

Datos epidemiológicos de la artrosis cervical en consultas de reumatología

C. ALEGRE DE MIQUEL¹, A. RODRÍGUEZ DE LA SERNA², R. HUGUET CODINA³, A. ESCOLÀ CAMPABADAL⁴
E I. ROSSELLÓ TABERNA⁵

RESUMEN

Conocemos que la prevalencia de cervicalgia en la población general es de entre un 40-80%, pero desconocemos la de artrosis cervical.

Nuestro objetivo fue conocer el grado de satisfacción de los pacientes con artrosis cervical para poder valorar la eficiencia del tratamiento propuesto.

Analizamos todos los pacientes que acudieron a cuatro diferentes consultas de reumatología.

Las consultas quisieron abarcar todos los ámbitos de atención en reumatología: privada, concertada y pública, hospitalaria y ambulatoria.

Se midió la escala visual analógica (EVA) de 100 mm y la repercusión de este dolor para realizar actividades de la vida cotidiana mediante la versión española validada del autocuestionario *The Northwick Park Neck Questionnaire* (NPQ)⁸.

El número de pacientes durante el periodo de estudio fue de 1.543 visitas, una media de 70 visitas diarias, de las cuales un 10,9% han sido pacientes con artrosis cervical de 6 o más meses de evolución.

Sólo un 26,1% de los pacientes con artrosis cervical presentaron artrosis generalizada. La osteoporosis se presentó en un 14,5% y los cuadros depresivos (6,1%) y la ansiedad (3%). El grado de artrosis cervical aparece relacionado con la media del grado de dolor expresado por el paciente (EVA), y en menor medida con la calidad de vida.

ABSTRACT

We know the prevalence of neck pain in the general population between 40-80%, but we lack the neck osteoarthritis.

Chronic neck pain (not specifically arthritic) shows a high prevalence-year and a high comorbidity with other diseases and physical and mental disorders.

Our objective was to determine the degree of satisfaction of patients with neck osteoarthritis to assess the efficiency of the proposed treatment.

We analyzed all patients who attended four different rheumatology.

The consultations sought to cover all areas of care in rheumatology: private, concerted and public, inpatient and outpatient basis.

EVA was measured 100 mm and the impact of this pain to perform activities of daily life by validated Spanish version of self-questionary *The Northwick Park Neck Questionnaire* (NPQ)⁸.

The number of patients during the study period was from 1,543 visits, an average of 70 visits a day, of which 10.9% were patients with cervical osteoarthritis of 6 or more months.

Only 26.1% of patients with cervical osteoarthritis showed generalized osteoarthritis. Osteoporosis occurred in 14.5% and depressive disorders (6.1%) and anxiety (3%).

¹Servicio de Reumatología; Hospital de la Vall d'Hebron

²Servicio de Reumatología; Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

³Servicio de Reumatología; Institut Universitari Dexeus

⁴Reumatología; CAP Numancia

⁵Colaboración Data Support
Barcelona

Dirección para correspondencia:

Cayetano Alegre de Miquel
Hospital Universitario Vall d'Hebron
P.º Vall d'Hebron, 119
08035 Barcelona
E-mail: calegre@vhenron.net

Así, el 85,6% refiere problemas para leer y ver la televisión, a un 82,3% de pacientes el dolor cervical les aumentaba con la actividad laboral, refiriendo un 37,8% limitaciones en su trabajo.

Se evaluó si existía relación entre el grado de artrosis y los datos de la exploración clínica, presentándose cierta relación con la flexión, rotación derecha y rotación izquierda pero no con la extensión.

La cervicoartrosis es una entidad muy prevalente en nuestra consulta, la exploración física no es suficiente para valorar la discapacidad en las actividades básicas de la vida diaria (AVD) que padece el paciente, siendo los tratamientos actualmente empleados insuficientes para el control de la sintomatología.

Palabras clave: Cervicoartrosis. Epidemiología. Grado de satisfacción.

INTRODUCCIÓN

Es sabido que las enfermedades reumáticas causan el 10% de las consultas en atención primaria, el 10% de las urgencias atendidas en los centros hospitalarios, más del 15% de las incapacidades temporales y son la primera causa de invalidez permanente¹, y que la artrosis es la enfermedad reumática de mayor prevalencia en el mundo. Podemos afirmar que la artrosis es la enfermedad reumática que causa más morbilidad y discapacidad en la población adulta, afectando al 80% de la población mayor de 65 años en los países industrializados².

Como el resto de enfermedades reumáticas, la mayoría de los costes de la artrosis son indirectos y están relacionados con la seguridad social, las pensiones y las indemnizaciones a trabajadores. Según el estudio España por la Sociedad Española de Reumatología (EPISER)³, el 24% de la población española sufría artrosis en el año 2000. El coste socioeconómico estimado de la artrosis en nuestro país es de más de 500 millones de euros⁴.

Teniendo en cuenta que la incapacidad laboral es la partida que mayor gasto genera en el Sistema Nacional de Salud y que la depresión, la ansiedad y la artrosis (cervical, dorsal y lumbar) representan el principal motivo de incapacidad temporal en nuestro

The degree of cervical osteoarthritis is related to the average level of pain expressed by the patient (VAS) and lesser extent with the quality of life.

