

Beneficios de la evaluación integral en adultos mayores con dolores crónicos de columna en un centro periférico del conurbano bonaerense

Benefits of the comprehensive evaluation in older adults with chronic back pain, in a peripheral medical center of the Buenos Aires suburbs

Gladys Mabel Gilberg^a, Guillermo Espinosa^b, Valeria Vietto^{b,c}

Resumen

Introducción. Desde hace varios años, el abordaje de los pacientes adultos mayores que consultan por dolor crónico en un centro periférico del Hospital Italiano del conurbano bonaerense se realiza de manera integral, mediante la evaluación conjunta de una kinesióloga y un médico de familia, lo que facilita la indicación terapéutica individualizada, con la aplicación de estrategias cognitivo-conductuales.

Objetivo. Documentar los resultados clínicos luego de una evaluación integral de pacientes mayores de 60 años que consultaron por dolor crónico de columna refractarios a tratamientos monodisciplinarios.

Métodos. Estudio observacional, analítico tipo antes-después, prospectivo. Recolectamos variables descriptivas de los participantes al momento de la evaluación integral (demográficas, antropométricas, contextuales y clínicas) y de desenlace: dolor, calidad de vida y actividad física a los tres y seis meses, consultas no programadas y a servicio de traumatología durante ese periodo. Estimamos necesaria una muestra de 30 pacientes, pero debido a la pandemia por SARS-CoV-2 finalizamos precozmente el estudio con los pacientes reclutados hasta ese momento.

Resultados. Incluimos nueve participantes (edad media 66,5 años, desviación estándar 4,9; 67 % sexo femenino). Todos completaron el seguimiento a seis meses. Observamos reducción del dolor y mejoría de la calidad de vida a los seis meses (cambio en la escala visual analógica [EVA] -3, intervalo de confianza [IC] 95 % -5,1 a -0,94; cambio en el puntaje del EQ-5D-3L 0,17, IC 95 % 0,08 a 0,26, respectivamente).

Conclusión. En los pacientes adultos mayores de 60 años con dolor crónico de columna no oncológico evaluados de manera integral por un médico de familia y un kinesiólogo se observó una mejoría del dolor y la calidad de vida a los seis meses de seguimiento. Debido a que el diseño no incluyó un grupo control estas diferencias no pueden atribuirse de manera fehaciente a la intervención, aunque estos hallazgos son concordantes con los de ensayos previos.

Abstract

Introduction. For several years, the approach of elderly patients who consult for chronic pain in a peripheral center of the Hospital Italiano de Buenos Aires has been carried out in a comprehensive way, through the joint evaluation of a kinesiologist and a family doctor, which facilitates individualized therapeutic indication, with the application of cognitive-behavioral strategies.

Objective. To document the clinical results after the comprehensive evaluation of patients over 60 years of age who consulted for chronic back pain refractory to monodisciplinary treatments.

Methods. Observational, analytical, before-after, prospective study. We collected descriptive variables from the participants at the time of the comprehensive evaluation (demographic, anthropometric, contextual and clinical) and outcome variables: pain, quality of life and physical activity at three and six months, unscheduled consultations and trauma service during that period. We estimate that a sample of 30 patients is necessary, but due to the SARS-CoV-2 pandemic we ended the study early with the patients recruited up to that time.

Results. We included nine participants (mean age 66.5 years, standard deviation 4.9; 67 % female). All completed the six-month follow-up. We observed reduction in pain and improvement in quality of life at six months (change in visual analog scale [VAS] -3, 95 % confidence interval [CI] -5.1 to -0.94; change in score of the EQ-5D-3L 0.17, 95 % CI 0.08 to 0.26, respectively).

Conclusion. In adult patients over 60 years of age with chronic non-cancer back pain who were comprehensively evaluated by a family doctor and a kinesiologist, an improvement in pain and quality of life was observed at six months of follow-up. Since the design did not include a control group, these differences cannot be reliably attributed to the intervention, although these findings are consistent with those of previous trials.

Palabras clave: Dolor Crónico, Manejo del Dolor, Modelos Biopsicosociales. Keywords: Chronic Pain, Pain Management, Biopsychosocial Models.

Gilberg GM, Espinosa G, Vietto V. Beneficios de la evaluación integral en adultos mayores con dolores crónicos de columna en un centro periférico del conurbano bonaerense. Evid Actual Pract Ambul. 2022;25(3):e007030. Available from: <https://dx.doi.org/10.51987/EVIDENCIA.V25I4.7030>.

^a Servicio de Kinesiología, Hospital Italiano de Buenos Aires. gladys.gilberg@hospitalitaliano.org.ar

^b Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires. guillermo.espinosa@hospitalitaliano.org.ar,

^c Departamento de Educación, Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires. valeria.vietto@hospitalitaliano.org.ar

Introducción

En la práctica diaria, los médicos de atención primaria y los kinesiólogos vemos que las consultas por dolor crónico de la columna de tipo musculoesquelético o no oncológico, así como la dificultad para desarrollar las actividades de la vida diaria que éste conlleva, aumentan a medida que aumenta la edad de los pacientes¹. Las personas consultan por este problema con mayor frecuencia a partir de los 60 años, tal vez asociado con el fin o disminución del trabajo, con el sedentarismo y, en ocasiones, con la autopercepción de que ya no se es útil para la sociedad^{2,3}.

La prevalencia de dolor crónico en adultos mayores es muy variable según la metodología empleada y el país analizado, y es frecuente su asociación con depresión⁴. En Argentina, el 42,4% de la población mayor de 60 años ha reportado presentar algún dolor o malestar, mientras que 21,5 informó ansiedad o depresión en la última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo⁵.

