

El dolor lumbar i el seu tractament fisioterapèutic

Albert Bigordà

Societat Catalano-Balear de Fisioteràpia. Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears. Barcelona.

Introducció

La lumbàlgia s'està convertint en un problema sanitari, social i econòmic preocupant a causa de la seva prevalença i les conseqüències que té en la salut de les persones. A Catalunya, la lumbàlgia és la primera causa de restricció de l'activitat i de dies perduts en el treball dins de les malalties osteomusculars. Destaca, també, que és el principal motiu de consulta en atenció primària i especialitzada de rehabilitació, reumatologia i unitats del dolor, i representa el primer problema de salut crònic de la població catalana^{1,2}. La zona lumbar, per la seva funció de suport i mobilitat de la part superior del cos, es mostra propensa a presentar episodis de dolor. Normalment, en la majoria dels casos no acostumen a ser greus i es resolen aviat; no obstant això, la seva recurrència és rellevant i aquests episodis poden succeir-se de manera intermitent en els següents mesos i anys, i poden, per tant, arribar a convertir-se en un dolor crònic. Les conseqüències poden arribar a ser molt molestes per al pacient, provocant un dolor lumbar important i greus discapacitats que poden arribar a invalidar-lo socialment i laboralment. Cal dir també que per als governs la patologia lumbar és un important llast que genera alts costos socials, laborals i sanitaris. Per fer-hi front, equips multidisciplinaris en els centres de salut tracten diàriament nombrosos pacients amb aquest dolor. Un dels membres d'aquests equips és el fisioterapeuta que disposa d'un variat ventall de tècniques de tractament per prevenir, mitigar o/i curar aquesta afecció.

El present article té per objectiu donar a conèixer els punts claus epidemiològics de la lumbàlgia inespecífica, els mètodes de seguiment i avaluació i les recomanacions per al seu tractament fisioterapèutic segons l'evidència científica.

El dolor lumbar

La lumbàlgia es defineix com aquell dolor localitzat entre el límit inferior de les costelles i de les natges, la intensitat

del qual varia en funció de les postures i de l'activitat física, que sol acompanyar-se de limitació dolorosa del moviment i pot associar-se a dolor referit o irradiat³.

Per classificar diagnòsticament els pacients amb dolor lumbar es recomana tenir presents els "senyals d'alerta" i distribuir-los en tres grups: 1) lumbàlgies provocades per malalties sistèmiques (com ara espondilitis, o afeccions infeccioses, vasculars, metabòliques, endocrines o neoplàstiques), 2) lumbàlgies causades per compressió radicular que requereix valoració quirúrgica i 3) lumbàlgies de causa inespecífica⁴. En la majoria dels casos la causa serà inespecífica. S'estima que el dolor present en un 85% dels pacients no és atribuïble a una patologia específica (fractura, traumatisme directe o malaltia sistèmica) o a una invasió neurològica; per tant, les causes específiques que generen la lumbàlgia són poc freqüents (inferior a un 15%)⁵. També es considerarà lumbàlgia inespecífica aquelles alteracions relacionades amb l'estàtica o la dinàmica de la columna vertebral, l'espondilosi, l'espondilolistesi, l'escoliosi, lesions discals o facetàries..., ja que aquestes lesions s'observen tant en subjectes simptomàtics com en els que no ho són. Sovint també es constata que la simptomatologia, la patologia i les troballes radiològiques en la lumbàlgia es correlacionen poc⁶.

El factor de risc més rellevant per patir un episodi de mal d'esquena és haver presentat anteriorment un altre esdeveniment; així, els pacients amb antecedents de dolor lumbar tenen el doble de probabilitat de patir un nou succés al cap de 12 mesos de l'episodi inicial⁷. A part d'aquest, altres factors de risc més freqüentment esmentats són el treball físic pesat –que exigeixi freqüents flexions, torsions, elevacions, empeses i tiratges–, els treballs repetitius, les postures estàtiques i les vibracions; i entre els factors de risc psicosocials es detalla l'estrès, l'angoixa, l'ansietat, la depressió, la disfunció cognitiva, el comportament de malalt, la insatisfacció laboral i l'estrès mental en el treball. Cal dir, però, que aquests factors de risc tenen una evidència limitada, i els que estan ben documentats sovint tenen una mida d'efecte petita^{8,9}. També s'han afegit a aquesta llista altres factors psicosocials que poden incrementar el risc de desenvolupar o perpetuar la discapacitat i la incapacitat laboral associada al dolor lumbar: creences errònies sobre les causes, l'evolució o el tractament (com ara creure que el mal d'esquena està

