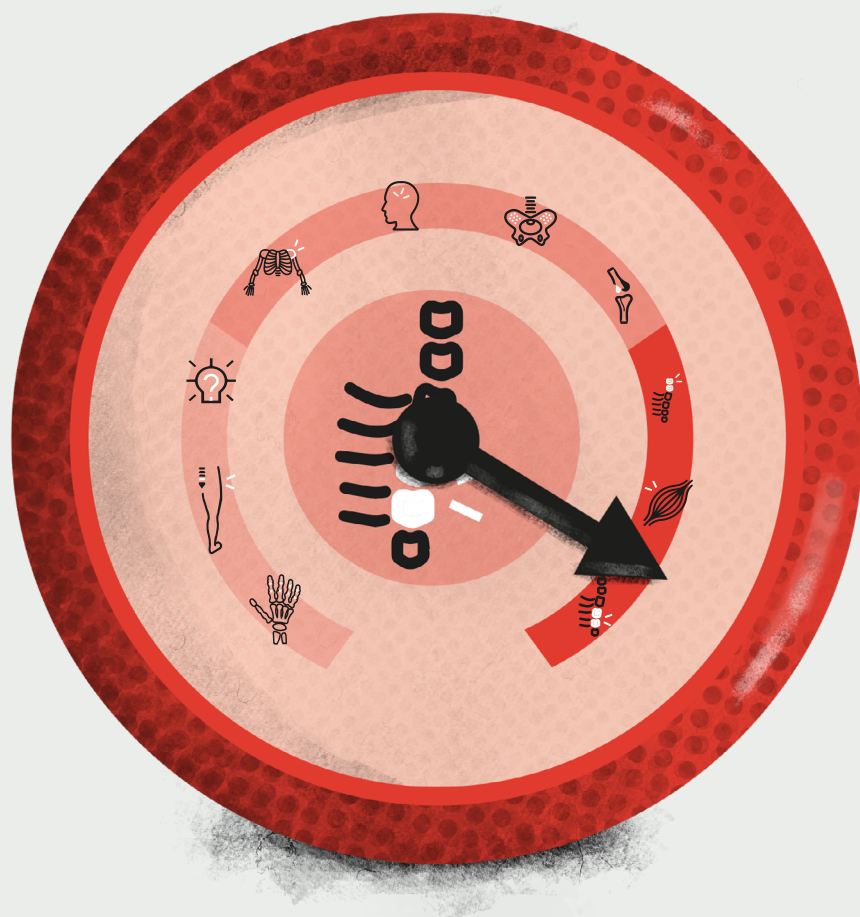


Barómetro del dolor crónico asociado a la lumbalgia

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DEL IMPACTO DEL DOLOR CRÓNICO ASOCIADO A LA LUMBALGIA EN ESPAÑA



Noviembre 2024

Revisado y avalado por la Liga Reumatológica
Española (LiRE).



Índice

DE CONTENIDOS

Resumen ejecutivo	13
Introducción	16
Antecedentes de la lumbalgia	18
1. DEFINICIÓN DE LA LUMBALGIA	19
2. IMPACTO SOCIAL Y ECONÓMICO DE LA LUMBALGIA	21
3. PRINCIPALES AGENTES EN EL ÁMBITO DE LA LUMBALGIA	22
4. PROYECTOS Y ESTRATEGIAS RELACIONADOS CON EL ABORDAJE DE LA LUMBALGIA	25
Barómetro de la lumbalgia en España	28
1. OBJETIVOS	29
2. METODOLOGÍA	29
3. RESULTADOS	32
4. CONCLUSIONES	44
Bibliografía	48
ANEXO 1 - Metodología	52
ANEXO 2 - Resultados	55

Índice

DE FIGURAS

Figura 1. Causas diagnósticas más frecuentes del dolor crónico en España.	20
Figura 2. Prevalencia global de lumbalgia en pacientes con dolor crónico y prevalencia global de lumbalgia y dolor crónico en la población general.	32
Figura 3. Prevalencia de lumbalgia en pacientes con dolor crónico y prevalencia de lumbalgia y dolor crónico en la población general por grupo de edad.	33
Figura 4. Prevalencia de lumbalgia en pacientes con dolor crónico y prevalencia de lumbalgia y dolor crónico en la población general por sexo.	33
Figura 5. Prevalencia de lumbalgia en pacientes con dolor crónico y prevalencia de lumbalgia y dolor crónico en la población general por Comunidad Autónoma.	34
Figura 6. Distribución de los encuestados con lumbalgia y dolor crónico por grupo de edad.	35
Figura 7. Distribución de los encuestados con lumbalgia y dolor crónico por sexo.	35
Figura 8. Distribución de los encuestados con lumbalgia y dolor crónico por Comunidad Autónoma.	36
Figura 9. Distribución de los encuestados con lumbalgia y dolor crónico por nivel de estudios.	36
Figura 10. Distribución de los encuestados con lumbalgia y dolor crónico por situación laboral.	37
Figura 11. Estado de salud de los encuestados con lumbalgia y dolor crónico.	37
Figura 12. Intensidad del dolor en los encuestados con lumbalgia y dolor crónico.	39
Figura 13. Localizaciones anatómicas del dolor en los encuestados con lumbalgia y dolor crónico.	39
Figura 14. Actividades cotidianas limitadas por el dolor en los encuestados con lumbalgia y dolor crónico.	40
Figura 15. Situación de baja laboral a causa del dolor en los encuestados con lumbalgia y dolor crónico.	40
Figura 16. Uso del sistema sanitario a causa del dolor en los encuestados con lumbalgia y dolor crónico.	41
Figura 17. Niveles asistenciales utilizados por los encuestados con lumbalgia y dolor crónico.	41
Figura 18. Uso de especialidades sanitarias por los encuestados con lumbalgia y dolor crónico.	41
Figura 19. Comorbilidades dolorosas (agrupadas) en los encuestados con lumbalgia y dolor crónico.	42
Figura 20. Comorbilidades dolorosas (desagrupadas) en los encuestados con lumbalgia y dolor crónico.	43

Índice

DE TABLAS

Tabla A1 - 1. Distribución de la población española por sexo, grupo de edad y Comunidad Autónoma de residencia.	53
Tabla A1 - 2. Distribución muestral por sexo, grupo de edad y Comunidad Autónoma de residencia.	54
Tabla A2 - 1. Prevalencias de lumbalgia en pacientes con dolor crónico.	56
Tabla A2 - 2. Prevalencias de lumbalgia en el total de encuestados.	57
Tabla A2 - 3. Distribución de la muestra de encuestados con lumbalgia.	58
Tabla A2 - 4. Características del dolor de los encuestados con lumbalgia.	61
Tabla A2 - 5. Análisis de otras comorbilidades dolorosas crónicas presentes en encuestados con lumbalgia.	63

Abreviaturas

CATI

Computer-Assisted Telephone Interviewing

CAWI

Computer-Assisted Web Interviewing

DT

Desviación Típica

EFORT

European Federation of National Associations of Orthopedic and Traumatology

ESOMAR

European Society for Opinion and Marketing Research

EULAR

European Alliance of Associations for Rheumatology

FER

Fundación Española de Reumatología

Fundación SECOT

Fundación de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología

GEER

Sociedad para el Estudio de las Enfermedades del Raquis

HADS

Hospital Anxiety and Depression Scale

ISO

International Organization for Standardization

LIRE

Liga Reumatológica Española

MCS

Mental Component Score

OMS

Organización Mundial de la Salud

PAERME

Plan Andaluz de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas

PCS

Physical Component Score

RI

Rango Intercuartílico

SECOT

Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología

SEFAC

Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria

SEFH

Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

SEGG

Sociedad Española de Geriatría y Gerontología

SEMERGEN

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria

SEMES

Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

SEMFYC

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

SEMG

Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

SEMI

Sociedad Española de Medicina Interna

SER

Sociedad Española de Reumatología

SERMEF

Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física

SERPE

Sociedad Española de Reumatología Pediátrica

ABREVIATURAS DE LAS COMUNIDADES Y CIUDADES AUTÓNOMAS DE ESPAÑA

AND

Andalucía

ARA

Aragón

AST

Principado de Asturias

BAL

Islas Baleares

CAN

Canarias

CAT

Cataluña

CEU

Ciudad Autónoma de Ceuta

CLM

Castilla-La Mancha

CTA

Cantabria

CYL

Castilla y León

EXT

Extremadura

GAL

Galicia

MAD

Comunidad de Madrid

MEL

Ciudad Autónoma de Melilla

MUR

Región de Murcia

NAV

Comunidad Foral de Navarra

PVA

País Vasco

RIO

La Rioja

VAL

Comunidad Valenciana

Resumen

EJECUTIVO

El **dolor crónico** es una de las principales preocupaciones en España en materia de salud pública, impactando de manera significativa en el bienestar y la calidad de vida de los afectados, con repercusiones en los ámbitos laboral, social, familiar y personal.

Este impacto en la población española, evaluado en el informe **“Barómetro del dolor crónico en España 2022. Análisis de situación del impacto del dolor crónico a nivel nacional”** y sus sucesivos informes regionales, han motivado el desarrollo de iniciativas tanto a nivel gestor como sanitario en relación con el dolor crónico en nuestro país.

A pesar de los avances logrados, que han aumentado la concienciación sobre esta problemática e implementado medidas para su mejor manejo, es crucial conocer en profundidad las causas más comunes del dolor crónico y estudiar estas patologías en detalle. Esto permitirá la creación de medidas específicas para mitigar su impacto y progresión.

Este informe se propone **analizar la situación de la lumbalgia en España**, un trastorno musculoesquelético que representa una causa significativa de dolor crónico, según los datos del Barómetro del dolor. Así, en este documento se analiza su impacto en la sociedad y en los sistemas de salud, evaluando las características de la enfermedad que la convierten en uno de los grandes retos de la salud pública y destacando las necesidades de los pacientes.

