

Evaluación del dolor musculoesquelético crónico en la población adulta española y su manejo en Atención Primaria: actitudes, percepción del estado de salud y uso de recursos sanitarios

E. Martín Mola^a (en representación del *Arthritis Action Group* y del *Arthritis Action España*), A.D. Woolf^b, H. Zeidler^c, U. Haglund^d y A.J. Carr^e (en representación del *Arthritis Action Group*)

^aProfessor of Rheumatology. Hospital Universitario La Paz. Spain.

^bProfessor of Rheumatology. Royal Cornwall Hospitals Trust, Treliske, Truro, Cornwall, TR1 3LJ, UK.

^cProfessor of Medicine and Rheumatology. Medizinische Hochschule Hannover. Germany.

^dProfessor of Surgery. Akademiska Sjukhuset. Uppsala. Sweden.

^eSpecial Lecturer in Musculoskeletal Epidemiology. Academic Rheumatology. University of Nottingham. UK.

INTRODUCCIÓN. El presente estudio procede de una encuesta europea promovida por el *Arthritis Action Group* en 8 países con el objetivo de conocer la prevalencia e impacto en la calidad de vida del dolor musculoesquelético crónico (DMC). Se muestran los resultados en España.

MÉTODOS. Estudio transversal realizado en España mediante encuesta telefónica a 200 médicos de Atención Primaria y 816 sujetos con DMC.

RESULTADOS. Un 21% de los sujetos contactados aleatorizados cumplieron criterios de DMC (edad media: 56 años, 69% mujeres). La artrosis fue la causa más frecuente de diagnóstico de DMC.

El 75% de los sujetos con DMC había consultado a un médico, mayoritariamente de Atención Primaria, y un 39% había tomado tratamiento farmacológico en las 4 semanas anteriores a la encuesta. Un 38% consideró que no debía molestar al médico con sus dolencias y el 29% que no se podía hacer nada para mejorar su estado de salud. El 49% obtenía información sobre su patología/opciones terapéuticas a través de fuentes no médicas, y sólo el 24% la obtenía de su médico.

El 91% de los médicos utilizaban antiinflamatorios no esteroideos (AINE) como fármacos de elección. El 42% de los pacientes en tratamiento tomaban un AINE de prescripción (sólo el 19% conocían sus efectos adversos).

CONCLUSIONES. Aunque el presente estudio muestra una alta prevalencia del DMC en la población española, el

25% de los sujetos nunca ha consultado a un médico. Ciertas actitudes y creencias de los sujetos que la padecen, así como la falta de información y comunicación entre médico y paciente pueden constituir no sólo una barrera al diagnóstico, sino también a la participación activa del paciente en el manejo de su patología.

Palabras clave: dolor musculoesquelético crónico, encuesta, Atención Primaria.

INTRODUCTION: The present study comes from a European survey sponsored by “Arthritis Action Group” in 8 countries with the objective of knowing the prevalence and impact on the quality of life of chronic musculoskeletal pain (CMP). The results in Spain are shown.

METHODS: Cross-sectional study done in Spain by telephone survey to 200 Primary Health Care Physicians and 816 subjects with CMP.

RESULTS: 21% of the subjects randomly contacted fulfilled CMP criteria (mean age: 56 years, 69% women). Arthritis was the most frequent cause of CMP diagnosis.

75% of the subjects with CMP had consulted a physician, mostly Primary Health Care and 39% had taken drug treatment in the 4 weeks prior to the survey. 38% considered they should not bother the physician with their problems and 29% that nothing could be done to improve their health state. 49% obtained information on the disease/therapy options through non-medical sources and only 24% obtained it from their physician.

91% of the physicians used non-steroid anti-inflammatory drugs (NSAIDs) as drugs of choice. 42% of the patients under treatment took prescription NSAID (only 19% knew their adverse effects).

Correspondencia: E. Martín Mola.

Hospital Universitario de La Paz.

Paseo de la Castellana n.º 261.

28046 Madrid.

Correo electrónico: em.mola@eresmas.net

Recibido el 9-8-04; aceptado para su publicación el 27-5-05.

CONCLUSIONS: Although the present study had a high prevalence of CMP in the Spanish population, 25% of the subjects never consulted a physician. Certain attitudes and beliefs of the subjects suffering it and lack of information and communication between physician and patient may not only be a barrier to diagnosis but also to the active participation of the patient in the management of their disease.

Key words: chronic musculoskeletal pain, survey, Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN

El dolor musculoesquelético crónico (DMC) es una patología debilitante con una significativa carga económica y social. Su elevada prevalencia y el incremento de la esperanza de vida la convierte en un importante problema de salud pública tanto por el empleo de recursos sanitarios, consultas generadas y consumo de fármacos, como por el gran impacto en la vida cotidiana y laboral del paciente¹⁻⁸.

