

INVESTIGACIÓN
INVESTIGACIÓN
2007



**RECUPERACIÓN FUNCIONAL
EN LA LUMBALGIA INCAPACITANTE:
EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN
COGNITIVO-CONDUCTUAL TEMPRANA.**

FUNDACIÓN MAPFRE

www.fundacionmapfre.com

Autor

Leticia León Mateos

Doctor en Psicología.

Juan Ángel Jover Jover

Doctor en Medicina.

Responsable de servicio. Jefe de sección de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos.

Estíbaliz Loza Santamaría

Licenciada en medicina y Cirugía.

Hospital Clínico San Carlos.

Miguel Ángel Pérez Nieto

Doctor en Psicología.

Índice

1.	Resumen	4
2.	Antecedentes y estado actual del tema	4
2.1.	Introducción	4
2.2.	Lumbalgia e incapacidad laboral. Factores de riesgo de incapacidad	4
2.3.	Intervención cognitivo-conductual complementaria al programa IT-ME	5
2.4.	Justificación del presente proyecto	5
3.	Desarrollo	6
3.1.	Hipótesis	6
3.2.	Objetivo principal	6
3.3.	Metodología	6
3.3.1.	Sujetos de estudio	6
3.3.2.	Descripción y características de las variables	6
3.3.3.	Procedimiento	6
3.3.4.	Análisis de los datos	6
3.3.5.	Recogida y paso a soporte magnético de los datos	7
3.3.6.	Limitaciones del estudio	7
4.	Bibliografía	7

1. RESUMEN

Objetivo: Analizar la eficacia de una intervención cognitivo-conductual realizada de forma temprana en la recuperación funcional de la lumbalgia que ocasiona incapacidad laboral.

Diseño: Estudio prospectivo de análisis coste/eficacia de un año de duración.

Ámbito del estudio: Área sanitaria 7 de la Comunidad de Madrid (CM).

Sujetos del estudio: Sujetos con incapacidad temporal ocasionado por lumbalgia atendidos en el programa IT-ME que no fueron capaces de reincorporarse a su trabajo en un plazo de 4 semanas, y entraron en la segunda fase del programa, recibiendo una intervención cognitivo-conductual complementaria entre Octubre de 2004 y Abril de 2007.

Instrumentalización: Se analizará la eficacia del programa en términos de: duración global de los episodios de baja durante el programa, número y duración de episodios de recaída, coste-eficacia del programa, y percepción subjetiva del paciente acerca de su discapacidad, estado de salud y calidad de vida.

Determinaciones: Evaluación de la eficacia global del programa atendiendo a un conjunto de medidas de evaluación.

2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

2.1. Introducción

El dolor de espalda puede dividirse según la zona de afectación en dorsal, lumbar o dorsolumbar si afecta a ambas zonas. La mayoría de los estudios van a referirse a lumbalgia o dolor lumbar. Tiene diversas etiologías: mecánica o degenerativa (artrosis...), traumática (como consecuencia de accidente de tráfico, laboral, caída o lesión deportiva...), inflamatoria (consecuencia de procesos reumáticos, infecciones...), neurológica, consecuencia de malformaciones, proceso canceroso, etc...

La incidencia y prevalencia del dolor lumbar en la población general es muy elevada. El informe Nuprin (1) fue una de las primeras encuestas epidemiológicas con muestra amplia. Se realizó en Estados Unidos, y encontró que el 56% de los encuestados informó haber padecido al menos un episodio de dolor lumbar en los 12 meses anteriores. Girolamo (2) revisó doce trabajos realizados en Estados Unidos, Israel y algunos países europeos (Dinamarca, Holanda, Suecia, Italia y Finlandia) que estudiaban la prevalencia del dolor lumbar. Los datos globales indican que entre el 50 y el 75% de los sujetos decía haber padecido dolor lumbar en algún momento de su vida. La mayoría de los episodios de dolor lumbar ocurría entre los 25 y los 55 años, y no parecía haber unas claras diferencias entre sexos.