Por otro lado, el proceso de envejecimiento musculoesquelético, combinado con la inactividad, contribuyen a la fragilidad de los adultos mayores y a un potencial aumento en el riesgo de caídas^{1,6}. Si a estos factores se suma el declive de sus capacidades cognitivas, se puede observar un aumento en la prevalencia de afecciones crónicas, entre ellas, el dolor^{4,6}.

Las terapias disponibles para los adultos mayores con dolor crónico incluyen una serie de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. Por lo general se recomiendan estrategias multimodales para lograr mejores resultados. Entre las intervenciones no farmacológicas se incluyen la educación al paciente⁷, la aplicación externa de medios físicos (calor/frío, masajes, etc.)^{8,9}, las técnicas de relajación o distracción (meditación, musicoterapia, etc.), la actividad física^{10,11} y las terapias psicológicas, en especial la de tipo cognitivo conductual^{12,13}.

Se ha documentado que cuando los adultos mayores incorporan ejercicio físico o actividad deportiva mejoran sus relaciones interpersonales, su autoestima y la independencia en las actividades de la vida diaria^{14,15}. Un envejecimiento activo promueve la autoconfianza, previene comorbilidades, como la depresión, y optimiza la calidad de vida¹⁵⁻¹⁷. Además, el ejercicio regular y la rehabilitación han demostrado aliviar el dolor en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas¹⁸ aunque deben ser prescritos en forma individualizada¹⁸⁻²⁰.

La terapia cognitivo conductual incorpora tanto aspectos cognitivos como técnicas conductuales para modificar el comportamiento, y ha mostrado ser tan efectiva como la cirugía, el ejercicio físico o los programas multidisciplinarios para el alivio del dolor y el estado funcional²¹⁻²³. Entre las diversas estrategias de afrontamiento identificadas, cabe destacar las clasificaciones en estrategias activas y pasivas, y estrategias conductuales y cognitivas. Las activas se consideran adaptativas, ya que requieren responsabilidad y el desarrollo de acciones instrumentales por parte del paciente, tendientes al manejo del dolor (p. ej., el ejercicio físico o el uso de estrategias distractoras). Las pasivas implican el abandono por parte de la persona que sufre el dolor (p. ej., descansar en la cama) o que el paciente no asume la responsabilidad de actuar por sí mismo, recurriendo a elementos externos (p. ej., la ingesta de analgésicos). Las estrategias de afrontamiento conductuales son aquellas conductas que realiza una persona con el propósito de afrontar su dolor (p. ej., frotarse la zona afectada). Finalmente, las estrategias de afrontamiento cognitivas hacen referencia al uso, por parte del paciente, de pensamientos que pretenden alterar la percepción de la intensidad del dolor y la propia capacidad para manejar o tolerar el dolor, intentando continuar con las actividades de la vida diaria^{24,25}.

Las modalidades de atención basadas en programas multidisciplinarios de rehabilitación, en los que intervienen como mínimo tres profesionales de la salud de distintas disciplinas (p. ej., un

médico, un kinesiólogo y un psicólogo) resultan más efectivas que la rehabilitación ambulatoria tradicional. Por este motivo las guías de práctica clínica tienden a recomendar este tipo de programas para mejorar el dolor, el grado de incapacidad y promover el retorno al trabajo de los pacientes con dolores osteomusculares crónicos en los que han fracasado los tratamientos monodisciplinarios previos. Sin embargo, estos tienen la desventaja de acarrear mayores costos sanitarios, lo que disminuye su disponibilidad²¹.

Es esperable observar mejores resultados en aquellos pacientes en los que al inicio del tratamiento, existe comunicación fluida entre el médico de cabecera y el kinesiólogo, mediante la implementación de modificaciones al plan terapéutico cada vez que sea necesario²¹. Asimismo, se ha observado que los pacientes que logran incorporar prácticas no farmacológicas para el alivio del dolor a su estilo de vida suelen disminuir el número de consultas posteriores y presentar un mejor grado de satisfacción^{26,27}.

Evaluar de manera integral al paciente que consulta por dolor crónico, teniendo en cuenta aspectos físicos, psicológicos y contextuales en la anamnesis, diferenciando el origen del dolor -si es mecánico o inflamatorio-, sus características, las limitaciones de la capacidad funcional y las interacciones con el entorno, permite dimensionar cuánto lo afecta en sus distintas esferas (biológica, psicológica y social), a la vez que tener en cuenta los cambios fisiológicos asociados con la edad avanzada —a nivel cardiovascular, respiratorio, metabólico, musculoesquelético, del sistema nervioso y la metabolización de medicamentos— permite adecuar el tratamiento a las necesidades de rehabilitación de cada persona^{13,28}.

Desde hace varios años, una kinesióloga y un médico de familia que desarrollan su actividad en un centro ambulatorio del Hospital Italiano en el conurbano bonaerense —un conglomerado poblacional de la provincia de Buenos Aires, Argentina— realizan una evaluación conjunta para abordar las consultas por dolor crónico de los pacientes adultos mayores. Luego acuerdan el plan terapéutico de forma individualizada y, mediante la aplicación de estrategias cognitivo-conductuales, promueven la implementación de actividad física con los recursos disponibles en el centro de salud y/o la comunidad. Sin embargo, se desconocen los resultados de este abordaje. El objetivo de este estudio fue documentar los cambios en desenlaces clínicos de los adultos mayores que consultaron por dolores crónicos de columna y fueron asistidos con este abordaje integral, mediante la sistematización del seguimiento y la medición estandarizada del dolor, la calidad de vida y la actividad física.

MÉTODOS

Diseño

Estudio observacional y analítico tipo antes y después de una cohorte prospectiva.

Ámbito

Centro periférico del Hospital Italiano de Buenos Aires situado en Caseros (partido de Tres de Febrero), provincia de Buenos Aires, Argentina. Este centro de atención ambulatoria privado cuenta con consultorios de atención primaria (atendidos por médicos de familia, clínicos, geriatras) y especialidades, gabinetes con equipos de fisioterapia, y un gimnasio con colchonetas y otros elementos deportivos.

