

Original

Importancia de los problemas reumáticos en la población de Cataluña: prevalencia y repercusión en la salud percibida, restricción de actividades y utilización de recursos sanitarios

María Jesús Pueyo*, Xavier Surís, Marta Larrosa, Jaume Auleda, Anna Mompert, Pilar Brugulat, Ricard Tresserras y María Luisa de la Puente

Plan Director de Enfermedades Reumáticas y del Aparato Locomotor y Plan de Salud, Dirección General de Planificación y Evaluación, Departamento de Salud, Generalitat de Cataluña, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 29 de diciembre de 2010

Aceptado el 10 de marzo de 2011

On-line el 5 de julio de 2011

Palabras clave:

Trastornos musculoesqueléticos

Enfermedades reumáticas

Epidemiología

Salud autopercebida

Uso de servicios sanitarios

Encuesta

R E S U M E N

Objetivo: Conocer la importancia de las enfermedades reumáticas en la población adulta de Cataluña y su repercusión en la salud autopercebida, la restricción de actividades y el uso de servicios sanitarios.

Métodos: Encuesta poblacional a 15.926 adultos. Muestreo estratificado polietápico. Variables recogidas: características sociodemográficas, problemas de salud, salud autopercebida, restricción de actividades y uso de recursos sanitarios. Los problemas musculoesqueléticos se clasificaron en cuatro categorías: artrosis-artritis o reumatismo, dorsalgia-lumbalgia crónica, cervicalgia crónica y osteoporosis.

Resultados: El 77,4% declara problemas crónicos de salud. La dorsalgia-lumbalgia, la cervicalgia crónica y el grupo artrosis-artritis o reumatismo, por este orden, son los más frecuentemente declarados. Tras ajustar por la edad, el sexo femenino incrementa el riesgo de declarar artrosis-artritis o reumatismo, dorsalgia-lumbalgia crónica, cervicalgia crónica y osteoporosis (*odds ratio* [OR] = 2,6, 1,5, 2,3 y 5,3, respectivamente). La prevalencia es más alta en los grupos de mayor edad con gradiente social. Tras ajustar por edad, sexo, clase social y obesidad, la percepción de la salud es peor en las personas afectadas (42,7% frente a 11%), que también declaran una mayor restricción de la actividad en el último año y en los últimos 15 días (OR = 2,70 y 2,32, respectivamente), y un uso de los servicios sanitarios significativamente superior.

Conclusiones: Los problemas reumáticos son los principales problemas de salud crónicos declarados por la población adulta. La prevalencia es mayor en las mujeres, aumenta con la edad y en las clases desfavorecidas. Hay una asociación significativa entre declarar problemas musculoesqueléticos y salud autopercebida mala o regular, y mayor restricción de actividades y uso de servicios sanitarios.

© 2010 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Importance of chronic musculoskeletal problems in the population of Catalonia (Spain): prevalence and effect on self-perceived health, activity restriction and use of health services

A B S T R A C T

Objective: To determine the importance of chronic musculoskeletal problems in the adult population of Catalonia (Spain) and their effect on self-perceived health, activity restriction and use of health services.

Methods: A population-based survey of 15,926 adults was performed. Multistage stratified sampling was performed. The variables gathered were sociodemographic characteristics, self-reported chronic health problems, self-perceived health, activity restriction and use of health services. Musculoskeletal problems were grouped into four categories: osteoarthritis-arthritis or rheumatism (OA), chronic dorsal or lumbar pain (LBP), chronic cervical pain (UBP), and osteoporosis.

Results: Chronic health problems were reported by 77.4% of the adult population. The most frequent health problem was LBP, followed by UBP and OA. After adjustment by age was performed, female sex increased the risk of reporting OA, LBP, UBP and osteoporosis (OR = 2.6, 1.5, 2.3, and 5.3, respectively). The prevalence increased with greater age and with lower socioeconomic status. After adjustment was performed by age, sex, social class and obesity, self-perceived health was worse in people with these problems (42.7% vs 11%). The four categories were the main causes of activity restriction in the last year (OR 2.70) and the last 15 days (OR = 2.32) and were associated with a higher use of health services.

Conclusiones: Los problemas reumáticos son los principales problemas de salud crónicos declarados por la población adulta. La prevalencia es mayor en las mujeres, aumenta con la edad y en las clases desfavorecidas. Hay una asociación significativa entre declarar problemas musculoesqueléticos y salud autopercebida mala o regular, y mayor restricción de actividades y uso de servicios sanitarios.

© 2010 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Rheumatic diseases

Musculoskeletal diseases

Epidemiology

Self-perceived health

Health services use

Survey

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: mjpueyo@catsalut.cat (M.J. Pueyo).

Introducción

Las enfermedades reumáticas o musculoesqueléticas son las afecciones crónicas más comunes en Europa entre la población adulta. Son importantes por sus repercusiones en la calidad de vida y la funcionalidad de las personas que las padecen, así como sobre el consumo de recursos sanitarios. Según el Eurobarómetro de 2006¹, el 27% de la población europea sufre alguna forma de enfermedad crónica reumática (problemas en músculos, tendones, huesos o articulaciones), y entre ellas la lumbalgia es la más frecuente. De la población europea que recibe algún tratamiento crónico, en el 32% es por estas enfermedades, sólo superadas por la hipertensión. En España, según el estudio EPISER 2000², la prevalencia de la lumbalgia en los últimos 6 meses es del 44,8%, la de artrosis de rodilla del 10,2%, la de artrosis de manos del 6,2%, la de osteoporosis del 3,4%, la de fibromialgia del 2,4% y la de artritis reumatoide del 0,5%. La artrosis y la artritis reumatoide son la causa del 3,5% de los años de vida perdidos ajustados por discapacidad (DALY)^{3,4}, y la carga de morbilidad asociada a las enfermedades reumáticas es igual o superior a la del cáncer en Canadá³.

