

Lumbalgia: ¿seguimos las recomendaciones de las guías?

M.T. Muntión-Alfaro, M. Benítez-Camps, J.M. Bordas-Julve, B. de Gispert-Uriach, V. Zamora-Sánchez y C. Galindo-Parres

Objetivo. Describir el tratamiento habitual de los pacientes con lumbalgia en un centro de salud.

Diseño. Estudio descriptivo, retrospectivo.

Emplazamiento. Centro de salud urbano.

Participantes. Todos los pacientes atendidos por lumbalgia en las consultas de medicina general del centro durante el año 2003.

Mediciones principales. Datos de filiación de los pacientes, características clínicas de la lumbalgia (señales de alarma), datos semiológicos, solicitud de pruebas complementarias, tratamientos prescritos y derivación a especialistas.

Resultados. Se incluyeron 538 historias clínicas. El 53,2% correspondía a mujeres y el 33,6% tenía más de 55 años. No se realizó interrogatorio sobre las características del dolor en un 35% de pacientes, y en más de la mitad de los casos (54,6%) tampoco se interrogó sobre la presencia de señales de alerta. Respecto a la evaluación del dolor, sólo en el 0,6% de los casos se había utilizado una escala visual analógica (EVA). Únicamente el 46,8% de las radiografías realizadas se consideró bien indicado según criterios preestablecidos. El reposo absoluto no se recomendó de forma habitual (1,9%) y los fármacos más prescritos (39,6%) fueron los antiinflamatorios no esteroideos (AINE).
Conclusiones. La evaluación clínica de los pacientes con lumbalgia sigue siendo inadecuada en nuestro centro y la solicitud de estudios radiológicos se realiza sin tener en cuenta criterios formales y explícitos. En el apartado terapéutico, prescribimos más AINE que paracetamol.

Palabras clave: Lumbalgia. Atención primaria. Tratamiento.

BACK PAIN: DO WE FOLLOW THE RECOMMENDATIONS OF THE GUIDELINES?

Objective. To describe how patients with back pain are usually handled at a health centre.

Design. Retrospective, descriptive study.

Setting. Urban health centre.

Participants. All patients seen for back pain in the centre's general medical consultations during 2003.

Main measurements. Patients' personal details, clinical characteristics of back pain (alarm signals), semiological data, request for further tests, treatments prescribed, referral to specialists.

Results. Five hundred and thirty eight clinical histories were included. 53.2% of patients were women, and 33.6% were over 55. 35% of patients were not questioned on pain characteristics; and in over half the cases (54.6%), there were no questions on the presence of alarm signals, either. Only in 0.6% of cases was any analogical visual scale used to assess pain. Only 46.8% of the x-rays taken were thought to be well indicated, in terms of pre-established criteria. Total rest was not normally advised (1.9%); the drugs most commonly prescribed were NSAIDs (39.6%).

Conclusions. Clinical evaluation of patients with back pain is still inadequate in our centre, and x-rays are requested without adherence to formal or explicit criteria. We prescribe more NSAIDs than paracetamol for therapy.

Key words: Back pain. Primary care. Handling.

EAP Gòtic. ICS. Barcelona.
España.

Correspondencia:
J.M. Bordas.
Pje. Pau, 1, bajos. 08002 Barcelona.
España.
Correo electrónico:
jmbordas.pben@ics.scs.es

Manuscrito recibido el 11
de febrero de 2005.
Manuscrito aceptado para su
publicación el 30 de mayo de 2005.

Introducción

En las últimas décadas, la lumbalgia se ha convertido en un enorme problema social y económico. El EPISER 2000¹, un estudio epidemiológico promovido por la Sociedad Española de Reumatología sobre una muestra representativa de la población adulta española y diseñado para obtener datos de prevalencia de diferentes enfermedades reumáticas, puso de manifiesto que el 44% de los encuestados había presentado lumbalgia en los últimos 6 meses. Un estudio similar realizado en Cataluña ofrece datos parecidos, con una prevalencia del 50%². En nuestro país, la lumbalgia se sitúa en primera posición dentro de las causas de invalidez temporal en la población < 50 años.