Thus 85.6% of residents reported problems with reading and watching television, to 82.3% of patients were increased neck pain with work, reporting a 37.8% limited in their work.

We assessed whether there was a relationship between the degree of osteoarthritis and clinical examination data, presenting some relationship with flexion, right rotation and left rotation but not extension.

Cervicoarthrosis is a highly prevalent in our consultation, physical examination is not sufficient to assess ADL disability in the patient being inadequate treatments currently used to control symptoms. (DOLOR. 2011;26:20-8)

Corresponding author: Cayetano Alegre, calegre@vhenron.net

Key words: Cervicoarthrosis. Epidemiology. Satisfaction degree.

país por enfermedad común, es fácil entender que una orientación terapéutica eficaz pueda reducir el coste socioeconómico. Por ello, se hace siempre necesario valorar datos de coste-efectividad de las pautas terapéuticas utilizadas para el tratamiento de la artrosis.

Siguiendo la definición de la Sociedad Española de Reumatología, la artrosis es una enfermedad articular degenerativa caracterizada por un proceso de deterioro del cartílago, con reacción proliferativa del hueso subcondral e inflamación de la membrana sinovial. La artrosis afecta principalmente a las articulaciones que soportan más peso y desarrollan un mayor esfuerzo: caderas, rodillas, hombros, articulaciones cervicales y lumbosacras. El objetivo de la intervención terapéutica en la artrosis es aliviar el dolor, mejorar la funcionalidad articular y retrasar la progresión del daño estructural de las articulaciones.

La articulación de la rodilla es la articulación que presenta mayor prevalencia de artrosis (33,7% según estudio EPISER) y, por lo tanto, la que supone más gasto. Se presume un gasto anual de 480 millones de euros debido a las bajas laborales ocasionadas por dicha enfermedad⁴. El coste anual global de la artrosis en España se calcula sobre los 4.800 millones de euros⁵.

El 50% de las bajas por invalidez permanente originadas por enfermedades reumáticas corresponden a pacientes con artrosis.

La alta prevalencia de la gonartrosis y su tendencia a aumentar (se calcula que para el año 2020 más de 2 millones de habitantes presentarán artrosis sintomática de rodilla⁵) hace que sea la enfermedad sobre la que se realizan más estudios, tanto para valorar la eficacia del tratamiento como para valorar el gasto socioeconómico que supone.

De igual manera, la artrosis de la columna vertebral podemos subclasificarla en la que afecta al disco o discartrosis y la que afecta a la articulación iunterapofisaria o espondiloartrosis, que es la verdadera artrosis, ya que se trata de una articulación diartrodial, con cartílago, siendo ésta muy común, y su frecuencia aumenta con la edad.

Los segmentos vertebrales más frecuentemente afectados son el cervical y el lumbar². Existen cambios radiográficos degenerativos en un 80% de las personas mayores de 55 años. Sin embargo la correlación entre los cambios degenerativos radiográficos de la columna y los síntomas que refiere el paciente es muy pobre⁶.

Por otro lado, los datos existentes valoran mayoritariamente columna vertebral en general o columna lumbar, existiendo pocos datos sobre artrosis de columna cervical. Sí se ha valorado, sin embargo, que la presencia ocasional de cervicalgia oscila entre el 40-80% de la población, ocasionando el 14% de las consultas por problemas del aparato locomotor en atención primaria. La cervicalgia ocasiona el 15,9% de las bajas laborales de larga duración.

Se estima que el 20% de las personas de 25 años de edad presentan signos artrósicos en las radiografías de la columna cervical cursando de forma asintomática. Casi el 100% de las personas mayores de 65 años tienen signos radiológicos de artrosis cervical. Los principales síntomas provocados por la artrosis cervical son el dolor de cuello (cervicalgia) y la rigidez cervical, pudiendo también aparecer dolor, hormigueo y debilidad irradiada a brazo o mano.

Cabe señalar que el dolor cervical crónico (no específicamente artrósico) presenta una elevada prevalencia/año y una elevada comorbilidad con otras enfermedades y trastornos físicos y mentales (Estudio Europeo de Epidemiología y Desórdenes Mentales [ESEMED]⁷).

La orientación terapéutica habitual de la artrosis cervical consiste en el cumplimiento de consejos y recomendaciones posturales y la realización de ejercicios de fortalecimiento de la musculatura del cuello. El tratamiento farmacológico consiste, por lo general, en el uso de analgésicos o antiinflamatorios para el tratamiento del dolor cervical y el uso de relajantes musculares en caso de que exista contractura muscular.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La relación entre artrosis sintomática cervical, dolor y discapacidad para el desarrollo de las actividades diarias no ha sido suficientemente estudiada, aunque existen evidencias de que los síntomas causan problemas emocionales y psicológicos, resultado de las limitaciones que sufre el paciente. Por ello, es importante conocer el grado de satisfacción de los pacientes con artrosis cervical para poder valorar la eficiencia del tratamiento propuesto.

Conocemos la alta prevalencia del dolor cervical crónico y el elevado gasto sanitario que supone. Del mismo modo, conocemos las repercusiones negativas que pueden tener sus síntomas en la vida cotidiana del enfermo.

