

Consulta monográfica de columna lumbar. Protocolo de investigación clínica, ¿cómo son los pacientes con lumbalgia crónica inespecífica?

A. Humbría Mendiola

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España.

Fundamento: Conocer las características de los pacientes con dolor lumbar inespecífico puede ser importante en la búsqueda de factores pronósticos y de respuesta al tratamiento.

Objetivo: Estudiar las características demográficas y laborales de 337 pacientes visitados consecutivamente en la Consulta Monográfica de Columna Lumbar del Hospital de la Princesa (CMCLHP) desde el 3 de noviembre de 1996 hasta el 30 de junio de 1999, ambos inclusive, y compararlas con las de la población de referencia del Área 2 de Salud de la Comunidad de Madrid.

Pacientes y método: Estudio prospectivo, observacional, con recogida de variables demográficas y laborales, realización de estadística descriptiva de los pacientes y análisis comparativo con la población de referencia.

Resultados: El perfil más frecuente del paciente que acudió a la CMCLHP, fue: mujer (67%), de procedencia urbana (95%), entre 30 y 60 años de edad (76%), trabajador activo (52%), que desempeña un trabajo de esfuerzo físico moderado (57%), empleado por cuenta ajena (55%) y perteneciente al sector servicios (71%). Las diferencias significativas de la muestra de pacientes respecto a su población de referencia fueron las siguientes: mayor proporción de mujeres, mayor proporción de individuos en los grupos de edad comprendidos entre 30 y 60 años, menor proporción de individuos en los grupos de edad mayores de 60 años y menores de 21. En la muestra hubo más sujetos activos totales y ocupados, más amas de casa y más pensionistas por incapacidad laboral permanente. También hubo diferencias en la distribución por actividad económica y por profesión entre los pacientes y la población de referencia.

Conclusiones: Los pacientes que acuden a la CMCLHP son significativamente diferentes de su población de referencia. El conocimiento de estas diferencias puede contribuir a planificar más eficazmente los recursos diagnósticos y terapéuticos, y puede ser el primer paso para investigar posibles factores pronósticos y de respuesta al tratamiento.

Palabras clave: Dolor lumbar. Demografía. Actividad laboral.

Monographic low back pain clinic. Protocol for scientific research. What are the characteristics of patients with chronic nonspecific low back pain?

Background: Knowledge of the demographic and occupational characteristics of patients with nonspecific low back pain could be useful to identify factors influencing prognosis and therapeutic response.

Objective: To study demographic and occupational characteristics in 337 patients consecutively seen in the monographic low back pain clinic of the Hospital de la Princesa from November 1996 to June 1999 and to compare them with those of the reference population (Health Area 2, Autonomous Community of Madrid).

Patients and method: We performed a prospective, observational study. A descriptive statistical analysis was performed of patients' demographic and occupational characteristics and the results were compared with data from the reference population. **Results:** The most frequent profile found among patients was: woman (67%), urban (95%), aged 30-60 years old (76%), in active employment (52%), job with moderate physical requirements (57%), employee (55%) and from the services sector (71%). Significant differences were found between the patients and their reference population: in the sample of patients there were significantly more women, more subjects in the age groups from 30 to 60 years old, and fewer individuals older than 60

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

Manuscrito recibido el 22-9-2003 y aceptado el 1-6-2004.

years and younger than 21 years. The proportion of active and occupied individuals, as well as that of housewives and retirees due to permanent disability, was higher in the sample of patients than in the reference population. Significant differences were also found in distribution by economic activity and profession between the sample of patients and the reference population.

Conclusions: Patients attending the monographic low back pain clinic of our hospital differed significantly from their reference population. Identification of these differences might contribute to more effective planning of diagnostic and therapeutic resources and could constitute the first step in investigating factors related to prognosis and therapeutic response.

Key words: Low back pain. Demography. Job description.

Introducción

A lo largo de los últimos 50 años, el dolor lumbar inespecífico se ha convertido en un reto de enormes dimensiones en las sociedades occidentales. Hay 2 aspectos fundamentales que dificultan su resolución: su frecuencia y su complejidad. Poco podemos hacer respecto a su frecuencia, pues conforme se realizan estudios epidemiológicos en las poblaciones, observamos que su prevalencia es elevada en todas ellas, independientemente de su nivel de desarrollo¹⁻³. Nos queda, pues, abordar el problema desde el otro aspecto: su complejidad. Conforme avanza el desarrollo económico de una determinada sociedad, ésta se hace cada vez más compleja en todos sus ámbitos, incluidos los problemas; algunos desaparecen, nacen otros y, por último, hay un grupo de ellos que cambia radicalmente. A este último grupo pertenece el dolor lumbar inespecífico o lumbalgia inespecífica. Con los profundos cambios socioeconómicos acaecidos en las sociedades occidentales durante el siglo pasado, hemos pasado de considerar el dolor lumbar como un síntoma del vivir cotidiano a observar cómo se convertía en una fuente inagotable de incapacidad, todo ello como resultado final de sus repercusiones individuales, familiares, sanitarias, laborales, económicas y sociales^{4,5}.

