

# Factores a evaluar en el paciente con lumbalgia y su correlación con las comorbilidades

MARTHA C. MELO\*

## RESUMEN

La lumbalgia es un padecimiento común, que se presenta como dolor localizado en la espalda baja y puede abarcar desde la zona costal baja hasta los glúteos, acompañado o no de dolor referido a una o ambas extremidades. Estudios epidemiológicos recientes han mostrado que existen factores propios del paciente que pueden predecir la cronificación del dolor en un primer episodio de lumbalgia. Se han realizado estudios que relacionan comorbilidad y dolor crónico, encontrado relación con los padecimientos físicos más frecuentes y lumbalgia crónica (LuC). Los estudios previos nos hacen inferir que en un paciente con un primer episodio de lumbalgia existen factores propios del paciente (fisiológicos), psicosociales y posiblemente ambientales que pueden influir en la persistencia e intensidad del dolor. En el caso del paciente con LuC, debemos realizar estudios que nos ayuden a conocer si la modificación de esos factores ayuda a mejorar el curso de la patología.

**Palabras clave:** Lumbalgia. Dolor crónico. Comorbilidad.

## ABSTRACT

Low back pain is a common condition presented as pain or stiffness localized in the lower back. It may include an area from the lower costal area to the buttocks, accompanied or not by pain referred to one or both limbs. Recent research has shown that there are specific patient-related factors that can predict long-lasting pain during the first episode. Studies have found correlation among comorbidity and chronic pain, finding concordance between chronic lumbar pain (LuC) and common diseases. Previous studies make us infer that in a patient within the first episode of low back pain, there are patient-specific (physiological), psychosocial and possibly environmental factors that can influence the persistence and intensity of pain. In the case of the patient with LuC, we must carry out studies that help us to know if the modification of these factors helps to improve the course of the pathology. (DOLOR. 2021;36:132-5)

**Key words:** Low back pain. Chronic pain. Comorbidity.

**Corresponding author:** Martha C. Melo, mmelo@santpau.cat

## INTRODUCCIÓN Y CONCEPTOS

El año 2021 se ha declarado por la IASP (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor) como año mundial dedicado al estudio del dolor lumbar. La lumbalgia (Lu) es un padecimiento común, que se presenta como dolor localizado en la espalda baja y puede abarcar desde la zona costal baja hasta los glúteos, acompañado o no de dolor referido a una o ambas extremidades. Se habla de episodio agudo cuando aparece con una duración de por lo menos un día y se puede llegar a cronificar.

## EPIDEMIOLOGÍA

En el mundo se estima que alrededor del 5 al 25% de la población presentará un episodio de Lu aguda en su vida, en la mayoría de los casos se resolverán, pero se estima que hasta el 10% pueden cronificar. En nuestro entorno encontramos una prevalencia de lumbalgia crónica (LuC) en torno al 7,7%, siendo en su mayoría mujeres en edad media las afectadas<sup>1,2</sup>.

Estudios epidemiológicos recientes han mostrado que existen factores propios del paciente que pueden predecir la cronificación del dolor en un primer episodio de Lu. Principalmente se han asociado los siguientes factores: sexo femenino, signos inflamatorios como artritis en zona no lumbar y presencia de trastornos afectivos (ansiedad/depresión). La presencia de trastornos afectivos es predictora de aparición de dolor a largo plazo, específicamente en adultos mayores de 50 años<sup>3-5</sup>.

En relación con las características del dolor en el primer episodio de Lu, su duración e intensidad son dos factores que se han asociado a cronificación<sup>4</sup>. Como hemos mencionado, existen otros factores propios del paciente que pueden ser un factor de riesgo que tener en cuenta para persistencia de dolor, encontrando asociación entre el número de comorbilidades presentes en el diagnóstico de Lu con la cronificación dolor (*odds ratio* [OR]: 1,4; intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 1,3-1,5)<sup>5</sup> (Tabla 1).

## ETIOLOGÍA Y PRESENTACIÓN CLÍNICA

El origen de la Lu puede encontrarse en varias estructuras: articular, músculos, huesos o incluso implicar los nervios o raíces lumbares. Se han explora-

Tabla 1. Factores asociados a crónificación de lumbalgia

Factores físicos	Factores psicológicos
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intensidad alta de dolor en primer episodio</li> <li>- Sexo femenino</li> <li>- Signos inflamatorios articulares (zona no lumbar)</li> <li>- Comorbilidades asociadas</li> </ul>	Trastornos afectivos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedad</li> <li>- Depresión</li> </ul>

do factores anatómicos y diferencias entre sexo como causa subyacente de Lu, encontrando que los hombres presentan una mayor predisposición a degeneración discal dolorosa respecto a las mujeres, y que las mujeres mayores con obesidad presentan una lordosis lumbar más acentuada y en consecuencia mayor degeneración facetaria<sup>5,6</sup>. No obstante, los estudios epidemiológicos no han logrado relacionar los cambios anatómicos presentes en las pruebas de imagen como factor asociado a persistencia de dolor, sobre todo en adultos por encima de 55 años<sup>4,6</sup>.

