



- 42 Carey TS, Garrett J, et al. The outcomes of care for acute low-back pain among patients seen by primary care practitioners, chiropractors and orthopedic surgeons. *New Engl J Med* 1995;333:913-7.
- 43 Shekelle PG, Markovich M, et al. Comparing the costs between provider types of episodes of back pain care. *Spine* 1995;20: 221-7.
- 44 Rosner AL. Letter to the Editor. *Spine* 1995;20:2395-8.
- 45 Jarvis KB, Phillips RB, et al. Cost per case comparison of back injury of chiropractic versus medical management for conditions with identical diagnosis codes. *J Occup Med* 1991;33:847-52.
- 46 Ebrall PS. Mechanical low-back pain: a comparison of medical and chiropractic management within the Victorian workcare scheme. *Chiro J Aust* 1992;22:47-53.
- 47 Jay TC, Jones SL, et al. A chiropractic service arrangement for musculoskeletal complaints in industry: a pilot study. *Occup Med* 1998;48:389-95.
- 48 Mosley CD, Cohen IG, et al. Cost-effectiveness of chiropractic care in a managed care setting. *Am J Managed Care* 1996;11:280-2.
- 49 Johnson W, Baldwin M. Why is the treatment of work related injuries so costly? New evidence from California. *Inquiry* 1996;33:56-65.
- 50 Stano M, Smith M. Chiropractic and medical costs for low-back care. *Med Care* 1996;34:191-204.
- 51 Smith M, Stano M. Cost and recurrences of chiropractic and medical episodes of low-back care. *J Manip Physiol Ther* 1997;20:5-12.
- 52 Manga P, Angus D, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of chiropractic management of low-back pain. Ontario, Canada: Pran Manga and Associates, University of Ottawa, 1993:65-70.
- 53 Cherkin DC, McCornack FA. Patient evaluations of low-back pain care from family physicians and chiropractors. *West J Med* 1989;50:351-5.
- 54 Scheurmier N, Breen AC. A pilot study of the purchase of manipulation services for acute low-back pain in the United Kingdom. *J Manip Physiol Ther* 1998;21:14-8.
- 55 Croft PR, Macfarlane GJ et al. Outcome of low back pain in general practice: a prospective study. *Br Med J*: 316:1356-1359.
- 56 Smedley J, Inskip H et al. Natural history of low back pain: a longitudinal study in nurses. *Spine* 1998;23(22):2422-2426.
- 57 Haldeman S. Personal communication, August 2, 1998.
- 58 Mooney V. Personal communication, August 21, 1998.
- 59 Bergmann TF, Peterson DH, Lawrence DJ, eds. Chiropractic technique: principles and procedures. New York, NY: Churchill Livingstone, 1993.
- 60 Imrie D, Barbuto, L. The back power program. Toronto, Ontario: Stoddart Publishing, 1988.

- Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services, 1994; AHCPR Publication No. 95-0642.
- 6 Rosen M, Breen A, et al. Management guidelines for back pain. Appendix B In: Report of a clinical standards advisory group committee on back pain. London, England: Her Majesty's Stationery Office (HMSO), 1994.
 - 7 Deyo R. Descriptive epidemiology of low-back pain and its related medical care in the United States. *Spine* 1987;12:264-8.
 - 8 Deyo RA, Cherkin DC, Conrad D, Volinn E. Cost controversy crisis: low-back pain and the health of the public. *Ann Rev of Pub Health* 1991;12:141-56.
 - 9 Leboeuf-Yde C, Kyvik KO. At what age does low-back pain become a common problem? A study of 29,424 individuals aged 12-41 years. *Spine* 1998;23:228-34.
 - 10 Kirkaldy-Willis WH, Bernard TN, eds. *Managing low-back pain*. 4th edition. New York: Churchill Livingstone, 1999.
 - 11 Spengler, et al. Back injuries in industry: a retrospective study part I overview and cost analysis. *Spine* 1986;11:241-5.
 - 12 Burton CV. In: Mooney V, ed. *Symposium on evaluation and care of lumbar spine problems*. *Ortho Clin N Am* 1983;14:539.
 - 13 Frymoyer JW, Mooney V. Current concepts review: occupational orthopaedics. *J Bone Joint Surg* 1986;68A:469-73.
 - 14 Prevalence of selected impairments, United States 1971. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics 1975; DHHS Publication No. (PHS)75-1526 (Series 10, No. 99); 1981 DHHS Publication No. (PHS)87-1587 (Series 10, No. 159).
 - 15 Waddell G. A new clinical model for the treatment of low-back pain. *Spine* 1987;12:632-44.
 - 16 Mikheev M. Opening Address, 1993 World Chiropractic Congress. London, England: Office of Occupational Health, World Health Organization, May 27, 1993.
 - 17 Burton C. Conservative management of low-back pain. *Postgrad Med* 1981;70:168-85.
 - 18 Mooney V. Foreword. In: Mayer TG, Gatchel RJ. *Functional restoration for spinal disorders: the sports medicine approach*. Philadelphia, Pennsylvania: Lea and Febiger, 1988.
 - 19 Ref 15, *Supra*.
 - 20 Shaw JL. The role of the sacroiliac joint as a cause of low-back pain and dysfunction in low-back pain and its relation to the sacroiliac joint. Vleeming A, Mooney V, Snijders C, Dorman T, eds. *Proceedings of the First Interdisciplinary World Congress on Low-back Pain and its Relation to the Sacroiliac Joint*. San Diego, California: University of California, November 5-6, 1992.
 - 21 Waddell G, Feder G, et al. *Low-back pain evidence review*. London, England: Royal College of General Practitioners, 1996.
 - 22 Lawrence DC. Chapter 2 in *Advances in Chiropractic*. Vol. 4., Michaelson MR, Dreyfuss PH. *Manipulation under Joint Anesthesia/Analgesia: A Proposed Interdisciplinary Treatment Approach for Recalcitrant Spinal Axis Pain of Synovial Joint Origin*. St Louis, Missouri: Mosby Yearbook 2, 1997.
 - 23 Hadler NM, Curtis P, et al. A benefit of spinal manipulation as adjunctive therapy for acute low-back pain: a stratified controlled trial. *Spine* 1987;12:703-6.
 - 24 Meade TW, Dyer S, et al. Low-back pain of mechanical origin: randomised comparison of chiropractic and hospital outpatient treatment. *Br Med J* 1990;300:1431-7.
 - 25 Meade TW, Dyer S, et al. Randomised comparison of chiropractic and hospital outpatient management for low-back pain: results from extended follow up. *Br Med J* 1995;311:349-51.
 - 26 Shekelle PG, Adams AH, et al. The appropriateness of spinal manipulation for low-back pain: project overview and literature review. Santa Monica, California: RAND, 1991; Monograph No. R-4025/1—CCR/FCER.
 - 27 Kirkaldy-Willis WH, Cassidy JD. Spinal manipulation in the treatment of low-back pain. *Can Fam Phys* 1985;31:535-40.
 - 28 Bronfort G. *Efficacy of manual therapies of the spine*. Amsterdam: Vrije Universiteit EMGO Institute, 1997.
 - 29 Carroll L. Psychological problems encountered in chiropractic clinical practice. In: Lawrence DJ, ed. *Advances in chiropractic*. Vol. 4. Baltimore, Maryland: Mosby, 1997; 155-80.
 - 30 Triano JJ, McGregor M, et al. Manipulative therapy versus education programs in chiropractic low-back pain. *Spine* 1995;20:948-55.
 - 31 Liebenson C. *Rehabilitation of the spine: a practitioner's manual*. Baltimore, Maryland: Williams & Wilkins, 1996.
 - 32 van Tulder MW, Koes BW, Bouter LX. Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low-back pain. *Spine* 1997;22:2128-56.
 - 33 Cassidy JD, Thiel HW, Kirkaldy-Willis KW. Side posture manipulation for lumbar intervertebral disc herniation. *J Manip Physiol Ther* 1993;16:96-103.
 - 34 Nwuga VCB. Relative therapeutic efficacy of vertebral manipulation and conventional treatment in back pain management. *Am J Phys Med* 1982;6:273-278.
 - 35 Bozzao A, Gallucci M, et al. Lumbar disc herniation: MR Imaging assessment of natural history in patients treated without surgery. *Neuroradiol* 1992;185:135-41.
 - 36 Wiesel SW. A study of computer-assisted tomography: the incidence of positive CAT scans in an asymptomatic group of patients. *Spine* 1984;9:549-51.
 - 37 Ref 33, *Supra*.
 - 38 Morris CE. Chiropractic rehabilitation of a patient with SI radiculopathy associated with a large lumbar disc herniation. *J Manip Physiol Ther* 1999;22:38-44.
 - 39 Crawford MC. Chiropractic management of acute low-back pain. *Alt Ther* 1999;5:112.
 - 40 Bourdillon JF, Day EA. *Spinal manipulation*. 4th ed. London, England: William Heinemann Medical Books, 1987:229.
 - 41 Manga P, Angus D. Enhanced chiropractic coverage under OHIP as a means of reducing health care costs, attaining better health outcomes and improving the public's access to cost-effective health services. Ontario, Canada: University of Ottawa, 1998.

de todas formas, sin ningún tratamiento en un mes; el problema remitirá o se solucionará de forma natural. Esto, junto con la dificultad de establecer la causa o el diagnóstico exactos del dolor de espalda, ha sido la base del enfoque médico del reposo en cama, la medicación para el dolor y de “vamos a esperar a ver qué pasa”.