La importancia que merecen estas enfermedades ha propiciado la organización, de ámbito internacional, de la Década del Hueso y la Articulación 2000-2010⁵, y la Declaración del Parlamento Europeo sobre las enfermedades reumáticas, que insta a los gobiernos a impulsar planes para mejorar la atención y la investigación en torno a dichas enfermedades, con el objetivo de reducir los costes económicos y sociales asociados⁶.

La Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA)⁷ es una de las principales fuentes de información sanitaria de la población de nuestra comunidad. La última se realizó en el año 2006, con un tamaño de la muestra suficiente para obtener resultados sobre la salud de la población no institucionalizada representativos del conjunto del territorio. La ESCA recoge información sobre datos sociodemográficos, declaración de problemas de salud crónicos, salud autopercibida, hábitos de salud, estilos de vida, calidad de vida y uso de servicios sanitarios. El ítem sobre salud autopercibida permite medir la percepción individual del grado de salud, y es útil por su simplicidad y por la asociación de sus resultados con características demográficas, socioeconómicas, de morbilidad e incluso de mortalidad⁸⁻¹².

El presente estudio recoge y analiza la información sobre trastornos reumáticos de la ESCA del año 2006, y la repercusión de éstos sobre la salud percibida, la restricción de actividades y el uso de recursos sanitarios.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal en forma de encuesta a 15.926 adultos (de 15 años y más), no institucionalizados, residentes en Cataluña en el año 2006 (7.881 hombres y 8.045 mujeres). Los individuos a entrevistar se seleccionaron del Registro de Población del Instituto de Estadística de Cataluña (IDESCAT). Se realizó un muestreo estratificado polietápico representativo de sexo y grupo de edad de las unidades territoriales previamente definidas (36 más la ciudad de Barcelona). La encuesta se administró mediante entrevista personal realizada por personal entrenado en el domicilio de las personas elegidas. Las variables analizadas incluyeron características sociodemográficas, problemas de salud crónicos autodeclarados a escoger entre una lista cerrada de 27 (descritos de forma comprensible para el ciudadano) a la que se podían añadir tres problemas más (fig. 1), salud autopercibida, restricción de actividad y utilización de recursos sanitarios. El nivel de estudios se clasificó en tres categorías: sin estudios o estudios primarios, estudios secundarios o de formación profesional, y estudios superiores. La clase social, según la propuesta de la Sociedad

Española de Epidemiología, se clasificó de acuerdo con la Clasificación Nacional de Ocupaciones del año 1994¹³ (clasificación de Domingo y Marcos¹⁴), en la cual el Grupo I incluye directivos de la administración pública, de empresas de 10 o más asalariados, y profesionales con titulación universitaria de segundo y tercer ciclo; el Grupo II a artistas y deportistas, directivos de empresas de menos de 10 asalariados, profesiones asociadas a titulación universitaria de primer ciclo, y técnicos y profesionales de soporte; el Grupo III a personal administrativo, trabajadores de servicios personales y de seguridad, trabajadores por cuenta propia, y supervisores de trabajadores manuales; el Grupo IVa a trabajadores manuales cualificados; el Grupo IVb a trabajadores manuales semicualificados; y el Grupo V a trabajadores no cualificados.

En el cuestionario, los problemas de salud relacionados con padecimientos reumáticos se agruparon en cuatro categorías: artrosis-artritis o reumatismo, dorsalgia o lumbalgia crónica, cervicalgia crónica y osteoporosis. A efectos del análisis, estos problemas reumáticos se evaluaron también en forma de variable binaria (tener o no tener alguna afección reumática) y se realizaron comparaciones entre grupos. A partir del peso y la talla autodeclarados se calculó el índice de masa corporal (IMC), y se definió como obesidad un valor de IMC igual o superior a 30.

La salud autopercibida se recogió de forma cualitativa en una escala de Likert de cinco categorías (excelente, muy buena, buena, regular o mala), aunque para el análisis se agrupó en dos: buena salud (excelente, muy buena o buena), frente a salud regular o mala. La restricción de la actividad se midió como la dificultad para realizar actividades principales (trabajo) o habituales (compra, deporte, ocio) en los últimos 15 días y 12 meses (de duración igual o superior a 3 meses en el último año). Al declarar cualquier restricción de actividad en los últimos 12 meses, se preguntaba por la causa. Para evaluar la utilización de servicios sanitarios se preguntó si se había consultado a algún profesional de la salud y el tipo de profesional visitado, en los últimos 15 días y 12 meses, así como si había realizado una consulta a un servicio de urgencias en el último año.

