

Impacto poblacional del dolor lumbar en España: resultados del estudio EPISER

A. Humbría Mendiola^a, L. Carmona^b, José L. Peña Sagredo^c y A.M. Ortiz^a, en representación del Grupo de Estudio EPISER*

^aServicio de Reumatología. ^bUnidad de Investigación. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ^cServicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Departamento de Medicina y Psiquiatría. Universidad de Cantabria. Santander. España.

Introducción

El dolor lumbar es uno de los padecimientos más antiguos y frecuentes de la humanidad, muy probablemente como consecuencia de nuestra condición de bípedos, de forma que el 80% de la población lo padece en algún momento de su vida. Aun más, en los últimos 30 años, en las sociedades occidentales, la incapacidad asociada con dolor lumbar se ha convertido en un problema de gran importancia, y sus intrincados aspectos individuales, sanitarios, laborales, económicos y sociales ponen de relieve la complejidad de sus causas y, por tanto, de sus posibles soluciones^{1,2}.

Sea o no la lumbalgia un problema estrictamente médico, es indudable que necesita ser cuantificada y estudiada de forma adecuada por los que nos enfrentamos diariamente a su estudio y tratamiento. Por estudios, principalmente realizados en el ámbito anglosajón, se sabe que, en la inmensa mayoría de los casos, la causa de la lumbalgia (80%) no se puede atribuir a ninguna lesión específica y que ésta se cronifica hasta en un 5-10% de los casos, evolucionando a incapacidad crónica y consumiendo hasta un 75% de los recursos totales dedicados a la patología lumbar^{1,3-6}. El conocimiento de la lumbalgia en España se limita prácticamente a datos procedentes de la Sección de Estadística del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, y más recientemente de la Encuesta Nacional de Salud de 1995⁷. Estos datos reflejan únicamente las repercusiones en el ámbito laboral y las compensaciones económicas en forma de Incapacidad Laboral Tran-

sitoria o Permanente. El coste de los episodios de lumbalgia declarados como accidente laboral, expresados como millones de pesetas/día/año, en España es comparable con el de otros países del mundo occidental y también lo es el número de días de baja por cada episodio de dolor lumbar. Sin embargo, estas cifras únicamente presentan un retrato parcial de las consecuencias de la lumbalgia en España, pues sólo se recogen aspectos laborales y socioeconómicos, y estos últimos de forma muy parcial.

Con el fin de conocer la prevalencia de la patología lumbar en España, se han llevado a cabo algunos estudios epidemiológicos, uno de ellos de carácter sociológico a escala nacional⁸, y algún otro de ámbito regional^{9,10}, que no han permitido estimar la prevalencia nacional, pero que han aportado datos importantes acerca de las personas con lumbalgia, como el uso de recursos sociosanitarios, la repercusión laboral o el grado de dolor, entre otros.

La Sociedad Española de Reumatología promovió el estudio EPISER con el objetivo de estimar el impacto de las enfermedades musculoesqueléticas en la población adulta española, desde el punto de vista tanto de su frecuencia como de su interferencia con las actividades y la calidad de vida de los sujetos afectados, y su importancia en el consumo de recursos sanitarios¹¹⁻¹³. En este artículo se recogen los aspectos del estudio EPISER referidos específicamente a la lumbalgia.

Sujetos y métodos

La metodología del estudio EPISER se ha descrito con detalle en otro número de esta revista¹¹. En resumen, se trata de una encuesta poblacional dirigida a mayores de 20 años, seleccionados mediante un muestreo probabilístico. En total se encuestó a 2.192 individuos provenientes de 20 municipios, con una tasa de respuesta del 78% y una representatividad de la muestra elevada¹¹. Las encuestas fueron realizadas por reumatólogos entrenados e

*Los miembros del Grupo de Estudio EPISER se exponen en el anexo 1.

Correspondencia: Dra. A. Humbría.
Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario de la Princesa.
Diego de León, 62. 28006 Madrid. España.
Correo electrónico: alhumbría@jazzfree.com