Investigaciones recientes del Reino Unido, que estudiaron a la población general⁵⁵ y a las enfermeras,⁵⁶ muestran que el concepto de unos niveles altos de remisión natural es equivocado; se trata de un mito basado en una interpretación errónea de pruebas anteriores. Los epidemiólogos británicos Croft y cols. decidieron investigar el concepto de la remisión natural porque lógicamente era incoherente con otros datos sobre el dolor de espalda. En el Reino Unido, por ejemplo:

- El 38% de los adultos tiene un episodio significativo de lumbago cada año (esto sugiere que muchos tienen un problema recurrente sin solucionar).
- El hecho de que una persona haya tenido un episodio previo de lumbago es el factor más importante para un nuevo episodio.
- En las últimas décadas la preponderancia del lumbago incapacitante pagado por las prestaciones ha aumentado en gran medida.

Encontraron que el concepto de la remisión natural estaba basado en un estudio de 1973 de una consulta médica en la que se juzgaba la recuperación por el hecho de que los pacientes realizasen más visitas al médico general o no, y no porque el paciente mejorase realmente.

Croft y cols. realizaron un estudio mucho más exhaustivo haciendo un seguimiento de todos los adultos con lumbago que visitaron dos consultas de medicina general de Manchester durante un periodo de 12 meses. De 463 pacientes con un nuevo episodio de lumbago, 275 (59%) no realizaron una nueva consulta después de su primera visita y sólo 38 (8%) repitieron la visita después de 3 meses.

Sin embargo, una enfermera de la investigación visitó a todos los pacientes a la semana de su primera visita y de nuevo, después de 3 y 12 meses. Se realizaron las medidas habituales del dolor y la incapacidad. Aunque la mayoría de los pacientes

no volvieron después de la primera visita, sólo un 21% se habían recuperado en 3 meses y sólo un 25% en 12 meses.

Una estadística final importante fue que de todos los pacientes incapacitados por el dolor en la primera visita, sólo un 18% (1 de cada 5) se había recuperado completamente en 12 meses.

En otras palabras, no existe un nivel alto de remisión natural. Croft y cols. concluyeron que su profesión se había equivocado al respecto. No debería considerarse que los pacientes con lumbago tienen principalmente problemas de corta duración, que la mayoría se recuperan y que sólo unos pocos tienen problemas crónicos de larga duración. Sin embargo, el lumbago “debería considerarse como un problema crónico con un patrón desordenado de síntomas recurrentes y periodos de relativa ausencia de dolor e incapacidad intercalados con episodios agudos, empeoramientos y recurrencias”.

Expertos como el Dr. Scott Haldeman, neurólogo y ex presidente de la *North American Spine Society*, y el Dr. Vert Mooney, cirujano ortopédico y ex presidente de la *International Society for the Study of the Lumbar Spine*, están de acuerdo en esto.^{57,58} El lumbago común o mecánico no se soluciona por completo o se cura con tratamiento, bien sea de médicos, quiroprácticos o de cualquier otro. Es una afección recurrente en personas que han desarrollado una debilidad en el cuerpo pero que siguen con sus vidas.

El objetivo del tratamiento es limitar la incapacidad y el dolor tan pronto y tan eficazmente como sea posible, e intentar prevenir futuros problemas por medio de la educación, el ejercicio y el tratamiento preventivo.

Bibliografía

- 1 Hurwitz EL, Coulter ID, et al. Use of chiropractic services from 1985 through 1991 in the United States and Canada. *Am J Pub Health* 1998;8:771-6
- 2 Carey TS, Evans AT, et al. Acute severe low-back pain: a population-based study of prevalence and care-seeking. *Spine* 1996;21:339-44.
- 3 Manga P, Angus D, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of chiropractic management of low-back pain. Ottawa, Ontario: Pran Manga and Associates, University of Ottawa, 1993.
- 4 Chiropractic services review committee report. Ontario Ministry of Health, 1994:Chapter 1.
- 5 Bigos S, Bowyer O, Braen G, et al. Acute low-back problems in adults. Clinical practice guideline no.14. Rockville, Maryland: Agency for Health

- La creencia de que el dolor era real y una expresión de preocupación.
- Confianza en el diagnóstico y la eficacia del tratamiento.⁵³

9. **Acceso al tratamiento quiropráctico.** Hoy en día, existen pruebas independientes contundentes de que el tratamiento quiropráctico para pacientes con dolor de espalda es eficaz, rentable, satisfactorio para los pacientes y consecuente con el mejor ejercicio de la medicina. Pero, ¿está disponible?

La respuesta a esta pregunta, en un mundo en el que los pacientes esperan cada vez más que las empresas o el gobierno subsidien su asistencia sanitaria y en el que el tratamiento médico para el dolor de espalda, depende, en general, de:

- i) La organización de los servicios sanitarios. ¿Incluyen las pólizas sanitarias de contención del gasto u otros planes sanitarios los servicios quiroprácticos?
- ii) Acuerdos de financiación. ¿Está cubierto el coste del tratamiento quiropráctico al mismo nivel que el tratamiento médico?

Una vez más, esto ha sido demostrado por un estudio británico.⁵⁴ Cuando las directrices británicas del dolor de espalda de 1994 patrocinadas por el gobierno recomendaron el ajuste especializado como un enfoque principal de tratamiento, la autoridad sanitaria (financiada por el gobierno) de Wiltshire en Inglaterra ofreció financiación para los “ajustes” en un proyecto piloto para ver si había beneficios cuando los médicos generales seguían estas directrices. Los resultados son interesantes:

- a) El estudio comparó un grupo de 194 pacientes tratados en consultas de médicos generales entre julio y octubre de 1995 con un segundo grupo de 344 pacientes tratados en las mismas consultas desde noviembre de 1995 a marzo de 1996. La diferencia importante fue que en el segundo periodo se disponía de financiación para los “ajustes” siguiendo las directrices británicas.
- b) Hubo un cambio importante en los patrones de remisión médica. En el primer grupo sólo un 2% de los pacientes con dolor de espalda fueron remitidos para ajuste (2% a quiroprácticos, 0% a osteópatas), mientras que en el segundo grupo se remitió a un 53% (28% a quiroprácticos, 25% a osteópatas). La remi-

sión para los servicios de fisioterapia, financiados en todas las ocasiones pertinentes, disminuyó de un 72% a un 21%.

- c) Los resultados de este “cambio sustancial de remisiones a los facultativos que realizan ajustes” incluyó una menor remisión para tratamiento secundario, menores consultas de médicos generales, una menor utilización de fármacos y menos días de baja por enfermedad. “Los ahorros demostrables en las prestaciones de incapacidad por enfermedad fueron evidentes”.

10. El problema del exceso de tratamiento.

Hay quiroprácticos culpables de tratar en exceso, algunos hasta un nivel fraudulento, que son una vergüenza para la profesión. Si usted está en los EE.UU., Canadá, Australia u otro país en el que la profesión está regulada, debería informar al organismo regulador estatal/provincial de cualquier caso de un claro exceso de tratamiento para que tome medidas disciplinarias.

Aunque parece que, de alguna manera, es más noticia cuando los quiroprácticos son culpables, no hay ninguna prueba de que el tratamiento excesivo sea un problema más común en la quiropráctica que en otras profesiones. De hecho, por lógica, no existirían las sólidas pruebas acerca de la rentabilidad y la satisfacción del paciente (ya analizadas en este capítulo) si el tratamiento excesivo fuese algo habitual. Cuando el programa de televisión *20/20* aireó el fraude y el excesivo tratamiento de Medicaid por parte de quiroprácticos en Michigan y Nebraska en 1998, el funcionario de Medicaid entrevistado afirmó que este tipo de comportamiento era una vergüenza pero estaba limitado a unos pocos individuos y no era representativo de la profesión.

¿Qué frecuencia y duración de tratamiento quiropráctico son adecuadas? La profesión ha establecido directrices formales al respecto (v. la sección E, cap. 6, pág. 99). Un estudio de la RAND Corporation también ha proporcionado una directriz sobre el tratamiento de ajuste vertebral adecuado (v. la sección G, cap. 7, pág. 111).

11. **El mito de la remisión natural.** El principio de la remisión natural es que la mayoría de los pacientes con lumbago que se ven en la práctica médica se recuperarán,

ción con la póliza de seguros, tipo de póliza de seguros, acceso similar, deducciones similares para el tratamiento quiropráctico y médico, etc.) el grupo de estudio era de 7.077 pacientes.

iii) Los costes de la asistencia médica fueron significativamente más altos. Para los códigos de alta frecuencia 9 (los más utilizados por los quiroprácticos y los médicos) que incluían en su mayoría afecciones sacroilíacas y de espalda que comprendían degeneración discal y ciática, los costes médicos fueron un 47% mayores para la asistencia ambulatoria y un 61% mayores para la asistencia total.

g) *Tratamiento sustitutivo y complementario.* El tratamiento quiropráctico y médico pueden ser *sustitutos* uno del otro para muchos pacientes con dolor de espalda, pero también tienen una función *complementaria*.

Algunos pacientes, sobre todo aquéllos que tienen lesiones o enfermedades internas, fracturas en la espalda o que requieren cirugía, quedan fuera del ámbito de ejercicio de la quiropráctica y necesitan ser remitidos si consultan a un quiropráctico. De la misma manera, los médicos ahora, remiten a numerosos pacientes a los quiroprácticos para ajuste y rehabilitación. Manga y Angus, como economistas sanitarios, señalan que los protocolos para una remisión oportuna de pacientes tienen un impacto importante en el coste.