Análisis estadístico

Para el análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 18. Se tuvo en cuenta la ponderación de los diferentes sujetos de la muestra según el diseño del estudio sólo para el cálculo de la estimación de la prevalencia poblacional. La relación entre variables cualitativas se estudió mediante la prueba de ji al cuadrado, y las variables cuantitativas mediante la *t* de Student. Se construyeron modelos de regresión logística ajustados por los factores de riesgo significativos en el análisis bivariado para determinar las *odds ratio* (OR) y los intervalos de confianza del 95% (IC95%) de presentar salud regular o mala, restricción de actividad en 15 días y 12 meses, y uso de servicios sanitarios en caso de padecer problemas reumáticos.

Resultados

La muestra se compuso de 15.926 adultos (de 15 años y más) que representan a 6.002.589 adultos de Cataluña, con un 50,8% de mujeres y una edad media de 45,7 años. El 77,4% de la población adulta refiere padecer algún trastorno crónico de salud, y entre ellos el 58% declara alguna afección reumática. Entre los 27 problemas crónicos de salud, las categorías dorsalgia-lumbalgia crónica, cervicalgia crónica y artrosis-artritis o reumatismo son, por este orden, los más declarados por nuestra población (fig. 2). Al menos uno de estos problemas afecta al 45% de la población.

Manifiestan dorsalgia-lumbalgia crónica el 29,6% de los encuestados (edad media de 52,4 años), cervicalgia crónica el 27,4% (edad media de 52,2 años), artrosis-artritis o reumatismo el 22,7%

57. ¿Podría decirnos si sufre o ha sufrido alguno de los trastornos crónicos que ahora le leeré? LEER.		
	1. Sí	2. No
01. Presión alta		
02. Infarto de miocardio		
03. Otras enfermedades del corazón		
04. Varices en las piernas		
05. Artrosis, artritis o reumatismo		
06. Dolor de espalda crónico cervical		
07. Dolor de espalda crónico lumbar o dorsal		
08. Alergias crónicas		
09. Asma		
10. Bronquitis crónica		
11. Diabetes		
12. Úlcera de estómago o duodeno		
13. Sólo hombres Problemas de próstata		
14. Colesterol elevado		
15. Cataratas		
16. Problemas crónicos de piel		
17. Estreñimiento crónico		
18. Depresión y/o ansiedad		
19. Otros trastornos mentales		
20. Embolia/apoplejía		
21. Migraña o dolores de cabeza frecuentes		
22. Mala circulación		
23. Almorranas/hemorroides		
24. Tumores malignos		
25. Osteoporosis		
26. Anemia		
27. Problemas de tiroides		
58. ¿Tiene usted, o su médico/a le ha dicho que tiene, o ha tenido algún trastorno crónico que no esté en la lista que le acabo de leer?		
En caso afirmativo, ¿qué trastornos sufre? Máximo tres respuestas		
Trastorno 1: _____		
Trastorno 2: _____		
Trastorno 3: _____		

Figura 1. Texto íntegro de las preguntas sobre problemas crónicos de salud de la Encuesta de Salud de Cataluña 2006.

(edad media de 64,7 años) y osteoporosis el 5,6% (edad media de 68,1 años). Los cuatro problemas musculoesqueléticos son más prevalentes en las mujeres y su declaración aumenta gradualmente en los grupos de mayor edad (tabla 1), con un aumento más discreto a partir de los 65 años, exceptuando la osteoporosis. En conjunto, el grupo más afectado son las mujeres mayores de 85 años, que refieren artrosis-artritis o reumatismo en más del 73% de los casos, y dorsalgia-lumbalgia crónica en más del 55% de los casos. Tras ajustar por la edad, el sexo femenino incrementa de forma significativa la declaración de artrosis-artritis o reumatismo, con una OR de 2,6 (IC95%: 2,4-2,9); la de dorsalgia-lumbalgia crónica, con una OR de 1,5 (IC95%: 1,4-1,6); la declaración de cervicalgia crónica, con una OR de 2,3 (IC95%: 2,1-2,5); y la de osteoporosis, con una OR de 5,3 (IC95%: 4,4-6,4). El valor medio de IMC era 25,9 en los hombres y 24,9 en las mujeres. El porcentaje de población obesa fue del 13,2%, sin diferencias significativas entre sexos. Los cuatro problemas reumáticos muestran un gradiente

social, con mayor prevalencia entre las clases sociales más desfavorecidas ($p < 0,001$) y entre las personas con menor nivel de estudios ($p < 0,001$) (tabla 2).

La restricción de actividad en los últimos 12 meses afecta a un 17,1% de nuestra población adulta. Un 25,8% de las personas con esta restricción la asocia a alguna afección del aparato locomotor, especialmente de la columna vertebral (10,7%). Este porcentaje es más alto en las mujeres (29,4%) que en los hombres (20,1%), y es la primera causa de restricción de actividad en los últimos 12 meses; para las mujeres en todos los grupos de edad, y para los hombres en todos los grupos excepto en el de edad más joven (15-44 años).