Correspondència: Albert Bigordà Sagué
Av. Garrigues, 6, 2B
25001 Lleida
Mòbil 656 360 033
Adreça electrònica: albertbs@gmail.com

relacionat amb una lesió greu i irreversible, o més confiança en els tractaments passius que en les pròpies actituds actives); conductes inadequades (com ara conductes de por i evitació, o reducció del grau d'activitat més enllà del que condiciona el dolor); problemes emocionals (com ara la tendència a la tristesa o l'aïllament social), o factors laborals (com ara la falta de suport a la feina, conflictes o litigis). Novament, però, l'evidència que els recolza segueix sent limitada¹⁰. Posteriorment Hayden conclou, mitjançant una revisió sistemàtica, que només una petita llista de factors han estat consistentment exposats per la literatura: major edat, salut general deficient, increment de l'estrès psicològic o psicosocial, males relacions amb els companys, treball físic pesat, pitjor discapacitat funcional basal, ciàtica, i la presència d'indemnitzacions. No obstant això, també s'exposa que no es pot confiar plenament en aquestes conclusions¹¹.

La prevalença vital se situa entre un 70% i un 85%, l'anyal entre el 15% i el 45% i la puntual entre el 12% i el 33%¹²⁻¹⁴. Publicacions nacionals informen de prevalences per períodes d'estudi de 6 mesos del 44,8% i prevalences puntuals entre l'11,9% i el 14,8%^{15,16}. Pel que fa a les diferències segons edat i sexe, es conclou que el dolor lumbar en nens i adolescents, com en els adults, és una condició comuna, la prevalença se situa en el 20% en períodes d'estudi entre un i dos anys¹⁷. Per als majors de 65 anys no es coneix amb certesa a causa de l'escassa representació que tenen aquests en la literatura, però aquesta no és comparable amb la de la població més jove¹⁸. El dolor lumbar és igual de comú entre homes i dones però la discapacitat és més comuna entre les dones¹².

Les manifestacions clíniques més destacades són el dolor i la incapacitat funcional que hi està associada. El dolor es localitza a la part baixa de l'esquena, té característiques mecàniques i sol acompanyar-se de limitació de l'activitat de la vida diària¹⁹. Un estudi nacional va constatar que el 31% dels que van manifestar patir dolor el van descriure d'intens a insuportable (nota superior a 5 en l'escala visual del dolor de 0 a 10), el 15% va haver de romandre al llit pel dolor en algun moment de l'evolució (en un període d'estudi de 6 mesos) i el 10% dels afectats es trobava en situació d'incapacitat laboral en el moment de l'entrevista. La prevalença puntual de la lumbàlgia aguda incapacitant entre els adults espanyols es va establir al 3%. També es va objectivar que la qualitat de vida era significativament pitjor en els subjectes amb lumbàlgia, tant en l'escala física com mental¹⁵.

El pronòstic s'ha considerat tradicionalment favorable, amb taxes de recuperació del 60-70% al cap de 6 setmanes i del 80-90% al cap de 12 setmanes. No obstant això, transcorreguts tres mesos de l'episodi inicial, els nivells de dolor, discapacitat i de tornada a la feina es mantenen gairebé constants i la recuperació es mostra lenta i incer-

ta¹². S'afegeix que entre el 42% i el 75% dels individus experimenten dolor transcorregut un any del primer episodi i el percentatge que experimenta recaigudes de dolor se situa entre el 44% i el 78%^{7,21}.

Els costos econòmics derivats no són gens menyspreables. Un estudi nacional²² sobre el període 2000-2004 exposava que el dolor lumbar va suposar el 12,54% del total de baixes laborals, fet que es va traduir en un cost mitjà anual de 162.758.473 euros en jornades laborals no treballades. Cal recordar que no s'inclouen despeses sanitàries ni altres despeses indirectes, que encara haguesin engrandit més la quantitat. Una altra advertència que realitzaven els autors és que aquestes xifres seguien una evolució ascendent rellevant quan es comparaven amb un estudi anterior²³ de 1993-1997. El nombre d'episodis per lumbàlgia en 11 anys (1993-2004) va augmentar un 183,8%, això es va traduir en un augment del 220% del cost anual per dolor lumbar.

