



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Rehabilitación biopsicosocial multidisciplinaria para el dolor lumbar subagudo (Revisión)

Marin TJ, Van Eerd D, Irvin E, Couban R, Koes BW, Malmivaara A, van Tulder MW, Kamper SJ

Marin TJ, Van Eerd D, Irvin E, Couban R, Koes BW, Malmivaara A, van Tulder MW, Kamper SJ.
Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain
(Rehabilitación biopsicosocial multidisciplinaria para el dolor lumbar subagudo).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 6. Art. No.: CD002193.
DOI: [10.1002/14651858.CD002193.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD002193.pub2).

www.cochranelibrary.com/es

[Revisión de intervención]

Rehabilitación biopsicosocial multidisciplinaria para el dolor lumbar subagudo

Teresa J Marin¹, Dwayne Van Eerd², Emma Irvin², Rachel Couban³, Bart W Koes⁴, Antti Malmivaara⁵, Maurits W van Tulder⁶, Steven J Kamper⁷

¹Department of Psychology, York University, Toronto, Canada. ²Institute for Work & Health, Toronto, Canada. ³Department of Anesthesiology, McMaster University, Hamilton, Canada. ⁴Department of General Practice, Erasmus Medical Center, Rotterdam, Netherlands. ⁵Centre for Health and Social Economics (CHESS), National Institute for Health and Welfare (THL), Helsinki, Finland. ⁶Department of Health Sciences, Faculty of Earth and Life Sciences, VU University Amsterdam, Amsterdam, Netherlands. ⁷Musculoskeletal Division, The George Institute for Global Health, Sydney, Australia

Contacto: Teresa J Marin, Department of Psychology, York University, 209 Behavioural Sciences Building, 4700 Keele Street, Toronto, ON, M3J 1P3, Canada. tmarin@yorku.ca.

Grupo Editorial: Grupo Cochrane de Espalda y Cuello.

Estado y fecha de publicación: Nueva búsqueda de estudios y actualización de contenidos (con cambios en las conclusiones), publicada en el número 6, 2017.

Referencia: Marin TJ, Van Eerd D, Irvin E, Couban R, Koes BW, Malmivaara A, van Tulder MW, Kamper SJ. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain (Rehabilitación biopsicosocial multidisciplinaria para el dolor lumbar subagudo). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 6. Art. No.: CD002193. DOI: [10.1002/14651858.CD002193.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD002193.pub2).

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

El dolor lumbar (DL) se asocia con una enorme carga personal y social, especialmente cuando alcanza el estadio crónico del trastorno (dolor que persiste por más de tres meses). De hecho, los pacientes que alcanzan el estadio crónico tienden a mostrar un curso más persistente y representan la mayoría de los costos sociales y económicos. Como resultado, es cada vez más importante intervenir en los estadios iniciales del DL.

Según el modelo biopsicosocial, el DL es una afección mejor conocida por la interacción de influencias físicas, psicológicas y sociales que la caracteriza. Lo anterior ha dado lugar al desarrollo de programas de rehabilitación biopsicosocial multidisciplinaria (RBM) dirigidos a factores de los diferentes dominios, administrados por profesionales de la asistencia sanitaria de diferentes contextos.

La presente revisión es una actualización de una revisión Cochrane en RBM para el DL subagudo que se publicó en 2003. Forma parte de una serie de revisiones sobre RBM para el dolor musculoesquelético publicadas por el Grupo Cochrane de Espalda y Cuello (Cochrane Back and Neck Group) y el Grupo Cochrane de Enfermedades Musculoesqueléticas (Cochrane Musculoskeletal Group).

Objetivos

Examinar la efectividad de la RBM para el DL subagudo (dolor que persiste por seis a 12 semanas) en adultos, con énfasis en el dolor, la discapacidad específica de la espalda y el estado laboral.

Métodos de búsqueda

Se buscaron ensayos relevantes en cualquier idioma mediante una búsqueda electrónica en CENTRAL, MEDLINE, Embase, CINAHL, PsycINFO y en dos registros de ensayos. La búsqueda está actualizada hasta el 13 de julio de 2016.