Comparación entre la población con problemas reumáticos y sin problemas reumáticos

La muestra de 15.926 individuos se reparte en un grupo de 7376 (edad media $55,0 \pm 19,0$ años) con problemas reumáticos y

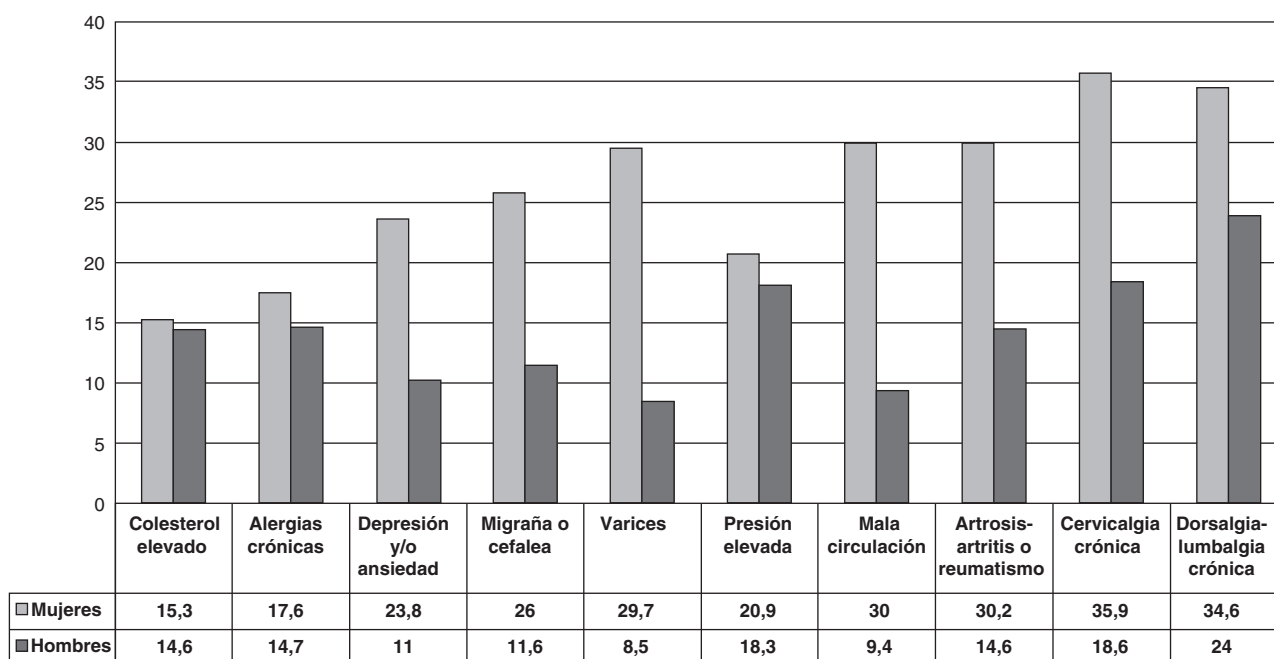


Figura 2. Diez principales problemas crónicos de salud declarados por la población adulta de Cataluña (15 años o más). ESCA, 2006.

Tabla 1

Porcentaje de población que declara problemas reumáticos por grupos de edad y sexo. ESCA, 2006

	15-44 años, N = 7.894	45-64 años, N = 4.466	65-84 años, N = 3.097	85 o más años, N = 460
<i>Dorsalgia-lumbalgia crónica</i>				
Global ^a	21,0	36,2	42,4	44,6
Hombres	19,6	31,3	33,0	22,1
Mujeres ^b	22,4	41,2	50,1	55,3
<i>Cervicalgia crónica</i>				
Global ^a	19,5	33,6	40,5	37,0
Hombres	13,6	23,8	29,4	20,1
Mujeres ^b	25,8	43,4	49,5	45,0
<i>Artrosis-artritis o reumatismo</i>				
Global ^a	4,1	31,1	60,4	64,6
Hombres	3,2	21,2	44,8	45,6
Mujeres ^b	5,0	41,0	73,2	73,6
<i>Osteoporosis</i>				
Global ^a	0,4	7,1	15,6	21,7
Hombres	0,3	1,6	5,7	11,4
Mujeres ^b	0,6	12,5	23,7	26,7

^a p entre grupos de edad <0,001.

^b p entre sexos <0,001.

Tabla 2

Porcentaje de personas adultas que declaran trastornos musculoesqueléticos crónicos por clase social y nivel educativo. ESCA, 2006

	Clase social			p	Nivel de estudios			p
	Grupo I-II	Grupo III	Grupo IV-V		Superiores	Secundarios o FP	Primarios o menos	
<i>Dorsalgia-lumbalgia crónica</i>								
Hombres (%)	19,8	25,9	54,3	<0,001	16,7	22,2	31,5	<0,001
Mujeres (%)	27,6	32,2	39,2	<0,001	23,6	27,7	48,4	<0,001
<i>Cervicalgia crónica</i>								
Hombres (%)	14,0	15,8	21,6	<0,001	12,8	16,0	25,9	<0,001
Mujeres (%)	28,7	33,0	40,7	<0,001	24,0	30,4	48,1	<0,001
<i>Artrosis- artritis o reumatismo</i>								
Hombres (%)	9,5	13,6	17,4	<0,001	8,1	9,9	26,4	<0,001
Mujeres (%)	18,8	24,6	38,3	<0,001	10,7	16,7	55,5	<0,001
<i>Osteoporosis</i>								
Hombres (%)	0,7	1,5	1,8	<0,001	2,8	0,9	0,7	<0,001
Mujeres (%)	7,1	8,0	11,7	<0,001	17,9	5,1	3,7	<0,001

Grupo I-II: Directivos de la administración pública y empresas. Profesiones asociadas a titulación universitaria. Artistas y deportistas. Técnicos y profesionales de soporte. Grupo III: Personal administrativo, servicios de soporte a gestión financiera. Trabajadores de servicios personales y de seguridad. Trabajadores por cuenta propia. Supervisores de trabajadores manuales. Grupo IV-V: Trabajadores manuales cualificados, semicualificados o no cualificados.