Los reumatólogos españoles podemos contribuir en alguna medida para encontrar soluciones dentro de un marco multidimensional que claramente sobrepasa nuestra capacidad de actuación. En primer lugar, podemos colaborar en la consecución de un mejor conocimiento de la situación en nuestro país; así, el estudio EPISER, promovido por la Sociedad Española de Reumatología ha supuesto un hito importante, al permitimos conocer datos como la prevalencia puntual y la prevalencia en 6 meses del dolor lumbar en la población española, además de otros aspectos importantes⁶.

TABLA 1. Variables estudiadas en los pacientes y sus opciones

Variable	Opciones
Sexo	Mujeres Varones
Tipo de población	Urbana Rural
Grupos de edad (años)	< 20 21-30 31-40 41-50 51-60 61-70 71-75
Tipo de trabajo	Sedentario Esfuerzo físico moderado Esfuerzo físico intenso
Vinculación laboral	Cuenta propia Cuenta ajena Amas de casa Estudiantes
Situación laboral	Trabajadores activos Trabajadores en paro Baja laboral Amas de casa Estudiantes Jubilados Incapacidad laboral permanente
Grupos laborales	Agricultura Construcción Industria Servicios
Profesión	

Estudios como el EPISER requieren un amplio despliegue de recursos humanos y medios económicos que no están al alcance ni siquiera de los servicios hospitalarios de atención especializada.

¿Podemos hacer algo más para colaborar en la resolución de la incapacidad por dolor lumbar inespecífico? Varios grupos españoles han realizado importantes esfuerzos a lo largo de los años para estudiar el dolor lumbar en su área de influencia, determinar el impacto de la incapacidad que genera e intentar mejorar su manejo⁷⁻¹⁶. Otra forma de abordar el problema desde el punto de vista de nuestra especialidad podrían ser las consultas monográficas de columna lumbar y la creación y participación en las denominadas unidades de espalda, de carácter multidisciplinario¹⁷.

La Consulta Monográfica de Columna Lumbar del Hospital de la Princesa (CMCLHP), nació con un doble objetivo: proporcionar a los pacientes con dolor lumbar inespecífico el manejo más racional según las últimas aportaciones basadas en la evidencia y extraer, de forma protocolizada, la mayor cantidad posible de información que la medicina asistencial permite obtener. Una de las utilidades que puede tener una consulta monográfica de columna lumbar es precisamente estudiar las características de los pacientes que acuden a ella, con la intención de en-

contrar factores que puedan ser importantes desde un punto de vista pronóstico y terapéutico.

Por ello, el objetivo de este estudio fueron las características demográficas y laborales de los pacientes con lumbalgia crónica inespecífica, que acudieron a la CMCLHP entre el 3 de noviembre de 1996 hasta el 30 de junio de 1999, ambos inclusive, y compararlas con las de la población general del Área Sanitaria 2 de Madrid, población de referencia de los pacientes.

Pacientes y método

Pacientes

Se recogió, de forma prospectiva, la historia clínica protocolizada de los primeros 337 pacientes que acudieron a la CMCLHP que cumplieran los criterios de inclusión:

- Presentar lumbalgia crónica inespecífica o lumbalgia inespecífica recidivante.
- Pacientes menores de 75 años.
- Sin datos sugestivos de "rentismo" laboral.
- Sin criterios de fibromialgia.
- Sin evidencia de lumbalgia por aplastamiento vertebral lumbar reciente.

Se consideró lumbalgia inespecífica aquella en la que no era posible llegar a un diagnóstico etiológico independientemente de su duración; lumbalgia crónica inespecífica la que tenía una duración igual o mayor a 6 meses, y lumbalgia inespecífica recidivante aquella en la que el intervalo libre de dolor entre 2 episodios de lumbalgia era igual o superior a 3 meses. Todos los pacientes incluidos en el trabajo pertenecen al Área Sanitaria 2 de la Comunidad Autónoma de Madrid.

No se tuvo en cuenta a los pacientes que no cumplieran los criterios de inclusión, puesto que el objetivo del trabajo se centra, de forma prospectiva y observacional, en pacientes que fueran relativamente homogéneos para no incrementar las posibles variables de confusión.

La evolución de los pacientes se recogió desde su inclusión hasta su salida de la consulta, debido a alta médica o a abandono, éste se consideró cuando el paciente no había vuelto a revisión en un período igual o superior a 6 meses desde su última visita.

Método

Se utilizó un protocolo clínico elaborado por la investigadora para pacientes con lumbalgia crónica.

