

Catastrofización en desórdenes musculoesqueléticos crónicos de mayor prevalencia en Colombia

Catastrophizing in chronic musculoskeletal disorders with higher prevalence in Colombia

Ángela Maryoure Gigliola Suárez Moya, Sandra Milena Barrera Castro, Jorge Arturo Díaz Ruíz

RESUMEN

Objetivo: Describir la presencia de catastrofización del dolor en los desórdenes musculoesqueléticos de extremidad superior y eje axial, identificando la relación con variables socio-demográficas, intensidad del dolor y aspectos ocupacionales, usando la versión validada al español de la Escala de Catastrofización del dolor (PCS, Pain Catastrophizing Scale).

Métodos: Se captaron pacientes de la consulta externa de Fisiatría de tres instituciones con servicios de Rehabilitación. Se aplicó la versión validada al español de la Escala de Catastrofización del dolor (PCS, Pain Catastrophizing Scale). Se usó el coeficiente de correlación de Spearman para variables no paramétricas y un análisis descriptivo de la puntuación de la escala global y las 3 subescalas, en relación con variables sociodemográficas y laborales.

Resultados: Fueron evaluados 89 sujetos, 23,6% hombres y 76,4% mujeres, entre 20 y 83 años. El 51,6% de los sujetos reportó relación entre el dolor y la ocupación. El puntaje total promedio de la escala fue 21,68, lo cual indica un riesgo moderado de cronicidad del dolor. El 48,9% puntuó por encima del percentil 50, lo que se asocia a mayor riesgo de cronicidad del dolor. El puntaje total de la escala global y de las subescalas varió en relación a tiempo de evolución, componente ocupacional e intensidad del dolor, siendo este último estadísticamente significativo.

Discusión: La PCS es una herramienta útil para identificar la presencia de “catastrofización” y reconocer componentes que llevan a la cronicidad del dolor en pacientes con desórdenes musculoesqueléticos de la extremidad superior y el eje axial. Reconocer su utilidad en la determinación del pronóstico de recuperación permite orientar la selección de efectivas estrategias de manejo.

Palabras clave: Dolor crónico, catastrofización, enfermedades musculoesqueléticas, Salud laboral.

ABSTRACT

Objective: Describe the presence of pain catastrophizing in upper extremity musculoskeletal disorders and axis, identifying the relationship with sociodemographic variables, pain intensity and occupational aspects, using the validated Spanish version of pain catastrophizing scale (PCS Pain Catastrophizing Scale).

Recibido:
8 de noviembre de 2014

Aceptado:
16 de noviembre de 2014

Autores:
Ángela Maryoure Gigliola Suárez Moya, Sandra Milena Barrera Castro, Jorge Arturo Díaz Ruíz
Departamento de Medicina Física y Rehabilitación, Universidad Nacional de Colombia - CIFEL.

Correspondencia:
Correspondencia: jadiazru@unal.edu.co

Conflicto de interés: Ninguno

Methods: Patients of Rehabilitation services of three institutions were recruited. The validated Spanish version of pain catastrophizing scale (PCS Pain Catastrophizing Scale) was applied. The Spearman correlation coefficient for nonparametric variables and a descriptive analysis of the global scale score and the 3 subscales, in relation to sociodemographic and occupational variables were used.

Results: 89 subjects were evaluated, 23.6% men and 76.4% women, aged 20 to 83 years. 51.6% of subjects reported relationship between pain and occupation. The total scale average score was 21.68, indicating moderate risk of chronic pain. 48.9% scored above the 50th percentile, which is associated with increased risk of chronic pain. The total score on the global scale and subscales varies in relation to evolution time, occupational component and pain intensity, the last one being statistically significant. Discussion: The PCS is useful for identifying the presence of “catastrophizing” and recognizing components that lead to chronic pain in patients with musculoskeletal disorders of the upper limb and axis. Recognize the PCS usefulness in determining the recovery prognosis can guide the selection of effective management strategies.

Key words: Chronic pain, catastrophization, musculoskeletal diseases, occupational Health.