Tabla 3

Porcentaje de población con y sin problemas reumáticos que ha visitado a algún profesional sanitario en los últimos 12 meses, y tipo de profesional visitado. ESCA, 2006

	Población sin problemas reumáticos (%)	Población con problemas reumáticos (%)
Médico de familia ^a	64,5	81,8
Especialistas	26,1	43,5
Enfermería	56,5	73,9
Psiquiatra	3,4	6,8
Psicólogo	3,3	5,2
Fisioterapeuta	6,2	13,2
Osteópata	1,4	4,5
Homeópata	1,6	2,4
Naturista	1,8	2,8
Acupuntor	1,0	2,7

^a Todas las comparaciones presentan diferencias significativas con $p < 0,001$.

un grupo de 8550 individuos (edad media $40,8 \pm 17,5$) sin problemas de este tipo. La prevalencia de obesidad es significativamente mayor ($p < 0,001$) en las personas que declaran algún problema del aparato locomotor (17,1% frente a 9,9%; $p < 0,001$). El 42,7% de los individuos con problemas reumáticos declara una percepción de su salud regular o mala, frente al 11% del grupo sin problemas reumáticos. Tras ajustar por edad, sexo, clase social y obesidad, el nivel de salud autopercibida entre las personas que declaran problemas musculoesqueléticos es significativamente peor que el de las personas que no los declaran (OR = 3,5; IC95%: 3,2-3,8). La existencia de estos problemas musculoesqueléticos comporta también una mayor restricción de la actividad (tanto en los últimos 15 días como en los últimos 12 meses), más visitas a profesionales de la salud en los últimos 15 días y 12 meses, y más visitas a urgencias, todo con diferencias significativas ($p < 0,001$). Las visitas son en mayor proporción al médico de atención primaria, a especialistas médicos y a profesionales de enfermería. El porcentaje de personas que han visitado al psiquiatra es el doble entre los que declaran dichos problemas que entre los que no los declaran. Más del 10% de la población con problemas del aparato locomotor ha visitado al fisioterapeuta en el último año, lo que duplica el porcentaje de personas sin problemas reumáticos que lo han hecho. Destaca también la mayor proporción de sujetos que declaran problemas de este tipo que buscan atención en osteópatas y acupuntores (tabla 3).

Comparación entre los problemas musculoesqueléticos

En la tabla 4 se detalla la medida del riesgo de presentar alteraciones en la salud autopercibida, en la restricción de la actividad y en la utilización de servicios sanitarios por tipo de problema específico. Las personas que declaran tener artrosis-artritis o reumatismo son, de todos los grupos, las que presentan mayor riesgo de declarar una salud regular o mala (OR = 3,4). La dorsalgia-lumbalgia crónica y la osteoporosis son los trastornos que más se asocian a

Tabla 4

Porcentaje de personas que declaran diferentes problemas crónicos del aparato locomotor, y medida del riesgo ajustado por edad, sexo, clase social y obesidad (OR e IC95%), de presentar salud autopercibida regular o mala, restricción de actividades en los últimos 15 días y 12 meses, y uso de recursos sanitarios en comparación con la población sin problemas reumáticos. ESCA, 2006

	Sin problemas reumáticos, %	Población con problemas reumáticos (%)											
		Artrosis-artritis o reumatismo			Dorsalgia-lumbalgia crónica			Cervicalgia crónica			Osteoporosis		
		%	OR	IC95%	%	OR	IC95%	%	OR	IC95%	%	OR	IC95%
Salud autopercibida regular o mala	11,0	59,2	3,39	3,08-3,73	45,3	3,23	2,97-3,52	45,8	3,2	2,94-3,49	67,9	2,56	2,18-2,99
Restricción actividad últimos 15 días	8,3	24	2,19	1,94-2,47	23,4	2,34	2,12-2,57	23,5	2,32	2,10-2,55	32,9	2,43	2,07-2,85
Restricción actividad últimos 12 meses	9,3	33,1	2,49	2,24-2,77	30,5	2,55	2,34-2,79	30,0	2,27	2,08-2,48	43,9	2,55	2,20-2,96
Visitas medicas últimos 15 días	15,9	32,6	1,73	1,56-1,91	29,9	1,67	1,54-1,81	30,1	1,61	1,48-1,75	38,1	1,60	1,38-1,86
Visitas médicas últimos 12 meses	82,8	94,6	2,14	1,81-2,53	92,5	1,78	1,56-2,01	93	1,80	1,58-2,05	97,3	2,96	1,97-4,45
Visitas urgencias	25,8	35,2	1,77	1,61-1,95	37,6	1,72	1,60-1,86	37,2	1,62	1,50-1,75	37,9	1,59	1,37-1,84

restricción de la actividad en los últimos 12 meses y los últimos 15 días. Cada uno de los problemas del aparato locomotor se asocia a un mayor número de visitas médicas en los últimos 12 meses, con la osteoporosis como la de mayor riesgo (OR = 2,9). Las visitas a profesionales de la salud en los últimos 15 días, y el número de visitas a urgencias, están aumentados de forma similar en los cuatro grupos de afecciones (OR = 1,6-1,8).

