

Evidencia clínica en la lumbalgia crónica

Clinical Evidence in low back pain



Antonio Ignacio Cuesta Vargas, Antonio Jesús Montes Fuentes

Fisioterapeutas. Patronato Municipal de Deportes de Torremolinos. Área de Salud. Málaga.



Correspondencia: Antonio Ignacio Cuesta Vargas

Patronato Municipal de Deportes de Torremolinos

Área de Salud del PMDT

C/ Pedro Navarro Bruna s/n

29620 Torremolinos, Málaga

acuesta@acuaterapia.com

952-058-087 ext 36

Fax 952-051349

Recibido: 28/07/06 - Aceptado: 19/12/07

Rev fisioter (Guadalupe). 2007; 6 (Supl): 5-8



Resumen

Introducción: Existen pocas guías de práctica clínica basadas en la evidencia en todo el mundo para el manejo de la lumbalgia crónica.

Objetivo: realizar una síntesis de la evidencia clínica existente en las intervenciones terapéuticas sobre la lumbalgia crónica y estratificar los resultados hallados.

Método: Se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda electrónica sobre las principales bases de datos en lo referente a: Guías de Práctica Clínica, Revisiones Sistemáticas y Artículos Originales. Para la estratificación de la información recopilada en la búsqueda, se emplea la clasificación de la Sociedad Médica Finlandesa Duodecim.

Resultados: entre todos los datos analizados se encuentran pruebas sólidas de que: el tratamiento farmacológico es ineficaz a largo plazo; intervenciones con órtesis, TENS, Biofeedback, Tracción, Acupuntura, Magnetoterapia, Inyecciones en "trigger points" e Hidroterapia no son más efectivas que el tratamiento fingido; el ejercicio terapéutico tiene mayor efectividad en el dolor, calidad de vida y capacidad funcional que otras intervenciones o que el placebo.

Conclusiones: Son necesarios estudios y revisiones sistemáticas con buena calidad y resultados homogéneos y claros que aporten un mayor grado de evidencia clínica en las intervenciones terapéuticas sobre la lumbalgia crónica.

Palabras clave: Fisioterapia, lumbalgia, medicina basada en la evidencia.

Abstract

Introduction: Few guidelines of clinical evidence-based for the management of the chronic low back pain.

Objective: to carry out a synthesis of the existent clinical evidence-based in the therapeutic interventions on the chronic low back pain and to stratify the found results.

Method: It has been carried out a strategy of electronic search on the main databases regarding: Guides of Clinical Practice, Systematic Revisions and Original Articles. For the stratification of the information gathered in the search, the classification of the Medical Society Finland Duodecim

Results: among all the analyzed data they are solid evidences that: the pharmacological treatment is ineffective long term; interventions with orthosis, ETNS, Biofeedback, Traction, Acupuncture, Magnetotherapy, Injections in "trigger points" and Hydrotherapy are not more effective than the fake treatment; the therapeutic exercise has bigger effectiveness in the pain, quality of life and functional capacity that other interventions or that the placebo.

Conclusions: They are necessary studies and systematic reviews with good quality and homogeneous and clear results that contribute a bigger grade of evidence clinic in the therapeutic interventions on the chronic low back pain.

Key-words: physical therapy, chronic low back pain, evidence-based medicine

Tabla 1

NIVELES	GRUPO DE EVIDENCIA CLÍNICA
1	Prueba Sólida
2	Prueba Sólida
3	Prueba Limitada
4	No hay pruebas basadas en evidencia clínica

Tabla 1: Clasificación de la Sociedad Médica Finlandesa Duodecim, aceptada por Grupo gallego MBE (FIS :G03/090).