Valoració i seguiment

Prendran especial rellevància els dos aspectes més definitoris de la clínica, que són el dolor i la discapacitat funcional. Altres variables també han estat proposades per a l'avaluació dels resultats de les intervencions realitzades sobre els pacients amb trastorns de columna: l'estat general de salut, la discapacitat laboral i la satisfacció del pacient²⁴. S'exposen a continuació els diferents mètodes d'avaluació plantejats.

Per estudiar *la intensitat del dolor* lumbar i/o ciàtic es poden utilitzar tres tipus d'escals: l'analgica visual, la de qualificació verbal o la de qualificació numèrica²⁵. Destaca l'escala analgica visual (EVA)²⁶ per ser la més utilitzada per a la valoració del dolor per la seva senzillesa i funcionalitat. Respecte a *la funcionalitat en relació al dolor*, es recomana²⁴ l'ús del qüestionari de Roland-Morris Disability Questionnaire (RDQ) o el Oswestry Disability Index (ODI), ambdós disponibles i validats en espanyol^{27,28}. El més idoni per mesurar la discapacitat lleu o moderada sembla ser l'RDQ, mentre que per a un pacient amb discapacitat greu persistent, que sol ser el pacient més freqüent en els serveis de rehabilitació, es mostra més adequat l'ODI per discriminar millor les diferències de discapacitat funcional²⁹. Una altra faceta que es planteja valorar és *l'estat general de salut*. En algunes ocasions, s'han utilitzat qüestionaris com pot ser l'SF-36 per al seguiment de la patologia vertebral; no obstant això, cal dir que aquests són menys sensibles per detectar canvis clínics en la funcionalitat lumbar en comparació amb els específics³⁰. En referència a l'avaluació de la *situació laboral*, encara que l'evidència epidemiològica sembla reconèixer que el tipus de treball pot influir en el desenvolupament de les malalties musculoesquelètiques, no està clar el grau d'influència i els factors associats a aquesta.

De la mateixa manera, tampoc es disposa d'instruments suficientment desenvolupats i validats per al mesurament de les limitacions laborals. Davant l'absència d'un acord s'aconsella la valoració de la situació laboral a l'inici i al final del seguiment, i el temps d'incapacitat laboral³⁰. El grau de satisfacció del pacient es reconeix com una dada important a tenir present ja que ofereix l'expressió subjectiva viscuda pel pacient del desenvolupament del tractament i del resultat. Malgrat això, no hi ha un instrument de mesura consensuat per avaluar aquest aspecte²⁴. Davant la manca de consens, es recomana avaluar la satisfacció amb el tractament rebut i amb el seu resultat final, de manera independent, mitjançant preguntes globals i incloure una pregunta oberta perquè els pacients puguin expressar les seves impressions i suggeriments³⁰. *Altres mesures d'avaluació* s'han deixat d'utilitzar per la insuficient correlació que tenen amb la patologia. L'exploració física i les valoracions objectives de la funció, com el rang de moviment o la força de l'esquena, no estan associats, o només dèbilment, amb els resultats més rellevants per als pacients, com ara l'alleviament dels símptomes, el funcionament diari i el treball²⁵. Les proves complementàries d'imatge, encara que són de gran utilitat per descartar patologia específica, en la lumbàlgia tampoc aporten informació rellevant sobre la situació clínica del pacient i la seva evolució⁶.

El criteri que s'ha d'utilitzar per determinar quin ha de ser el valor perquè existeixi una diferència clínicament significativa en l'evolució d'un pacient en les diferents escales de valoració no està clar. Ostelo³¹ proposa un mínim de 35 mm per al dolor agut i de 25 mm per al dolor crònic lumbar en l'escala analògica visual i un mínim de 10 punts per al qüestionari d'Oswestry. No obstant això, com s'ha dit anteriorment, aquest valor no s'hauria de considerar com una xifra exacta, sinó com un indicador més.

Tractament fisioterapèutic

El ventall de tècniques destinades al tractament del dolor lumbar és ampli i variat sent en ocasions molt heterogènia la teràpia que finalment s'utilitza. Per facilitar la tasca diària dels professionals i aportar justificació al tractament, s'han elaborat guies de pràctica clínica (GPC) en els diferents països i regions que es basen en la literatura científica biomèdica.