Población

Entre octubre de 2018 y febrero de 2020 se invitó a participar a los adultos con edad comprendida entre 60 y 75 años que cumplieran los criterios de selección. Fueron elegibles las personas adultas, afiliadas al Plan de Salud del Hospital Italiano de

Buenos Aires, con dolores crónicos (más de tres meses) de la columna, en regiones cervical, dorsal, lumbar y/o sacro-coccígea; que hayan recibido tratamientos monodisciplinarios previos para el dolor que motiva la consulta (p.ej., antiinflamatorios no esteroideos, fisio-kinesioterapia, acupuntura, proloterapia, etc.). Los criterios de exclusión fueron la presencia de dolor de origen traumático o debido a condiciones oncológicas o sistémicas (p. ej., enfermedades reumatológicas, neuropatía periférica, etc.) y el deterioro cognitivo o los trastornos que dificulten la capacidad de comprensión y/o la autonomía de las personas para decidir su participación en el estudio.

Estaba previsto continuar el reclutamiento hasta completar una muestra de 30 participantes, pero esta etapa debió interrumpirse en forma prematura debido a la declaración de estado de Pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a causa del SARS-CoV-2. Con la extensión de esta situación epidemiológica a nivel global, y la adaptación de los sistemas de atención sanitaria con mayor foco en la telemedicina, al finalizar el seguimiento de los pacientes, en septiembre de 2020, se determinó el cese del estudio.

Descripción de la intervención

La intervención que nos propusimos documentar mediante esta investigación es una modalidad de atención que denominamos *evaluación integral*. Esta consiste en una entrevista con el médico de familia y otra con la licenciada en kinesiología, seguida de una entrevista conjunta entre ambos para acordar el plan terapéutico individualizado a las necesidades de ese paciente, que puede incluir una o más de las estrategias descritas en la Tabla 1.

La entrevista inicial con el médico de familia tiene el propósito de indagar el contexto ampliado de la persona con dolor crónico, para identificar características de su aspecto social y familiar, sus hábitos laborales y los vinculados con la actividad física que puedan influir en la respuesta a los tratamientos para el dolor y/o perpetuar el síntoma, caracterizar los tratamientos realizados en forma previa, realizar la conciliación de prescripciones farmacológicas (identificando los motivos por los cuales se producen discrepancias, si estas existieran), e indagar sobre el uso de estrategias no farmacológicas (fajas, medios físicos como calor, frío, etc.).

La evaluación inicial de la kinesióloga incluye la postura del paciente en los distintos planos, teniendo en cuenta la correlación de las articulaciones, las extremidades y el tronco, para detectar asimetrías en la alineación corporal, y su funcionalidad (máximo rango de movilidad articular, presencia de limitación de la movilidad, dificultades en las actividades de la vida diaria).

Luego de la evaluación integral se pautaron con el paciente dos entrevistas semanales de seguimiento (la frecuencia que de manera habitual se pauta para las sesiones de kinesioterapia en la institución), en las que se monitoreó la evolución del dolor y la respuesta al tratamiento instaurado, y se indicaron ajustes al plan terapéutico acordados por consenso entre ambos profesionales del estudio. Una vez que se observó la disminución del dolor o se completó un máximo de ocho sesiones, se implementó el consejo de realizar actividad física recreativa, en forma supervisada, programada y regular a fin de mantener el mayor tiempo posible los beneficios logrados hasta ese momento.

Tabla 1. Estrategias terapéuticas disponibles para el plan de tratamiento individualizado luego de la evaluación integral.

Tipo de estrategia terapéutica	Indicaciones posibles
Analgésia farmacológica	Antiinflamatorios No Esteroideos, Glucocorticoides, Opiáceos suaves, Anticonvulsivantes
Plan de ejercicios	Aeróbicos, Movilidad, Estabilización, Equilibrio, Fortalecimiento, Elongaciones
Educación del paciente	Cuidados posturales o corrección de malos hábitos posturales
Pesquisa de síntomas psicológicos asociados con el dolor crónico	Tratamiento farmacológico, Psicoterapia, Derivación a especialista en Salud Mental

Variables

Considerando que diferentes factores influyen en la mayor o menor respuesta al tratamiento del dolor, a través de la revisión de la historia clínica electrónica institucional y mediante el interrogatorio dirigido al paciente (cuando no estuviera consignado en esta en forma previa, y como parte de la evaluación integral), los profesionales del estudio recolectaron variables demográficas (edad, sexo, estado civil), antropométricas (peso, talla, índice de masa corporal), contextuales (situación laboral, social y familiar) y clínicas (síntomas de depresión valorados mediante la escala de Beck 2, intensidad del dolor, consumo de analgésicos, calidad de vida relacionada con la salud y actividad física).

La escala de Beck 2, que se aplicó en forma autoadministrada en soporte de papel, es un cuestionario de 21 preguntas, con formato con cuatro categorías de respuesta ordenadas de menor a mayor severidad (tipo Likert) que se codifican de 0 a 3. La puntuación total es la suma de las respuestas a los 21 ítems, con un rango de las puntuaciones de 0 a 63 puntos (cuanto más alta sea la puntuación, mayor la severidad de los síntomas depresivos). Si una persona ha elegido varias opciones en un ítem, se toma la opción con la puntuación más alta. También se puntúan de 0 a 3 los ítems 16 y 18, que tienen 7 categorías. De acuerdo al puntaje final obtenido se establecieron cuatro categorías: 0 a 13, mínima depresión; 14 a 19, depresión leve; 20 a 28, depresión moderada; y 29 a 63, depresión grave.