En España, el DMC se ha convertido en el principal motivo de consulta de dolor crónico en Atención Primaria⁹⁻¹¹. Los estudios de prevalencia son escasos y la comparación entre los mismos resulta difícil, principalmente por las diferencias de criterio para definir este tipo de patología, los diferentes ámbitos de aplicación del estudio (principalmente asistencia primaria y reumatología), diferentes metodologías (criterios de selección, tamaño muestral y método de reclutamiento) pudiendo en ocasiones no ser representativo de la población.

Un 10%-40% de la población general padece algún trastorno osteoarticular, siendo éste la principal causa del dolor³. Este porcentaje aumenta en mujeres y en la población anciana o cuando la patología es referida por el propio sujeto.

En la Encuesta Nacional de Salud de 1995¹² y en la encuesta poblacional llevada a cabo entre 1998 y 1999 por la Sociedad Española de Reumatología (estudio EPISER)⁴, los resultados fueron similares, mostrando una prevalencia de enfermedad reumatológica crónica de 27% y 23% respectivamente, siendo ésta la principal causa del dolor padecido por los pacientes en el último año.

En Europa se ha constituido un grupo europeo de colaboración, el *Arthritis Action Group* (AAG) compuesto por expertos clínicos y académicos de toda Europa procedentes de una gran variedad de disciplinas (reumatólogos, epidemiólogos, gastroenterólogos, farmacólogos clínicos y médicos de Atención Primaria) cuyo objetivo es obtener y avanzar en el conocimiento de la patología reumática, su prevalencia e impacto socioeconómico y sanitario, así como su manejo terapéutico.

Durante los años 2001 y 2002 este comité llevó a cabo el *Arthritis Action Group Survey* (AAGS), estudio en el que se realizaron encuestas telefónicas a médicos y sujetos de 8 países europeos (Alemania, España, Francia, Irlanda, Italia, Reino Unido, Suecia y Suiza). El objetivo de este estudio, recientemente publicado⁹, fue describir y comparar la prevalencia del DMC referido por los sujetos, su grado de

conocimiento, actitudes y experiencias, así como del manejo terapéutico de esta dolencia en Atención Primaria. En el presente artículo se presentan los resultados descriptivos obtenidos de las encuestas realizadas en España.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal realizado mediante encuesta telefónica en España entre julio de 2001 y marzo de 2002.

El cálculo del tamaño muestral se efectuó empleando los parámetros p y q ($1-p$) = 50% para las variables cualitativas, lo que aseguró una muestra lo suficientemente grande que fuese representativa de la población de pacientes y sujetos afectados de dolor crónico. Se aceptó un error no superior al 5% y un nivel de significación del 95%.

Muestreo y selección de los sujetos del estudio

Se contactó inicialmente con una muestra de sujetos de la población general seleccionados mediante muestreo aleatorizado simple de números de teléfono (*random digit dialling* [RDD]) a quienes se invitó a responder telefónicamente a unas preguntas de selección para determinar su inclusión en el estudio como sujeto afecto de DMC. Un sujeto fue considerado afecto si cumplía los siguientes criterios de inclusión: tener 18 años de edad, haber experimentado al menos durante 5 días consecutivos dolor, hinchazón o rigidez en manos, rodillas, otras articulaciones, músculos, cuello o espalda de origen no traumático, con una periodicidad mínima de una vez al mes en los últimos 12 meses.

Adicionalmente y mediante un muestreo aleatorizado simple a partir de un registro médico nacional, se seleccionaron un total de 200 médicos que cumplieran los siguientes criterios de inclusión en el estudio: ser médico de Atención Primaria no especialista con al menos 2 años de ejercicio, que atendiera a un mínimo de un 20% de pacientes de edad igual o superior a 18 años. Además deberían haber atendido un mínimo de 10 pacientes adultos afectados de dolor crónico o artritis/artrosis en la semana anterior a la entrevista.

En términos generales, al menos el 50% de los pacientes tratados por el médico a causa de DMC deberían padecer algún tipo de artritis/artrosis.

Detalles de la entrevista

Los entrevistadores, no profesionales de la salud, entrenados específicamente para este tipo de estudios, utilizaron dos encuestas estructuradas, una para los sujetos y la otra para los médicos. Las preguntas de esta encuesta fueron especialmente diseñadas para este proyecto. Con anterioridad a su uso se llevó a cabo un estudio piloto para asegurar la aceptabilidad y equivalencia semántica en las diferentes versiones lingüísticas. La parte de los sujetos constaba de un total de 38 preguntas, incluyendo unas relativas al estado de salud, y la del médico de 29. Ambos permitieron recoger información sobre las características biodemográficas, la calidad de vida de los sujetos incluidos en el estudio y la capacidad funcional para desarrollar di-

ferentes actividades, información sobre diagnóstico, características y localización del dolor, utilización de servicios sanitarios (consultas al médico y tipo de médico consultado), los tratamientos prescritos o recomendados, y las diferentes percepciones sobre las terapias farmacológicas.