Sin embargo, es poco conocida su repercusión real en el paciente que la padece y el grado de satisfacción al tratamiento que habitualmente se le orienta. Ello ha motivado el diseño de este estudio cuya finalidad es explorar la prevalencia y el grado de satisfacción asistencial del paciente con artrosis cervical en nuestro entorno y cómo éste puede ver limitada su actividad normal en función del grado de artrosis.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha diseñado un estudio multicéntrico, epidemiológico, observacional, descriptivo, transversal para valorar datos relativos a la prevalencia y el grado de satisfacción de la orientación terapéutica de la artrosis cervical diagnosticada de al menos 6 meses. También resulta de interés el hecho de valorar la prevalencia de este tipo de artrosis entre los pacientes que acuden a consultas de reumatología.

Para ello se ha diseñado un estudio epidemiológico en el que se contabilizan todos los enfermos que habitualmente asisten a consultas de reumatología, tanto a consultas externas de hospitales como a consultas de reumatología a nivel ambulatorio, en ámbito público y privado.

Se han incluido en el estudio cuatro centros de Barcelona capital, siendo dos de ellos hospitalarios, con distinto colectivo demográfico; uno ambulatorio público y otro también ambulatorio pero en el ámbito privado.

El protocolo ha sido sometido a su valoración por parte de un Comité Ético, y una vez obtenida su dicha aprobación se ha procedido a contabilizar en

todos los centros el número de pacientes que acuden a las consultas de reumatología durante 1 mes y seleccionar a todos aquellos pacientes que presentan artrosis cervical clínica y radiológica diagnosticada 6 o más meses antes.

Previo consentimiento informado, se ha incluido a todos los pacientes con artrosis cervical que fueron vistos durante el mes de reclutamiento con el objetivo de valorar la calidad de vida y el grado de satisfacción al tratamiento. Se ha valorado el grado de intensidad del dolor cervical subjetivo mediante una escala EVA de 100 mm y la repercusión de este dolor para realizar actividades de la vida cotidiana mediante la versión española validada del autocuestionario NPQ⁸. Con respecto a éste, las preguntas sobre «Conducir» y «Comparado con la última vez» se suprimieron de la evaluación. El primero por no coincidir todos los pacientes con habilidades de conducción de vehículos y el segundo por evaluar una evolución cuando estábamos en un estudio transversal de prevalencia.

Este autocuestionario se ha mostrado de utilidad en estudios del dolor cervical, y parece que puede correlacionarse con mediciones objetivas como la movilidad de la columna cervical. Se ha llevado a cabo una sencilla exploración física de la columna cervical, habitual en la práctica clínica, para obtener información sobre los movimientos de flexión, extensión y rotación cervical. Estos datos se completan con una valoración subjetiva de los pacientes y del médico.

Como criterios de inclusión se han valorado pacientes de ambos sexos de 50 años cumplidos o más que presenten artrosis cervical diagnosticada como mínimo desde hace 6 meses, con validez tanto física como psíquica, y que firmen el consentimiento informado, dejándose al investigador, como criterio de exclusión, una valoración clínica negativa. Los resultados de las valoraciones, tanto objetivas, semiobjetivas y subjetivas, han permitido obtener datos epidemiológicos de interés.

METODOLOGÍA ESTADÍSTICA

No se ha calculado previamente tamaño muestral por no existir datos sobre la prevalencia de la artrosis cervical en nuestro medio. Por ello se ha optado por utilizar un modelo probabilístico en el que durante un mismo mes (marzo 2009) se han registrado en los cuatro centros el número total de pacientes atendidos en general y el número de pacientes que presentaban la enfermedad.

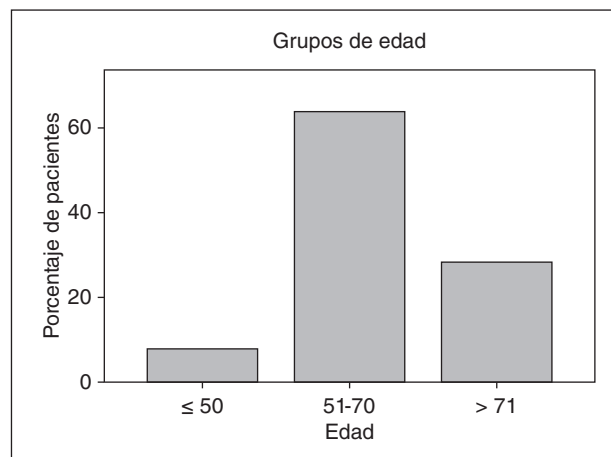


Figura 1. Porcentaje de pacientes en los distintos grupos de edad. Puede observarse que entre 51-70 se concentra el mayor número de pacientes atendidos.

Una vez obtenidos los datos, se han analizado mediante un paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) 17.0. Una vez validados en busca de errores de registro y codificación, se efectuó un análisis descriptivo-univariante con valores de media, desviación estándar e intervalos de confianza del 95%, comprobándose la normalidad de la distribución con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se han comparado las variables categóricas mediante tablas de frecuencia.

