

PUBLICACIÓN SECUNDARIA

RAMÍREZ-MORENO J

Fisioterapeuta mezierista. Profesor asociado Universitat Internacional de Catalunya. Codirector Instituto Fisioterapia Global Mézières. Codirector Centre de Fisioteràpia KineMez. Barcelona.

HUME C

Fisioterapeuta mezierista. Centre de Fisioteràpia KineMez. Barcelona. Profesora colaboradora en la formación Mézières por IFGM. Barcelona.

Correspondencia

José Ramírez Moreno
jramirez@kinemez.com

LA MOTIVACIÓN ES UNA BUENA ESTRATEGIA ADICIONAL A LA FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON LUMBALGIA INESPECÍFICA DEL ADULTO.

PALABRAS CLAVE

Lumbalgia; Motivación; Fisioterapia; Rehabilitación.

KEY WORDS

Low back pain; Motivation; Physical therapy; Rehabilitation.

FECHA DE RECEPCIÓN
10/05/2011

FECHA DE ACEPTACIÓN
13/06/2011

FECHA DE PUBLICACIÓN
27/12/2011

RESUMEN ESTRUCTURADO

Título: Vong S K, Cheing G L, Chan F, So E M, Chan C C. Motivational Enhancement Therapy in Addition to Physical Therapy Improves Motivational Factors and Treatment Outcomes in People With Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial. Arch Phys Med Rehabil. 2011; 92: 176-183.

Objetivo: Conocer si la adición de un tratamiento para incrementar la motivación (MET, del inglés motivational enhancement treatment) a la fisioterapia convencional (PT, del inglés physical therapy) produce mejores resultados que la fisioterapia sola en personas con dolor lumbar crónico (LBP, del inglés low back pain)

Diseño: Ensayo clínico controlado y aleatorizado, doble ciego

Lugar Geográfico: Departamento de Ciencias de la Rehabilitación. Hong Kong, China.

Población de estudio: Fueron reclutados 76 sujetos de entre 18 y 65 años de edad con LBP crónico (duración de los síntomas más de 3 meses de evolución). Se excluyeron las mujeres embarazadas, con marcapaso cardíaco, dolor por desorden neurológico o enfermedad reumatológica, síntomas consistentes de ciática, espondilolistesis de más de

1 cm, haber recibido fisioterapia para dolor lumbar en los últimos 3 meses, problemas psiquiátricos, o estar recibiendo alguna compensación para discapacidades relacionadas con el trabajo.

Intervención: Los pacientes fueron distribuidos al azar entre el grupo intervención y el de control (n=38 en cada grupo). La intervención consistió en diez sesiones de PT + MET, mientras que el grupo control únicamente recibió PT. El tratamiento fue realizado por seis fisioterapeutas asignados al azar para ambos grupos. Los pertenecientes al grupo intervención recibieron formación específica de MET, quienes integraron habilidades para realizar entrevistas motivacionales (según Jensen) junto con componentes psicosociales diseñados para mejorar la motivación de los sujetos para comprometerse en el tratamiento y realizar cambios conductuales apropiados. En contraposición, los fisioterapeutas del grupo control sólo fueron formados en habilidades de comunicación general. Los fisioterapeutas en el grupo intervención adoptaron estrategias MET más del 50% del tiempo de sus sesiones prácticas, mientras que los del grupo control no utilizaron o raramente adoptaron estrategias MET en sus sesiones de tratamiento. En la PT convencional los sujetos recibieron 10 sesiones de 30 minutos en 8 semanas, que incluían

15 minutos de terapia interferencial y un programa de ejercicios de espalda. Tras una evaluación física completa, los fisioterapeutas prescribieron ejercicios específicos adoptados de un folleto con descripciones detalladas de estiramientos y fortalecimiento para el tronco y el miembro inferior. Estos ejercicios eran supervisados y recomendados para realizar en casa a diario.