La encuesta efectuada a los médicos de Atención Primaria permitió obtener información sobre el tipo de patología musculoesquelética crónica más frecuentemente atendida en la consulta, el tipo y la pauta de tratamiento farmacológico prescrito, las recomendaciones y la información proporcionada a los pacientes en relación con su patología, tratamiento y efectos secundarios asociados, entre otros.

Tanto para los sujetos como para los médicos, las opciones de respuesta estaban agrupadas en categorías o listados cerrados. Para los fármacos, en el cuestionario del médico se proporcionó un listado con principios activos, mientras que a los pacientes adicionalmente se les facilitó el nombre comercial para su mejor identificación.

Para la valoración del estado general de salud se recogió el estado percibido por el encuestado mediante una escala categórica de 5 ítems (de mala a excelente) y la calidad de vida se evaluó adicionalmente mediante el cuestionario SF-12¹³.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 11.01 (SPSS Inc., 1989-2001).

Con el objetivo de corregir el efecto producido por el sobremuestreo de sujetos con DMC en el estudio y reflejar la distribución de la muestra estudiada en la población española, el análisis se realizó ponderando los resultados, utilizándose los datos publicados por el *US Census Bureau International Data Base* referentes al año 1999¹⁴. No se realizó ningún subanálisis cuando el tamaño de la muestra resultó inferior a 100.

Las variables categóricas se describieron mediante porcentajes, y las continuas mediante la media, mediana, desviación típica y valores máximos y mínimos.

RESULTADOS

Un total de 3.811 sujetos de la población general fueron inicialmente entrevistados. De éstos, un 21% (816) fueron considerados afectados de DMC según los criterios preestablecidos y siendo incluidos en el estudio y posteriormente en el análisis.

Características demográficas y clínicas de la población de estudio

De los 816 sujetos afectados de DMC, el 69% eran mujeres, la media de edad fue de 56 años (DT = 18) y la edad media de inicio de la patología de 44 años (DT = 17) (tabla 1).

Respecto a la frecuencia y localización del dolor, el 48% de los sujetos refirieron padecer un dolor constante, siendo la espalda la localización más frecuente, seguida de las rodillas (tabla 1).

Calidad de vida

La percepción de salud por parte de los sujetos con DMC, morbilidad percibida, se recogió mediante el cuestionario SF-12, así como a través de preguntas genéricas. La puntuación media del SF-12 fue de 41 (DT = 11) para el componente físico y de 47 (DT = 12) para el componente mental en el global de los sujetos incluidos en el estudio.

Así mismo, cuando se solicitó a los sujetos que catalogaran su estado de salud mediante preguntas genéricas, un 45% lo clasificaron como malo o regular y un 50% comunicó la presencia de muchas o moderadas limitaciones en su vida diaria (fig. 1).

Entre los sujetos que habían consultado a un médico, el 55% refirió padecer dolor constante y un 57% veía alterada su calidad de vida por limitación en las actividades diarias y de ocio.

Expectativas, actitudes, consultas médicas y tratamientos referidos por los sujetos

Cuando se preguntó a la totalidad de los sujetos incluidos sobre sus expectativas respecto a su patología, el 47% consideró que su dolencia empeoraría, el 29% consideraba que no se podía hacer nada para mejorar su estado de salud y un 38% asintió que no debía molestar al médico con sus dolencias.

Un 75% de los sujetos con DMC habían consultado al médico, siendo el último médico consultado mayoritariamente el de Atención Primaria (fig. 2), y la artrosis el diagnóstico más frecuentemente proporcionado (50%). Aunque la mayoría de los pacientes consultaron en semanas, más de un tercio esperaron más de un mes para visitar a un médico (tabla 2).

Cuando se preguntó sobre la información de la que disponían de su dolencia y tratamiento una vez que acudieron al médico, el 49% dijo obtener la información acerca de su patología a través de fuentes no médicas (principalmente televisión y revistas) y sólo un 24% refirió haber re-

Tabla 1: Características biodemográficas y clínicas de los sujetos

Sexo*		Edad (años)					Edad de inicio de síntomas (años)					Localización del mayor dolor*				Frecuencia del dolor*			
Hombre	Mujer	Media	Mediana	DT	Min	Max	Media	Mediana	DT	Min	Max	Espalda	Rodillas	Cuello	Otras	Constante	Una vez al día	Una vez semana	Al menos una vez al mes
31%	69%	56	58	18	18	90	44	45	17	5	84	41%	21%	13%	26%	48%	20%	17%	15%

* Porcentaje calculado sobre el total de pacientes (N=816)