Se han demostrado diferencias en la presentación clínica entre hombres y mujeres, presentado las mujeres mayor morbilidad, severidad y menor respuesta a tratamiento. Podría explicarse parcialmente por las diferencias biológicas (hormonales, diferencias en índice masa corporal), factores psicológicos y socioeconómicos. Sin embargo, al corregir estos factores las mujeres tienen una mayor afectación<sup>7,8</sup>.

## Comorbilidades y lumbalgia

La LuC como padecimiento crónico va asociado a las comorbilidades presentes previamente y estas a su vez pueden influir en la clínica manifestada. En el caso de los padecimientos crónicos más prevalentes se ha estudiado la relación entre LuC e hipertensión, encontrando que el paciente con LuC presenta un riesgo asociado de desarrollar hipertensión (OR: 1,5; IC 95%: 1,2-2,0) y de igual manera se ha observado mayor prevalencia de hipertensión en pacientes con LuC que son seguidos en unidades especializadas respecto a la población general (prevalencia del 39 vs. 21%)<sup>9-11</sup>.

La obesidad es otro padecimiento común que se presenta junto a LuC, hasta un tercio de la población en nuestro entorno presenta obesidad (datos encuesta de salud en Cataluña 2019: 42,6% hombres - 28,3% de las mujeres). Estudios a gran escala han encontrado que la obesidad es un factor de riesgo modificable para desarrollar dolor generalizado (OR: 2,8; IC 95%: 1,0-7,8) y que al ser corregido se modifica el riesgo<sup>12</sup>.

Como hemos mencionado, existen factores psicológicos que predicen la cronificación del dolor lumbar. Al tratarse el dolor crónico de una experiencia con afectación en aspectos biopsicosociales, es esperable que el paciente con depresión pueda sufrir dolor crónico y el paciente con dolor crónico pueda experimentar mayor depresión<sup>3,13</sup>. También se han explorado aquellos factores sociales que influyan en la presentación del dolor crónico en general, encontrando factores sociales de protección para presentar dolor. Los pacientes ancianos viudos respecto a los casados presentan menor puntuación de dolor basal<sup>14</sup>.

Basándonos en la evidencia previa nos hemos preguntado si en nuestra práctica habitual existen factores que puedan influir en la presentación de la LuC en el paciente que acude por primera vez a una UD. Realizando un análisis inferencial se ha explorado un modelo de variables con el cual al asociar varios factores se puede predecir una mayor intensidad de dolor. Dichos factores han sido: grado de comorbilidad del paciente, características neuropáticas del dolor y grado de depresión. No se encontró relación entre intensidad de dolor y tiempo de evolución o diferencias entre sexos<sup>15</sup>.

## EVALUACIÓN Y DECISIONES QUE TOMAR

Con base en la evidencia se debe tener en cuenta los factores asociados al paciente que puedan modificar la presentación clínica de la Lu. Teniendo en cuenta que las mujeres en edad media son las que presentan una clínica más desfavorable debemos desarrollar circuitos de diagnóstico y tratamiento enfocados a ofrecer un óptimo tratamiento a estos pacientes.

Los estudios de imagen *per se* no deberían ser decisivos al momento de valorar un paciente, es necesaria una valoración integral que incluya historia clínica, teniendo en cuenta las comorbilidades asociadas, anamnesis del dolor y examen físico dirigido. La evidencia nos muestra que los cambios anatómicos no se relacionan con la cronificación del dolor, por lo que no estaría justificado repetir estudios de imagen en el paciente que cuenta con un diagnóstico y clínica estable. Sin embargo, serán de utilidad en el caso de decisiones multidisciplinarias o cuando las características del dolor cambien.

En nuestra población se observa un fenómeno de sobreenvjecimiento, lo que se traduce en una población mayoritaria por encima de los 64 años<sup>16</sup>. Es esperable que cada vez se presentarán pacientes con

mayor número de enfermedades asociadas, y que la presencia de dichas comorbilidades pueden llegar a influir en la persistencia y presentación del dolor lumbar, que incluso puedan comprometer su tratamiento. En especial las comorbilidades han demostrado ser un factor relacionado con la cronificación, lo que nos obligaría a pensar que un paciente con mayor número de enfermedades presentará con mayor probabilidad dolor lumbar crónico.

Las comorbilidades son factores en ocasiones modificables o controlables, existiendo algunos que pueden llegar a ser corregidos, es prioritario identificarlos y abordarlos. Este es el caso de la obesidad, ya que se ha demostrado que al corregirlo se reduce casi tres veces el riesgo de padecer dolor<sup>12</sup>. En el caso de los trastornos afectivos, al existir una relación bidireccional entre depresión y dolor, y siendo un factor no modificable pero sí controlable, es prioritario atender la salud mental de dichos pacientes.

