

# La escuela de espalda

como método terapéutico  
en la patología dolorosa vertebral

La patología dolorosa vertebral constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes en el ámbito de la medicina laboral, lo que implica el establecimiento de unas pautas específicas de tratamiento con el claro objetivo de conseguir un adecuado manejo de la sintomatología dolorosa, y prevenir, en la medida de lo posible, la aparición de nuevos episodios de dolor. El Dr. Miguel Angel Lorenzo Agudo, médico especialista en Rehabilitación y responsable del Programa de Escuela de Espalda de Ibermutuamur, indica la manera de cumplir con esos objetivos, a través de la aplicación de las sugerencias proporcionadas por la medicina basada en la evidencia.

mecanismos corporales de protección, con objeto de que el paciente con patología dolorosa vertebral, reanude precozmente su

**El dolor de espalda** constituye en la actualidad, un problema de salud pública en general y laboral en particular, como consecuencia de su elevada incidencia, la repercusión funcional y la tendencia a la limitación que conlleva, el alto grado de absentismo laboral que determina y los importantes costes sociales que tiene asociados. Por todos estos motivos, se antoja necesario contar con los medios terapéuticos precisos que permitan mejorar el control clínico y evolutivo de estos procesos.

Para lograr un buen control de esta frecuente patología, existen diferentes métodos de tratamiento, tanto conservadores como quirúrgicos, resultando prioritario definir con precisión la indicación más adecuada de cada uno de ellos. Dentro de los métodos conservadores de tratamiento, la Escuela de Espalda ocupa un lugar destacado, constituyendo una modalidad terapéutica ampliamente instaurada dentro de nuestra sociedad, con la filosofía de modificar la actitud del paciente frente a su dolencia, haciéndole en todo momento participe en la evolución clínica del proceso doloroso vertebral.

Se define al programa de Escuela de Espalda como la “forma de educación y entrenamiento que enseña los cuidados y

actividades previas (laboral, social, familiar, deportiva), prevenga nuevos episodios dolorosos y disminuya el riesgo de incapacidad”.

Son numerosos los antecedentes históricos que pueden mencionarse en relación con el programa de Escuela de Espalda, entre los que cabe destacar a Han Kraus (que en la década de los 50 desarrolló un método de ejercicios sistemáticos dirigidos a prevenir el dolor lumbar, basado principalmente en técnicas de relajación, estiramientos y en un entrenamiento muscular dirigido), Farhni (que en 1966 preconizó la educación postural como medio para conseguir un buen control del dolor de espalda), y Marianne Zachrisson Forssell (que en 1969 empleó por primera vez el concepto de Escuela de Espalda, basado en un programa educativo para pacientes con dolor de espalda, con el objetivo de potenciar en ellos, la capacidad para cuidar su espalda y combatir el dolor). Más tarde surgieron las aportaciones de la escuela americana (California Back School) enfocada en la educación y entrenamiento de los cuidados y los mecanismos corporales de protección, y la escuela canadiense (Canadian Back Education Units), en la que potencian la responsabilidad primordial del paciente en el cuidado de su espalda.

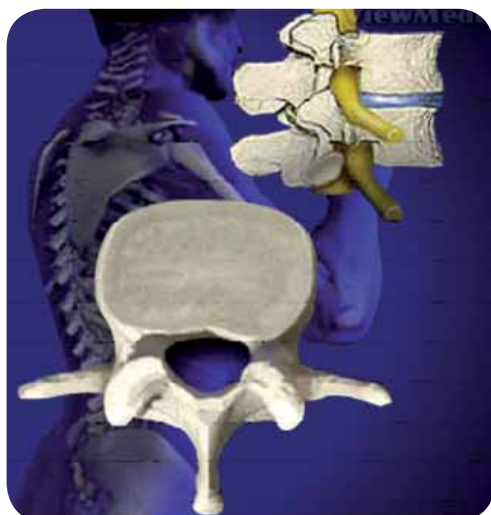
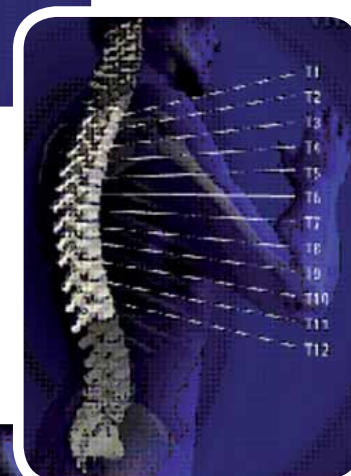
Esta primera valoración posibilitará los conocimientos necesarios para saber si el paciente cumple unos criterios mínimos de inclusión para acceder al programa, algo que contribuirá a conseguir unos mejores resultados terapéuticos.

