	18.08	1.98	0.21
	2	61.94	13.90	2.32	
ESCALA DE ROLAND	1	17.59	3.35	0.37	0.31
	2	16.97	2.20	0.37	

Según el análisis de varianza (anova) los porcentajes de mejoría dependieron del tipo de tratamiento ( $p=0.006$ ). Los porcentajes de mejoría más altos (70.0+/-16.2) correspondieron al tratamiento mediante depósito esteroideo; y los más bajos al tratamiento con infiltración de puntos gatillo (42.0 +/-21.6), como se observa en la **Tabla 2**. Los tratamientos con porcentajes de mejoría más elevados fueron con esteroides peridurales, y, cuando se realizaba el tratamiento combinado. Correlativamente, los porcentajes más altos en la escala de funcionalidad corresponden a dichos tratamientos. Lo cual es lógico, dada la alta correlación entre el porcentaje de mejoría y puntos de funcionalidad.

Tabla 2. Relación del tipo de tratamiento con los resultados de mejoría y funcionalidad.					
TRATAMIENTO*	N	PROMEDIO	Desv Stand	Error Stand	
% MEJORÍA	1	36	63.33	14.98	2.50
	2	10	59.00	11.01	3.48
	3	32	70.00	16.26	2.88
	4	5	42.00	21.68	9.70
	5	36	66.67	17.73	2.95
TOTAL		119	64.87	16.98	1.56
FUNCIONALIDAD	1	36	17.25	2.55	.42
	2	10	17.10	2.60	.82
	3	32	18.34	3.02	.53
	4	5	13.40	5.77	2.58
	5	36	17.36	2.86	.48
TOTAL		119	17.40	3.05	.28

\*1.Fármacos orales, 2.TENS, 3.Depósito esteroideo,, 4.Puntos gatillos, 5 Combinado

Se aprecia que el porcentaje de mejoría y los puntos de funcionalidad también dependieron del diagnóstico; observándose que los mejores resultados se obtuvieron con los diagnósticos de espondilolisis, fracturas vertebrales, megapófisis, cirugía previa, trauma directo, fibromialgia. (Anova para % de mejoría  $p=0.020$ ; anova para funcionalidad y tipo de diagnóstico  $p=0.022$ ). No obstante, el diagnóstico de megapófisis sólo se identificó en 2 pacientes.

Para la variable de satisfacción, tanto hombres como mujeres refirieron similares porcentajes de satisfacción, (femenino 87.8% y masculino 86.1%)  $p=0.50$ . La satisfacción no estuvo relacionada con el tipo de diagnóstico ( $p=0.74$ ).

En cambio la satisfacción estuvo fuertemente relacionada con el tipo de tratamiento ( $p=0.003$ ). Los tratamientos farmacológico y depósito esteroideo fueron los que mayor reportaron satisfacción 94% y 93% respectivamente.

Tabla 3. Distribución del tratamiento en la población de estudio.				
	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	
	1	34	2	36

TRATAMIENTO	2	7	3	10
	3	30	2	32
	4	2	3	5
	5	30	6	36
	TOTAL		103	15

La satisfacción de la atención no estuvo relacionada con la edad pero si con el porcentaje de mejoría y con la funcionalidad. En la **tabla 4** se puede corroborar que los pacientes satisfechos tuvieron porcentajes de mejoría en un promedio de 68.6, en cambio los no satisfechos tuvieron porcentajes de mejoría muy bajos con un promedio de 40% ( $p=0.0001$ ). Similar diferencia se observa en cuanto a funcionalidad, satisfacción y funcionalidad ( 17.8 vs. 14.3,  $p=0.001$ ). Por último el tipo de tratamiento no difirió significativamente según el tipo de diagnóstico (  $p=0.26$ ).

Tabla 4. Correlación entre la satisfacción del paciente con la mejoría y la funcionalidad.						
SATISFACCIÓN*		N	PROMEDIO	Desv Stand	Error Stand	P
EDAD	1	103	61.61	9.30	.92	.943
	2	15	61.80	11.40	2.94	.953
% DE MEJORÍA	1	103	68.64	14.44	1.42	.0001
	2	15	40.00	11.34	2.93	.0001
FUNCIONALIDAD	1	103	17.88	2.70	2.70	.0001
	2	15	14.33	3.58	3.58	.002

## DISCUSIÓN

Este estudio se concibió como una segunda parte del artículo del Dr. Telles 5 para identificar de una forma, objetiva el estado actual y tratamiento de una de las patologías más comunes en todas las Clínicas de Dolor Crónico; es decir, Lumbalgia.

