

Osteoba

OSASUN
TEKNOLOGIEN
EBALUAZIOA

EVALUACIÓN DE
TECNOLOGÍAS
SANITARIAS



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD

INFORME DE EVALUACIÓN

D-08-10

PATRONES DE DOLOR LUMBAR: FIABILIDAD DE UN MODELO DE CLASIFICACIÓN

Proyecto de Investigación Comisionada

Noviembre 2008

INFORME DE EVALUACIÓN

D-08-10

**PATRONES DE DOLOR LUMBAR:
FIABILIDAD DE UN MODELO
DE CLASIFICACIÓN**

Proyecto de Investigación Comisionada

Noviembre 2008

Pérez Tierno, S.
Martínez de la Eranueva, R.
Aizpuru Barandiarán, F.
Sánchez Ayala, JJ.

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2009

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la Biblioteca General del Gobierno Vasco: <<http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca>>.

Financiación: Beca de Investigación Comisionada 2003. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco.
Nº Expediente 2003/14.

Este documento debe ser citado como:

Pérez S, Martínez de la Eranueva R, Aizpuru F, Sánchez JJ. Patrones de dolor lumbar: fiabilidad de un modelo de clasificación. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2008. Informe nº: Osteba D-08-10.

El contenido de este documento refleja exclusivamente la opinión de las personas investigadoras, y no son necesariamente compartidas en su totalidad por quienes han realizado la revisión externa o por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

Edición: 1.ª Enero 2009

Tirada: 300 ejemplares

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Departamento de Sanidad

Internet: www.osanet.euskadi.net/osteba/es

Edita: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz

Fotocomposición: RGM, S.A.
Pol. Igeltzera, Pab. 1 bis – 48610 Urduliz-Bizkaia

Impresión: RGM, S.A.
Pol. Igeltzera, Pab. 1 bis – 48610 Urduliz-Bizkaia

ISBN: 978-84-457-2871-0

D.L.: BI-189-09

Investigador principal

Santos Pérez Tierno. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Santiago Apóstol, Vitoria-Gasteiz. Álava.

Miembros del equipo de investigación

Rafael Martínez de la Eranueva. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Álava. Vitoria-Gasteiz. Álava.

Juan José Sánchez Ayala. Inspección Médica. Dirección Territorial de Sanidad de Álava.

Felipe Aizpuru Barandiarán. Unidad de Epidemiología e Investigación de Álava. H Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz. Álava.

Rosa Esquisabel Martínez. EAP Centro de Salud San Martín. Vitoria-Gasteiz. Alava.

M.^a Jesús Iturgaiz Gorena. Escuela de la Espalda, Hospital de Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz. Álava.

Joaquina Prieto Prieto. Servicio de Rehabilitación. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz. Álava.

M.^a Belén Beltrán de Heredia Pérez de Villarreal. Unidad del Dolor. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz. Alava.

Imanol Vega Encina. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz. Álava.

M.^a Nelida Rodríguez Martínez. Inspección. Dirección Provincial de Álava.

Enrique Báñez Hernández. Unidad del Dolor. Hospital de Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz.

Revisión externa

José Caso Martínez. H Complejo Donostia. Gipuzkoa.

Jesus Garibi Undabarrena. Servicio de Neurología. Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia.

Coordinación del Proyecto en Osteba

M.^a Asun Gutierrez Iglesias. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Osteba. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz. Álava.

ÍNDICE

RESÚMENES ESTRUCTURADOS	9
1. INTRODUCCIÓN.....	17
2. OBJETIVOS.....	23
3. MATERIAL Y MÉTODOS.....	27
4. RESULTADOS	31
5. DISCUSIÓN-LIMITACIONES	39
6. CONCLUSIONES.....	43
7. RECOMENDACIONES.....	47
BIBLIOGRAFÍA.....	51
ANEXOS	57
Anexo I. Patrones clínicos de dolor lumbar.....	59
Anexo II. Variables a estudio.....	60
Anexo III. Cuestionario de dolor raquídeo (Ficha paciente).....	66
Anexo IV. Cuestionario de dolor raquídeo (Ficha profesional sanitario).....	68

RESÚMENES ESTRUCTURADOS

RESUMEN ESTRUCTURADO

Título: PATRONES DE DOLOR LUMBAR: FIABILIDAD DE UN MODELO DE CLASIFICACIÓN

Autores: Pérez S, Martínez de la Eranueva R, Aizpuru F, Sánchez JJ.

Palabras clave MESH: *Dolor lumbar, patrones de dolor*

Fecha: Noviembre 2008

Páginas: 72

Referencias: 70

Lenguaje: Español, resúmenes en inglés y euskera

ISBN: 978-84-457-2871-0

INTRODUCCIÓN

Clasificar los procesos lumbares es fundamental para protocolizar tratamientos y medir resultados. Las clasificaciones más utilizadas se basan en la duración de los síntomas y el alcance de la irradiación del dolor, presentando muchas limitaciones porque agrupan pacientes heterogéneos. Pocas veces han sido evaluadas.

OBJETIVOS

Establecer las bases fisiopatológicas y los criterios diferenciales de los Patrones de Dolor Lumbar mediante una revisión bibliográfica. Elaboración de un instrumento de clasificación de pacientes por patrones clínicos de dolor lumbar basados en datos mínimos obtenidos en anamnesis y exploración física. Determinar el acuerdo interobservador.

MATERIAL Y MÉTODOS

Elaboración de una ficha de clasificación de dolor lumbar basada en datos clínicos mínimos y en la descripción del dolor por parte del paciente.

Diez especialistas de distintos ámbitos asistenciales (atención primaria, traumatología, rehabilitación, inspección) completaron la ficha mediante anamnesis y exploración clínica de 20 pacientes cada uno. Con estos datos, clasificaron a los pacientes en función de los cinco patrones de dolor establecidos: discógeno, facetario, radicular, estenosis de canal y psicógeno. El resto de los participantes estableció su diagnóstico a partir únicamente de una copia en papel de la ficha. La categoría asignada por el profesional que incluyó a cada paciente se consideró el patrón de referencia. De forma enmascarada, se invitó a los participantes a reevaluar a sus propios pacientes. Se calculó el acuerdo inter e intraobservador. Se determinó también el patrón dominante, según la clasificación de todos los participantes, y si éste era «de certeza», «dudoso» o «indeterminado».

Análisis económico: SI

NO

Opinión de expertos: SI

NO

RESULTADOS

Tras clasificar a un total de 181 pacientes sobre los que se completó el estudio, el acuerdo interobservador se consideró débil (Kappa 0,21-0,40) o moderado (Kappa 0,41-0,60). El acuerdo es peor si se utiliza el dibujo realizado por el paciente con la distribución de su dolor.

El acuerdo intraobservador —cada evaluador consigo mismo— de la catalogación del patrón según la ficha fue dispar, entre débil (1 observador $k=0,299$) y muy bueno (1 observador $k=0,849$).

El conjunto de evaluadores pudo establecer un patrón dominante en 122 de los 181 (67%) pacientes evaluables. En 102 ocasiones se llegó al diagnóstico con «certeza» y en 20 con carácter «dudoso». En el resto de los casos no se pudo establecer un patrón dominante.

CONCLUSIONES

Los resultados sugieren que el acuerdo interobservador del sistema, aunque globalmente moderado, es aceptable para sostener este modelo de clasificación.

El nivel relativamente modesto de acuerdo total para el conjunto podría indicar que la utilidad del sistema para los propósitos generales de clasificación de Dolor Lumbar es limitada, comparada con su utilidad para la identificación de síndromes particulares. La gran cantidad de variables en el cuestionario, el excesivo número de observadores, la ausencia de contacto directo con el paciente, la falta de consideración de la edad en un proceso dinámico, el planteamiento confuso de algunas preguntas y un entrenamiento insuficiente de los observadores en las ideas claves de los patrones de dolor, hacen necesarios más trabajos para probar la validez y viabilidad de este sistema de clasificación.

RECOMENDACIONES

La clasificación por patrones del dolor lumbar, en base a las posibles fuentes de dolor conocidas y a la evolución de la enfermedad degenerativa lumbar, puede ser recomendada para trabajos de examen clínico y clasificación del Dolor Lumbar y puede complementar la gestión de los pacientes afectados que se deduce de las guías clínicas basadas en la evidencia.

El cuestionario de clasificación por patrones de dolor lumbar debe ser mejorado.

No puede sustituir a la entrevista clínica y exploración del paciente.

LABURPEN EGITURATUA

Izenburua: MIN LUNBARREKO PATROIAK: SAILKAPEN EREDU BATEN FIDAGARRITASUNA

Egileak: Pérez S, Martínez de la Eranueva R, Aizpuru F, Sánchez JJ.

Mesh Gako-hitzak: *Min lunbar, minaren patroiak*

Data: 2008ko azaroa

Orrialdeak: 72

Erreferentziak: 70

Hizkuntza: Gaztelania, laburpenak euskeraz eta ingelesez

ISBN: 978-84-457-2871-0

SARRERA

Prozesu lunbarrak sailkatzea funtsezkoa da tratamenduak protokolizatzeko eta emaitzak neurtzeko. Sailkapen erabilienak sintomen iraupenean eta minaren irradiazioaren irismenean oinarritzen dira, baina muga asko aurkezten dituzte talde berean paziente heterogeneoak barne hartzen direlako. Gutxitan izan dira ebaluatuak.

HELBURUAK

Min Lunbarraren Patroien oinarri fisiopatologikoak eta irizpide bereizleak ezartzea, azterketa bibliografiko baten bidez. Pazienteak sailkatzeko tresna bat elaboratzea min lunbarraren patroiklinikoen arabera, anamnesian eta azterketa fisikoan lorturiko gutxieneko datu batzuk oinarritzat hartuta. Behatzaile arteko bat etortzea erabakitzea.

METODOAK

Min lunbarraren sailkapen fitxa bat elaboratzea oinarritzat hartuz batetik gutxieneko datu kliniko batzuk eta bestetik pazienteak berak minari buruz egiten duen deskribapena.

Asistentzia eremu desberdinetako hamar espezialistak (lehen mailako atentzioa, traumatologia, errehabilitazioa, ikuskapena) osatu zuten fitxa, bakoitzak hogeituzten pazienteren anamnesia eta azterketa klinikoa egin zutelarik. Datu horiekin, pazienteak sailkatu zituzten ezarritako bost min patroien arabera: diskogenoa, fazetario, radikularra, kanal estenosia eta psikogenoa. Gainerako parte hartzaileek beren diagnostikoa ezarri zuten abiapuntu bakar gisa fitxaren paperezko kopia bat erabiliz. Profesionalak paziente bakoitzari esleitu zion kategoria hartu zen erreferentziako patroitzat. Era maskaratuan, parte hartzaileak gonbidatu ziren beren pazienteak berriro ebalua zitzaten. Behatzaile beraren eta behatzaile arteko bat etortzea kalkulatu zen. Gainera, patroik nagusia erabaki zen parte hartzaile guztien sailkapenaren arabera, eta ea hau «ziurtasunezkoa», «zalantzezkoa» edo «zehaztu gabea» zen.

Analisi ekonomikoa: BAI



Adituen Iritzia:



EZ

EMAITZAK

Azterketa osoa egin zitzaion 181 paziente sailkatu ondoren, behatzaile arteko bat etortzea ahula zela erabaki zen (Kappa 0,21-0,40) edo moderatua (Kappa 0,41-0,60). Bat etortzea are txarragoa da, pazientek bere minaren hedapenari buruz eginiko marrazkia erabiltzen bada.

Behatzailearen bere buruarekin bat etortzea fitxaren araberako patroien katalogazioan desberdina izan zen, ahuletik hasita (behatzaile bat $k=0,299$) oso oneraino bitartekoa (behatzaile bat $k=0,849$).

Ebaluatzaileen multzoak patroia gainartzaile bat ezarri ahal izan zuen ebaluatu ziren 181 pazienteetatik 122tan (%67). 102 alditan «ziurtasunez» iritsi zen diagnostikora, eta 20tan «zalantzaz». Gainerako kasuetan ezin izan zen lortu patroia gainartzailerik.

KLONKLUSIOAK

Emaitez iradokitzen dutenez, sistemaren behatzaile arteko bat etortzea, oro har moderatua bada ere, onargarria da sailkapen eredu hau mantentzeko.

Bat etortze orokorraren maila aukeran apalak adieraz lezake sistemak helburu nagusizat daukan Min Lunbarra sailkatzeko baliagarritasuna mugatua dela, sindrome partikularrak identifikatzeko daukan baliagarritasunarekin alderatzen bada. Itaunketako aldagaien ugaritasun handiak, behatzaileen gehiegizko kopuruak, pazientearekiko harreman zuzenik ez egoteak, prozesu dinamiko batean adina kontuan hartu ez izanak, galdera batzuen planteamendu nahasiak eta behatzaileak min patroietako ideia nagusietan behar beste trebatu ez izanak, erakusten dute ezinbestekoa dela lan gehiago egitea sailkapen sistema honen baliagarritasuna eta bideragarritasuna frogatzeko.

GOMENDIOAK

Min lunbarreko patroien sailkapena, kontuan harturik min iturri ezagun batzuk eta endekapenezko gaixotasun lunbarraren eboluzioa, gomendagarria izan daiteke azterketa klinikoko lanetarako eta Min Lunbarraren sailkapenerako; gainera, lagungarria izan daiteke ebidentzian oinarrituriko gida klinikoetatik ondorioztatzen den paziente afektatuen gestioa gauzatzeko.