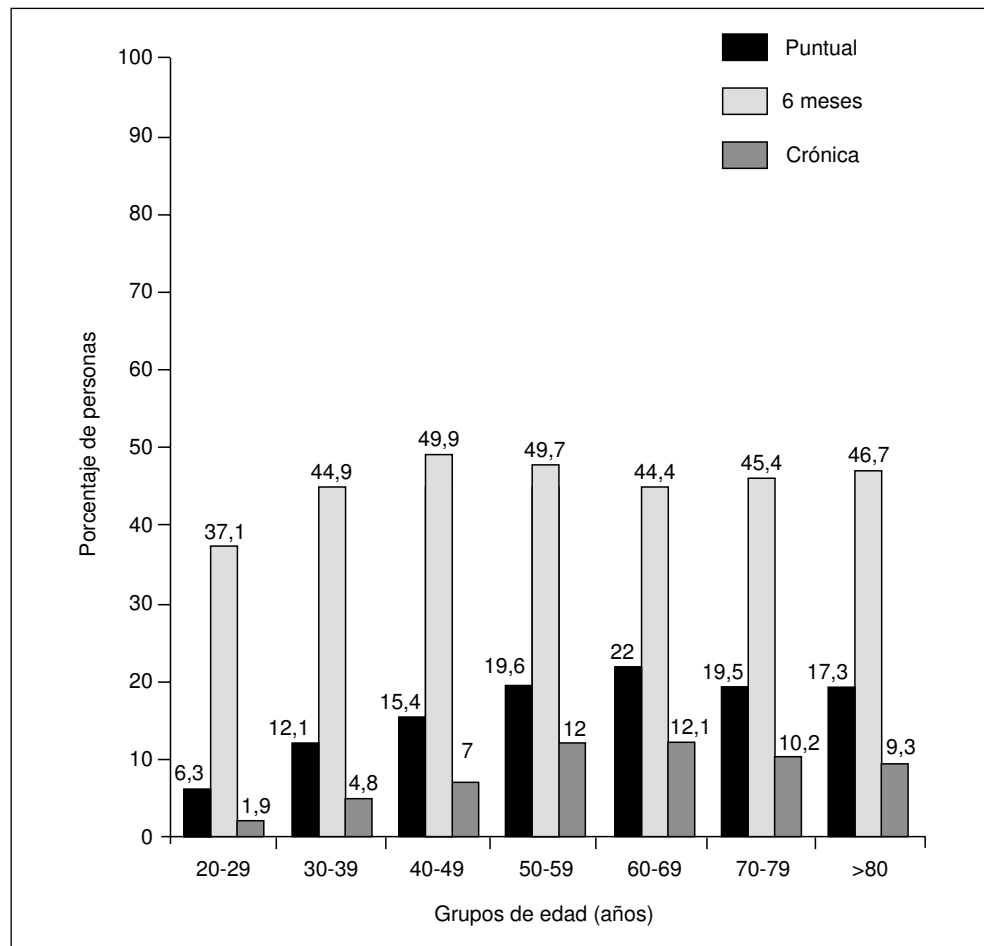


Figura 1. Distribución etaria de la lumbalgia puntual, en 6 meses y crónica en la población española adulta.

incluían un cuestionario de calidad de vida (SF-12) y otro de capacidad funcional (HAQ), ambos en su versión validada en español^{14,15}. A todos los sujetos se les preguntó por problemas médicos durante el año previo y el consumo de medicamentos.

Definiciones de caso

En el estudio EPISER se definió la lumbalgia, de forma autorreferida por el paciente, como dolor en la zona que señalaba el encuestador, previa explicación de que se trataba de la columna lumbar. Para la definición de lumbalgia puntual, el sujeto debía padecer dolor lumbar el mismo día de la entrevista, mientras que para la definición de lumbalgia en los últimos 6 meses no era necesario que sintiera dolor el día en que era entrevistado, sino en algún momento del período especificado. Otras definiciones utilizadas en EPISER son: a) lumbalgia aguda incapacitante: la que impide o limita la realización de las actividades habituales durante al menos un día (en lumbalgia puntual ha de suponer, además, una cifra mayor o igual a ocho en la

escala visual analógica de 0 a 10); b) lumbalgia crónica: de duración superior o igual a 3 meses, y c) lumbalgia inflamatoria: lumbalgia de predominio matutino que se acompaña de rigidez de más de 30 min y que despierta eventualmente por la noche.

Datos descriptivos de lumbalgia

A todos los sujetos con lumbalgia puntual o en los últimos 6 meses se les preguntó, además, el grado de dolor actual en una escala visual analógica, el número de horas perdidas de su actividad principal debido a la lumbalgia en los 6 meses previos, el diagnóstico recibido, y las pruebas y exploraciones realizadas en el caso de que hubieran acudido al médico.

Análisis de los datos

Los estimadores de la prevalencia para la lumbalgia se calcularon a partir de los resultados obtenidos en el estudio y modificando la varianza con el peso

TABLA 1. Determinantes de dolor lumbar

Factor	Panel A sin corregir		Panel B corregido	
	OR (IC del 95%)	p	OR (IC del 95%)	p
Artrosis de rodilla	4,6 (3,4-6,3)	< 0,001	2,3 (1,5-3,8)	< 0,001
Artrosis de manos	3,4 (2,3-4,9)	< 0,001	1,7 (0,9-3,1)	0,085
Padecer alguna enfermedad crónica	2,8 (2,1-3,6)	< 0,001	2,3 (1,5-3,4)	< 0,001
Nivel de estudios < 15 años	2,5 (1,9-3,3)	< 0,001	1,4 (0,9-2,2)	0,1
Ser mayor de 40 años	2,3 (1,8-3,0)	< 0,001	1,1 (0,7-1,7)	0,609
Trabajos con gran esfuerzo físico	1,71 (1,3-2,3)	< 0,001	1,6 (1,0-1,7)	0,023
Sexo femenino	1,7 (1,3-2,2)	< 0,001	1,6 (1,0-2,4)	0,033
Ser ama de casa	1,7 (1,3-2,2)	< 0,001	0,7 (0,4-1,3)	0,323
Obesidad	1,6 (1,2-2,1)	< 0,001	1,0 (0,7-1,5)	0,83
Talla baja (Q ₂₅ < 159 cm)	1,4 (1,1-1,8)	< 0,008	0,6 (0,4-1,0)	0,072
Residencia rural	1,3 (1,0-1,7)	< 0,046	1,0 (0,7-1,5)	0,853
Clase social baja	1,2 (0,9-1,6)	< 0,212	0,6 (0,5-1,0)	0,052
Osteoporosis (AccuDEXA, T < -2,5)	0,9 (0,5-1,8)	< 0,858	0,4 (0,1-1,1)	0,067

OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confianza.

del diseño (inverso de la probabilidad de cada sujeto en un municipio dado, de ser seleccionado). Se utilizaron los comandos para encuestas poblacionales del paquete estadístico Stata (StataCorp, 2001; Stata Statistical Software; Release 7.0. College Station, TX; Stata Corporation) y EpiInfo (EpiInfo, versión 6.04. Centers for Disease Control. Atlanta, EE.UU., 1999).