Según Muñoz-Gómez (3), el estudio epidemiológico del dolor lumbar presenta graves dificultades, ya que no

existe acuerdo en su clasificación, falta evidencia objetiva, el proceso tiene características intermitentes y la influencia de factores legales, sociales, psicológicos y laborales sobre la morbilidad y las consecuencias alteran mucho los resultados. Todos estos aspectos hacen que las cifras que tenemos a mano sean como mucho, aproximadas y que la mayoría de datos se refieran a prevalencia, lo cual hace difícil calcular la causalidad.

Al recoger un resumen de la problemática, el autor encuentra que las estadísticas nacionales de los EEUU indican una prevalencia anual entre un 15-20%. Es la causa más frecuente de limitación de la actividad en menores de 45 años, segunda causa de visita al médico, 5º motivo de hospitalización y tercer motivo de cirugía. Las hospitalizaciones no quirúrgicas disminuyeron en los 80, mientras que los procedimientos y hospitalizaciones quirúrgicas aumentaron. Un 1% de la población de EEUU está incapacitada crónicamente por dolor lumbar, y otro porcentaje lo está temporalmente. Alrededor del 2% de la población laboral estadounidense recibe compensaciones cada año, para un total de unos 500.000 episodios.

En Europa es responsable de entre el 10-15% de bajas con aumento de los días de trabajo perdidos por el trabajador. La prevalencia anual es del 25-45% terminando con dolor crónico entre el 3-7%. La prevalencia en la vida de dolor vertebral es superior al 70% en los países industriales. Una cuarta parte tienen ciática, las bajas por ciática exceden ampliamente a las de dolor lumbar. La prevalencia de herniación discal en la vida, oscila entre un 1 y 3%.

En resumen, la lumbalgia incapacitante se ha convertido en un problema de complejidad creciente, representando un reto para la empleabilidad de los trabajadores, la productividad de las empresas, y para la capacidad de los sistemas de salud y de seguridad social.

2.2. Lumbalgia e incapacidad laboral. Factores de riesgo de incapacidad

La búsqueda de factores predictivos de incapacidad laboral en la lumbalgia crónica, es uno de los temas de estudio más importantes, ya que la identificación precoz de los sujetos con riesgo permitiría dirigir los esfuerzos hacia ellos y reducir la invalidez. Todos los estudios confirman que los factores sociales, psicológicos y laborales son más importantes que los físicos.

Factores diagnósticos. Tienen poco impacto sobre la incapacidad. El 90% de lumbalgias con compensación económica, no tienen diagnóstico específico.

Factores terapéuticos. Reposo prolongado. Cirugía mal indicada.

Niveles educativos e ingresos: Bajo nivel cultural o bajos ingresos se relacionan positivamente con dolor lumbar.

Factores laborales. Insatisfacción, ambientes desagradables, tareas repetitivas, son variables que se asocian independientemente con incapacidad. También la relación del trabajador con jefes y compañeros tiene importancia predictiva.

Percepción de daño y compensación

Los sujetos que contactan con un abogado o asesor tiene un porcentaje de incapacidad más elevado, que los que no lo han hecho.

Duración de la incapacidad. Es el factor predictor más importante. A los 6 meses la probabilidad de volver al trabajo es del 50%. Al año es del 20%, a los dos años, prácticamente nula.

Sistema de compensación. Los sistemas que requieren largas evaluaciones, durante las cuales el paciente se adapta al rol de enfermo, aumentan la posibilidad de incapacidad.

Factores psicológicos. La prevalencia de trastornos psiquiátricos en dolor lumbar crónico es muy elevada y llega al 79-80% en especial trastornos de la personalidad, depresión mayor, ansiedad, abuso de fármacos. Algunos aparecen antes del desarrollo de la lumbalgia. La simulación, por último, es difícil de detectar.

