

Epidemiología del dolor lumbar

M. RULL BARTOMEU

RESUMEN

El dolor lumbar es un problema de salud pública mundial, afecta a todas las edades, países y clases sociales con repercusión económica y social. La atención debe ser biopsicosocial evitando la medicalización excesiva y compartimentada. La prevención y medidas políticas coordinadas con todos los protagonistas: salud, mundo laboral y servicios sociales con un objetivo común, serán la mejor orientación que se puede dar a este problema.

Palabras clave: Prevalencia. Enfoque global coordinado.

ABSTRACT

Low back pain is a global health problem that affects any age, country or social class with a serious economic and social impact. The approach must be biopsychosocial avoiding excessive use of medicines and compartmentalized medical care. Focus should be on prevention and coordinated political measures with all the protagonists of the problem: health care system, work environment and social services, all of them with a common objective. (DOLOR. 2018;33:117-9)

Key words: Prevalence. Coordinated global approach.

Corresponding author: Maria Rull Baromeu, mariarull@sedolor.es

El dolor lumbar es un problema mundial de salud pública y continuará en aumento a causa de una población cada vez más envejecida, sedentaria y obesa. Los datos de prevalencia van de un 22 a un 48%, dependiendo de la población analizada y del país. El dolor lumbar se padece en todas las edades, en la población productiva, en la adolescencia y en la vejez¹.

Menos del 1% de pacientes que acuden a su médico por dolor de espalda tendrán un proceso de gravedad, como puede ser un síndrome de cauda equina, metástasis o infección. Menos de un 10% lo padecen por una patología específica, como una fractura vertebral por osteoporosis en pacientes de edad o en tratamiento con corticosteroides. En un 3 a un 4% de los casos se debe a una hernia de disco o estenosis de canal a partir de los 60 años, y un 0,5% a patología reumática²⁻⁴. Hay que considerar que la causa puede estar también fuera de la columna, en la cavidad abdominal o en la articulación sacroilíaca⁵.

Valorando la limitación de actividad por dolor de espalda, las cifras de prevalencia son de un 12% si se refiere a más de un día o de un 23% cuando la repercusión se prolonga a más de un mes¹.

La discapacidad por dolor lumbar ha aumentado un 54% desde 1990, especialmente en países de bajos y medianos ingresos, y puede contribuir al ciclo de pobreza en las regiones más pobres del mundo. Hay más de 540 millones de personas que en algún momento de su vida tendrán limitada su actividad por dolor de espalda. En los últimos 25 años la prevalencia ha aumentado y se prevé que lo siga haciendo.

Los factores de riesgo son múltiples: sexo, edad, obesidad, tabaquismo, trabajo físico de fuerza, trabajo sedentario, factores genéticos, insatisfacción en el trabajo y el sistema de atención sanitaria; también la afectación psicológica por estrés, ansiedad y depresión, que incidirán en el paciente según su perfil de personalidad. La personalidad catastrofista es un factor de riesgo.

Se han realizado muchos trabajos para valorar la incidencia y la prevalencia del dolor de espalda en distintas actividades deportivas, en distintos tipos de trabajos y en distintas franjas de edad con el objetivo de valorar factores de riesgo e introducir medidas preventivas y modificaciones ergonómicas en el contexto laboral.

Después de un episodio de dolor lumbar agudo, un tercio de los pacientes tendrán otro episodio y la

mitad de este tercio solicitan cuidados médicos. Si hay más de dos episodios de dolor lumbar, se triplican las probabilidades de recurrencia dentro del mismo año^{6,7}. La orientación eficaz del tratamiento desde el principio y su seguimiento para valorar la eficacia pueden evitar o disminuir el porcentaje de cronificación. Si el paciente no se reincorpora a su trabajo en el periodo de un año, difícilmente lo hará, con la consiguiente carga social y económica.

Es evidente que hay un porcentaje de pacientes que requieren derivación al especialista, con una fisiopatología, diagnóstico y tratamiento médico específicos. En un 80-85% no se encuentran datos objetivos⁸ y el tratamiento debe orientarse a reducir el dolor y sus consecuencias.

Reflexionando sobre la magnitud del problema y su repercusión médica, social y económica, es recomendable introducir políticas integradoras de atención que abandonen el modelo exclusivo biomédico y lo enfoquen bajo un prisma biopsicosocial⁹. La discapacidad es inseparable del contexto social y económico de la vida de las personas y en relación con las creencias culturales y personales.

Esta visión global comienza por evitar la medicalización excesiva y compartimentada. Se deberían estandarizar definiciones, etiologías y tratamientos, siendo críticos con indicaciones de tratamientos farmacológicos e intervencionistas sin evidencia. Tienen cabida programas de promoción integral de salud musculoesquelética con un enfoque positivo, introduciendo cambios de comportamiento.

Las medidas políticas deben estar coordinadas con todos los protagonistas: los proveedores de salud, el mundo laboral y los servicios sociales. No solo hay que consensuar guías de práctica clínica, sino también políticas de adaptación al lugar de trabajo y criterios de discapacidad. El objetivo común debe ser la prevención, la mejora de la calidad de vida, la reincorporación al trabajo en los pacientes en edad productiva y una actuación médica racional en pacientes de mayor edad.

Los programas multidisciplinarios que combinan tratamiento médico y psicológico, y valoran las preferencias y capacidades individuales del paciente, resultaran eficientes porque pueden disminuir los porcentajes de discapacidad.

El interés que han demostrado por este problema un grupo de especialistas de reconocido prestigio¹⁰ mejorará sin duda el futuro de estos pacientes y la sostenibilidad del sistema.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F, et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum.* 2012;64:2028-37.
2. Chou R. In the clinic. Low back pain. *Ann Intern Med.* 2014;160:ITC6-1.
3. Erdil M, Atlas SJ, Sullivan DJ. Occupational low back pain: Evaluation and management. [Internet, consultado el 6 de julio de 2018]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/occupational-low-back-pain-evaluation-and-management>.
4. Deyo RA, Jarvik Jg, Chou R. Low back pain in primary care. *BMJ.* 2014;349:g 4266.
5. Irvin RW, Watson T, Minick RP, Ambrosius WT. Age, body mass index, and gender differences in sacroiliac joint pathology. *Am J Phys Med Rehabil.* 2007;86:37.
6. Machado GC, Maher CG, Ferreira PH, Latimer J, Koes BW, Steffens D, et al. Can recurrence after an acute episode of Low Back Pain be predicted? *Phys Ther.* 2017;97:889-95.
7. Da Silva T, Mills K, Brown BT, Herbert RD, Maher CG, Hancock MJ. Risk of recurrence of low back pain: a systematic review. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2017;47:305-13.
8. Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. *Lancet.* 2017;389:736-47.
9. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet.* 2018;391:2368-83 [Internet, consultado el 5 de Julio de 2018]. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673618304896>.
10. Buchbinder R, van Tulder M, Öberg B, Menezes Costa L, Woolf A, Schoene M, et al. Low back pain: a call for action. *Lancet.* 2018;391:2384-8 [Internet, consultado el 5 de julio de 2018]. Disponible en <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673618304884>.