Con esto se pretende aumentar la concienciación en todos los sectores de la sociedad y planificar futuras iniciativas de mejora que optimicen el tratamiento de la lumbalgia desde una perspectiva biopsicosocial.

Este trabajo busca aumentar la concienciación en todos los sectores de la sociedad y trazar futuras iniciativas de mejora que optimicen el tratamiento de la lumbalgia desde una perspectiva biopsicosocial.

Con este propósito, la **Fundación Grünenthal** y el **Observatorio del Dolor de la Universidad de Cádiz**, con el apoyo de **More than Research** y **Biolnova Consulting**, reflejando su compromiso con los pacientes que sufren de lumbalgia, han elaborado este documento, **“Barómetro del dolor crónico asociado a la lumbalgia. Análisis de situación del impacto del dolor crónico en España”**, que tiene los siguientes objetivos:



Impulsar el conocimiento de la **información disponible en la actualidad acerca de la lumbalgia** y su abordaje sociosanitario en España.



Presentar la información más relevante que permita conocer **qué es y qué representa la lumbalgia** en la sociedad española.



Analizar los **indicadores** existentes y generar nuevos indicadores que permitan analizar el **impacto de la lumbalgia** y favorecer una mejora en su abordaje.

Este informe se divide en dos bloques temáticos: **antecedentes de la lumbalgia** y **Barómetro del dolor crónico asociado a la lumbalgia**, cuya estructura se detalla a continuación.

En la primera parte se presenta una introducción a la enfermedad, permitiendo delinear una **imagen general de la lumbalgia**, definiendo sus características principales y contextualizando su importancia, con el fin de fomentar el conocimiento y la comprensión de esta patología.

Este análisis inicial abarca la **definición y clasificación** actual de la lumbalgia y en él se presentan las principales cifras relativas a la misma, cuantificando su **impacto sanitario y económico** tanto a nivel nacional como internacional. Además, se mencionan los **actores clave** en el ámbito de la lumbalgia y el dolor, destacando sus contribuciones al conocimiento y manejo de la enfermedad, así como las principales **estrategias e iniciativas** desarrolladas.

En el apartado siguiente se revisan las iniciativas más destacadas en el ámbito del **dolor crónico asociado a la lumbalgia** que han sido implementadas por las instituciones sanitarias a nivel nacional. Se subrayan también los avances logrados en términos de gestión e investigación, así como su influencia en la atención médica, resaltando los actores involucrados en la **consecución de estos logros**.

En la segunda parte, eje central del informe, se presenta un estudio sobre la lumbalgia asociada al dolor crónico en España, realizado con el objetivo de obtener datos actualizados sobre esta condición. Este estudio renueva la información disponible acerca del **impacto actual de la lumbalgia asociada a dolor crónico** a nivel nacional, mediante encuestas a la población adulta española, enfocándose en la prevalencia de la patología en diferentes grupos sociodemográficos y las repercusiones de la enfermedad en la salud y las actividades cotidianas de los pacientes.

En esta sección se introducen los **objetivos** del estudio y la **metodología** utilizada para su desarrollo, y se presentan los principales **resultados** obtenidos, que reflejan la **prevalencia de la lumbalgia asociada a dolor crónico** en la población española y las características más relevantes de la enfermedad. Esto permite definir el perfil típico del paciente e identificar los grupos más vulnerables.

Como conclusión final de este documento sobre la “Situación de impacto del paciente con lumbalgia y dolor crónico” en España, se ofrece un resumen del análisis realizado y se presenta una **reflexión final** con el objetivo de abordar las limitaciones y necesidades identificadas en los pacientes, posicionando la lumbalgia como una **prioridad sanitaria**.

Introducción

En el año 2022, la **Fundación Grünenthal** y el **Observatorio del Dolor de la Universidad de Cádiz** iniciaron este proyecto, centrado en analizar el impacto y la problemática actual de la enfermedad del dolor crónico en España e identificar puntos de mejora en su abordaje sociosanitario para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Este esfuerzo conjunto culminó, en abril de 2023, con la publicación del informe **“Barómetro del dolor crónico en España 2022. Análisis de situación del impacto del dolor crónico a nivel nacional”**, y ha continuado en los meses siguientes con la presentación de informes a nivel regional, que han permitido destacar las particularidades del dolor crónico en cada Comunidad Autónoma.

En 2024 se establece una nueva línea de trabajo con el objetivo de dar a conocer las principales patologías asociadas al dolor crónico y cuantificar su impacto en la sociedad española, destacando la **lumbalgia** como una de las causas más comunes.

La **Fundación Grünenthal** es una organización sin ánimo de lucro creada en el año 2000, que tiene como misión mejorar la calidad de vida de las personas con dolor a través de una perspectiva biopsicosocial. La Fundación tiene en el dolor su ámbito de actuación fundamental y está enfocada en mejorar la concienciación y conocimiento en este ámbito y la formación de los profesionales, pacientes y cuidadores, con la meta de potenciar el desarrollo de iniciativas sanitarias de impacto^{1,2}.

El **Observatorio del Dolor**, constituido en el año 2010 por la Cátedra Externa del Dolor Fundación Grünenthal en la **Universidad de Cádiz**, está centrado en la investigación en dolor crónico y la divulgación científica. El Observatorio es un órgano multidisciplinar de análisis de datos por medio de estudios, que tiene el objetivo de dar a conocer la **situación de los pacientes con dolor en España**^{3,4,5}.

Desde la creación del Observatorio, se han puesto en marcha diversas iniciativas en el ámbito del dolor en colaboración con la Fundación Grünenthal, a través del desarrollo de proyectos de investigación, actividades formativas y educativas a profesionales sanitarios y pacientes, publicaciones de impacto y participaciones en congresos y eventos en el campo del dolor.

Este proyecto ha contado, adicionalmente, con la participación de **More than Research**⁶ y **BioInnova Consulting**⁷, que han brindado apoyo en el diseño y desarrollo del barómetro y en la elaboración de este documento.

El presente informe se basa en los datos recopilados en el Barómetro del Dolor a nivel nacional, con el objetivo de presentar la **situación de los pacientes adultos con lumbalgia asociada al dolor crónico en España**. Este trabajo busca mejorar el conocimiento y la visibilidad de la enfermedad, así como impulsar iniciativas sanitarias que promuevan un abordaje adecuado desde una perspectiva biopsicosocial.

1. Grünenthal. *Fundación Grünenthal España*.

2. Fundación Grünenthal. *Presentación*.

3. Fundación Grünenthal. *Universidad de Cádiz*.

4. Fundación Grünenthal. *Observatorio del Dolor*.

5. Observatorio del Dolor. *Quiénes somos*.

6. More than Research. *Inicio*.

7. BioInnova Consulting. *Inicio*.

Antecedentes

DE LA LUMBALGIA

I. DEFINICIÓN DE LA LUMBALGIA

La **lumbalgia**, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), es una enfermedad musculoesquelética caracterizada por la presencia de **dolor focalizado en la región lumbar**, entre el borde inferior de las costillas y los pliegues inferiores de los glúteos, con posible extensión o irradiación a las extremidades inferiores⁸.

Esta enfermedad supone dificultades en el movimiento que afectan a la calidad de vida y el bienestar físico y mental, limitando las actividades laborales de los pacientes y sus interacciones con las personas del entorno. Por todo ello, la lumbalgia es considerada la **principal causa de discapacidad** en todo el mundo y supone un problema destacado de salud pública a nivel global⁹.

El dolor lumbar propio de la enfermedad sigue habitualmente un patrón episódico, marcado por ciclos de remisión y exacerbación, lo que permite clasificar a la lumbalgia, según la duración del dolor, en **aguda** (duración del dolor inferior a las cuatro semanas), **subaguda** (duración del dolor entre cuatro y doce semanas) o **crónica** (duración del dolor superior a las doce semanas), siendo esta última la que supone una mayor carga de enfermedad y discapacidad para los pacientes⁹.

Los factores cognitivos, emocionales y sociales del paciente son determinantes decisivos de la cronicación de la enfermedad, destacando entre ellos los **trastornos de salud mental**, como depresión, ansiedad, entre otras. Es por ello por lo que la atención a la salud mental debe ser complementaria al tratamiento del dolor en el abordaje de la lumbalgia, para evitar la permanencia y progresión de los síntomas^{10,11}.

Adicionalmente, el diagnóstico temprano es clave para agilizar el inicio del tratamiento y reducir el riesgo de cronificación y la discapacidad asociada, por lo que la adecuada clasificación y caracterización de la enfermedad ayuda a los profesionales de la salud a diagnosticarla y tratarla de manera más efectiva, adaptando el enfoque terapéutico a las características específicas del dolor lumbar.

Con el fin de conocer el alcance de la enfermedad sobre el paciente y adecuar la asistencia, es habitual clasificar la lumbalgia según su **sintomatología**, destacando lumbalgia mecánica y no mecánica^{9,12}:

- **Lumbalgia mecánica:** dolor asociado al movimiento y la postura, que se exagera con la actividad física y disminuye con el reposo. En torno al 70-80% de los casos se corresponden con este subtipo de la enfermedad.
- **Lumbalgia no mecánica:** dolor continuo e intenso, de inicio espontáneo y que no disminuye con el reposo. El 20-30% restante de los casos de lumbalgia se enmarcan en este subtipo.

De forma complementaria, es habitual la clasificación de la enfermedad por **etiología**, en lumbalgia inespecífica y específica^{8,10}:

- **Lumbalgia inespecífica:** dolor caracterizado por la ausencia de una causa aparente, al no deberse a enfermedades o problemas estructurales de la columna vertebral. Cerca del 85-90% de los casos se engloban en este subtipo.