Min lunbarreko patroien araberako sailkapenerako galdeketa hobetu beharra dago.

Ezin ditzake ordezkatu azterketa klinikoa eta pazientearen esplorazioa.

STRUCTURED SUMMARY

Title: MODELS OF LOWER BACK PAIN: RELIABILITY OF A CLASSIFICATION MODEL

Authors: Pérez S, Martínez de la Eranueva R, Aizpuru F, Sánchez JJ.

Key words Mesh: *Lower back pain, pain models*

Date: November 2008

Pages: 72

References: 70

Language: Spanish, English and basque abstracts

ISBN: 978-84-457-2871-0

INTRODUCTION

Classifying lower back processes is a basic requirement for the registration of treatments and measurement of results. The most widely used specifications are based on the duration of the symptoms and the reach of the pain irradiation. There are many restraints because they form heterogeneous groups of patients. They have been rarely assessed.

AIMS

Establish the physiopathological bases and differential criteria of Lower Back Pain Models through a review of the literature. Preparation of a patient classification instrument according to clinical models of lower back pain based on the minimum data obtained in anamnesis and physical exploration. Determine the interobserver agreement.

METHODS

Preparation of a lower back pain classification sheet based on minimum clinical data and on the patient's description of the pain.

Ten specialists from different health care areas (primary care, traumatology, rehabilitation, inspection) filled in the sheet through anamnesis and the clinical examination of 20 patients each. With this data, and they classified patients in accordance with five established pain models: discogenic, facetary, radicular, stenosis of the spinal canal and psychogene. The remaining participants established their diagnosis solely on the basis of a hard copy of the sheet. The category designated by the professional and which included each patient, was considered to be the reference model. The participants were invited to reassess their own patients without knowing their identity. The inter and intraobserver agreement was calculated. The dominating model was also determined according to the classification of all the participants and whether this was «certain», «doubtful» or «indeterminate».

Economic analysis: YES

NO

Expert opinion: YES

NO

RESULTS

After classifying a total of 181 patients, the interobserver agreement was considered to be weak (Kappa 0.21-0.40) or moderate (Kappa 0.41-0.60). The agreement was worse if the drawing made by the patient showing the distribution of his pain was used.

The intraobserver agreement -each evaluator with himself- in the cataloguing of the model according to the sheet was irregular, ranging between weak (1 observer $k=0.299$) and very good (1 observer $k=0.849$).

The evaluators group was able to establish a dominating model in 122 of the 181 (67%) assessable patients. On 102 occasions, a diagnosis was reached with «certainty» and in 20, with a diagnosis of a «doubtful» nature. It was not possible to establish a dominating model in the remaining cases.

CONCLUSIONS

The results suggest that, although moderate overall, the system interobserver agreement is acceptable in order to sustain this classification model.

The relatively modest level of total agreement for all the patients as a whole might indicate that the usefulness of the system for general Lower Back Pain classification purposes is limited, compared with its usefulness in the identification of particular syndromes. The large number of variables in the questionnaire, the excessive number of observer is, the absence of direct contact with the patient, the lack of consideration for age in a dynamic process, the confused approach of some questions and insufficient training of observer is in the TADA's health pain models, require more work to test the validity and feasibility of this classification system.

RECOMMENDATIONS

The classification of lower back pain models based on possible known sources of pain and the development of lower back degenerative disease, may be recommended for the clinical examination and classification of Lower Back Pain and may enhance the management of affected patients, deduced from evidence-based clinical guidelines.

The lower back pain and model classification questionnaire must be improved

The clinical interview and examination of the patient cannot be replaced.

1. INTRODUCCIÓN

JUSTIFICACIÓN

Las encuestas vascas de salud de 1994 y 1997 nos muestran que el dolor lumbar es el problema crónico de salud percibido como más frecuente por la población de nuestra comunidad. Según la de 2002, el 4,4% de los hombres y el 6,8 % de las mujeres (5,6 % total CAPV) consideran que tiene dolor crónico de espalda (no se incluye el dolor cervical) y un 30% de la población de la CAPV ha sufrido dolor lumbar en el último año¹. Es la segunda patología crónica autopercibida, sólo detrás de la hipertensión arterial. Hay pocas patologías con la trascendencia individual, social y económica que tiene el dolor lumbar. El gasto generado sólo por el dolor lumbar en Euskadi supuso, al menos, un 0,6 % del PIB de la CAPV el año 2000¹. Los datos de incidencia y prevalencia son semejantes a los encontrados en la literatura especializada y ampliamente citados^{2,3}

A pesar de la reconocida importancia del problema y de los avances realizados, la literatura médica relativa al dolor lumbar es confusa debido a considerables variaciones en su definición, intensidad, valoración, tratamientos y recuperación y carece de conclusiones por falta de acuerdo en parámetros para establecer grupos comparables y medir resultados^{4,5,6} dificultando su interpretación y la toma de decisiones en términos de manejo clínico y salud pública⁷.

Estas incertidumbres han llevado a algunos autores a concluir que la mayoría de los pacientes de Atención primaria con dolor lumbar no tienen una patoanatomía identificable que explique su dolor^{8,9} y a considerar que los resultados pueden ser mejorados si se considera el Dolor Lumbar Inespecífico una entidad homogénea y se trata con un abordaje genérico. Es el argumento de las actuales guías de práctica clínica basadas en la evidencia.

Así, la etiqueta que se nos propone con mayor frecuencia es «Dolor Lumbar Inespecífico» siendo el «Dolor Lumbar específico» («banderas rojas») el causado por patología «seria» (cáncer, osteomielitis, fractura, cauda equina, espondilitis anquilosante, dolor visceral referido) con un 20% de frecuencia de presentación en Atención Primaria. La sensibilidad y especificidad diag-

nóstica de estas valoraciones con propiedades conocidas para filtrar la patología raquídea grave ha sido descrita^{10,11}.

El comportamiento individual frente al dolor tiene conocida sensibilidad y especificidad¹². Se han propuesto «banderas amarillas» para establecer factores de riesgo psicosociales premonitorios de respuesta pobre al tratamiento^{13,14,15,16} en Dolor Lumbar Inespecífico y están también disponibles en dichas guías.

Hay también pruebas con propiedades demostradas (aceptable acuerdo interobservador y valor predictivo positivo)¹⁷ para discriminar la irritación y/o déficit radicular producidas con mayor probabilidad por desplazamiento o incompetencia del disco. Estas valoraciones son de daño físico (dolor radicular en la elevación de la pierna estirada o Lasegue), alteraciones metaméricas de la sensibilidad, fuerza y reflejos osteotendinosos.

El uso de estas estimaciones para discriminar patología raquídea grave, irritación de la raíz nerviosa y factores psicosociales, se han reseñado en guías de práctica clínica basadas en la evidencia, evidencia limitada que los médicos necesitamos llevar más allá, para afinar la selección de pruebas complementarias e indicaciones terapéuticas.

Dolor Lumbar no es un diagnóstico y, por lo tanto, no da información sobre la etiología, fisiopatología y posibilidades de tratamiento. Es simplemente un síntoma percibido en una amplia región anatómica.

Esta agrupación de pacientes es inadecuada¹⁸ ya que sólo el 15% tienen un diagnóstico específico¹⁹ y el resto se consideran inespecíficos, siendo los factores psicosociales considerados a menudo causantes^{20,21}.

Es por lo que hemos encontrado muchos defensores de la heterogeneidad del Dolor Lumbar Inespecífico y se han sugerido muchas clasificaciones^{22,23,24,25,26,27,28,29,30,31}.

Varias condiciones anatomopatológicas se han relacionado con el Dolor Lumbar Inespecífico. Estas condiciones incluyen: la lesión del disco contenida (la ruptura interna del disco), compre-

sión dural, dolor facetario, esguince ligamentoso, espasmo muscular, artrosis, dolor sacroiliaco, inestabilidad segmentaria, escoliosis, espondilolisis y espondilolistesis y puntos gatillo. No hay ninguna evidencia de que la presencia de dolor facetario y de las lesiones del disco contenidas puedan determinarse por valoración clínica, aunque han sido propuestos signos y síntomas^{32,33,34,35}. Las técnicas de imagen identifican algunas de estas condiciones con grados de precisión variables, y se piensa que algunos signos clínicos indican su presencia. Sin embargo, la presencia de estas imágenes y hallazgos clínicos en la población asintomática es suficientemente alto como para minar la confianza clínica de que la estructura «anormal» es la fuente de dolor en un paciente sintomático: 42,7% de lesiones degenerativas en radiología simple en pacientes asintomáticos frente al 53,4% en individuos con dolor lumbar³⁶, así como una prevalencia de lesiones degenerativas en individuos asintomáticos del 28-36% que llega hasta el 93% en individuos de 60 a 80 años con la Resonancia Nuclear Magnética^{37,38,39}.

Otro tópico ampliamente aceptado define el dolor lumbar como un problema autolimitado. Esto, en base a una interpretación incorrecta de sólo dos artículos ampliamente citados en los que se afirma que el 80-90% de los pacientes que sufren dolor lumbar dejan de consultar al médico en 6 semanas⁴⁰ y que el 75 % se reincorporan al trabajo en el plazo de 1 mes⁴¹ (no refieren curación). Otros autores afirman que el 90% del dolor lumbar agudo inespecífico se cura, transformándose un 10% en dolor lumbar crónico, lo que dada su alta prevalencia lo convierte en un serio problema de salud. El dolor lumbar agudo específico, por el contrario, se hace crónico en un 35-40%, pero al tener una causa conocida se puede tratar de forma más adecuada⁴².

La realidad es que el dolor lumbar es un importante problema de salud, tiene una larga evolución en el paciente individual con tendencia a la recidiva⁴³ no se resuelve por sí solo cuando es ignorado y es preciso prevenir su cronificación. La mayor parte del gasto en dolor lumbar (consultas, medicamentos, pruebas complementa-

rias, ingresos hospitalarios, cirugía, incapacidad laboral) se debe al alargamiento del episodio global en una pequeña proporción de pacientes. Está influido por factores psicológicos y sociolaborales y se asocia frecuentemente a otras patologías.

Ante la diversidad de las presentaciones del Dolor Lumbar Inespecífico, su variado curso clínico y el amplio número de estructuras capaces de generar dolor, los médicos que atendemos pacientes con dolor lumbar nos encontramos desprovistos de herramientas de discriminación y gestión de estos problemas, como lo demuestra la dificultad para reconocer los factores pronósticos en cada caso y la gran variabilidad en la práctica clínica¹.

Cuando nos enfrentamos a un paciente con dolor lumbar solemos hacernos preguntas como ¿qué le duele? ¿por qué le duele? ¿cuáles son los mecanismos de transmisión del dolor?. Pero la causa precisa de los síntomas de los dolores lumbares continúa siendo desconocida en la mayoría de los casos aun después de una anamnesis y exploración clínica cuidadosas dada su etiología multifactorial. Así pues, ante una complejidad que va en aumento en la forma de abordar el dolor lumbar nos encontramos, más que con un dolor lumbar, con dolores lumbares que constituyen entidades huérfanas de diagnóstico convencional, siendo la cuestión real el por qué un dolor lumbar común es un serio problema para la persona⁴⁴.

En estas circunstancias surge la necesidad de una herramienta que ayude a relacionar la fisiopatología del dolor lumbar y la clínica del paciente concreto, orientando las costosas exploraciones complementarias que en muchas ocasiones muestran hallazgos «patológicos» en pacientes asintomáticos^{45,46,47,48} y establecer los tratamientos más efectivos en función de la estructura que provoca dolor⁴⁹.

La adecuada clasificación de los procesos lumbares es un paso preliminar para el manejo de los problemas concretos y fundamentales para el avance de su comprensión, la protocolización de los tratamientos y la medida de los resultados⁵⁰. Se ha sugerido que la evolución de los

pacientes con manejo basado en una clasificación es mejor que la de aquellos no asignados a un subgrupo⁵¹ y muchas voces autorizadas han manifestado la necesidad de tener una clasificación^{52,53}. Hay antecedentes en la literatura tanto en atención especializada^{54,55} como en atención primaria^{56,57}. Una reciente revisión sistemática⁵⁸ concluye que pudiera ser útil dividir a los pacientes con dolor lumbar en subgrupos en relación a los síntomas, que pudieran seguir diferentes patrones de recuperación. En importantes foros esta clasificación de pacientes se ha considerado una prioridad de investigación^{59,60,61,62}.

Por otro lado, una clasificación útil del dolor lumbar debe ser referenciada a la anatomía y la fisiopatología de la enfermedad degenerativa lumbar tal como fue descrita por Kirkaldy-Willis y Farfan⁶³ sobre la base de observación de especímenes patológicos, y confirmada posteriormente por estudios radiológicos⁶⁴, concluyendo que la degeneración del raquis lumbar ocurre en tres fases: 1º Disfunción (fisuras anillo fibroso, degeneración núcleo pulposo, artropatía de facetas articulares...), 2º Inestabilidad segmentaria (laxitud de facetas, ligamentos y disco...), 3º Reestabilización por artrosis (osteofitosis, hipertrofia facetas...).