Tenemos que esperar a los años 80 para ver la primera escuela de espalda que aparece en España, más concretamente en el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, que sin duda alguna, constituye un auténtico referente para las diferentes escuelas de espalda que con el transcurrir de los años han ido surgiendo en numerosos centros sanitarios del país.

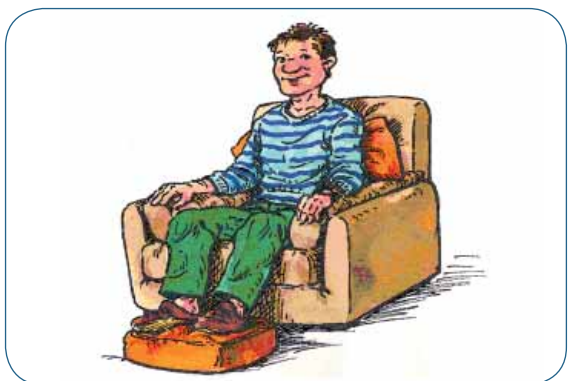
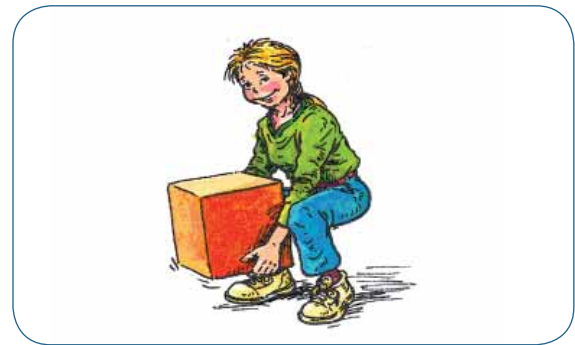
Es cierto, que cada escuela de espalda tiene unos principios básicos establecidos según unas creencias y la experiencia adquirida durante los años de funcionamiento, aunque podría afirmarse que la práctica totalidad siguen unos fundamentos metodológicos comunes que podrían resumirse en los siguientes puntos:

- En primer lugar, la necesidad de realizar una valoración clínica y funcional del paciente que permita conocer mejor la causa más probable de su dolencia, evaluar la intensidad del dolor referido, determinar la repercusión que dicho dolor produce en las diferentes actividades de la vida diaria y finalmente, analizar el comportamiento del paciente ante su dolor. Esta primera valoración posibilitará además, los conocimientos necesarios para saber si el paciente cumple unos criterios mínimos de inclusión para acceder al programa, algo que sin lugar a dudas, contribuirá a conseguir unos mejores resultados terapéuticos.

- Una vez incluido en el programa, debe proporcionarse a cada asistente al mismo, información sencilla sobre diferentes aspectos relacionados con la patología vertebral, incluyendo datos básicos de anatomía, fisiopatología y biomecánica de la columna vertebral, así como sobre las posibles causas del dolor de espalda, con el objeto de que dichos conocimientos le ayuden a combatir mejor el dolor vertebral.



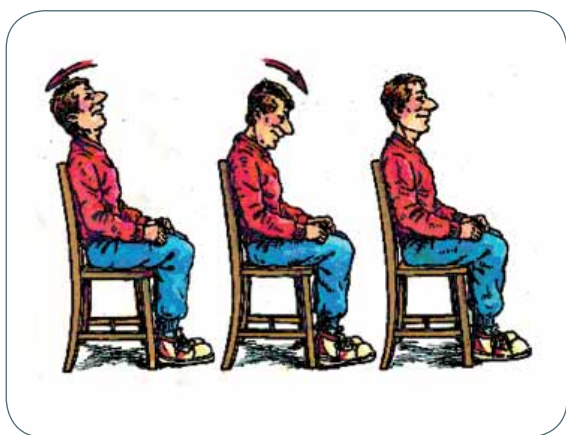
■ Además, es conveniente enseñar a lo largo del programa, aspectos definidos de la mecánica corporal, dentro del apartado denominado como normas básicas de higiene postural y ergonomía vertebral, con el objetivo de transmitir cómo ciertas posturas y/o movimientos habituales de la vida diaria pueden llegar a influir en el posterior desarrollo del dolor de espalda.