Introducción

Existen múltiples guías basadas en la evidencia en todo el mundo para el manejo de la lumbalgia aguda (1). Estas guías hacen especial énfasis en la comunicación efectiva, ofreciendo a los pacientes las explicaciones necesarias, promoviendo las terapias activas y evitando las pasivas. Presentándose como seguras, efectivas y equilibradas en coste-eficacia: el 70 % de los pacientes pueden quedar libres de dolor, con un índice de recidivas menor al 25% (2).

Para la lumbalgia crónica (3) la situación es muy diferente; además el paciente sufre incapacidad física, distrés psicológico, incapacidad laboral y depresión. Existen pocas guías basadas en la evidencia para este problema (4-6). Sí existen algunas monografías (7-10), y un gran número de revisiones sistemáticas y meta-análisis, así como ensayos aleatorios controlados que aportan evidencias a nuevas intervenciones.

Objetivos

Realizar una síntesis de la evidencia clínica y su estratificación, en las intervenciones clínicas sobre la lumbalgia crónica.

Material y métodos

A continuación se exponen los datos más relevantes que se han extraído tras el estudio del estado actual del tema y que se describen a modo de resumen en la Tabla 2.

Existen evidencias sólidas de la ineficacia a largo plazo del tratamiento farmacológico con analgésicos, AINES, relajantes musculares y antidepressivos en la

INTERVENCIÓN	EVIDENCIA	NIVEL DE EVIDENCIA
Farmacológico (Opiáceo)	Reducción de la intensidad del dolor a corto plazo (4-6 semanas)	1
TENS, Biofeedback EMG, Tracciones, Acupuntura, Magnetoterapia, Inyecciones en "trigger points", Hidroterapia	No son más efectivas que el tratamiento placebo	4
Ejercicio de Estiramiento (ET)	Mejora la capacidad funcional y calidad de vida a corto plazo (4-6 semanas) pero no a largo plazo	2
ET + Manipulación Vertebral (M) o Ejercicio de Control Motor (CM)	Mejora la capacidad funcional y calidad de vida a corto plazo (4-6 semanas) pero no a largo plazo	2
Ejercicio de Fortalecimiento (EF)	Mejora la capacidad funcional y calidad de vida a largo plazo (más de 6 meses)	1
Ejercicio de Fortalecimiento + Ejercicio de Control Motor (EF+CM)	Mejora la capacidad funcional y calidad de vida a largo plazo (más de 6 meses)	1
Ejercicio de Fortalecimiento + Ejercicio de Control Motor + Ejercicio de Estiramiento (EF+CM+ET)	Mejora la capacidad funcional y calidad de vida a largo plazo (más de 6 meses)	1
Ejercicio de Fortalecimiento + Ejercicio de Control Motor + Ejercicio de Estiramiento + Ejercicio de Control Motor (EF+CM+ET+CM)	Mejora la capacidad funcional y calidad de vida a largo plazo (más de 6 meses)	1

Tabla 2: Síntesis y estratificación de la evidencia clínica en las intervenciones clínicas sobre la lumbalgia crónica.

lumbalgia crónica (12) y se han hallado pruebas suficientes sobre el uso de opiáceos; son parcialmente efectivos y no mejoran la función (10).

Hay pruebas sólidas de las intervenciones con órtesis, TENS, biofeedback EMG, tracciones, acupuntura, magnetoterapia, inyecciones en triggers point y la hidroterapia: no son más efectivas que el tratamiento fingido (7, 8).

Existe un gran número de pruebas sólidas sobre la mayor efectividad del ejercicio terapéutico en el dolor, capacidad funcional y calidad de vida que otras intervenciones (9, 13-17), o que el tratamiento placebo (12, 18). Así como también, el ejercicio terapéutico es más eficaz combinado con manipulación vertebral y normalización articular, que aplicado solo (15). Junto con los ejercicios de control motor y estabilización segmentaria, son más eficaces que solo los ejercicios generales (14). Existe evidencia suficiente para afirmar que los ejercicios de fortalecimiento no son más eficaces que otro tipo de ejercicio (12).