El dolor es una experiencia desagradable que constituye un problema tanto social como individual en términos del sufrimiento de los pacientes, el impacto sobre sus familias, el tiempo de trabajo perdido, los gastos médicos, los costes asociados con la indemnización de la incapacidad y la sobreutilización de los servicios del cuidado de la salud.

La experiencia de dolor en ocasiones se cronifica. Cuando esto sucede el paciente puede acabar desarrollando una discapacidad.

En el caso de los adultos activos esta discapacidad a menudo ocasiona una incapacidad para el trabajo, e incluso en situaciones más graves puede terminar en una invalidez permanente. En Estados Unidos se calcula que en el transcurso de 1 año, un 10-15% de los adultos padecen incapacidad laboral debida a dolor lumbar (4).

2.3. Intervención cognitivo-conductual complementaria al programa IT-ME

Con el fin de impulsar el compromiso del SNS en la lucha contra la discapacidad de origen musculoesquelético, en el año 1998 se puso en marcha el Programa IT-ME en las Áreas 7,4 y 9 de la Comunidad de Madrid (CM). Dicho programa, diseñado y dirigido por el presente equipo investigador y cofinanciado por el FIS y el INSALUD, planteaba analizar los costes y las consecuencias de una intervención asistencial de carácter específico y especializado a pacientes con Incapacidad Temporal de origen ME, en comparación con el sistema habitual de asistencia.

En términos de eficacia, el programa IT-ME obtuvo un ahorro en días de IT superior al 40% y un número de concesiones de Invalidez Permanente un 50% menor, por lo que se mantiene en la actualidad dentro del sistema habitual de asistencia (5,6,7).

Sin embargo el programa IT-ME no soluciona con la misma eficacia el total de los casos. Existe un porcentaje de pacientes cuya discapacidad para el trabajo de origen ME puede ser considerada como de mala evolución, incluyéndose aquellos pacientes que presentan más de un

episodio de IT (alrededor de un 17%), aquellos cuyo proceso de IT se prolonga en el tiempo (alrededor del 5%) y aquellos que pasan al proceso de IP (alrededor del 2,5%).

Los factores que determinan la evolución de los procesos de discapacidad para el trabajo, según el modelo biopsicosocial de enfermedad, pueden estar relacionados con las variables fisiológicas y clínicas de la propia enfermedad, pero también con una serie de variables demográficas, sociales, ocupacionales y psicológicas que pueden convertirse en factores de riesgo para desarrollar una discapacidad debida al dolor (8,9,10).

En base a los excelentes resultados de eficacia de la intervención asistencial temprana que supone el Programa IT-ME, nos planteamos aplicar una intervención cognitivo-conductual complementaria a dicho programa, adaptada a pacientes con bajas laborales recientes. De esta manera, los pacientes en fases tempranas del proceso de discapacidad accederían a unas herramientas útiles para el manejo de dicha situación, contribuyendo a reducir el número de casos de discapacidad que se cronifican, y mejorando aún más la eficiencia del Programa IT-ME. Dicha intervención comenzó en Octubre de 2004, y finalizó en Octubre de 2006, prolongándose el seguimiento otros 6 meses adicionales.

2.4. Justificación del presente proyecto

Las enfermedades causantes de la incapacidad temporal de origen musculoesquelético (IT-ME) coinciden en su distribución con las que se atienden mayoritariamente en la actividad clínica diaria ambulatoria. Entre ellas destaca, por su importancia, la patología dolorosa inespecífica de columna dorsolumbar ("dolor de espalda") como primera causa de IT ME (45%) y segunda causa de IT general (12%) por detrás sólo de las infecciones respiratorias banales (11). Su duración media de 39 días es comparable a la presentada en otros estudios, que se mueven en un rango entre 45 y 60 días (12,13,14,15), y ello teniendo en cuenta que entre el 80 y el 90% de todos los dolores de espalda ceden en un máximo de 6 semanas con independencia de que se traten o no y de cuál sea el tratamiento (16,17). Por la elevada frecuencia de esta patología, el cuantioso gasto por pago directo de la IT, que en 1997 se estimó en 7.000 millones de ptas (11), los gastos indirectos que produce en consultas médicas, pruebas diagnósticas sofisticadas, cirugías, uso de servicios de rehabilitación, etc., se hace necesario promover iniciativas para racionalizar la atención y el diagnóstico de estos problemas, y a fomentar estrategias de prevención específicas en relación con los factores psicológicos, sociales y laborales conocidos que favorecen la cronificación del dolor (18,19,20,21).