Los análisis de la asociación entre variables y presencia o no de lumbalgia se realizaron con los tests de hipótesis apropiados a cada tipo de variable. Asimismo, se utilizaron estrategias de análisis de regresión múltiple y logística en el análisis de la calidad de vida y la función física con múltiples factores de confusión.

Resultados

Prevalencia de lumbalgia

La prevalencia de lumbalgia puntual estimada en la población española adulta (mayor de 20 años) es del 14,8% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 12,2-17,4); durante un período de 6 meses la probabilidad de padecer al menos un episodio de lumbalgia en España es del 44,8% (IC del 95%, 39,9-49,8); la prevalencia estimada de personas con lumbalgia crónica entre los adultos españoles es del 7,7% (IC del 95%, 4,7-11,6), y la prevalencia estimada de personas con lumbalgia de características inflamatorias es del 0,8% (IC del 95%, 0,6-1,0).

Por sexos, la prevalencia de lumbalgia puntual es algo mayor en mujeres (el 17,8% [14,9-20,8]) que en varones (11,3% [8,5-14,2]), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Cuando se hace referencia al período de los 6 meses previos a la entrevista, las diferencias se mantienen (el 47,3% de mujeres frente al 42,9% de varones; $p = 0,013$).

Con respecto a la distribución por edades, la lumbalgia aparece en todos los grupos estudiados, y

como puede observarse en la figura 1, la frecuencia de sujetos con lumbalgia puntual aumenta hasta la franja de edad comprendida entre los 60 y los 69 años, para descender a partir de aquí, mientras que la tendencia no es tan evidente en la distribución de la lumbalgia en los últimos 6 meses.

Por otro lado, aparecieron más casos de lumbalgia puntual en el medio rural que en las ciudades, con una diferencia estadísticamente significativa (el 13,9% en el medio urbano frente al 17,3% en el rural; $p = 0,046$). No obstante, la probabilidad de haber padecido algún episodio de dolor lumbar en los últimos 6 meses no presenta diferencias significativas entre el medio urbano y el rural (el 45,0 frente al 44,4%, respectivamente). Tampoco se pudo demostrar diferencias en cuanto a frecuencia de lumbalgia crónica según el tipo de población.

Determinantes de lumbalgia puntual en la población adulta española

Se analizaron varios determinantes sociodemográficos de padecer lumbalgia, cuyo resultado se expone en la tabla 1, panel A. Como puede observarse, la asociación más fuerte aparece con el hecho de padecer artrosis en las rodillas o las manos. Estas variables fueron introducidas en un modelo logístico para examinar su asociación con la lumbalgia de forma independiente de los demás factores, y el resultado se expone en la tabla 1, panel B. Padecer otras enfermedades crónicas y artrosis de rodilla fueron los determinantes ajustados en que se evidenció una mayor asociación. Aunque estadísticamente significativas, la asociación con el sexo femenino y con la realización de trabajos que exigen generalmente esfuerzos físicos no es tan relevante como las previas, y no se encontró ninguna relación entre el hecho de tener una puntuación densitométrica en el rango osteoporótico y padecer lumbalgia.

TABLA 2. Días durante los cuales las personas entrevistadas manifestaron incapacidad para realizar sus actividades habituales, expresados en función del tipo principal de actividad

Actividad principal habitual	Días con incapacidad para realizar su actividad				
	Media	DE	Mediana	P ₇₅	N
Trabajo fuera de casa	2,6	8,41	0	0	473
Trabajo en propio domicilio	10,96	37,27	0	7	23
Faenas de la casa, familia	6,23	21,45	0	3	243
Estudiar	0,94	2,72	0	0	36
Ocuparse de sí mismo	14,74	39,75	0	7	117
Total	5,33	20,5	0		892

DE: desviación estándar.

Gravedad y duración de la lumbalgia. Efectos en las actividades cotidianas y la calidad de vida

Entre las personas que refirieron padecer lumbalgia el día de la entrevista, el 31% describió el dolor como superior a 5 en una escala visual del dolor de 0 a 10, es decir, de intenso a insoportable. El 15% de los sujetos que padecían lumbalgia el día de la entrevista o en los 6 meses previos tuvo que guardar cama por el dolor en algún momento de la evolución. La prevalencia puntual de lumbalgia aguda incapacitante en mayores de 20 años en España es del 3% (IC del 95%, 1,3-4,6). En cuanto a la duración, el 27,9% de los encuestados con lumbalgia en los últimos 6 meses refería que llevaba una semana o menos con el dolor (lumbalgia aguda); el 16,7%, entre una semana y 3 meses (lumbalgia subaguda), y el 55,4%, 3 meses o más (lumbalgia crónica). No se encontraron diferencias en cuanto a la duración de la lumbalgia incapacitante por sexos.