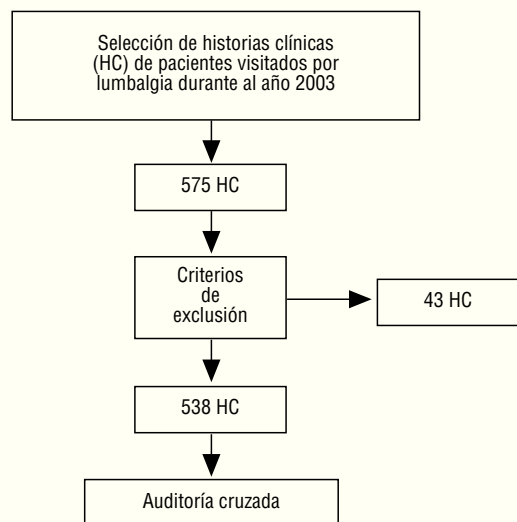
Además de la magnitud del problema, otras características hacen que la lumbalgia suponga un reto para los médicos de atención primaria y son las siguientes: *a)* en alrededor del 80% de los casos de lumbalgia no es posible realizar un diagnóstico etiológico³; *b)* aunque la evolución natural del cuadro tiende a la resolución espontánea en la mayoría de pacientes, el impacto de las diferentes estrategias terapéuticas es bajo, y *c)* por último, hay poca correlación entre la clínica y las pruebas de imagen, por lo que éstas se desaconsejan en los cuadros que no presentan señales de alerta (tabla 1) o compromiso neurológico⁴. Todo ello provoca, en ocasiones, situaciones conflictivas entre pacientes y médicos. El objetivo del estudio es conocer el tratamiento habitual en la consulta de los pacientes con lumbalgia y el grado de seguimiento de las recomendaciones más destacadas de las guías de práctica clínica (GPC)⁴⁻⁶ (tabla 2).

Pacientes y método

Población atendida en un centro de salud (CS) urbano que tiene una población asignada de 28.143 personas, de las cuales el 93% tiene más de 15 años. Características de este centro son la informatización completa de la historia clínica, organizada por episodios y no por motivos de consulta, mediante el programa OMI-AP. Cada una de las enfermedades se codifica según la clasificación internacional de atención primaria (CIAP).

De todos los pacientes visitados en el centro entre enero y diciembre del 2003, se seleccionó a los que habían acudido por un primer episodio o una reagudización de lumbalgia y cuyo registro en el sistema OMI-AP era lumbalgia (códigos L03 y L86). Se obtuvo un total de 575 historias clínicas (HC) que cumplieran este requisito. De éstas se excluyeron: *a)* las historias que tenían una mala codificación del episodio y en las que, a pesar de estar codificado como lumbalgia, no se tratara de esta enfermedad; *b)* los pacientes en los que el seguimiento de la enfermedad no se realizara en el centro o bien que el curso clínico fuera sólo el seguimiento por el especialista; *c)* aquellas en las que en el curso clínico sólo hubiera una prescripción sin valoración de la enfermedad en nuestro centro. El número final de HC fue de 538. La

Material y métodos
Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio descriptivo, transversal, que muestra el seguimiento de las recomendaciones de las guías de práctica clínica para el tratamiento de la lumbalgia.

recogida de datos se estableció mediante una auditoría interna cruzada, de forma que cada uno de los profesionales no auditara sus propias historias.

Las variables analizadas se recogen en la tabla 3.

