

Lumbalgia: Un problema de salud pública

Dr. Alfredo Covarrubias-Gómez*

* Departamento de Medicina del Dolor y Paliativa «Dr. Ramón DeLille Fuentes»
del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán,
Distrito Federal, México. Clínica de Medicina del Dolor y Paliativa de la Fundación Médica Sur,
Distrito Federal, México.

ANTECEDENTES

Frecuencia del dolor crónico

El dolor crónico afecta a un cuarto de la población general (rango del 8 al 80%, promedio 27%)⁽¹⁻³⁾; por ello, es considerado un problema de salud a nivel mundial^(1,2). A manera de ejemplo y utilizando esa proporción de sujetos; si consideramos que México cuenta con 105 millones de habitantes, entonces es posible que poco más de 28 millones de habitantes presenten este tipo de dolor⁽²⁾. Ese número de enfermos, sugiere que la nación tendrá que destinar recursos humanos y materiales a la atención en salud de las personas afectadas.

Controversias metodológicas y sesgos

No obstante que el dolor crónico afecta a un cuarto de la población del planeta y a que es considerado internacionalmente como un problema de salud pública; al momento, carecemos de un indicador que nos permita identificar su prevalencia exacta. Esta problemática deriva de la falta de consenso acerca de su conceptualización, lo que ha generado diversas controversias acerca de los resultados en series de corte epidemiológico.

A pesar de la falta de un consenso conceptual que permita la definición puntual del dolor crónico, actualmente podemos identificar coincidencias en los siguientes elementos: (i) se manifiesta en forma persistente, episódica o recurrente, (ii) su intensidad o severidad afecta la funcionalidad o las condiciones de vida del enfermo que lo padece, (iii) es atribuible a un proceso de enfermedad⁽⁴⁾, (iv) considera un tiempo mayor al requerido para obtener

la curación, y (v) se mantiene más allá de 3 ó 6 meses desde su inicio⁽⁵⁾.

En este sentido, dichos puntos coincidentes resultan ambiguos, imprecisos, y arbitrarios. Sabemos que el dolor es el signo cardinal de la mayoría de las enfermedades agudas; sin embargo, esto excluye a la cronicidad del mismo. Por ello, dicha ambigüedad conceptual, sugiere que el dolor crónico acompaña a una serie heterogénea de enfermedades; y en consecuencia la exclusión u omisión de alguna de ellas en algún reporte epidemiológico, conducirá a sesgos de interpretación. De igual forma, el establecimiento arbitrario de una duración específica, debe puntualizarse en cualquier reporte sobre dolor crónico. Dicha acción permitirá homologar los resultados obtenidos con los de otros estudios; y en el futuro, realizar nuevas evaluaciones de tipo meta-analítico.

Estrategias para su estudio epidemiológico

Ante el posible cuestionamiento de la propuesta que sostiene que el dolor es un problema de salud pública, los epidemiólogos han utilizado estrategias para estimar la prevalencia del dolor crónico mediante métodos indirectos. Una de las más empleadas es el estudio epidemiológico de enfermedades específicas que se manifiestan por este tipo de dolor (vgr.: lumbalgia, polineuropatía diabética dolorosa, neuralgia postherpética, entre otras). Vale la pena destacar que al momento, ya se han publicado los resultados de grandes encuestas con seguimientos en sujetos europeos con dolor crónico⁽⁶⁾. Bajo este marco de referencia, el objetivo principal del presente trabajo, es presentarle al lector aquellos elementos que fundamentan la problemática sanitaria resultante del dolor de espalda baja (lumbalgia).

EL DOLOR CRÓNICO Y LUMBALGIA

¿Por qué decimos que el dolor crónico afecta a un cuarto de la población general?