La elaboración de un sistema de clasificación del Dolor Lumbar en subgrupos bien definidos por la clínica, relacionada con la lesión sintomática en un momento dado, puede ayudar, en nuestra opinión basada en la experiencia, a caracterizar a los pacientes y optimizar su manejo, además de permitir la evaluación de la efectividad de diversas opciones diagnósticas y terapéuticas y mejorando la comunicación entre los profesionales implicados en este tema.

Por ello hemos apostado, en nuestro trabajo previo para Osteba «Impacto sanitario, económico y social del dolor lumbar en la CAPV», por su clasificación en Patrones Clínicos determinados por la localización de los síntomas dominantes: duración y distribución del dolor, por la particularización de los movimientos, posturas y maniobras que exacerban o alivian el dolor, a partir exclusivamente de la información dada por la historia del paciente y el examen físico, asumiendo y estimulando la controversia implícita.

Esta clasificación, que utilizamos de forma empírica en nuestra práctica clínica y que consideramos útil (ANEXO I: patrones de dolor lumbar; ANEXO II: Descripción detallada), tiene evidentes limitaciones metodológicas. Observamos muchos pacientes en la práctica diaria que describen sus síntomas de manera muy similar a otros, lo que abunda en la facilidad de clasificación, mientras hay otros con síntomas abigarrados difíciles de colocar en cualquier compartimento previamente diseñado. De la misma manera, otros pacientes participan de un polimorfismo en el que pueden solaparse varios patrones. Esto, si bien es verdad que refleja la realidad de un problema complejo en su génesis y expresión, nos muestra también la necesidad de mejorar la precisión de una herramienta de clasificación sencilla, que debe limitarse a lo indispensable para identificar el Patrón Clínico dominante en un momento dado, en un paciente dado, y que aún a costa de perder matices sirva para tener una «foto clínica» suficientemente nítida para mejorar la actual comprensión y manejo del dolor lumbar. Evidentemente precisa demostrar su correlación fisiopatológica, su validez y un buen acuerdo interobservador, justificando este trabajo.

2. OBJETIVOS

La elaboración de un sistema de clasificación clínica del dolor lumbar puede ser una herramienta que ayude a caracterizar a los pacientes, conocer su pronóstico y facilitar su manejo. Esto sólo es posible si los clínicos implicados en los distintos niveles asistenciales cuentan con un instrumento válido, fiable y de fácil manejo para realizar la clasificación en condiciones similares, independientemente del entorno laboral o del tipo de pacientes.

Los objetivos de este trabajo son, por tanto:

- Establecer las bases fisiopatológicas y criterios clínicos diferenciales de los Patrones de Dolor Lumbar mediante una revisión bibliográfica.
- Elaboración de un instrumento de clasificación de pacientes en base a datos mínimos obtenidos en la anamnesis y la exploración física.
- Determinar el acuerdo interobservador de dicho instrumento a la hora de clasificar pacientes con dolor lumbar: Atención Primaria, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Rehabilitación y Escuela de Espalda, Unidad del Dolor e Inspección de Servicios Sanitarios.
- Determinar la fiabilidad intraobservador del sistema de clasificación basado en los patrones clínicos de dolor.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. SUJETOS A ESTUDIO

Se incluyó a 200 pacientes procedentes de las consultas de 10 médicos de distintos ámbitos laborales: Atención Primaria (Centros de Salud de San Martín, Zaramaga y Lakuabizkarra), Servicios de Traumatología, Rehabilitación y Unidad del Dolor del Hospital Santiago Apóstol y Escuela de la espalda y Unidad del Dolor del Hospital Txagorritxu, así como de la Inspección médica del servicio de salud y la Unidad Médica del I.N.S.S. Todos los centros se encuentran situados en Vitoria-Gasteiz.

Por diferentes causas toda la captación no fue simultánea, extendiéndose ésta, para los diferentes profesionales, desde Mayo de 2004 hasta Mayo de 2005.

Todos los pacientes dieron su consentimiento para participar en el estudio.

Criterios de inclusión

- a) pacientes de atención primaria: diagnosticados de lumbalgia por primera vez;
- b) pacientes de especialidades: vistos por primera vez en el servicio

Criterios de exclusión

No hubo criterios de exclusión de pacientes.

No se precisaban pruebas previas sino tan solo la realización de la encuesta y una mínima exploración física que recogiera las maniobras de Goldwaith, Lasègue, flexo-extensión del tronco y un relato coherente de claudicación neurógena una vez descartada patología grave (ANEXOS III y IV).

No se tuvieron en cuenta la comorbilidad, los tratamientos realizados, la situación laboral, las compensaciones o sus expectativas, etc, cuestiones todas ellas con evidente influencia en el dolor.

3.2. PROCEDIMIENTO

Cada caso fue evaluado por todos los médicos participantes en el estudio: el médico que iniciaba el caso lo evaluaba tras la anamnesis y exploración acordada y rellenaba en todos sus apartados una hoja de clasificación, incluyendo

el dibujo del dolor realizado por el paciente. El resto de médicos participantes lo hacían a partir, únicamente, de copias de estas hojas y dibujo del dolor, sin la presencia física del paciente.

El procedimiento detallado fue el siguiente:

Revisión y discusión bibliográfica

Diseño de una ficha sencilla para orientar la anamnesis y la exploración de los pacientes de una forma sistemática e igual para todos. En el desarrollo de esta ficha se ha elaborado un ítem seleccionando cada una de las principales condiciones que caracterizan los distintos patrones clínicos de dolor y que se describen en su definición. Incluye los datos clínicos, la exploración y el dibujo realizado por el paciente con la representación del dolor que padece (ANEXO III).

- 1) Una reunión de adiestramiento de los participantes en los criterios diferenciales de los distintos patrones y en la cumplimentación de la hoja de clasificación.
- 2) A la inclusión de un paciente, el médico responsable completaba la correspondiente hoja de clasificación y le asignaba un patrón clínico de dolor según la anamnesis y exploración y, de manera independiente, otro patrón según el dibujo que el paciente realizaba sobre la silueta de una figura humana de frente y por detrás.
- 3) Esta hoja de clasificación, en la que se incluían los datos de identificación y la categoría de patrón lumbar que se adjudicaba al paciente, se enviaba en papel a la unidad de investigación.
- 4) El total de las hojas de clasificación, entre las que se incluían por lo tanto los pacientes originales del participante, se distribuían de nuevo a los demás miembros del equipo. Cada uno de los evaluadores emitía su juicio a partir de los datos de la ficha. Esta tarea la realizaban de forma ciega, desconociendo el diagnóstico del primer médico, el nivel asistencial del que provenían los pacientes y los datos de filiación de los mismos (edad inclusive).

3.3. VARIABLES A ESTUDIO

Patrones de dolor lumbar

Se imputó a cada sujeto uno sólo de los siguientes patrones clínicos a partir de la información de la hoja de clasificación: discógeno, articular/facetario, radicular, de estenosis, psicógeno y/o simulador, entendiendo que no es una clasificación etiológica ya que la lesión anatómica puede ser múltiple y sus manifestaciones influidas por muchos factores de acuerdo a la fisiopatología del Dolor Lumbar como ya se ha insistido previamente. De la misma manera, se imputo un patrón a partir del dibujo.

Patrón dominante

Se estableció el patrón «dominante» de cada paciente como aquel en el que coinciden más evaluadores.

Se consideró que este patrón podía ser mixto si había tres o cuatro evaluadores que coincidían en un patrón de dolor y otros tres o cuatro en otro.

Calidad del diagnóstico

La calidad del diagnóstico de patrón «dominante» se determinó de la siguiente manera:

- Seguro: coinciden 7 ó más, o coinciden 6 y los otros 3 no coinciden entre sí (dispersos).

- Dudoso: 6 coinciden en un patrón y 3 en otro; 4 ó 5 coinciden en el dominante.
- Indeterminado: coinciden 3 ó menos (hay mezcla).

3.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se trata de una variable nominal con cinco categorías, por lo que la medida de acuerdo interobservador más apropiada es el estadístico kappa simple, con su intervalo de confianza (95%). Se calculó el acuerdo entre todas las parejas de profesionales participantes posibles (14 en total). También se calculó el acuerdo teniendo en cuenta el profesional que iniciaba el estudio, para poder identificar posibles sesgos en este sentido.

Siguiendo recomendaciones ampliamente utilizadas⁶⁵ el acuerdo se consideró, según los valores de kappa observados: pobre (< 0,20); débil (de 0,21 a 0,40); moderado (de 0,41 a 0,60); bueno (de 0,61 a 0,80); muy bueno (de 0,81 a 1). El elevado número de categorías en la variable a estudio conduce a valores de Kappa pequeños. Por ello, se calculó también el porcentaje de acuerdo. Esta medida puede sobreestimar la fiabilidad de la medición.

De igual forma, se evaluó la fiabilidad test-retest.

Todo el análisis se efectuó con el programa SPSS para Windows, v. 13.

4. RESULTADOS

4.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Concluyeron el estudio un total de 181 pacientes (55% mujeres) de entre 20 y 80 años de edad (media = 47,8; de = 13,8; mediana = 49).

Uno de los profesionales participantes (Médico 7), a pesar de incluir pacientes, no pudo realizar la fase de evaluación, por lo que algunos pacientes no tendrán patrón asignado de referencia y las valoraciones globales se reducirán a nueve.

4.2. ACUERDO INTEROBSERVADOR

Usando únicamente la ficha clínica, el acuerdo interobservador es entre débil y moderado (ta-

blas 1-A y 1-B). El mejor acuerdo ($\kappa = 0,57$; porcentaje de acuerdo = 66,8%) se observó entre uno de los médicos de atención primaria y uno de los traumatólogos. El peor ($\kappa = 0,23$; % de acuerdo = 43,3), entre el otro médico de familia y un inspector. Cuando se utiliza el dibujo con la descripción del dolor según el paciente el acuerdo no mejora (rango entre $\kappa = 0,24$; % de acuerdo = 43,5 —entre primaria y rehabilitación— y 0,60; % de acuerdo = 66,9— entre el otro médico de primaria y rehabilitación) (tablas 2-A y 2-B).

Por especialidades, el acuerdo es débil entre los médicos de atención primaria, inspección médica y traumatólogos y moderado entre los rehabilitadores (tabla 3).

Tabla 1-A. Fiabilidad interobservador según la ficha: Índice Kappa

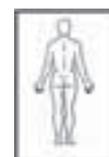
Médico 1									
0,23	Médico 2								
0,31	0,37	Médico 3							
0,32	0,48	0,51	Médico 4						
0,28	0,41	0,49	0,47	Médico 5					
0,30	0,38	0,48	0,57	0,44	Médico 6				
0,25	0,36	0,39	0,42	0,45	0,30	Médico 8			
0,31	0,52	0,54	0,48	0,55	0,40	0,41	Médico 9		
0,26	0,35	0,45	0,42	0,39	0,29	0,47	0,42	Médico 10	

Tabla 1-B. Fiabilidad interobservador según la ficha: % absoluto de acuerdo

Médico 1									
43,3%	Médico 2								
46,9%	51,3%	Médico 3							
47,8%	60,1%	61,6%	Médico 4						
43,8%	54,9%	59,1%	58,5%	Médico 5					
47,2%	51,5%	60,2%	66,8%	54,4%	Médico 6				
43,3%	52,7%	53,0%	55,1%	57,1%	43,4%	Médico 8			
47,7%	64,2%	64,0%	59,6%	65,2%	52,3%	55,5%	Médico 9		
43,9%	51,6%	58,4%	55,6%	52,1%	44,1%	62,5%	56,6%	Médico 10	

Tabla 2-A. Fiabilidad interobservador según el dibujo: Índice Kappa

Médico 1									
0,26	Médico 2								
0,29	0,47	Médico 3							
0,28	0,42	0,57	Médico 4						
0,24	0,34	0,47	0,60	Médico 5					
0,26	0,33	0,51	0,54	0,50	Médico 6				
0,31	0,43	0,42	0,49	0,50	0,34	Médico 8			
0,29	0,44	0,46	0,42	0,36	0,35	0,41	Médico 9		
-	-	-	-	-	-	-	-	Médico 10*	



* No se puede calcular el índice Kappa porque este evaluador no ha reconocido ninguna estenosis de canal, con lo que las tablas no son cuadradas (5x5) en ninguno de los casos.