INTRODUCCIÓN

Los desórdenes musculoesqueléticos constituyen uno de los principales motivos de consulta en rehabilitación y medicina general, y generalmente son condiciones dolorosas crónicas.¹⁻³ Aspectos psicológicos como la “catastrofización”, definida como una actitud negativa y exagerada durante una experiencia dolorosa actual o anticipada, influyen en la evolución, la discapacidad y la percepción del dolor, es considerada un moderador de resultado del tratamiento.⁴ Diferentes autores coinciden en que el pensamiento catastrófico ante el dolor es un factor de riesgo para la cronicidad del mismo.⁴⁻⁶

La Escala de Catastrofización del dolor (PCS, Pain Catastrophizing Scale) fue desarrollada por Sullivan en 1995, y ha sido traducida y validada a varios idiomas entre ellos el español.⁶⁻¹⁰ Desde entonces forma parte del protocolo de evaluación en centros de dolor de todo el mundo.

La escala ha sido ampliamente usada como una herramienta útil en la evaluación de la presencia de “catastrofización” en condiciones crónicas como dolor lumbar, artrosis de rodilla y fibromialgia¹¹⁻¹⁵ pero son pocos los estudios que han descrito la presencia de “catastrofización” en desórdenes musculoesqueléticos de la extremidad superior a pesar de su alta prevalencia en la consulta médica general y especializada.

El objetivo del presente estudio es identificar la presencia de “catastrofización” en pacien-

tes con desórdenes musculoesqueléticos en la extremidad superior y el eje axial, precisando su relación con variables socio-demográficas, intensidad del dolor y aspectos laborales.

MÉTODOS

Se captaron pacientes de la consulta externa de Fisiatría de tres instituciones prestadoras de servicio de rehabilitación, una Administradora de Riesgos Profesionales (ARP), una empresa de medicina prepagada y un Centro de atención integral en rehabilitación, en el periodo comprendido entre el primero de mayo y el 31 de julio de 2012. A todos los sujetos se les aplicó la versión validada al español de la Escala de Catastrofización del dolor, previo consentimiento informado. Fueron criterios de inclusión: ser mayor de edad, saber leer y escribir, tener dolor crónico (superior a 3 meses) y presencia de dolor de origen musculoesquelético a nivel de extremidad superior y/o esqueleto axial.

Se excluyeron sujetos con síndrome de espalda fallida, cirugías recientes (en los últimos 3 meses), diagnóstico de fibromialgia, enfermedad psiquiátrica o condiciones neurológicas con afectación del juicio, el raciocinio o el afecto. El presente estudio está sujeto a la resolución del Ministerio de salud de Colombia No. 008430 del 4 de octubre de 1993, en la cual se estable-

cen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

La PCS es una escala auto-administrada de fácil diligenciamiento y con un tiempo estimado de aplicación de 5 minutos. Está compuesta de 13 frases (ítems) que evalúan magnificación, rumiación y desesperanza. Cada ítem se califica en una escala de 5 puntos entre 0 y 4, donde 0 equivale a nada y 4 a todo el tiempo. Por sumatoria se obtiene la puntuación total de la escala (todos los ítems) y de las subescalas (magnificación, rumiación y desesperanza, sumatoria de los ítems que corresponden a cada subescala).⁵ Acorde con el puntaje global de la escala se identifica el riesgo de cronicidad del dolor. Así, un puntaje de 30 corresponde al percentil 75 e identifica sujetos con alto riesgo, y una puntuación entre 20 y 30 corresponde al percentil 50 a 75 y determina los casos con riesgo moderado. Estos grupos definen la necesidad de un programa de intervención dirigido.

Se usó el coeficiente de correlación de Spearman en el análisis de variables no paramétricas y un análisis descriptivo de frecuencias, promedios con desviaciones estándar de los resultados de la escala global y las 3 subescalas, y su relación con variables sociodemográficas y laborales.

RESULTADOS

Se analizaron 89 sujetos, 21 hombres (23,6%) y 68 mujeres (76,4%), con un rango de edad entre 20 y 83 años y un promedio de edad de 47.5 ± 12.7 DE. Características de los sujetos del estudio, como condición laboral, nivel de educación y ocupación se presentan en la **Tabla 1**.

El 51,6% de los sujetos evaluados reportaron relación entre el dolor y su ocupación. En la **Tabla 2** se presenta la distribución de la población según el tipo de diagnóstico y su relación con la condición laboral. El promedio del puntaje total de la escala para todos los sujetos fue de $21,68 \pm 14,09$ DE. El promedio del puntaje total para las 3 subescalas fue: total magnificación $5,38 \pm 3,48$, total rumiación $6,61 \pm 4,84$ y total desesperanza $9,74 \pm 6,71$.