El efecto sobre la función se evaluó en tres aspectos: los días perdidos de actividad habitual, la situación laboral de los sujetos con lumbalgia y la puntuación en el HAQ y en apartados específicos de éste. La lumbalgia motivó la pérdida de la mayor parte del día en la actividad habitual en 216 personas en los últimos 6 meses (el 22% de los que tuvieron algún episodio de lumbalgia; el 9,9% del total de entrevistados). El número de días perdidos de actividad principal varía según el tipo de actividad y la situación laboral (tabla 2). La lumbalgia puntual es frecuente en jubilados (20,1%), como es de esperar por el rango de edad que abarca, pero sobre todo es muy prevalente en la población con

incapacidad laboral temporal y permanente (el 53,3 y el 40,3%, respectivamente). No es frecuente entre trabajadores activos (11%) y no parece que se asocie con el hecho de ser estudiante. Un 10% de los sujetos con lumbalgia se encontraba en situación de incapacidad laboral en el momento de la entrevista. En la figura 2 se expone el porcentaje de personas con lumbalgia puntual y en los 6 meses previos, según su situación laboral.

En cuanto al efecto de la lumbalgia sobre la función física, medida con el HAQ (rango, 0-3), la puntuación mediana global y el rango intercuartílico de los sujetos con y sin lumbalgia fue, respectivamente, de 0,5 (P₂₅₋₇₅: 0,4-0,9) y 0,4 (P₂₅₋₇₅: 0,4-0,4) (p por Mann Whitney < 0,001). En el HAQ la puntuación se ajustó por edad, sexo y nivel de estudios en un modelo ANOVA, y la diferencia entre las puntuaciones ajustadas en el HAQ de los sujetos con y sin lumbalgia fue todavía estadísticamente significativa, con una media estimada de 0,24 (IC del 95%, 0,22-0,25) y de 0,41 (IC del 95%, 0,38-0,46), respectivamente. La mayor diferencia de puntuaciones en apartados individuales del HAQ entre los dos grupos se da en la actividad «agacharse y recoger ropa del suelo», aunque en la mayoría de los apartados aparecieron diferencias significativas.

La calidad de vida, medida mediante el SF-12, era significativamente peor en los sujetos con lumbalgia frente a los que no referían tenerla en el momento de la entrevista, tanto en la escala física como en la mental (tabla 3, panel A). Estas diferencias, como se expone en la tabla 3, panel B, se mantuvieron después de ajustar por sexo, edad, bajo nivel de estudios, bajo nivel social y padecer

TABLA 3. Resultados de la escala SF-12 en sus vertientes física y mental en personas sin y con lumbalgia

	Lumbalgia puntual	Panel A sin ajuste			p	Panel B con ajuste		p
		N	Media	DE		Media	IC del 95%	
SF-12: física	No	1837	51,48	8,14	< 0,001	51,23	50,87-51,60	< 0,001
	Sí	316	42,64	11,62		44,07	43,18-44,96	
SF-12: mental	No	1837	50,42	9,32	< 0,001	50,32	49,88-50,76	< 0,001
	Sí	316	45,31	11,96		45,94	44,88-47,01	