TABLA 2. Variables recogidas de la población de referencia

Variable	Opciones
Sexo	Mujeres Varones
Grupos de edad	16-20 años 21-30 años 31-40 años 41-50 años 51-60 años 61-70 años 71-75 años
Población activa	Activa total Activa ocupada Desempleo
Población pasiva	Pasivos totales Labores hogar Estudiantes Incapacidad permanente Jubilación
Población activa ocupada. Rama de actividad económica	Industria y manufactura Construcción Comercio y reparación de vehículos a motor, hostelería Almacenamiento, transportes y comunicaciones Administración pública, de defensa y seguridad social Educación Actividades sanitarias y veterinarias Otras actividades sociales y servicios
Población activa ocupada. Profesión	Hogares que emplean personal doméstico Dirección de empresas y administraciones públicas Técnicos y profesionales científicos e intelectuales Técnicos y profesionales de apoyo Empleados de tipo administrativo Trabajadores de servicios, protección y restauración Trabajadores cualificados en agricultura y pesca Trabajadores cualificados en industria, manufactura y construcción Operadores de instalación y maquinaria, montadores Trabajadores no cualificados

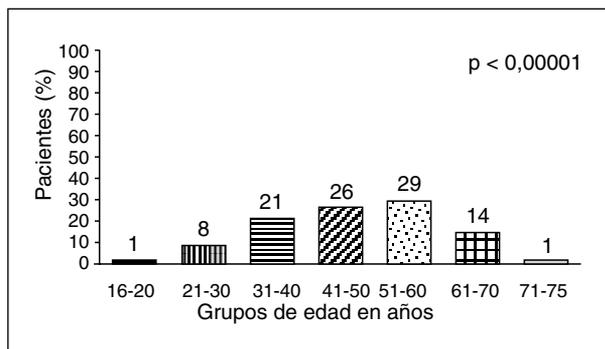


Figura 1. Distribución de los pacientes por grupos de edad.

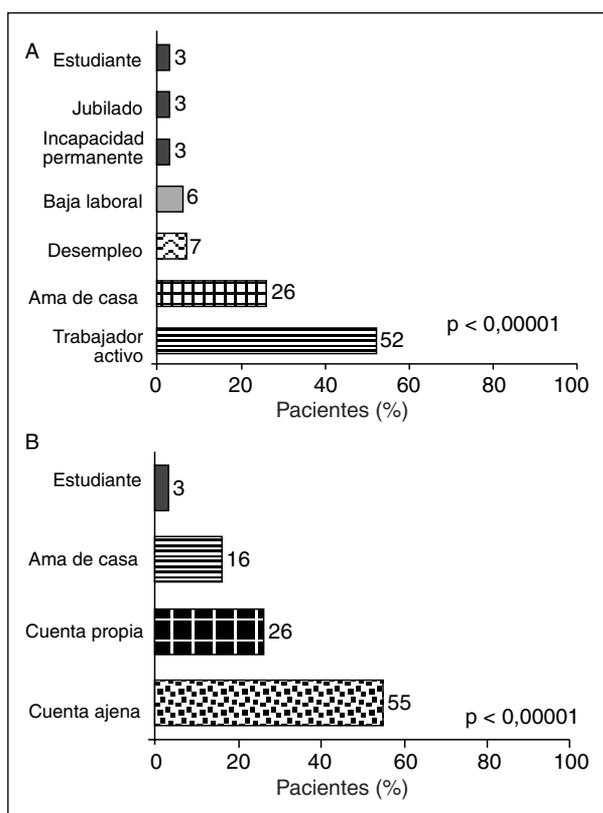


Figura 2. A) Situación laboral de los pacientes. B) Vinculación laboral de los pacientes.

Se creó una base de datos utilizando el programa Excel® (Microsoft®), en la que se incluyeron 128 variables por paciente. Para este estudio se recogieron las siguientes: sexo, edad, tipo de población, profesión, tipo de trabajo, situación laboral, vinculación laboral y grupo laboral. La tabla 1 recoge las variables utilizadas en este estudio con sus distintas modalidades. Los datos de la población del Área Sanitaria 2 de Madrid se obtuvieron, a través de Internet, de la Gaceta Estadística del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid¹⁸; la tabla 2 re-

coge las variables obtenidas de la población de referencia. Se utilizó el programa Excel® para la elaboración de la estadística descriptiva, y el programa Stata® (StataCorp 2001; Stata Statistical Software; Release 7,0. College Station, TX; Stata Corporation) para el cálculo de los intervalos de confianza (IC) de los datos obtenidos de los pacientes. Se consideró que la muestra era representativa de la población de referencia para la variable estudiada cuando la media de la población general estaba contenida entre los IC de la media obtenida en la muestra.

Resultados

Características demográficas y laborales de los pacientes estudiados

La mayor parte de los resultados se encuentran reflejados en las figuras 1-3. El porcentaje de mujeres (67%) fue significativamente mayor que el de varones en el grupo de pacientes estudiados (33%; $p \leq 0,0001$). El 95% de los individuos pertenecían al medio urbano, mientras que sólo el 5% habitaba en el medio rural ($p \leq 0,00001$).

La media de edad de los pacientes fue de 47 años, con una desviación estándar (DE) de 12 años. Hubo diferencia estadísticamente significativa entre las proporciones de individuos comprendidos en los distintos grupos de edad. El 21% de los pacientes se situaban entre 31 y 40 años; el 26%, entre 41 y 50 años, y el 29%, entre 51 y 60 años. Si consideramos los 3 grupos de forma conjunta, suponen el 76% del total, tal como se muestra en la figura 1. El 52% de los pacientes eran trabajadores activos (fig. 2A), el 55% trabajaba por cuenta ajena, (fig. 2B), y en el 57% de los casos, su actividad habitual requería un esfuerzo físico moderado (fig. 3A). Los 337 pacientes se distribuyen en 82 tipos diferentes de actividades habituales y el 71% pertenecían al sector servicios (fig. 3B).