Hay pruebas sólidas que demuestran que la terapia multidisciplinar basada en ejercicios intensivos mejora la función física, pero tiene efectos modestos para el dolor (19, 20).

Se han encontrado pruebas suficientes sobre las terapias conductuales y las escuelas de espalda, las cuales son más eficaces que el placebo, pero no que el ejercicio terapéutico, habiendo sido estudiadas siempre en un contexto multidisciplinar (7, 21, 22).

Encontramos pruebas suficientes para decir que la estabilización quirúrgica de la columna lumbar es más eficaz que la fisioterapia habitual, pero con diferencias muy modestas (18), y recientemente en un ensayo aleatorio controlado sobre 349 casos, no se han encontrado diferencias significativas en los resultados de dolor y mejora física en 24 meses entre un grupo de estabilización quirúrgica de raquis lumbar y un programa intensivo con estabilización segmentaria de fisioterapia (23), presentando además una gran diferencia coste-eficacia a favor de la fisioterapia (22).

TABLA 3

Existen pruebas sólidas sobre la no revelación de las causas del dolor lumbar crónico por parte de la

COMPONENTES DE LA INTERVENCIÓN FISIOTERÁPICA	
1	VALORAC PERSONAL + PLANIFICAC DEL EJ
2	VALORAC BIOPATOMECÁNICA → CORRELACIÓ DIAGNÓSTICA CLÍNICO-FUNCIONAL
3	PROG INTENSIVO DE EJERC + SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLIN + ESTRAT CONDUCTUALES
4	ESTABILIZAC SEGMENTARIA LUMBAR + NORMALIZAC ARTIC Y DE TEJIDOS BLANDOS CON TPA MANUAL

Tabla 3: Diseño de intervención fisioterápica en la lumbalgia crónica basado en las evidencias clínicas mencionadas.

investigación convencional (1), sin embargo existen pruebas suficientes de la posibilidad de establecer en muchos casos las causas del dolor con los bloqueos articulares (24) y discografías (25) diagnósticas, a partir de las cuales, se puede establecer una terapia específica clínica o quirúrgica (1). En el pasado estas técnicas diagnósticas fueron criticadas por no contemplar los

componentes psicosociales, sin embargo hoy ya existen pruebas sólidas de que gran parte de las lumbalgias crónicas son afecciones pato-mecánicas con posibilidad de ser recuperadas (1). Entre un 15 y un 40% se deben a afecciones facetarias (26), un 20% a dolor sacroiliaco (24) y un 40% a disrupción interna del disco intervertebral (27), habiéndose observado además, que el 50-75% de los casos de lumbalgias se cronifican por una ausencia de diagnóstico adecuado (1).

Resultados y discusión

Según el Institute for Clinical Systems Improvement (3) (ISCI), durante las dos primeras semanas del programa de ejercicio terapéutico, es recomendable consultar con un especialista cualificado que pueda evaluar los síntomas y prescribir un programa de ejercicio eficaz y seguro (3). El autotratamiento con ejercicios no diseñados específicamente para el paciente puede agravar los síntomas (6). Los ejercicios de fortalecimiento pueden agravar los síntomas y el estrés mecánico, más que los ejercicios aeróbicos, en especial en descarga o medio acuático (5).

Las principales guías identificadas en el National Guideline Clearinghouse estadounidense, sobre lumbalgia crónica y coste-eficacia, tratan la lumbalgia como una afección que no puede ser recuperada totalmente, y a algunos pacientes se les ofrece la posibilidad de manejar y mejorar el dolor, y la función física, pero solo como terapia paliativa (5, 6, 28, 29).

Conclusiones

Un diseño de intervención fisioterápica, basado en las evidencias mencionadas, debe contar con:

- Valoración personal para realizar una planificación individual del ejercicio terapéutico.
- Contemplar la valoración bio-patomecánica como correlación diagnóstica clínico-funcional en la valoración personal.
- Programa intensivo de ejercicios con seguimiento multidisciplinar y estrategias conductuales.
- Complementación con estabilización segmentaria del raquis lumbar, normalización articular y de tejidos blandos con terapia manual.