Por esto nos proponemos estudiar a fondo los beneficios que la intervención cognitivo-conductual puede haber tenido tanto para el paciente, en términos de bienestar, como para el sistema de salud y de seguridad social, en términos económicos de pérdida de productividad y gastos asociados a la enfermedad.

3. DESARROLLO

3.1. Hipótesis

Los pacientes que recibieron la terapia cognitivo-conductual habrán tenido una menor duración de los episodios, menor número de recaídas y menor duración de las mismas, menores costes asociados a su discapacidad, y mejor percepción de su estado de salud, situación de discapacidad y calidad de vida.

3.2. Objetivo principal

Evaluar la eficacia de la intervención cognitivo-conductual temprana en los pacientes con lumbalgia incapacitante.

- **Objetivo operativo 1:** Comparar la duración de la incapacidad temporal en los pacientes que recibieron la intervención cognitivo-conductual frente a los que siguieron con el esquema habitual del programa IT-ME.
- **Objetivo operativo 2:** Comparar el número de recaídas en ambos grupos y la duración de las mismas durante el periodo de seguimiento.
- **Objetivo operativo 3:** Comparar los costes directos e indirectos derivados del proceso de IT en ambos grupos.
- **Objetivo operativo 4:** Analizar la mejoría subjetiva de los pacientes que recibieron la intervención en cuanto a su percepción de discapacidad, estado de salud y calidad de vida.

3.3. Metodología

Material y métodos

3.3.1. Sujetos de estudio

3.3.1.1. Población a estudio: Sujetos del Área 7 de la CM en la que existe un esquema habitual de asistencia del IMSALUD y, en las que además, está en marcha el programa IT-ME de atención reumatológica temprana. La población total incluida en el estudio es, de acuerdo al censo, de 523.000 personas aproximadamente, de las que son trabajadores activos alrededor de 180.000.

3.3.1.2. Sujetos de inclusión: Pacientes con IT por enfermedad común, de origen musculoesquelético, con los siguientes diagnósticos: lumbalgia, lumbalgia aguda, lumbociática, dorsolumbalgia, lumbociatalgia, lumbalgia postquirúrgica, estenosis de canal y radiculopatía S1, seguidos en las consultas de atención reumatológica temprana (IT-ME) y con una duración del episodio de IT de 4 semanas.

3.3.1.3. Muestra final: Sujetos de inclusión que hayan recibido la intervención cognitivo-conductual temprana.

3.3.2. Descripción y características de las variables

3.3.2.1. Variables objetivas:

- Sociodemográficas (edad, sexo y tipo de trabajo)
- Duración total de los episodios de IT

- Número de recaídas
- Duración de los episodios de recaída
- Costes asociados al episodio de IT
- Eficacia de la intervención cognitivo-conductual

3.3.2.2. Variables subjetivas:

Evaluadas mediante cuestionarios de percepción de discapacidad y calidad de vida:

- Health Assessment Questionnaire-HAQ (Versión traducida)
- SF-12 Health Scale Scoring (Short Form) (Anexo 1)

3.3.3. Procedimiento

Los pacientes con IT de origen musculoesquelético fueron derivados a consultas específicas atendidas por reumatólogos, que están situadas en el hospital y los centros de especialidades correspondientes al área de estudio.

Los pacientes fueron atendidos en base a unos protocolos diseñados que garantizan una asistencia de calidad y que se encuentran en funcionamiento en el Servicio de Reumatología del Hospital Clínico San Carlos (HCSC). Dichos protocolos están orientados a las patologías que con mayor prevalencia causan IT o que tienen mayor relevancia dentro del nivel asistencial del estudio.