8. Organización Mundial de la Salud, 2023. *Lumbalgia*.

9. Organización Médica Colegial de España, 2023. *Pautas de Actuación y Seguimiento - Dolor cervical y lumbar agudo*.

10. Casado M. et al., 2008. *Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar. Clínica y Salud*.

11. Seguí M. & Gervás J., 2002. *El dolor lumbar. Revista de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria*.

12. Clínica Universidad de Navarra, 2018. *Guías de actuación en urgencias - Lumbalgia aguda*.

- **Lumbalgia específica:** el dolor se genera por alguna enfermedad o problema estructural de la columna vertebral, así como por irradiación desde otra parte del cuerpo. El 10-15% restante de los casos pertenecen a este subtipo.

Como muestran estas clasificaciones, el inicio del dolor lumbar propio de la lumbalgia no siempre está asociado a un desencadenante concreto (malas posturas, esfuerzos...) o una lesión física específica, lo que destaca la importancia de actuar de forma rápida ante las primeras manifestaciones del dolor, por medio de una **atención en las esferas física, mental y social** que minimice el riesgo de cronificación.

Es importante destacar, atendiendo de nuevo a las clasificaciones, que la lumbalgia crónica es un subtipo de la enfermedad de larga duración, con dolor prolongado más de doce semanas en el tiempo. Es fundamental entender la diferencia entre este subtipo crónico de lumbalgia y la lumbalgia como enfermedad concomitante (englobando todos los subtipos de la misma) que está presente en algunos de los pacientes que sufren de dolor crónico, y que es la perspectiva que se analiza en este informe.

Por todo lo presentado, el dolor lumbar es una de las enfermedades de mayor interés en España, siendo la **causa más frecuente de dolor crónico** en nuestro país y afectando a más de la mitad de los ciudadanos mayores de 18 años, con una **frecuencia del 58,1%**, tal y como reflejan los resultados del Barómetro del Dolor (Figura 1).



Figura 1. Causas diagnósticas más frecuentes del dolor crónico en España.

II. IMPACTO SOCIAL Y ECONÓMICO DE LA LUMBALGIA

En este apartado se presentan los datos principales sobre el impacto de la lumbalgia en la población española, con el propósito de cuantificar su **alcance en los ciudadanos y en los sistemas de salud**.

La información que se muestra facilita el entendimiento del impacto sociosanitario y económico de esta enfermedad musculoesquelética, pero se debe tener en cuenta que los datos presentados provienen de diferentes fuentes de información y hacen referencia a estudios realizados hace varios años, lo que destaca la necesidad de actualizar la información disponible, para mejorar el conocimiento de la patología y trazar un esbozo actualizado de su alcance socioeconómico en nuestro país.

Con el objetivo de analizar la situación actual de la lumbalgia en España, se ha desarrollado este barómetro, si bien es interesante hacer una revisión inicial de la información disponible hasta la fecha, a fin de poner en contexto la importancia y consecuencias de la lumbalgia en la sociedad.

2.1. Impacto social en la salud pública

La lumbalgia presenta un impacto destacado sobre la población española, alcanzando una **prevalencia del 18,5%**, de acuerdo con el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud de 2018, lo que supondría cerca de **nueve millones de afectados** en nuestro país a día de hoy^{13,14}.

Si bien no se han desarrollado estimaciones posteriores por parte de los organismos sanitarios nacionales, otras fuentes han calculado una prevalencia mayor, que **podría alcanzar el 32%** en nuestro país^{15,16}. Esta cuantía se encuentra alineada con la

prevalencia en los países europeos, que oscila entre el 25 y el 45%¹⁷.

A pesar de esta discrepancia en los datos, que resalta la importancia de este barómetro y de su actualización de los datos de prevalencia, es evidente que la lumbalgia constituye un reto destacado para el sistema sanitario, presentando un amplio alcance en todos los estratos de la sociedad. Aunque la **población de edad mediana y avanzada** y el **sexo femenino** son los principales colectivos de riesgo, en los que se diagnostican la mayoría de los casos, se estima que el 80% de los ciudadanos en España sufrirán de algún episodio de dolor lumbar a lo largo de su vida y este representa la principal causa de **incapacidad laboral en la población joven**¹⁴.

Adicionalmente, la lumbalgia supone el 70% de los casos totales de dolores de espalda y la **causa principal de enfermedades musculoesqueléticas**, que engloban, a su vez, el 40% de los casos totales de enfermedades crónicas^{10,14}.

2.2. Impacto económico en el sistema sanitario

De forma complementaria al impacto sobre los pacientes, la lumbalgia genera un gasto anual de **9.000 millones de euros** al sistema sanitario español (**0,7% del PIB nacional**), coste similar al que suponen otras patologías crónicas de alto impacto, como enfermedades cardiovasculares, cáncer, trastornos de salud mental o enfermedades autoinmunes. Esta cuantía equivale a un gasto cercano a los 190 euros por habitante (o 1.000 euros por cada paciente con lumbalgia), lo que supone el **8% del gasto sanitario total en España**¹⁸.

13. Ministerio de Sanidad, 2020. *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2018 - Situación de Salud*.

14. Dolor.com, 2023. *Datos del dolor de espalda en España*.

15. Humbría A. et al., 2002. *Impacto poblacional del dolor lumbar en España: resultados del estudio EPISER*. *Revista Española de Reumatología*.

16. Valero de Bernabé M., 2017. *Lumbalgia crónica en la población española. Factores asociados y calidad de vida según la Encuesta Nacional de Salud 2011*.

17. Torres L. et al., 2017. *Prevalencia del dolor irruptivo asociado al dolor crónico por lumbalgia en Andalucía (estudio COLUMBUS)*. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*.

18. COPE, 2023. *La lumbalgia supone un coste de 9.000 millones para el sistema sanitario*.

Los costes directos de la lumbalgia, que representan el 25% del gasto total (cerca de 2.250 millones de euros anuales) derivan de factores propios del proceso asistencial, siendo las **visitas al médico** la partida más destacada. Cada año se producen más de dos millones de consultas en Atención Primaria por causa de la enfermedad, que suponen un gasto de 950 millones de euros para el sistema sanitario^{9,14,18}.

La fracción restante del gasto, 75% del total (6.750 millones de euros anuales), procede de los costes indirectos, que incluyen el impacto de la enfermedad sobre el mercado laboral y las actividades profesionales de los pacientes, destacando como partida de mayor volumen la **disminución de productividad laboral**. La lumbalgia supone la pérdida anual de 52 millones de jornadas laborales, que generan un coste de 2.500 millones de euros^{9,14}.

Estos datos de gasto revelan que la lumbalgia supone una **considerable demanda de recursos** para el sistema sanitario, lo cual afecta a su capacidad

para proporcionar atención adecuada a los propios pacientes con dolor lumbar y podría complicar el manejo de otras enfermedades.

Finalmente, cabe destacar que el impacto de la enfermedad se encuentra en continua progresión a nivel global, calculándose un **crecimiento del 36% en el volumen de casos** para el año 2050, debido fundamentalmente al aumento de la esperanza de vida y al **envejecimiento** de la población⁸. España será el país más envejecido del mundo en el año 2050, momento en el que 15,7 millones de personas serán mayores de 65 años, 31,4% de la población (frente al 19,6% actual) y habrá 5,8 millones de personas mayores de 80 años, 11,6% de la población (frente al 6% actual)¹⁹.

Ante este panorama, es imperativo considerar a la lumbalgia como un problema de salud pública destacado en España, lo que permita adoptar estrategias eficaces para responder eficientemente a las crecientes necesidades sanitarias de los pacientes y reducir la carga sobre los sistemas de salud.

III. PRINCIPALES AGENTES EN EL ÁMBITO DE LA LUMBALGIA

Desde 2019, año de publicación de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11, el dolor crónico está considerado como una enfermedad en sí mismo, lo que ha contribuido a su estudio y a la investigación en este ámbito, permitiendo profundizar en el **conocimiento de las patologías asociadas al dolor** y emprender nuevas acciones a nivel político y sanitario²⁰.

En este sentido, es importante destacar el papel de diversas entidades a nivel nacional que, aunque no están especializadas en el ámbito del dolor, han sido parte de **iniciativas en el ámbito de la lumbalgia** desde una perspectiva asistencial y divulgativa.

- Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) (1955).
- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) (1973).
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC) (1982).
- Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) (1987).
- Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) (1988).

19. Instituto Nacional de Estadística, 2020. *Proyecciones de población 2020-2070*.

20. Margarit C., 2019. *La nueva clasificación internacional de enfermedades (CIE-11) y el dolor crónico. Implicaciones prácticas. Revista de la Sociedad Española de Dolor*. doi: 10.20986/resed.2019.3752/2019.

- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) (1992).
- Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC) (2000).
- Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) (2002).

De forma más específica, existen agentes a nivel nacional que centran sus líneas de trabajo en las **enfermedades musculoesqueléticas** y la **lumbalgia**, posicionándose como sociedades científicas y asociaciones de interés para los pacientes de lumbalgia.

La **Sociedad Española de Reumatología (SER)**, fundada en 1948, tiene como objetivo fomentar el conocimiento de las patologías reumáticas y musculoesqueléticas y mejorar la asistencia a los pacientes, por medio de la formación médica, la investigación científica y la divulgación de conocimientos a instituciones sanitarias y ciudadanía^{21,22}.

La sociedad ha implementado importantes iniciativas para los pacientes con dolor musculoesquelético, materializadas a través de la **Unidad de Investigación**, iniciativa pionera que tiene como misión promover la investigación de calidad. Esta unidad se encarga de planificar y ejecutar proyectos de investigación y actividades formativas en el ámbito de la Reumatología, destacando su papel de apoyo en el desarrollo guías de práctica clínica y consensos en enfermedades de alto impacto²³.