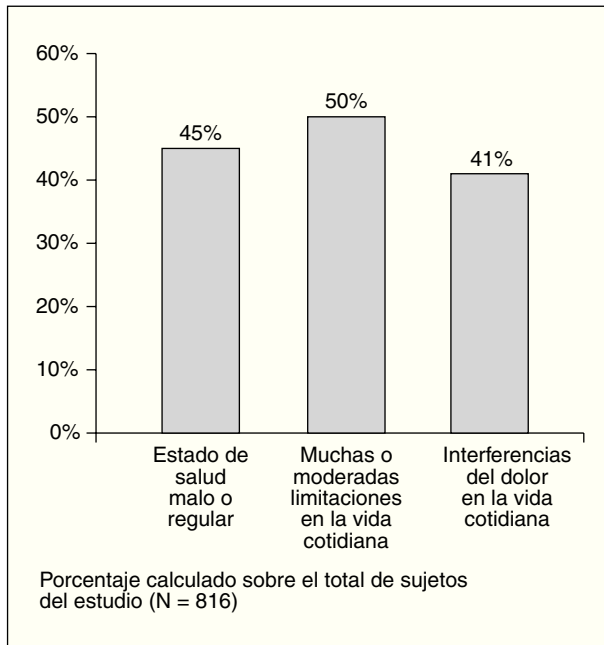


Figura 1. Estado de salud percibido por el paciente en las últimas 4 semanas.

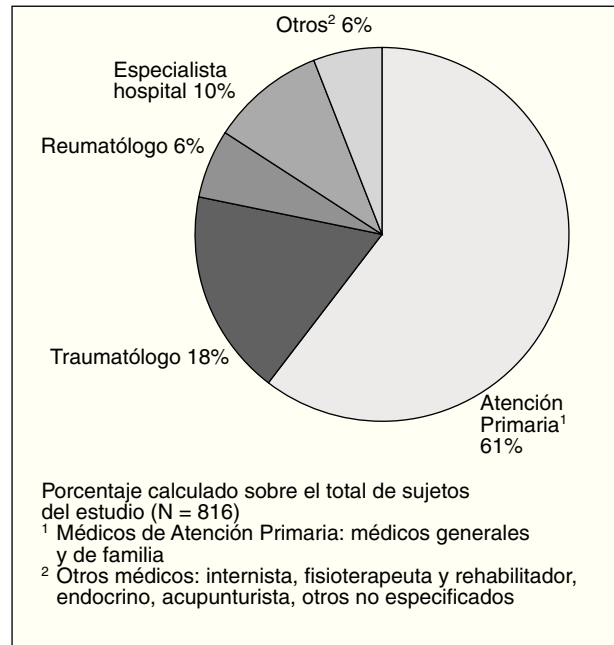


Figura 2. Último médico consultado.

cibido del médico algún tipo de información escrita sobre su patología, opciones terapéuticas y/o existencia de grupos de apoyo.

Desde el punto de vista terapéutico, el 39% de la totalidad de los sujetos incluidos en el estudio refirieron haber tomado tratamiento farmacológico en las últimas 4 semanas, mayoritariamente fármacos de prescripción. Dentro de éstos, los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), consumidos a demanda por más de la mitad de los pacientes, representó el mayor porcentaje (tabla 3).

Al preguntar específicamente a los sujetos que tomaban alguna clase de medicación para el DMC sobre la eficacia y seguridad de los antiinflamatorios, la mayoría opinaba que éstos pierden efectividad al ser tomados regularmente o que deben reservarse para cuando el dolor es realmente intenso (fig. 3). Tan sólo el 19% de los que tomaban AINE prescritos por su médico refirieron conocer las posibles reacciones adversas derivadas del uso de estos fármacos.

El dolor musculoesquelético crónico en Atención Primaria

La artrosis (35%), seguida de las artritis y de los dolores de espalda recurrentes debido a patologías diferentes a la artrosis/artritis fueron las causas de DMC más frecuente-

Tabla 2: Tiempo que tardan los sujetos en consultar al médico por dolor musculoesquelético crónico

Tiempo que tardan en consultar al médico		
Semanas	Meses (1-12 meses)	Años
49%	20%	18%

* Porcentaje calculado sobre el total de pacientes que consultan al médico (N=616)

mente atendidas en la consulta de los médicos de Atención Primaria entrevistados (fig. 4).