Dicha aseveración se fundamenta en diversos estudios, destacándose los siguientes documentos: (i) una revisión sistematizada realizada por la **Asociación Internacional para el Estudio del Dolor** (IASP, por sus siglas en inglés) (19 documentos, N = 48,861), ha propuesto que en promedio el 27% de la población general presenta dolor crónico⁽³⁾; (ii) una editorial de la **Academia Americana para el Manejo del Dolor** (AAPM, por sus siglas en inglés), ha estimado que 67 millones de estadounidenses padecen este tipo de dolor (es decir 22% de la población de ese país) (cifra basada en un estudio independiente)⁽⁶⁾; (iii) en una encuesta a 46,000 sujetos de 16 países de la Unión Europea (supervisada por la **Federación Europea de Capítulos de la IASP** o EFIC por sus siglas en inglés), identificó que 19% de la población lo padecen⁽⁷⁾.

¿Qué tan frecuente es frecuente?:

El dolor crónico en la consulta externa

Es posible que este problema de salud sea observado en forma cotidiana por los profesionales de la salud. En la Unión Americana se ha identificado que el 17% de los enfermos que son atendidos en centros de atención primaria presentan dolor crónico⁽⁸⁾. En México, se ha observado que el 13% de la población (edad de 20 a 59 años) que acude a las Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) manifiesta este tipo de dolor⁽⁹⁾. Estas cifras sugieren que el dolor crónico se presenta en dos de cada 10 sujetos que acuden a la consulta externa de centros de atención primaria; lo anterior es coincidente con los reportes epidemiológicos que sugieren que un cuarto de la población lo presenta.

¿Dónde le duele?: Frecuencia del dolor crónico por región anatómica

De acuerdo a lo reportado por la **Sociedad Americana de Dolor** (APS, por sus siglas en inglés) (N = 2,642 adultos con dolor crónico no-maligno) la espalda es la región anatómica más frecuentemente reportada por los enfermos con dolor crónico; esta ubicación es coincidente a lo descrito en el estudio europeo (46,000 sujetos de 16 países de la Unión Europea) (24% en Europa vs 27% en la Unión Americana)^(7,10). En nuestro país, al parecer contamos con cifras similares; de acuerdo con los reportes del Instituto Mexicano del Seguro Social el 12% de las consultas proporcionadas durante el 2003 en las Unidades de Medicina Familiar, co-

rrespondieron a dorsopatías⁽¹¹⁾. Por lo anterior, es posible considerar que dicha ubicación del dolor persistente sea la más comúnmente observada en el contexto clínico.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA LUMBALGIA

En las Guías de Manejo del Dolor de Espalda Baja o lumbalgia propuestas por la **Cooperación Europea de Ciencia y Tecnología** (COST, por sus siglas en inglés) se ha propuesto la siguiente definición: «aquellas sensaciones dolorosas o no confortables, localizadas por debajo del margen costal (12ª costilla) y por arriba del límite superior de la región glútea (unión lumbosacra), que pueden irradiarse hacia uno o ambos miembros pélvicos»⁽¹²⁾.

Dicha revisión de corte sistematizado ha identificado que de acuerdo a diversos estudios epidemiológicos, la lumbalgia, puede afectar al 84% de las personas en algún momento de su vida (rango del 11 a 84%)⁽¹²⁾. Lo anterior sugiere que 9 de cada 10 sujetos tendrá dolor lumbar en algún momento; sin embargo, es posible que ese evento se resuelva y no vuelva a presentarse. En el caso de la lumbalgia crónica, diversos estudios proponen una prevalencia del 15 al 36%⁽¹³⁻¹⁷⁾. Lo anterior, vuelve a recordarnos que posiblemente un cuarto de los enfermos con dolor crónico presenta dolor de espalda baja^(7,10).

¿LA LUMBALGIA ES UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA?

Definición de salud pública

De acuerdo con la **Organización Mundial de la Salud**, este concepto puede definirse como «la ciencia y arte de promover la salud, prevenir la enfermedad, prolongar la vida, y mejorar las condiciones asociadas a la misma (calidad de vida) por medio del esfuerzo organizado de la sociedad». La «*nueva salud pública*» se refiere a «el entendimiento y comprensión de la forma en la que los estilos de vida y condiciones asociadas a la misma determinan el estado de salud de la sociedad en su conjunto; y el reconocer la necesidad de movilizar recursos y/o invertir en políticas, programas, y servicios que creen, mantengan y protejan a la salud mediante la promoción y desarrollo de estilos de vida y ambientes saludables»⁽¹⁸⁾.