Una de las iniciativas más destacadas de la sociedad fue el proyecto **“EPISER: Prevalencia de las enfermedades reumáticas en la población española”**, con el objetivo de estimar la prevalencia e impacto en la población española de seis enfermedades musculoesqueléticas, incluyendo la lumbalgia. Los

resultados, obtenidos de encuestas poblacionales, permitieron concluir que la lumbalgia es una de las enfermedades con mayor limitación física y emocional y mayor consumo de recursos sanitarios y sociales, lo que contribuyó a considerar esta enfermedad como un reto para los sistemas de salud y las instituciones sanitarias nacionales²⁴.

En el año 1999, la Sociedad Española de Reumatología constituye la **Fundación Española de Reumatología (FER)**, con el objetivo de fortalecer el trabajo de la sociedad, promoviendo la calidad asistencial y el reconocimiento de la especialidad de Reumatología ante la sociedad civil y las autoridades sanitarias²⁵.

La **Sociedad Española de Reumatología Pediátrica (SERPE)**, fundada en 1998, es la única sociedad científica en España dedicada exclusivamente a la atención de las enfermedades reumáticas en la infancia. Una de las líneas de actuación más destacadas es la publicación de documentos de consenso sobre enfermedades musculoesqueléticas desde una perspectiva pediátrica, elaborados por diferentes grupos de trabajo²⁶.

En la vertiente de los pacientes, la Sociedad Española de Reumatología y la Sociedad Española de Reumatología Pediátrica mantienen una estrecha relación con las asociaciones autonómicas de Reumatología de todo el país y con la **Liga Reumatológica Española (LIRE)**. Esta organización, fundada en el año 1973, está formada por más de cuarenta asociaciones de pacientes de ámbito local, autonómico y estatal, así como socios individuales, que representan y defienden los intereses de los pacientes ante instituciones públicas y privadas²⁷.

La Sociedad Española de Reumatología y la Liga Reumatológica Española, como referentes nacionales en enfermedades reumatológicas y musculoes-

21. Sociedad Española de Reumatología. *Quiénes somos*.

22. Sociedad Española de Reumatología. *Misión, visión y valores*.

23. Sociedad Española de Reumatología. *Investigación*.

24. Sociedad Española de Reumatología. *EPISER: Prevalencia de las enfermedades reumáticas en la población española*.

25. Sociedad Española de Reumatología. *Fundación Española de Reumatología - FER*.

26. Sociedad Española de Reumatología Pediátrica. *Quiénes somos*.

27. Liga Reumatológica Española. *Quiénes somos*.

queléticas, forman parte de la **Alianza Europea de Asociaciones de Reumatología (European Alliance of Associations for Rheumatology, EULAR)**, organización enfocada en dar visibilidad a las necesidades de los pacientes de estas enfermedades y potenciar su calidad de vida²⁸.

La **Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT)**, constituida en el año 1935, tiene el objetivo de mejorar la formación científica de los médicos y potenciar su rol central en la comunicación y la mejora de la calidad de vida de los pacientes, lo que ha permitido expandir el conocimiento de las enfermedades y lesiones del sistema esquelético y muscular asociadas al dolor crónico²⁹.

En el año 1993 la sociedad puso en marcha la **Fundación de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (Fundación SECOT)**, con el propósito de fomentar la investigación y la enseñanza de la especialidad, así como facilitar y promocionar la labor de los profesionales que la ejercen³⁰.

La Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología, como entidad nacional de referencia, actúa como representante de España en la **Federación Europea de Asociaciones Nacionales de Ortopedia y Traumatología (European Federation of National Associations of Orthopedic and Traumatology, EFORT)**, que plantea el intercambio de conocimientos científicos y experiencias para mejorar la educación e investigación en el campo de la cirugía musculoesquelética³¹.

La **Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF)**, fundada en 1957, se plantea la meta de promover el desarrollo de la rehabilitación y la medicina física por medio de la formación continuada de los profesionales, la investigación científica y la cooperación en la práctica clínica³². Para ello, la sociedad ha puesto en marcha diferentes grupos de trabajo que han permitido profundizar en la relación entre dolor crónico y enfermedades reumáticas, así como mejorar la formación de los profesionales de rehabilitación en el manejo del paciente con dolor³³.

La **Sociedad para el Estudio de las Enfermedades del Raquis (GEER)**, fundada en 1983, tiene como objetivo principal avanzar en el estudio de las enfermedades de la columna vertebral y su proceso asistencial completo, acercando a los pacientes y la sociedad información útil basada en el enfoque de los especialistas³⁴.

Todos los agentes mencionados en este apartado han contribuido a la mejora asistencial y el conocimiento de la lumbalgia en España, favoreciendo el impulso de iniciativas a nivel sanitario e institucional y la consecución de hitos que han redundado en favor de los pacientes en nuestro país.

28. Alianza Europea de Asociaciones de Reumatología. *About EULAR*.

29. Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. *¿Qué es la SECOT?*

30. Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. *Fundación SECOT*.

31. Federación Europea de Asociaciones Nacionales de Ortopedia y Traumatología. *EFORT mission, vision & activities*.

32. Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. *Historia*.

33. Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. *Grupos de Trabajo*.

34. Sociedad para el Estudio de las Enfermedades del Raquis. *Qué es GEER - Quiénes somos*.

IV. PROYECTOS Y ESTRATEGIAS RELACIONADOS CON EL ABORDAJE DE LA LUMBALGIA

En España el papel divulgativo y formativo de las sociedades científicas y las asociaciones de pacientes ha sido crucial para el **reconocimiento y la visibilidad de la lumbalgia a nivel institucional**. Como resultado, los organismos sanitarios de nuestro país han implementado planes que han contribuido a establecer un marco regulatorio para el abordaje de la lumbalgia en los sistemas de salud, principalmente a nivel regional.

4.1. Proyectos a nivel nacional

El principal plan estratégico a nivel nacional para abordar la lumbalgia es la **“Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud”**, publicada en 2013. Este documento propone medidas clave para optimizar el abordaje de estas patologías, entre las que se incluyen el refuerzo de programas de educación para la salud dirigidos a profesionales sanitarios y pacientes³⁵.

Adicionalmente, las acciones planteadas enfatizan la comunicación permanente entre Atención Primaria y Especializada, para asegurar la integración de los diferentes niveles asistenciales en la prevención de comorbilidades y necesidades complejas.

La estrategia pretende promover el desarrollo de programas de atención temprana en las Comunidades Autónomas, complementarios a los sistemas de derivación precoz, con el fin de contribuir a la reducción de la discapacidad laboral causada por las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas. Estas acciones están diseñadas para mejorar la prevención y el manejo del dolor lumbar, con el objetivo de reducir su impacto en la calidad de vida de los pacientes y en la economía nacional.

A pesar de los impactos conseguidos tras la publicación de la estrategia, es interesante señalar que esta data de 2013, por lo que resulta oportuno considerar la **actualización de dicha estrategia** o la elaboración de un **plan específico enfocado en la lumbalgia**, que permita abordar de manera integral los nuevos retos y necesidades de los pacientes.

4.2. Proyectos a nivel regional

Como complemento a la mencionada “Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud”, las instituciones sanitarias de las Comunidades Autónomas han incorporado a las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas como un tema prioritario en sus planes sanitarios.

En este sentido, **Andalucía** y **Cataluña** han desarrollado planes específicos para la prevención y abordaje de las enfermedades musculoesqueléticas, que son referentes a nivel nacional. **Canarias, Castilla-La Mancha** y **Castilla y León** han implementado en sus sistemas sanitarios procesos asistenciales integrados alineados con la estrategia nacional, para optimizar la atención de los pacientes.

Andalucía

El **“Plan Andaluz de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas (PAERME)”**, publicado en 2018, plantea como objetivo principal reducir la incidencia y el impacto de las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas en Andalucía, mejorar la atención sanitaria, adecuar la oferta de servicios a las necesidades de la población, aumentar el grado de conocimiento e información sobre estas enfermedades y fomentar la formación de profesionales y la investigación³⁶.

35. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013. *Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud*.

36. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2018. *Plan Andaluz de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas*.

Una de las contribuciones destacadas de este plan es el incremento en la participación ciudadana en la toma de decisiones sobre salud y la mejora de la calidad de vida, lo que ha permitido abordar el impacto emocional y social de estas enfermedades y mejorar la educación de los pacientes.

Cataluña

El **“Plan director de enfermedades reumáticas y del aparato locomotor”**, publicado en 2016, tiene como objetivo mejorar la atención a estas patologías mediante acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico precoz, tratamiento adecuado y rehabilitación. El plan está orientado a mejorar la calidad de vida de las personas que sufren de problemas relacionados con las enfermedades reumáticas y el dolor crónico, a través de la implantación de un modelo asistencial orientado a las necesidades de la población, basado en los principios de equidad, eficiencia, sostenibilidad y satisfacción de los ciudadanos^{37,38}.

Entre las principales acciones específicas para abordar el dolor lumbar se encuentra la mejora de la formación de los profesionales de Atención Primaria, para establecer criterios en la reorganización de los procedimientos asistenciales y la agilización del diagnóstico.

Canarias

Las **“Recomendaciones clínico-asistenciales para el abordaje integral de la lumbalgia”**, publicadas en 2014, pretenden reducir la variabilidad en la práctica clínica y quirúrgica y promover un uso eficiente de los recursos sanitarios, reduciendo el número de visitas necesario para abordar adecuadamente esta enfermedad³⁹.

Este documento, sujeto a actualizaciones periódicas basadas en la evidencia científica y los avances en la investigación del dolor lumbar, ha sido una herramienta útil y práctica para el manejo integral de los pacientes con lumbalgia en la región.

Castilla-La Mancha

El documento para la **“Prevención de los trastornos musculoesqueléticos en el trabajo”**, publicado en el año 2012, tiene como objetivo dar a conocer los factores de riesgo de estas enfermedades en los entornos laborales, planteando medidas preventivas para reducir los riesgos derivados de los sobreesfuerzos, que pueden desencadenar episodios de dolor como la lumbalgia⁴⁰.