Cuando se preguntó sobre la información que proporcionaban a sus pacientes, un alto porcentaje de los médicos refirieron facilitar un diagnóstico clínico, siendo poco más del 20% los que facilitaban información escrita adi-

Tabla 3: Tratamiento farmacológico para el dolor musculoesquelético crónico consumido en las últimas cuatro semanas

Sujetos en tratamiento farmacológico en las últimas 4 semanas	315	39% ¹
Sujetos que tomaban fármacos de prescripción	257	82 ²
Analgésicos	75	29% ³
Otros	86	33% ³
AINE	107	42% ³
Durante un período de tiempo determinado	46	43% ⁴
A demanda	60	57% ⁴
Exactamente toman lo prescrito	98	92% ⁴
Conocimiento del paciente de los efectos adversos de los AINE	20	19% ⁴
Sujetos que tomaban fármacos sin prescripción	71	23 ²
Sujetos que exclusivamente tomaban fármacos sin prescripción	41	13% ²
Sujetos que tomaban fármacos de prescripción + fármacos sin prescripción	30	10% ²

¹ Porcentaje calculado sobre el total de sujetos del estudio (N=816).

² Porcentaje calculado sobre el total de sujetos que toman tratamiento farmacológico en las últimas 4 semanas (N=315).

³ Porcentaje calculado sobre el total de sujetos que toman fármacos de prescripción en las últimas 4 semanas (N=257).

Un mismo paciente podía especificar más de un tratamiento farmacológico de prescripción.

⁴ Porcentaje calculado sobre el total de sujetos en tratamiento con AINE las 4 últimas semanas (N=106).

AINE: antiinflamatorios no esteroideos

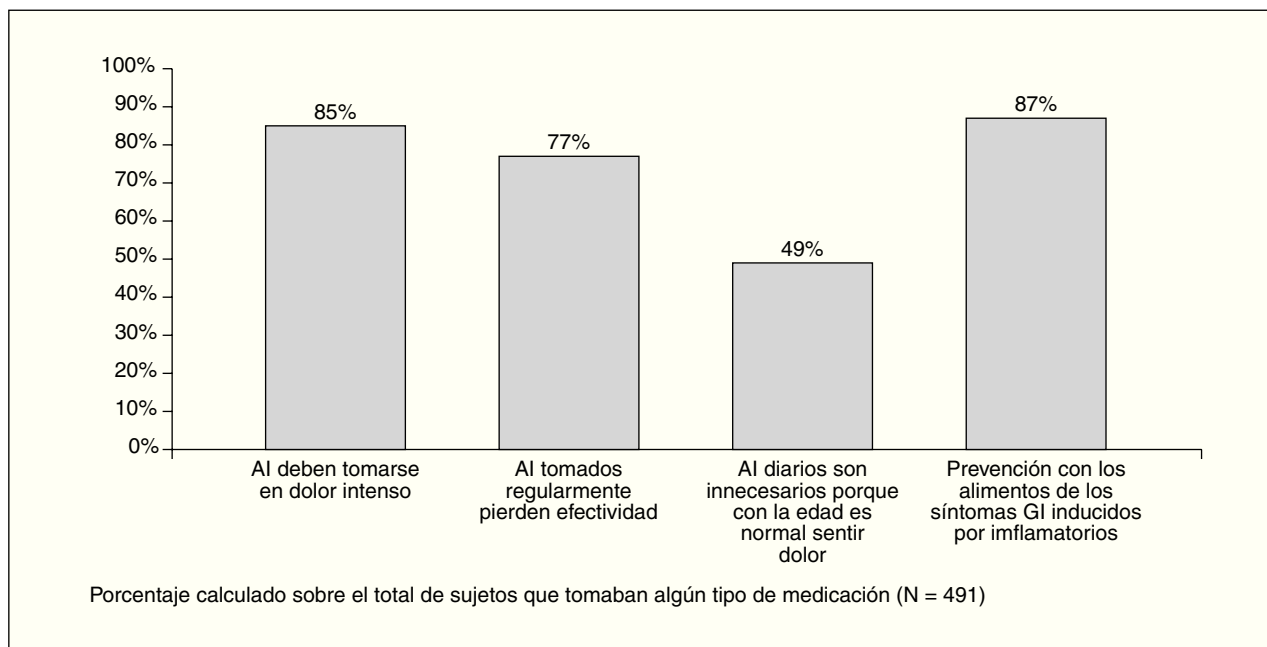


Figura 3. Opinión de los sujetos con dolor musculoesquelético crónico referente a los antiinflamatorios.

cional referente a la patología, opciones terapéuticas y/o existencia de grupos de apoyo (tabla 4).

Respecto al manejo terapéutico del DMC, un 91% de los médicos entrevistados utilizaban AINE como fármacos de primera línea para el tratamiento farmacológico y un 71% analgésicos. En el 44% de los casos, los AINE eran pautados a demanda (tabla 5).

Cuando se preguntó sobre la percepción que el médico tenía acerca del grado de cumplimiento terapéutico y conocimiento de las potenciales reacciones adversas de los AINE por parte de los pacientes, dos tercios de los médicos opinaron que los pacientes toman exactamente lo que se les prescribe y que casi la mitad (43%) de los pacientes que toman AINE son conocedores de las posibles reacciones adversas. El 46% consideraba que debe informar a sus pacientes de todos los acontecimientos adversos potenciales y un 40% que proporcionar información sobre los más comunes es suficiente (fig. 5).