En el análisis bivariante, se han utilizado pruebas estadísticas de varianza (*analysis of variance* [ANOVA]) o Kruskal-Wallis, X² y corrección de Spearman (no paramétricas). Se ha utilizado una significación estadística para valor de p inferior a 0,05. En su caso, se han utilizado rectas de regresión y «gráficos de caja» como expresión gráfica de los resultados.

RESULTADOS

En total se han contabilizado durante el periodo de estudio 1.543 visitas, una media de 70 visitas diarias, de las cuales un 10,9% han sido pacientes con artrosis cervical de 6 o más meses de evolución. El 73,8% de los pacientes eran mayores de 50 años, predominando entre ellos el género femenino (74%). Es de destacar que el 26,9% del total de pacientes corresponden a una franja de edad superior a los 70 años (Fig. 1).

Por lo que respecta a tipo de centros de asistencia, hospital o ambulatorio, los colectivos más jóvenes estuvieron más representados a nivel hospitalario, aunque también es de destacar que existieron diferencias entre las dos consultas externas de ambos

Tabla 1. Enfermedades concomitantes con artrosis cervical

Enfermedad	Porcentaje
Artrosis generalizada	26,1%
Osteoporosis	14,5%
Ansiedad	3,0%
Depresión	6,1%
Otras	33,9%

Tabla 2. Tratamientos asociados a la artrosis cervical

Tratamientos	Porcentajes
Analgésicos y AINE	82,6%
SYSADOA	19,9%
Fisioterapia	35,3%
Otras	17,4%

hospitales debidas, posiblemente, entre otras cosas, a la edad media del colectivo asistencial correspondiente a su zona de influencia: 27,2% de pacientes entre 41-50 años en Vall d'Hebron frente a 14,6% en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

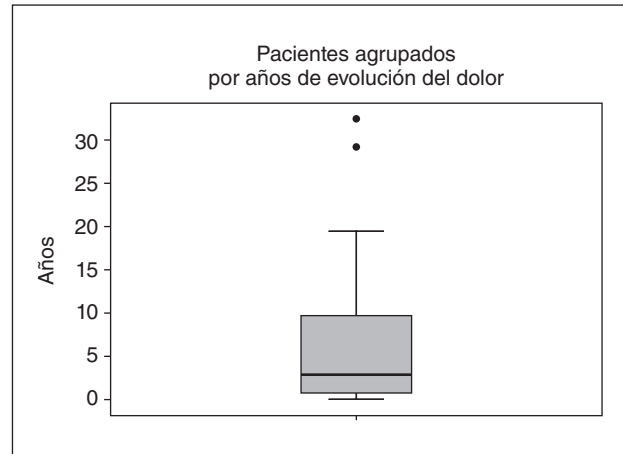
Asimismo, a nivel de consultas ambulatorias, destacó la presencia de franjas altas de edad, en especial cuando nos referimos al centro público (ambulatorio de Numancia) con un 36,0% de pacientes mayores de 70 años, frente a un 25,5% en el centro privado (clínica Dexeus).

Al contrario de lo que podría pensarse, sólo un 26,1% de los pacientes con artrosis cervical presentaron artrosis generalizada. La osteoporosis se presentó en un 14,5% y los cuadros depresivos (6,1%) y la ansiedad (3%) acompañaron a la artrosis cervical en un 9,1% en total (Tabla 1).

El tratamiento farmacológico en la artrosis cervical fue mayoritariamente a base de analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos (AINE) (82,6%). La fisioterapia sola o asociada estaba presente en un 32,3% de los casos. El segundo lugar en el uso de fármacos lo ocuparon, a distancia, los SYSADOA con un 19,9%, seguidos de los antidepresivos y ansiolíticos con un 17,4%. Fue habitual el uso de pautas farmacológicas asociadas con o sin fisioterapia (Tabla 2).

Por lo que respecta al tiempo de evolución del dolor artrósico a nivel cervical, un 13,9% de los pacientes refirieron dolor crónico de varios años de evolución. En un «gráfico de caja» se muestra la distribución de la población del estudio según años de evolución de la artrosis cervical (Fig. 2).

Respecto al grado de dolor, éste se concentró en los grados II y III con un 85,6% de la prevalencia de

**Figura 2.** Demografía de los pacientes con artrosis cervical evaluados en este estudio.

artrosis cervical en la población de estudio, estando presente el grado IV en el 9,7% de los pacientes.

El grado de artrosis cervical aparece relacionado con la media del grado de dolor expresado por el paciente (EVA), y en menor medida con la calidad de vida valorada por el cuestionario NPQ. No se encontró relación entre ambas valoraciones (EVA y NPQ).

Los años de evolución de la enfermedad se mostraron directamente proporcionales al grado de artrosis cervical y los tratamientos en pacientes con artrosis de grado II y III tienden a coincidir, mientras que en el grado IV la orientación terapéutica con pauta constante de uso fue menor. Los analgésicos y antiinflamatorios estuvieron presentes en todos los grados de artrosis cervical, mientras que los SYSADOA (en especial el condroitín sulfato, con un 12%) y la fisioterapia se evidenciaron más en grados II y III (Tabla 3).