También indican que la sustitución real de los servicios es un factor clave para conseguir ahorros potenciales. Esto se puede lograr, como muestran muchos estudios, pero requiere un propósito firme e implica frecuentes luchas contra los intereses creados. Citando a Manga y Angus:

“Seguramente se pueden conseguir ahorros sustanciales si se implementan las sustituciones con prudencia... literalmente existen docenas de estudios que sugieren la sustitución (basada en los hechos) de los recursos humanos, pero debido a una serie de razones profesionales, políticas, de seguros y administrativas, muchas de estas sustitucio-

nes de recursos humanos sanitarios todavía están por llegar”.⁵²

8. **Satisfacción del paciente.** Este aspecto del sistema sanitario, que representa la evaluación global de los consumidores acerca de la calidad de los servicios sanitarios recibidos y de los profesionales que los proporcionan, ha pasado de no tener apenas importancia a considerarse un punto clave. Esto constituye un cambio espectacular en los últimos años. Las razones incluyen un aumento de la educación y los derechos de los pacientes, una mejora en la elección de la asistencia sanitaria y el creciente pago y gestión por parte de terceros.

La satisfacción de los pacientes con los servicios quiroprácticos se trata en el cap. 9 (pág. 136). Con respecto al dolor de espalda existen pruebas de estudios y encuestas independientes de que los pacientes, en general, están muy satisfechos con el tratamiento quiropráctico, mucho más que con el tratamiento médico. Los estudios realizados hasta 1993 son analizados en el *Informe Manga*³ y están respaldados por estudios más recientes.⁴¹

El estudio comparativo más exhaustivo realizado implicó a 457 pacientes con dolor de espalda de una organización sanitaria privada de Washington, que habían visitado bien a médicos de familia (215 pacientes) o a quiroprácticos (242 pacientes). Este estudio analizó las causas específicas de satisfacción o insatisfacción y encontró que:

- a) El porcentaje de pacientes quiroprácticos “muy satisfechos” con el tratamiento recibido para el lumbago era 3 veces mayor que el de los pacientes de los médicos de familia; un 66% contra un 22%.
- b) Las razones comunes de esta mayor satisfacción con el tratamiento quiropráctico incluían:
 - Recibir más información sobre los problemas de espalda: la causa del dolor, la recuperación del dolor, el programa de tratamiento e instrucciones sobre ejercicios, posturas y cómo levantar pesos.
 - La cantidad de tiempo que pasaban escuchando su descripción del dolor.

Los resultados fueron alentadores; una mejoría y satisfacción del paciente extremadamente altas (evaluadas por ellos mismos), y un ahorro neto del 18% de los costes el primer año (30% de ahorro en pagos por incapacidad/enfermedad menos un 12% por los costes del tratamiento subsidiado) y aproximadamente un ahorro neto del 40% el segundo año.

- e) *Ahorros con la asistencia sanitaria de contención del gasto.* Incluso en una situación actual de asistencia sanitaria de contención del gasto en los EE.UU., en la que existen protocolos para con-

Las razones comunes de una mayor satisfacción con el tratamiento quiropráctico incluían recibir más información sobre los problemas de espalda: la causa del dolor, la recuperación del dolor, el programa de tratamiento e instrucciones sobre ejercicios, posturas y cómo levantar pesos.

trolar el coste minuciosamente, puede haber ahorros substanciales con el tratamiento quiropráctico para pacientes con dolor de espalda y cuello. Mosley⁴⁸ analizó durante 12 meses las reclamaciones de una organización sanitaria privada de Louisiana en la que a los pacientes se les permitía el acceso directo bien a un médico “clasificador” o a un quiropráctico “participante”. Los costes sanitarios directos por paciente quiropráctico fueron sólo el 70% de los costes por paciente médico en un área de diagnósticos ICD-9 idénticos; en otras palabras, un ahorro del 30% o alrededor de un tercio. Los resultados clínicos fueron equivalentes. El porcentaje de las operaciones quirúrgicas fue similar al respecto, pero a los pacientes médicos les hicieron muchas más pruebas diagnósticas por imagen y recibieron más fármacos con receta.

Los economistas sanitarios Johnson y Baldwin, en un reciente estudio bien diseñado para Zenith Insurance de 850 trabajadores de California que tuvieron un episodio de dolor de espalda en los años 1991-1993, también concluyeron que era posible conseguir “ahorros substanciales” remitiendo a los trabajadores con problemas de espalda a los quiroprácticos.⁴⁹ Los costes totales por

reclamación disminuyeron un 20% aproximadamente (1.526 \$ para los pacientes quiroprácticos y 1.875 \$ para los pacientes médicos) cuando los trabajadores con lesiones equivalentes eligieron el tratamiento quiropráctico. La mayor parte del ahorro se debía a una vuelta al trabajo más rápida y unos menores costes de indemnización.

- f) *Análisis de datos de Medstat.* Manga y Angus señalan que la mayor parte de las pruebas no recogen todos los costes relevantes. Si lo hicieran, la ventaja para el tratamiento quiropráctico sería incluso mayor. Los costes totales por episodio de tratamiento incluyen todos los costes sanitarios, los costes por prestación y otros costes indirectos en los que incurren los pacientes y/o sus familias y empresas. Un análisis estricto de los costes sanitarios incluiría el coste de los efectos secundarios y los costes yatrógenos (costes que surgen por el perjuicio del tratamiento, los cuales pueden ser muy significativos en el campo del dolor de espalda; p. ej., operaciones quirúrgicas posteriores y/o dependencia a largo plazo de los fármacos después de una operación inicial fallida).

Según Manga y Angus, las mejores pruebas sobre los costes sanitarios completos aparecen en dos artículos recientes de Stano y Smith (economistas sanitarios estadounidenses)^{50,51} que analizan los informes de Medstat Systems Inc., una empresa consultora de prestaciones sanitarias de Michigan con datos de 2 millones de pacientes de los EE.UU. Su análisis es para el periodo de 2 años de Julio de 1988 a Junio de 1990. En resumen:

- i) Los estudios consideran la utilización de la quiropráctica y de la medicina y los costes de los diagnósticos del código 208 ICD-9 para varios trastornos en pacientes que podían elegir el tratamiento médico o quiropráctico bajo los términos de sus planes de prestaciones sanitarias laborales. Se conocía el historial de reclamaciones completo y todos los costes de estos pacientes.
- ii) Después de un análisis de regresión para asegurar la compatibilidad de las poblaciones (p. ej.: gravedad de las dolencias, edad, sexo, lugar, rela-

Las pruebas son coherentes y proceden de estudios sobre prestaciones laborales de Norteamérica y Australia, de estudios clínicos de varios países, de experiencia empresarial individual y de análisis complejos de datos de seguros de salud estadounidenses realizados por economistas sanitarios. Se evaluó de una forma más exhaustiva en dos informes recientes de Manga y Angus,^{3,41} economistas sanitarios de la University of Ottawa de Canadá (1993 y 1998). Sólo hay dos estudios que sugieren que el tratamiento quiropráctico no es más rentable que el médico, de Carey⁴² y de Shekelle.⁴³ Estos estudios pueden ser sólidos en cuanto a investigación médica pero, como Manga y Angus señalan, “tienen problemas de diseño significativos desde el punto de vista de un economista”.⁴¹ Los problemas incluyen una mala compatibilidad de los pacientes, la exclusión de algunos costes, la atribución sin validez de los costes y el tamaño inadecuado de la muestra. Estos problemas hacen que sus conclusiones no resulten fiables. Rosner respalda esta crítica.⁴⁴

Las pruebas generales muestran que:

- a) Existe un ahorro del 20-60% en los costes totales (costes directos por asistencia sanitaria y costes indirectos por incapacidad y absentismo laboral) cuando un grupo compatible de pacientes recibe tratamiento quiropráctico en vez de médico para el dolor de espalda.
 - b) Los principales costes de tratamiento reales en la fase inicial o aguda son a menudo mayores para el tratamiento quiropráctico, porque es más frecuente. Pero esto conlleva ahorros substanciales en los costes sanitarios secundarios (menos servicios de especialidad, cirugía, hospitalizaciones) y en los costes por prestación.
- En cuanto a los costes sanitarios secundarios, cuando un paciente acude a un médico, sus honorarios son sólo el 23% del coste total sanitario; el 77% es el coste de otros especialistas y de los servicios hospitalarios. Con el tratamiento quiropráctico el 80% son los honorarios quiroprácticos y sólo el 20% son costes sanitarios secundarios.⁴¹
- c) Sin embargo, el ahorro más significativo con el tratamiento quiropráctico es en el coste de la prestación por incapa-

cidad. Debido a mejores resultados anteriores, con tratamiento quiropráctico hay muchos menos pacientes que sufren dolor crónico e incapacidad y se ausentan menos del trabajo que con tratamiento médico.

Los estudios sobre prestaciones laborales mejor diseñados muestran esto de una forma bastante significativa. Jarvis⁴⁵ señaló que en Utah los trabajadores con lesiones similares de espalda, al elegir tratamiento médico en vez de quiropráctico perdían una media de 10 días más de trabajo (20,7 contra 2,4

Incluso en una situación actual de asistencia sanitaria de contención del gasto en los EE.UU. puede haber ahorros substanciales con el tratamiento quiropráctico para pacientes con dolor de espalda y cuello.

días) y el coste por prestación era 10 veces mayor de media (668,39 \$ contra 68,38 \$).