Los datos se introdujeron en una base de datos ACCESS y para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 12.0, utilizando una prueba de la χ^2 para la comparación de proporciones y un test de la t de Student o la U de Mann-Whitney

TABLA 1 Señales de alerta (*red flags*) en la lumbalgia aguda

1. Edad > 55 años
2. Antecedente traumático previo
3. Antecedente de cáncer o inmunodeficiencia
4. Síntomas constitucionales
5. Infección urinaria
6. Consumo prolongado de corticoides
7. Uso de drogas por vía parenteral
8. Dolor de ritmo inflamatorio
9. Incontinencia de esfínteres o anestesia en silla de montar
10. Déficit neurológico significativo o progresivo en una extremidad inferior

TABLA 2 Recomendaciones más destacadas de las guías de práctica clínica en lumbalgia

1. En la valoración clínica de un episodio de lumbalgia, es imprescindible interrogar sobre la presencia de las llamadas «señales de alerta»
2. La solicitud de pruebas de imagen en una lumbalgia inespecífica sin señales de alerta no está recomendada
3. El reposo estricto no es un tratamiento efectivo en la lumbalgia y puede retardar la recuperación del paciente
4. El fármaco inicial de elección en la lumbalgia es el paracetamol, por su mejor relación beneficio-riesgo

cuando se trataba de variables cuantitativas, con dos categorías y dependiendo de que siguieran una distribución normal o no.

Resultados

De los 538 pacientes que consultaron por lumbalgia, el 53,2% era mujer. La edad media fue de $48,3 \pm 18,5$ años y el 33,6% tenía más de 55 años. La mayoría de ellos estaban en régimen activo. Las características de la población incluida en el estudio se resumen en la tabla 4.

Con respecto a la anamnesis, en un 54,6% de los casos no constaba interrogatorio sobre la presencia de signos de

alarma, en un 35% no constaba interrogatorio sobre las características del dolor y únicamente en 3 casos (0,6%) se utilizó una escala visual analógica (EVA) para valorar la intensidad del dolor. Se realizó una exploración física (maniobra de Lasègue) al 57,2% de los pacientes. No se obtuvo concordancia entre la presencia de irradiación y una maniobra de Lasègue positiva, e incluso el test fue negativo en la mayoría de los casos con dolor irradiado (67%) ($p < 0,0001$; intervalo de confianza [IC] del 95%, 19,3-49,1). Se solicitó alguna prueba de imagen (radiografía, tomografía computarizada, resonancia magnética) o electromiograma al 26% de los pacientes. Se remitió a algún especialista al 12,1% de los pacientes. La derivación según especialidades se detalla en la tabla 5.

Se solicitó radiografía simple en un 23,4% de los pacientes, de las cuales un 53,2% no estaba indicado según los criterios preestablecidos. En la tabla 6 se presentan los datos de solicitud de pruebas complementarias según algunas características de los pacientes. Se observa que, en las lumbalgias de más de 4 semanas de evolución, la solicitud de pruebas era significativamente mayor. Los fármacos más prescritos como primera opción terapéutica fueron los AINE (39,6%), seguidos de paracetamol (22%) y de AINE asociados con miorrelajantes (18%). Únicamente en 10 casos (1,9%) se recomendó reposo absoluto. Al analizar a la

TABLA 3 Variables del estudio

Datos de filiación (edad, sexo, régimen laboral)
Antecedentes (tabaquismo, trastornos ansioso-depresivos, gastropatía, asma)
– Criterio: presencia en la historia clínica de diagnósticos de ansiedad, depresión, úlcera gástrica o duodenal, gastritis, hernia de hiato, reflujo gastroesofágico, pirosis y/o dispepsia
Episodio de lumbalgia: días de evolución; número de consultas; lumbalgia previa; desencadenante específico
– Criterio: registro en la historia clínica de traumatismo, sobreesfuerzo u otro diferente
Dolor: características
– Criterio: registro en la historia clínica de dolor mecánico, inflamatorio o impreciso
Dolor: irradiación; intensidad
– Criterio: registro en la historia clínica de valoración de la intensidad del dolor por escala analógica visual
Presencia de «señales de alarma»
– Criterio: registro en la historia clínica de una o más de las indicadas en la tabla 2
Signo de Lasègue; incapacidad laboral temporal (ILT); días de ILT; solicitud de radiografía; resonancia magnética; tomografía computarizada; electromiografía (registro en la historia clínica)
Indicación correcta de radiografía lumbar
– Criterio: presencia de signos de alarma; antecedente traumático; duración superior a 6 semanas
Radiografía específica
– Criterio: hallazgo radiológico en el episodio actual de aplastamiento vertebral, espondiloartropatía inflamatoria, enfermedad séptica o neoplásica
Derivaciones: traumatología; reumatología; rehabilitación u otros (registro en la historia clínica)
Criterios de derivación adecuada
– Criterio: presencia de signos de alarma; antecedente traumático; duración superior a 6 semanas
Tratamiento: recomendación de reposo absoluto; primer fármaco utilizado; prescripción de paracetamol, ibuprofeno, diclofenaco, tetrazepam, otros AINE, otros miorrelajantes; prescripción de IBP, misoprostol o anti-H2 (registro historia clínica)