■ La necesidad de aportar información concerniente a los beneficios del ejercicio físico, tanto el específico de la columna vertebral como el dirigido a mejorar la capacidad física global del paciente, se antoja fundamental dentro del programa terapéutico de la Escuela de Espalda, demostrando que ocupa un lugar muy destacado entre los diferentes tratamientos disponibles para el paciente con patología dolorosa vertebral.

■ Por último, es preciso incorporar aspectos relacionados con el aprendizaje de ejercicios de relajación y técnicas específicas para el automanejo del dolor vertebral, lo que incrementará, aún más si cabe, la efectividad de este programa y permitirá conseguir una mayor adhesión del paciente al mismo.

Considerando lo anteriormente comentado, los objetivos que finalmente persiguen los programas de Escuela de Espalda se recogen en los siguientes apartados:



## Una vez en el programa, se le proporciona a cada asistente, información sencilla sobre diferentes aspectos relacionados con la patología vertebral

**A** \_ Enseñanza y aprendizaje de diferentes estrategias para vivir y comprender más objetivamente las molestias y/o los dolores de espalda, así como enfrentarse a las diferentes situaciones problema (domicilio, medio laboral, ocio, etc.) que pueden presentarse en la vida diaria.

**B** \_ Potenciar la habilidad del paciente para que cuide por sí mismo su columna vertebral.

**C** \_ Modificar los factores negativos, a través de un buen aprendizaje del control de los síntomas.

**D** \_ Cambiar la actitud del paciente hacia su sintomatología, haciéndole más responsable de su problema e implicándole en la evolución del mismo, pasando de ser un sujeto meramente pasivo a tener un papel activo en la evolución clínica de su cuadro doloroso.

**E** \_ Desmitificar el dolor de espalda, que en la mayor parte de los casos es un síntoma asociado al estilo de vida actual en sus diferentes situaciones posibles y no una enfermedad grave.

Ibermutuamur, demostrando una gran preocupación por la problemática asociada a la patología vertebral, ha querido contribuir a mejorar el control de los pacientes afectados con esta dolencia tan habitual en nuestra sociedad, y lo ha hecho mediante la puesta en marcha de diferentes programas de Escuela de Espalda presentes en algunos de sus centros de la red asistencial, número que a buen seguro en un futuro próximo se incrementará de forma significativa.

El programa de Escuela de Espalda de Ibermutuamur, que tras su comienzo hace más de dos años ha mejorado de forma evidente su calidad y eficacia, sigue la metodología sugerida por escuelas más experimentadas, proporcionando a lo largo de una semana, a través de la combinación de sesiones teórico y prácticas, los conocimientos necesarios y adecuados para que el paciente con patología dolorosa vertebral pueda aprenderlos y aplicarlos con posterioridad en las diferentes situaciones de la vida diaria. ■

# Tiempos estándar

Herramientas de gestión en seguimiento de incapacidad temporal (parte I)



El Dr. Rafael Ramos Muñoz, director médico de Contingencias Comunes de Ibermutuamur, analiza en este artículo, primero de los que dedicará a esta materia, los instrumentos jurídicos de apoyo y las aportaciones de la ciencia médica que ayudan a determinar los estándares de duración para las distintas patologías susceptibles de generar situaciones de incapacidad temporal, que han alcanzado un consenso suficiente en el ámbito sanitario.

## Los tiempos biológicos también están directamente relacionados con el sujeto enfermo, fundamentalmente los tiempos de recuperación de órganos y funciones, condicionados por variables genéticas, ambientales, de género, edad y presencia previa de otros procesos patológicos.