Castilla y León

El **“Proceso asistencial de lumbalgia y/o radiculopatía de extremidades inferiores”** fue publicado en 2011 con el propósito de prestar una atención adecuada a los pacientes con episodios de lumbalgia y/o dolor radicular irradiado, estableciendo pautas como la derivación temprana de los pacientes con signos de alerta, el foco en el alivio del dolor y la recuperación de la capacidad funcional y la prevención de nuevos episodios o cronificación⁴¹.

Esta iniciativa ha permitido implementar en la región procedimientos de atención integral en la vertiente física y psicológica, por medio de una atención continuada e interdisciplinar, basada en el seguimiento continuo y la participación de la Atención Primaria y Especializada.

Estos planes autonómicos muestran el interés de las instituciones sanitarias regionales por tratar la lumbalgia como un problema significativo para la

37. Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña, 2016. *Plan director de enfermedades reumáticas y del aparato locomotor 2017-2019*.

38. Larrosa M. et al., 2012. *Planificación en enfermedades reumáticas. Elaboración del Plan director de las enfermedades reumáticas y del aparato locomotor de Cataluña. Reumatología Clínica*. doi: 10.1016/j.reuma.2011.12.007.

39. Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud, 2014. *Recomendaciones clínico asistenciales para el abordaje integral de la lumbalgia*.

40. Consejería de Trabajo y Empleo de la Junta de Castilla-La Mancha, 2012. *Prevención de los trastornos musculoesqueléticos en el trabajo*.

41. Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Consejería de Salud de la Junta de Castilla y León, 2011. *Proceso asistencial de lumbalgia y/o radiculopatía de extremidades inferiores*.

salud pública, adoptando estrategias específicas para su prevención, diagnóstico y tratamiento eficaz. Aunque las Comunidades Autónomas no mencionadas no han desarrollado estrategias específicas en enfermedades musculoesqueléticas, el trabajo en lumbalgia ocupa una posición importante en sus actuaciones sanitarias.

Barómetro

DE LA LUMBALGIA EN ESPAÑA

I. OBJETIVOS

Considerando el significativo impacto del dolor crónico en la sociedad, la Fundación Grünenthal, en colaboración con el Observatorio del Dolor de la Universidad de Cádiz, inició la investigación que conforma el presente documento.

Esta investigación se centra en dos objetivos principales, los cuales se detallan a continuación:



Conocer y describir las características epidemiológicas y de atención sanitaria de los ciudadanos adultos que sufren de dolor crónico asociado a lumbalgia en España.



Conocer las características y consecuencias del dolor crónico sobre la salud y calidad de vida de los pacientes con dolor crónico y lumbalgia.

II. METODOLOGÍA

El estudio se llevó a cabo mediante la realización de **encuestas a la población española en el año 2022**, con el objetivo de cuantificar el alcance del dolor crónico en España y las patologías asociadas a esta condición, con miras a proponer soluciones a los principales desafíos que plantea.

Los resultados que se presentarán en las secciones siguientes corresponden a **pacientes que padecen dolor crónico y, además, sufren de lumbalgia como patología asociada**. Por lo tanto, para interpretar adecuadamente los resultados, es fundamental entender que los datos analizados provienen de individuos con lumbalgia y dolor crónico.

Ámbito del estudio

Nacional (España).

Diseño del estudio

Estudio observacional descriptivo transversal.

Población de estudio

Individuos de 18 a 85 años residentes en España.

Criterios de inclusión y exclusión

Los individuos seleccionados para las encuestas fueron sujetos listados en el panel de Cint, líder mundial en software para la recopilación de información digital⁴².

Esta plataforma, enfocada a fines exclusivamente relacionados con las investigaciones de mercado, permite el acceso a paneles de participantes que cumplen con los requisitos de la Sociedad Europea de Opinión e Investigación de Mercados (*European*

42. Cint. *Market Research and Insights*.

Society for Opinion and Marketing Research, ESOMAR) y la Organización Internacional de Normalización (*International Organization for Standardization*, ISO).

El acceso a los sujetos que participaron en la encuesta de este proyecto se llevó a cabo de manera aleatoria a través de una plataforma propia de Access, garantizando la **anonimidad** y sin tener acceso a información personal de los individuos, tan sólo **información sociodemográfica de la población a nivel agregado**.

Muestra

Para este proyecto se llevaron a cabo **7.058 entrevistas** a población española, muestreada según cuotas de **sexo, edad y Comunidad Autónoma** de residencia.

- 6.394 encuestas se realizaron mediante una entrevista online asistida por ordenador (*Computer-Assisted Web Interviewing*, CAWI) a **individuos de 18 a 75 años**.
- 664 encuestas se realizaron mediante una entrevista telefónica asistida por ordenador (*Computer-Assisted Telephone Interviewing*, CATI) a **individuos de 76 a 85 años**.

La distribución de los participantes entre los segmentos online y telefónico se hizo con el objetivo de favorecer el adecuado desarrollo de las encuestas. La población mayor de 75 años, menos familiarizada con los medios digitales e Internet, completó la encuesta a través de una llamada telefónica con un entrevistador, mientras que la población entre 18 y 75 años realizó las encuestas a través de un enlace a un cuestionario online.

Con un tamaño de 7.058 entrevistas, el **error muestral** queda fijado en $\pm 1,2\%$, para datos globales, $p=q=0,5$, con un **nivel de confianza del 95%**.

Para la muestra realizada mediante CAWI (6.394 entrevistas), el error es de $\pm 1,2\%$, y para la muestra realizada mediante CATI (664 entrevistas), el error es de $\pm 3,9\%$.

La distribución muestral es proporcional al tamaño de la población española por sexo, edad y Comunidad Autónoma de residencia (**Anexo 1. Tabla A1 - 1 y Tabla A1 - 2**).

Instrumentos y variables

Se utilizó una encuesta para recoger la siguiente información: datos sociodemográficos, uso del sistema sanitario, estado de salud, presencia y características del dolor (continuo y crónico), consecuencias del dolor crónico y uso del sistema sanitario a causa del dolor.

Para el análisis llevado a cabo se diferenciaron tres grupos en la población encuestada: individuos sin dolor, individuos con dolor continuo e individuos con dolor crónico.

- **Definición de dolor continuo (no crónico):** se considera que una persona tiene dolor continuo no crónico si lo sufre al menos 4 o 5 días a la semana, pero desde hace menos de 3 meses.
- **Definición de dolor crónico:** se considera que una persona tiene dolor crónico si sufre dolor al menos 4 o 5 días a la semana y dicho dolor tiene lugar desde hace al menos 3 meses.

Para cuantificar el estado de salud de los encuestados, se utilizaron las siguientes escalas:

- **Cuestionario SF-12 versión 2 (SF-12v2) de Calidad de Vida Relacionada con la Salud.**

Es un cuestionario que permite analizar la salud física (**Physical Component Score, PCS**) y la salud mental (**Mental Component Score, MCS**) en ocho dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal,

salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Cada dimensión se puntúa del 0 al 100, siendo los valores más altos representación de un mejor estado de salud^{43,44}.

- **Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión** (*Hospital Anxiety and Depression Scale*, HADS).

Esta escala se utiliza para abordar los trastornos del humor (**ansiedad y depresión**) por medio de dos subescalas (ansiedad y depresión). Cada escala toma valores entre 0 y 21, donde mayores puntuaciones indican mayores niveles de ansiedad o depresión. Puntuaciones por encima de 10 indican presencia de ansiedad o depresión, y entre 8 y 10 se considera con indicios dudosos de ansiedad o depresión^{45,46,47}.

- **Cuestionario Duke de Apoyo Social percibido.**

Este cuestionario se compone de dos subescalas: **apoyo social** confidencial (posibilidad de comunicarse con otras personas) y apoyo social afectivo (muestras de afecto y empatía recibidas). Las puntuaciones se establecen entre 11 y 55, siendo las mayores puntuaciones consecuencia de un mayor apoyo social percibido. Puntuaciones inferiores a 32 se consideran indicadoras de bajo apoyo social percibido⁴⁸.

Procedimiento de recogida de datos

La recogida tuvo lugar entre el 13 y el 20 de **junio de 2022** a través del panel de la empresa Cint. El acceso a la información se ha realizado por el **sistema CATI** y el **sistema CAWI**.

Análisis estadístico

Se llevó a cabo un **análisis descriptivo** de los datos, mostrando la distribución de frecuencias absolutas y relativas (**porcentajes**) en el caso de las variables cualitativas. Para las cuantitativas se muestran la **media con su desviación típica**. Se comprobó la normalidad en su distribución mediante **pruebas de Kolmogorov-Smirnov**.

Se determinó la prevalencia de dolor continuo no crónico y dolor crónico mediante **estimación puntual** y por **intervalos de confianza al 95%**. La prevalencia se particularizó por sexo, grupo de edad y Comunidad Autónoma.

Para el fin de este informe, se estudió el subgrupo de individuos con lumbalgia asociada al dolor dentro de los encuestados que padecen dolor crónico. Se realizó un análisis de los siguientes datos:

- Prevalencia de lumbalgia en pacientes con dolor crónico.
- Prevalencia de lumbalgia y dolor crónico en la población general.
- Distribución de la muestra de encuestados con lumbalgia y dolor crónico.
- Características del dolor de los encuestados con lumbalgia y dolor crónico.
- Análisis de otras causas adicionales de dolor crónico presentes en encuestados con lumbalgia y dolor crónico.

43. Schmidt S. et al., 2012. *Normas de referencia para el Cuestionario de Salud SF-12 versión 2 basadas en población general de Cataluña*. Médica Clínica. doi: 10.1016/j.medcli.2011.10.024.

44. Monteagudo O. et al., 2009. *Valores de referencia de la población diabética para la versión española del SF-12v2*. Gaceta Sanitaria. doi: 10.1016/j.gaceta.2008.11.005.