La lumbalgia y la salud pública

Hablar de dolor crónico en la espalda baja, es hablar de enfermedad, es hablar de un estado en donde el «bienestar» físico, mental, y social se ha perdido; y en consecuencia, las condiciones asociadas a la vida (calidad de vida) disminuyen considerablemente⁽¹⁸⁾. Por ello, se ha identificado que

este estado doloroso, impacta significativamente la salud del individuo que lo padece⁽¹²⁾. Si esto lo traducimos al contexto global en donde el dolor crónico afecta a un cuarto de la población general y un cuarto de ellos tienen lumbalgia, es comprensible considerar que esta afección sea considerada un problema de salud pública.

Dicho de otra forma, si México tuviera 100 millones de personas, entonces 25 millones tendrían dolor crónico (en 6.25 millones estaría localizado en la espalda baja). Es decir, actualmente es posible que el 7% de la población nacional tenga dolor en esta localización anatómica. Estos elementos son el indicador que fundamenta la propuesta de que la lumbalgia es un problema de salud pública. Por lo anterior, es imperativo que la nación cuente con un programa nacional para la prevención y tratamiento de este padecimiento.

La lumbalgia cuesta

Una reflexión acerca de la magnitud de este problema toma en consideración los siguientes elementos: (i) Primero, en México, aproximadamente el 58% de la población se encuentra en un rango de edad de 14 y más años; es decir, son económicamente activos⁽¹⁹⁾. (ii) Segundo, el 52% de las personas atendidas en las Unidades de Medicina Familiar del IMSS tiene de 20 a 59 años; es decir, son económicamente activos⁽¹¹⁾. (iii) Tercero, 25% de dichos enfermos presentaron dorsalgia como diagnóstico de consulta⁽¹¹⁾. De lo anterior, es posible considerar que el dolor de espalda baja es un problema frecuente en la población económicamente activa; ante esto vale la pena preguntarnos ¿Cuánto nos cuestan los días de incapacidad laboral a consecuencia de este problema de salud?, ¿el manejo deficiente de la lumbalgia prolonga la incapacidad asociada al dolor?; en el contexto de la medicina socializada ¿un manejo deficiente nos cuesta más?

En nuestro país el IMSS y el ISSSTE (Instituto de Seguridad Social y Salud para los Trabajadores del Estado) abarcan al 93% de la población asegurada; en conjunto, ambas instituciones proporcionaron 27.8 millones de días de incapacidad laboral en el 2007, lo que se tradujo en \$5.8 miles de millones de pesos mexicanos o MXP (en 2007, el día laboral en México correspondió a 8 horas y \$51 MXP). Si la lumbalgia es el padecimiento más frecuente del trabajador, ¿cuánto costaron las incapacidades por este padecimiento? (Sistema Nacional de Información en Salud, SINAIS: Cuadro interactivo. <http://sinais.salud.gob.mx>).

Sobre esto, un estudio realizado en 2,566 trabajadores del IMSS del norte del país, demostró que el 41% de los trabajadores refiere haber padecido o padecer lumbalgia (n = 1,077). De los trabajadores que reportaron este padecimiento, el 48% requirió atención médica (n = 517) y 31%

incapacidad laboral (n = 334) por un promedio de 12 días en cada caso⁽²⁰⁾. Otro estudio realizado en 761 trabajadores del IMSS del sur del país, identificó la presencia de dolor musculoesquelético en 25% de éstos (n = 197); de los cuales, 5% presentaron lumbalgia (n = 10), y 33% auto-percibieron una incapacidad completa para trabajar a consecuencia del dolor (n = 65)⁽²¹⁾.