TABLA 4 Características poblacionales

Edad media, años	48,3 ± 18,5
Mujeres	286 (53,2%)
Situación laboral activa	378 (70,3%)
Antecedentes de ansiedad y/o depresión	149 (27,7%)
Consumo de tabaco	176 (32,7%)

TABLA 5 Derivación a especialistas

Traumatología	44,6%
Reumatología	23,1%
Rehabilitación	40%
Otro	13,8%

TABLA 6 Solicitud de radiografía simple en diferentes situaciones

Días de evolución de la clínica hasta consultar	< 45 días: 19,7% ≥ 45 días: 28,2%	p = 0,021 IC del 95%, 1,17-15,8
Antecedentes de ansiedad y/o depresión	Sí: 22,2% No: 77,8%	p = 0,117 IC del 95%, 45,3-65,8
Grupos de edad	< 55 años: 64,3% ≥ 55 años: 35,7%	p = 0,54 IC del 95%, 16,7-40,4
Interrogatorio de señales de alarma	Sí: 41,3% No: 58,7%	p = 0,29 IC del 95%, -11 a 3,2
Presencia de señales de alarma	Sí: 24,1% No: 19,7%	p = 0,42 IC del 95%, -6,5 a 15,3
Desencadenante traumático	Sí: 42,1% No: 22,7%	p = 0,092 IC del 95%, -3,1 a 41,9

IC: intervalo de confianza.

TABLA 7 Actuaciones diferentes según grupos de edad

	< 55 años	≥ 55 años	p	IC del 95%
Tratamiento inicial con paracetamol	61 (357) 17,10%	57 (181) 31,50%	< 0,0001	-22,2 a -6,5
Prescripción de paracetamol	108 (357) 30,30%	88 (181) 48,60%	< 0,0001	-27,1 a -9,6
Prescripción de AINE (ibuprofeno/diclofenaco)	220 61,60%	96 53%	0,056	-0,26 a 17,4
Prescripción de miorrelajantes	128 35,90%	36 19,90%	< 0,0001	8,3-23,6
Días de ILT	Mediana: 8 Mínimo: 1 Máximo: 164 Percentil 25: 5 Percentil 75: 16	Mediana: 15 Mínimo: 7 Máximo: 179 Percentil 25: 12 Percentil 75: 86		

ILT: incapacidad laboral temporal.

población estudiada por grupos de edad (< 55 y > 55 años) se aprecia una mayor prescripción de paracetamol como primer fármaco a mayor edad y una mayor prescripción de miorrelajantes en jóvenes, con diferencias estadísticamente significativas (p < 0,0001). Los datos de la comparación de estos 2 grupos se detallan en la tabla 7.

Un 20,1% de la población activa incluida en el estudio precisó de incapacidad laboral transitoria (ILT) por este motivo, con una mediana de días de ILT (invalidez laboral transitoria) de 9 (P25 = 5 y P75 = 17,5). En los pacientes con antecedentes de ansiedad o depresión en la historia clínica se detectó un aumento en los días de ILT (mediana de 12) con respecto al resto (mediana de 8), aunque sin diferencias estadísticamente significativas.