45. Zigmond A. y Snaith R., 1983. *The hospital anxiety and depression scale*. Acta Psychiatrica Scandinavica. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.

46. Selvarajah D. et al., 2014. *The contributors of emotional distress in painful diabetic neuropathy*. Diabetes and Vascular Disease Research. doi: 10.1177/1479164114522135.

47. Herrero M. et al., 2003. *A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population*. General Hospital Psychiatry. doi: 10.1016/s0163-8343(03)00043-4.

48. Bellón J. et al., 1996. *Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11*. Atención Primaria 1996 Sep 15;18(4):153-6, 158-63.

III. RESULTADOS

En esta sección se presentan los principales hallazgos del informe, basados en **las 7.058 encuestas** realizadas en el contexto de este estudio. De estas, 6.394 se realizaron de manera online a través la metodología CAWI a población entre 18 y 75 años, mientras que las 664 encuestas restantes fueron desarrolladas por vía telefónica a través la metodología CATI a personas de entre 76 y 85 años. Un total de 1.825 participantes reportaron sufrir dolor crónico (25,9% de la población encuestada).

Para obtener una descripción detallada de los resultados, puede consultarse el **Anexo 2. Resultados**.

3.1. Prevalencia de lumbalgia y dolor crónico

En esta sección se expone la **prevalencia de lumbalgia en los pacientes con dolor crónico**, así como la **prevalencia de lumbalgia y dolor crónico en la**

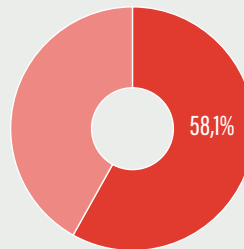
población general. Estos datos han sido obtenidos a través de las encuestas realizadas, con especial énfasis en el impacto de esta afección en la vida diaria y su repercusión en la sociedad.

Prevalencia global

Tal como se ha reflejado en el Barómetro del dolor crónico a nivel nacional y en los sucesivos subinformes regionales, la **lumbalgia es una afección comúnmente vinculada a los pacientes con dolor crónico**, siendo mencionada con frecuencia por los encuestados como una de las principales causas de su dolor.

La prevalencia de lumbalgia en los **pacientes con dolor crónico** alcanza el **58,1%** (IC95%: 54,7-61,7%), mientras que la prevalencia de lumbalgia y dolor crónico en la **población general** se sitúa en el 15% (IC95%: 14,1-16%) (Figura 2).

PREVALENCIA DE LUMBALGIA EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO



PREVALENCIA DE LUMBALGIA Y DOLOR CRÓNICO EN LA POBLACIÓN GENERAL

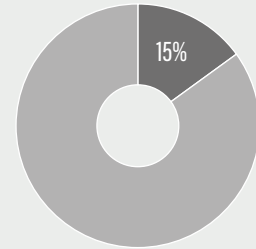


Figura 2. Prevalencia global de lumbalgia en pacientes con dolor crónico y prevalencia global de lumbalgia y dolor crónico en la población general.

Es importante destacar que estos datos de prevalencia hacen referencia a la **lumbalgia asociada al dolor crónico**, con el fin de resaltar el impacto que estas patologías tienen y la estrecha relación entre ambas.

En este sentido, el 58,1% corresponde a la proporción de pacientes con dolor crónico que señalan la lumbalgia como la causa principal de su malestar. Por otro lado, el 15% se refiere a la proporción de la población general que padece simultáneamente lumbalgia y dolor crónico (no exclusivamente lumbalgia).

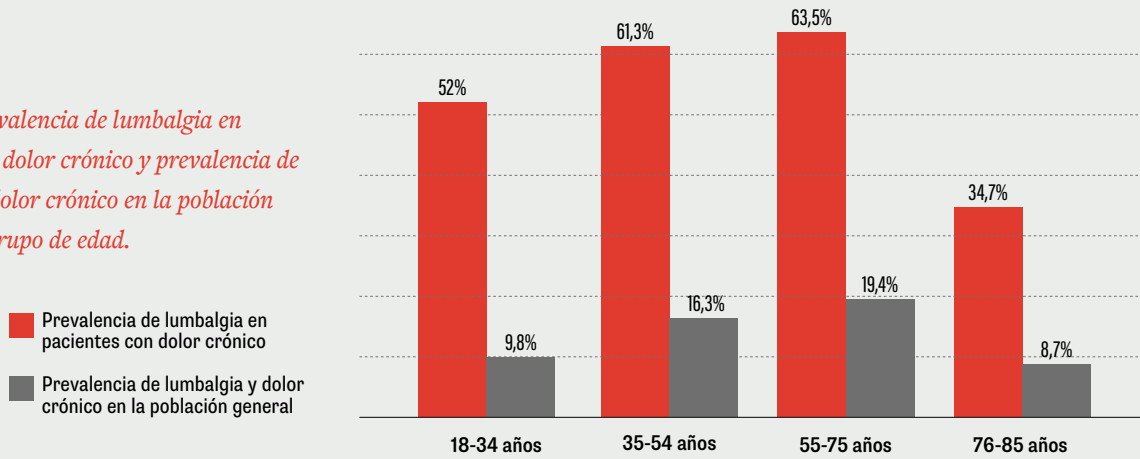
Prevalencia por edad

La prevalencia de lumbalgia en individuos con dolor crónico alcanza su **punto más alto en el grupo de 55 a 75 años**, con un 63,5% (IC95%: 57,5-70%). En contraste, la prevalencia más baja se observa en el grupo de 76 a 85 años, con un 34,7% (IC95%: 26,4-44,9%). Esta menor prevalencia en personas de mayor edad podría explicarse por una reducción en la exposición a cargas laborales, debido a jubilación u otras limitaciones físicas propias de esta etapa.

Esta tendencia es similar a la distribución de la prevalencia de lumbalgia y dolor crónico en la población general por grupos de edad. En este caso, la prevalencia de lumbalgia y dolor crónico es máxima

en el grupo de 55 a 75 años, con un 19,4% (IC95%: 17,6-21,4%), mientras que la menor prevalencia se encuentra, nuevamente, en el grupo de 76 a 85 años, con un 8,7% (IC95%: 6,6-11,3%) (Figura 3).

Figura 3. Prevalencia de lumbalgia en pacientes con dolor crónico y prevalencia de lumbalgia y dolor crónico en la población general por grupo de edad.

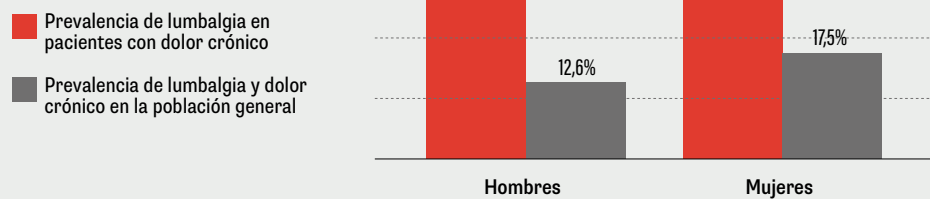


Prevalencia por sexo

La lumbalgia es ligeramente más frecuente en la población masculina con dolor crónico, con una prevalencia del 59,1% en hombres (IC 95%: 53,7-64,9%) y del 57,5% en mujeres (IC 95%: 53-62,2%).

Sin embargo, cuando se analiza la prevalencia de la lumbalgia y el dolor crónico en la población general, la situación cambia: la población femenina se ve más afectada, con una prevalencia del 17,5% (IC 95%: 16,2-18,9%) frente al 12,6% en los hombres (IC 95%: 11,4-13,8%) (Figura 4).

Figura 4. Prevalencia de lumbalgia en pacientes con dolor crónico y prevalencia de lumbalgia y dolor crónico en la población general por sexo.



El Barómetro del dolor crónico a nivel nacional mostró que el dolor crónico es globalmente más prevalente en mujeres (30,5%) que en hombres (21,3%). Esto podría explicar por qué las mujeres sufren de una mayor prevalencia de lumbalgia y dolor crónico en la población general.

En resumen, entre las personas con dolor crónico, la prevalencia de la lumbalgia es similar en ambos sexos, con una ligera predominancia masculina. Sin embargo, en la población general, la mayor prevalencia de dolor crónico en mujeres, sumada a una prevalencia de lumbalgia también significativa, implica que las mujeres se ven más afectadas por estas condiciones en conjunto.

Prevalencia por Comunidad Autónoma

Para analizar con precisión la prevalencia de lumbalgia y dolor crónico en las distintas Comunidades Autónomas, se aplicó una corrección a los valores brutos obtenidos en las encuestas. Dado que cada región presenta una estructura poblacional propia, se ajustaron las prevalencias de acuerdo a la distribución de la población de cada región, obteniéndose la **prevalencia ajustada por edad** en cada región (Figura 5).

Según estos datos ajustados, **Galicia** presenta la **mayor prevalencia de lumbalgia entre los pacientes con dolor crónico** (64,5%; IC95%: 49,7-79,3%), seguida por Canarias (64,4%; IC95%: 47,1-81,7%) y la Región de Murcia (60,3%; IC95%: 39,7-80,9%).

Por otro lado, las regiones con menor prevalencia de lumbalgia en pacientes con dolor crónico son La Rioja (40,7%; IC95%: -5,4-86,7%), el Principado de Asturias (48,2%; IC95%: 27,1-69,4%) y Aragón (48,3%; IC95%: 30,4-66,2%).

En lo que respecta a la prevalencia de lumbalgia y dolor crónico observada en la población general total, **Canarias** es la Comunidad más afectada (17,5%; IC95%: 12,8-22,2%), seguida por la Región de Murcia (17%; IC95%: 11,2-22,8%) y Galicia (16,9%; IC95%: 13-20,8%).

La Rioja (7,6%; IC95%: -1-16,3%), Cantabria (11,5%; IC95%: 4-7-18,3%) y el Principado de Asturias (11,6%; IC95%: 6,5-16,7%) son las autonomías que presentan una menor prevalencia de lumbalgia y dolor crónico en la población.