Criterios de selección

Se incluyeron los ensayos controlados aleatorios (ECA) en adultos con DL subagudo. Se incluyeron los estudios que investigaron un programa de RBM comparado con cualquier tipo de intervención control. La RBM se definió como una intervención que incluyó un

Rehabilitación biopsicosocial multidisciplinaria para el dolor lumbar subagudo (Revisión)

1

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

componente físico (p.ej. farmacológico, fisioterapia) en combinación con un componente psicológico, social u ocupacional (o cualquier combinación de los anteriores). También se requirió la participación de profesionales sanitarios de al menos dos especialidades clínicas diferentes, con entrenamiento apropiado para proporcionar el componente del que eran responsables.

Obtención y análisis de los datos

Se utilizaron los procedimientos metodológicos estándar previstos por la Colaboración Cochrane. En particular, la extracción de datos y la evaluación del "riesgo de sesgo" fueron realizadas por dos personas, de forma independiente. Se utilizó la herramienta Cochrane para evaluar el riesgo de sesgo y el enfoque GRADE para evaluar la calidad general de la evidencia para cada resultado.

Resultados principales

Se incluyó un total de nueve ECA (981 participantes) en esta revisión. Cinco estudios se realizaron en Europa y cuatro en América del Norte. Los tamaños de las muestras variaron de 33 a 351. La media de edad en los ensayos varió entre 32 y 43,7 años.

Se consideró que todos los estudios incluidos tuvieron alto riesgo de sesgo de realización y alto riesgo de sesgo de detección debido a la falta de cegamiento y cuatro de los nueve estudios tuvieron al menos una fuente adicional de posible sesgo.

En la RBM comparada con la atención habitual para el DL subagudo, los pacientes que recibieron RBM tuvieron menos dolor (cuatro estudios con 336 participantes; DME -0,46; IC del 95%: -0,70 a -0,21; evidencia de calidad moderada debido a riesgo de sesgo) y menos discapacidad (tres estudios con 240 participantes; DME -0,44; IC del 95%: -0,87 a -0,01; evidencia de baja calidad debido a riesgo de sesgo e inconsistencia), así como mayores probabilidades de retorno al trabajo (tres estudios con 170 participantes; OR 3,19; IC del 95%: 1,46 a 6,98; evidencia de muy baja calidad debido a riesgo grave de sesgo e imprecisión) y menos días de licencia por enfermedad (dos estudios con 210 participantes; DME -0,38; IC del 95%: -0,66 a -0,10; evidencia de baja calidad debido a riesgo de sesgo e imprecisión) a los 12 meses de seguimiento. Los tamaños del efecto para el dolor y la discapacidad fueron bajos en términos de la significación clínica, mientras que los efectos para los resultados relacionados con el trabajo fueron de rango moderado.

Sin embargo, cuando la RBM se comparó con otros tratamientos (es decir, intervención breve con características de un programa de movilización ligera y un programa de actividad gradual, restauración funcional, intervención clínica breve que incluye educación y asesoría sobre el ejercicio y orientación psicológica), no se encontraron diferencias entre los grupos en cuanto al dolor (dos estudios con 336 participantes; DME -0,14; IC del 95%: -0,36 a 0,07; evidencia de baja calidad debido a imprecisión y riesgo de sesgo), la discapacidad funcional (dos estudios con 345 participantes; DME -0,03; IC del 95%: -0,24 a 0,18; evidencia de baja calidad debido a la imprecisión y riesgo de sesgo) y el tiempo alejado del trabajo (dos estudios con 158 participantes; DME -0,25; IC del 95%: -0,98 a 0,47; evidencia de muy baja calidad debido a imprecisión, inconsistencia y riesgo de sesgo graves). El regreso al trabajo no se informó en ninguno de los estudios.

Aunque se buscaron eventos adversos en ambas comparaciones, ninguno de los estudios incluidos informó este resultado.