**Cuando por parte** del legislador se abordó la modificación de la gestión de las situaciones de incapacidad temporal en el Sistema de Seguridad Social incorporando a los médicos adscritos al INSS y a los servicios médicos de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, se planteó también la necesidad de desarrollar elementos de respaldo técnico de refuerzo de las actuaciones médicas de los distintos servicios implicados.

Con este objetivo se redactó el apartado 2 del artículo 3 del Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, en relación con los actos de comprobación de incapacidad temporal. Este apartado determina literalmente que “se pondrá a disposición de los médicos a los que competan dichas actuaciones tablas de duraciones medias, tipificadas para los diferentes procesos patológicos susceptibles de generar incapacidades, así como tablas sobre el grado de incidencia de dichos procesos en las diversas actividades laborales”.

La decisión del legislador se apoya en el razonamiento de que metodológicamente es posible que la comunidad médica alcance un consenso suficiente en la estimación de los tiempos de duración de acuerdo con la entidad clínica que origina la incapacidad laboral.

En apoyo de lo anterior, como antecedentes publicados previamente a este texto normativo se encuentran la primera edición del Manual de Gestión de Incapacidad Temporal del INSALUD, que establecía estándares de duración para distintas patologías, y los Tiempos de Curación en Traumatología editado por Ibermutuamur.

Es evidente que el legislador es conocedor de estos antecedentes para definir tiempos de duración y entiende que es factible su objetivo de alcanzar un suficiente consenso médico en

este campo. Mediante su incorporación en el articulado del Real Decreto realiza un mandato a todos los agentes sanitarios e instituciones con competencia de gestión en incapacidad temporal para establecer tiempos medios de duración por patologías.

En este contexto, tanto la entidad gestora como las entidades colaboradoras quedan facultadas para desarrollar y aplicar programas de gestión por tiempos de duración en su área competencial y en sus servicios médicos, sin perjuicio de la necesaria coordinación institucional.

Por su directa vinculación con la situación de enfermedad que afecta a un trabajador con la consecuencia de la pérdida total de su capacidad para realizar las tareas y requerimientos de la actividad laboral, lo que conlleva necesariamente la imposibilidad de percibir el salario, siendo el objeto de la prestación la sustitución del mismo durante el periodo de duración de su enfermedad.

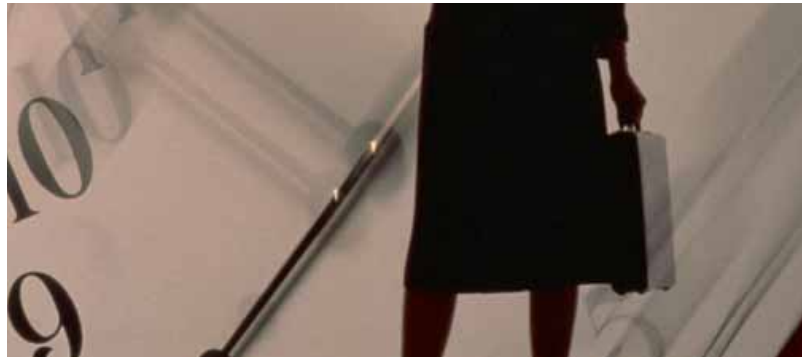
La duración de la situación jurídica vendrá indiscutiblemente determinada por la evolución natural del proceso patológico, la capacidad de recuperación del organismo y la secuencia de actuaciones médicas para diagnosticarlo y tratarlo hasta conseguir la máxima recuperación médica posible en un entorno de desarrollo técnico de la asistencia sanitaria específico.

Por otra parte los sistemas de Seguridad Social han incorporado procedimientos de gestión de la prestación económica definiendo momentos de obligada evaluación de la situación clínica a efectos de la continuidad (presentación de partes, informes preceptivos, duración máxima, prórrogas...)

Por tanto tendremos distintos subconjuntos de tiempos que determinarán la duración media. En primer lugar los tiempos que podríamos definir como biológicos. Este conjunto de tiempos viene referido por una parte a la entidad clínica, las deficiencias que determina en los órganos y sistemas orgánicos y las fases en las que evoluciona: aguda, crónica, en brotes o episodios.