En el panorama actual, las principales líneas de investigación abiertas en base a las propuestas de los estudios realizados son:

- Determinar el tipo, cantidad y calidad de ejercicio terapéutico prescrito para lumbalgia crónica (17).

- Determinar y cuantificar las estrategias conductuales que refuerzan las intervenciones de ejercicio físico terapéutico (22).

- Especificar la efectividad de dispositivos de estabilización lumbar quirúrgica con sistemas dinámicos (30).

- Comparar las intervenciones eficaces tanto clínicas como quirúrgicas, con las prácticas médicas habituales en cada escenario (23), así como realizar estudios de coste-eficacia ante la opción de implementar dichas intervenciones (31).

- Correlacionar las pruebas intervencionistas sobre diagnóstico pato mecánico (reduccionismo) con pruebas clínicas, para determinar la intervención terapéutica específica clínica o quirúrgica (1).

Bibliografía

1. Bogduk N. Management of chronic low back pain. *Med J Aust.* 2004 Jan 19;180(2):79-83.

2. McGuirk B, King W, Govind J, et al. The safety, efficacy, and cost-effectiveness of evidence-based guidelines for the management of acute low back pain in primary care. *Spine* 2001; 26: 2615-2622.

3. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Adult low back pain. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2004 Sep. 63 p.

4. Lower back (lumbar & thoracic). Work Loss Data Institute - Public For Profit Organization. 2003 (revised 2004). 335 pages. NGC:004115

5. Physical activity in the prevention, treatment and rehabilitation of diseases. Finnish Medical Society Duodecim - Professional Association. 2002 May 7 (revised 2004 Jun 29). Various pagings. NGC:004102

6. Philadelphia Panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions for low back pain. Philadelphia Panel - Independent Expert Panel. 2001 Oct. 34 pages. NGC:004016

7. Bogduk N, McGuirk B. Medical management of acute and chronic low back pain: an evidence-based approach. Amsterdam: Elsevier, 2002.

8. Nachemson A, Jonsson E, editors. Neck and back pain: the scientific evidence of causes, diagnosis, and treatment. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins; 2000.

9. van Tulder MW, Scholten RJPM, Koes BW, Deyo RA. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for low back pain. A systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine* 2000; 25: 2501-2513.

10. Moulin DE, Iezzi A, Amireh R, et al. Randomised trial of oral morphine for chronic non-cancer pain. *Lancet* 1996; 347: 143-147.

11. Grupo MBE Galicia. ¿Cómo hacer una Revisión Clínica con fuentes MBE?. http://www.fisterra.com/mbe/mbe_temas/revClinica/grupoMBEfalicia.htm . Actualizado el 25/02/2005.

12. van Tulder M, Malmivaara A, Esmail R, Koes B. Exercise therapy for low back pain. A systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine* 2000; 21: 2784-2796.

13. Frost H, Lamb SE, Doll HA, Carver PT, Stewart-Brown S. Randomised controlled trial of physiotherapy compared with advice for low back pain. *BMJ.* 2004 Sep 25;329(7468):708.

14. Koumantakis GA, Watson PJ, Oldham JA. Trunk muscle stabilization training plus general exercise versus general exercise

only: randomized controlled trial of patients with recurrent low back pain. *Phys Ther.* 2005 Mar;85(3):209-25.

15. UK BEAM Trial Team. United Kingdom back pain exercise and manipulation (UK BEAM) randomised trial: cost effectiveness of physical treatments for back pain in primary care. *BMJ.* 2004 Dec 11;329(7479):1381.