Tabla 2-B. Fiabilidad interobservador según el dibujo: % absoluto de acuerdo

Médico 1									
44,5%	Médico 2								
46,4%	59,8%	Médico 3							
44,0%	55,2%	66,9%	Médico 4						
43,0%	50,0%	60,6%	69,4%	Médico 5					
47,5%	49,1%	63,7%	65,5%	53,4%	Médico 6				
48,2%	57,4%	57,1%	61,7%	63,4%	56,6%	Médico 8			
45,7%	57,6%	58,7%	53,7%	51,3%	59,3%	55,9%	Médico 9		
48,0%	55,6%	66,2%	41,9%	60,1%	45,1%	61,8%	54,3%	Médico 10	

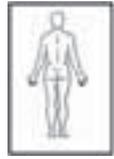


Tabla 3. Grado de acuerdo entre parejas dentro de cada nivel asistencial (Índice Kappa). Ficha y Dibujo

	Ficha	Dibujo
Médico 1 - 4 Atención primaria	0,32	0,28
Médico 2 - 10 Inspección médica / INSS	0,35	-
Médico 3 - 5 / 3 - 9 / 5 - 9 Rehabilitación / U. Dolor	0,49 / 0,54 / 0,55	0,47
Médico 6 - 8 Traumatología	0,30	0,34

Gráfico 1. Grado de acuerdo entre parejas dentro de cada nivel asistencial (Índice Kappa). Ficha

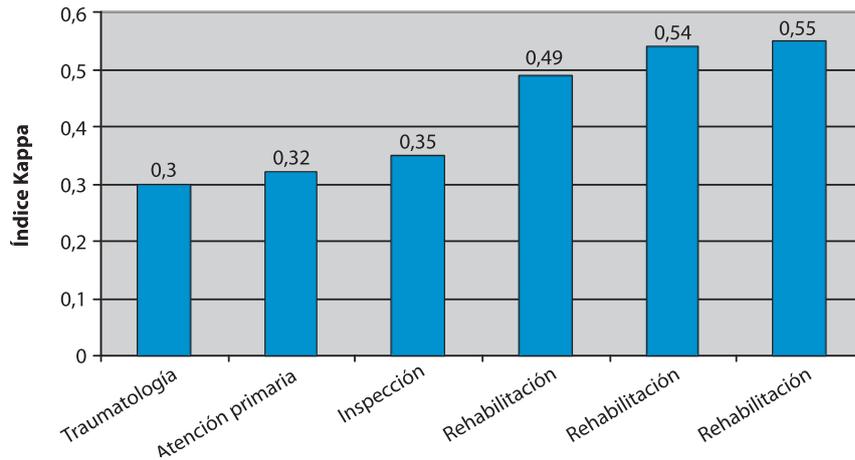
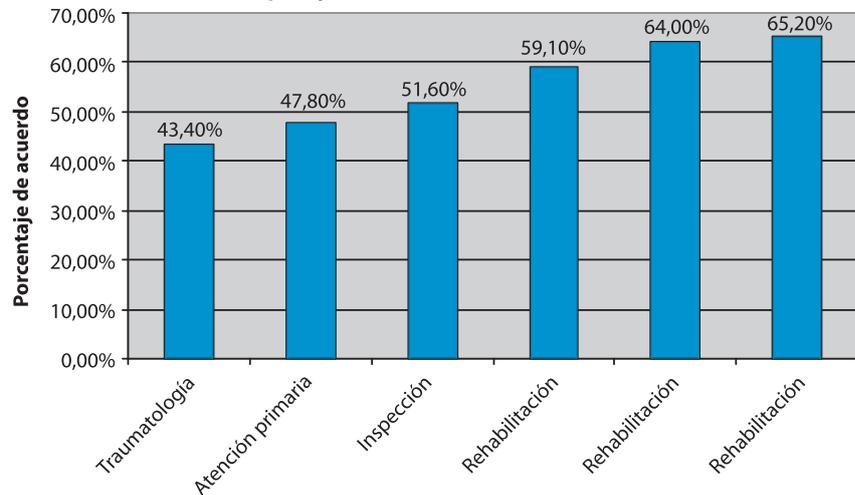


Gráfico 2. Grado de acuerdo entre parejas dentro de cada nivel asistencial (% de acuerdo). Ficha



4.3. FIABILIDAD INTRA-OBSERVADOR

El acuerdo intraobservador —cada evaluador consigo mismo— de la catalogación del patrón según la ficha fue dispar, entre débil (1 observador $k=0,299$) y muy bueno (1 observador $k=0,849$). Otros dos obtuvieron un grado mode-

rado de acuerdo y en dos casos, un acuerdo bueno. Cuando se pidió reevaluar patrones usando el dibujo hecho por el paciente el acuerdo fue inferior: moderado en todos los casos excepto para un evaluador que logró un acuerdo bueno ($k=0,667$) consigo mismo (tabla 4).

Tabla 4. Fiabilidad intraobservador (% de acuerdo / Índice Kappa). Ficha y Dibujo

	% de acuerdo consigo mismo		% de acuerdo consigo mismo	
	Ficha	Kappa	Dibujo	Kappa
	1ª valoración – 2ª valoración	1ª val – 2ª val	1ª valoración – 2ª valoración	1ª val – 2ª val
Médico 1	88,9%	0,849	66,8%	0,550
Médico 2	45,0%	0,299	50,0%	-
Médico 3	65,0%	0,500	60,0%	0,410
Médico 4	85,0%	0,773	80,0%	-
Médico 5	70,0%	-	75,0%	-
Médico 6	75,0%	0,667	75,0%	0,667
Médico 7	-	-	-	-
Médico 8	80,0%	0,705	70,0%	0,559
Médico 9	-	-	-	-
Médico 10	50,0%	-	63,3%	0,367

En varios casos no se pudieron calcular los índices Kappa, ya que requieren una tabla de dos vías en la que los valores de la primera variable sean idénticos a los valores de la segunda.

4.4. PATRÓN DE REFERENCIA Y PATRÓN DOMINANTE

Se consideró como patrón de referencia el atribuido por el médico que inició el procedimiento, quien tenía acceso a una exploración física y anamnesis completas de sus pacientes. Con este criterio, 62 pacientes (36%) se clasificaron como facetarios, 44 (26%) radiculares, 35 (20%) descógenos, 18 (11%) estenosis de canal, y 13 (8%) psicógenos. Se desconoce la valoración inicial de 12 pacientes correspondientes a los aportados al estudio por el Médico 7.

Por su parte, el conjunto de evaluadores pudo establecer un patrón dominante, según la defi-

nición operativa para este estudio en 121 de los 181 (67%) pacientes evaluables —los que tenían las 9 evaluaciones posibles. En 102 ocasiones se llegó al diagnóstico con «certeza»— coinciden 7 evaluadores, o coinciden 6 y los otros tres no están de acuerdo entre sí —y en 20 con carácter «dudoso»— de 4 a 6 evaluadores coinciden, siempre que no haya otros tres evaluadores de acuerdo en un segundo patrón.

En conjunto, cuando utilizaron la ficha clínica, los evaluadores asignaron el mismo patrón que el de referencia a la mitad de los pacientes ($86/167 = 51\%$); un patrón mixto entre el de referencia y otro a un tercio de la muestra ($56/167 = 34\%$) y un patrón distinto del de referencia a 25 pacientes (15%) (tabla 5). Cuando se valieron para el diagnóstico del dibujo realizado por el paciente, se asignó el patrón de referencia en 70 casos (43%), uno mixto a 58 (36%) y otro distinto o indeterminado a 34 pacientes (21%) (tabla 6).

Tabla 5. Patrones asignados por los evaluadores a partir de la ficha clínica, en relación con el patrón de referencia (% del total entre paréntesis) -Ver gráfico-

	Mismo	Mixto	Otro o Indet.	TOTAL
Psicógeno	6 (50)	5 (42)	1 (8)	12
Discógeno	21 (60)	11 (31)	3 (9)	35
Estenosis	11 (65)	5 (29)	1 (6)	17
Facetario	25 (42)	22 (37)	13 (21)	60
Radicular	23 (54)	13 (30)	7 (16)	43
	86 (51)	56 (34)	25 (15)	167

Tabla 6. Patrones asignados por los evaluadores a partir del dibujo, en relación con el patrón de referencia (% del total entre paréntesis)

	Mismo	Mixto	Otro o indeter	TOTAL
Psicógeno	4 (33)	6 (50)	2 (17)	12
Discógeno	5 (15)	15 (46)	13 (39)	33
Estenosis	3 (18)	6 (35)	8 (47)	17
Facetario	25 (43)	24 (41)	9 (16)	58
Radicular	33 (79)	7 (17)	2 (4)	42
	70 (43)	58 (36)	34 (21)	162

Gráfico 3. Patrones asignados por los evaluadores a partir de la ficha clínica, en relación con el patrón de referencia (izquierda) y porcentaje de asignación de patrón por parte del grupo evaluador (derecha), con el desglose de la asignación de patrón dominante (explicación en texto)

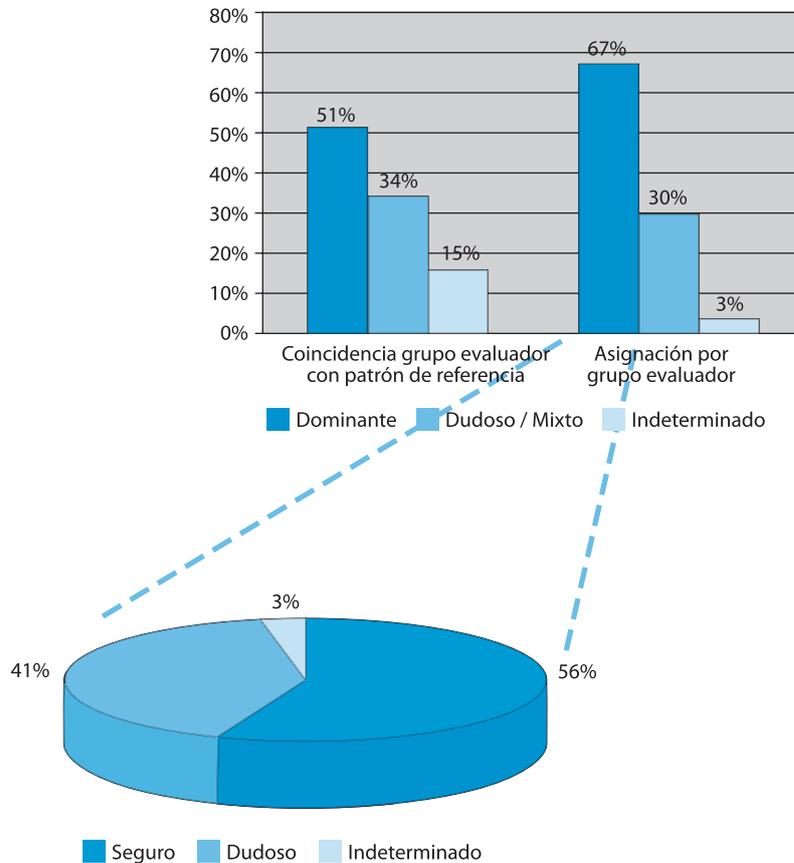


Gráfico 4. Grado de certeza obtenido en la evaluación según los diferentes tipos de patrón
Grado de certeza según el tipo de patrón

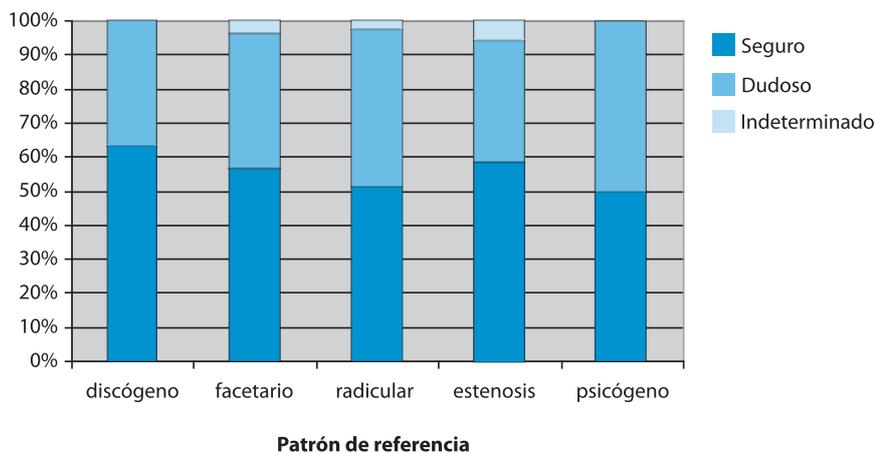
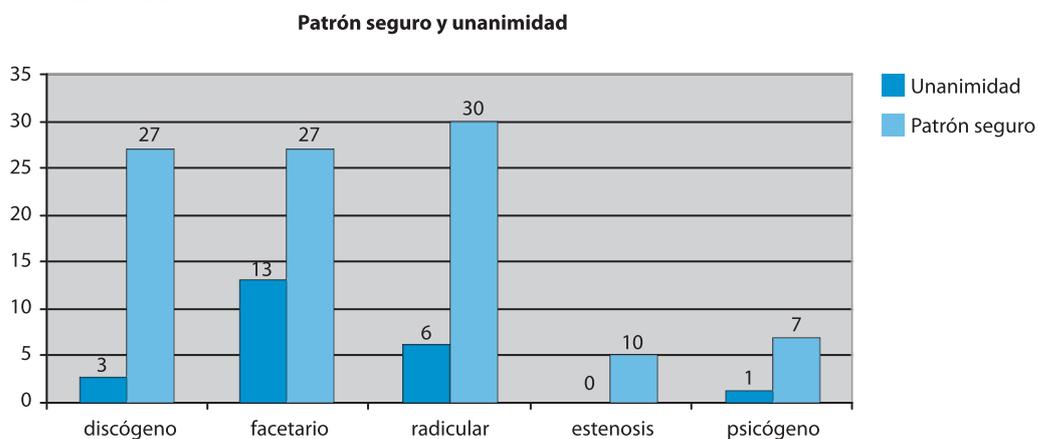


Tabla 7. Pacientes con patrón seguro de dolor y porcentaje de ellos en los que se alcanzó la unanimidad