Se han analizado las distintas respuestas a las preguntas individualizadas del cuestionario de calidad de vida NPQ y se ha observado que el 65,9% de los pacientes refiere una intensidad del dolor entre moderada y grave. Un dato de interés fue la marcada relación existente entre el dolor cervical y el sueño, refiriendo un 77,1% de los pacientes problemas de sueño debidos a dicho cuadro doloroso. En un 19,9% de los casos les impidió dormir menos de 5 h diarias.

Por otro lado, la sensación de hormigueo en brazos durante la noche no pareció ser un síntoma que preocupase tanto como el sueño, ya que el 64,3% de la población estudiada o no refirió hormigueos en los brazos durante la noche o éstos eran ocasionales.

Sí resultó motivo de queja tanto el tiempo de duración de los síntomas como la repercusión que tuvo la cervicoartrosis en la posibilidad de ganar peso.

Tabla 3. Según grados de artrosis cervical, media del valor de la EVA, NPQ y años de evolución, así como porcentaje de pacientes en los distintos tratamientos. Un paciente puede estar en tratamiento con uno o varios fármacos

Grado	EVA (media)	NPQ (media)	Años evolución (media)	Fisioterapia* %	Analgesia* %	AINE* %	SYSADOA* %	Otros* %
1	5,29	24,11	5,8	14	57	48	0	14
2	5,84	41,29	6,2	31	62	43	41	23
3	6,25	36,08	9,9	36	51	43	34	13
4	7,14	40,63	23,2	21	50	52	0	7
Media	6,09	38,49	9,1					

*El dato corresponde al porcentaje de pacientes tratados por grado de artrosis cervical.

Un 90,4% refirió tener síntomas durante el día, siendo el 35,9% de los encuestados los que manifestaron que dichos síntomas eran continuos durante todo el día.

En cuanto a ganar peso, un porcentaje elevado (91%) aquejaba relación entre ganar peso y dolor, siendo este último limitante para dicha actividad en el 29,3%, refiriendo que sólo podían levantar objetos de poco peso o de ningún peso.

El hecho de leer, ver la televisión y la actividad laboral se referían como más limitadas por la artrosis cervical que las actividades sociales.

Así, el 85,6% refiere problemas para leer y ver la televisión, un 28,1% manifiesta que dichas actividades les aumenta el dolor, y un 18% que el dolor les obliga a abandonar dichas actividades antes de tiempo.

A un 82,3% de pacientes el dolor cervical les aumentaba con la actividad laboral, refiriendo un 37,8% limitaciones en su trabajo a causa de dicho dolor. El 4,3% de la muestra manifestó que el dolor les impedía trabajar.

En lo referente a la vida social, en un 33,7% el dolor cervical no les alteraba dicha actividad, mientras que en un 66,5% la limitaba aunque no la impedía (Tabla 4).

Se evaluó si existía relación entre el grado de artrosis y los datos de la exploración clínica, presentándose cierta relación con la flexión, rotación derecha y rotación izquierda pero no con la extensión (Fig. 3).

También pareció existir relación entre el grado de movilidad valorado por el médico durante la exploración clínica y la EVA referida por el paciente. También entre la EVA del paciente y el grado de dolor evaluado por el médico (Fig. 4). Sin embargo las apreciaciones clínicas del médico no presentaban relación con el cuestionario de calidad de vida NPQ evaluado por el paciente. La movilidad y el dolor valorados por el médico sí presentaban relación (Fig. 5).

DISCUSIÓN

Los datos epidemiológicos de salud en España publicados recientemente por el Instituto Nacional de Estadística (INE) reflejan que 9.835.700 personas en España (24,9%)⁹ sufren en algún momento de su vida lumbalgias o cervicalgias.

La prevalencia en estudios poblacionales demuestra que padecen cervicalgia entre un 22-70% en algún momento de sus vidas¹⁰, pero sólo entre un 1,7-11,5% llega a interferir en su actividad diaria.

La mayor parte de cervicalgias benignas son tratadas por los médicos de familia, llegando a la consulta del reumatólogo únicamente las cervicalgias secundarias a procesos inflamatorios como la artritis reumatoide, la espondiloartropatía u otras, y las cervicalgias crónicas secundarias a artrosis.

Nuestro propósito fue conocer qué importancia tenía la cervicalgia por cervicoartrosis dentro del campo de la reumatología y si el paciente estaba suficientemente tratado, lo que hemos llamado en el estudio «grado de satisfacción».

Un 20% de los enfermos presentan lesiones radiológicas de artrosis cervical, no habiendo encontrado datos, en la búsqueda bibliográfica efectuada, de la prevalencia de cervicoartrosis en la práctica clínica de reumatología.

Nos ceñimos al ámbito de la ciudad de Barcelona y seleccionamos los cuatro tipos de consulta reumatológica habituales: la de un hospital de tercer nivel dentro del Institut Català de la Salut, otro hospital del mismo nivel de asistencia concertada, un ambulatorio de especialidades de la seguridad social y un ambulatorio de consulta privada asociado a un hospital privado; la prevalencia de cervicoartrosis de más de 6 meses de evolución en estos centros fue de un 10,9% (8,4-15,4%), lo que infiere la magnitud del problema¹¹.