Adicionalmente, los pacientes fueron atendidos en base a un programa de enfoque cognitivo-conductual, elaborado por el psicólogo en base a la bibliografía estudiada, la experiencia de estudios anteriores con muestras similares y las características de esta muestra concreta, y por supuesto, adaptado a este tipo de pacientes en situación de IT de origen musculoesquelético. Los ejes fundamentales en los que se sustentó el programa son:

- 1) La explicación a los pacientes de cómo la vivencia y el afrontamiento del dolor influyen en el desarrollo de la discapacidad.
- 2) El papel de las emociones negativas en el mantenimiento del dolor y desarrollo de la discapacidad.
- 3) Los otros factores de riesgo: factores conductuales y factores cognitivos.
- 4) Entrenamiento en las técnicas adecuadas: respiración, relajación, reestructuración cognitiva, solución de problemas y control de ira.

Aunque el esquema de tratamiento fue el mismo para todos los pacientes, el tiempo de duración estuvo determinado por factores ajenos, ya que se trata de una adecuación a las necesidades del paciente y no viceversa.

Con los datos obtenidos para la muestra del estudio, se analizarán la eficacia del programa y se debatirán las conclusiones.

3.3.4. Análisis de los datos

Las diferencias basales entre grupos se analizarán con la prueba t de Student y tablas de contingencia. El número de episodios de IT se analizará con el test U de Mann Whitney. Se realizará un long rank test para determinar la influencia de cada una de las variables independientes sobre la variable dependiente.

Posteriormente se realizará un análisis de regresión de Cox para realizar un modelo predictor que ajuste además las otras variables confusoras.

También se analizará la probabilidad de recaída y la duración de las mismas.

Las diferencias entre grupos en costes directos e indirectos se estimarán con la prueba t de Student y tablas de contingencia. Los análisis se realizarán con el paquete estadístico Stata 9.0. (Stata Corp, College Station, Texas).

3.3.5. Recogida y paso a soporte magnético de los datos

3.3.5.1 Recogida de los datos

Se realizó tanto a partir de la base de datos de los Servicios de Inspección Médica como durante las visitas médicas que se realicen al reumatólogo. Los datos de Inspección Médica son trasladados periódicamente a la base de datos específica de este estudio. Los datos de las visitas médicas se recogieron de manera prospectiva y normalizada durante la propia visita, mediante los correspondientes cuestionarios de primeras visitas y de visitas sucesivas. Las hojas de datos serán entregadas a la persona encargada de realizar la introducción de los datos en la base de datos. De acuerdo al cumplimiento de la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y con el fin de garantizar la confidencialidad de los datos, en la base de datos no podrá figurar el nombre y apellidos del paciente, y en su lugar se asignará un código de paciente.

3.3.5.2 Estructura del soporte magnético

Todos estos datos serán incluidos en la base de datos relacional ya existente en el Servicio de Reumatología del HCSC (BDCR), que lleva funcionando de manera plena desde 1992. Dicha base se complementó en 1998 con un módulo específico (módulo IT) con campos independientes, donde son incluibles los datos necesarios para la gestión del estudio.

3.3.6. Limitaciones del estudio

3.3.6.1 Limitaciones

- Es posible que algunas de las técnicas cognitivo-conductuales enseñadas a los pacientes requieran un periodo de tiempo suficiente para su correcto aprendizaje e incorporación al repertorio conductual de dichos pacientes, por lo que los beneficios podrían no haber podido observarse en el plazo de tiempo considerado satisfactorio para el estudio.

- Es también posible que al tratarse de pacientes con poco tiempo de evolución, una mayoría no haya necesitado el efecto de la intervención cognitivo-conductual para lograr su reincorporación laboral, por lo que los efectos de dicha intervención podrían verse diluidos en el grupo que la recibe.