Teniendo en cuenta lo anterior, se justifica el tratamiento multidisciplinario del paciente con LuC. La valoración debe ir dirigida a controlar los factores modificables ofreciendo circuitos de derivación para su óptimo control.

## CONCLUSIONES

Es importante conocer aquellos factores que pueden influir en el curso de la presentación de un dolor lumbar que puedan asociarse a cronificación. También debemos tener en cuenta los factores asociados al paciente que ya presenta el diagnóstico de LuC, ya que podrían influir en la presentación de la intensidad de dolor. Los estudios previos nos hacen inferir que en un paciente con un primer episodio de Lu existen factores propios del paciente (fisiológicos), psicosociales y posiblemente ambientales que pueden influir en la persistencia y la intensidad del dolor. En el caso del paciente con LuC, debemos realizar estudios que nos ayuden a conocer si la modificación de esos factores ayuda a mejorar el curso de la patología.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bassols A, Bosch F, Campillo M, Baños JE. El dolor de espalda en la población catalana: Prevalencia, características y conducta terapéutica. *Gac Sanit.* 2003;17(2):97-107.
2. Humbriá Mendiola A, Carmona I, Peña Sagredo JL, Ortiz AM. Impacto poblacional del dolor lumbar en España: resultados del estudio EPISER. *Rev Esp Reumatol.* 2002;29(10):471-8.

3. Arola H, Nicholls E, Mallen C, Thomas E. Self-reported pain interference and symptoms of anxiety and depression in community-dwelling older adults: can a temporal relationship be determined? *Eur J Pain*. 2010;14(9):966-71.
4. Rundell SD, Sherman KJ, Heagerty PJ, Mock CN, Dettori NJ, Comstock BA, et al. Persistent predictors of persistent disability and back pain in older adults with a new episode of care for back pain. *Pain Med*. 2017;18(6):1049-62.
5. Scheele J, Enthoven WT, Bierma-Zeinstra SM, Peul WC, van Tulder MW, Bohnen AM, et al. Course and prognosis of older back pain patients in general practice: A prospective cohort study. *Pain*. 2013;154(6):951-7.
6. DePalma MJ, Ketchum JM, Saullo TR. Multivariable analyses of the relationships between age, gender, and body mass index and the source of chronic low back pain. *Medicine*. *Pain Med*. 2012;13(4):498-506.
7. Schneider S, Randoll D, Buchner M. Why do women have back pain more than men? A representative prevalence study in the federal republic of Germany. *Clin J Pain*. 2006;22(8):738-47.
8. Freidin MB, Tsepilov YA, Stanaway IB, Meng W, Hayward C, Smith BH, et al. Sex- and age-specific genetic analysis of chronic back pain. *Pain*. 2021;162(4):1176-87.
9. Von Korff M, Crane P, Lanec M, Miglioretta DL, Simona G, Saunders K, et al. Chronic spinal pain and physical-mental comorbidity in the United States: results from the national comorbidity survey replication. *Pain*. 2005;113:331-9.
10. Bruehl S, Chung Y, Jirjis JN, Biridepalli S. Prevalence of clinical hypertension in patients with chronic pain compared to nonpain general medical patients. *Clin J Pain*. 2005;21(2):147-53.
11. Pinto-Meza A, Serrano-Blanco A, Codony M, Reneses B, von Korff M, Haroa JM, et al. Prevalencia y comorbilidad física y mental del dolor dorsal y cervical crónicos en España: resultados del estudio ESEMeD. *Med Clin (Barc)*. 2006;127(9):325-30.
12. Haukka E, Ojajärvi A, Takala E, Viikari-Juntura E, Leino-Arjas P. Physical workload, leisure-time physical activity, obesity and smoking as predictors of multisite musculoskeletal pain. A 2-year prospective study of kitchen workers. *Occup Environ Med*. 2012;69(7):485-92.
13. Vadivelu N, Kai A, Kodumudi G, Babayan K, Fontes M, Burg MM. Pain and psychology - A reciprocal relationship. *Ochsner J*. 2017;17:173-80.
14. Dobscha SK, Lovejoy TI, Morasco BJ, Kovas AE, Peters DM, Hart K, et al. Predictors of improvements in pain intensity in a national cohort of older veterans with chronic pain. *J Pain*. 2016;17(7):824-35.
15. Melo M, Diaz R, Rius C, Català E, Santeularia T. Comorbidity patterns and pain. Multivariable model of factors associated with intensity of low back pain. Presentado en: IASP 2021 Virtual World Congress on Pain 2021. June 9-11 and June 16-18.
16. IDESCAT. Anuario estadístico de Cataluña Demografía · Indicadores de estructura de la población. Por grupos de edad [Internet]. IDESCAT [citado 2021 Jun 21]. Disponible en: <https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=285&lang=es>