Medidas de desenlace

Con el fin de evaluar los cambios en el dolor a mediano plazo y documentar la adherencia a la actividad física recreativa aconsejada al finalizar el tratamiento, se realizó una visita a los tres y otra a los seis meses de iniciada la evaluación integral, en forma presencial o telefónica según la preferencia del paciente. Tras la declaración de la pandemia por SARS-CoV-2 por la OMS, todas las entrevistas de seguimiento se realizaron por comunicación telefónica.

El desenlace primario fue el cambio en la intensidad del dolor a los tres y seis meses de la evaluación integral. Esta variable fue documentada mediante autorreporte del paciente en una escala visual analógica, con valores entre 0 y 10. Se consideró como diferencia mínima clínicamente relevante a una disminución de dos puntos en la escala.

Los desenlaces secundarios fueron los cambios en la calidad de vida y en la actividad física a los tres y seis meses de seguimiento. La calidad de vida fue registrada mediante la escala EQ-5D-3L en formato autoadministrado en papel cuyo uso para este estudio fue autorizado por *EuroQol Research Foundation*. La codificación de las respuestas de los pacientes a cada dimensión del instrumento (movilidad, autocuidado, actividades habi-

tuales, dolor/disconfort, y ansiedad/depresión) se realizó según una tabla construida con los valores estimados para la población Argentina²⁹. Se consideró como diferencia mínima clínicamente relevante un aumento de 0,07 puntos en esta escala³⁰, que tiene valores posibles entre -0,376 (estado peor que la muerte) y 1 (óptima calidad de vida).

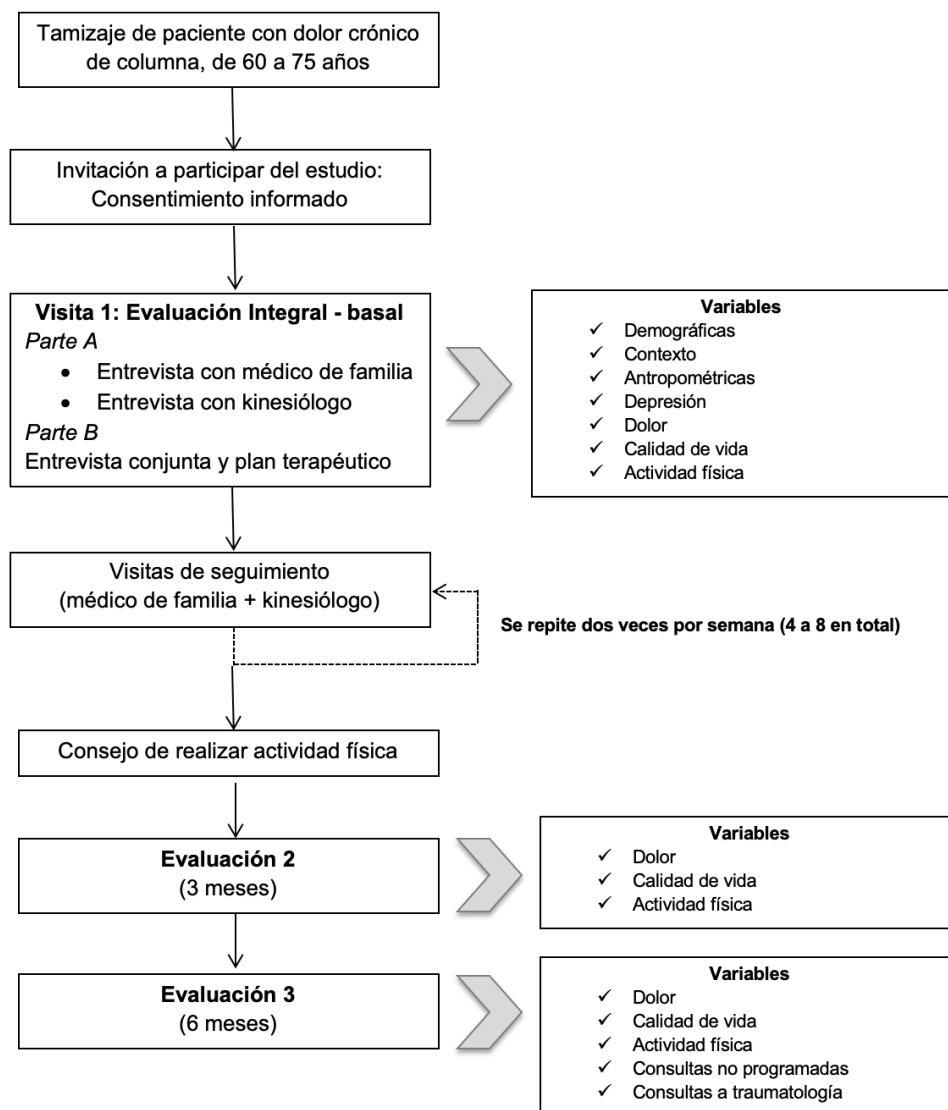
Para documentar el grado de actividad física utilizamos el cuestionario IPAQ-E³¹, versión del Cuestionario Internacional de Actividad física (IPAQ) validada al español para personas mayores, en tiempo basal al inicio del estudio, a los tres y a los seis meses. Esta herramienta considera los cuatro componentes de actividad física (tiempo libre, mantenimiento del hogar, ocupacionales y transporte), proporciona un registro en minutos por semana, es compatible con las recomendaciones de actividad propuestas en los programas de salud pública y permite la comparación

entre estudios. Analizamos el cambio de esta variable en forma continua mediante la estimación del gasto energético en METS-min/semana y en forma ordinal, categorizando a cada paciente en nivel bajo, mediano y alto de actividad física, de acuerdo a los lineamientos de la Guía para el procesamiento y el análisis del cuestionario internacional de actividad física (IPAQ)³².