Ebrall, considerando a trabajadores lesionados del Estado de Victoria (Australia)⁴⁶ en el año de prestación 1990-91, señaló un coste medio por solicitante de 963,47 \$ para los pacientes quiroprácticos (coste sanitario de 571,45 \$, coste por prestaciones de 392,02 \$) y de 2.308,10 \$ para los pacientes médicos (coste sanitario de 738,17 \$ y por prestaciones de 1.569,93 \$). Los mayores costes por prestaciones para los pacientes médicos reflejan el hecho de que hay más pacientes médicos que desarrollan dolor crónico (11,6%) que pacientes quiroprácticos (1,9%). Estos resultados se muestran en la fig. 4.

- d) *Un estudio del lugar de trabajo del Reino Unido. Ventajas para los empresarios individuales. Journal of Occupational Health*⁴⁷ ha presentado recientemente un estudio en el que dos compañías con 750 empleados remitieron a los empleados con dolor de cuello/brazo o de espalda/pierna para tratamiento quiropráctico durante un periodo de 2 años en 1994-5. Las compañías subsidiaron el coste del tratamiento esperando una mejor eficacia, satisfacción del paciente y ahorro en el coste total.

Fig. 4 Coste medio por paciente por prestaciones laborales, Victoria (Australia), 1990-1991

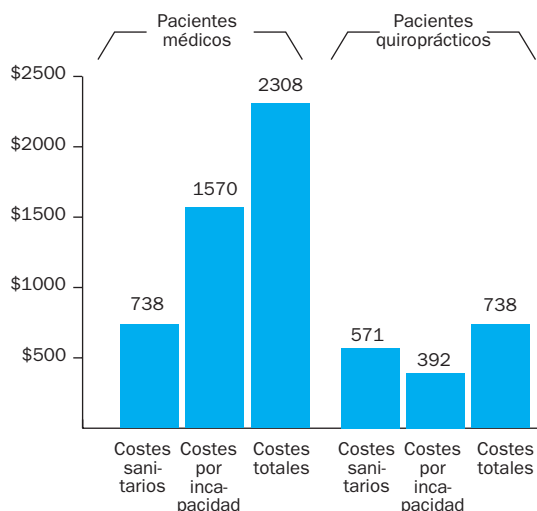
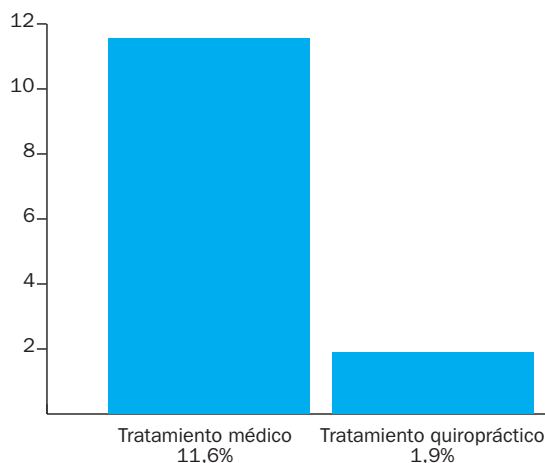


Fig. 4.2 Pacientes que desarrollan dolor crónico por lesiones laborales, Victoria (Australia), 1990-1991



vió a un trabajo adaptado después de 3 semanas, fue dado de alta sin síntomas después de 20 visitas en 7 semanas, y en la reexaminación 6 meses más tarde no tuvo síntomas significativos ni limitaciones en su modo de vida.³⁸

- Una mujer de 36 años de Nuevo Méjico con una hernia de disco en el nivel L5-S1 vista en una TAC fue remitida por su facultativo para tratamiento quiropráctico. Recibió 9 sesiones de tratamiento en 3 semanas y cada una de ellas comprendía 4 tratamientos: electroterapia interferencial, ajuste de la columna lumbar, ajuste de la articulación sacroilíaca y flexión-tracción. También se le prescribió un complemento ortopédico y se le instruyó sobre ejercicios de estiramiento y fortalecimiento. Hubo una mejoría constante. Después de 9 sesiones, la paciente volvió a las actividades normales, incluyendo su rutina de ejercicio, sin tener efectos secundarios. En

la evaluación posterior, 7 meses después, seguía sin tener síntomas.³⁹

5. Disfunción de la articulación sacroilíaca.

Con frecuencia el dolor de espalda es ocasionado por la disfunción de las articulaciones sacroilíacas (SI), que se encuentran a ambos lados de la pelvis en la base de la columna, como se muestra en la fig. 3. A muchos médicos se les enseñó que estas articulaciones no se mueven, así que esto ha sido motivo de controversia. Pero ya no lo es, y los médicos que realizan ajustes más destacados de Norteamérica describen la importancia de estas articulaciones de la siguiente manera:

“La articulación sacroilíaca parece ser la mayor causa del dolor de espalda. La amplitud de movimiento es pequeña y difícil de describir pero, cuando se pierde el juego normal de la articulación, puede desencadenarse un dolor agudo... (las articulaciones SI) son complejas y no acaban de entenderse, pero los autores tiene claro que pueden tener un profundo efecto en la mecánica del cuerpo... cualquiera que todavía piense que estas articulaciones son inmóviles nunca puede esperar controlar el dolor de espalda común”.⁴⁰

6. **Seguridad.** Según confirman las directrices de los EE.UU. y el Reino Unido, el ajuste vertebral para el dolor de espalda es seguro. Una de las razones por las que estas directrices la recomiendan como una primera línea de tratamiento es que, en comparación con todos los fármacos, incluyendo los antiinflamatorios y los analgésicos sin receta, tiene muy pocos riesgos y efectos secundarios. Desde luego, existen algunas contraindicaciones que incluyen la fractura, el riesgo de fractura por un trastorno como la osteoporosis avanzada, y la inestabilidad vertebral, pero todos ellos están bien reconocidos. Anteriormente se ha hablado de la hernia de disco; normalmente, ésta no constituye una contraindicación del tratamiento quiropráctico, pero requiere una destreza adecuada y una modificación de la técnica.

7. **Rentabilidad.** Hoy en día existen pruebas convincentes que muestran un ahorro del 20-60% en los costes totales de asistencia sanitaria y de prestaciones laborales para las empresas, gobiernos, mutuas y aseguradoras, cuando se sustituye el tratamiento médico por el quiropráctico en pacientes con dolor de espalda.

acuerdo en que se ha demostrado que el tratamiento con ajuste especializado del dolor de espalda y/o pierna debido a la hernia de disco es seguro y eficaz,^{33,34} y que la hernia de disco no debería considerarse principalmente como una enfermedad quirúrgica y debería tratarse con métodos conservadores.³⁵ Los puntos clave incluyen los siguientes:

- Con frecuencia existe una hernia de disco, confirmada por una imagen de diagnóstico, pero el origen del dolor es alguna disfunción articular o muscular. Ahora se sabe que aproximadamente el 40% de las personas mayores de 40 años tienen hernias de disco que son claramente visibles en imágenes de diagnóstico, pero no tienen ningún dolor ni otros síntomas.³⁶
- Cuando el disco es el origen del dolor, la causa principal del dolor no es la compresión de la raíz nerviosa, como se pensaba anteriormente, sino la inflamación (debido a parte del disco que ha salido hacia el espacio epidural). Parece ser que el ajuste reduce la inflamación, en algunos casos al alejar la parte herniada de la raíz nerviosa. La compresión nerviosa, cuando existe, produce pérdida de sensibilidad, fuerza motora y reflejos, más que dolor.
- El miedo al daño causado por el ajuste proviene de un entendimiento erróneo de la biomecánica de la columna lumbar. Los investigadores han demostrado

que los discos normales soportan una media de 23 grados de rotación antes de que haya un daño por tensión rotacional y los discos degenerados soportan una media de 14 grados. Las articulaciones de la columna lumbar (carillas articulares posteriores) sólo permiten 3 grados de rotación en el ajuste.³⁷ Cassidy, Thiel y Kirkaldy-Willis han concluido que en la mayoría de los casos “es difícil comprender cómo la pequeña rotación que se hace durante el ajuste en postura de medio lado puede dañar o irritar un disco sano o herniado”.

Hoy en día, en los EE.UU. muchos médicos remiten a pacientes seleccionados con hernias de disco lumbares para una evaluación y tratamiento quiropráctico, con los objetivos de aliviar el dolor y evitar la cirugía. Los dos siguientes informes de casos reales muestran resultados excelentes y también demuestran que el tratamiento quiropráctico incluye más cosas y no sólo el ajuste:

- Un hombre de 31 años de California con dolor agudo en la zona lumbar y la pierna y una hernia de disco de gran tamaño entre la L5-S1 vista en una resonancia magnética fue remitido por su facultativo para tratamiento quiropráctico. Se incluyeron el protocolo de McKenzie, el ajuste, la movilización, la terapia de puntos reflexógenos y ejercicios de rehabilitación. El paciente vol-