Medición del resultado: La variable de resultado principal fue el estado motivacional evaluado mediante la escala de rehabilitación de las expectativas de dolor (PRES, del inglés Pain Rehabilitation Expectations Scale) y el cuestionario de auto-eficacia del dolor (PSEQ, del inglés Pain Self-Efficacy Questionnaire). Las variables secundarias fueron intensidad de dolor, función física y conformidad con el ejercicio. La intensidad de dolor fue medida con una escala visual análoga (EVA). La función física fue evaluada por el rango de movimiento del tronco (flexión lumbar, extensión, inclinación y rotación), el cual fue testado de acuerdo a los procedimientos recomendados por Clarkson. Cada dirección de movimiento fue testada 2 veces. La fuerza funcional de los músculos del tronco fue evaluada utilizando un test de capacidad de elevación. Para evaluar el nivel de discapacidad por dolor lumbar auto-complimentado se utilizó el Cuestionario

de discapacidad Roland Morris (RMDQ). También se utilizaron subescalas físicas (función física, rol físico, dolor corporal, salud general de la versión corta del cuestionario de Short Form 36 (SF-36) para medir la autopercepción del estado físico. La conformidad con el ejercicio fue computarizada según la cantidad de sesiones de ejercicios realizados en casa en un día multiplicado por los días en que lo practicaban a la semana, fue medida en sesiones en vez de minutos. Todas las medidas de resultados, excepto PRES y conformidad del ejercicio, fueron evaluadas antes de la primera sesión de tratamiento, luego en las sesiones 5 y 10, y al mes después del término del trata-

miento. PRES fue medido justo después de las sesiones 1, 5 y 10, y la conformidad con el ejercicio fue registrada en las sesiones 5 y 10, y en el seguimiento al mes post-tratamiento (tabla I).

Resultados principales: El grupo MET+PT produjeron una mejoría estadísticamente significativa respecto al grupo control en las tres factores PRES ($p < 0.05$). También hubo una mejora significativa ($P = 0.015$) en la capacidad de elevación del miembro inferior, en el cuestionario SF-36 ($P = 0.015$) y en el cumplimiento del ejercicio ($P = 0.002$), es decir, los sujetos del grupo intervención realizaron la rutina de ejercicios domiciliarios con mayor frecuencia a través del tiempo. Aunque

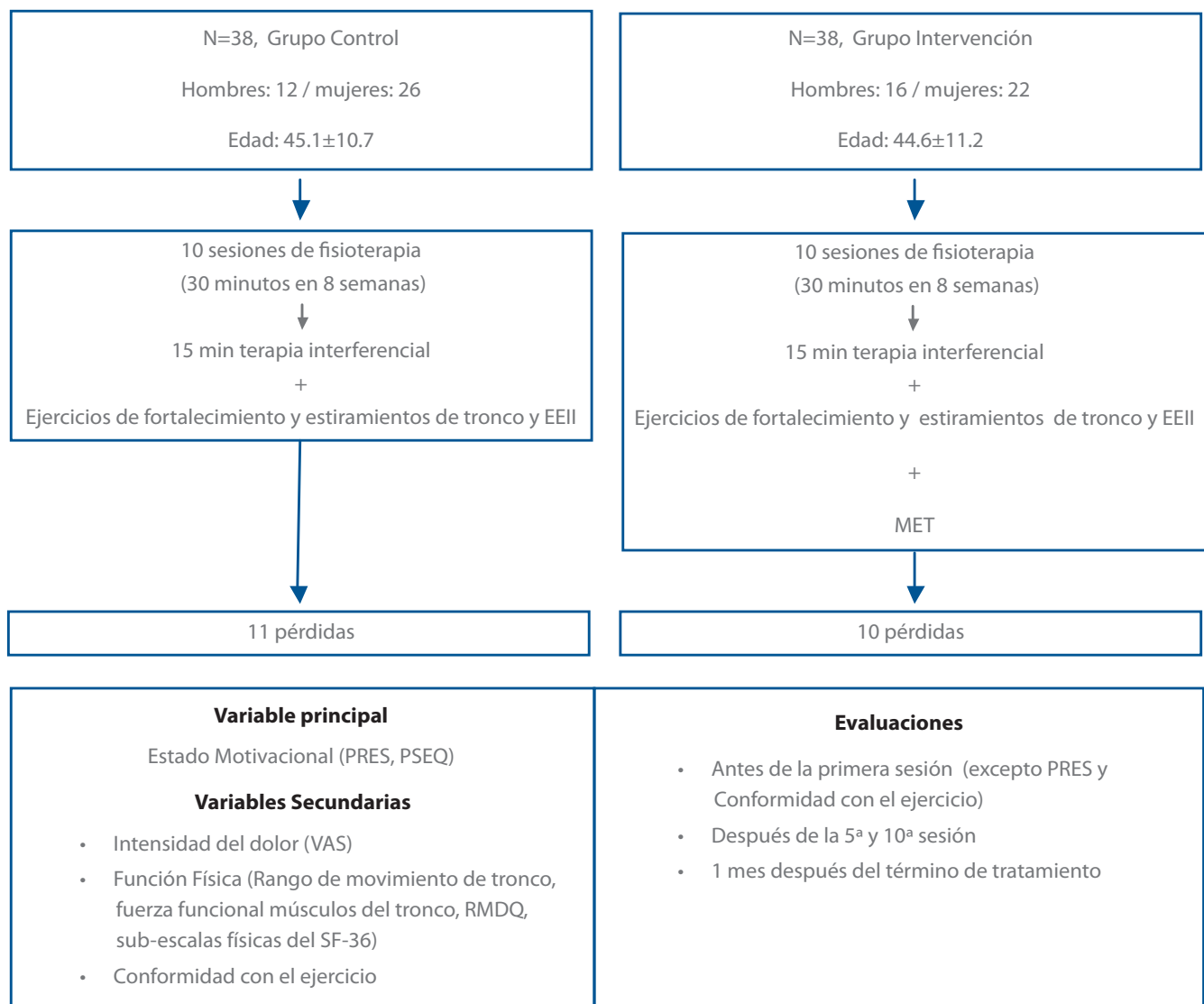
en ambos grupos hubo una disminución significativa del dolor a través del tiempo (efecto dentro de grupo, $P < 0.001$), en el grupo intervención esta tendencia fue de mayor amplitud tanto para VAS como para RMDQ.