De tal manera la incidencia parece haberse elevado en el último año, pasó de 15.4% del total de consultas a 18.6%; esta incidencia debe observarse a la luz de reconocer que ésta es una institución hospitalaria donde, predominan los padecimientos crónico-degenerativos en una población cerrada, con el perfil que ha caracterizado al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición; así como el incremento de pacientes de la consulta total del instituto. Si bien es cierto que la lumbalgia se presenta con una prevalencia del 85% durante la vida de un individuo, al aumentar las expectativas de vida y gracias a los avances médicos, se incrementa la lumbalgia en edades avanzadas.

Dependiendo de la causa, la edad varía respecto a la lumbalgia, pero nuevamente la población predomina en la 6a. y 7a. década predominando las causas degenerativas y alteraciones mecánicas.

De inicio, el sexo femenino predominante de esta muestra, llama la atención, ya que la lumbalgia se ha considerado una enfermedad ocupacional de esfuerzo, de predominio masculino, pero dadas las características de la población en estudio, las enfermedades endocrinas e inmunológicas predominan (OAD, artritis reumatoide, osteoporosis) y esto podría explicar dicha prevalencia.

Aunque esta descrito que la mayoría de los pacientes que sufren lumbalgia obtienen mejoría, un pequeño porcentaje llega a continuar con dolor severo y por largos períodos. Son estos pacientes característicos de esta clínica de dolor, que requieren terapia pasiva repetitiva, manipulación, intervención quirúrgica; son bien tratados pero se ha fallado para aliviar los síntomas y la disfuncionalidad al 100%; en este estudio la correlación de más de 14 puntos en las mediciones objetivas, se relacionó al igual que Roland, el propio autor, con mejores resultados, y obviamente a satisfacción por parte del paciente y observamos un fenómeno importante, que aunque no se identificó mejoría objetiva por los instrumentos de evaluación en

general, la población está satisfecha con la atención en esta clínica. Los resultados absolutos nos dan resultados de mejoría límites (14 y 17 para funcionalidad y porcentajes de mejoría del 64%), aunque tienen significancia estadística en la práctica clínica de acuerdo con otros autores, los resultados no son definitivos.

Bajo el principio de la medicina basada en evidencias, la primera cuestión que debe ser interrogada ante cualquier tratamiento es: ¿funciona? Para ser considerado eficaz. Las inyecciones epidurales lumbares con esteroides han ganado una amplia aceptación como un tratamiento conservador para lumbalgia, particularmente radiculopatía, en nuestro trabajo también resultó tener un papel preponderante; sin embargo permanece como un tratamiento controversial. La agencia de lineamientos para Health Care Policy and Research coloca la calidad de evidencia para depósito esteroideo en una clase "C".<sup>13</sup> En este estudio mostró como una segunda alternativa, que será necesario identificar en un futuro.

Los resultados de cualquier evaluación pueden categorizarse dentro de resultados financieros, de satisfacción, clínicos y funcionales. La satisfacción es probablemente el sistema más consistente. Aunque la forma de colección de datos varía, la cuestión básica es: ¿está el cliente satisfecho con los elementos varios del servicio?. En este estudio se muestra claramente que en esta clínica del dolor, si lo están con significancia estadística clara.

Los resultados clínicos tales como el grado de movimiento, estiramiento y sensación, valorados frecuentemente por los terapeutas físicos durante meses y años de evolución.

Los resultados funcionales se pueden integrar a los resultados clínicos: lo cual implica primero obtener la información clínica, y su efecto sobre la función? La valoración de los resultados financieros tradicionalmente se han estimado en base a los programas de reembolso de los sistemas de salud; en este estudio no fueron considerados por inexistentes. Sin embargo, se puede establecer una apreciación general en base a: número de visitas, cargos por consulta, tiempo por consulta, costos por consulta y variables que denotan el impacto financiero. El actual enfoque sobre el valor fomenta la interrelación entre los sistemas de resultados. El valor consiste en la calidad dividida de los costos. El costo es dado por los resultados financieros, y la calidad son los resultados funcionales. El dolor es una medición que siempre ha tenido un enfoque clínico, pero tiene implicaciones funcionales directas y es una importante medición de resultados. Esta relación se demuestra en el Disability Questionnaire de Roland, en la cual el grado de función se describió por el grado de influencia que el dolor tiene sobre la actividad física.