Institución de atención	ARP [†]	CRI [‡]	Medicina prepagada	
	N %	N %	N %	
	34 38.2	36 40.4	19 21.3	
Nivel educativo	Primaria	Secundaria	Nivel superior	
	N %	N %	N %	
	14 15.6	43 48.2	28 31.4	
Ocupación	Empleado	Desempleado	Hogar	Pensionado y Otros*
	N %	N %	N %	N %
	53 59.3	6 6.7	17 19.1	13 14.5
Condición laboral	Labora	No labora	Incapacitado	Reubicación y Restricción
	N %	N %	N %	N %
	27 30.3	34 38.2	4 4.5	23 25.8

[†] Administradora de Riesgos Profesionales. [‡] Centro de Rehabilitación Integral. *Estudiantes y trabajadores independientes

	Bilateral	Derecho	Izquierdo	Total	Origen laboral
	N - %	N - %	N - %	N - %	
Manguito rotador	3 - 3,4	15-16,9	No	18 - 20,3	13
Tendinitis bicipital	No	1 - 1,1	No	1 - 1,1	1
Tendinitis de muñeca	12 - 13,5	7 - 7,9	2 - 2,2	21 - 23,6	16
Epicondilitis lateral	9 - 10,1	3 - 3,4	1 - 1,1	13 - 14,6	12
Epicondilitis medial	13 - 14,6	7 - 7,9	3 - 3,4	23 - 25,9	19
STC*	28 - 31,5	11 - 12,4	No	39 - 43,9	23
Dolor axial	Cervical	Dorsal	Lumbar	Total	Origen laboral
	10 - 11,2	8 - 8,9	24 - 26,9	42 - 47,2	11

*STC: Síndrome de Túnel del Carpo

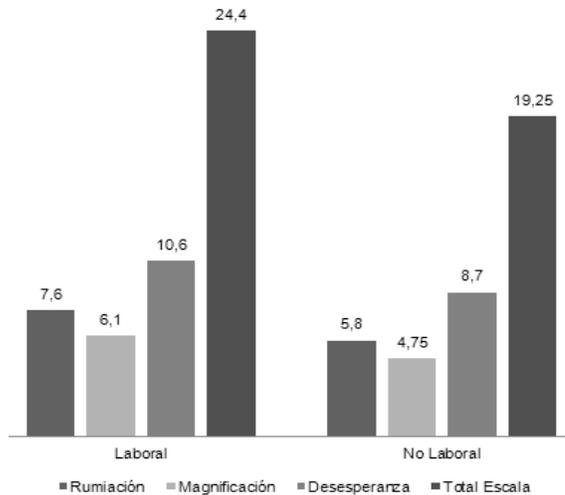


Figura 1. Puntuaciones promedio y presencia de factores ocupacionales

El 48,9% de la muestra puntuó por encima del percentil 50, lo cual se correlaciona con un mayor riesgo de cronicidad del dolor. De dicho porcentaje, el 31% puntuó por encima del percentil 75 (riesgo alto de cronicidad) y el 17,9% puntuó entre el percentil 50 y 75 (riesgo intermedio para cronicidad del dolor).

En cuanto a los puntajes totales de la escala global y de las subescalas en el análisis descriptivo, no se encontró variación significativa en relación con el género. El tiempo de evolución del dolor fue de 3 meses a 20 años en el total de los sujetos evaluados.

La mayor puntuación en la escala global y en las subescalas, se relacionó con los siguientes factores: componente ocupacional asociado (representado en la Figura 1), mayor tiempo de evolución del dolor y mayor intensidad del mismo. La única correlación estadísticamente significativa se encontró entre intensidad de dolor y puntuación de la escala y subescalas de catastrofización, así: Total magnificación $r=0,8$; Subescalas: Total rumiación $r=0,92$, total desesperanza $r=0,95$ y total de la escala $r=1,0$ ($p<0,05$).