Discusión

El análisis de los determinantes del estado de salud y del impacto de los distintos problemas de salud en la población es el primer paso para una correcta planificación de los servicios sanitarios. Las enfermedades reumáticas son, entre todos los problemas crónicos de salud, las primeras en orden de frecuencia entre la población catalana, ya que las declaran casi la mitad de los adultos. Estos resultados concuerdan con los obtenidos en encuestas de otras comunidades autónomas españolas, como Galicia¹⁵ o la Comunidad de Madrid¹⁶, así como en otros países del entorno europeo y occidental¹⁻³. La prevalencia de los procesos reumáticos crónicos es más frecuente en el sexo femenino y en los grupos de mayor edad, de tal manera que tres cuartas partes de las mujeres mayores de 65 años declaran padecer artrosis-artritis o reumatismo crónico, y alrededor de la mitad dolor crónico de columna.

El dolor lumbar o dorsal es la dolencia crónica más frecuente en nuestra población adulta (24% en hombres y 34,6% en mujeres). Este dato concuerda con la mayoría de los estudios publicados, aunque las prevalencias estimadas varían según la definición operativa del dolor lumbar (duración del episodio de dolor lumbar) entre el 20% y el 50%¹⁷⁻²¹. Esta circunstancia ha hecho plantear a algunos autores la necesidad de utilizar una definición consensuada de dolor lumbar para poder comparar las prevalencias estimadas en distintos entornos²². Las diferencias en la selección de los pacientes y en los métodos para realizar las encuestas (a menudo correo postal) explican en parte la disparidad de los resultados. Además, no hay estudios que agrupen el dolor lumbar y dorsal en una sola pregunta como en nuestro estudio. Aunque el dolor dorsal es menos frecuente que el cervical y el lumbar en la población adulta, tiene un fuerte impacto en los adultos más jóvenes²³.

El dolor cervical crónico es el segundo problema de salud en orden de frecuencia en ambos sexos. Destaca la gran prevalencia en las mujeres, por delante del dolor lumbar o dorsal en las edades más jóvenes. Otros estudios también sitúan la prevalencia de dolor cervical por encima de la de lumbalgia en los adultos¹⁶.

El grupo que engloba la artrosis, las artritis y otros reumatismos es, en conjunto, el tercer problema crónico declarado por la población y el primero en la de 65 o más años de edad. Los estudios que utilizan cuestionarios sobre la topografía del dolor musculoesquelético muestran que, en los ancianos, la rodilla es la articulación que con más frecuencia presenta artrosis sintomática²⁴, y parece ser especialmente frecuente en la población femenina española de

edad avanzada²⁵. Estos datos reflejarían el aumento con la edad de la prevalencia de artrosis de articulaciones periféricas, añadida a la de otros reumatismos articulares y extraarticulares muy frecuentes en la población anciana, como la enfermedad degenerativa del manguito de los rotadores del hombro²⁴.

Finalmente, la osteoporosis, declarada como décimo proceso crónico más prevalente en nuestra población y cuarto dentro del grupo de enfermedades del aparato locomotor, tiene una conocida relación con la edad y con el sexo femenino, y es infrecuente por debajo de los 45 años de edad, tal como recogen los datos. La prevalencia autodeclarada de osteoporosis en las mujeres de edad avanzada está algo por debajo de la que obtienen los estudios poblacionales que utilizan otros métodos, como la densitometría, para el diagnóstico².

Los cuatro grupos de problemas del aparato locomotor identificados en la encuesta muestran un claro gradiente social, pues son más frecuentes entre la población con menor nivel de estudios y en las clases sociales menos favorecidas. La relación entre el grado general de salud percibido y el estatus socioeconómico está bien descrita en la literatura^{26–28}. Igualmente, las diferencias sociales en la prevalencia de los problemas del aparato locomotor, como la lumbalgia y la artrosis, han sido previamente descritas y podrían relacionarse con factores laborales, psicológicos y con la obesidad, más frecuentes en las personas con bajo nivel de estudios, especialmente las mujeres²⁹. También llama la atención en el estudio el marcado gradiente social en la autodeclaración de osteoporosis. En este sentido, se ha demostrado que la pobreza es un factor de riesgo independiente para osteoporosis densitométrica y para fracturas osteoporóticas en las mujeres posmenopáusicas. Entre los factores que podrían explicar este gradiente se han apuntado diferencias nutricionales y el mayor uso de tratamiento hormonal sustitutivo entre las clases sociales altas³⁰.

El impacto de una enfermedad concreta sobre la discapacidad de la población está en relación con la prevalencia de la enfermedad y con la magnitud de su efecto discapacitante. El 17,1% de nuestra población refiere restricción de la actividad en los últimos 12 meses relacionada con algún proceso crónico. Dentro de esta población, una quinta parte de los hombres y casi una tercera parte de las mujeres lo atribuyen a enfermedades del aparato locomotor. En total, un 4,4% de nuestra población adulta refiere restricción crónica de su actividad en los últimos 12 meses en relación con algún problema reumático. Estos porcentajes son similares a los obtenidos en otros países^{31–33}. Por tanto, las enfermedades musculoesqueléticas, aunque en general no son tan incapacitantes como otras, son las que ocasionan una mayor restricción de la actividad en el conjunto de la población, debido a su alta prevalencia.