Los tiempos biológicos también están directamente relacionados con el sujeto enfermo, fundamentalmente los tiempos de recuperación de órganos y funciones, condicionados por variables genéticas, ambientales, de género, edad y presencia previa de otros procesos patológicos. También influyen los tiempos vinculados al afrontamiento psicológico de la situación de enfermedad e incapacidad (tolerancia), siendo estos más difíciles de definir por su elevado componente subjetivo.

Con los tiempos biológicos están imbricados los tiempos asistenciales, salvo que la situación evolucione sin asistencia médica. Los tiempos asistenciales



son en gran medida determinantes de la duración de la situación al asumir los profesionales médicos la toma de decisiones.

Los tiempos asistenciales son los necesarios para alcanzar el diagnóstico preciso del proceso que afecta al trabajador, lo que definirá la secuencia de actuaciones médicas, y subsiguientemente el conjunto de tiempos relacionado con los tratamientos (farmacológico, quirúrgico, rehabilitador) y sus tiempos de actividad sobre el organismo.

Los tiempos asistenciales están condicionados por las demoras entre niveles del sistema sanitario o dentro de un mismo nivel. Dependiendo pues del modelo sanitario (universal o específico) que gestione las situaciones de incapacidad, su estructura de niveles (atención primaria-atención especializada) y su despliegue en el territorio (red de centros sanitarios y hospitales disponible y accesible) la duración estará sometida a importante variabilidad.

Pero ¿cómo determinar los tiempos en un proceso tan multifactorial como la incapacidad temporal?

En respuesta a esta pregunta se desarrolló un concepto inicialmente introducido por el manual del INSALUD y posteriormente recogido y desarrollado por el INSS en su publicación del año 2004: los Tiempos de duración estándar.

### TIEMPO ESTÁNDAR

El Tiempo estándar es el tiempo óptimo que se requiere para la resolución de un proceso clínico que ha originado una incapacidad para el trabajo, utilizando las técnicas de diagnóstico y tratamiento normalizadas y aceptadas por la comunidad médica y asumiendo el mínimo de demora en la asistencia sanitaria del trabajador.



## Es necesario introducir elementos correctores en la gestión de citas que eviten el “automatismo” de los tiempos estándar mediante actuaciones de control y validación en el periodo estándar...

El tiempo estándar es un tiempo que asume la presunción de que el trabajador está discapacitado para la realización de las tareas y requerimientos profesionales y recibiendo asistencia sanitaria.

Las diferencias de desarrollo estructural de los servicios de salud, así como elementos de ineficiencia en la coordinación de los niveles asistenciales, pueden originar incrementos de los tiempos normalizados, lo que requeriría incorporar factores de corrección al estándar, adaptados a la diferente realidad sanitaria en el territorio, aunque sea precisa una validación de los tiempos estándar para su aplicación en todo el territorio.

La introducción de tiempos estándar de duración en incapacidad temporal es fundamentalmente un cambio en el modelo de gestión del programa de control y seguimiento de la IT. La Gestión por Tiempos Estándar permite:

1. Gestión de citas
2. Planificación del seguimiento del proceso
3. Gestión de tiempos intermedios (Gestión de paciente)
4. Define el punto de Alta Médica Previsible
5. Determina los excesos de tiempo justificados y no justificados
6. Permite analizar la complejidad de la cartera de procesos asignados a un servicio médico
7. Permite analizar comparativamente las desviaciones por unidades y por médicos

Su utilización debe conducir a la unificación de los criterios de actuación en todos los servicios médicos, a través de su aplicación a los programas informáticos para el proceso de toma de decisiones en relación con las propuestas de alta y las iniciativas de alta médicas.

Por definición el tiempo estándar está vinculado a un diagnóstico y a un conjunto de acciones diagnósticas y terapéuticas.

El cambio de diagnóstico, bien por el servicio de salud o por los actos médicos de comprobación, conlleva la aplicación de nuevos tiempos estándar a la IT. En el caso de multiplicidad de diagnósticos se aplica el tiempo estándar validado por el médico.

La objetivación de complicaciones clínicas derivadas del propio proceso, de procesos intercurrentes, insuficiente respuesta terapéutica o su ausencia o complicaciones derivadas de las acciones terapéuticas aplicadas, conllevan un cambio en los tiempos de duración de la incapacidad.