A manera de ejemplo y únicamente con el objetivo de representar la magnitud del problema, si el 30% de los 6.5 millones de enfermos con lumbalgia crónica requiere incapacidad, entonces estamos hablando de 1.9 millones de personas con incapacidad laboral. Si cada uno de ellos requiere 12 días en promedio, estamos hablando de 23.4 millones de días (aproximadamente el 84% del total de incapacidades IMSS-ISSSTE); es decir 1.2 miles de millones de MXP. Debido a la limitación de estudios epidemiológicos en nuestro país, el ejercicio anterior es sólo didáctico, los valores no son exactos, representa la magnitud del problema y propone la necesidad de generar líneas de investigación que aclaren puntualmente las consecuencias de este problema de salud.

En la Unión Americana se ha estimado que al trabajador con lumbalgia se le llegan a otorgar hasta 102 días en promedio (rango de 303 a 39 días)⁽²²⁾. En ese país, el costo de un evento doloroso asociado a lumbalgia es de 252.95 USD por evento agudo⁽²³⁾; en Francia, es de 101.66 USD⁽²⁴⁾. Esas cifras no contemplan procedimientos invasivos de tipo intervencionista. De igual forma, las guías europeas refieren que del 11 al 12% de la población presenta incapacidad asociada a lumbalgia⁽¹²⁾.

CONCLUSIONES

El dolor crónico afecta a un cuarto de la población general (rango del 8 al 80%, promedio 27%)⁽¹⁻³⁾. Cerca de un cuarto de los enfermos con dolor crónico presentan dolor lumbar^(7,10,11). Este padecimiento condiciona limitantes físicas que modifican el entorno social y afectivo del afectado.

La lumbalgia presenta costos asociados a las incapacidades laborales y a la terapéutica empleada. En este sentido, aproximadamente 30% de los portadores de lumbalgia en México requieren incapacidad. En el Reino Unido el ausentismo asociado a esta enfermedad es del 13%⁽²⁵⁾, mientras que en la Unión Americana es del 33%⁽²⁶⁾. Lo anterior, nos demuestra la importancia de contar con estadística nacional específica, ya que es posible que las condiciones laborales modifiquen esta variable. Por otro lado, en nuestro país los días otorgados por incapacidad es en promedio de 12 días^(19,20). Estos datos contrastan con lo reportado en otras latitudes; tal es el caso de la Unión Americana, en donde se destinan más de 100 días de incapacidad por evento agudo⁽²²⁾.

Otro costo identificado, es el asociado a la terapéutica. En la Unión Americana, las consultas médicas, radiografías y medicamentos, atribuibles a cada evento agudo de lumbalgia cuesta en promedio 253 USD⁽²³⁾, en Francia esto cuesta 102 USD⁽²⁴⁾. La lumbalgia crónica en el Reino Unido presenta un costo quirúrgico por paciente de 6,668 USD; el abordaje intensivo mediante rehabilitación de 4,889 USD⁽²⁷⁾. Lo anterior se traduce como el incremento de costos con intervenciones más complejas.

Esta serie de consideraciones deben hacernos reflexionar, ya que la nación necesita propuestas inteligentes que beneficien a la mayoría de los mexicanos. Hemos identifi-

cado un problema de salud que requiere atención inmediata; para ello, es conveniente la generación de programas nacionales que permitan la prevención y tratamiento de este problema de salud en forma óptima, racional, y eficiente.

Esfuerzos conjuntos de las Academias Nacional de Medicina y Mexicana de Cirugía del Colegio Mexicano de Anestesiología, la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor, el Instituto Mexicano del Seguro Social, entre otros, han fructificado con el desarrollo de los parámetros de práctica para el manejo del dolor de espalda baja. Este documento es la punta de lanza hacia el objetivo de promover una mejor salud para todos los mexicanos.