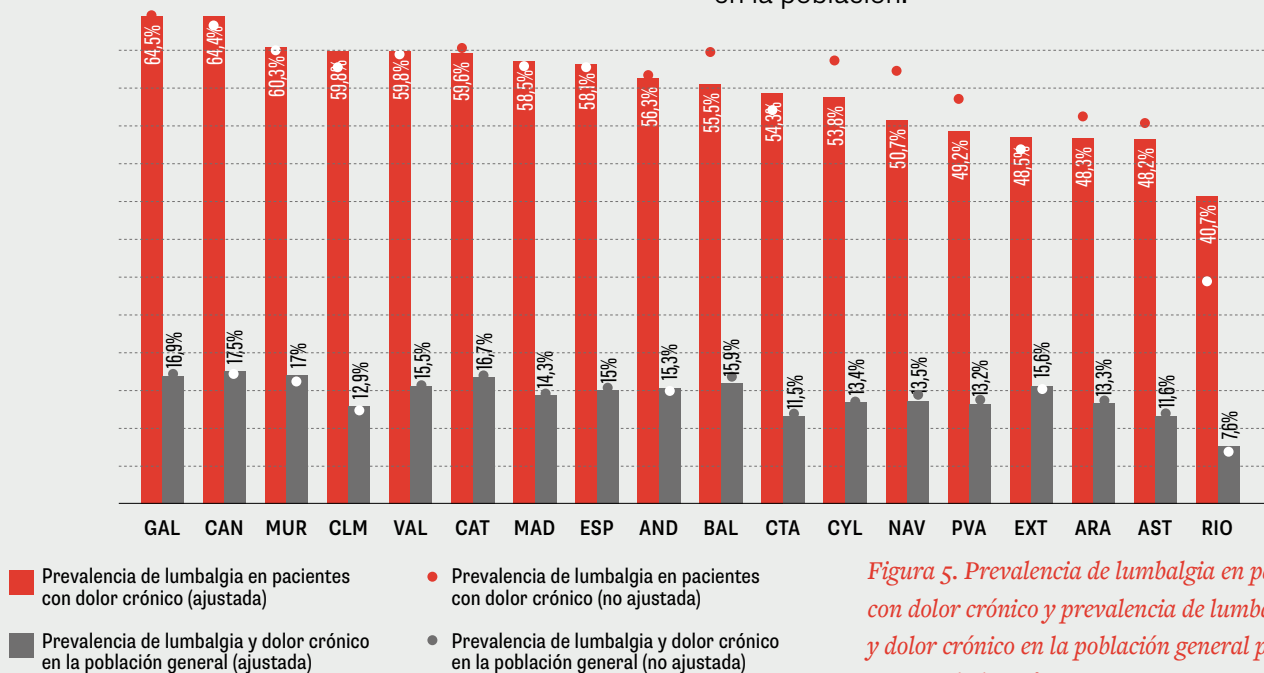


Figura 5. Prevalencia de lumbalgia en pacientes con dolor crónico y prevalencia de lumbalgia y dolor crónico en la población general por Comunidad Autónoma.

3.2. Distribución de la muestra de encuestados con lumbalgia y dolor crónico

En este apartado se presenta la distribución de la población con lumbalgia y dolor crónico que ha formado parte de las encuestas, lo que permite definir el **perfil de los pacientes con padecen lumbalgia y dolor crónico**, destacando los principales aspectos sociodemográficos: edad, sexo, Comunidad Autónoma de residencia, nivel educativo, situación laboral y estado de salud.

De los 7.058 ciudadanos mayores de edad que participaron en la encuesta nacional, 1.825 referían dolor crónico (25,9% del total), de los cuales 1.061 padecen de lumbalgia (15% del total y 58,1% de los encuestados con dolor crónico).

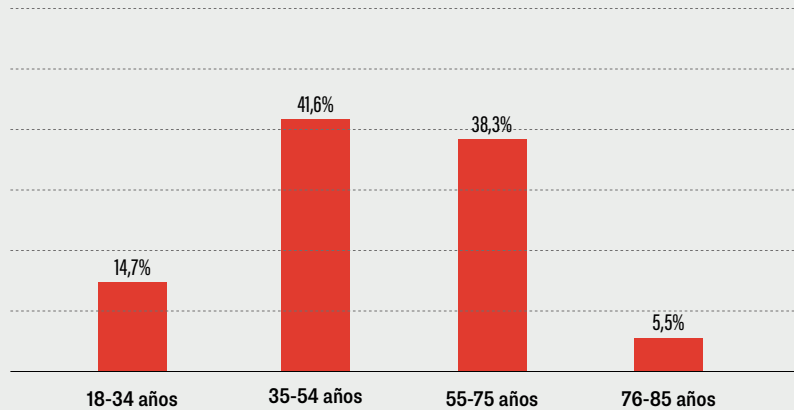
Es esta población de 1.061 encuestados la que se analiza en este apartado (pacientes con lumbalgia y dolor crónico).

Distribución por edad

Los encuestados con lumbalgia y dolor crónico presentan una **edad media de 51,3 años** (desviación típica, DT=14,4) y una **edad mediana de 52 años** (rango intercuartílico, RI=20).

El grupo de edad más frecuente fue el **colectivo entre 35 y 54 años**, representando un 41,6% del total (Figura 6).

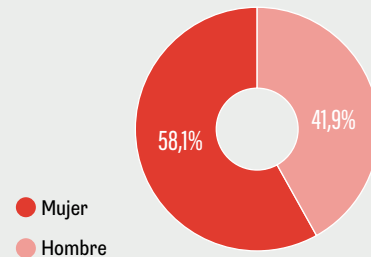
Figura 6. Distribución de los encuestados con lumbalgia y dolor crónico por grupo de edad.



Distribución por sexo

La muestra de encuestados con lumbalgia y dolor crónico presenta **predominancia del sexo femenino**, con un 58,1% de mujeres y un 41,9% de hombres (Figura 7).

Figura 7. Distribución de los encuestados con lumbalgia y dolor crónico por sexo.



Distribución por Comunidad Autónoma

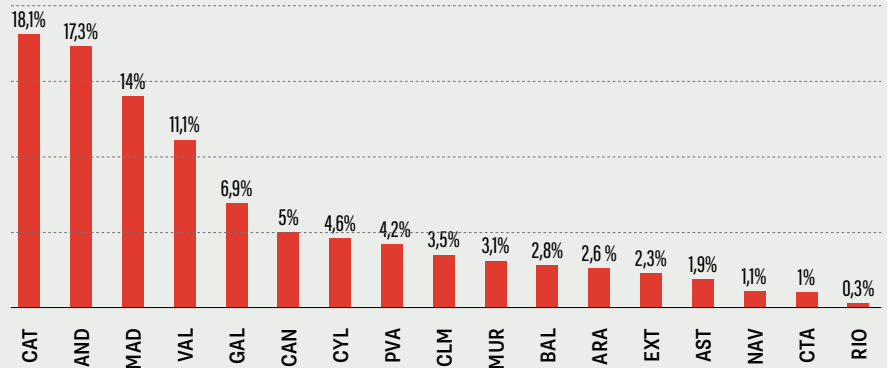
Cataluña es la Comunidad Autónoma con la mayor proporción de encuestados que padecen lumbalgia y dolor crónico, alcanzando el 18,1%, seguida de Andalucía (17,3%) y la Comunidad de Madrid (14%) (Figura 8).

La Rioja (0,3%), Cantabria (1%) y la Comunidad Foral de Navarra (1,1%) son las regiones que cuentan un menor número de personas con lumbalgia y dolor crónico.

Esta distribución de la población afectada por lumbalgia y dolor crónico es similar a la del conjunto de la población española según su Comunidad Autónoma de residencia, aunque presenta algunas variaciones.

A nivel nacional, Andalucía es la región más poblada, representando el 17,9% de la población española mayor de edad, mientras que La Rioja es la que cuenta con menos habitantes, con un 0,7% de la población mayor de edad en el país.

Figura 8. Distribución de los encuestados con lumbalgia y dolor crónico por Comunidad Autónoma.

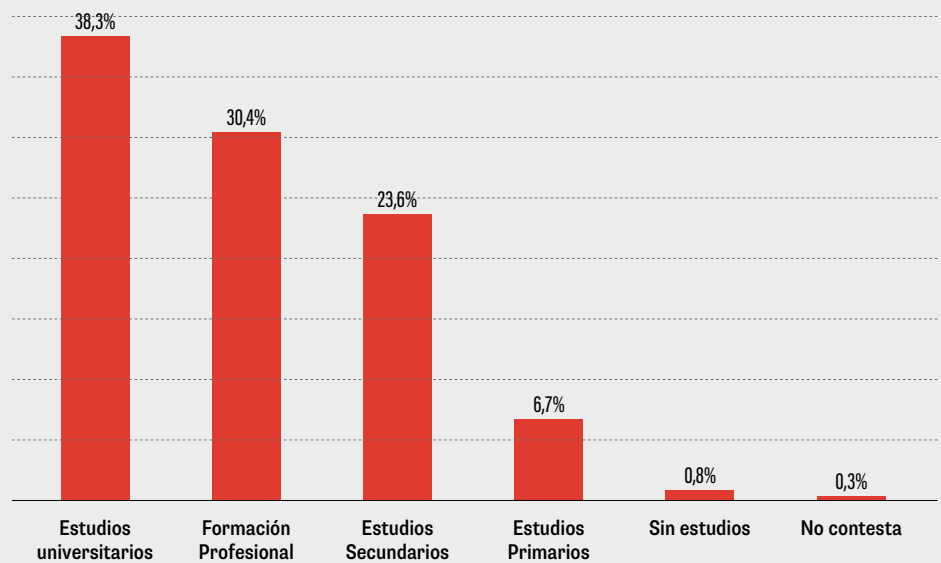


Distribución por nivel de estudios

El 99,2% de los encuestados que padecen lumbalgia y dolor crónico indicaron tener estudios, siendo el **nivel educativo más común el universitario**, alcanzado por el 38,3% de los participantes (Figura 9).