Alcanzado el tiempo estándar se asume que el trabajador tiene recuperada la capacidad laboral y por tanto estar en situación de alta médica e incorporado a su puesto de trabajo. En consecuencia la decisión inicial sería la emisión de una propuesta de alta. La continuidad de la situación de incapacidad temporal debe por tanto estar suficientemente motivada y ser demostrada con evidencia médica.

Por ello, una vez alcanzado el tiempo estándar, es obligado un completo reconocimiento médico del trabajador y una evaluación de su capacidad laboral. La continuidad en situación de IT, una vez superado el tiempo estándar, será motivada por el médico en el Historial Clínico.

Es necesario introducir elementos correctores en la gestión de citas que eviten el “automatismo” de los tiempos estándar mediante actuaciones de control y validación en el periodo estándar, especialmente cuando se pueden acortar los tiempos de espera para la realización de pruebas complementarias, consultas en atención especializada, tratamientos o procedimientos quirúrgicos.

### FACTORES DE CORRECCIÓN

Como se ha indicado los tiempos estándar tienen un importante componente asistencial por lo que pueden generarse desajustes que requieran corrección porque puede prolongarse la duración estándar bien por retardo de la recuperación biológica o por necesidad de alcanzar un mayor grado de recuperación funcional para los requerimientos específicos derivados del trabajo.

En todo caso hay que tener en cuenta la posibilidad de que puedan originar elementos de distorsión derivados del tiempo estándar al que se aplican, especialmente en los procesos de mayor duración.

**Los factores de corrección son:**

**EDAD**

Puede determinar un incremento en la duración de la incapacidad temporal derivado de:

1. La pérdida funcional (fuerza muscular, capacidad mental, órganos de los sentidos...) determinada por el proceso fisiológico del envejecimiento.
2. La presencia de enfermedades degenerativas asociadas.
3. La disminución de la capacidad de recuperación de los tejidos corporales y la diferente respuesta a los tratamientos.

Es un factor sujeto a importantes diferencias individuales relacionadas con poblaciones, aspectos genéticos y constitucionales, hábitos de vida o patologías previas.

**COMORBILIDAD**

Puede determinar un incremento en la duración de la incapacidad temporal derivado de:

1. La pérdida funcional de órganos y sistemas determinada por la presencia de simultánea de varios procesos clínicos.
2. La disminución de la capacidad de recuperación de los tejidos corporales y la diferente respuesta a los tratamientos.

En caso de enfermedad sobrevenida el tiempo estándar se reajustará aplicando el tiempo estándar de la nueva patología desde el momento de su objetivación.

**Requiere:**

1. Validación del segundo diagnóstico por el médico evaluador y su comprobación documental procedente de fuente asistencial fiable.
2. Reconocimiento médico del trabajador y reajuste de tiempo estándar.

Es preciso tener en cuenta que a través de la comorbilidad pueden generarse "itinerarios" clínicos ficticios que prolonguen indebidamente la duración de la IT.

**FACTORES PROFESIONALES**

Son externos al trabajador, vinculados a los requerimientos de carga física, postural, mental y neurosensorial de la profesión del trabajador y podrían determinar la vuelta al trabajo aplicando restricciones y limitaciones o alternativamente incrementando el tiempo estándar.

Las profesiones se pueden integrar en tipos profesionales de referencia derivados de aplicar las cargas y requerimientos.

TIEMPO ESTÁNDAR EN INCAPACIDAD TEMPORAL	
COMPONENTES	Factores de corrección
Entidad clínica	Edad
Tiempos biológicos	Comorbilidad
Tiempos asistenciales	Profesión

Además de en nuestro medio, en otros países también se han publicado modelos de tiempos de duración en incapacidad, modelos que en algunos casos incorporan los factores de corrección. Modelos que se han desarrollado con técnicas de consenso y amplias bases de datos de organismo oficiales. Una aproximación a estos modelos será objeto de otro artículo. ■

**Referencias**

Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal.

Tiempos de Curación en Traumatología. Baón. L, Mayo, J y Guillén C. IBERMUTUA, Madrid 1996.

Manual de Gestión en Incapacidad Temporal. INSALUD. Madrid 1997

Tiempos Estándar de Incapacidad Temporal. INSS. Madrid 2004.