En contra de la idea usual de que las enfermedades reumáticas ocasionan discapacidad sólo en las personas de edad avanzada, son la primera causa de restricción crónica de actividades declarada por la población catalana de 45 a 64 años de edad, sólo superadas en los hombres menores de 45 años por los problemas del aparato respiratorio. En concordancia con este dato, las enfermedades musculoesqueléticas, y en concreto la lumbalgia, son la primera causa de días perdidos por incapacidad laboral en Cataluña³⁴.

Los pacientes con problemas musculoesqueléticos solicitan con una alta frecuencia la atención de los servicios sanitarios, tanto en el ámbito de la atención primaria como en el hospitalario. Además, también utilizan servicios paramédicos (como osteópatas y naturistas) en mayor proporción que la población general. Nuestra encuesta no permite conocer si el motivo de consulta concreto tenía relación con los problemas musculoesqueléticos, pero hay publicaciones que avalan el impacto de estas enfermedades sobre los servicios sanitarios. Así, el 19% de la población adulta de Gran Bretaña consulta anualmente al médico de atención primaria por este tipo de problemas, cifras similares a las de Canadá³⁵, y los

problemas de aparato locomotor ocupan aproximadamente el 30% del tiempo asistencial de los médicos de familia en Cataluña³⁶. Las grandes necesidades asistenciales que requieren los procesos reumáticos pueden ser consecuencia de varias circunstancias, como el envejecimiento progresivo de la población y el incremento de ciertos factores de riesgo, entre los que se incluyen la obesidad y el sedentarismo. Además, los avances en el tratamiento de algunas de estas enfermedades y las expectativas de mantener una buena calidad de vida a pesar del avance de la edad en nuestra población, permiten predecir un incremento de la demanda sanitaria y social en las próximas décadas.

Una de las limitaciones de este tipo de encuestas es que el diseño no permite valorar diagnósticos musculoesqueléticos precisos como la artrosis o la artritis reumatoide, al tratarse de una autodeclaración de problemas sin una comprobación mediante criterios clínicos o métodos diagnósticos. En este caso, los resultados de prevalencia no sólo dependen de la frecuencia de las enfermedades investigadas, sino también de las creencias y de la percepción de la población. Por el contrario, la presencia de síntomas reumáticos más inespecíficos, como la cervicalgia o la lumbalgia, puede analizarse bien con este método. Otra limitación del diseño de la encuesta de nuestro estudio es que se excluyó la población institucionalizada. En caso de haberla incluido, puesto que se trata de población de edad avanzada, la morbilidad relacionada con las afecciones del aparato locomotor aún habría sido mayor. Por último, cabe destacar que el diseño de una encuesta poblacional de este tipo no permite el análisis de algunos factores de riesgo bien conocidos para los problemas reumáticos, pero no recogidos en la encuesta.

En resumen, en nuestro entorno, las enfermedades reumáticas se sitúan como los problemas crónicos de salud más prevalentes en la población adulta. Afectan predominantemente a las mujeres y su presencia aumenta con la edad y en las clases sociales desfavorecidas. Por su magnitud e impacto sobre la calidad de vida y la actividad de las personas, estas enfermedades deberían ser consideradas de forma prioritaria por las instituciones que se encargan de la gestión y la planificación sanitaria. En este sentido, el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña ha puesto en marcha un Plan Director de Enfermedades Reumáticas y del Aparato Locomotor para ordenar, planificar y mejorar la atención que se da a las personas por ellas afectadas.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Los trastornos del aparato locomotor son los principales problemas crónicos declarados por la población en las diferentes encuestas de salud.

Afectan más a las mujeres y aumentan su prevalencia a medida que se incrementa la edad.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

El estudio pone de manifiesto y cuantifica la magnitud de los problemas crónicos del aparato locomotor en la población de Cataluña debido a su elevada prevalencia, la presencia de gradiente social, su relación con la mala salud autopercebida y con la restricción de actividades, así como la mayor utilización de servicios sanitarios que se asocia a dichos problemas.

El estudio refuerza la necesidad apremiante de introducir de forma decidida en la planificación sanitaria políticas encaminadas a reducir la prevalencia y mejorar la calidad de vida de las personas que padecen dichos trastornos.