Por tanto, el perfil más frecuente en los pacientes protocolizados fue el siguiente: mujer (67%), de procedencia urbana (95%), entre 30 y 60 años de edad (76%), trabajador activo (52%), que desempeña un trabajo de esfuerzo físico moderado (57%), empleado por cuenta ajena (55%) y perteneciente al sector servicios (71%).

Comparación de la muestra de pacientes con las características de la población general del Área Sanitaria 2 de Madrid (población de referencia)

Una vez conocidas las características demográficas y laborales de la muestra, el segundo paso consistía en saber si ésta era representativa de su población de referencia o si había algunas diferencias significativas respecto a ella. El grupo de pacientes

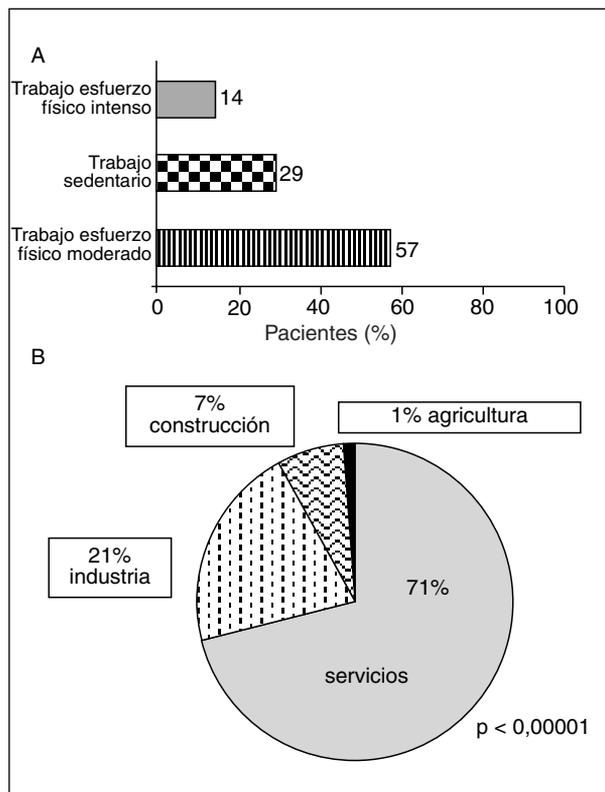


Figura 3. A) Tipo de trabajo de los pacientes activos. B) Sector laboral de los pacientes activos.

estudiados fue significativamente diferente de la población de referencia en varios aspectos. En el plano puramente demográfico, la frecuencia de mujeres en la muestra (media \pm DE, $0,67 \pm 0,05$) fue significativamente mayor que en la población de referencia (media, $0,54$).

La composición por grupos de edad muestra marcadas diferencias, con mayor proporción de la muestra contenida en los grupos de 31-40, 41-50, 51-60 y 61-70 años, especialmente en el tramo comprendido en los 41-60 años. Los grupos correspondientes a los más jóvenes y a los de más edad estaban significativamente menos representados en la muestra que en la población de referencia. Las diferencias en los grupos de edad entre la muestra y la población se pueden ver de forma gráfica en la figura 4.

Respecto a las características sociolaborales, la muestra contenía significativamente más trabajadores activos totales y más trabajadores activos ocupados. Entre los grupos pasivos, en la muestra había significativamente más amas de casa y más individuos con incapacidad laboral permanente. Por el contrario, los estudiantes y los jubilados por edad fueron menos frecuentes en la muestra de pacientes estudiados que en la población general. La figura 5 ilustra estas diferencias de manera gráfica.

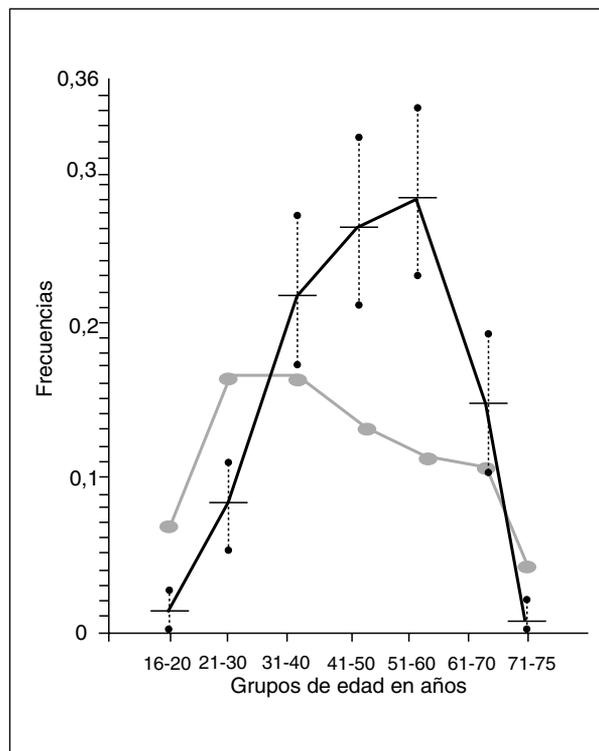


Figura 4. Distribución de la muestra y de su población de referencia por grupos de edad. Barras negras horizontales: media de la muestra; líneas discontinuas verticales: desviación estándar de la muestra; óvalos grises: media de la población.