En cuanto al análisis por grupos de patologías, se encontró que el grupo de sujetos con dolor del esqueleto axial (cervicalgias, dorsalgias y lumbalgias) obtuvo la puntuación más alta en cada subescala y en el total de la escala

de catastrofización, seguido del grupo de sujetos con síndrome de túnel del carpo asociado a un desorden musculoesquelético de la extremidad superior.

DISCUSIÓN

El presente estudio permite identificar la presencia de “catastrofización” en pacientes con dolor musculoesquelético crónico mediante un instrumento de fácil aplicación e interpretación. Así mismo sugiere la relación entre características del dolor (tiempo de evolución e intensidad), factores ocupacionales y presencia de la “catastrofización”. En los resultados obtenidos se identificó que la totalidad de los casos evaluados presentaban riesgo moderado de cronicidad de su dolor.

La relación de la “catastrofización” con el tiempo de evolución del dolor y la presencia de factores ocupacionales identificada en este estudio, han sido también reportadas en la literatura.¹⁶ Así mismo la relación entre el nivel de “catastrofización” e intensidad del dolor encontrada en este estudio se ha descrito en estudios que presentan resultados similares.^{17,18}

Cabe anotar que dentro de los desórdenes musculoesqueléticos, el STC continúa ocupando el primer lugar en prevalencia.¹⁹ Sin embargo, fueron los pacientes con dolor axial crónico quienes presentaron mayores puntuaciones en la PCS a nivel global y en cada una de sus 3 subescalas (magnificación, rumiación y desesperanza), seguido del STC con asociación a otro DME de extremidad superior.

La PCS es una herramienta de fácil aplicación que permite identificar la presencia de aspectos psicológicos asociados a la mayor cronicidad de la condición dolorosa, lo cual es una información valiosa en la definición de intervenciones de manejo y la determinación del pronóstico de recuperación en pacientes con patologías dolorosas crónicas.

A su vez, el análisis de las puntuaciones de la escala completa (total de la escala) y las puntuaciones totales de sus 3 subescalas (magnificación, rumiación y desesperanza), permite

determinar la presencia y el nivel de catastrofización, y según la puntuación obtenida, establecer el riesgo de cronificación como leve, moderado o severo, para determinar la necesidad de manejo terapéutico dirigido.^{20, 21}

Los profesionales de la salud encargados del diagnóstico y manejo de los desórdenes musculoesqueléticos crónicos, deben considerar dentro de su análisis la relación entre estas condiciones y las respuestas emocionales que implican un mayor impacto funcional e influyen en el pronóstico de recuperación. Es así como el uso de una herramienta de fácil aplicación como la PCS, aporta al clínico y en especial al médico fisiatra encargado de la rehabilitación y de la definición del pronóstico de recuperación funcional, mayores elementos de análisis en cada caso.

Es importante destacar que el presente estudio es de tipo descriptivo y que la información que aporta es limitada. Las conclusiones presentadas no se pueden generalizar ni extrapolar a otras condiciones que generen dolor crónico. Se resalta que las tendencias y relaciones expuestas en el presente estudio coinciden con las correlaciones hechas por otros autores con tamaños de muestra superiores.

En conclusión, determinar la presencia de “catastrofización” del dolor, en sujetos con patología musculoesquelética crónica, aporta al clínico un elemento más de juicio en el análisis de la condición médica del paciente, para determinar el pronóstico de recuperación funcional, seleccionar las medidas de salud más costo-efectivas en la atención de dichas patologías y evaluar la necesidad de la participación de áreas como psicología y psiquiatría en la aproximación de un manejo integral. La escala de catastrofización del dolor puede constituirse en una herramienta sencilla, útil y costo-efectiva en el abordaje de estos pacientes.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Fernando Ortiz Corredor por su apoyo en el análisis estadístico, a Martha Vanessa Ortiz por la edición bibliográfica del presente

artículo y a Xiomara Ruiz por la participación en la recolección de datos.