Las acciones recomendadas con mayor frecuencia por el médico ante la posibilidad o presencia de reacciones adversas derivadas del uso de estos fármacos fueron aconsejar al paciente que consultara nuevamente con el médico

en el caso de empeoramiento de la sintomatología (75%), seguida del tratamiento farmacológico con antagonistas H2 o inhibidor de la bomba de protones –42% y 35% respectivamente– (tabla 6).

Cuando se preguntó a los médicos que nombraran los factores de riesgo que predisponen al desarrollo de acontecimientos adversos gastrointestinales y que consideran ante la prescripción de un AINE, más del 50% citaron la edad superior a 65 años y la historia clínica previa de úlcera. Sin embargo, otros factores de riesgo como el uso concomitante de corticoides, ácido acetilsalicílico o anti-coagulantes sólo fueron mencionados por el 24%, 23% y 27% respectivamente (tabla 6).

DISCUSIÓN

El presente estudio realizado por el AAG demuestra la alta prevalencia del DMC en la población española, y permite conocer la percepción de enfermedad que tiene el paciente, el uso que hace de los recursos sanitarios, así como el impacto en su calidad de vida.

Tabla 4: Información escrita aportada por el médico a sus pacientes

Proporcionan a todos o a la mayoría de pacientes información médica escrita sobre			
Diagnóstico clínico	Condición	Opciones de tratamiento	Existencia de grupos de apoyo
83%	28%	25%	20%

Porcentaje calculado sobre el total de médicos (n=200)

Tabla 5: Pauta de tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos en Atención Primaria y percepción del cumplimiento

Posología			Percepción del cumplimiento
Diaria o continua	Durante un período de tiempo determinado	A demanda	Toman exactamente lo prescrito
21%	36%	44%	68%

Porcentaje calculado sobre el total de médicos (n=200)

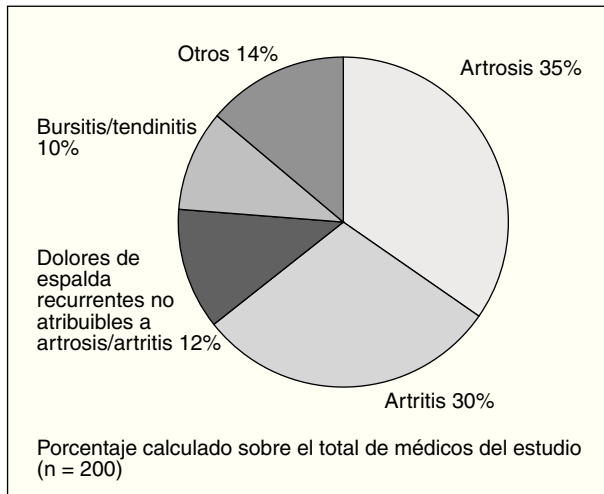


Figura 4. Diagnóstico del dolor musculoesquelético en Atención Primaria.

El estudio tiene varias limitaciones, entre las que se debe destacar que al tratarse de un estudio transversal posee los sesgos inherentes a este tipo de diseño. El sesgo de selección se trató de controlar mediante la selección aleatoria de un gran número de sujetos. El criterio de selección, tener DMC el año previo, el tiempo de evolución, así como el uso de recursos sanitarios estaba sujeto a un sesgo de recuerdo, pudiendo existir una infravaloración de la patología en estudio e infradeclaración de los recursos utilizados que no pudo ser evitado.

Realizar la encuesta telefónicamente por personal no sanitario podría suponer otra limitación del estudio, aunque las encuestas telefónicas se emplean por ser más eficaces frente a las encuestas personales¹⁵ en la medida que permiten una mayor cobertura y obtención de una muestra representativa mediante la aleatorización de los números de teléfono. El hecho de que los encuestadores fueran personal no sanitario evitó la influencia de los mismos en las respuestas de los sujetos. La calidad de los datos dependería exclusivamente del cuestionario utilizado y el grado de entrenamiento de los entrevistadores².