La cantidad de consultas presenciales no programadas (a la demanda espontánea o la central de emergencias) debido al dolor que motivó el ingreso a este estudio y la cantidad de consultas al servicio de traumatología fueron evaluadas en forma retrospectiva, al finalizar el seguimiento de cada participante, a través de los registros en la historia clínica electrónica institucional.

La Figura 1 consiste en un diagrama de flujo en el que se representan en forma esquemática las visitas del estudio con las variables recolectadas en cada momento del seguimiento.

Figura 1. Diagrama de flujo del estudio



Cálculo muestral y plan de análisis

Considerando un 90 % de poder y un valor de $p < 0,05$ a dos colas para mostrar una reducción del dolor de al menos dos puntos de la escala visual analógica de dolor (considerada diferencia mínima clínicamente relevante)³³, y asumiendo una tasa de deserción del 20 %, habíamos estimado un tamaño muestral necesario de 30 participantes.

Realizamos un análisis descriptivo de las variables. Las variables cuantitativas continuas fueron expresadas como media y desvío estándar o mediana e intervalo intercuartilo (IIC 25 a 75 %) según la distribución de los datos. Las variables cualitativas fueron expresadas en frecuencias absolutas y relativas. Las variables cuantitativas se compararon antes y después mediante test de T de una sola muestra o la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon según la distribución de los datos.

En todos los casos, las comparaciones se realizaron entre los valores de las variables al momento de la inclusión en el estudio (basal) y los observados a los tres meses y los seis meses del seguimiento. Todos los análisis se realizaron con el software STATA 13.0.

Consideraciones éticas

Este estudio fue desarrollado de acuerdo con los principios éticos de las normas regulatorias de la investigación en salud humana a nivel nacional e internacional, la Resolución del Ministerio de la Nación, la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y todas sus enmiendas, respetando las Normas de Buenas Prácticas Clínicas ICH E6. Los participantes otorgaron su consentimiento informado por escrito. Se mantuvo la confidencialidad de la información según la normativa legal vigente (Ley Nacional de Protección de Datos Personales 25326/00 y Ley Nacional de Derechos del Paciente 26529/09). Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires, con el número 3.894.

RESULTADOS

Al momento de la declaración de la pandemia por la OMS habían ingresado al estudio nueve pacientes; todos ellos completaron el seguimiento a los seis meses. Las características de los participantes del estudio se resumen en la Tabla 2.

Comparando el dolor basal con el dolor a tres meses, y el dolor basal con el dolor a seis meses observamos que, si bien hubo una

tendencia a la reducción del dolor a los tres meses, la reducción fue estadísticamente significativa a los seis meses (ver Tabla 3). Este fenómeno también se observó en las comparaciones de la calidad de vida reportada por los pacientes. No observamos diferencias en el consumo de METS-min/semana o el grado de actividad física basal de los participantes y el informado a los tres y seis meses del seguimiento. Debido al escaso número de participantes incluidos no alcanzamos el poder estadístico para explorar diferencias entre los grupos de personas que aumentaron, mantuvieron o disminuyeron su actividad física durante el seguimiento.

Tabla 2. Características basales de los participantes del estudio. Notas: ^a: se consideró depresión a la puntuación de 14 o más en la prueba Beck 2. DE: desvío estándar

Características	N = 9	
Sexo femenino, n (%)	6 (67)	
Edad, media (DE)	66,5 (4,9)	
Índice de masa corporal, media (DE)	29,9 (3,4)	
Sobrepeso, n (%)	5 (55)	
Obesidad, n (%)	4 (45)	
Vive solo, n (%)	2 (22)	
Trabajó en el pasado, n (%)	3 (33)	
Trabaja en la actualidad, n (%)	3 (33)	
Actividad recreativa fuera de su hogar, n (%)	6 (67)	
Visita o recibe visitas de familiares (n, %)	8 (89)	
Depresión ^a , n (%)	5 (55)	
Actividad física	baja intensidad, n (%)	2 (23)
	moderada intensidad, n (%)	4 (44)
	alta intensidad, n (%)	3 (33)
Tiempo sentado, min/día, mediana (IIC 25-75)	180 (120 a 240)	

Sólo uno de los nueve pacientes incluidos en el estudio realizó consultas no programadas, una a la demanda espontánea y otra a un especialista en traumatología, durante los seis meses de seguimiento.

Tabla 3. Cambio en el dolor, la calidad de vida y la actividad física a los tres y seis meses del seguimiento con respecto al valor basal. Nota: ^a Las medidas de tendencia central y dispersión reportadas para cada variable dependen de la distribución paramétrica o no paramétrica de los datos en la muestra. Abreviaturas: DE: desvío estándar, DM: diferencia media, IC: intervalo de confianza, IIC: intervalo intercuartilo.

Desenlace (instrumento)	Basal, media (DE)/ mediana (IIC) ^a	Seguimiento a 3 meses, DM (IC 95 %)	Seguimiento a 6 meses, DM (IC 95 %)
Dolor, puntaje (escala visual analógica)	6,33 (1,64)	-1,56 (-3,58 a 0,47)	-3 (-5,06 a -0,94)
Calidad de vida, puntaje (EQ-5D-3L)	0,67 (0,11)	0,10 (-0,05 a 0,25)	0,17 (0,08 a 0,26)
Actividad física, METS-min/semana (IPAQ-E)	1.428 (693 a 3.093)	-351 (-4.378 a 3.675)	772 (-1.175 a 2.719)