Tabla 4. Porcentaje de pacientes que han respondido a cada una de las preguntas

Valoración de los distintos ítems del cuestionario de calidad de vida NPQ	
Intensidad del dolor	
1. No tengo dolor en este momento	13,8%
2. El dolor es leve en este momento	20,4%
3. El dolor es moderado en este momento	48,5%
4. El dolor es intenso en este momento	17,4%
5. El dolor es el peor imaginable en este momento	0%
Dolor cervical y sueño	
1. El dolor no me altera el sueño	22,9%
2. El dolor ocasionalmente me altera el sueño	27,7%
3. El dolor regularmente me altera el sueño	29,5%
4. Duermo menos de 5 h diarias a causa del dolor	15,1%
5. Duermo menos de 2 h diarias a causa del dolor	4,8%
Pinchazos u hormigueos en los brazos por la noche	
1. No tengo pinchazos u hormigueos por la noche	29,1%
2. Ocasionalmente tengo pinchazos u hormigueos por la noche	35,2%
3. Mi sueño es habitualmente alterado por pinchazos u hormigueos	20,6%
4. A causa de los pinchazos u hormigueos duermo menos de 5 h diarias	12,7%
5. A causa de los pinchazos u hormigueos duermo menos de 2 h diarias	2,4%
Duración de los síntomas	
1. Mi cuello y brazos los siento normales todo el día	9,6%
2. Tengo síntomas en el cuello y brazos cuando me despierto y me duran menos de 1 h	26,9%
3. Tengo síntomas de forma intermitente durante un tiempo al día de 1-4 h	15,6%
4. Tengo síntomas de forma intermitente durante un tiempo al día mayor de 1-4 h	12,0%
5. Tengo síntomas continuamente todo el día	35,9%
Coger pesos	
1. Puedo coger objetos pesados sin que me aumente el dolor	9,0%
2. Puedo coger objetos pesados pero me aumenta el dolor	32,9%
3. El dolor me impide coger objetos pesados pero puedo coger objetos de peso medio	28,7%
4. Sólo puedo levantar objetos de poco peso	25,1%
5. No puedo levantar ningún peso	4,2%
Leer y ver TV	
1. Puedo hacerlo tanto tiempo como quiero	14,4%
2. Puedo hacerlo tanto tiempo como quiero si estoy en una postura cómoda	39,5%
3. Puedo hacerlo tanto tiempo como quiero pero me produce aumento de dolor	28,1%
4. El dolor me obliga a dejar de hacerlo más pronto de lo que me gustaría	16,8%
5. El dolor me impide hacerlo	1,2%
Trabajo	
1. Puedo hacer mi trabajo habitual sin que me aumente el dolor	17,7%
2. Puedo hacer mi trabajo habitual pero me aumenta el dolor	44,5%
3. Tengo que reducir mi tiempo trabajo habitual a la mitad por dolor	18,9%
4. Tengo que reducir mi tiempo trabajo habitual a la cuarta parte por dolor	14,6%
5. El dolor me impide trabajar	4,3%
Actividades sociales	
1. Mi vida social es normal y no me produce aumento del dolor	33,7%
2. Mi vida social es normal pero me produce aumento del dolor	35,5%
3. El dolor ha limitado mi vida social pero todavía soy capaz de salir de casa	25,9%
4. El dolor ha limitado mi vida social a permanecer en casa	3,6%
5. No tengo vida social a causa del dolor	1,2%