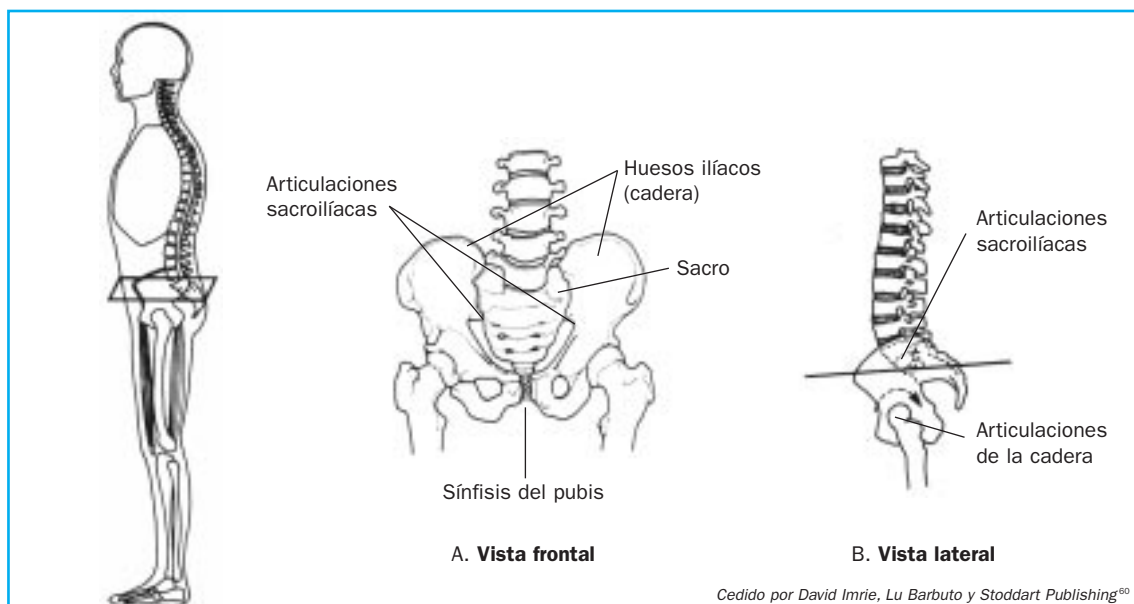


Fig. 3 **Articulaciones de la pelvis y articulaciones sacroilíacas**

paró el tratamiento médico con el quiropráctico como realmente lo experimentan los pacientes en la vida real. En resumen:

- **Objetivo.** El objetivo de este estudio comparativo aleatorio de gran tamaño (741 pacientes) y multicéntrico (11 pares de clínicas de todo el Reino Unido), realizado por investigadores médicos financiados por el *British Medical Research Council*, era comparar el tratamiento quiropráctico habitual con el tratamiento médico/fisioterapéutico (ambulatorios para dolor de espalda) en pacientes con lumbago de

Las autoridades médicas y quiroprácticas están de acuerdo en que el tratamiento con ajuste especializado del dolor de espalda y/o pierna debido a la hernia de disco es seguro y eficaz.

origen mecánico. El tratamiento se hacía según el criterio de los facultativos que lo realizaban (podían seguir su enfoque normal de tratamiento) pero el número máximo de tratamientos era 10 y tenían que “concentrarse en los 3 primeros meses”.

- **Tratamiento.** Casi todos los pacientes que siguieron tratamiento quiropráctico recibieron ajustes y educación sobre la espalda. Además muchos realizaron ejercicios y/o fueron tratados con modalidades de fisioterapia. La gran mayoría de los pacientes de ambulatorio (84%) recibieron ajustes o movilizaciones. Muchos también siguieron uno o más de los siguientes tratamientos: tracción, ejercicios, modalidades de fisioterapia y corsés.
- **Resultados.** La medición de los resultados fue objetiva (es decir, por parte de un profesional que no sabía qué tratamiento había recibido el paciente; mejoría en los grados de flexión de la cadera con la pierna recta y de flexión de la columna lumbar) y subjetiva (el paciente rellenaba un cuestionario sobre el dolor y la capacidad de realizar varias funciones; Índice Oswestry) y se llevó a cabo a las 6 semanas, 6 meses, 1 año y 2 años (es decir, durante el tratamiento y mucho tiempo después de haberlo terminado). A los pacientes quiroprácticos les fue significativamen-

te mejor, incluso a los que tenían dolor agudo o crónico, y estos mejores resultados se mantuvieron después de 1 y 2 años.

Meade concluyó que el tratamiento quiropráctico tenía éxito a largo plazo en pacientes con dolor de espalda mecánico, que era sumamente rentable y que debería estar financiado por el Sistema de Seguridad Social británico.

3. **Dolor crónico.** Los pacientes con dolor crónico tienen necesidades distintas que los que tienen un ataque agudo de dolor. Como resultado del dolor, el impacto de éste en sus vidas y los tratamientos sin éxito, el 50% de las personas con dolor crónico tienen al menos una ligera depresión²⁹ y todos tienen debilidad muscular y desequilibrio. También son muy importantes los factores psicosociales, en particular la capacidad de realizar un trabajo modificado y las actitudes para trabajar.

Las pruebas de la eficacia del tratamiento quiropráctico incluyen estudios de Meade^{24,25} en el Reino Unido, Triano en los EE.UU.,³⁰ y Kirkaldy-Willis y Cassidy en Canadá.²⁷ Un texto reciente que describe el tratamiento quiropráctico de pacientes con dolor crónico es *Rehabilitación de la columna: un manual del facultativo*³¹ de Liebenson. El tratamiento incluye el ajuste, los ejercicios de rehabilitación y educación sobre las posturas, los hábitos de trabajo y el modo de vida.

Nadie discute la eficacia del tratamiento quiropráctico para el dolor de espalda agudo pero todavía hay médicos que cuestionan su valor para el dolor de espalda crónico. No lo cuestionarían si conociesen las investigaciones actuales. Un eminente equipo de investigadores holandeses, van Tulder, Koes y Bouter, realizó en 1996 una evaluación sistemática de todos los estudios sobre los tratamientos más comunes para el dolor de espalda agudo y crónico que se publicó en 1997 en la destacada revista médica *Spine*. Se concluyó lo siguiente:

“Se han encontrado pruebas contundentes sobre la eficacia del ajuste, las escuelas de espalda y la terapia de ejercicios para el lumbago crónico, en particular sobre los efectos a corto plazo”.³²

4. **Hernia de disco.** Actualmente, las autoridades médicas y quiroprácticas están de

Diagnóstico. A diferencia de la fisioterapia, por formación y por ley el ámbito de ejercicio de la profesión quiropráctica incluye el diagnóstico. En primer lugar, un quiropráctico tiene la responsabilidad de efectuar un diagnóstico general para detectar cualquier enfermedad o trastorno que requiera la remisión del paciente para tratamiento médico. En segundo lugar, se realiza un diagnóstico quiropráctico específico de problemas articulares y de partes blandas del sistema neuromusculo-esquelético. También se identifican los factores psicosociales.

b) *Tratamiento.* Los objetivos del tratamiento son disminuir el dolor en los primeros días y después restablecer la función del sistema neuromusculo-esquelético, previniendo así una mayor pérdida de tono muscular y la incapacidad. Incluye:

- restablecer la movilidad articular normal
- inhibir la musculatura hiperreactiva
- mejorar la flexibilidad, coordinación, fuerza y resistencia muscular
- estirar las partes blandas encogidas
- reeducación propioceptiva (entrenamiento neuromuscular de la posición, equilibrio y movimiento del cuerpo)
- entrenamiento cardiovascular
- reeducación postural

El tratamiento manual incluye el ajuste, la movilización, la terapia de puntos dolorosos y otras técnicas de partes blandas. Otros tratamientos incluyen modalidades de fisioterapia (p. ej.: frío, calor, electroterapia), ejercicios de rehabilitación, complementos ortopédicos y de otro tipo y educación del paciente acerca del modo de vida (posturas, nutrición, fármacos de venta sin receta, ejercicio general, hábitos de trabajo, otras actividades de la vida diaria, etc.).

No se utilizan fármacos de venta con receta, inyecciones ni cirugía. Sin embargo, hoy en día es bastante frecuente que los quiroprácticos trabajen en consultas interdisciplinarias en las que se proporciona asistencia postoperatoria o, por ejemplo, algún colega médico rea-

liza ajustes con anestesia local en las articulaciones.²²

¿Cuántos tratamientos debería recibir un paciente y durante cuántas semanas o meses? Estos temas son importantes y se tratan más a fondo en el cap. 6 (v. la sección C, pág. 74).

2. **Eficacia.** Numerosos estudios han confirmado la eficacia del ajuste quiropráctico y del tratamiento quiropráctico en general, para pacientes con lumbago mecánico (también llamado dolor de espalda común, simple o inespecífico), el dolor de espalda padecido por más del 90% de los pacientes.^{23,24,25,26,27,28}

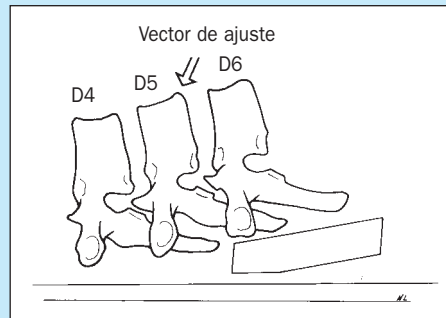
El estudio más influyente debido a su tamaño, diseño científico, independencia y resultados es uno de Meade publicado en el *British Medical Journal* en 1990,²⁴ cuyos resultados a largo plazo se publicaron en 1995.²⁵ Este estudio también fue importante porque dio respuestas afirmativas a dos preguntas planteadas por muchos médicos:

- ¿Se notan los beneficios del tratamiento quiropráctico a largo plazo además de a corto plazo?
- ¿Es valioso el tratamiento quiropráctico para pacientes con dolor crónico, es decir, dolor que se ha padecido durante muchos meses o años?