La mediana del número de consultas por un mismo episodio de lumbalgia fue de 1 (P25 = 1 y P75 = 2), cifra que fue significativamente más alta en presencia de irradiación (p < 0,0001; IC del 95%, 0,41-1,42) y de forma no significativa cuando la edad era > 55 años y si había antecedentes de alteración del estado del ánimo.

Discusión

La principal limitación de nuestro estudio, además de las propias de los estudios descriptivos, es el escaso tamaño de algunas submuestras analizadas, que hace que los resultados deban interpretarse con cautela.

Las características de nuestra población no difieren significativamente de las de otros estudios similares realizados en nuestro país⁷, lo que confirma el predominio del sexo femenino y una edad media que ronda los 50 años. Tal como propugna Dayo, dos de los objetivos fundamentales en la evaluación de los pacientes con lumbalgia son descartar la presencia de enfermedad sistémica subyacente potencialmente grave y un déficit neurológico que requiera evaluación quirúrgica. Para ello, este autor

y la mayoría de guías de práctica clínica (GPC)^{4-6,8} recomiendan el interrogatorio sobre la presencia de las llamadas «señales de alerta». En nuestro estudio sólo consta dicho interrogatorio en menos del 50% de los pacientes. Aunque, como en todos los estudios descriptivos, puede tratarse de un problema de infrarregistro, es bastante probable que esta cifra refleje la realidad de unas consultas sobrecargadas y con visitas de escasa duración. De confirmarse estas datos, ello supondría que un número elevado de pacientes con lumbalgia es inadecuadamente evaluado. Respecto de la exploración física, llama la atención la baja concordancia

Discusión

Cuadro resumen

**Lo conocido sobre el tema**

- El cumplimiento con las recomendaciones de las guías de práctica clínica suele ser baja en el ámbito de la atención primaria.
- La lumbalgia, ya sea como presentación aguda o crónica, constituye una de las enfermedades que mayor demanda de asistencia genera en las consultas de medicina general.
- La demanda de pruebas complementarias de imagen dentro del proceso diagnóstico es una práctica habitual.

Qué aporta este estudio

- La valoración clínica adecuada de la lumbalgia, mediante el interrogatorio de las llamadas «señales de alerta», es poco frecuente.
- Las estrategias habituales de tratamiento pasan fundamentalmente por la terapia farmacológica, aunque el cambio terapéutico más relevante hace referencia a la no recomendación de reposo.
- Las recomendaciones propuestas por las guías de práctica clínica sobre el tratamiento de la lumbalgia tienen, en general, un grado de seguimiento bajo.

cia entre la presencia de irradiación y la positividad de la maniobra de Lasègue, teniendo en cuenta que, si bien es una maniobra con una baja especificidad, posee una sensibilidad que ronda el 90%⁹.

Kendrick et al¹⁰ publicaron en 2001, en el *British Medical Journal*, un ensayo clínico que valoraba el impacto, en cuanto a resultados en salud, de la radiografía convencional de columna lumbar en pacientes con lumbalgia atendidos en atención primaria (AP). El estudio demostraba que solicitar una radiografía en ausencia de señales de alerta no mejora el control clínico de los pacientes ni su estado de salud general pero, al mismo tiempo, ponía de manifiesto la preferencia de los pacientes sobre la realización de la prueba (un 80% expresaban su preferencia de que se les realizara la radiografía). En cualquier caso, el estudio reforzaba la inutilidad de la radiografía en la mayoría de lumbalgias. Nuestro estudio, sin embargo, pone de manifiesto que se continúan solicitando excesivas radiografías, puesto que el 53,2% de todas las radiografías solicitadas no estaba indicado según los criterios preestablecidos. De hecho si, como hemos visto, no se interroga sobre las señales de alerta, es imposi-

ble realizar una correcta indicación de los estudios de imagen. Es probable que una buena parte de estas radiografías se soliciten por complacencia o por insistencia del paciente, pero no hay que olvidar que la radiología no es una técnica inocua y que la irradiación de una radiografía lumbar equivale a la de unas 65 placas de tórax⁸.