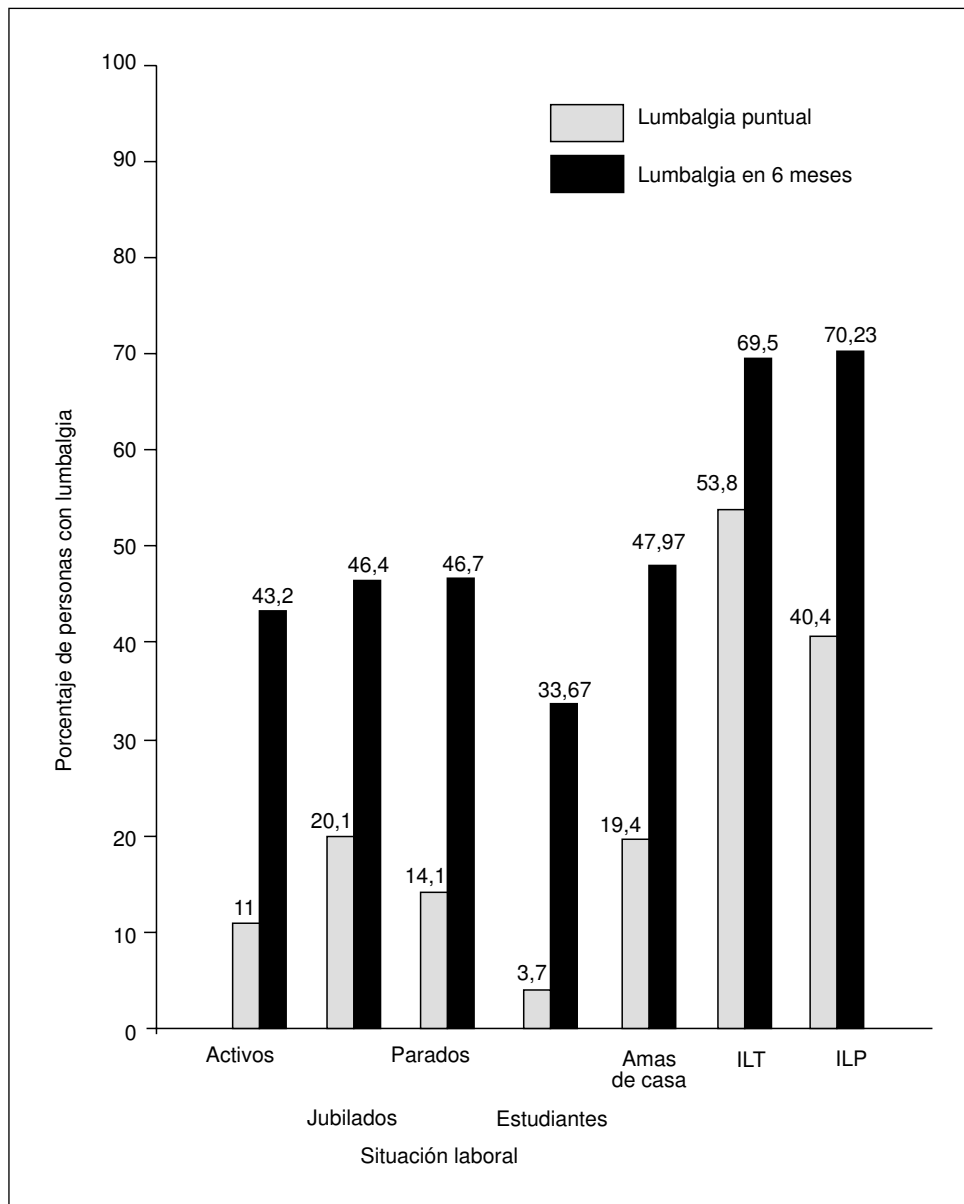


Figura 2. Distribución de la lumbalgia puntual y en 6 meses en España, según la situación laboral. ILT: incapacidad laboral transitoria; ILP: incapacidad laboral permanente.

una enfermedad crónica, variables identificadas previamente como asociadas con peores puntuaciones en el SF-12.

Consumo de recursos sanitarios

El 42,4% de las personas que referían haber padecido algún episodio de lumbalgia en los 6 meses anteriores a la entrevista consultó a algún médico por este problema. Los especialistas más consultados por lumbalgia fueron los generalistas (37,3%) y los traumatólogos (20,2%), y hasta un 4,3% de los que referían haber tenido lumbalgia precisó acudir

a urgencias. Los demás especialistas, incluidos reumatólogos, rehabilitadores y neurocirujanos, fueron consultados en proporciones menores al 4%. Los diagnósticos más frecuentes que los sujetos encuestados refirieron haber recibido tras consultar por dolor lumbar fueron: «lumbalgia» (22,2%), «artrosis» (15,6%) y «escoliosis o problema mecánico» (7,1%). Ninguno de los sujetos que manifestaron padecer lumbalgia el día de la entrevista, o en los 6 meses previos, refirió enfermedades graves como infecciones o tumores como diagnóstico etiológico del dolor lumbar. Un 2,5% de los encuestados refirió no haber recibido ningún diagnóstico en la consulta. Para lle-

gar a estos diagnósticos, los entrevistados comunicaron que se les habían realizado radiografías simples en un 33% de los casos; historia detallada y exploración en sólo el 27,9%; analíticas sanguíneas en el 9,4%; tomografía axial computarizada (TAC) en 56 casos (5,7%), y resonancia magnética nuclear (RMN) en 44 casos (4,48%). En el 5% de los casos se realizaron otras pruebas o los pacientes no pudieron precisar exactamente qué les hicieron. En los casos en que se habían realizado TAC o RMN, sólo se había realizado una exploración y una historia detallada en el 50% de los casos.

Otro de los parámetros estudiados sobre el uso de recursos sanitarios fue el consumo de medicamentos. A todos los sujetos entrevistados se les preguntó si habían consumido fármacos para el alivio de síntomas osteomusculares durante un período igual o superior a un mes a lo largo del año anterior. El 40% de los individuos con lumbalgia había consumido de forma significativa analgésicos y el 41% antiinflamatorios no esteroideos (AINE).

Discusión

Los resultados del estudio EPISER ponen de manifiesto la importancia cuantitativa y cualitativa de la lumbalgia en nuestro país, y ya se puede afirmar, según datos fiables, que la prevalencia de la lumbalgia puntual y crónica en España se encuadra en una cifras muy similares a las de los países industrializados¹⁶. Los resultados del estudio EPISER son, además, consistentes con los del que realizaron Ballina et al, con una metodología similar, pero a escala regional, en el Principado de Asturias¹⁰. De forma similar a lo comunicado en países industrializados por otros autores, casi la mitad de la población adulta española padece, al menos, un episodio de dolor lumbar en un período de 6 meses¹⁷, pero quizá lo más interesante que se pone de manifiesto en el EPISER es que un tercio de los sujetos con lumbalgia en un momento dado refiere un dolor considerable, superior a 5 en una escala analógica visual del dolor graduada de 0 a 10.

Al igual que sucede en otros países, en los tramos de edades más avanzadas la prevalencia de lumbalgia disminuye, bien por un efecto de «superviviente», bien porque otras enfermedades más importantes toman el relevo del dolor⁶. Llama la atención, sin embargo, que en España la lumbalgia afecta algo más a mujeres, mientras que en otros países no se han encontrado diferencias significativas entre sexos⁵.