En aras de poder comparar la muestra con la población de referencia, se ha agrupado a los pacientes de acuerdo con los grupos establecidos en los datos de la población y, por eso, ha sido imposible comparar aspectos tales como la vinculación laboral y el esfuerzo físico requerido por la actividad desarrollada habitualmente. La distribución de los pacientes ocupados por grupos de actividad difirió significativamente respecto a la población de referencia: hubo significativamente más pacientes en los grupos “otras actividades sociales, servicios”, “actividades sanitarias y veterinarias” y “personal doméstico”. Por el contrario, hubo menos en los grupos “administración pública, de defensa y seguridad social” e “industria y manufacturación” (fig. 6A).

Los pacientes ocupados también mostraron diferencias respecto a la población de referencia en la distribución por profesiones. En la muestra, hubo significativamente más trabajadores dedicados a las profesiones “técnicos y profesionales científicos e intelectuales”, “empleados administrativos”, “servicios, protección y restauración”, “trabajadores cualificados de industria, manufactura y construcción y vendedores” y “trabajadores no cualificados”. Por el contrario, hubo menos “directores de empresas y administraciones públicas” (fig. 6B).

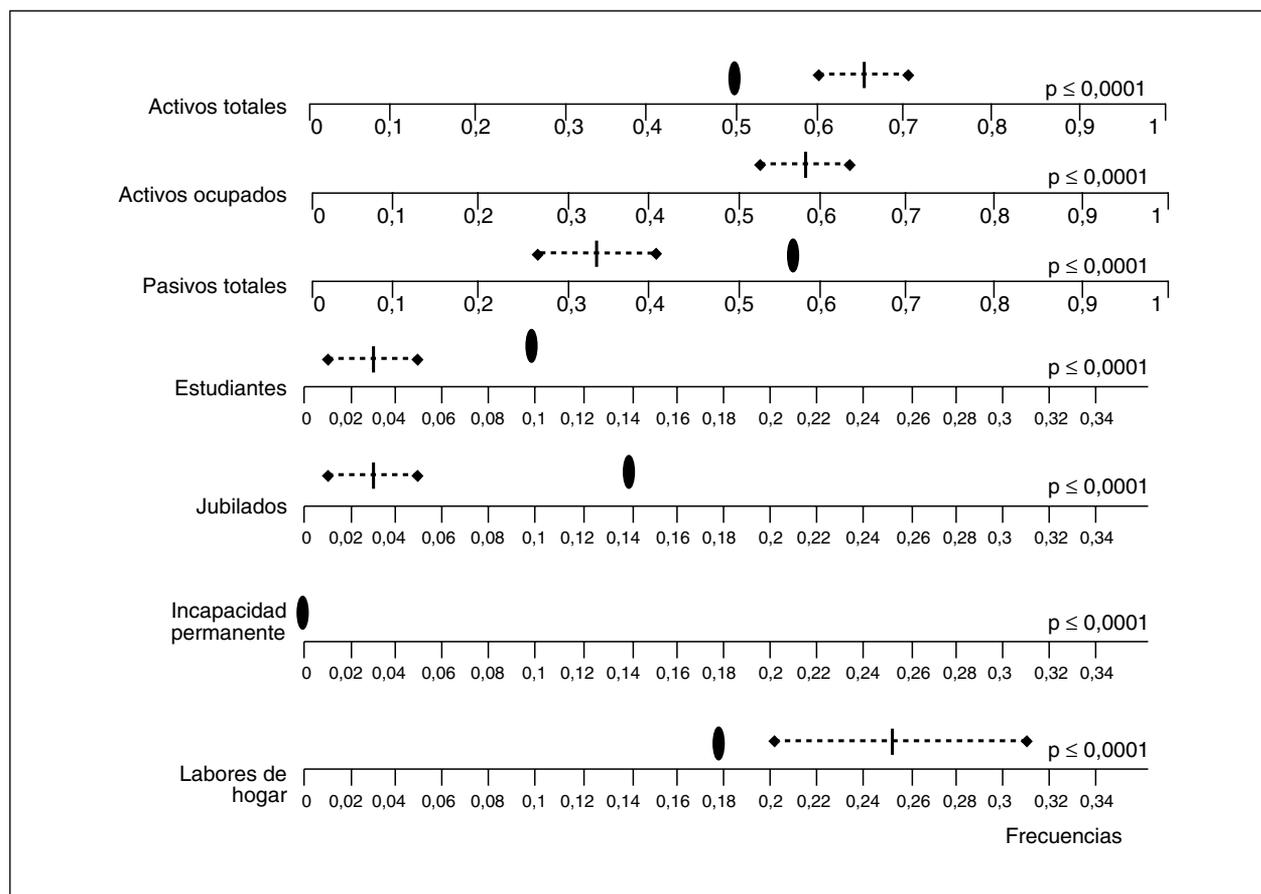


Figura 5. Distribución de la muestra por sector social. Barras negras verticales: media de la muestra; líneas discontinuas: desviación estándar de la muestra; óvalos negros: media de la población.