- Finalmente existe la posible negativa u omisión por parte de los pacientes de la realización de los cuestionarios, por lo que se asume un número de pacientes no evaluados.

4. BIBLIOGRAFÍA

1. Taylor H & Curran NM. (1985). The Nuprin Pain Report. Nueva York: Louis Harris.
2. Girolamo G. (1991). Epidemiology and social cost of low back pain and fibromyalgia. *The Clinical Journal of Pain*, 7, S1-S7.
3. Muñoz-Gómez J. (2003). Epidemiología del dolor lumbar crónico. *Avances Reuma Salamanca*, 23-28.
4. American Psychiatric Association (1995). *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington, D.C.:APA
5. Blanco M, Candelas G, Jover JA, Hernández-García C, Vargas E, Lázaro P. Economic evaluation of an intervention in patients with temporal work disability of musculoskeletal origin. *Arthritis Rheum* 1999, 42, nº 9 (supplement): s 387.
6. Bachiller FJ, Revenga M, Richi P, Collado P, Candelas G, Blanco M, Beltrán J, Jover JA. Reproducibility of an intervention program patients with musculoskeletal temporary work disability. *Arthritis Rheum* 2000, 43, nº 9 (supplement): s143.
7. Abasolo L, Blanco M, Bachiller J, Candelas G, Collado P, Lajas C, Revenga M, Ricci P, Lázaro P, Aguilar MD, Fernández-Gutierrez B, Hernández-García C, Carmona L, Jover JA. Work Disability related to musculoskeletal disorders: an intervention from the public health perspective. *Ann Int Med*. Sept 2005 143;6: 404-414.
8. Miró J. (2003). Dolor crónico: procedimientos de evaluación e intervención psicológica. Bilbao: Desclée de Brouwer.
9. Linton, SJ y Bradley, LA (1992). An 18-month follow-up of a secondary prevention program for back pain: help and hindrance factors related to outcome maintenance. *The Clinical Journal of Pain*, 8, 227-236.
10. Fordyce, WE (1995). (Editor). *Back Pain in the Workplace*. Seattle: IASP Press.
11. Molina M. (1998). Incapacidad Temporal por enfermedad y dolor de espalda. Informe interno de la Coordinadora Provincial de Inspección de Servicios Sanitarios. INSALUD. Dirección Territorial de Madrid.
12. Tornero J, Atance JC, Grupeli BE & Vidal J. (1998). Impacto socioeconómico de la Incapacidad Temporal de origen reumático en la provincia de Guadalajara. *Rev Esp Reumatol*, 25, 340-45.
13. Informe de IT General de la provincia de Madrid. Coordinadora Provincial de la Incapacidad Temporal. Junio de 1998.
14. Fernández L. La incapacidad temporal en el área 1 de Madrid. Junio 1996-julio 1997. INSALUD. Dirección territorial de Madrid.
15. Martín A & Torres MM. (1995). El absentismo por ILT en la gestión de recursos humanos de los centros sanitarios públicos. *Mapfre Medicina*, 6, 97-111.
16. Benn RT & Wood PHN. (1975). Pain in the back: attempt to estimate the size of problem. *Rheumatology and Rehabilitation*, 14,121-28.
17. Workmen's Compensation Board Symposium. *Low Back pain: a multidisciplinary approach*. Vancouver, 1986.
18. Roux E, Vischer TL & Brisson PM. (1992). Medical approach to low back pain. *Baillière's Clinical Rheumatol*, 6, 607-27.
19. Nordin M, Cedraschi C, Balagué F & Roux EB. (1992). Back schools in the prevention of chronicity. *Baillière's Clinical Rheumatol*, 6, 685-704.
20. Weiser S & Cedraschi C. (1992). Psychosocial issues in the prevention of chronic low back pain. *Baillière's Clinical Rheumatol*, 6, 657-84.
21. Halpern M. (1992). Prevention of low back pain: basis ergonomics in the workplace and the clinic. *Baillière's Clinical Rheumatol*, 66, 705-30.