Conclusiones de los autores

Como promedio, a los pacientes con DL subagudo que reciben RBM les irá mejor que si reciben atención habitual, pero no está claro si les irá mejor que a los pacientes que reciben algún otro tipo de tratamiento. Sin embargo, los estudios de investigación disponibles proporcionan evidencia principalmente de baja a muy baja calidad, por lo que se necesitan ensayos adicionales de alta calidad antes de poder describir el valor de la RBM para la práctica clínica.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Tratamiento multidisciplinario en los estadios iniciales del dolor lumbar

Pregunta de la revisión

Se examinó la evidencia acerca del efecto de los tratamientos multidisciplinarios sobre el dolor, la discapacidad y el estado laboral en pacientes que presentaban dolor lumbar durante seis a 12 semanas. Los tratamientos multidisciplinarios se definieron como los tratamientos dirigidos a aspectos físicos así como psicológicos o sociales del dolor lumbar e incluyen un equipo de profesionales sanitarios con diferentes formaciones profesionales y entrenamiento. Por ejemplo, un tratamiento que integre la terapia con ejercicios proporcionada por un fisioterapeuta con ajustes del lugar de trabajo proporcionados por un ergónomo, un especialista en el diseño y la organización del equipamiento en el lugar de trabajo, se consideraría multidisciplinario.

Antecedentes

El dolor lumbar (DL) es un trastorno que causa mucho dolor y sufrimiento a nivel mundial y también representa altos costos para la sociedad debido al gasto relacionado con la asistencia sanitaria y el ausentismo laboral. Los estudios de investigación anteriores han indicado que los pacientes con dolor lumbar por más de tres meses tienen menos probabilidades de recuperarse. Como resultado, es cada vez más importante intervenir en los estadios iniciales del DL.

La finalidad de esta revisión fue determinar si los tratamientos multidisciplinarios fueron mejores o peores que otras opciones como la atención habitual (es decir, la práctica clínica actual) u otros tratamientos (p.ej. terapia con ejercicios sola) para los pacientes que presentaban dolor lumbar durante seis a 12 semanas.

Características de los estudios

La búsqueda está actualizada hasta julio de 2016.

Cinco estudios se realizaron en Europa y cuatro en América del Norte. Los tamaños de las muestras variaron de 33 a 351. La media de edad en los ensayos varió entre 32 y 43,7 años. La mayoría de los estudios incluyeron muestras mixtas de participantes hombres y mujeres. Los autores no tuvieron inquietudes acerca de las fuentes de financiamiento de los estudios incluidos.

Resultados clave

En general, se encontró que los tratamientos multidisciplinarios pueden ser mejores que la atención habitual en los pacientes con DL que dura de seis a 12 semanas. Los pacientes que recibieron tratamiento multidisciplinario tuvieron menos dolor, menos discapacidad, mayores probabilidades de retornar al trabajo y menos días de licencia por enfermedad a los 12 meses de seguimiento. Sin embargo, cuando se compararon los tratamientos multidisciplinarios con otros tratamientos (p.ej. intervención clínica breve que incluye educación y asesoría sobre el ejercicio), se encontró que los tratamientos multidisciplinarios pueden no ser mejores que otros tratamientos. Aunque se examinaron los eventos adversos como resultado secundario, ninguno de los estudios incluidos informó este resultado.

Calidad de la evidencia

La calidad de la evidencia para esta revisión fue generalmente de baja a muy baja. Esto se debió principalmente a tamaños de muestra pequeños y a otras limitaciones de los estudios. Además, se agruparon estudios con intervenciones y comparaciones diferentes. Por ejemplo, algunas intervenciones multidisciplinarias fueron muy intensas (p.ej. > 30 horas de tratamiento), mientras que otras se diseñaron para ser breves (p.ej. < tres horas). Esta variabilidad entre los estudios hace más difícil interpretar los resultados.

En resumen, se necesitan ensayos controlados aleatorios adicionales grandes y de alta calidad antes de poder hacer recomendaciones definitivas para la práctica clínica.