Conclusión: Los resultados muestran que la adición de MET a la fisioterapia convencional produce significativamente mejores resultados en la motivación, capacidades físicas, auto percepción de la salud en general y conformidad en la realización de ejercicios en casa en un seguimiento de 1 mes.

Conflicto de intereses: no existe.

Fuente de financiación: no se mencionan

Tabla I. Síntesis de la metodología del estudio



COMENTARIO CRÍTICO

Justificación: Los trastornos músculo-esqueléticos, entre los cuales se engloban las patologías mecánicas del raquis, son de gran prevalencia. Según el documento "Work-related musculoskeletal disorders" de EU, publicado por European Agency for Safety and Health at Work en 2010 (1), estas lesiones constituyen la enfermedad laboral más común en el entorno europeo y una de las principales causas de baja laboral a largo plazo. En concreto, la lumbalgia crónica tiene una prevalencia anual entre el 15-45% y representa (en EEUU) la limitación principal de actividad en menores de 45 años, la segunda razón de consultas médicas y la tercera de cirugía (2). Si bien el pronóstico de la lumbalgia suele ser benigno, alrededor de un 10% desarrollarán un cuadro de dolor lumbar crónico con alto índice de incapacidad (3). El interés de este trabajo se fundamenta en la necesidad de verificar si la utilización de estrategias motivacionales para el paciente puede influir en la historia natural de la lumbalgia inespecífica. Disponer de argumentos científicos sólidos en relación a la importancia de una comunicación positiva y motivadora entre fisioterapeuta y paciente, podría ser relevante para utilizarla como cointervención en fisioterapia.

Validez o rigor científico: se trata de un ensayo clínico controlado y aleatorizado, con enmascaramiento del paciente y del evaluador (intervención MET realizada por los fisioterapeutas). El reclutamiento de los pacientes fue realizado por orden consecutivo estableciéndose previamente unos criterios de inclusión para poder valorar las diferencias basales entre los dos grupos. No se especifica la obtención del tamaño muestral. La secuencia de aleatorización se hizo por un tercero de forma oculta y remota, utilizando un programa informático. Se aleatorizó a los fisioterapeutas para cada grupo sin enmascaramiento respecto a la pertenencia de cada grupo. Estos fueron previamente entrenados para realizar la intervención tanto de PT como MET con el fin de asegurar la reproducibilidad de los datos. El tamaño del grupo intervención y control fue homogéneo tanto al inicio como en las pérdidas que hubieron, de las cuales se comunicaron

los motivos. Estas pérdidas representan el 16% del grupo intervención y 12% del grupo control, quizás pudiera haber influido sensiblemente en los resultados finales a pesar que los autores analizaron todas las variables utilizando un enfoque "intention-to-treat". En los datos basales mostrados para ambos grupos hubo una homogeneidad aceptable según se muestra en la significación estadística, no obstante hubo una magnitud mayor en el ítem duración LBP de 10 meses para el grupo control y una $P < 0,05$ del ítem "Lifting capacity test" siendo superior para el grupo intervención. No se menciona si hubo co-intervenciones durante todo el proceso del estudio. Los resultados mostrados en las tablas se presentan como promedio asociado a una desviación típica. Además se indican el intervalo de confianza de las diferencias entre grupos y el p-valor.