	Patrón seguro	Unanimidad	Unanimidad / Patrón seguro
discógeno	27	3	11,11 %
facetario	27	13	48,14 %
radicular	30	6	20,00 %
estenosis	10	0	0,00 %
psicógeno	7	1	14,28 %

Gráfico 5. Pacientes con patrón seguro de dolor y porcentaje de ellos en los que se alcanzó la unanimidad



4.5. VARIABLES ASOCIADAS CON CADA PATRÓN DE DOLOR

- **Psicógeno (n=10)**

No encuentran postura que disminuya el dolor
 Percepción subjetiva de zonas acorchadas (sí)
 No asociación entre anamnesis y datos objetivados
 Waddell +
Más dolor en la pierna en la última semana (que los otros patrones)

- **Discógeno (n=31)**

Comienzo reciente del dolor
 Comienzo reciente del episodio
 Dolor central
 Se agrava al inclinarse hacia delante
 No aumenta al caminar
 No aumenta al permanecer quieto, de pie
 No mejora si deja de andar y se inclina hacia delante
 No zonas acorchadas
 Más dolor a la flexión
Menos dolor en la pierna durante la última semana (que los otros patrones)

- **Estenosis (n=14)**

Comienzo poco a poco
 Aumenta al caminar y obliga a detenerse
 Mejora si deja de andar
 Zonas acorchadas
 Claudicación neurógena
Más dolor en la pierna durante la última semana (que los otros patrones)

- **Facetario (n=32)**

Se agrava al inclinarse hacia atrás
 No zonas acorchadas
 No Lassegue verdadero
 No claudicación neurógena
Menos dolor en la pierna durante la última semana (que los otros patrones)

- **Radicular (n=34)**

Lateralizado
 Aumenta al caminar
 Zonas acorchadas
 Lassegue verdadero
 Más dolor a la flexión
 Asociación entre anamnesis y datos objetivados
Más dolor en la pierna durante la última semana (que los otros patrones)

5. DISCUSIÓN-LIMITACIONES

El desarrollo de un sistema de clasificación clínica debería permitir a todos los facultativos implicados en los distintos niveles contar con un instrumento válido, fiable y de fácil manejo para realizar la clasificación en condiciones similares, independientemente del nivel asistencial o del tipo de pacientes.

El objetivo principal de este trabajo fue averiguar si un sistema de clasificación de pacientes con dolor lumbar es fiable cuando lo aplican diversos facultativos, lo que traduce el uso de un «lenguaje común» por parte de todos los profesionales implicados en su manejo.

No se ha pretendido en ningún momento medir la validez del cuestionario, ya que ni dicha validez se ha establecido ni contamos con un «patrón oro» que nos permita realizarlo, asumiendo desde el principio que esa sería la situación ideal. Son de sobra conocidos los estudios que han tratado de implicar a la RNM como este «patrón oro» y las dificultades encontradas para hacerlo⁶⁶. El hecho de que cada afirmación contenida en las definiciones originales de los patrones («*todo lo que parece que sabemos*») tenga un ítem en la encuesta con el que se corresponde, otorga al instrumento una validez aparente.

Esta situación obliga a los clínicos a trabajar asumiendo un determinado grado de incertidumbre agravado por el polimorfismo del dolor lumbar y la coexistencia de distintas alteraciones anatómicas que dificultan la clasificación en *patrones de dolor* y abundan en la idea de Kirkaldy-Willis de la contemplación dinámica de la enfermedad.

El modelo de *patrones de dolor lumbar* ya utilizado en nuestro anterior trabajo supone la consideración de las fuentes posibles de dolor y permite con herramientas sencillas al alcance de cualquier médico (una mínima exploración física y una correcta anamnesis) hacer algo más fácil la praxis. Parece, por lo tanto, un sistema sensato para «empezar a ver al paciente».

Todo lo anterior hace que, a pesar de la falta de apoyos metodológicos, este sistema de clasificación sea usado de hecho en la práctica clínica.

Asumidas las limitaciones ya mencionadas hemos pretendido elaborar un instrumento para alcanzar dicha clasificación con la mayor fiabilidad posible. Este instrumento debe ser sencillo y orientar la anamnesis de una manera sistemática e igual para todos los pacientes.

No se precisaban pruebas previas, sino tan sólo la realización de la encuesta y una mínima exploración física que recogiera las maniobras de Goldwaith, Lasègue, flexo-extensión del tronco y un relato coherente de claudicación neurógena una vez descartada patología grave.

No se tuvieron en cuenta la comorbilidad, los tratamientos realizados, la situación laboral, las compensaciones o sus expectativas, etc, cuestiones que, sin embargo, influyen en el dolor. Variables demográficas como la edad y el sexo se limitaron al aspecto puramente descriptivo de la muestra y no se tuvieron en cuenta al adjudicar de forma ciega un patrón al cuestionario del paciente.

No había una definición previa de las respuestas a valorar para asignar un patrón concreto de dolor lumbar a los pacientes. Eran los profesionales los que asignaban el patrón en base al conocimiento de las características clínicas del dolor, lo que añade un importante componente subjetivo al diagnóstico.

Sabemos que algunos sesgos e inexactitudes son inevitables en cualquier sistema de clasificación debido a las idiosincrasias inherentes de los examinadores. Un estudio de Mathew et al.⁶⁷ confirmó este axioma.

Por otro lado, la experiencia de los examinadores en el modelo propuesto en este trabajo es variada, pero sabemos que incluso examinadores experimentados desarrollan personales idiosincrasias⁶⁸ en la valoración de las pruebas. No podemos excluir un sesgo ni en la clasificación del dolor lumbar ni en la valoración del cuestionario, y esto puede explicar algunos acuerdos débiles.

Todas las valoraciones eran subjetivas y no estadísticas, como se ha sugerido que sería la fórmula ideal⁶⁹.

6. CONCLUSIONES

- El acuerdo interobservador del sistema es aceptable comparado con otros sistemas de clasificación. El nivel relativamente modesto de acuerdo total para el conjunto podría indicar que, la utilidad del sistema para los propósitos generales de clasificación está limitada comparado con la utilidad en la identificación de síndromes particulares, donde parece ser fácil alcanzar un acuerdo que permita el manejo de los pacientes.
- Debido a la gran cantidad de variables en el cuestionario (lo que trataba de traducir las características fundamentales de los patrones de dolor a la clínica) y al elevado número de observadores, la fiabilidad empeora con una disminución del predominio de observaciones positivas.
- La ausencia de contacto directo con el paciente, la falta de consideración de la edad en un proceso dinámico y un entrenamiento insuficiente de los observadores en las ideas claves de los patrones de dolor, constituyen sesgos que hacen necesarios más trabajos para probar la validez y viabilidad del sistema de clasificación.
- Entre estas ideas clave hemos observado que la asociación del aumento del dolor con la flexión del tronco en el patrón facetario está más en relación con la incorporación tras esa flexión, lo que constituye realmente una extensión del tronco.
- Es también significativo que la mayor concordancia se da entre dos médicos de diferentes niveles asistenciales, pero que son los más familiarizados con el modelo por su utilización desde hace más tiempo. Este resultado permite abundar en la idea de que la fiabilidad de un instrumento diagnóstico aumenta con el entrenamiento de los profesionales que lo usan.
- La complejidad de la valoración del dibujo y las claras implicaciones con aspectos psicológicos hacen que resulte difícil de usar como instrumento de evaluación del dolor⁷⁰ y nos decidió a desechar casi desde el principio esa línea de trabajo, a pesar de la importancia que puede tener en la práctica clínica diaria. No obstante, hemos incluido en las tablas algunos de los datos obtenidos.
- El cuestionario de clasificación por patrones de dolor lumbar debe ser mejorado en base a los hallazgos de este trabajo, puede ser recomendado para ulteriores trabajos de examen clínico y clasificación del Dolor Lumbar y se hace necesario el entrenamiento de los profesionales que lo utilicen.
- Son necesarios más trabajos para probar la validez y fiabilidad de este sistema de clasificación.

7. RECOMENDACIONES

- La clasificación por patrones de dolor lumbar, en base a las posibles fuentes de dolor conocidas y a la evolución de la enfermedad degenerativa lumbar, puede ser recomendada para trabajos de examen clínico y clasificación del Dolor Lumbar y puede complementar la gestión de los pacientes afectados que se deduce de las guías clínicas basadas en la evidencia.
- El cuestionario de clasificación por patrones de dolor lumbar debe ser mejorado y validado y no puede sustituir a la entrevista clínica y exploración del paciente.
- Para mejorar la fiabilidad de este cuestionario se recomienda el entrenamiento de los profesionales en este modelo de clasificación.
- Una evaluación de la correlación entre patrón de dolor, observaciones clínicas y pruebas complementarias, así como resultados del tratamiento definitivo, resultaría valiosa para establecer la utilidad práctica del modelo; siendo para ello necesaria la realización de ensayos clínicos con todas las dificultades y trabajo que supone.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Tierno S, Martínez de la Eranueva R, Ruiz Téllez A, Aizpuru Barandiarán F, Iturgaiz Gorená M^a J. Impacto sanitario, económico y social del dolor lumbar en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2003. Informe nº: Osteba D-03-03.
2. Andersson GB. Epidemiology of low back pain. *Acta Orthop Scand Suppl* 1998; 281:28–31.
3. Cassidy JD, Carroll LJ, Coté P. The Saskatchewan health and back pain survey: the prevalence of low back pain and related disability in Saskatchewan adults. *Spine* 1998; 23:1860–6.
4. Furlan AD, Clarke J, Esmail R, Sinclair S, Irvin E, Bombardier C. A critical review of reviews on the treatment of chronic low back pain. *Spine* 2001; 26: E 155 – 162.
5. Deyo RA, Battie M, Beurskens AJHM, Bombardier C, Croft P, Koes B, Malmivaara A, Roland M, Von Korff M, Waddell G. Outcome measures for low back pain research: a proposal for standardized use. *Spine* 1999; 23: 2003 –2013.
6. Hestbaek L, Leboeuf-Yde C, Manniche C. Low back pain: what is the longterm course? A review of studies of general patient populations. *Eur Spine J* 2003; 12:149–65.
7. Hansson TH, Hansson EK The effects of common medical interventions on pain, back function, and work resumption in patients with chronic low back pain: a prospective 2 - year cohort study in six countries. *Spine* 2000; 5:3055–306.
8. Deyo RA, Phillips WR. Low back pain: a primary care challenge. *Spine* 1996;21:2826–2832.
9. Bogduk N. What in a name? The labeling of back pain. *Med J Aust* 2000; 173:400–401.
10. Deyo R, Rainville J, Kent D. What can the history and physical examination tell us about low back pain *JAMA* 1992; 268:760–765.
11. Bigos S, Bowyer O, Braen G. Acute Low Back Problems in Adults: Clinical Practice Guidelines No. 14 (AHCPR publication no. 95–0642). Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services, 1994.
12. Donelson R, Aprill C, Medcalf R, et al. A prospective study of centralization of lumbar and referred pain: a predictor of symptomatic discs and annular competence. *Spine*. 1997; 22:1115–1122.
13. Accident Compensation Commission. Guide to Assessing Psychosocial YellowFlags in the Acute Low Back. Wellington, New Zealand: Accident Compensation Commission, 1997.
14. Linton SJ, Hallden K. Can we screen for problematic back pain? A screening questionnaire for predicting outcome in acute and subacute back pain. *Clin J Pain* 1998; 14:209–215.
15. Hurley D, Dusior T, McDonough S, et al. How effective is the Acute Low Back Pain Screening Questionnaire for predicting 1-year follow-up in patients with low back pain? *Clin J Pain* 2001; 17:256–263.
16. Hurley D, Dusior T, McDonough S, et al. Biopsychosocial screening questionnaire for patients with low back pain: preliminary report of utility in physiotherapy practice in Northern Ireland. *Clin J Pain* 2000; 16:214–228.
17. Nachemson A, Vingard E; Assessment of patients with neck and back pain, en Neck and back pain: The scientific Evidence of Causes, Diagnosis and Treatment. P 189-236 .Lippincot Willians and Wilkins. Philadelphia 2000.
18. Riddle DL. Classification and low back pain: a review of the literature and critical analysis of selected systems. *Phys Ther* 1998;78:708–737.
19. Petersen T, Olsen S, Laslett M, Thorsen H, Manniche C, Ekdahl C, Jacobsen S (2004) Inter-tester reliability of a new diagnostic classification system for patients with non-