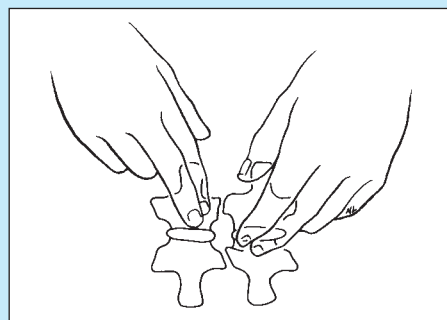
El estudio fue también importante e inusual (aunque esta característica se está incorporando ahora a muchos más estudios) porque comparó directamente dos métodos de tratamiento *según se realizan en la práctica diaria*. Normalmente, los estudios consideraban un aspecto del tratamiento (un fármaco o un tipo de electroterapia, ajuste, ejercicio, etc.) y lo aplicaban de una forma habitual y definida a cada paciente. Esto después se comparaba con otro tratamiento estandarizado o un placebo (p. ej., de pastilla o una diatermia sin onda).

Esto conlleva algunas ventajas científicas pero tiene la desventaja general de que ofrece información sobre la eficacia de un tratamiento en circunstancias muy distintas a las que se dan en la práctica. Éste es un problema concreto en los tratamientos físicos como el ajuste, que varía según la necesidad de cada paciente y sólo es una parte del tratamiento general, que incluye otros tratamientos, ejercicios y educación sobre la espalda. El estudio de Meade com-

Ajuste en la zona dorsal. En esta técnica se aplica una rápida fuerza de ajuste hacia abajo en la dirección de la flecha. La mano izquierda del quiropráctico está situada bajo la sexta vértebra dorsal (D6); en la posición indicada por el bloque en el diagrama. Así se abre la articulación entre la D5 y la D6.



Movilización de la zona lumbar. Con esta técnica no hay una fuerza o movimiento repentino. Se utiliza la rotación para abrir la articulación entre la tercera y cuarta vértebra lumbar.



5. Se prefieren los fármacos sin receta a los de venta con receta porque son igualmente o más efectivos y tienen menos efectos secundarios. No existen pruebas de la eficacia de algunos fármacos de venta con receta para el dolor de espalda (p. ej., los antidepresivos y la colquicina).
6. No hay pruebas de que las terapias físicas que se utilizan habitualmente para aliviar el dolor (hielo, calor, diatermia de onda corta, ultrasonidos, TENS, tracción, masaje) tengan un efecto clínico y no se recomiendan como tratamientos independientes o principales (pueden tener su función si se combinan con una rápida vuelta a la actividad, ajustes y ejercicios).
7. Existen recomendaciones contra el uso de las inyecciones epidurales, en las carillas articulares, en los ligamentos y en los puntos dolorosos.
8. La cirugía debería utilizarse de forma más restringida y sólo después de probar adecuadamente los tratamientos conservadores.

La fig. 1 muestra las principales recomendaciones de las directrices británicas de 1996. La fig. 2 muestra un resumen de la directriz estadounidense de 1994, publicada para profesionales sanitarios.

TimeLife Medical publicó un vídeo titulado *Lumbago* basado en la directriz estadounidense de 1994. En él aparecen expertos médicos y quiroprácticos y pertenece a una serie de vídeos de salud disponible para el público estadounidense en las farmacias.

D. Diagnóstico y tratamiento quiroprácticos

1. **Técnicas diagnósticas y tratamientos.** Los quiroprácticos adoptan el modelo de rehabilitación que se ve actualmente en las directrices de ejercicio de la medicina. Se incluye:
 - a) *Anamnesis y exploración.* A una anamnesis completa le sigue un examen físico que incluye procedimientos médicos habituales (p. ej.: exámenes ortopédicos y neurológicos, y realizar o pedir radiografías y otras imágenes de diagnóstico y exámenes de laboratorio cuando sea necesario) y exámenes quiroprácticos especializados (p. ej.: palpación de las articulaciones individuales, músculos y otras partes blandas para determinar las amplitudes restringidas de movimiento y para provocar dolor).

<i>continuación</i>	Recomendado	Opción	Contraindicado
Detección de anomalías fisiológicas 14 estudios	Si no hay mejoría después de 1 mes, considerar: TAC óseo (C) EMG con aguja y exámenes de reflejos H para esclarecer la disfunción de la raíz nerviosa (C) SEP para evaluar la estenosis (C)		EMG para radiculopatía clínicamente clara (D) EMG superficial y exámenes de onda F (C) Termografía (C)
Radiografías de columna lumbosacra 18 estudios	Cuando hay signos de fracturas (C) Cuando hay signos de cáncer o infección (C)		Uso habitual en el 1 ^{er} mes con síntomas sin signos de alerta (B) Proyecciones oblicuas habituales(B)
Técnicas de diagnóstico por imagen 18 estudios	TAC o RMN cuando hay una fuerte sospecha de cola de caballo, tumor, infección o fractura (C) RMN a elección para pacientes con una intervención quirúrgica anterior de la espalda (D) Asegurar los criterios de calidad para los exámenes de las técnicas (B)	Mielografía o mielografía con TAC para planificar el preoperatorio (D)	Uso de examen de imagen antes de 1 mes sin signos de alerta (B) Discografía o discografía con TAC (C)
Consideraciones quirúrgicas 14 estudios	Sopesar opciones quirúrgicas para pacientes con ciática grave y persistente y pruebas clínicas de deterioro de la raíz nerviosa después de 1 mes de terapia conservadora (B) Discotomía habitual y microdiscotomía de similar eficacia en el tratamiento de la hernia de disco (B) Quimopapaína, utilizada después de descartar la alergia, aceptable pero menos eficaz que la discotomía para tratar la hernia de disco (C)		Cirugía del disco en pacientes con dolor de espalda únicamente, sin signos de alerta ni comprensión de la raíz nerviosa (D) Discotomía percutánea menos eficaz que la quimopapaína (C) Cirugía para la estenosis en los 3 primeros meses de síntomas (D) Cirugía de estenosis cuando esté justificada por examen con imagen más que por el estado funcional del paciente (D) Fusión vertebral en los 3 primeros meses de síntomas en ausencia de fracturas, dislocaciones, complicaciones de tumores o infecciones (C)
Factores psicosociales	Los factores sociales, económicos y psicosociales pueden alterar la respuesta del paciente a los síntomas y al tratamiento (D)		Remisión para una evaluación exhaustiva/tratamiento antes de cosiderar las expectativas o los factores psicosociales del paciente (D)

Fig. 2 Resumen de las directrices de los EE.UU. de 1994

Las letras entre paréntesis indican las pruebas científicas que respaldan cada recomendación según la siguiente escala: A = pruebas basadas en investigaciones sólidas (múltiples estudios científicos relevantes y de alta calidad) B = pruebas basadas en investigaciones moderadas (un estudio científico relevante de alta calidad o múltiples adecuados) C = pruebas basadas en investigaciones limitadas (al menos un estudio científico adecuado de pacientes con dolor lumbar) D = equipo de interpretación de las pruebas sin criterios científicos sólidos. El número de estudios que reúnen los criterios de revisión del equipo se anota en cada categoría.			
	Recomendado	Opción	Contraindicado
Anamnesis y examen físico 34 estudios	Anamnesis básica (B) Antecedentes de cáncer /infección (B) Signos/síntomas del síndrome de la cola de caballo (C) Antecedentes de traumas significativos (C) Antecedentes psicológicos (C) Examen de flexión de la cadera con la pierna recta (B) Examen neurológico enfocado (B)	Diagrama de dolor y escalas análogas visuales (D)	
Educación del paciente 14 estudios	Educación del paciente sobre los síntomas en la zona lumbar (B) Escuela de espalda en el trabajo (C)	Escuela de espalda fuera del trabajo (C)	
Medicación 23 estudios	Paracetamol (C) AINE (B)	Relajantes musculares (C) Opioides, serie corta (C)	Opioides > 2 semanas (C) Fenilbutazona (C) Esteroides orales (C) Colquicina (B) Antidepresivos (C)
Tratamientos físicos 42 estudios	Ajuste de la zona lumbar durante el 1 ^{er} mes de síntomas (B)	Ajuste para pacientes con radiculopatía (C) Ajuste para pacientes con síntomas > 1 mes (C) Autoaplicación de calor o frío en la zona lumbar Plantillas en los zapatos (C) Corsé para prevenir en el trabajo (C)	Ajuste para pacientes con déficits neurológicos sin diagnosticar (D) Tanda prolongada de ajustes (D) Tracción (B) TENS (C) Biorregulación (C) Alzas en el calzado (D) Corsé de tratamiento (D)
Inyecciones 26 estudios		Inyecciones esteroides epidurales para el dolor radicular para evitar la cirugía (C)	Inyecciones epidurales para el dolor de espalda sin radiculopatía (D) Inyecciones en los puntos dolorosos (C) Inyecciones en los ligamentos (C) Inyecciones en las carillas articulares (C) Acupuntura con agujas (D)
Reposo en cama 4 estudios		Reposo en cama durante 2-4 días para la radiculopatía grave (D)	Reposo en cama > 4 días (B)
Actividades y ejercicio 20 estudios	Evitar temporalmente las actividades que aumentan la presión mecánica en la columna (D) Incorporación gradual a las actividades normales (B) Ejercicio aeróbico de bajo impacto (C) Ejercicios de acondicionamiento para los músculos del tronco después de 2 semanas (C) Cuotas de ejercicio (C)		Ejercicios específicos de espalda con máquinas (D) Estiramientos terapéuticos de los músculos de la espalda (D) <i>continúa en la pág. siguiente</i>

dole que el dolor que siente al moverse no le perjudicará y utilizar el ajuste y/o fármacos sin receta para aliviar el dolor.

