

La evolución en el dolor lumbar: pensar, razonar y subclasificar



Jesús Rubio Ochoa

Colegiado 4794

Coordinador de la Comisión de Terapia Manual del ICOFCV

Miembro del Comité Científico de la "Jornada Internacional de Fisioterapia Neuro-músculo-esquelética en la columna lumbar"

Dentro de la práctica clínica de la Fisioterapia Neuro-musculoesquelética, el problema que con más frecuencia encontramos es el dolor lumbar. Ayudar a nuestros pacientes a afrontar este problema debe ser, por tanto, nuestro mayor reto.

A día de hoy sabemos que en el 85-90% de los casos se desconoce la causa del dolor, por tanto, si queremos referirnos a los factores etiológicos implicados en el dolor lumbar debemos hacer un inexcusable recorrido multifactorial atendiendo aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Entre los aspectos biológicos encontramos factores estructurales debidos al envejecimiento, alteraciones del sistema musculoesquelético y el estado de salud general. Los aspectos sociales pueden consistir en condiciones desfavorables en el trabajo o la situación económica y/o familiar. Por último, los psicológicos pueden estar asociados a sensaciones aversivas en relación al dolor, cambios conductuales evocados por la experiencia dolorosa (miedo-evitación al movimiento), el estado emocional o pensamientos que puedan influir negativamente tanto en la percepción como en el modo en que afrontamos el dolor.

Sin embargo, aunque en la mayoría de los casos no podamos saber a ciencia cierta cuál es la causa de los síntomas en nuestros pacientes, esto no quiere decir que no podamos buscar la fuente mayormente implicada en el problema. Debemos cuestionarnos la presencia o ausencia de un *input* nociceptivo y, en caso afirmativo, abordar el tejido responsable respetando siempre la historia natural de cada proceso fisiológico. Y, ¿para esto qué hace falta? Lo primero, debemos volver a repasar nuestras bases de conocimiento en anatomía, fisiología, patología, etc. Por otro lado, la neurociencia actual nos ha brindado la oportunidad de adquirir más conocimiento en una ciencia básica como es la neurobiología del dolor para, así, poder mejorar el manejo de pacientes donde no existe una fuente aparente de nocicepción, donde numerosos mecanismos del sistema nervioso central pueden influir significativamente en la experiencia y percepción del dolor desde un punto de vista biopsicosocial.

“ La evolución de la Fisioterapia en el dolor lumbar debe seguir el camino hacia una correcta clasificación y subclasificación de los pacientes ”

Ahora bien, con la premisa inicial de tener los pies en el suelo, debemos dar importancia a la disfunción física relevante o si, por el contrario, no se trata de un problema candidato a ser tratado mediante fisioterapia. Aquí es donde en un principio, según guías clínicas para el manejo del dolor lumbar (Delitto A, 2012), todo profesional de la salud debe poder realizar el primer *screening* durante su anamnesis en búsqueda de banderas rojas (*red flags*) para descartar patología de gravedad (1-2% de los casos), patología presente reconocible como la radiculopatía lumbar que puede ser susceptible de una valoración médica en mayor profundidad o posibles trastornos que precisen tratamiento psicológico. Cualquier hallazgo fuera de lo mencionado es candidato a tratamiento mediante fisioterapia.

¡Y aquí comienza lo difícil! Tratamientos específicos o inespecíficos en problemas inespecíficos. Multitud de estudios científicos "investigando" técnicas de terapia manual o ejercicios en muestras de pacientes heterogéneas. Como diría mi admirada Gwendolen Jull, "más paja para el granero". Nada nuevo que añadir a todo esto, ¿no sería más interesante ir en busca del "por qué me funciona" en lugar de conformarnos con el "a mí me funciona"? La evolución de la Fisioterapia en el dolor lumbar debe seguir el camino hacia una correcta clasificación y subclasificación de los pacientes para mejorar la efectividad de nuestros tratamientos. Porque no somos técnicos que aplican un "algo" más o menos espectacular. No me cansaré de decirlo porque tenemos una gran responsabilidad con nuestros pacientes. Somos profesionales de la salud.

Alejándonos del enfoque biomédico tradicional, encontramos uno de los sistemas de clasificación de la Fisioterapia moderna que más me llama la atención por su especial énfasis en la comunicación con el paciente, es el propuesto por los doctores Peter O'Sullivan y Wim Dankaerts. Este sistema multidimensional clasifica el problema como "mecánico" o "no mecánico", utiliza cuestionarios para detectar predictores de pronóstico (*Start Back Tool*) e incorpora el conocimiento biopsicosocial actual en el dolor lumbar con el objetivo de identificar, mediante nuestro razonamiento clínico, factores "modificables" y "no modificables" que pueden ser precursores de la sensibilización central o periférica. En este sentido, patrones de movimiento y comportamientos maladaptativos como la evitación al dolor o el propio estilo de vida, pueden coexistir reforzando la discapacidad y el dolor de los pacientes tanto en presencia como en ausencia de patología vertebral. En esto se basa la Terapia Cognitivo-Funcional desarrollada por el grupo de O'Sullivan y Dankaerts, en la que se adaptan estrategias de reconceptualización del dolor ("el dolor no es igual a daño"), el entrenamiento del movimiento funcional específico o maladaptativo, la integración graduada de los nuevos patrones de movimiento funcionales a la vida diaria así como el fomento de la actividad física y el cambio de estilo de vida. Todo fisioterapeuta debería ser consciente de lo importante que puede llegar a ser introducir con seguridad el movimiento en la vida del paciente, su función y su contexto porque se ha demostrado ampliamente que el movimiento, o el ejercicio físico en sí, tiene un efecto potencial de afrontamiento y reorganización de las actitudes, creencias y conductas asociadas al dolor.