En este trabajo se ha prestado especial atención al estudio de los posibles determinantes sociodemográficos de la lumbalgia y, tras analizar cada uno de forma independiente, los dos que presentan mayor asociación son padecer artrosis de rodilla o una enfermedad crónica. Cabe destacar que la lumbalgia,

la artrosis sintomática de rodillas y el padecimiento de una enfermedad crónica son tres variables de alta frecuencia en la población general y que además esta frecuencia aumenta con la edad, especialmente las dos últimas. Ya se ha comentado que la lumbalgia, a partir de los 70 años, y por motivos no bien conocidos, tiende a presentar una menor frecuencia. En cualquier caso, es posible que presenten asociación debido a la elevada probabilidad de que coincidan, sin que esto signifique relación etiológica alguna. Durante los últimos años se han investigado de forma importante los factores individuales que pueden tener relevancia en la aparición de un primer episodio de lumbalgia, sin que hasta el momento se hayan obtenido resultados positivos¹⁸. En contra de la creencia generalizada de que la osteoporosis es la causa de lumbalgia en ausencia de fracturas vertebrales, no se encontró ninguna relación entre una puntuación densitométrica en el rango osteoporótico y la lumbalgia.

El EPISER pone de relieve los datos existentes hasta ahora en España, que indican que la lumbalgia tiene un impacto importante en el desempeño de las actividades habituales de las personas que la padecen y en su calidad de vida. La lumbalgia motivó la pérdida de la mayor parte del día en la actividad habitual en 216 personas del total de entrevistadas en los últimos 6 meses, lo que supone el 22% de los pacientes que tuvieron algún episodio de lumbalgia y el 9,9% del total de entrevistados. Si se extrapola a la población general, esto supone que más de dos millones de personas, en el intervalo de 6 meses, dejan de realizar al menos un día su actividad principal habitual. En nuestro estudio, el 10% de los sujetos con lumbalgia en los 6 meses previos se encontraba en situación de incapacidad laboral, lo que supone más de un millón de personas en 6 meses. La mayoría de los datos de los que se disponía con anterioridad, referentes a la actividad habitual, procede casi exclusivamente del ámbito laboral, por lo que se excluyen colectivos muy importantes, como por ejemplo el de las amas de casa, que no perciben ningún salario. Por tanto, las repercusiones de la lumbalgia resultan claramente subestimadas. Por otro lado, es difícil comparar estas cifras con estudios de otros países, pues la forma de obtención de los datos no suele ser superponible. El único estudio poblacional publicado, en que se utilizan criterios clínicos para medir la incapacidad producida por dolor lumbar, y que se basa en ocho actividades cotidianas, pone de manifiesto que el 11% de los varones y el 7% de las mujeres perdieron al menos un día de trabajo a lo largo de un año¹⁹. En el EPISER, el 15% de las personas que padecían lumbalgia el día de la entrevista o en los 6 meses previos tuvo que guardar cama por el dolor en algún momento de la evolución. Estas cifras corresponderían aproximadamente al 6,8% de las personas entrevistadas. En el South Manchester Back Pain Study, el 8% de las personas entrevistadas

manifestó haber tenido que guardar cama al menos un día en el intervalo de un año²⁰.

Los resultados del HAQ y del SF-12 evidencian que la lumbalgia está asociada, de forma independiente del sexo, la edad y el nivel de estudios, con una pérdida de funcionalidad en aspectos de la vida cotidiana y de la calidad de vida de los individuos que la padecen, con repercusiones individuales, familiares y sociales, casi siempre ignoradas. Esta disminución de la calidad de vida asociada con la presencia de lumbalgia es superior a la que se observa en enfermedades crónicas de alta prevalencia como la enfermedad pulmonar, cardíaca o digestiva, la diabetes, la hipertensión arterial o la depresión.

Los resultados del EPISER ponen de manifiesto, desde una nueva perspectiva, la enormidad del gasto sanitario que supone la patología lumbar y son fundamentales a la hora de planificar los presupuestos de forma adecuada, para que se consiga una mejor atención sanitaria de la población con un uso más racional de los recursos disponibles. Según el Instituto Nacional de Estadística, el 1 de mayo de 1996 la población española mayor de 20 años ascendía a 29.495.508 personas. Si se extrapolan los resultados de nuestro estudio a dicha población, la lumbalgia genera más 5 millones y medio de consultas en 6 meses. Si bien los reumatólogos formamos parte del grupo minoritario de especialistas médicos receptores de sujetos con lumbalgia, cabe reseñar que ésta genera más de 200.000 demandas de atención a nuestras consultas en 6 meses.

Durante la entrevista, se preguntó a los sujetos con lumbalgia si habían recibido algún diagnóstico y qué exploraciones complementarias se les habían practicado. Los resultados, expresados como porcentajes, no nos proporcionan en ocasiones una verdadera idea de los recursos utilizados. Si extrapolamos a la población general, se realizan al menos 1.800.000 estudios radiológicos simples, 1.100.000 analíticas sanguíneas, cada una de ellas con un número indeterminado de parámetros, 319.000 TAC lumbares y 250.000 RMN lumbares en un período de 6 meses para estudiar episodios de lumbalgia en España.