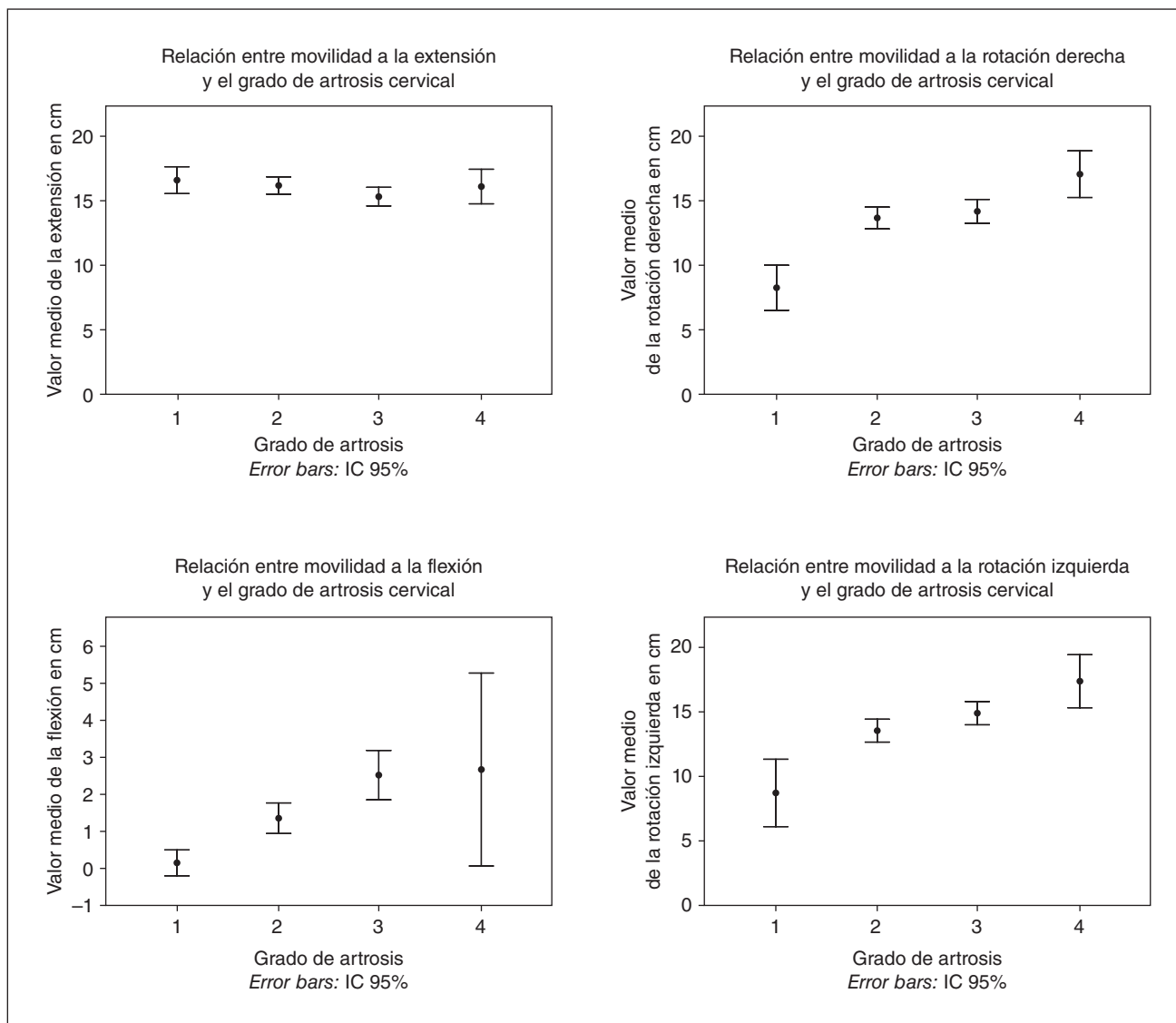


Figura 3. Relación entre la exploración de la movilidad cervical y el grado de artrosis cervical.

No encontramos ninguna herramienta validada para medir el grado de afectación de la artrosis ni de calidad de vida que pudiese estar afectada por esta lesión, por ello escogimos el grado de artrosis radiológico de Kellgreen para la artrosis de rodilla y el cuestionario NPQ que mide la repercusión del dolor para realizar las actividades de la vida diaria; la EVA de dolor y el NPQ se correlacionaban con el grado de artrosis y los años de evolución.

Como era de esperar, la mayoría controlaba el dolor con AINE (82,6%) o la fisioterapia (32,3%), como indican diversas guías^{12,13}, pero sorprende que casi un 20% utilizan también los SYSADOA cuando su indicación es en artrosis de rodillas o cadera, quizás porque el médico interpreta que la lesión artrósica es similar

en un caso u otro o quizás porque las intervenciones recomendadas no son suficientemente eficaces.

La exploración física se correlaciona poco con el grado de artrosis, excepto la limitación de la movilidad, que sí se correlaciona con la intensidad del dolor.

Después del dolor el área más afectada es la del sueño (77,1%), cuando las guías de tratamiento raramente se refieren a él, y en la relación de fármacos utilizados sólo un 17% de los pacientes tomaban antidepresivos o ansiolíticos.

Los síntomas de dolor, pérdida de fuerza, alteración del sueño, etc. están presentes en casi toda la población estudiada, y un 36% considera que éstos son continuos e interfieren con la actividad de la vida

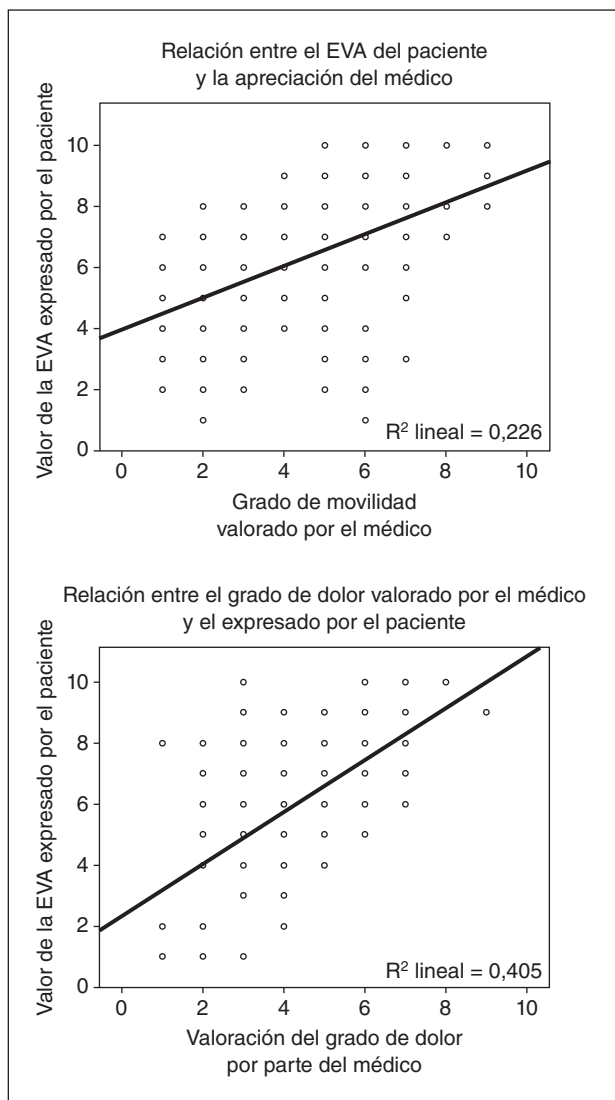


Figura 4. Relación entre el grado de dolor expresado por el paciente y el dolor y la movilidad percibida por el médico.