Contribuciones de autoría

M.J. Pueyo, X. Surís y M. Larrosa diseñaron el estudio y redactaron el manuscrito. M.J. Pueyo analizó los datos. A. Mompert, P. Brugulat y R. Tresserras diseñaron y supervisaron la recogida de los datos sobre los que se basa el estudio y revisaron el manuscrito. J. Auleda y M.L. de la Puente contribuyeron a la redacción del manuscrito.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Special Eurobarometer 2007. Health in the European Union 2007 Sep.
- Carmona L, Ballina J, Gabriel R, et al. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann Rheum Dis.* 2001;60:1040–5.
- Badley EM. The economic burden of musculoskeletal disorders in Canada is similar to that for cancer, and may be higher. *J Rheumatol.* 1995;22:204–6.
- Woolf AD, Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. *Bull World Health Organ.* 2003;81:646–56.
- Woolf AD. The bone and joint decade. Strategies to reduce the burden of disease: the Bone and Joint Monitor Project. *J Rheumatol.* 2003;67 Suppl:6–9.
- Declaración del Parlamento Europeo sobre las enfermedades reumáticas. 2008. Disponible en: <http://eullex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2009:285E:0067:0068:ES:PDF>.
- Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. *Els catalans opinen de la seva salut i dels serveis sanitaris. Enquesta de salut de Catalunya.* Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2006.
- Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav.* 1997;38:21–37.
- Lubetkin EI, Jia H. Health-related quality of life, quality-adjusted life years, and quality-adjusted life expectancy in New York city from 1995 to 2006. *J Urban Health.* 2009;86:551–61.
- McEwen LN, Kim C, Haan MN, et al. Are health-related quality-of-life and self-rated health associated with mortality? Insights from Translating Research Into Action for Diabetes (TRIAD). *Prim Care Diabetes.* 2009;3:37–42.
- McFadden E, Luben R, Bingham S, et al. Does the association between self-rated health and mortality vary by social class? *Soc Sci Med.* 2009;68:275–80.
- Lyyra TM, Leskinen E, Jylha M, et al. Self-rated health and mortality in older men and women: a time-dependent covariate analysis. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009;48:14–8.
- Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Una propuesta de medida de la clase social. *Atención Primaria.* 2000;25:350–63.
- Domingo A, Marcos J. Propuesta de un indicador de clase social basado en la ocupación. *Gac Sanit.* 1989;3:320–6.
- Conde Cid T, García Caeiro A. Anexo: Encuesta de Salud. En: Plan de Salud de Galicia 2002–2005. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidad; 2002. (Consultado el 7/7/2011.) Disponible en: <http://www.planificacionsanitaria.com/planes/galicia/Galicia-2002-2005-Encuesta-de-salud.pdf>
- Encuesta Nacional de Salud 2006. *Ampliación de resultados para la Comunidad de Madrid.* Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid; 2006.
- Louw QA, Morris LD, Grimmer-Somers K. The prevalence of low back pain in Africa: a systematic review. *BMC Musculoskelet Disord.* 2007;8:105.
- Gourmelen J, Chastang JF, Ozguler A, et al. Frequency of low back pain among men and women aged 30 to 64 years in France. Results of two national surveys. *Ann Readapt Med Phys.* 2007;50:640–9.
- Oksuz E. Prevalence, risk factors, and preference-based health states of low back pain in a Turkish population. *Spine (Phila Pa 1976).* 2006;31:E968–72.
- De Leboeuf-Y C, Klougart N, Lauritzen T. How common is low back pain in the Nordic population? Data from a recent study on a middle-aged general Danish population and four surveys previously conducted in the Nordic countries. *Spine (Phila Pa 1976).* 1996;21:1518–25.
- De Girolamo G. Epidemiology and social costs of low back pain and fibromyalgia. *Clin J Pain.* 1991;7 Suppl 1:S1–7.
- Dionne CE, Dunn KM, Croft PR, et al. A consensus approach toward the standardization of back pain definitions for use in prevalence studies. *Spine (Phila Pa 1976).* 2008;1;33:95–103.
- Briggs AM, Smith AJ, Straker LM, et al. Thoracic spine pain in the general population: prevalence, incidence and associated factors in children, adolescents and adults. A systematic review. *BMC Musculoskelet Disord.* 2009;10:77.
- Urwin M, Symmons D, Allison T, et al. Estimating the burden of musculoskeletal disorders in the community: the comparative prevalence of symptoms at different anatomical sites, and the relation to social deprivation. *Ann Rheum Dis.* 1998;57:649–55.
- Fernández-López JC, Laffon A, Blanco FJ, et al. Prevalence, risk factors, and impact of knee pain suggesting osteoarthritis in Spain. *Clin Exp Rheumatol.* 2008;26:324–32.
- Alexopoulos EC, Geitona M. Self-rated health: inequalities and potential determinants. *Int J Environ Res Public Health.* 2009;6:2456–69.
- McFadden E, Luben R, Bingham S, et al. Social inequalities in self-rated health by age: cross-sectional study of 22,457 middle-aged men and women. *BMC Public Health.* 2008;8:230.
- Kennedy BP, Kawachi I, Glass R, et al. Income distribution, socioeconomic status, and self rated health in the United States: multilevel analysis. *BMJ.* 1998;317:917–21.
- Roskam AJ, Kunst AE. The predictive value of different socio-economic indicators for overweight in nine European countries. *Public Health Nutr.* 2008;11:1256–66.
- Navarro MC, Sosa M, Saavedra P, et al. Poverty is a risk factor for osteoporotic fractures. *Osteoporos Int.* 2009;20:393–8.
- Badley EM, Rasooly I, Webster GK. Relative importance of musculoskeletal disorders as a cause of chronic health problems, disability, and health care utilization: findings from the 1990 Ontario Health Survey. *J Rheumatol.* 1994;21:505–14.
- Picavet HS, van den Bos GA. The contribution of six chronic conditions to the total burden of mobility disability in the Dutch population. *Am J Public Health.* 1997;87:1680–2.
- Andrianakos AA, Miyakis S, Trontzas P, et al. The burden of the rheumatic diseases in the general adult population of Greece: the ESORDIG study. *Rheumatology (Oxford).* 2005;44:932–8.
- Institut Català d'Avaluacions Mèdiques (ICAM). *La incapacidad laboral en Catalunya por contingencias comunes 2009. Informe 2.* Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2010.
- MacKay C, Cañizares M, Davis AM, et al. Health care utilization for musculoskeletal disorders. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2010;62:161–9.
- Pla director de malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor. Enquesta d'opinió sobre l'atenció a les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor a Catalunya. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació, 2010. (Consultado el 7/2/2011.) Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir3531/enqreum.pdf>