A pesar de que la causa del dolor lumbar es desconocida en alrededor del 80% de los casos, no hay que olvidar que en cerca del 3-5% de las personas que lo padecen es la manifestación de enfermedades graves subyacentes, como infecciones, tumores o aneurismas de aorta abdominal. En el EPISER ningún sujeto con lumbalgia refirió ninguna causa grave como diagnóstico de su dolor, y esto puede deberse, en parte, a la tendencia generalizada de no revelar al paciente la causa cuando se trata de tumores malignos. Parte de este grupo podría estar incluido en el 2,5% de los sujetos que manifestaron no haber recibido ningún diagnóstico.

Llama la atención la baja proporción de personas a las que se les realizaron anamnesis y exploración adecuadas, necesarias siempre en la evaluación de cualquier paciente. La evidencia contenida en la literatura médica insiste en la necesidad de investigar la presencia de lo que denominan *red flags* en cualquier persona que acude por dolor lumbar²¹ y que van dirigidas a la detección temprana de enfermedades graves subyacentes. Se está investigando intensamente en la mejor manera de obtener las denominadas *yellow flags*, importantes a la hora de captar de la forma más temprana posible a aquellos pacientes con más riesgo de incapacidad crónica²²⁻²⁴. La escasez de anamnesis y exploración adecuadas que se recoge en este estudio traduce el poco tiempo del que dispone el médico para cada paciente en la mayoría de los casos, y la omisión de esta fase fundamental puede dar lugar a retrasos muy importantes en el diagnóstico de enfermedad grave, impide desarrollar medidas preventivas de incapacidad crónica, conlleva una falta de satisfacción evidente del paciente y del médico, y desencadena una serie de gastos sanitarios directos e indirectos que serían perfectamente reductibles.

Otro de los capítulos que se debe tener en cuenta en el uso de recursos sanitarios es el consumo de medicamentos. Si se extrapolan a la población general los resultados obtenidos, más de 5 millones de personas consumieron analgésicos y también más de 5 millones de individuos recibieron AINE durante más de un mes en el año anterior. Así, la utilización de fármacos en el tratamiento del dolor dista mucho de ser adecuada en España y los motivos son bastante complejos, pero es importante destacar que un uso más correcto redundaría en un mejor control del dolor y un mejor aprovechamiento de los recursos.

El EPISER es un punto clave de partida para hacer reflexionar sobre el abordaje médico y social de la enfermedad lumbar y constituye una herramienta básica para todos los que estamos implicados en su estudio y su tratamiento. No ha sido el ánimo del EPISER medicalizar una afección asociada con nuestra condición de bipedos, sino demostrar su relevancia sociosanitaria y la necesidad de influir a escala poblacional en su tratamiento. Este estudio es la primera piedra sobre la que edificar nuestro conocimiento, imprescindible para poder diseñar soluciones multidimensionales para un problema complejo y cotidiano.

Bibliografía

1. Waddell G. Low back disability: a syndrome of western civilization. *Neurosurg Clin North Am* 1991;2:719-38.
2. Humbría A. Dolor lumbar crónico: la complejidad de lo cotidiano. *Rev Esp Reumatol* 1999;26:245-6.
3. Carey TS, Evans AT, Hadler NM, Lieberman G, Kalsbeek WD, Jackman AM, et al. Acute severe low back pain. A popula-