Per al tractament de la lumbàlgia inespecífica aguda, considerant aquell dolor inferior a 3 mesos, les GPC europea i espanyola^{3,8} recomanen les següents tècniques: assessorar el pacient (donar informació positiva i tranquil·litzadora, no prescriure repòs al llit i aconsellar al pacient mantenir-se actiu i continuar normalment les activitats de la vida diària, incloent el treball si és possible), i davant la possibilitat de no millora poden considerar-se les manipulacions espinals, els programes de tractament multi-

disciplinaris i la neuroreflexoteràpia. La GPC del Col·legi Americà de Metges i la Societat del Dolor³² recomana igualment l'assessorament juntament amb recomanacions d'autocura, com l'aplicació superficial de calor; i en cas que no hi hagi millora plantegen l'adhesió de manipulació espinal, programes de rehabilitació multidisciplinària i programes de restauració funcional amb un component cognitiu-conductual.

Per al tractament del dolor lumbar crònic, entenent aquell persistent durant almenys 3 mesos, les GPC europea i espanyola^{3,4} recomanen: la teràpia cognitiva-conductual, l'exercici, les intervencions educatives breus i els programes multidisciplinaris. L'escola d'esquena, els programes curts de manipulació, la neuroreflexoteràpia i l'estimulació nerviosa elèctrica percutània poden també ser considerats. El Col·legi Americà de Metges³² proposa tenir en compte l'acupuntura, l'exercici, el massatge, el ioga, la teràpia cognitiva-conductual o la relaxació progressiva, les manipulacions espinals i la rehabilitació multidisciplinària.

La resta de GPC (com l'australiana, canadenca, anglesa, francesa, alemanya, nova zelandsa, entre d'altres) aporten recomanacions similars o pròximes en estar basades totes elles en les publicacions internacionals existents^{33,34}.

Referent a la rendibilitat de les intervencions, cal destacar que la rehabilitació interdisciplinària, l'exercici, l'acupuntura, la manipulació espinal, la teràpia cognitiva-conductual i la neuroreflexoteràpia van ser valorats com rendibles i, per tant, cost-eficaços per al tractament de la lumbàlgia subaguda o crònica. No obstant això, l'assessorament presentava resultats inconsistents i la rendibilitat del massatge exclusivament semblava poc probable^{35,36}.

Conclusió

El mal d'esquena s'està convertint en un trastorn rellevant de salut entre la població general. Una manera de combatre'l i de facilitar la tasca dels professionals és divulgar la recerca i la investigació realitzada en aquest camp. Un millor coneixement d'aquesta afecció repercutirà positivament en l'assistència dispensada als nostres centres de salut i una major implementació de l'evidència a la pràctica diària. Seguir aprofundint en el coneixement d'aquesta afecció es presenta com un repte i una oportunitat per avançar cap al tractament òptim.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Pla director de malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor. Barcelona: Departament de Salut; 2010.
2. Departament de Salut. Els catalans opinen de la seva salut i dels serveis sanitaris. Enquesta de salut de Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2006.