Los datos aportados por el sujeto no pudieron ser contrastados con otra fuente de información; esto podría considerarse otra limitación del estudio, sin embargo, la en-

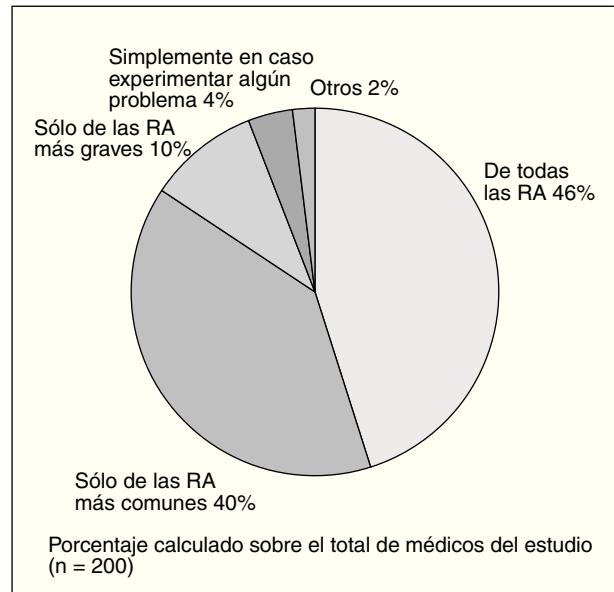


Figura 5. Información a suministrar al paciente sobre las potenciales reacciones adversas (RA) derivadas del uso de antiinflamatorios no esteroideos según Atención Primaria.

trevista a los propios sujetos afectados de enfermedades crónicas, además de estar reconocida como la mejor fuente de información¹⁶, le confiere gran validez como indicador del impacto de esta patología, de la morbilidad percibida por el paciente y como evaluador de la utilización de recursos sanitarios⁶⁻¹⁷.

Los resultados del presente estudio muestran una prevalencia de DMC referido por los sujetos del 21%, siendo la espalda y las rodillas las localizaciones más frecuentemente afectadas, lo que coincide con los estudios previamente publicados^{3,4,8}.

La calidad de vida medida por el componente físico del cuestionario SF-12 mostró una puntuación inferior (41) a la publicada para la población general española (49,9)¹⁸. Esta disminución no se explica exclusivamente por la mayor prevalencia de sujetos de mayor edad en la muestra, puesto que la puntuación obtenida es inferior a la comunicada para el grupo de edad superior en la población general. En concordancia con otros estudios publica-

Tabla 6: Acontecimientos adversos por AINE: factores de riesgo gastrointestinal considerados por el médico y acciones tomadas / recomendadas en Atención Primaria

Opinión de los médicos referente a los AINE												
Acción médica frente reacciones adversas por AINE							Factores de riesgo considerados cuando se prescribe un AINE					
PPI	Anti H2	Cambio AINE	Prescribe analgésico solo	Disminuye dosis	Indican nueva consulta si empeoran síntomas	Suspende medicación	Edad > 65 años	Úlcera previa	Alcohol Tabaco	Corticoide	AAS	Anticoagulante
35%	42%	32%	18%	30%	75%	32%	60%	54%	40%	24%	23%	27%

Porcentaje calculado sobre el total de médicos (N=200), AINE: antiinflamatorios no esteroideos.

dos^{4,5,19}, los resultados indican que el DMC es una variable que afecta directamente a la calidad de vida del paciente, fundamentalmente en su componente físico.

Así mismo, se muestra una vez más que la prevalencia de este tipo de patología puede ser infraestimada si es evaluada exclusivamente a partir de los sujetos que acuden o son tratados en una consulta³, ya que a pesar de que un alto porcentaje de los sujetos del estudio refirió un dolor constante y percibió un mal estado de salud, el 25% de los sujetos permanecen sin consultar al médico.

Es probable que las actitudes detectadas ante la enfermedad, observadas en el presente estudio y en los previamente publicados⁴, como la creencia de que es un problema propio de la edad y la baja expectativa que muchos de los sujetos poseen sobre su patología y tratamiento, puede contribuir a un retraso en la consulta o ser una barrera a la participación activa del paciente en el manejo de su patología.

Un gran porcentaje de sujetos afectados de DMC comunican sufrir dolor constante o casi a diario, inclusive en los que ya habían consultado a un médico, lo que requeriría una mejora en las estrategias terapéuticas, en un intento de mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

El médico de Atención Primaria es el consultado con más frecuencia. Tanto los pacientes como los médicos entrevistados reconocen que son muy pocos los pacientes que reciben información escrita sobre su patología u opciones de tratamiento. De hecho, casi la mitad de los pacientes obtienen información a través de fuentes no médicas. Esta falta de información, junto con algunas percepciones erróneas que los pacientes poseen sobre ciertos tratamientos para su dolencia, puede conducir a que el paciente no tome de una forma adecuada y efectiva el tratamiento.

Los AINE son el grupo terapéutico más prescrito como primera línea de tratamiento del DMC (91%) por los médicos entrevistados. Sin embargo, a pesar de la elevada prevalencia, cuando se preguntó a los pacientes sobre los fármacos prescritos por su médico, sólo el 42% informaron de que éstos eran AINE. Es probable que un cierto porcentaje de pacientes no sea consciente de la naturaleza de los fármacos que están tomando.