DISCUSIÓN

Por las medidas de emergencia sanitaria dictadas a causa de la pandemia de SARS-CoV-2, en Argentina se anunciaba el cierre de los centros de atención ambulatoria en el marco del decreto de necesidad y urgencia 297/2020 en marzo de 2020, motivo por el cual se discontinuó la evaluación presencial de los pacientes del ámbito ambulatorio³⁴. Si bien se continuó la evaluación de los participantes del estudio en comunicación telefónica, la

prolongación en el tiempo del confinamiento preventivo obligatorio nos llevó a la decisión de finalizar en forma prematura la investigación y publicar los resultados obtenidos a pesar de no haber alcanzado el tamaño muestral previsto. Pese a la escasa cantidad de participantes incluidos constatamos una mejoría del dolor y la calidad de vida a los seis meses de seguimiento, con una magnitud de cambio relevante desde el punto de vista clínico de acuerdo a publicaciones previas^{30,31}. Con el tamaño muestral

obtenido alcanzamos un poder estadístico de alrededor del 30 %, lo que permite hipotetizar que la ausencia de diferencia estadísticamente significativa encontrada en el dolor a los tres meses podría deberse a la escasa cantidad de participantes en el estudio. Sin embargo, cabe destacar que estas diferencias no podrían ser atribuidas de manera fehaciente a la intervención debido a las limitaciones metodológicas de nuestro diseño, que careció de un grupo control.

La comparación de nuestros resultados con los de otros estudios resulta dificultosa debido a varios motivos. Las investigaciones realizadas para evaluar los riesgos y beneficios potenciales de este tipo de abordajes terapéuticos multidisciplinarios con frecuencia excluyen a los adultos mayores de 60 o 65 años y enfocan los criterios de elegibilidad a las personas en edad laboral³⁵, lo que queda en evidencia en la edad media de los pacientes incluidos en los estudios primarios de las revisiones sistemáticas publicadas (rango entre 37 y 59,7, desvío estándar [DE] 4,3 y 10,7, respectivamente)^{36,37}. Si bien la media de edad de los pacientes incluidos fue de 66,5 (DE 4,9) años, es posible que los participantes de nuestro estudio hayan sido más activos que la media poblacional de nuestro país para los adultos mayores de 60 años, ya que 33 % realizaba actividades laborales y 23 %, actividad física de baja intensidad al ingresar al estudio, mientras que las proporciones reportadas en fuentes oficiales corresponden a 23,1 %⁵ y 56,7 %³⁸, respectivamente.

Por otro lado, la definición de tratamiento multimodal interdisciplinario del dolor no está del todo consensuada; algunos autores consideran que la intervención debe ser llevada adelante por un equipo de al menos tres profesionales de disciplinas diferentes³⁷, mientras otros incluyen aquellas intervenciones que involucran un componente físico y al menos otro elemento del modelo biopsicosocial (psicológico o social y ocupacional)³³. Debido a esto se observa enorme heterogeneidad entre las intervenciones en cuanto a duración, intensidad de los tratamientos, ámbitos de aplicación, combinaciones de estrategias y de profesionales de la salud que imparten las intervenciones, lo que limita la confianza en la evidencia. Nosotros consideramos una fortaleza que la práctica conjunta del médico de familia y la kinesióloga se llevara a cabo en forma breve, para interrogar y evaluar de manera sistemática a todos los pacientes con dolor crónico de columna en la primera consulta, y luego iniciar el tratamiento kinesiológico, ya que contribuye a optimizar el uso de los recursos disponibles en el ámbito ambulatorio sin incurrir en los mayores costos para el sistema de salud que puede implicar la implementación de un programa más complejo.

Otra de las dimensiones en las que suele observarse inconsistencia entre los estudios es el componente cognitivo-conductual. Siendo este un modelo que reúne muchos componentes de múltiples fuentes disciplinarias y cuenta con muchas herramientas clínicas sólidamente validadas, es muy diversa la manera en que los diferentes programas multidisciplinarios lo incorporan en su práctica. En nuestro estudio, las estrategias cognitivo-conductuales formaron parte de las herramientas del interrogatorio, el consejo y las indicaciones adaptadas a cada paciente para estimular en cada visita el cambio de hábitos y la actividad física periódica, con el propósito final de promover el autocuidado.

Aún teniendo en cuenta todas las limitaciones mencionadas, la mejoría en el dolor en el mediano plazo observada en nuestro estudio fue similar a la encontrada en el meta-análisis de Kamper et al. (DME -0,60, IC 95 % -0,85 a -0,34), que fue considerada

por sus autores como equivalente a 1 o 2 puntos en una escala de 10. Este efecto es moderado, pero considerando que los pacientes elegibles suelen tener dolor de larga data, refractario a tratamientos previos, puede ser clínicamente relevante para la población en estudio³³. Sin embargo, es importante tener presente que la imprecisión de nuestra estimación (intervalo de confianza que atraviesa el umbral de significancia clínica preestablecido de 2 puntos en la escala) no nos permite establecer con buen nivel de confianza que la mejoría del dolor sea relevante desde el punto de vista clínico.

Otras limitaciones de nuestro estudio incluyen el uso de medidas subjetivas para valorar la actividad física, cuya imprecisión podría explicar la amplia variabilidad de las mediciones observadas en el seguimiento de los pacientes de nuestro estudio. Dado que los métodos objetivos (como acelerómetros o podómetros) han demostrado ser más precisos para medir la actividad física diaria, su uso debería tenerse en cuenta en futuras investigaciones³⁹. Además, los abordaje multidisciplinarios podrían incluir intervenciones dirigidas especialmente a estimular la actividad física, como la inclusión de profesores de educación física en el equipo de salud. Por otro lado, todos los participantes de nuestro estudio presentaban exceso de peso de acuerdo al valor de su IMC. Si bien no se contempló de forma sistemática la indicación de medidas con el objetivo de lograr un descenso del peso corporal, dado que este factor puede incidir de manera considerable en la perpetuación del dolor en adultos mayores⁴⁰, futuras investigaciones deberían contemplar la incorporación de intervenciones nutricionales como parte del abordaje multidisciplinario en estos pacientes.