16. Hayden JA, van Tulder MW, Malmivaara AV, Koes BW. Meta-analysis: exercise therapy for nonspecific low back pain. *Ann Intern Med.* 2005 May 3;142(9):765-75. Summary for patients in: *Ann Intern Med.* 2005 May 3;142(9):171.

17. Hayden JA, van Tulder MW, Tomlinson G. Systematic review: strategies for using exercise therapy to improve outcomes in chronic low back pain. *Ann Intern Med.* 2005 May 3;142(9):776-85. Review. Summary for patients in: *Ann Intern Med.* 2005 May 3;142(9):172.

18. Fritz JM, Delitto A, Erhard RE. Comparison of classification-based physical therapy with therapy based on clinical practice guidelines for patients with acute low back pain: a randomized clinical trial. *Spine.* 2003 Jul 1;28(13):1363-71; discussion 1372.

19. Lang E, Liebig K, Kastner S, Neundorfer B, Heuschmann P. Multidisciplinary rehabilitation versus usual care for chronic low back pain in the community: effects on quality of life. *Spine J.* 2003 Jul-Aug;3(4):270-6.

20. Guzman J, Esmail R, et al. Multidisciplinary rehabilitation for chronic back pain: systematic review. *BMJ* 2001; 322: 1511-1516.

21. Leclaire R, Esdaile JM, Suissa S, Rossignol M, Proulx R, Dupuis M. Back school in a first episode of compensated acute low back pain: a clinical trial to assess efficacy and prevent relapse. *Arch Phys Med Rehabil.* 1996 Jul;77(7):673-9.

22. Ostelo RW, van Tulder MW, Vlaeyen JW, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJ. Behavioural treatment for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005 Jan 25;(1):CD002014. Review.

23. Fairbank J, Frost H, Wilson-MacDonald J, Yu LM, Barker K, Collins R; Spine Stabilisation Trial Group. Randomised controlled trial to compare surgical stabilisation of the lumbar spine with an intensive rehabilitation programme for patients with chronic low back pain: the MRC spine stabilisation trial. *BMJ.* 2005 May 28;330(7502):1233.

24. Maigne JY, Aivaliklis A, Pfefer F. Results of sacroiliac joint double block and value of sacroiliac pain provocation tests in 54 patients with low-back pain. *Spine.* 1996; 21: 1889-1892.

25. Schwarzer AC, Wang S, Bogduk N, et al. Prevalence and clinical features of lumbar zygapophysial joint pain: a study in an Australian population with chronic low back pain. *Ann Rheum Dis.* 1995; 54: 100-106.

26. Schwarzer AC, Aprill CN, Derby R, et al. Clinical features of patients with pain stemming from the lumbar zygapophysial joints. Is the lumbar facet syndrome a clinical entity? *Spine.* 1994; 19: 1132-1137.

27. Schwarzer AC, Aprill CN, Derby R, et al. The prevalence and clinical features of internal disc disruption in patients with chronic low back pain. *Spine.* 1995; 20: 1878-1883.

28. American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS) clinical guideline on low back pain/sciatica (acute) (phases I and II). American Academy of Orthopaedic Surgeons - Medical Specialty Society North American Spine Society - Medical Specialty Society. 1996 (revised 2002). 43 pages. NGC:003672

29. Low back. Expert Clinical Benchmarks - Private For Profit Organization. 2003. 52 pages. NGC:003946

30. Ashish D. Diwan, MBBS, PhD y Safdar N. Khan, MD. Orthopedic Clinics of North America (Edición Española). Dolor lumbar crónico: conceptos y tratamiento. Parte II, Número 1, 2004. Editorial Médica Panamericana.

31. Rivero-Arias O, Campbell H, Gray A, Fairbank J, Frost H, Wilson-MacDonald J. Surgical stabilisation of the spine compared with a programme of intensive rehabilitation for the management of patients with chronic low back pain: cost utility analysis based on a randomised controlled trial. *BMJ.* 2005 May 28;330(7502):1239.