Otro sistema de clasificación que ha sido ampliamente aceptado a nivel internacional es el Tratamiento Basado en la Clasificación (*Treatment Based Classification*) publicado originalmente por Antony Delitto en 1995 y actualizado por Julie Fritz. Tras descartar la presencia de banderas rojas, este sistema propone utilizar información de nuestra anamnesis y exploración física para clasificar a los pacientes en 4 subgrupos que pueden responder positivamente



a un tratamiento específico: manipulación, ejercicio específico, estabilización y tracción. Además de categorías relacionadas con el movimiento y la función, en su última revisión se consideran aspectos cognitivo-afectivos y dolor generalizado asociado a alteraciones de la función sensorial. En mi opinión, este sistema de clasificación puede agilizar el proceso de toma de decisiones por su valor pronóstico en base a un conjunto de síntomas y/o características presentes (patrones clínicos) en un paciente con dolor lumbar pero nunca puede sustituir al razonamiento clínico del fisioterapeuta. Y, para esto, nuestras decisiones de tratamiento deben guiarse dentro de un proceso dinámico de pensamiento que debe centrarse en la resolución del problema del paciente.

Retomando el tema de la nocicepción y el estado de los tejidos, también debemos ser capaces de buscar la principal fuente estructural implicada en el problema, asumiendo la opacidad causal que antes hemos comentado y siempre dentro del modelo biopsicosocial. En este sentido, el reconocimiento de patrones clínicos nos puede ayudar a comprender el proceso de evolución natural de una lesión estructural. Aquí es donde debemos volver a nuestras bases en anatomía y fisiopatología, aprender a manejar la nocicepción y no esperar el mismo pronóstico de evolución para un síndrome facetario, una discopatía, una estenosis del canal lateral o una inestabilidad estructural. No podemos olvidarnos de la patología y debemos incluirla en nuestro razonamiento clínico en búsqueda de rechazar nuestras hipótesis (fuente del problema) y no dar nunca nada por hecho. Claro está que como profesionales de primera intención, sobre todo los que trabajamos en el ámbito privado, muchas veces no disponemos de pruebas complementarias que nos orienten hacia una patología específica que pueda ser relevante en el problema del paciente y por este motivo, en los casos que sea necesario, se precisa de un enfoque multidisciplinar centrado en las necesidades de salud del paciente para garantizar el tratamiento más apropiado.

“

Los tres pilares sobre los que debe cimentar su actuación el fisioterapeuta dedicado a valorar y tratar problemas neuro-músculo-esqueléticos son la Terapia Manual, el Ejercicio Terapéutico y la Educación en Salud

”



Por otro lado, la Terapia Manual es una disciplina de la Fisioterapia neuromusculoesquelética que ha mostrado tener buenos resultados en pacientes con dolor lumbar agudo o subagudo. Ahora bien, ¿ceñimos nuestras competencias exclusivamente al uso de la terapia manual en pacientes con dolor? Pienso que esto es insuficiente porque debemos considerar nuestro campo de actuación orientándonos también hacia la prevención. No podemos seguir anclados exclusivamente a tratamientos pasivos porque sabemos que existe un porcentaje muy alto de pacientes que sufren recidivas tras un primer episodio de dolor lumbar y, aún más, en pacientes con dolor crónico donde las terapias pasivas han mostrado muy pobres resultados. Por tanto, para mejorar los efectos a largo plazo de nuestros tratamientos y prevenir nuevos episodios de dolor debemos ser conscientes de la importancia que tiene el ejercicio terapéutico o preventivo. Por este motivo, considero fundamental el cambio de paradigma del fisioterapeuta según los criterios aportados por la Confederación Mundial de Fisioterapia, el paradigma del movimiento. No solo vamos a dar importancia al dolor sino también al movimiento, atendiendo tanto a la cantidad como a la calidad de éste. Shirley Sahrmann hace tiempo que nos aportó su valiosísimo sistema de clasificación de las alteraciones del movimiento, introduciendo al mismo tiempo su modelo cinesiológico y sus conceptos de flexibilidad y rigidez relativa. Este sistema de clasificación, añadiendo conceptos de control motor y pruebas de la investigación actual, me parece fundamental para poder detec-

tar patrones de movimiento disfuncionales en pacientes con dolor lumbar (principalmente en los clasificados con “inestabilidad”) en los que, a posteriori, se pueden proponer programas de ejercicio específico en base a los signos relevantes encontrados durante nuestra exploración. Debemos poder ser capaces como fisioterapeutas de analizar y medir movimiento, subclasificar pacientes en base al movimiento, aplicar estímulos específicos en problemas específicos, medir la carga adecuada de entrenamiento y, muy importante, adaptar cada ejercicio a las necesidades funcionales de cada paciente independientemente de su condición física.

En conclusión, en la actualidad contamos con una fuente de conocimiento en vías de desarrollo que puede aportar al fisioterapeuta herramientas muy útiles tanto a nivel diagnóstico como de tratamiento y manejo. Los tres pilares fundamentales sobre los que debe cimentar su actuación todo fisioterapeuta que se dedica a la valoración y tratamiento de problemas neuromusculoesqueléticos son la Terapia Manual, el Ejercicio Terapéutico y la Educación en Salud. Los tres por igual y guiados por el razonamiento clínico en base al conocimiento más actual. Alejémonos del “a mí me funciona” y centrémonos en el “por qué me funciona”, esto implica nuevos esfuerzos en búsqueda de una evolución en nuestros métodos terapéuticos. Una evolución basada en el conocimiento, en el pensamiento, en el razonamiento y, por ende, en la subclasificación. Así debería ser la Fisioterapia, así la entiendo y así pienso adaptarla a mis pacientes.