diaria; esto hace inferir que nuestros pacientes con cervicoartrosis no están suficientemente bien controlados con las armas que tenemos en la actualidad.

CONCLUSIONES

La cervicoartrosis es una entidad muy prevalente en nuestra consulta; la exploración física no es suficiente para valorar la discapacidad en las AVD que padece el paciente, siendo los tratamientos actualmente empleados insuficientes para el control de la sintomatología, necesitándose guías terapéuticas que nos indiquen cómo valorar y tratar la artrosis cervical de larga evolución.

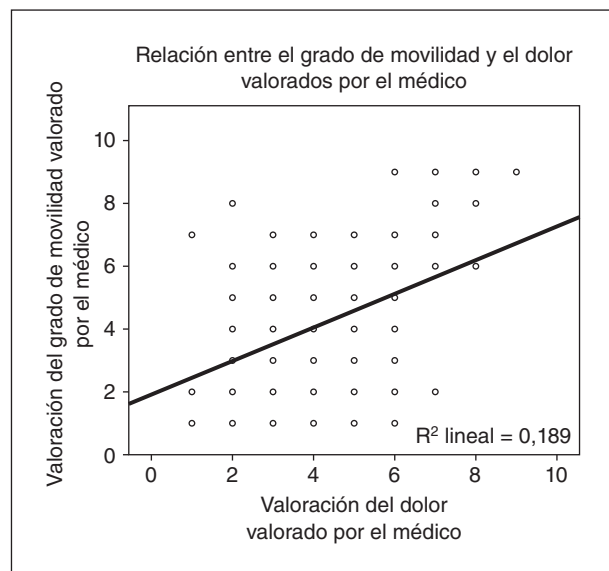


Figura 5. Relación entre la valoración de la movilidad y el dolor por parte del médico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Batlle-Gualda E, Carmona L, Gavrilá D, García Criado EI, Ruiz Miravalles R, Carbonell Abelló J, y Grupo ArtRoCad. Implementación y características de la población del estudio ArtRoCad, una aproximación al consumo de recursos y repercusión socioeconómica de la artrosis de rodilla y cadera en atención primaria. *Reumatol Clin.* 2006;2(5):224-34.
2. Bernad M. Actualización en artrosis. Formación continuada. El médico interactivo. www.elmedicointeractivo.com.
3. Carmona L, Gabriel R, Ballina FJ, Laffón A; 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.
4. Rubio-Terrés C, Möller Parera I, Campeny T, et al. Análisis farmacoeconómico del tratamiento de la artrosis con condroitín sulfato en comparación con AINE. *Atención Farmacéutica.* 2004;6(1):15-27.
5. Batlle Gualda E. Estudio ArtRoCad: evaluación de la utilización de los recursos sanitarios y la repercusión socioeconómica de la artrosis de rodilla y cadera. Presentación de resultados preliminares. *Rev Esp Reumatol.* 2005;32(1):22-7.
6. Martín Santos JM. Artrosis (2). Espondiloartrosis. Coxartrosis. Gonartrosis. Artrosis de manos. Otras localizaciones. *Medicine.* 2005; 9(32):2108-16.
7. Pinto-Meza A, Serrano-Blanco A, Codony M, et al. Prevalence and physical-mental comorbidity of chronic back and neck pain in Spain: results from the ESEMeD Study. *Med Clin (Barc).* 2006;127(9):325-30.
8. González T, Balsa A, Sáinz de Murieta J, Zamorano E, González I, Martín-Mola E. Spanish version of the Northwick Park Neck Pain Questionnaire: Reliability and validity. *Clin Exp Rheumatol.* 2001;19:41-6.
9. Encuesta Europea de Salud 2009. INE. <http://www.ine.es/prensa/np582.pdf>.
10. Haldeman S, Carroll L, Cassidy JD, Schubert J, Nygren A. The Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and its Associated Disorders. *J Manipulative Physiol Ther.* 2009 Feb;32(2 Suppl):S7-9.
11. Jensen I, Harms-Ringdahl K. Strategies for prevention and management of musculoskeletal conditions. Neck pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2007;21(1):93-108.
12. ACR Appropriateness Criteria® chronic neck pain. National Guideline Clearinghouse 2008. www.guideline.gov.
13. Childs JD, Cleland JA, Elliott JM, et al. Neck pain: clinical practice guidelines linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopedic Section of the American Physical Therapy Association. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2008;38(9):A1-34.