Creemos que se debe seguir investigando y desarrollando estrategias para mejorar el abordaje de los pacientes con dolor crónico, para obtener resultados que nos permitan afirmar con buena confianza en la evidencia que la aplicación de las estrategias cognitivo-conductuales en las consultas y la evaluación conjunta con profesionales de diversas disciplinas logra mejores resultados que los abordajes monodisciplinarios o las indicaciones de solo un esquema de tratamiento.

Conclusiones

En los pacientes adultos mayores de 60 años con dolor crónico de columna no oncológico que participaron en este estudio, en el que tras la evaluación de manera conjunta por un médico de familia y una kinesióloga de un centro de salud privado del conurbano bonaerense se indicó tratamiento individualizado de acuerdo a las necesidades percibidas por el equipo terapéutico y mediante el uso de estrategias de abordaje cognitivo-conductuales, se observó una mejoría del dolor y la calidad de vida a los seis meses de seguimiento.

Fuente de financiamiento: Este estudio no contó con fuentes de financiamiento específicas. Los gastos administrativos del estudio fueron solventados por el Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria y por el Servicio de Kinesiología del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Conflicto de interés de los autores: Los autores declaran no poseer conflictos de interés vinculados con el presente estudio.

Recibido el 13/09/2022 Aceptado el 30/09/2022
y Publicado el 10/10/2022.

Agradecimientos

Al Departamento de Investigación del Hospital Italiano, en especial a Vanina Pagotto y Sergio Terrasa por su asesoramiento durante el diseño de este trabajo y el análisis de sus resultados.

A la coordinación y personal administrativo del Centro Periférico de Caseros Laura Brescacin, Roxana Ojeda y Norma Miranda por su colaboración en la atención de los pacientes que participaron en el estudio.

A los servicios de Medicina Familiar y Comunitaria y Kinesiología del Hospital Italiano de Buenos Aires por su apoyo para la realización de este estudio.

A los revisores de pares, Silvina Dell'Era y Alberto Antacle por sus valiosos comentarios en la evaluación del presente manuscrito para su publicación.