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de la Protección Social. Subcentro de Seguridad Social y Riesgos Profesionales, República de Colombia. Guía de Atención Integral de Salud Ocupacional basada en la evidencia (GATI-SO) para desórdenes musculoesqueléticos relacionados con movimientos repetitivos de miembros superiores; Diciembre de 2006.
2. Ministerio de la Protección Social. Subcentro de Seguridad Social y Riesgos Profesionales, República de Colombia. Guía de Atención Integral de Salud Ocupacional basada en la evidencia (GATI-SO), para dolor lumbar inespecífico y enfermedad discal relacionados con manipulación manual de cargas y otros factores de riesgo en el lugar de trabajo; Noviembre 30 de 2006.
3. Ministerio de la Protección Social. Subcentro de Seguridad Social y Riesgos Profesionales, República de Colombia. Guía de Atención Integral de Salud Ocupacional basada en la evidencia (GATI-SO) para hombro doloroso relacionado con factores de riesgo en el trabajo; Diciembre de 2006.
4. Quartana P, Campbell C. Pain catastrophizing: a critical review. *Expert Rev Neurother*. 2009; 9(5): 745–58.
5. Sullivan M. The Pain Catastrophizing Scale. User Manual. Departments of Psychology, Medicine and Neurology. McGill University, Montreal, Quebec; 2009.
6. Campbell C, Kronfli T, Buenaver L. Situational vs. dispositional measurement of catastrophizing: Associations with pain responses in multiple samples. *Journal Pain*. 2010; 11(5): 443–53.
7. Cano A, Leonard MT, Franz A. The significant other version of the Pain Catastrophizing Scale (PCS-S): preliminary validation. *Pain*. 2005; 119(1-3): 26-37.

8. Sullivan MJL, Bishop SR, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychol Assess.* 1995; 7: 524-32.
9. Osman A, Barrios FX, Kopper BA, Hauptmann W, Jones J, O'Neill E. Factorstructure, reliability and validity of the Pain Catastrophizing Scale. *J Behav Med.* 1997; 20: 589-605.
10. García J, Rodero B, López Y. Validation of a Spanish language version of the pain-self-perception scale in patients with fibromyalgia. *Musculoskeletal Disorders.* 2010; 11: 255.
11. Meyer K, Tschopp A, Sprött H. Association between catastrophizing and self-rated pain and disability in patients with chronic low back pain. *J Rehabil Med.* 2009; 41(8): 620-5.
12. Moix J, Kovacs F. Catastrophizing, State Anxiety, Anger, and Depressive Symptoms Do Not Correlate with Disability when Variations of Trait Anxiety Are Taken into Account. A Study of Chronic Low Back Pain Patients Treated in Spanish Pain Units. *Pain Medicine.* 2011 Jul; 12 (7): 1008-17
13. Swinkels-Meewisse IE, Roelofs J, Oostendorp RA. Acute low back pain: pain-related fear and pain catastrophizing influence physical performance and perceived disability. *Pain.* 2006; 120(1-2): 36-43.
14. Matthew J. Bair, Jingwei Wu, Association of Depression and Anxiety Alone and in Combination with Chronic Musculoskeletal Pain in Primary Care Patients. *Psychosom Med.* 2008; 70(8): 890-7.
15. Morone N, Karp J. Impact of Chronic Musculoskeletal Pathology on Older Adults: A Study of Differences between Knee OA and Low Back Pain. *Pain Med.* 2009; 10(4): 693-701.
16. Phillips LA, Carroll LJ, Voaklander DC. Pain coping in injured workers with chronic pain: what's unique about workers? *Disabil Rehabil.* 2012; 34(21): 1774-82.
17. Day M, Thorn B. The relationship of demographic and psychosocial variables to pain-related outcomes in a rural chronic pain population. *Pain.* 2010; 151(2): 467-74.
18. Hirsh A, Bockow T, Jensen M. Catastrophizing, Pain and Pain Interference in Individuals with Disabilities. *Am J Phys Med Rehabil.* 2011; 90(9): 713-22.
19. Vernaza P, Sierra C. Dolor Músculo-Esquelético y su Asociación con Factores de Riesgo Ergonómicos, en Trabajadores Administrativos. *Rev. Salud Pública.* 2005; 7(3): 317-26.
20. Hirsh A, George S. Fear of Pain, Pain Catastrophizing, and Acute Pain Perception: Relative Prediction and Timing of Assessment. *J Pain.* 2008; 9(9): 806-12.
21. Buhrman M, Nilsson-Ihrfeldt E, Jannert M, Ström. Guided internet-based cognitive behavioral treatment for chronic back pain reduces pain catastrophizing: a randomized controlled trial. *J Rehabil Med.* 2011; 43(6): 500-5.