Al igual que otros autores, 4, 5 se identificó que el tratamiento multidimensional es más eficaz que la ausencia de tratamiento o la modalidad única. En este estudio no fue posible documentar el estado del tratamiento psicológico y de la terapia física; pero es necesario marcar que éstas fueron proporcionadas por la clínica de dolor, en donde la rehabilitación física y apoyo psicológico forman parte del enfoque multidisciplinario de la patología (alivio del dolor total).<sup>14</sup>

Finalmente, consideramos que la evaluación del paciente con lumbalgia, además de compleja debe efectuarse atendiendo no sólo exclusivamente al control o no del dolor, sino que existen indicadores más sensibles de mejoría como los atendidos en este estudio, y otros que por su complejidad no fueron estudiados, sin embargo, entre los que podríamos destacar serían, Integración laboral, financiera, social, familiar; la función y estado de bienestar físico y psicoafectivo, lo que nos lleva a entender los hallazgos clínicos en relación a los asuntos de funcionalidad diaria, y poder reconocer el grado de estrés psicológico en cada uno; aún nos falta mucho por hacer, pero se tiene entendido que es necesario integrar el manejo multidisciplinario en esta patología.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Waddell G. Low Back Pain: A twentieth century health care enigma. Spine1996 Dec 15; 21 (24): 2820-5.
2. Nachemson AL, Newest knowledge of Low Back Pain. A critical look. Clin Orthop 1992 Jun; (279): 8-20 Review
3. Turk DC, Okifuji A. Perception of traumatic onset, compensation status, and physical findings: impact on pain. J Behav Med 1996 Oct; 19 (5): 435-53.
4. Flor H., Fydrich, T and Turk. D.C., Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: A meta-analytic review, Pain, 1992;49: 221-230.
5. Cutler, R.B., Fishbain, D. A., Rosomoff, H.L., Abdel-Moty, E, Khalil, T. M. And Rosomoff, R.S. , Does nonsurgical pain center treatment of chronic pain return patients to work? A review and meta-analysis of the literature, Spine, 1994;19: 643-652.
6. Telles, M. Guevara, LU, DeLille RF. Frecuencia, Manejo y Evolución de Lumbalgia y Radiculopatía: análisis

de 5 años de experiencia de la clínica de dolor del INNSZ. Medicina Perioperatoria 1998; Vol 2: No.1, mayo-agosto, 24-30.

7. Linton S, Hallden K. Can we screen for problematic back pain? A Screening questionnaire for predicting outcome in acute and subacute back pain. The Clinical Journal of Pain. 1998; 14: 209-215.
8. Skovron T, balague F, Nordin M, Recovery pof severe sciatica. Spine 1999, Dec 1; 24 (23) 2516-24.
9. Hall H, McIntosh G, Wilson L Melles T. Spontaneus Onset of Back Pain. The Clinical Journal of Pain 1998;14:129-133.
10. Ho K, Spence J, Murphy MF: Preview of pain-measurement tools. Ann Emerg Med 1996; 24: 427-432.
11. Roland M, Morris R: A study of the natural history of back pain. Part I: developed of a reliable and sensitive measure of disability in low back pain. Spine 1983;8:141-144.
12. Pain Outcomes. Shunk C, en Murray G: Orthopeadic Physical therapy clinics of North America 1<sup>a</sup> Ed Saunders Company.9: 1, March, 2000, 89-17.
13. Koller. Lettters to the Editor. Lumbar epidural steroid injections: Is a Clinical Trial necessary or appropriate? Regional Anesthesia and Pain Medicine 1999; 24: (1): 5-7.
14. Rose-Innaes, Engstrom J. Low Back pain: An algorithmic approach to diagnosis and management. Geriatric October 1998; 53: 10 26-41.