- tion-based study of prevalence and care-seeking. *Spine* 1996;21:339-44.
4. Spitzer WO, Leblanc FR, Dupuis M, Abenhain L, Belanger AY, Bloch R, et al. Scientific approach to the assessment and management of activity-related disorders. A monograph for physicians. Report of the Quebec Task Force on Spinal disorders. *Spine* 1987;12(Suppl 7):S1-59.
 5. Anderson GBJ. The epidemiology of spinal disorders. En: Frymoyer JW, editor. *The adult spine. Principles and practice*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997; p. 93-142.
 6. Skovron ML. Epidemiology of low back pain. *Baillière's Clin Rheumatol* 1992;6:559-73.
 7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 1995. Madrid, 1997.
 8. Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief. Reumatismo 90. Estudio sociosanitario sobre las enfermedades reumáticas en España. Madrid: Sociedad Española de Reumatología, Liga Reumatológica Española, Pfizer, España, 1992.
 9. Paulino J, Pinedo A, Wong C, Crespo D. Estudio general de la frecuencia de las enfermedades reumáticas en una población determinada con fines epidemiológicos. *Rev Esp Reumatol* 1982;9:1-8.
 10. Ballina FJ, Martín P, Paredes B, Hernández R, Cueto A. Epidemiología de las enfermedades reumáticas en el principado de Asturias. *Aten Primaria* 1993;11:219-24.
 11. Carmona L, Gabriel R, Ballina J, Laffón A, y Grupo de Estudio EPISER. Proyecto EPISER 2000: prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española. Metodología, resultados del reclutamiento y características de la población. *Rev Esp Reumatol* 2001;28:18-25.
 12. Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffón A, and the EPISER Study Group. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann Rheum Dis* 2001;60:1040-5.
 13. Carmona L, Villaverde V, Hernández-García C, Ballina J, Gabriel R, Laffón A, and the EPISER Study Group. The prevalence of rheumatoid arthritis in the general population of Spain. *Rheumatology* 2002;41:88-95.
 14. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Brazier JE, et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA project. *J Clin Epidemiol* 1998;51:1171-8.
 15. Esteve-Vives J, Batlle-Gualda E, Reig A. Spanish version of the Health Assessment Questionnaire: reliability, validity, and transcultural equivalency. Grupo para la adaptación del HAAQ a la población española. *J Rheumatol* 1993;20:2116-22.
 16. Nachemson A, Waddell G, Norlund AI. Epidemiology of neck and low back pain. En: Nachemson AL, Jonsson E, editors. *Neck and back pain. The scientific evidence of causes, diagnosis and treatment*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000; p. 165-87.
 17. Von Korff M, Dworkin SF, Le Resche F, Kruger A. An epidemiologic comparison of pain complaints. *Pain* 1988;32:173-83.
 18. Hoehendoorn W, Van Poppel MNM, Bongers PM, Koes BW, Bouter LM. Systematic review of psychological factors at work and private life as risk factors for back pain. *Spine* 2000;25:2114-25.
 19. Walsh K, Cruddas M, Coggon D. Low back pain in eight areas of Britain. *J Epidemiol Commun Health* 1992;46:227-30.
 20. Papageorgiou AC, Croft PR, Thomas E, Ferry S, Jayson MI, Silman AJ. Influence of previous pain experience on the episode incidence of low back pain: results from the South Manchester Back Pain Study. *Pain* 1996;66:181-5.
 21. Nachemson A, Vingard E. Assessment of patients with neck and back pain: a best-evidence synthesis. En: Nachemson AL, Jonsson E, editors. *Neck and back pain. The scientific evidence of causes, diagnosis and treatment*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000; p. 189-235.
 22. Linton SJ. Psychological risk factors for neck and back pain. En: Nachemson AL, Jonsson E, editors. *Neck and back pain. The scientific evidence of causes, diagnosis and treatment*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000; p. 57-78.
 23. Fransen M, Woodward M, Norton R, Coggon C, Dawe M, Sheridan N. Risk factors associated with the transition from acute to chronic occupational back pain. *Spine* 2002;27:92-8.
 24. Pincus T, Burton K, Vogel S, Field AP. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine* 2002;27:109-20.

Anexo 1. Grupo de estudio EPISER, por orden alfabético

Aretxabala, Iñigo; Hospital de Cruces, Bilbao
 Ballina, Javier; Hospital Central de Asturias, Oviedo
 Beltrán, Juan; Hospital General, Castellón
 Benito, Pere; Hospital del Mar, Barcelona
 Benito, Santiago; Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro, Logroño
 Calabozo, Marcelo; Hospital de Cruces, Barakaldo
 Ciria, Manuel; Hospital del Mar, Barcelona
 Cobeta, Juan Carlos; Hospital Obispo Polanco, Teruel
 Fernández-Carballido, Cristina; Hospital Dr. Peset, Valencia
 Fernández, José Antonio; Hospital Central de Asturias, Oviedo
 Fernández-Sueiro, Jose Luis; Hospital Juan Canalejo, La Coruña
 Gabriel, Rafael; Hospital Universitario de la Princesa, Madrid
 Garrido, Gregorio; Organización Nacional de Trasplantes, Instituto de Salud Carlos III, Madrid
 Gandal, Yolanda; Hospital General, Jerez de la Frontera
 Graña, Jenaro; Hospital Juan Canalejo, La Coruña
 Hernández, Ángeles; Hospital Juan Canalejo, La Coruña
 Hernández, César; Hospital Central San Carlos, Madrid
 Juan Mas, Antonio; Hospital Son Llatzer, Mallorca
 Laffon, Armando; Hospital Universitario de La Princesa, Madrid
 Laiz, Ana; Hospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona
 López-Martínez, Jorge; Departamento de Psicología Social, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid
 Martínez, Olga; Hospital de la Santísima Trinidad, Salamanca
 Medina, Julio; Hospital General, Soria
 Menchón, Manuel; Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia
 Moreno, Manuel; Hospital Santa María del Rosell, Murcia
 Navarro, Federico; Hospital Virgen Macarena, Sevilla
 Navío, Teresa; Madrid
 Ribas, Bartolomé; Hospital Sant Joan de Déu, Mallorca
 Rodríguez-Lozano, Carlos; Hospital Doctor Negrín, Gran Canaria
 Rojas, Pilar; Toledo
 Romero, Basilio; Teruel
 Romero, Fredeswinda; Asesor Médico en Aventis
 Ruiz, Esther; Hospital de Cruces, Barakaldo
 Salazar, Jose María; Hospital Infanta Cristina, Badajoz
 Sampedro, Juana; Hospital Virgen de la Salud, Toledo
 Trujillo, Elisa; Hospital General Universitario, Tenerife
 Del Val, Natividad; Hospital General, Soria
 Valdazo, Juan Pablo; Hospital Virgen de la Concha, Zamora
 Valverde, Matías; Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Almería, Almería
 Vidal, Javier; Hospital General y Universitario, Guadalajara
 Villaverde, Virginia; Hospital La Paz, Madrid
 Yelin Edward, Arthritis Research Group, University of California, San Francisco, EE.UU.