Estos resultados muestran que los pacientes del estudio difieren significativamente de su población de referencia en múltiples aspectos y no son en absoluto representativos de ella.

Discusión

El estudio del dolor lumbar inespecífico puede abordarse desde múltiples puntos de vista, pero es imposible abarcarlo de una manera global. La investigación de cada una de sus facetas nos revela una parcela del problema, pero como sucede muy frecuentemente, el todo es más que la suma de las partes. Uno de los puntos de vista desde el que podemos estudiar el dolor lumbar inespecífico es el que nos ofrece una consulta monográfica de columna lumbar. Por supuesto, se debe interpretar los resultados obtenidos con mucha cautela, y tener siempre presente el contexto de procedencia de los datos. En este caso concreto, la muestra está compuesta por pacientes con lumbalgia crónica o aguda recidivante, de carácter inespecífico, visitados en las consultas externas de reumatología de un hospital de nivel 3 y que cumplían los criterios de inclusión en

el estudio. Todo ello, sin duda, determina una serie de sesgos a tener en cuenta. El estudio EPISER puso en evidencia que, de las personas que presentan lumbalgia, únicamente acude a consultar al médico la mitad de ellos, y de éstos, algo menos del 4% consulta al reumatólogo⁶. Por el momento, resulta imposible determinar qué factores determinan a ese 4% de personas con lumbalgia que acuden a nuestras consultas, y este estudio sólo puede ofrecer el resultado de la actuación de esos factores más los impuestos por los criterios de inclusión.

El perfil encontrado con más frecuencia en este estudio corresponde a una mujer, entre 30 y 60 años, de medio urbano, con trabajo que requiere esfuerzo físico moderado, por cuenta ajena y correspondiente al sector servicios. Llama la atención la diversidad de profesiones representadas en la muestra, lo que quizá nos recuerda que el dolor lumbar inespecífico, independientemente de sus consecuencias en los países occidentales, es un fenómeno del vivir cotidiano, consecuencia de nuestra condición de bípedos.

La comparación con la población de referencia muestra resultados interesantes: los pacientes de la