- specific low back pain. *Aust J Physiother* 50:85–94.
20. Kilpikoski S, Airaksinen O, Kankaanpaa M, Leminen P, Videman T, Alen M. Interexaminer reliability of low back pain assessment using the McKenzie method. *Spine* 2002; 27: E207–214.
 21. Michel A, Kohlmann T, Raspe H. The association between clinical findings on physical examination and self-reported severity in back pain. Results of a population-based study. *Spine* 1997; 22:296–303 discussion 303–294.
 22. Bernard T, Kirkaldy-Willis W. Recognizing specific characteristics of nonspecific low back pain. *Clin Orthop Relat Res* 1987; 217:266–80.
 23. Binkley J, Finch E, Hall J, et al. Diagnostic classification of patients with low back pain: Report on a survey of physical therapy experts. *Phys Ther* 1993; 73:138–55.
 24. Delitto A, Erhard RE, Bowling RW. A treatment-based classification approach to low back syndrome: Identifying and staging patients for conservative treatment. *Phys Ther* 1995; 75:470–89.
 25. Fairbank JC, Hall H, van Akkerveeken PF, et al. History taking and physical examination: Identification of syndromes of back pain. In: White A, ed. *American Academy of Orthopaedic Surgeons Symposium on Idiopathic Low Back Pain*. St. Louis, MO: CV Mosby; 1982:88–106.
 26. Maluf K, Sahrman S, Van Dillen L. Use of a classification system to guide nonsurgical management of a patient with chronic low back pain. *Phys Ther* 2000; 80:1097–111.
 27. McKenzie R. Mechanical diagnosis and therapy for low back pain: Toward a better understanding. In: Twomey L, Taylor J, eds. *Physical Therapy of the Low Back*. Edinburgh, NY: Churchill Livingstone; 1987:157–73.
 28. Mooney V. The classification of low back pain. *Ann Med* 1989; 21:321–5.
 29. Nelson M. The classification of back syndromes by reliable signs. In: Fairbank JCT, Pynsent PB, eds. *Back Pain: Classification of Syndromes*. Manchester, NY: Manchester University Press 1990;36–46.
 30. Newton W, Curtis P, Witt P, et al. Prevalence of subtypes of low back pain in a defined population. *J Fam Pract* 1997; 45:331–6.
 31. Spitzer WO, LeBlanc FE, Dupius M. Quebec Task Force on spinal disorders - Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders - a monograph for clinicians. *Spine* 1987; 12: S1–S59.
 32. Bernard T, Kirkaldy-Willis W. Recognizing specific characteristics of nonspecific low back pain. *Clin Orthop* 1987; 217:266–280.
 33. Binkley J, Finch E, Hall J, et al. Diagnostic classification of patients with low back pain: report on a survey of physical therapy experts. *Phys Ther* 1993; 73:138–155.
 34. McKenzie R. Mechanical diagnosis and therapy for low back pain: toward a better understanding. In: Twomey L, Taylor J, eds. *Physical Therapy of the Low Back*. New York: Churchill Livingstone 1987:157–173.
 35. Newton W, Curtis P, Witt P, et al. Prevalence of subtypes of low back pain in a defined population. *J Fam Pract* 1997;45:331–336.
 36. 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.
 37. Jensen MC, Brant-Zawadzki MN, Obuchowski N, Modic MT, Malkasian D, Ross JS. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *N Engl J Med* 1994; 331(2):69-73.
 38. Boden SD, Davis DO, Dina TS, Patronas NJ, Wiesel SW. Abnormal magnetic resonance scans of the lumbar spine in asymptomatic subjects. A prospective investigation. *J Bone Joint Surg Am* 1990; 72(3):403-408.

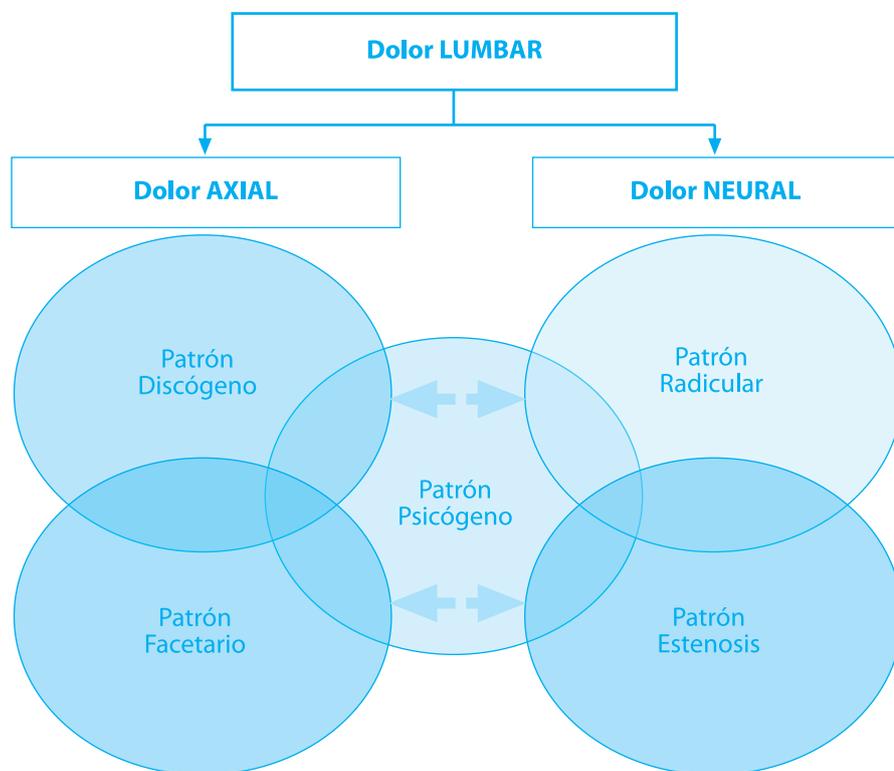
39. Elfering A, Semmer N, Birkhofer D, Zanetti M, Hodler J, Boos N. Risk factors for lumbar disc degeneration: a 5-year prospective MRI study in asymptomatic individuals. *Spine* 2002; 27(2):125-134.
40. Wadell G. A new clinical model for the treatment of low back pain. *Spine* 1987; 12:632-644.
41. Anderson BJB et al. The intensity of work recovery in low back pain. *Spine* 1983; 8: 880-884.
42. Nordin M, Lis AM, Weiser SR, Halpern M, Campello MA. Nonspecific Low Back Pain: Current Issues in Treatment, 307-316, *The Adult and Pediatric Spine*, Frymoyer JW, Wiesel SW, Lippincott Williams AND Wilkins, Philadelphia 2004.
43. Cassidy JD, DC, Coté P, Carroll LJ, Kristman V, Incidence and Course of Low Back Pain Episodes in the General Population. *Spine* 2005; 30: 2817-23.
44. Carrage EJ, The role of surgery in low back pain. Mini symposium: *Frontiers in Spine Surgery*. *Curr Orthop* 2007; 21: 9-16.
45. Jensen MC, Brant-Zawadzki MN, Obuchowski N, Modic MT, Malkasian D, Ross JS. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *N Engl J Med* 1994; 331: 69 - 73.
46. Boden SD, Davis DO, Dina TS, Patronas NJ, Wiesel SW. Abnormal magnetic-resonance scans of the lumbar spine in asymptomatic subjects. A prospective investigation. *J Bone Joint Surg* 1990; 72 (Supl A): 403 - 408.
47. Weishaupt D, Zanetti M, Hodler J, Boos N. MR imaging of the lumbar spine: prevalence of intervertebral disk extrusion and sequestration, nerve root compression, end plate abnormalities, and osteoarthritis of the facet joints in asymptomatic volunteers. *Radiology* 1998;209:661-666.
48. Stadnik TW, Lee RR, Coen HL, Neiryneck EC, Buisseret TS, Osteaux MJC. Annular tears and disk herniation: prevalence and contrast enhancement on MR images in the absence of low back pain or sciatica. *Radiology* 1998;206:49-55.
49. Birkmeyer JD, Sharp SM, Finlayson SR, Fisher ES, Wennberg JE. Variation profiles of common surgical procedures. *Surgery* 1998; 124: 917 - 923.
50. Moffroid MT, Haugh LD, Henry SM, Short B. Distinguishable groups of musculoskeletal low back pain patients and asymptomatic control subjects based on physical measures of the NIOSH low back atlas. *Spine* 1994;19:1350-8.
51. Cedraschi C, Nordin M, Nachemson AL, Vischer TL. Health care providers should use a common language in relation to low back pain patients. *Baillieres Clin Rheumatol* 1998 Feb;12(1):1-15.
52. Spitzer WO. et al. Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders. A monograph for physicians. Report of the Quebec Task Force for Spinal disorders. *Spine* 1987;12(supl. 7): S 1 - S 55.
53. Bernard T, Kirkaldy-Willis W. Recognizing specific characteristics of non-specific low back pain. *Clin Orthop* 1987; 217:266-280.
54. Hall H. et al. A different approach to back pain diagnosis: Identifying a pattern of pain. *Can J. Cont. Med* 1994; Ed 6: 31 - 43.
55. McCoombe P, Fairbank J et al. An analysis of the histories of patients with common syndromes of back pain from a computer database. In Fairbank J, and Pynsent P. (eds): *Back pain: Classification of syndromes*. Manchester University Press. 1990; pp 121-138.
56. Barker M. A practical classification of spinal pain based on a study of patients seen in general practice over a five-year period. In Fairbank J, and Pynsent, P. (eds): *Back pain: Classification of syndromes*. Manchester University Press 1990; pp 23 - 36.
57. Newton W, Curtis P, Witt P, et al. Prevalence of subtypes of low back pain in a defined population. *J Fam Pract* 1997; 45:331-336.

58. Hestbaek L et al. Low back pain: What is the long-term course? A review of studies of general patient populations. *Eur Spine* 2003; 12:149-165.
59. Borkan JM et al. A report from the Second International Forum for Primary Care Research on Low Back pain: reexamining priorities. *Spine* 1998; 23(18):1992-6.
60. Greenough CG, Fraser RD .Assessment of outcome in patients with low-back pain. *Spine* 1992;17:36-41.
61. Jensen IB, Bodin L, Ljungqvist T, Gunnar Bergstrom K, Nygren A. Assessing the needs of patients in pain: a matter of opinion? *Spine* 2000; 25:2816- 2823.
62. Koes BW, van Tulder MW, Ostelo R, Kim Burton A, Waddell G (Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care: an international comparison. *Spine* 2001; 26:2504-2513 discussion 2513-2504.
63. Kirkaldy-Willis WH, Farfan HF. Instability of the lumbar spine. *Clin. Orthop* 1982; 165: 110 - 123.
64. Sato H, Kikuchi S. The natural history of radiographic instability of the lumbar spine. *Spine* 1993; 18: 2075-2079.
65. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33: 159-74.
66. Boden SD. The use of radiographic imaging studies in the evaluation of patients who have degenerative disorders of the lumbar spine. *J Bone Joint Surg Am* 1996 Jan; 78(1):114-24.
67. Pande KC, Tripathi S, Kanoi R. Limited clinical utility of pain drawing in assessing patients with low back pain. *J Spinal Disord Tech* 2005 Apr; 18 (2): 160 - 2.
68. Mathew B, Norris D, Hendry D, Waddell G. Artificial intelligence in the diagnosis of low-back pain and sciatica. *Spine* 1987;13:168-72.
69. Gonnella C, Paris SV, Kutner M. Reliability in evaluating passive intervertebral motion. *Phys Ther* 1982; 62:436-444.
70. Riddle DL. Classification and low back pain: a review of the literature and critical analysis of selected systems. *Phys Ther* 1998; 78:708-737.

ANEXOS

ANEXO I. PATRONES CLÍNICOS DE DOLOR LUMBAR

1. *Discógeno*: Dolor fijo lumbar, central, algunas veces en glúteos. Se instala lentamente y se mantiene semanas. Se agrava con los movimientos o posiciones de flexión del tronco. Es constante o intermitente. Empeora siempre con la flexión del tronco. A veces también con la extensión.
2. *Facetario/articular/inestabilidad*: Dolor fijo lumbar y/o glúteos, con irradiación no metamérica. Se instaura rápidamente y desaparece en días. Recidivante. Se agrava con la extensión del tronco y aumenta con su repetición. Siempre intermitente. Nunca empeora con los movimientos o posiciones de flexión del tronco.
3. *Radicular*: Dolor fundamentalmente en el miembro inferior por debajo del glúteo, con signos de radiculopatía. Irradiación metamérica que sobrepasa la rodilla y es influido por el movimiento o posición del raquis. Siempre constante. Dura semanas o meses. Los síntomas en la pierna se modifican con los movimientos del tronco (aumentan o disminuyen), pero no pueden ser abolidos por ellos. Presentan necesariamente signos neurológicos de irritación o déficit radicular.
4. *Estenosis de canal*: Dolor dominante por debajo de la nalga, intermitente, que se desencadena por la actividad, sobre todo la marcha. Va desde los muslos hacia distal (claudicación neurógena) y cede con el reposo en flexión del tronco o cambio de postura. El cuadro es crónico, con una evolución de varios años, con lumbalgias de repetición. La exploración es anodina, sin signos irritativos.
5. *Psicógeno*: Dolor constante, exagerado, que dirige la actividad en pacientes con conducta manipuladora, trastornos del sueño, labilidad emocional. Cambia de localización con expansión del conjunto de síntomas. Anticipan un mal pronóstico con deterioro en vez de recuperación. Signos de no organización de Wadell positivos. Imposibilidad de completar la exploración. Discrepancia en las maniobras de exploración. Imposible correlacionar la anamnesis y las pruebas complementarias. Simulador: Variante del anterior con probable ganancia secundaria.