Importancia clínica: Si bien es cierto que hubieron diferencias estadísticamente significativas en la variable de resultados principal relativas al estado motivacional, el tamaño del efecto no fue importante a la décima sesión (3.37 para grupo MT+PT frente a 3.08 para grupo PT). Para las variables secundarias no hubieron diferencias significativas tanto para el dolor, la función física ni la discapacidad medida con RMDQ. La excepción fue el test "lifting capacity" en la que el grupo intervención mejoró de promedio 16 frente a 6,8 del grupo control. Los autores mencionan en sus conclusiones como aspecto positivo que los pacientes del grupo intervención obtuvieron mejores resultados en el cumplimiento de los ejercicios domiciliarios (de 12.9 a 5.8 para grupo control). Este razonamiento tendría mayor fuerza si el tamaño del efecto de las mediciones realizadas hubiera sido mayor. En otras palabras, los ejercicios domiciliarios fueron realizados con mayor rigor por los pacientes del grupo MT + PT, pero al final ni el dolor ni la función, en líneas generales, fue muy diferente con el grupo sólo PT.

El balance entre beneficios, riesgos y costes es importante en cualquier intervención. En este caso, si bien los beneficios que se obtienen no son significativos, tampoco lo son los costes que supone la aplicación de estrategias de motivación. Los riesgos son nulos y el plus que se obtiene podría ser lo suficientemente importante como para decantar la ba-

lanza a favor de la intervención. En este sentido, en las guías de práctica clínica sobre el dolor lumbar (4), se proponen unas recomendaciones basadas en la evidencia como por ejemplo, consejos o informaciones ofrecidas a los pacientes relacionados con la prevención, la realización de ejercicios específicos encaminados a la reducción del dolor, mejora de la movilidad, fuerza muscular y función pero no existen directrices referentes a la utilización de estrategias motivacionales para una mayor eficacia de la terapia.

Aplicabilidad en la práctica clínica: este estudio se ha realizado en China, el tipo de población, las características socioeconómicas y culturales de la zona quizás no hagan extrapolable los resultados a nuestro ámbito. Aunque los autores lo mencionan en el apartado límites del estudio, no se ha incluido a pacientes con depresión o ansiedad ni a pacientes con lumbociatalgia, entre otras exclusiones. La toma de decisiones basada en las pruebas para aconsejar o desaconsejar una intervención no es sencilla. En este caso, y a pesar de las debilidades mencionadas y de la discreta mejoría en las variables analizadas, pareciera apropiado el uso de estrategias motivacionales asociadas a la fisioterapia para pacientes con lumbalgia.

Conflicto de intereses de los autores del comentario: no existe.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Ramírez-Moreno J, Hume C. La motivación es una buena estrategia adicional a la fisioterapia en pacientes con lumbalgia inespecífica del adulto. *Rev Cient Iberoamer FisioGlobal* 2011; 7: 8-10.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) European Agency for Safety and Health at Work. Work-related musculoskeletal disorders. Fact and figures. Available at: http://osha.europa.eu/en/publications/publicationoverview?Subject=list=risk_observatory. Accessed 06/04, 2011.
- (2) Muñoz-Gómez, J. Epidemiología del dolor lumbar crónico. Abordajes terapéuticos en el dolor lumbar crónico. Madrid: Fundación Grünenthal; 2003.
- (3) Brancos Cunill M.A. Tratamiento del dolor lumbar crónico. *Medicina clínica* 1993;101(15): 579-580.
- (4) Burton AK, Eriksen Hr, Leclerc A, Balagué F, Henrotin Y, Müller G, Cardon G, Lahad A, van der Beek AJ. European Guidelines for prevention in low back pain. 2004.