3. Grupo ESPAÑOL de trabajo del programa europeo Cost B13. Guía de práctica clínica para la lumbalgia inespecífica. [consulta feta el 15 de desembre de 2005]. Disponible a: www.reide.org.
4. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klaber-Moffet J, Kovacs F, et al, on behalf of the COST B13 Working Group on Guidelines for Chronic Low Back Pain. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J*. 2006;15:192-300.
5. Deyo RA, Rainville J, Kent DL. What can the history and physical examination tell us about low back pain? *JAMA*. 1992;268:760-5.
6. Van Tulder MW, Assendelft WJ, Koes BW, Bouter LM. Spinal radiographic findings and nonspecific low back pain. A systematic review of observational studies. *Spine*. 1997;22(4):427-434.
7. Hestbaek L, Leboeuf-Yde C, Manniche C. Low back pain: what is the long-term course? A review of studies of general patient populations. *Eur Spine J*. 2003;12(2):149-165.
8. Van Tulder M, Becker A, Bekkering T, Breen, A, del Real MT, Hutchinson A, et al. Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J*. 2006;15:169-91.
9. Burton A, Balagué F, Cardon G, Eriksen H, Henrotin Y, Lahad A, et al. Chapter 2 European guidelines for prevention in low back pain. *Eur Spine J*. 2006;11(0):136-168.
10. Kendall NAS, Linton SJ, Main CJ. Guide to assessing psychosocial yellow flags in acute low back pain: risk factors for long-term disability and work loss. Accident Rehabilitation & Compensation Insurance Corporation of New Zealand and the National Health Committee. Wellington: New Zealand; 1997.
11. Hayden JA, Chou R, Hogg-Johnson S, Bombardier C. Systematic reviews of low back pain prognosis had variable methods and results-guidance for future prognosis reviews. *J Clin Epidemiol*. 2009;62(8):781-796.
12. Anderson GB. Epidemiological features of chronic low-back pain. *Lancet*. 1999;354(9178):581-585.
13. Manchikanti L, Singh V, Datta S, Cohen SP, Hirsch JA, et al. Comprehensive review of epidemiology, scope, and impact of spinal pain. *Pain Physician*. 2009;12(4):E35-70.
14. Walker BF. The prevalence of low back pain: a systematic review of the literature from 1966 to 1998. *J Spinal Disord*. 2000;13(3):205-217.
15. Humbría A, Carmona L, Peña JL, Ortiz AM. Impacto poblacional del dolor lumbar en España: resultados del estudio EPISER. *Rev Esp Reumatol*. 2002;29(10):471-478.
16. Catala E, Reig E, Artes M, Aliaga L, Lopez JS, Segu JL. Prevalence of pain in the Spanish population: telephone survey in 5000 homes. *Eur J Pain*. 2002;6(2):133-140.
17. Jones GT, Macfarlane GJ. Epidemiology of low back pain in children and adolescents. *Arch Dis Child*. 2005;90(3):312-316.
18. Bressler HB, Keyes WJ, Rochon PA, Badley E. The prevalence of low back pain in the elderly. A systematic review of the literature. *Spine*. 1999;24(17):1813-1819.
19. Koes BW, Van Tulder MW, Thomas S. Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ*. 2006;332(7555):1430-1434.
20. Pangel LH, Herbert RD, Maher CG, Refshauge KM. Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *BMJ*. 2003;327(7410):323.
21. Croft PR, Macfarlane GJ, Papageorgiou AC, Thomas E, Silman AJ. Outcome of low back pain in general practice: a prospective study. *BMJ*. 1998;316(7141):1356-1359.
22. Salvans MM, Gonzalez MA. Incapacidad por dolor lumbar en España de 2000 a 2004. *Med Clin (Barc)*. 2008;131(8):319.
23. Gonzalez MA, Condon MJ. Incapacidad por dolor lumbar en España. *Med Clin (Barc)*. 2000;114(13):491-492.
24. Bombardier C. Outcome assessments in the evaluation of treatment of spinal disorders: summary and general recommendations. *Spine*. 2000;25(24):3100-3103.
25. Balagué F, Mannion AF, Pellisé F, Cedraschi C. Clinical update: low back pain. *Lancet*. 2007;369(9563):726-728.
26. Huskisson E. Measurement of pain. *Lancet*. 1974;2:1127-1131.
27. Kovacs FM, Llobera J, Gil Del Real MT, Abaira V, Gestoso M, Fernández C. Validation of the spanish version of the Roland-Morris questionnaire. *Spine*. 2002;27(5):538-42.
28. Florez M, García M, García F, Armenteros J, Alvarez A, Martinez M. Adaptación transcultural a la población española de la escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry. *Rehabilitación (Madr)*. 1995;29:138-145.
29. Roland M, Fairbank J. The Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire. *Spine*. 2000;25:3115-3124.
30. Ayerbe J, Sousa P. Evaluación de resultados en cirugía raquídea lumbar: la perspectiva del paciente. *Neurocirugía (Astur)*. 2004;15(5):447-457.
31. Ostelo RW, de Vet HC. Clinically important outcomes in low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2005;19(4):593-607.
32. Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT, Shekelle P, et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med*. 2007;147(7):478-91.
33. Dagenais S, Tricco AC, Haldeman S. Synthesis of recommendations for the assessment and management of low back pain from recent clinical practice guidelines. *Spine J*. 2010;20(6):514-29.
34. Koes BW, van Tulder M, Lin CW, Macedo LG, McAuley J, Maher C. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *Eur Spine J*. 2010;19(12):2075-94.
35. Kovacs FM, Llobera J, Abaira V, Lázaro P, Pozo F, Kleinbaum D. Effectiveness and cost-effectiveness analysis of neuroreflexotherapy for subacute and chronic low back pain in routine general practice: a cluster randomized, controlled trial. *Spine*. 2002;27(11):1149-59.
36. Lin CW, Haas M, Maher CG, Machado LA, van Tulder MW. Cost-effectiveness of guideline-endorsed treatments for low back pain: a systematic review. *Eur Spine J*. 2011;20(7):1024-38.