ANEXO II. VARIABLES A ESTUDIO

Criterios utilizados para definir cada patrón clínico de dolor lumbar

En base a la revisión bibliográfica, a nuestra propia experiencia clínica y a la clasificación propuesta por Pynsent, Fairbank y Hall¹ con la que hemos encontrado una considerable identificación por ajustarse a los planteamientos previos y haber demostrado un buen acuerdo interobservador², hemos definido unos patrones de dolor lumbar para clasificar nuestros pacientes, (en negrita los criterios fundamentales), bien entendido que se trata de una herramienta basada en la historia clínica y la exploración, que puede ser útil para la aproximación diagnóstica y terapéutica del DL y para la evaluación de resultados y que no es una clasificación etiológica, ya que la lesión anatómica puede ser múltiple y sus manifestaciones influidas por muchos factores, como ya se ha insistido previamente.

Patrón 1. (DISCÓGENO)

Dolor fijo lumbar, central, a veces en glúteos. Se agrava con los movimientos o posiciones de flexión del tronco. Es constante o intermitente. Puede haber dolor irradiado hacia la pierna pero es menos relevante. Se instala lentamente y se mantiene semanas (unas 3 semanas dolor importante, otras 3 semanas mejorando). Puede resultar muy incapacitante durante este plazo. Puede haber bloqueo lumbar y es doloroso el intento de movilización, presentando un Lasègue lumbar ó Goldthwait (+) en el que no hay dolor radicular (Lasègue verdadero) al elevar la pierna estirada. Les cuesta coger una postura de reposo en la que disminuya el dolor, que vuelve al moverse. En unos pocos casos puede comenzar bruscamente y cursar en el tiempo como un patrón 2 (facetario), pero la localización y el agravamiento con la flexión permanecen invariables.

Exploración. Empeora siempre con la flexión del tronco. A veces también con la extensión.

Desde el punto de vista fisiopatológico correspondería a un dolor nociceptivo causado por una lesión del disco. Conocemos que hay inervación en la cara anterior del saco dural, en el Ligamento Vertebral Común Posterior, en el anillo fibroso y terminaciones nerviosas libres (nervio sinuvertebral). Se ha encontrado más extensa inervación y presencia de neuropéptidos en discos degenerados, el cartílago de los platillos vertebrales y en la esponjosa subyacente de los pacientes con enfermedad degenerativa discal³. Otros hechos que apoyan el origen discógeno del dolor son, por ejemplo, el que un disco no desplazado puede ser causa de síntomas clínicos producidos por irritantes químicos, tejido de granulación, etc, todo ello en ausencia de presión mecánica^{4,5,6}. Por otro lado, la estimulación mecánica intraoperatoria del anillo fibroso y del Ligamento vertebral común posterior, así como de los platillos vertebrales, produjo dolor lumbar en 2/3 de los pacientes estimulados⁷. Así mismo, se ha comprobado persistencia del dolor tras fusión posterior que se ha resuelto tras discectomía anterior y artrodesis intersomática^{8,9}.

Este patrón se correspondería con diagnósticos como «DOLOR DISCÓGENO», «FISURAS RADIALES DEL ANILLO», etc.

Las pruebas complementarias que nos van a permitir realizar el diagnóstico son la RNM y la discografía. Ya en 1988 Modic¹⁰ planteó la existencia de tres modelos que se basaban en los cambios anatomopatológicos de los platillos vertebrales en la RNM, y Toyone estudió en 1994¹¹ la correlación entre esos modelos y la existencia de dolor.

En la RMN T1 nos encontramos con un LCR negro, en la RNM turbo T2 el LCR es de color blanco. Según esto, los modelos de Modic quedan como sigue:

- MODIC I. «Inflamatorio». En T1 platillo negro, en T2 blanco.

Anatomía Patológica: edema óseo, fisura anillo, penetración de tejido de vascularización.

Según Toyone, buena correlación con dolor (73%) y movilidad anormal (70%).

- MODIC II. «Degenerativo». En T1 muy blanco, en T2 levemente blanco.

Anatomía Patológica: reemplazo graso.

Poca correlación con dolor (11%) y movilidad anormal (16%).

- MODIC III. «Artrósico». T1 y T2 platillos con baja señal.

Anatomía Patológica: esclerosis subcondral. Escasa correlación con el dolor.

Estos datos arrojan luz sobre el conocido estudio de Boden¹² en el que la prevalencia de hallazgos patológicos en la RNM lumbar de individuos asintomáticos presentaba cifras importantes.

Desde el punto de vista teórico, los estudios discográficos nos van a permitir reconocer la morfología de las fisuras, la disminución o desaparición de la elasticidad del disco y va a permitir una doble prueba de reproducción-supresión del dolor¹³. Puede tener utilidad para aclarar dudas sobre el origen del dolor y para decidir los niveles de fusión ante un planteamiento quirúrgico. Esto ha llevado a algunos autores a plantearse que la discografía no puede ser reemplazada por la RMN en la actualidad¹⁴.

Patrón 2. (FACETARIO / ARTICULAR / INESTABILIDAD)

Dolor fijo lumbar y/o glúteo a veces con irradiación no metamérica: dolor referido a glúteo, ingle, cresta iliaca, cara anterior del muslo, trocánter **que se agrava con la extensión del tronco y aumenta con su repetición. Siempre intermitente. Nunca empeora con los movimientos o posiciones de flexión del tronco.** La irradiación no sobrepasa la rodilla. Se instaura rápidamente y desaparece en días. Recidivante. Es más acusado por las mañanas al levantarse de la cama disminuyendo a lo largo del día, se alivia paseando, se agrava al permanecer quieto de pie, están mejor en la cama acostados de lado o boca arriba con las rodillas flexionadas y en las posturas que disminuyen la lordosis lumbar y se acentúa cuando están mucho tiempo en decúbito supino con las extremidades extendidas (fin de semana) y al permanecer tiempo sentado y levantarse (conducir). Desaparece a lo largo del día para volver al finalizar la jornada. En unos pocos casos su cronología puede ser como la del patrón 1, manteniendo la clínica descrita.

Exploración. El dolor aumenta en extensión del tronco. No se afecta o disminuye con la flexión.

Fisiopatológicamente aventuramos su causa en la degeneración del complejo triarticular en su fase de «inestabilidad» y su origen en la sobrecarga articular posterior.

La presencia de elementos nerviosos dentro de las cápsulas articulares facetarias demuestra que la mayoría de las facetas lumbares están proporcionando entradas al sistema nervioso central (SNC). Los diferentes receptores (mecanorreceptores sobre todo) responden a los estados diferentes de excursión articular, y los receptores complejos pueden proporcionar sensaciones propioceptivas, modular reflejos musculares protectores, y señales de daño potencial ante movimiento excesivo¹⁵.

Aunque discutido¹⁶, hay tres posibles explicaciones anatómicas para el dolor de patrón facetario: sinovitis crónica, inestabilidad segmentaria (especialmente en aquellos casos en que el dolor se relaciona con determinadas posturas: permanecer sentado, bipedestación con leve flexión del tronco) y artropatía degenerativa de dichas articulaciones¹⁷ innervadas por el ramo posterior del nervio raquídeo. Actualmente hay un gran número de trabajos que soportan la existencia del dolor lumbar de origen facetario con estudios controlados describiendo prevalencias variables de hasta un 45%¹⁸. La cápsula de las articulaciones posteriores fue sensible a la estimulación mecánica en el 30% de los pacientes del ya mencionado trabajo de Kuslich⁷.

Todas estas consideraciones, cuyo valor resulta ser controvertido, deben ser tomadas con precaución a la hora de identificar la causa del dolor de cara a una intervención quirúrgica, pero son herramientas

de gran utilidad en la orientación práctica del paciente. Es lógico, por otro lado, que el patrón 1 (discógeno) se solape muchas veces con este patrón 2 (facetario/inestabilidad) dentro de la enfermedad degenerativa discal.

Correspondería a diagnósticos como «SÍNDROME FACETARIO», «INESTABILIDAD», «RETROLISTESIS DEGENERATIVA», «ESCOLIOSIS DEGENERATIVA».

Dentro de las pruebas complementarias, la artrografía posee, en este caso, un limitado valor diagnóstico¹⁹. El SPECT (Single photon emission computed tomography) ha demostrado valor para localizar las articulares afectas²⁰ sólo en el 4% de los pacientes que mostraban lesiones de las articulares en las RX²¹ y que son los que tendrán más probabilidades de obtener una respuesta terapéutica beneficiosa con infiltraciones ó denervación²². El bloqueo anestésico de las facetas en sus diferentes versiones (bloqueo de ramos nerviosos implicados ó articulaciones) bajo control radioscópico, puede ayudar también a tomar decisiones terapéuticas.

Patrón 3. (RADICULAR)

Dolor fundamentalmente en el miembro inferior por debajo del glúteo, con signos de radiculopatía. Irradiación metamérica que sobrepasa la rodilla y es influido por el movimiento ó posición del raquis. Siempre constante. Aumenta al toser, estornudar o defecar. Se le «agarrota» la espalda al inclinarse hacia delante. Tiene zonas «acorchadas» en la pierna o pie, ó pérdida de fuerza (puntillas, talones): la radiculopatía será irritativa ó deficitaria. Maniobras de estiramiento radicular claramente positivas. Dura semanas o meses.

Exploración. Los síntomas en la pierna se modifican con los movimientos del tronco (aumentan ó disminuyen), pero no pueden ser abolidos por ellos. Presentan necesariamente signos neurológicos de irritación ó déficit radicular.

La fisiopatología del dolor radicular ha sido ya perfectamente descrita²³. Sólo la presión directa o el estiramiento aplicado a la raíz nerviosa producen dolor en extremidades inferiores. El dolor en las nalgas sólo puede ser reproducido por la estimulación simultánea del anillo fibroso y la raíz nerviosa⁷.

Este patrón es, en la práctica diaria y según nuestro estudio, el patrón más fácilmente identificable por la mayoría de los profesionales.

La RMN suele ser concluyente en demostrar compresión radicular por distintos agentes, generalmente desplazamientos de material discal.

La infiltración periradicular bajo control radioscópico (técnica exigente) de anestésico y corticoide a través del foramen mejora la sintomatología

Patrón 4. (ESTENOSIS DE CANAL)

Dolor dominante por debajo de la nalga, intermitente, que se desencadena por la actividad, sobre todo la marcha, a unos cientos de metros se ven obligados a detenerse, con dolor de tipo radicular que comienza **desde los muslos hacia distal** (claudicación neurógena) y **cede con el reposo en flexión del tronco o cambio de postura**. La presentación más típica nos muestra un paciente que camina inclinado hacia delante, empeora al inclinar el tronco hacia atrás con dolor irradiado a glúteo. Sobresalen los síntomas subjetivos. La exploración clínica suele ser anodina, a veces incongruente y estos enfermos suelen tardar en ser diagnosticados, incluso se les califica como «funcionales». Pacientes de mas de 50 años en el 70% de los casos, aunque puede presentarse en pacientes muy jóvenes por ocupación del canal con una gran protusión central en un canal estrecho constitucional. El cuadro es crónico, con una evolución de varios años, con lumbalgias de repetición, habiendo podido precisar intervención quirúr-

gica. Hay restricción de la movilidad lumbar y una importante disminución de su actividad física, laboral o actividades de tiempo libre.

Sintomatología²⁴: LUMBOCIATICA CRONICA (93%). RADICULALGIA DE REPOSO, moderada y episódica (28%) o con crisis fuertes que despiertan al paciente en la segunda parte de la noche (35%) o permanentes (22%), duermen de lado con las piernas flexionadas, mejoran al levantarse, al inclinarse hacia adelante y buscando el apoyo del tronco (carro de la compra en el supermercado). RADICULALGIA DE ESFUERZO (97%) episódica o desde los primeros pasos, obligando al paciente a caminar inclinado hacia adelante. DEFICIT NEUROLOGICO, en general no invalidante: hipoestesias, trastornos motores menores. CLAUDICACION NEUROGENA (50%): dolor, parestesias y sensación de debilidad en miembros inferiores que aparece con la marcha tras determinado recorrido (cuantificable) y desaparecen en reposo, poniendo en cifosis el raquis lumbar. Es clásicamente centrífuga descendiendo de los muslos hacia los pies (a diferencia de la claudicación arterial que sube de las pantorrillas hacia la raíz del miembro) y puede ser precedida de disestesias. MEDICACION ANALGESICA previa en el 98% de los casos.

Exploración. Anodina. No se encuentran signos irritativos

Fisiopatológicamente corresponde a un problema de espacio continente (canal raquídeo) - contenido (elementos neurales: saco y raíces).

La RMN muestra habitualmente el conflicto de espacio, pero en ocasiones es preciso realizar mielo-TAC para demostrar estenosis dinámicas.

La infiltración epidural con anestésicos y corticoides a través del hiato sacro, bajo control radioscópico, mejora generalmente, al menos de forma transitoria, este cuadro clínico.

Patrón 5a. (PSICÓGENO)

Dolor de difícil comprensión, **constante, exagerado**, que **dirige la actividad** en pacientes con **conducta manipuladora, trastornos del sueño, labilidad emocional**, alteraciones de la personalidad y frecuentadoras de diversas consultas. Dolor que **cambia de localización con expansión del conjunto de síntomas. Anticipan un mal pronóstico con deterioro en vez de recuperación**. Múltiples tratamientos interrumpidos. Obsesión por encontrar la causa exacta de su dolor y poca disposición a considerar la posibilidad de un componente no orgánico. Muy incapacitados para las lesiones que se pueden objetivar. Habilidades físicas premórbidas inconscientemente exageradas. Pérdida de la libido, deterioro de la situación familiar, malestar laboral, empleo inestable, etc.