Uno de los cambios relativamente recientes en cuanto al tratamiento de la lumbalgia ha sido el consejo de movilización precoz¹¹ frente al reposo absoluto que se preconizaba con anterioridad. En el presente trabajo sólo se prescribió reposo absoluto, valorando este dato como indicador negativo, a 10 pacientes.

Respecto al tratamiento farmacológico, la recomendación habitual de preferir el paracetamol a los AINE por su mejor relación beneficio/riesgo se cumplía en un 22% de los pacientes. Los AINE, solos o en asociación con miorrelajantes, son los fármacos más prescritos en jóvenes y, en general, en nuestro estudio. La asociación de los miorrelajantes con otros fármacos se observó en un porcentaje no despreciable de casos, a pesar de la falta de evidencia de que haya una mayor efectividad de la combinación frente a la utilización de un solo fármaco¹².

En cuanto a la valoración del impacto de las intervenciones terapéuticas, la presencia testimonial de 3 enfermos evaluados con EVA, sin duda la escala más rápida de aplicar, pone de manifiesto que la evaluación de los tratamientos se efectúa en la práctica totalidad de casos de forma subjetiva y sin utilizar instrumentos validados por parte de médicos y pacientes.

El porcentaje total de población que precisó una ILT en nuestro estudio (15%) no difiere del publicado en otro realizado con una muestra representativa de la población de Cataluña (17%)².

En definitiva y como resumen, podemos concluir que nuestro estudio pone de manifiesto que no se realiza de forma adecuada la evaluación clínica, la más importante sin duda, de los pacientes con lumbalgia; continuamos solicitando demasiadas radiografías a pesar de que las evidencias demuestran que de esta forma no mejoramos la salud de nuestros pacientes; seguimos prefiriendo los AINE a los analgésicos a pesar de su peor relación beneficio/riesgo y analizamos el impacto de nuestras intervenciones desde una óptica subjetiva y no validada. El conocimiento de las áreas susceptibles de mejora en el manejo de nuestros pacientes con lumbalgia nos debería permitir diseñar intervenciones para optimizar la atención que prestamos a estos enfermos.

Bibliografía

1. Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon A, 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.

2. Bassols A, Bosch F, Campillo M, Baños JE. El dolor de espalda en la población catalana. Prevalencia, características y conducta terapéutica. *Gac Sanit* 2003;17:97-107.
3. Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. *N Engl J Med*. 2001; 344:363-70.
4. Wadell G, Feder G, McIntosh A, Lewis M, Hutchinson A. Clinical guidelines for the management of acute low back pain. London: Royal College of General Practitioners; 1996.
5. Bigos S, Bowyer O, Braen G, et al. Acute low back problems in adults. Clinical practice guideline n.º 14 AHCPR publication N.º 95-0642. Rockville: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service. US. Department of Health and Human Services; 1994.
6. Thorson D, et al. Adult low back pain. Institute for Clinical Systems Improvement. Health Case Guidelines. 11 edition. Disponible en: <http://www.icsi.org>
7. Sabaté P, Bestratén J, Llor JL, Santigosa J, Murria MJ, Milá A, et al. Estudio de las lumbalgias atendidas en un centro de salud. *Aten Primaria*. 1992;9:208-11.
8. Bordas JM, Forcada J, García JA, et al. Guies de pràctica clínica. Patologia de la columna lumbar en l'adult. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2004.
9. Deville WL, Van der Winndt DA, Dzaferagic A, Bezemer PD, Bouter LM. The test of Lasègue. *Spine*. 2000;25:1140-7.
10. Kendrick D, Fielding K, Bentley E, Kerslake R, Miller P, Pringle M. Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: randomised controlled trial. *BMJ*. 2001; 322:400-5.
11. Wadell G, Feder G, Lewis M. Systematic reviews of bed rest and advice to stay active for acute low back pain. *Br J Gen Pract*. 1997;47:647-52.
12. Van Tulder MW, Scholten RJPM, Koes BW, Deyo RA. Medicamentos anti-inflamatorios no esteroideos para el dolor en la espalda baja. En: *La Cochrane Library plus en español*. Oxford:2000; Update Software.