- Los programas específicos de ejercicios no tienen un valor demostrado para los pacientes con dolor agudo durante las 6 primeras semanas. Sin embargo, deberían incluirse una vez se haya ido el dolor agudo, sobre todo, para los pacientes con antecedentes de dolor de espalda. Los

ejercicios prevendrán futuros episodios de dolor pero sólo si se realizan con regularidad durante unos 6 meses; deberían convertirse en un hábito de por vida.

- El reposo en cama sólo debería utilizarse para los pacientes con dolor extremo de espalda y/o pierna y sólo durante un periodo máximo de 2 a 3 días. Debería considerarse como medida de urgencia temporal, no como tratamiento.

Fig. 1 Resumen de las directrices del Reino Unido de 1994

Recomendaciones principales

Directrices clínicas del Royal College of General Practitioners para el diagnóstico y tratamiento del dolor lumbar agudo (septiembre de 1996)

Evaluación

- Efectuar una priorización diagnóstica (*es decir, un diagnóstico diferencial entre una simple cefalea, dolor en la raíz nerviosa y posible anatomopatología vertebral grave*).
- Las radiografías habitualmente no están indicadas en un simple dolor de espalda.
- Considerar factores psicosociales.

Terapia farmacológica

- Recetar analgésicos a intervalos regulares, no según se necesiten.
- Comenzar con paracetamol. Si es conveniente, substituir los AINE (p. ej.: ibuprofeno o diclofenaco) y después un compuesto opioideo débil en paracetamol (p. ej.: dihidrocodeína y paracetamol o dextropropoxifeno y paracetamol). Por último, considerar añadir una serie corta de relajante muscular (p. ej.: diazepam o baclofeno).

Reposo en cama

- No recomendar ni utilizar el reposo en cama como tratamiento del dolor de espalda simple.
- Puede que algunos pacientes estén obligados a guardar cama unos días pero esto no debería considerarse como un tratamiento.

Consejos sobre mantenerse activo

- Aconsejar a los pacientes que se mantengan lo más activos posible y que continúen con sus actividades normales.
- Aconsejar a los pacientes que aumenten su actividad física progresivamente durante unos días o semanas.
- Si un paciente trabaja, entonces probablemente es beneficioso aconsejarle que siga trabajando o que vuelva al trabajo lo antes posible.

Ajuste

- Considerar los ajustes en las 6 primeras semanas para los pacientes que necesitan ayuda adicional para aliviar el dolor o que no consiguen volver a la actividad normal.

Ejercicios de espalda

- Los pacientes que no han vuelto a la actividad y al trabajo normal en 6 semanas deberían ser remitidos para reactivación/rehabilitación.

Este vídeo y libro de ejercicios personal sobre el dolor de espalda de TimeLife Medical de 1996 para el público incorpora la información de las directrices AHCPR de los EE.UU. El entonces jefe del Ministerio de Salud de los EE.UU., el cirujano C. Everett Koop, presenta el vídeo, en el cual aparecen médicos y quiroprácticos y sus pacientes ofreciendo los consejos más recientes sobre la prevención y el tratamiento del dolor de espalda.



- El reposo no sólo es inadecuado sino también perjudicial. Los efectos adversos incluyen una curación más lenta, desmineralización del hueso, pérdida diaria de la fuerza muscular del 3%, empeoramiento de la forma física, aumento de la ansiedad psicológica y la depresión, pérdida progresiva del hábito de trabajo y aumento en la dificultad para empezar la rehabilitación.
- Los efectos beneficiosos de una rápida vuelta a la actividad incluyen un aumento de la densidad del hueso y la fuerza muscular, mejor nutrición del disco y el cartílago, aumento de los niveles de endorfina (que reducen la sensibilidad al dolor) y evitar problemas psicológicos.
- El tratamiento médico debe cambiar el reposo por una rápida vuelta a la actividad. El modelo debe pasar de basarse en la anatomopatología estructural y la enfermedad a ser un modelo *biopsicosocial*. Las distintas causas de la mayoría de los lumbagos incluyen la anatomopatología funcional o mecánica (*bio*), factores psicológicos (*psico*) y factores relacionados con el modo de vida, el trabajo y cómo han aprendido los pacientes a considerar el dolor de espalda (*social*).

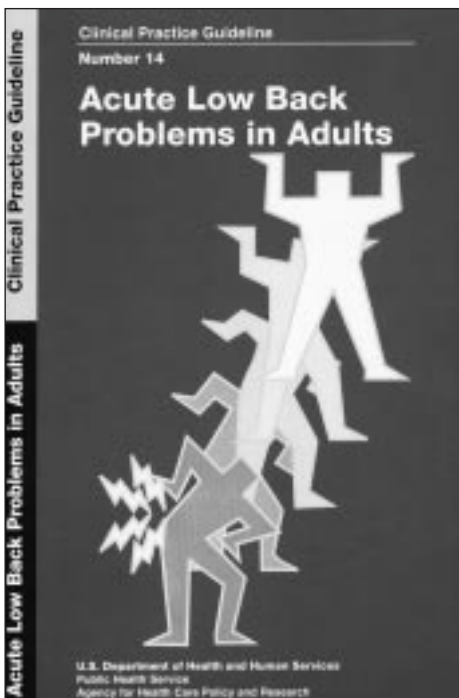
Desde el artículo de Waddell de 1987 hasta 1994, periodo durante el cual se publicaron muchas investigaciones nuevas sobre tratamientos para el dolor de espalda, hubo un cre-

ciente reconocimiento de la necesidad de cambio, que llegó en 1994 con las nuevas directrices estadounidenses⁵ y británicas.⁶ Desde entonces, la mayoría de los análisis del lumbago han fomentado estas directrices, que han sido actualmente adoptadas o seguidas por directrices similares en otros países.

Además, el Royal College of General Practitioners ha actualizado las directrices del Reino Unido a través de un equipo de expertos que incluía miembros de las profesiones de medicina, quiropráctica, osteopatía y fisioterapia.²¹ Éstas están basadas en la bibliografía internacional existente hasta octubre de 1996.

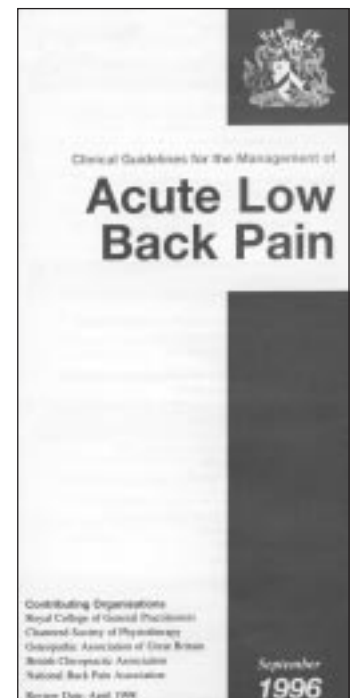
Los principales componentes de todas estas directrices son los siguientes:

1. Con el diagnóstico inicial se deberían detectar los “signos de alerta”, es decir, anatomopatología específica como las fracturas, el cáncer metastásico y otros procesos de enfermedad que requieren tratamiento médico. Con una buena anamnesis y exploración física se identificarán generalmente a estos pacientes y no se recomiendan técnicas intensivas de diagnóstico por imagen ni otros estudios a menos que el paciente no mejore en las 4 primeras semanas.
2. Como más del 90% de los pacientes no presentan estos signos, la primera línea de tratamiento debería ser mantener al paciente activo realizando las actividades normales lo máximo posible, tranquilizarle dicién-



Izda: Directrices de ejercicio clínico de los EE.UU. (Agency for Health Care Policy and Research, DHHS, 1994) y

Dcha: del Reino Unido (Royal College of General Practitioners, 1996).



pero ha fracasado completamente en curar a la gran mayoría de pacientes con un simple lumbago...

No existen pruebas de que el reposo tenga ningún efecto beneficioso en la evolución natural del lumbago. Sin embargo, existen pruebas que sugieren de manera contundente que el reposo, y en concreto el reposo en cama prolongado, puede ser el tratamiento más perjudicial y una importante causa de incapacidad yatrógena (*es decir, el tratamiento causa la incapacidad*). Gordon Waddell, cirujano ortopédico (Glasgow)¹⁹

- d) “La sabiduría convencional dice que las hernias de disco son responsables del lumbago y que las articulaciones sacroilíacas ni se mueven de forma significativa ni causan dolor o disfunción de espalda.

La irónica realidad puede muy bien ser que las disfunciones de la articulación sacroilíaca constituyen la causa principal de la disfunción de la zona lumbar, además de ser el factor fundamental de la degeneración del espacio intervertebral y en última instancia de la hernia de disco”.²⁰ Joseph Shaw, cirujano ortopédico (Topeka)

C. El nuevo enfoque médico del dolor de espalda

Desde principios de 1990 ha habido un cambio fundamental en el tratamiento médico de los pacientes con lumbago, generalmente adoptado desde la publicación en 1994 de directrices de ejercicio autorizadas en los EE.UU.⁵ y el Reino Unido.⁶

Estas directrices, patrocinadas por el gobierno y desarrolladas por equipos de expertos multidisciplinares, modifican el tratamiento de la mayoría de los pacientes con dolor de espalda común o mecánico del reposo y “esperar a ver qué pasa” a continuar con las actividades diarias y la rehabilitación lo antes posible. El ajuste y los fármacos de venta sin receta son el tratamiento de primera línea y las directrices inducen a los médicos de familia a remitir a los pacientes para ajuste especializado.

Como resultado existe un nuevo campo en común entre las profesiones quiropráctica y médica y cada una tiene una función complementaria e importante.