Referencias

1. Gibson SJ, Lussier D. Prevalence and relevance of pain in older persons. *Pain Medicine*. 2012;13(2):23–26. Available from: 10.1111/j.1526-4637.2012.01349.x.
2. Borda MG, González JA, David DG, et al. [Pain in the elderly: Quality of life, functionality and associated factors. SABE Study, Bogotá, Colombia]. *Rev Esp Geriatr Gerontol*;51(3):140–5. Available from: 10.1016/j.regg.2015.07.001.
3. Plata-Muñoz M, Castillo-Olivares M, Guevara-López U. Evaluación de afrontamiento, depresión, ansiedad e incapacidad funcional en pacientes con dolor crónico. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2004;27(1):16–23. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2004/cma041d.pdf>.
4. Zis P, Daskalaki A, Bountouni I. Depression and chronic pain in the elderly: links and management challenges. *Clin Interv Aging*. 2017;12:709–7020. Available from: 10.2147/CIA.S113576.
5. Argentina Dirección de Estadísticas Sectoriales Dirección Nacional de Estadísticas Sociales y de Población. Dossier estadístico en conmemoración del día internacional de las personas con edad. Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 2021. Available from: https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/poblacion/dosier_personas_edad.pdf.
6. Anthony F, Domenichiello CE, Ramsden. The silent epidemic of chronic pain in older adults. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2019;93:284–290. Available from: 10.1016/j.pnpbp.2019.04.006.
7. Zahari Z, Ishak A, Justine M. The effectiveness of patient education in improving pain, disability and quality of life among older people with low back pain: A systematic review. *J Back Musculoskelet Rehabil*. 2020;33(3):245–254. Available from: 10.3233/BMR-181305.
8. Wu Z, Wang Y, Ye X, et al. Myofascial Release for Chronic Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8:697986. Available from: 10.3389/fmed.2021.697986.
9. Dal-Farra F, Risio RG, Vismara L, et al. Effectiveness of osteopathic interventions in chronic non-specific low back pain: A systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Med*. 2021;56:102616. Available from: 10.1016/j.ctim.2020.102616.
10. Vadalá G, Russo F, De-Salvatore S, et al. Physical Activity for the Treatment of Chronic Low Back Pain in Elderly Patients: A Systematic Review. *J Clin Med*. 2020;9(4):1023. Available from: 10.3390/jcm9041023.
11. Ishak NA, Zahari Z, Justine M. Effectiveness of Strengthening Exercises for the Elderly with Low Back Pain to Improve Symptoms and Functions: A Systematic Review. *Scientifica (Cairo)*. 2016;2016:3230427. Available from: 10.1155/2016/3230427.
12. Schwan J, Sclafani J, Tawfik VL. Chronic Pain Management in the Elderly. *Anesthesiol Clin*. 2019;37(3):547–560. Available from: 10.1016/j.anclin.2019.04.012.
13. Horgas AL. Pain Management in Older Adults. *Nurs Clin North Am*. 2017;52(4):e1–e7. Available from: 10.1016/j.cnur.2017.08.001.
14. García AJ, Bohórquez MR, Lorenzo M. Happiness and Physical Activity in the Elderly. *Eur J Investig Health Psychol Educ*. 2015;4(1):19–30. Available from: 10.3390/ejihpe4010002.
15. Menéndez-Montañés MC, Brochier-Kist RB. La actividad física y la psicomotricidad en las personas mayores: sus contribuciones para el envejecimiento activo, saludable y satisfactorio. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*. 2011;10(1):179–192. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/3215/321527168014.pdf>.
16. Landinez-Parra NS, Contreras-Valencia K, Castro-Villamil A. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Rev Cubana Salud Pública*. 2012;38(4):562–80. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000400008.
17. Zhang SK, Yang Y, Gu ML, et al. Effects of Low Back Pain Exercises on Pain Symptoms and Activities of Daily Living: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Percept Mot Skills*. 2022;129(1):63–89. Available from: 10.1177/00315125211059407.
18. Gómez R, Monteiro H, Cossio-Bolaños MA, et al. El ejercicio físico y su prescripción en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2010;27(3):379–86. Available from: 10.17843/rpmesp.2010.273.1496;https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/1496.
19. Ortega-Sánchez-Pinilla R. [On prescription of physical exercise]. *Aten Primaria*. 2008;40(7):323–329. Available from: 10.1157/13124123.
20. Quintero-Cruz MV, Pinillos-Patiño Y, Herazo-Beltrán AY, et al. Diseño de un programa de ejercicio para el adulto mayor. In: *Ejercicio físico para la condición física Funcional en el adulto mayor: estrategia de intervención*. Barranquilla: Ediciones Universidad Simón Bolívar; 2017. p. 83–130. Available from: <http://dx.doi.org/10.17081/bonga.2611.c4>.
21. Grupo Español de trabajo del Programa Europeo COST B13. Guía de práctica clínica para la Lumbalgia inespecífica; 2005. Available from: http://www.kovacs.org/descargas/GUIADEPRACTICACLINICALUMBALGIAINESPECIFICA_136paginas.pdf.
22. Abdulla A, Adams N, Bone M, et al. Guidance on the management of pain in older people. *Age Ageing*. 2013;42(1):1–57. Available from: 10.1093/ageing/afs200.
23. Hajihasani A, Rouhani M, Salavati M, et al. The Influence of Cognitive Behavioral Therapy on Pain, Quality of Life, and Depression in Patients Receiving Physical Therapy for Chronic Low Back Pain: A Systematic Review. *PM R*. 2019;11(2):167–176. Available from: 10.1016/j.pmrj.2018.09.029.
24. Comeche-Moreno MI, Díaz-García MI, Vallejo-Pareja MA. Cognitive factors in chronic pain. *Psychology in Spain*. 1999;3(1):75–87. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Miguel-Vallejo-3/publication/28073381_Cognitive_factors_in_chronic_pain/links/541848670cf2218008bf3366/Cognitive-factors-in-chronic-pain.pdf.
25. Moretti LS. Variables cognitivas implicadas en la experiencia de dolor crónico. *Revista Argentina De Ciencias Del Comportamiento*. 2010;2(3):21–29. Available from: 10.32348/1852.4206.v2.n3.5246.
26. Calahorrano-Soriano C, Abril-Carreres MA, Quintana-Riera S. Programa rehabilitador integral del raquis cervical. Descripción, resultados y análisis de costes. *Rehabilitación*. 2010;44(3):205–215. Available from: 10.1016/j.rh.2010.02.002.
27. Intervenciones Multidisciplinares para la Prevención del dolor de Espalda. In: González-Cabanach R, Valle A, Arce R, et al., editors. *Calidad de vida, bienestar y salud*. Psicoeduca; 2015. Available from: 10.13140/RG.2.1.4446.4726.
28. Horgas AL. Pain Assessment in Older Adults. *Nurs Clin North Am*. 2017;52(3):28779820–28779820.
29. Augustovski FA, Irazola VE, Velazquez AP, Gibbons L, Craig BM; 2009.
30. Walters SJ, Brazier JE. Comparison of the minimally important difference for two health state utility measures: EQ-5D and SF-6D. *Qual Life Res*. 2005;14(6):1523–1555.
31. Castañeda FJR, Aznar T, C, Baquero M, C. Reliability and Associated Factors of the International Physical Activity Questionnaire Adapted to Elderly. *Rev Esp Salud Publica*. 2017;91.
32. Delgado-Fernández M, Tercedor-Sánchez P, Soto-Hermoso VM, GRUPO CTS 545 Actividad física, deporte y ergonomía para la calidad de vida Versiones Corta y Larga. Traducción de las Guías para el Procesamiento de Datos y Análisis del Cuestionario Internacional de Actividad física (IPAQ); 2005. Available from: http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/IPAQ_Procesamiento_Datos_UGR_2005.pdf.
33. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(9):CD000963. Available from: 10.1002/14651858.CD000963.pub3.

34. Argentina. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Decreto DNU 297/2020 Poder Ejecutivo Nacional. Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio Coronavirus (COVID-19) ; 2020. Available from: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=335741>.
35. Waterschoot FPC, Dijkstra PU, Hollak N, et al. Dose or content? Effectiveness of pain rehabilitation programs for patients with chronic low back pain: a systematic review. *Pain*. 2014;155(1):179–189. Available from: 10.1016/j.pain.2013.10.006.
36. van Middelkoop M, Rubinstein S, Kuijpers T, et al. A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain. *Eur Spine J*. 2011;20(1):19–39. Available from: 10.1007/s00586-010-1518-3.
37. Elbers S, Wittink H, Konings S, et al. Longitudinal outcome evaluations of Interdisciplinary Multimodal Pain Treatment programmes for patients with chronic primary musculoskeletal pain: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Pain*. 2022;26(2):310–335. Available from: 10.1002/ejp.1875.
38. Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación. 4º Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC; 2019. Available from: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf.
39. Skender S, Ose J, Chang-Claude J, et al. Accelerometry and physical activity questionnaires - a systematic review. *BMC Public Health*. 2016;15:515. Available from: 10.1186/s12889-016-3172-0.
40. García-Zenón T, Villalobos-Silva JA. Malnutrición en el anciano. Parte II: obesidad, la nueva pandemia. *Med Int Mex*. 2012;28(2):154–161. Available from: <https://summameis.com/evidencias-clinicas/freemax/08.pdf>.