Es destacable, además, que una considerable proporción de sujetos (23%) que seguían tratamiento farmacológico tomaban fármacos sin prescripción, bien como única medicación o adicionalmente al fármaco prescrito, lo que debe ser explorado y tenido en cuenta a la hora de evaluar el manejo terapéutico del paciente.

A pesar de que los pacientes suelen estar familiarizados con los AINE, tienen poco conocimiento de las complicaciones gastrointestinales que pueden derivarse de su uso. En este estudio se han encontrado diferencias en la percepción que los pacientes y los médicos poseen con relación al riesgo asociado a este tipo de tratamiento. Mientras que la mayoría de los médicos (70%) opinan que los pacientes están preocupados por los efectos adversos, sólo el 21% de los pacientes que habían tomado un AINE en las últimas semanas comunicaron encontrarse preocupados

por los mismos y sólo el 19% refirieron conocerlos.

Para concluir, a pesar de que el presente estudio muestra la alta prevalencia del DMC en la población española y su repercusión en la calidad de vida del paciente, un 25% de los sujetos del estudio no han acudido nunca a un médico. Ciertas actitudes y creencias de los sujetos que lo padecen, así como la falta de información y comunicación entre médico y paciente puede constituir no sólo a una barrera al diagnóstico, sino también a la participación activa del paciente en el manejo de su patología, que podría prevenirse con la implantación de programas de educación sanitaria de los pacientes en Atención Primaria.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al resto de los miembros del *Arthritis Action Group*: Profesor P. Bertin, Profesor Frolich, Dr. Bolten, Profesor B. Michel, A. Blower, Dr. A. Aly, Dr. N. Amin, Profesor M. Guslandi, Profesor S. Chaussade, Dr. D. Cucinotta, Dr. D.J. Veale y Profesor S. Lohmander su inestimable colaboración en el desarrollo del estudio.

Agradecemos al resto de los miembros del *Arthritis Action España*: Dr. A. Lanás, Dr. J. Paulino, Dr. J. Tornero, Dr. J. Ballina, Dr. J. Honorato, Dr. M. Rodríguez, Dr. J.R. González y Dr. E. Blanco.

FUENTE DE FINANCIACIÓN DEL ESTUDIO

El estudio fue financiado por una beca de *Pharmacia Corporation and Pfizer Inc*. El *Arthritis Action Group* es responsable del diseño, interpretación y publicación de los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Walker-Bone K, Javaid K, Arden N, Cooper C. Medical management of osteoarthritis. *BMJ*. 2000;321:936-40.
2. Fried LP, Wallance RB. The complexity of chronic illness in the elderly: from clinic to community. En: Wallance RB, Woolson RF, editors. *The epidemiologic study of the elderly*. Nueva York: Oxford University Press;1991.
3. Espallargues M, Alonso J, Ruigómez A, et al. Los trastornos osteoarticulares en los ancianos: una aproximación a su impacto poblacional. *Med Clin (Barc)*. 1996;106:601-6.
4. 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.
5. Grupo 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.
6. Reynolds D. Physical disability among Canadians reporting musculoskeletal diseases. *J Rheumatol*. 1992;19:1020-30.
7. Badley EM, Tennant A. Impact of disablement due to rheumatic disorders in a British population: estimates of severity and prevalence from the Calderdale Rheumatic Disablement Survey. *Ann Rheum Dis*. 1993;52:6-13.
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 1995. Madrid, 1997.
9. The Arthritis Action Group. *Ann Rheum Dis*. 2004;63:342-7.
10. Català E, Reig E, Artés M, et al. Prevalence of pain in the Spanish population: telephone survey in 5,000 homes. *European Journal of Pain*. 2002;6:133-40.
11. Batlle-Gualda E, Jovani Casano V, Ivora Cortés J, et al. Musculoskeletal diseases in Spain. Magnitude and specialised human resources. *Rev Esp Reumatol*. 1998;25:91-105.
12. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1995. Madrid, 1996.

13. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Forma Health Survey. Construction of scales and preliminary tests of reliability and Validity. *Med Care*. 1996;34:220-33.
 14. US Census Bureau International Data Base. <http://blue.census.gov>
 15. Ford ES. Characteristics of survey participants with and without a telephone: Findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1998;51:55-60.
 16. Heliovara M, Aromaa A, Klaukka T, et al. Reliability and validity of interview data chronic diseases. *J Clin Epidemiol*. 1993;46:181-91.
 17. Espallargues, Bombardier. Measuring disability: guidelines for rheumatology studies. *J Rheumatol*. 1983.
 18. Gendek B, Ware J, Aaronson N, 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.
 19. Gandhi S, Salomon J, Zhao S, et al. Psychometric evaluation of the 12-Item short-form health survey (SF-12) in osteoarthritis and rheumatoid arthritis clinical trials. *Clin Ther*. 2001;23:1080-98.
-