Exploración: Confirman este patrón: **Signos de no organicidad de Wadell positivos. Imposibilidad de completar la exploración. Discrepancia en las maniobras de exploración. Anamnesis y pruebas complementarias imposibles de correlacionar.**

Patrón 5b (SIMULADOR)

Variante del anterior que presenta una **probable ganancia** secundaria con el mantenimiento de los síntomas. Posible beneficio económico (laboral, incapacidad, póliza de seguro) o personal, que ocultan, si no se pregunta explícitamente y con habilidad. Ante la pregunta ¿cuál es la razón por la que no trabaja? presentan dos tipos de reacciones: su enfermedad comenzó con un accidente de trabajo y culpabiliza a los médicos que le trataron (crispación) o alaba nuestra vanidad esperando de nosotros el tratamiento que le permita volver al trabajo «como es su mayor deseo» (sumisión). Pueden llegar a aceptar tratamientos agresivos que serán un fracaso y empeorarán su sintomatología. En ningún caso han hecho nada activo por su parte ni intentado volver al trabajo. No conseguimos que nos explique cual es su verdadera sintomatología y por qué se encuentran «tan mal». Conoce la exploración, pero no la domina y cae en las trampas de «distracción». Comportamiento variable al dolor, escasa colaboración, rechazo

de pronóstico optimista, cuenta niveles excesivamente bajos de actividad física y hay inconsistencia en la descripción de sus síntomas. No correlación anamnesis-datos objetivos.

En los pacientes que presentan este 5º patrón hay que plantearse con sumo cuidado la prescripción de intervención quirúrgica, incluso en presencia de alteraciones en la RNM y con discografías concordantes, ya que los resultados de la cirugía no serán efectivos. Estos pacientes tienden a sobredimensionar el dolor por lo que pueden llevarnos a equívoco en el test de provocación del mismo con la discografía²⁵.

El dibujo del dolor puede ayudarnos a identificar a estos pacientes²⁶.

En relación con este último patrón, la influencia de los factores psicosociales (que amplían lo estrictamente psicológico) en la incidencia del dolor lumbar y en el pronóstico de la reincorporación laboral han sido recientemente revisados^{27,28,29}.

Referencias

1. Fairbank JT, Hall H. History taking and physical examination: Identification of syndromes of back pain. En Wiesel S, Weinstein J. The lumbar spine. Second edition. W.B. Saunders Company. Philadelphia 1996.
2. Wison L, Hall H, McIntosh G, Melles T. Intertester reliability of a Low Back Pain Classification System. Spine 1999;24:248-254.
3. Brown MF, Sensory and sympathetic innervation of the vertebral endplate in patients with degenerative disc disease. J. Bone Joint Surg 1997; 79-B (1): 147 – 153.
4. Saal, J.S. The role of inflammation in lumbar pain. Spine 1995; 20: 1821 – 1827.
5. Takahasi H, Suguro T, Okajima Y, et al. Inflammatory cytokines in the herniated disc of the lumbar spine. Spine 1996; 21: 218 – 224.
6. Winkelstein B. Point of view. Spine 2001; 26: 940 - 945.
7. Kuslich SD, Ulstrom CL, Michael CJ. The tissue origin of low back pain and sciatica: a report of pain response to tissue stimulation during operations on the lumbar spine using local anesthesia. Orthop. Clin. North America 1991; 22: 181 – 187.
8. Weatherly CR, Prickett CF, O'Brien JP. Discogenic pain persisting despite posterior fusion. J. Bone Joint Surg. (Br) 1986; 68-B: 142 – 143.
9. Barrick WT, Schofferman JA, Reynolds JB et al. Anterior lumbar fusion improves discogenic pain at levels of prior posterolateral fusion. Spine 2000; 25: 853-7.
10. Modic MT, Steinberg PM, Ross JS, Masaryk TJ, Carter JR. Degenerative disc disease: assessment of changes in vertebral body marrow with MRI. Radiology 1988; 166: 193 – 199.
11. Toyone T, Takahashi K, Kitahara H et al. Vertebral bone-marrow changes in degenerative lumbar disc disease: an MRI study of 74 patients with low back pain. J. Bone Joint Surg. (Br) 1994; 76-B: 757 – 764.
12. Boden SD, Davis DO, Dina TS, Patronas NJ, Wiesel SW. Abnormal magnetic-resonance scans of the lumbar spine in asymptomatic subjects. A prospective investigation. J. Bone Joint Surg 1990; 72-A: 403 – 408.
13. Tehranzadeh J. Discography 2000. Radiologic Clin North Amer 1998; 36: 463 - 495.
14. Ito M, Incorvaia KM, Yu SF, Fredrickson BE, Yuan HA, Rosenbaum AE. Predictive signs of discogenic lumbar pain on magnetic resonance imaging with discography correlation. Spine 1998; 23: 1252 – 1258.

15. Robert F, McLain. Joel G, Pickar. DC. Mechanoreceptor Endings in Human Thoracic and Lumbar Facet Joints *Spine* 1998;23:168-173.
16. Jackson RP. The facet syndrome: Myth or reality? *Clin Orthop* 1992; 279:110-21.
17. Mooney V, Robertson JA. The facet syndrome. *Clin. Orthop* 1976; 115: 149 – 155.
18. Manchikanti L, Pampati VS, Pakanati RR, et al. Prevalence of facet joint pain in chronic low back pain. *Pain Physician* 1999; 2: 59 – 64.
19. Bough B, Thakore J, Davies M, Dowling F. Degeneration of the lumbar facet joints. Arthrography and pathology. *J. Bone Joint Surg* 1990; 72B: 275 – 276.
20. Dolan AL, Ryan PJ, Arden NK et al. The value of SPECT scans in identifying back pain likely to benefit from facet joint injection. *Brit.J. Rheumatol* 1996;35:1269-1273.
21. Ryan PJ, Evans PA, Gibson T, Fogelman I. Chronic low back pain: comparison of bone SPECT with radiography and CT. *Radiology* 1992; 182:849-854.
22. Holder LE, Machin JL, Asdourian PL, Links JM, Sexton CC. Planar and high resolution SPECT bone imaging in the diagnosis of facet syndrome. *J Nucl Med* 1995; 36:37-44.
23. Hasue M. Pain and the nerve root. An interdisciplinary approach. *Spine* 1993; 18: 2053 – 2058.
24. S.O.F.C.O.T. Canal lombaire étroit. 64 RÉUNION ANNUELLE. Etude pluricentrique.
25. Block AR, Vanharanta H, Ohnmeiss DD, Guyer RD. Discographic pain report: Influence of psychological factors. *Spine* 1996; 21: 334 – 338.
26. Ohnmeiss DD, Guyer RD, Hochschuler SH. Laser disc decompression: The importance of proper patient selection. *Spine* 1994; 19: 2054 – 2059.
27. Hoogendoorn WE, Van Poppel MN, Bongers PM, et al. Systematic review of psychosocial factors at work and private life as risk factors for back pain. *Spine* 2000; 25: 2114 – 2125.
28. Truchon M, Fillion L. Biopsychosocial determinants of chronic disability and low back pain: a review. *J. Occupational Rehabilitation* 2000; 10: 117 – 142.
29. Martín P, Ballina FJ, Hernández R, Cueto A. Lumbalgia e incapacidad laboral. *Epidemiología y prevención. Atención Primaria* 1995; 16: 641 – 646.

ANEXO III. CUESTIONARIO DE DOLOR RAQUÍDEO (FICHA PACIENTE)

Nombre

(Lea atentamente las preguntas de **ambas caras** y conteste a **todas** ellas señalando **una sólo** de las respuestas: la que le parezca más cierta).

Hoy es (fecha):.....

CARACTERÍSTICAS DE SU DOLOR LUMBAR ACTUAL

(Marque sólo una respuesta para cada pregunta)

¿Cuándo comenzó a dolerle la espalda? Años..... Meses..... Semanas.....

¿Cuándo empezó este episodio de dolor por el que consulta?

Hace menos de 6 semanas Entre 6 semanas y 3 meses Más de 3 meses

¿Cómo empezó? ¿De repente? ¿Poco a poco?

¿Es un dolor... Ocasional? Que se repite intermitente? Continuo?

¿Es un dolor... central? lateralizado?

¿En qué momento del día suele tener más molestias?

Por la mañana, al levantarse Al avanzar el día Con la actividad
el dolor es continuo tanto durante el día como por la noche

¿Se agrava el dolor al inclinar el cuerpo hacia adelante ó hacia atrás ?

¿Aumenta el dolor si repite ese movimiento? Si No

¿El dolor aumenta cuando intenta o intentan movilizarle? Si No

¿El dolor aumenta al caminar y le obliga a detenerse? Si No

¿El dolor aumenta cuando permanece quieto de pie? Si No

¿El dolor aumenta al toser, estornudar o defecar? Si No

¿Le resulta fácil encontrar una postura de reposo en la que disminuya el dolor? Si No

¿El dolor mejora si deja de andar y se inclina hacia delante? Si No

¿En este episodio, además de en la zona lumbar, ha tenido o tiene dolor en alguna otra parte?

En la nalga

En la ingle

En la extremidad inferior sin llegar a la rodilla

En la extremidad inferior hasta más abajo de la rodilla

El dolor ha llegado hasta el tobillo o el pie

El dolor ha sido perianal, testicular o abdomen bajo

¿Presenta zonas «acorchadas» o pérdida de fuerza en el muslo, pierna o pie?

Si No

¿Atribuye el origen de su dolor a

El estrés laboral en su puesto de trabajo? Si No

Accidente o traumatismo? Si No

Causa espontánea y desconocida? Si No

Estar pasando una situación personal difícil Si No

¿Está de baja laboral?

Si ¿Desde cuándo?..... Duración:.....
No

Marque el punto que representa el nivel medio de su **dolor lumbar** durante la última semana.

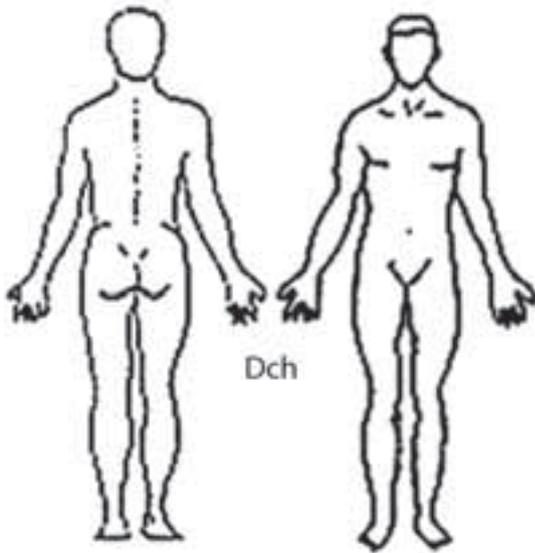
0 _____ 100
No siento dolor _____ Dolor
insoportable

Marque el punto que representa el nivel medio de su dolor en la pierna en la última semana.

0 _____ 100
No siento dolor _____ Dolor
insoportable

Croquis del dolor

Dibuje su dolor con la mayor precisión posible.



¿Desea añadir alguna cosa?

.....

.....D./D^a.

, acepto que los datos solicitados para el estudio sobre patología lumbar que está elaborando OSAKIDE-TZA puedan ser objeto de tratamiento informático, garantizándose siempre la debida confidencialidad y no pudiendo ser posible mi identificación personal en el mismo.

Vitoria, de de 200...

Fdo:

ANEXO IV. CUESTIONARIO DE DOLOR RAQUÍDEO (FICHA PROFESIONAL SANITARIO)

Nombre.....

Hoy es (fecha):

EXPLORACIÓN FÍSICA (a rellenar por el Facultativo)

Lasegue lumbar. Si No

Lasegue verdadero. Si No

Hay más dolor a la flexión..... o a la extensión..... del tronco

¿Relato coherente de claudicación neurógena? Si No

¿Hay correlación estrecha entre la anamnesis y los datos objetivados? Si No
(Si la respuesta es afirmativa no continúe contestando)

¿Inconsistencia y/o exageración en la descripción de los síntomas? Si No

¿Presenta alteraciones del sueño? Si No

¿Signos de labilidad emocional? Si No

¿Ausencia de datos objetivos de patología orgánica? Si No

¿Irradiación no metamérica del dolor? Si No

¿Escasa colaboración? Si No

¿Existe la sospecha de búsqueda de incapacidad o renta? Si No

¿Rechazo de pronóstico optimista? Si No

¿WADDELL positivo? Si No

- 1 Dolor superficial, más extenso que anatómico, a la palpación.
- 2 Simulación de dolor lumbar con la compresión axial del tronco (presión en el vértex del sujeto en bipedestación) o con la rotación de hombros y pelvis en el mismo plano (rotando juntos y evitando el movimiento del raquis).
- 3 Signos de distracción positivos como: no dolor con el estiramiento radicular en el paciente distraído (p.ej. sentado) siendo dolorosa la maniobra convencional de levantar la pierna estirada entre 30°-60° (Lasègue +)
- 4 «Debilidad muscular» o «pérdida de sensibilidad» regionales, no anatómicas.
- 5 Reacciones exageradas durante la exploración física.

3 positivos/5 = alteración psicológica