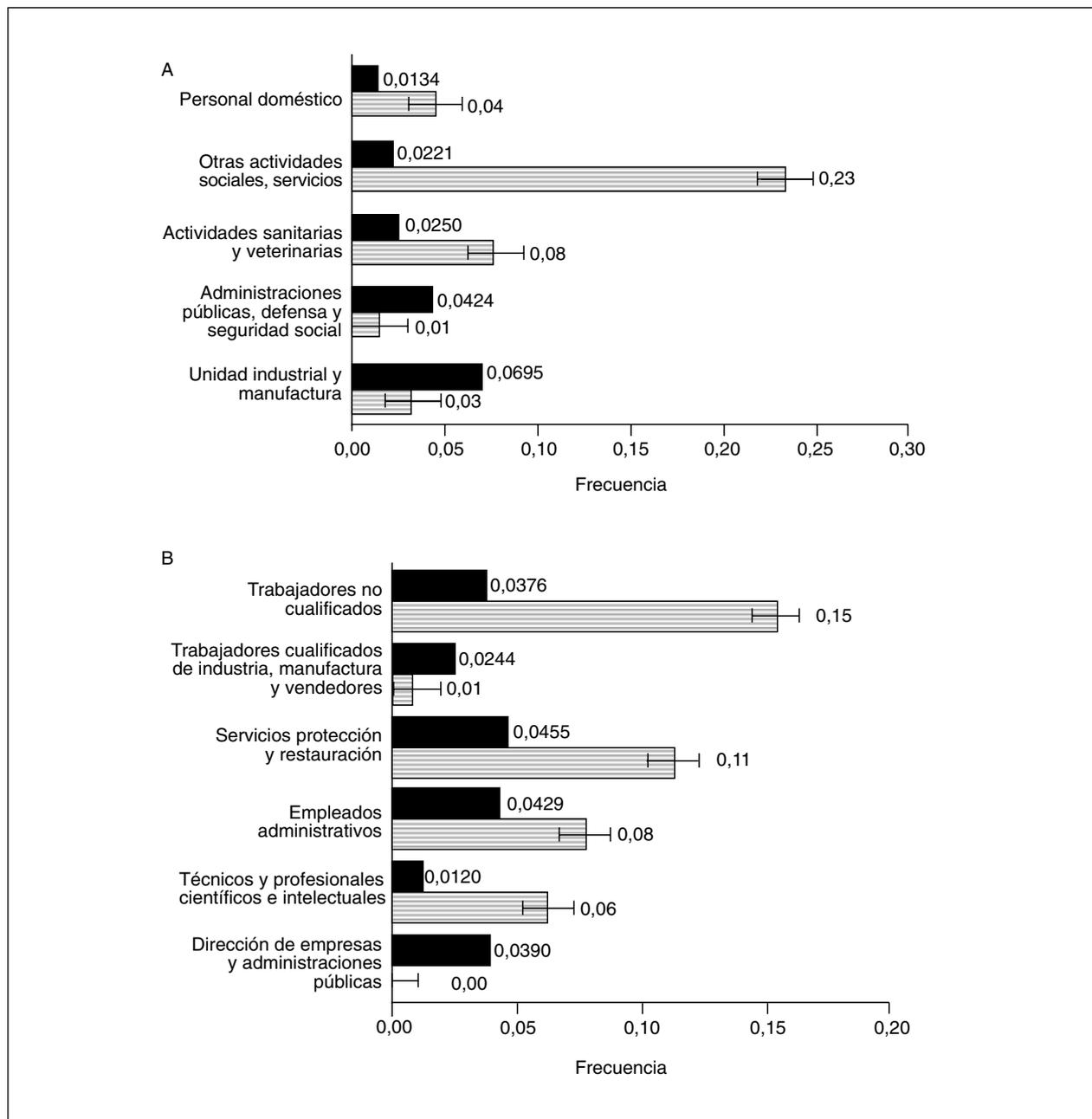


Figura 6. Diferencias entre la muestra de pacientes y su población de referencia. A) Ocupados según actividad económica. B) Ocupados según profesión. Barras grises: muestra de pacientes; barras negras: población de referencia.

muestra presentan diferencias significativas en múltiples aspectos; la mayor proporción de mujeres está de acuerdo con los hallazgos del estudio EPISER⁶, sin embargo, no se ha encontrado en otros países estas diferencias en el reparto por sexos¹⁹⁻²¹. Por el contrario, el predominio de grupos de edad entre 30-60 años y la relativa disminución de pacientes en los grupos de mayor edad son un hallazgo bastante constante en numerosos estudios, tanto

españoles como extranjeros¹⁹⁻²¹. La mayor proporción de pacientes activos totales y activos ocupados en la muestra puede estar claramente influida por los criterios de inclusión del estudio, que descartaban a las personas implicadas en procesos de incapacidad. Entre los pacientes inactivos, llama la atención la mayor proporción de amas de casa y de personas que estaban en incapacidad permanente de cualquier causa previamente a su inclu-

sión en el protocolo, y una menor proporción de jubilados por edad. Estos hallazgos también pueden estar sesgados por diversos factores, tales como mayor disponibilidad de tiempo para acudir a las consultas y una falta de satisfacción en su actividad en el caso de las amas de casa. Resulta menos clara la razón de la mayor proporción de pensionistas por incapacidad y menor de pensionistas por jubilación respecto a la población de procedencia.

La distribución de sujetos activos ocupados por actividad económica muestra una enorme diferencia entre la muestra y la población en el grupo "otras actividades sociales, servicios", cuya proporción es mucho mayor en la muestra. Probablemente influyan varios factores, tales como la naturaleza sedentaria de la mayoría de los trabajos en este grupo, y probablemente haya una mayor influencia de falta de satisfacción en el trabajo^{22,23}. La mayor proporción de pacientes en el grupo "actividades sanitarias y veterinarias" respecto a la población estaría de acuerdo con los hallazgos en otros estudios, que muestran desde otra perspectiva una mayor prevalencia de lumbalgia inespecífica entre las enfermeras y auxiliares de enfermería^{24,25}. Estas 2 profesiones requieren con frecuencia posturas inadecuadas y/o la movilización de los pacientes.

En el aspecto de la distribución por profesiones, resulta llamativo comprobar que el grupo "técnicos y profesionales científicos e intelectuales" están significativamente más representados en la muestra que en la población. La interpretación de este hallazgo ofrece múltiples opciones, pero en estudios realizados en otros países occidentales, las profesiones que requieren más cualificación tienen menos bajas laborales y mucha menos incapacidad por lumbalgia que el resto²⁶. Esto abre la posibilidad de que los profesionales más cualificados en la muestra estén influidos por otros factores, como la menor satisfacción en el trabajo. Vuelve a destacar la mayor proporción en la muestra de los "empleados administrativos" y de los "empleados en servicios, protección y restauración", más atenuada aquí al incluir la restauración en el mismo grupo, pues las profesiones y trabajos de la restauración suelen requerir un esfuerzo físico moderado, y su proporción no difería respecto de la población en la distribución por grupos de actividad. La menor proporción de "directores de empresas y administraciones públicas" se podría explicar por varias razones, entre ellas un mayor nivel de satisfacción en el trabajo y disponer con frecuencia de otras opciones de asistencia sanitaria.