REFERENCIAS

- Jensen TS, Gottrup H, Kasch H, Nikolajsen L, Terkelsen AJ, Witting N. Has basic research contributed to chronic pain treatment? *Acta Anaesthesiol Scand* 2001;45:1128-1135.
- Covarrubias-Gómez A. Papel del anestesiólogo en el manejo del dolor crónico. *Rev Mex Anest* 2008;31:S235-S237.
- Harstall C, Ospina M. How Prevalent is Chronic Pain? *Pain Clin Update* 2003;11:1-4.
- Task Force on Pain Management. Practice guidelines for chronic pain management: A report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Pain Management, Chronic pain section. *Anesthesiology* 1997;86:995-1004.
- Tuck DV, Okifuji A. Pain terms and taxonomies of pain. Loeser JD (ed): *Bonica's textbook of pain management*. 3rd ed. LWW. Philadelphia, USA. 2001:152.
- Winer K. Pain is an epidemic. *American Academy of Pain Management. AAMP Special Message*. 2003. [Disponible en internet: <http://www.aapainmanage.org/literature/Articles/PainAnEpidemic.pdf>]. Fecha de consulta: Mayo 5, 2010.
- Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006;10:287-333.
- Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R. Persistent pain and well-being: a World Health Organization Study in Primary Care. *JAMA* 1998;280:147-151.
- División de Información Estadística en Salud. Motivos de consulta en la atención médica familiar de la población adulta. *Rev Med IMSS* 2003;41:441-448.
- Documento sin autores citados. *Chronic Pain in America: Roadblocks to Relief*. Estudio realizado por Roper Starch Worldwide para la American Academy of Pain Medicine, American Pain Society y Janssen Pharmaceutica, 1999.
- División de Información Estadística en Salud. Motivos de consulta en la atención médica familiar de la población adulta. *Rev Med IMSS*. 2003;41:441-448.
- Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Kluber-Moffett J, Kovacs F, et al. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J* 2006;15:S192-S300.
- Biering-Sørensen F. A prospective study of low back pain in a general population: I. Occurrence, recurrence and aetiology. *Scand J Rehabil Med* 1983;15:71-79.
- Gyntelberg F. One year incidence of low back pain among male residents of Copenhagen aged 40-59. *Dan Med Bull* 1974;21:30-36.
- Waxman R, Tennant A, Helliwell P. A prospective follow-up study of low back pain in the community. *Spine* 2000;25:2085-2090.
- Croft PR, Papageorgiou AC, Thomas E, et al. Short-term physical risk factors for new episodes of low back pain: prospective evidence from the South Manchester Back Pain Study. *Spine* 1999;24:1556-1561.
- Cassidy JD, Cote P, Carroll LJ, Kristman V. Incidence and course of low back pain episodes in the general population. *Spine* 2005;30:2817-2823.
- (Documento sin autores citados) *World Health Organization. Health Promotion Glossary*. WHO Press. Suiza. 1998:3.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Banco de Información económica. México. [Disponible en Internet en: www.inegi.gob.mx]. Fecha de consulta: 4 de Febrero del 2009.
- Saldívar-González AH, Cruz-Torres DL, Serviere-Zaragoza L, Vázquez-Nava F, Joffre-Velázquez VM. Lumbalgia en trabajadores: Epidemiología. *Rev Med IMSS* 2003;41:203-209.
- Álvarez-Namegyei J, Nuño-Gutiérrez BL, Alcocer-Sánchez JA. Enfermedades reumáticas y discapacidad laboral en población adulta rural. *Rev Med IMSS* 2005;43:287-292.
- Hashemi L, Webster BS, Clancy EA, Volinn E. Length of disability and cost of workers' compensation low back pain claims. *J Occup Environ Med* 1997;39:937-945.
- Crow WT, Willis DR. Estimating cost of care with acute low back pain: A retrospective review of patient records. *J Am Osteopath Assoc* 2009;109:229-233.
- Lafuma A, Fagnani F, Vautravers P. Management and cost for low back pain in primary care settings in France. *Rev Rhum Engl Ed* 1998;65:119-125.
- Speed C. Low back pain. *BMJ* 2004;328:1119-1121.
- Hestbaek L, Leboeuf-Yde C, Manniche C. Low back pain: what is the long-term course? A review of studies of general patient populations. *Eur Spine J* 2003;12:149-165.
- Rivero-Arias O, Campbell H, Gray A, Fairbank J, Frost H, Wilson-MacDonald J. Surgical stabilization of the spine compared with a programme of intensive rehabilitation for the management of patients with chronic low back pain: cost utility analysis based on a randomized controlled trial. *BMJ* 2005;330:1239.