Gordon Waddell (citado anteriormente), autoridad destacada en el desarrollo de las directrices estadounidenses y británicas, ha sido una figura significativa en el cambio del enfoque médico del tratamiento del lumbago. A mediados de 1980 fue al Golfo de Omán y ayudó a introducir nuevos servicios ortopédicos occidentales. Se encontró con que el lumbago era tan común en Omán como en cualquier otro sitio pero ninguna persona estaba incapacitada; nadie interrumpía su vida normal ni se metía en la cama. Cuando se introdujo totalmente el tratamiento occidental, la gente de Omán hizo reposo e interrumpió sus actividades normales y ahora existe incapacidad además de dolor de espalda.

Su posterior artículo, publicado en *Spine* en 1987 y titulado *Un nuevo modelo clínico para el tratamiento del lumbago*,¹⁹ ganó el premio Volvo al mejor artículo de ciencia clínica sobre la columna vertebral ese mismo año. Sus principales argumentos, aceptados desde entonces, eran:

- La mayoría de los lumbagos se originan por una anatomopatología funcional (problemas mecánicos en articulaciones y músculos) más que por una anatomopatología estructural (fracturas, hernias de disco y otras anomalías estructurales que se ven en las radiografías y otras imágenes de diagnóstico).



El Dr. Gordon Waddell, cirujano ortopédico, aparece hablando en la conferencia del centenario de la fundación de la quiropráctica en el Centro de Convenciones de Washington DC en julio de 1995.

sociedad en general, ahora le dedicamos un capítulo completo.

B. Hechos sobre el dolor de espalda

En los últimos 20 años se han publicado en revistas médicas numerosos artículos sobre el dolor de espalda que han llamado la atención sobre estos hechos:

1. *El dolor de espalda es muy común.* Un 85% de las personas estarán incapacitadas por un ataque de dolor de espalda al menos

El dolor de espalda es el problema sanitario más frecuente y costoso en el grupo de edad de 30 a 50 años, y es la causa más común de absentismo laboral e incapacidad.

una vez en sus vidas, y en cualquier momento un 7% de la población adulta sufre un episodio de dolor de espalda que dura 2 semanas o más.⁷

El dolor de espalda es la segunda causa más común, después de los trastornos respiratorios, por la cual los pacientes utilizan el sistema sanitario.⁸ Hoy en día se sabe que el dolor de espalda es común desde el principio de la adolescencia. Un nuevo estudio danés señala un gran aumento en las edades de 12 a 14 años y que el 50% de mujeres jóvenes han tenido su primer episodio de dolor de espalda a la edad de 18, el 50% de hombres jóvenes a la edad de 20.⁹

2. *La mayoría de los dolores de espalda están causados por problemas mecánicos en articulaciones y músculos.* Alrededor de un 90% de los dolores de espalda, incluyendo las distensiones musculares, los esguinces y el dolor de espalda causado por los traumas y descuidos normales de la vida, está causado por una *anatomopatología funcional* (p. ej.: movimientos articulares limitados; rigidez, debilidad o puntos dolorosos en el músculo; compresión nerviosa) más que por una *anatomopatología estructural* (p. ej.: enfermedades, tumores, fracturas, hernias discales).¹⁰
3. *El dolor de espalda es muy incapacitante y costoso.* Es el problema sanitario más frecuente y costoso en el grupo de edad de 30 a 50 años y la causa más común de absentismo laboral e incapacidad.¹¹ En Norteamérica los tribunales indican que el 30% de las reclamaciones por prestaciones laborales se deben a lesiones de esguinces o distensiones musculares en la espalda,

con una frecuencia de más del doble que para cualquier otra categoría, y que éstas suman entre un 50-60% del coste total debido al coste extremadamente alto de las lesiones crónicas de espalda.¹² En 1985 los tribunales estadounidenses que conceden las prestaciones laborales desembolsaron 6.000 millones de dólares por lumbagos.¹³

4. *Durante décadas la incapacidad y el coste causados por el dolor de espalda han estado creciendo mucho más rápido que la población y actualmente representa una epidemia.* Entre 1971 y 1981 la población estadounidense aumentó un 12,5% pero la población incapacitada por dolor de espalda creció un 168%; 14 veces más que la población.¹⁴

En el Reino Unido, los episodios anuales de incapacidad por cada 1.000 personas aumentaron drásticamente desde 1954-55 (21,7 en los hombres, 8 en las mujeres) hasta 1980-81 (58,2 en los hombres, 44,7 en las mujeres) y en el mismo periodo, los días de baja por enfermedad aumentaron aproximadamente un 350% (506 a 1.882 días) para los hombres y un 500% (329 a 1.062) para las mujeres.¹⁵ En 1993 la OMS y numerosos expertos reconocieron como epidemia esta creciente incapacidad por dolor de espalda.¹⁶

5. *El dolor de espalda ni se ha entendido ni se ha tratado bien con el tratamiento médico tradicional.* Por ejemplo:
 - a) “El tratamiento del lumbago ha representado el gasto menos rentable en asistencia sanitaria de los EE.UU. que conoce el autor”. Charles Burton, neurocirujano (Mineápolis)¹⁷
 - b) “En el pasado no hemos sido honestos con nosotros mismos cuando hemos respaldado meses de tratamiento pasivo que no puede ofrecer un beneficio a largo plazo. No hemos sido justos con nuestros pacientes cuando nos hemos centrado en el *dolor* más que en la *función*. Nosotros, como médicos, hemos confiado sólo en la ciencia disponible para tratar *déficits estructurales*... ha llegado el momento de desarrollar principios de tratamiento racionales”. Vert Mooney, cirujano ortopédico (San Diego)¹⁸
 - c) “La medicina moderna puede tratar con éxito muchas enfermedades vertebrales graves y la compresión nerviosa crónica

CAPÍTULO 8



DOLOR DE ESPALDA

A. Introducción

Probablemente la profesión quiropráctica existe hoy en día y ha crecido de semejante manera debido al gran éxito del tratamiento de los pacientes con dolor de espalda.

Las encuestas muestran de manera coherente que la mayoría de los pacientes quiroprácticos tienen dolor de espalda; alrededor de 2 de cada 3 (68%) según un estudio de la UCLA/RAND recientemente publicado en la *American Journal of Public Health*.¹ En los EE.UU. y Canadá, aproximadamente 1 de cada 3 personas que consultan a un profesional sanitario por dolor de espalda eligen a un quiropráctico.²

Actualmente, existen sólidas pruebas sobre la eficacia y la rentabilidad del tratamiento quiropráctico, y las encuestas independientes indican un alto nivel de satisfacción de los pacientes, mucho mayor que con el tratamiento médico del dolor de espalda.

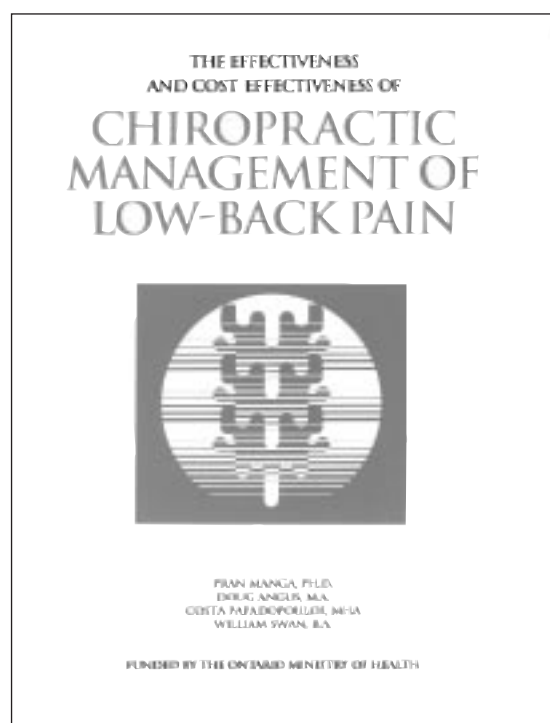
En 1993 el [gobierno de Ontario \(Canadá\)](#) encargó a los economistas sanitarios de la University of Ottawa que revisaran e hicieran un informe acerca de las muchas pruebas existentes en todo el mundo sobre el tratamiento quiropráctico del dolor de espalda. Su conclusión fue la siguiente:

- “En nuestra opinión, [las pruebas sobre:](#)
- [la eficacia y la rentabilidad del tratamiento quiropráctico del lumbago,](#)
 - [la naturaleza cuestionable, supuesta o perjudicial de muchas terapias médicas actuales,](#)
 - [la eficiencia económica del tratamiento quiropráctico del lumbago comparada con el tratamiento médico,](#)
 - [la seguridad del tratamiento quiropráctico,](#)
 - [los niveles más altos de satisfacción de los pacientes quiroprácticos](#)

[respaldan conjuntamente de forma abrumadora la utilización mucho mayor de los servicios quiroprácticos en el diagnóstico y tratamiento del lumbago”.](#)³

Esta conclusión del *Informe Manga* fue aceptada posteriormente por el gobierno.⁴ Las conclusiones sobre la seguridad y la eficacia fueron aprobadas al año siguiente por las directrices de ejercicio patrocinadas por el gobierno en los EE.UU.⁵ y el Reino Unido⁶ (v. la sección C, págs. 115-120).

Como el tratamiento del dolor de espalda es un aspecto tan importante del ejercicio de la quiropráctica, el enfoque médico de este tratamiento está actualmente experimentando un cambio fundamental, y el dolor de espalda supone un enorme coste para las personas y la



[El informe Manga de Canadá de 1993.](#)