La información obtenida a partir de los resultados de este estudio sólo se podría aplicar en el contexto de procedencia de los pacientes y, lógicamente, difiere de la obtenida en trabajos similares realizados en otras áreas de nuestro país^{11,13}. Pero posiblemente cada porción de la población estudiada requiera so-

luciones que recojan sus características concretas. Por otro lado, el conocimiento de las características de los pacientes que acuden a nuestras consultas es el primer paso para intentar determinar si dentro de la lumbalgia crónica inespecífica hay distintos subgrupos con pronósticos diferentes y que, por tanto, requerirían abordajes terapéuticos también diferentes. Conocer mejor a los pacientes con lumbalgia crónica inespecífica es imprescindible tanto para mejorar nuestra asistencia terapéutica como para el mejor aprovechamiento de los recursos.

Bibliografía

1. Walker BF. The prevalence of low back pain: a systematic review of the literature from 1966 to 1998. *J Spinal Disord* 2000;13:205-17.
2. Hoy D, Toole MJ, Morgan D, Morgan C. Low back pain in rural Tibet. *Lancet* 2003;361:225-6.
3. Omokhodion FO. Low back pain in a rural community in South West Nigeria. *West Afr J Med* 2002;21:87-90.
4. Waddell G. Low back pain disability: a syndrome of western civilization. *Neurosurg Clin North Am* 1991;2:719-38.
5. Omokhodion FO, Sanya AO. Risk factors for low back pain among office workers in Ibadan, Southwest Nigeria. *Occup Med (Lond)* 2003;53:287-9.
6. Humbria A, Carmona L, Peña JL, Ortiz AM, y Grupo de Estudio EPISER. Impacto poblacional del dolor lumbar en España: resultados del estudio EPISER. *Rev Esp Reumatol* 2002;29:471-8.
7. Paulino J, Pinedo A, Wonng 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.
8. 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.
9. Tornero Molina J, Atance Martínez JC, Grupelli BE, Vidal Fuentes J. Impacto socioeconómico de la incapacidad temporal de origen reumático en la provincia de Guadalajara. *Rev Esp Reumatol* 1998;25:340-5.
10. Tornero Molina J, Fernández Echevarría JA, Vidal Fuentes J. Repercusión socioeconómica de la invalidez permanente por enfermedad reumática en la provincia de Guadalajara. *Rev Esp Reumatol* 1998;25:346-50.
11. Pérez Torres F, Morales Suárez-Varela M, Pérez Caballer P. Descripción de pacientes con dolor lumbar crónico, en relación con el diagnóstico y actividad laboral. Variaciones respecto a la población general. *Rev Esp Reumatol* 1999;26:255-61.
12. Blanco M, Candelas G, Molina M, Bañares A, Jover JA. Características de la incapacidad temporal de origen musculoesquelético en la Comunidad Autónoma de Madrid durante un año. *Rev Esp Reumatol* 2000;27:48-53.
13. Moyá F, Grau M, Riesco N, Núñez M, Brancós MA, Valdés M, et al. Dolor lumbar crónico. Valoración multidisciplinaria de 100 pacientes. *Aten Primaria* 2000;26:239-44.
14. González Viejo MA, Condón Huerta MJ. Incapacidad por dolor lumbar en España. *Med Clin (Barc)* 2000;114:491-2.
15. Tornero J, Piqueras A, Carballo LF, Vidal J. Epidemiología de la discapacidad laboral debida a las enfermedades reumáticas. *Rev Esp Reumatol* 2002;28:373-84.
16. Muñoz Gómez J, Collado Cruz A. Dolor lumbar crónico incapacitante. Tratamiento multidisciplinario. *Rev Esp Reumatol* 2002;28:479-82.
17. Peña Sagredo JL, Brieva Beltrán P, Peña Martín C, Humbria Mendiola A. Unidades de espalda: un modelo multidisciplinario. *Rev Esp Reumatol* 2002;28:499-502.

18. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Gaceta Estadística. Últimos datos estructurales demográficos; 1. Población, censos y padrones. Estadística de población de la Comunidad de Madrid. 1996. Tomo 4. Características básicas de población y hogares por zonificaciones territoriales: nomenclator, seccionado, salud, servicios sociales, transporte y código postal. Salud: área, distrito y zona básica de salud. Tablas básicas 4001-4008; 1003, 2014, 2030, 2037, 2065.
19. Skovron ML. Epidemiology of low back pain. *Ballière's Clin Rheumatol* 1992;6:559-73.
20. 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.
21. 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.
22. Fransen M, Woodward M, Norton R, Coggan C, Dawe M, Sheridan N. Risk factors associated with the transition from acute to chronic occupational back pain. *Spine* 2002;27:92-8.
23. 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.
24. Cohen-Mansfield J, Culpepper WJ 2nd, Carter P. Nursing staff injuries: prevalence and cost in long term care facilities. *AAOHN J* 1996;44:9-17.
25. Hofmann F, Stossel U, Michaelis M, Nubling M, Siegel A. Low back pain and lumbago-sciatica in nurses and a reference group of clerks: results of a comparative prevalence study in Germany. *Int Arch Occup Environ Health* 2002;75:484-90.
26. Van Doorn JWC. Low back disability among self-employed dentists, veterinarians, physicians and physical therapists in the Netherlands. *Acta Orthop Scand* 1995;(Suppl 263)66:1-64.