A continuación, los niveles de formación más frecuentes son la formación profesional (30,4%) y los estudios secundarios (23,6%).

Figura 9. Distribución de los encuestados con lumbalgia y dolor crónico por nivel de estudios.

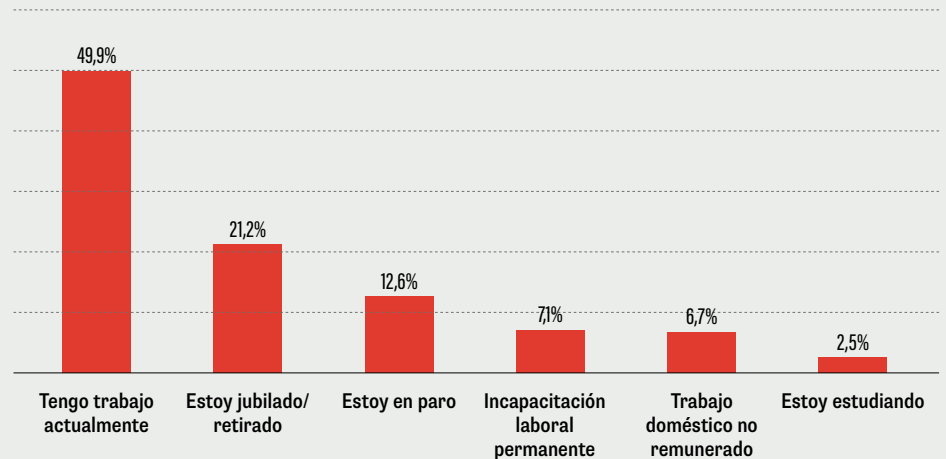


Distribución por situación laboral

Del total de encuestados que padecen lumbalgia y dolor crónico, el 49,9% se encuentra en activo, re-

presentando el grupo más numeroso dentro de la muestra. Le siguen los jubilados o retirados (21,2%) y los desempleados (12,6%) (Figura 10).

Figura 10. Distribución de los encuestados con lumbalgia y dolor crónico por situación laboral.



Estado de salud

Para evaluar el estado de salud de los encuestados que padecen lumbalgia y dolor crónico, se emplearon

los cuestionarios SF-12v2, HADS y Duke, que permiten medir, respectivamente, la calidad de vida en el ámbito físico y mental, la presencia de depresión y ansiedad, y el apoyo social percibido (Figura 11).

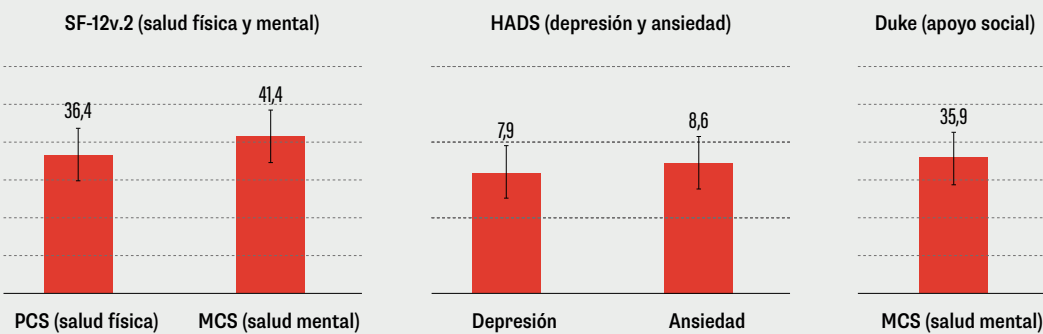


Figura 11. Estado de salud de los encuestados con lumbalgia y dolor crónico.

Salud física y mental

Los encuestados que sufren lumbalgia y dolor crónico presentaron una **calidad de vida física** media de 36,4 puntos (DT=10,5), según la escala PCS (*Physical Component Score*) del SF-12v2, y una calidad de vida física mediana de 37 puntos (RI=15,6).

En cuanto a la **calidad de vida mental**, la media fue de 41,4 puntos (DT=11,3), analizada a través de la escala MCS (Mental Component Score) del SF-12v2, con un valor mediano de 40,5 puntos (RI=15,8).

Estos resultados son **inferiores al valor de referencia** de 50 puntos en ambas dimensiones, lo que evidencia el impacto negativo que la lumbalgia y el dolor crónico tienen sobre la calidad de vida de los pacientes.

Depresión y ansiedad

Los encuestados que padecen lumbalgia y dolor crónico presentaron una puntuación media de 7,9 puntos (DT=4,5) en la **escala HADS-depresión**, con una puntuación mediana de 8 puntos (RI=6). En la **escala HADS-ansiedad**, la puntuación media fue de 8,6 puntos (DT=4,5), con una mediana también de 8 puntos (RI=7).

Estos valores se encuentran cercanos al umbral de 8 puntos, que indica un caso dudoso de depresión o ansiedad, reflejando así el impacto que la lumbalgia y el dolor crónico tienen sobre la salud mental de los pacientes. En este sentido, un 26,4% de los encuestados con lumbalgia y dolor crónico fueron considerados “casos” de depresión, según la escala, con puntuaciones superiores a 10 puntos, mientras que un 24,8% se calificaron como “casos dudosos”

3.3. Características del dolor de los encuestados con lumbalgia y dolor crónico

En este bloque se examinan las principales **características del dolor** en los pacientes que sufren de lumbalgia y dolor crónico, incluyendo su duración

Duración e intensidad del dolor

Los encuestados que sufren de lumbalgia y dolor crónico conviven con esta condición durante un **tiempo medio de 7,4 años** (DT=8,6), mientras que el periodo mediano de duración del dolor se sitúa en 5 años (RI=8).

La **intensidad media** del dolor experimentado por los pacientes con lumbalgia y dolor crónico es de **7 puntos** (DT=1,6), y la mediana también se establece en 7 puntos (RI=2). Estos valores se encuentran en el rango de “**mucho dolor**”, considerado a partir de los 7 puntos, lo que resalta la considerable magnitud de la lumbalgia y el dolor crónico que padecen los pacientes.

(8-10 puntos). De manera similar, el 31,6% fueron clasificados como “casos” de ansiedad, y un 26,3% adicional fueron reconocidos como “casos dudosos” de este trastorno.

Apoyo social

Para concluir esta parte del análisis, se observó que la puntuación media de **apoyo social percibido** entre los encuestados con lumbalgia y dolor crónico fue de 35,9 puntos (DT=11,4), con una mediana de 36 puntos (RI=16), lo que sugiere un apoyo adecuado (superior a 32 puntos en la escala Duke). Sin embargo, de acuerdo con el punto de corte establecido en la escala, se encontró que el 32,3% de los participantes percibían un apoyo social “bajo”.

e intensidad, localización anatómica y relación con los trastornos del sueño. Además, se abordan las consecuencias que los encuestados atribuyen directamente al dolor, tanto en el desarrollo de sus **actividades diarias** como en la utilización de los **servicios sanitarios**.

Un **60,5%** de los pacientes reportan experimentar “**mucho**” dolor (con puntuaciones entre 7 y 9 en la escala de intensidad), mientras que un 31,3% lo califican como “moderado” (puntuaciones entre 4 y 6). Es importante destacar que un 5,1% de los pacientes con lumbalgia y dolor crónico refieren un “dolor insoportable” (puntuación máxima de la escala) (Figura 12).

Adicionalmente, el 69,8% de los pacientes con lumbalgia y dolor crónico padecen trastornos del sueño relacionados con su dolor, lo que refleja la incomodidad provocada por la patología y las dificultades que enfrentan para mantener un ritmo de vida normal.

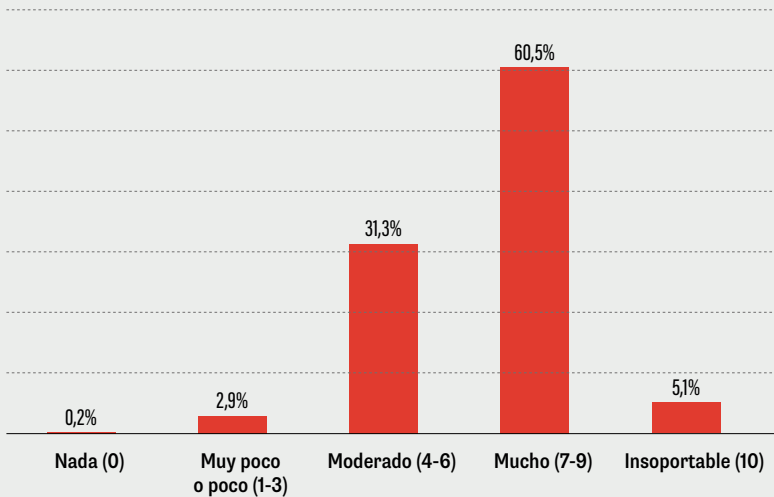


Figura 12. Intensidad del dolor en los encuestados con lumbalgia y dolor crónico.

Localización anatómica del dolor

El dolor experimentado por los pacientes con lumbalgia y dolor crónico se localiza predominantemente en la **espalda** (39,4%). No obstante, el dolor en extremidades y/o articulaciones (25,4%) y el dolor generalizado (16,9%) también son comunes (Figura 13).

La espalda y la región lumbar son áreas típicamente afectadas por el dolor crónico asociado a la lumbalgia. La aparición de dolor en otras localizaciones puede explicarse por la presencia de comorbilidades con otros procesos dolorosos descritos por los encuestados, lo que será tratado en apartados posteriores.

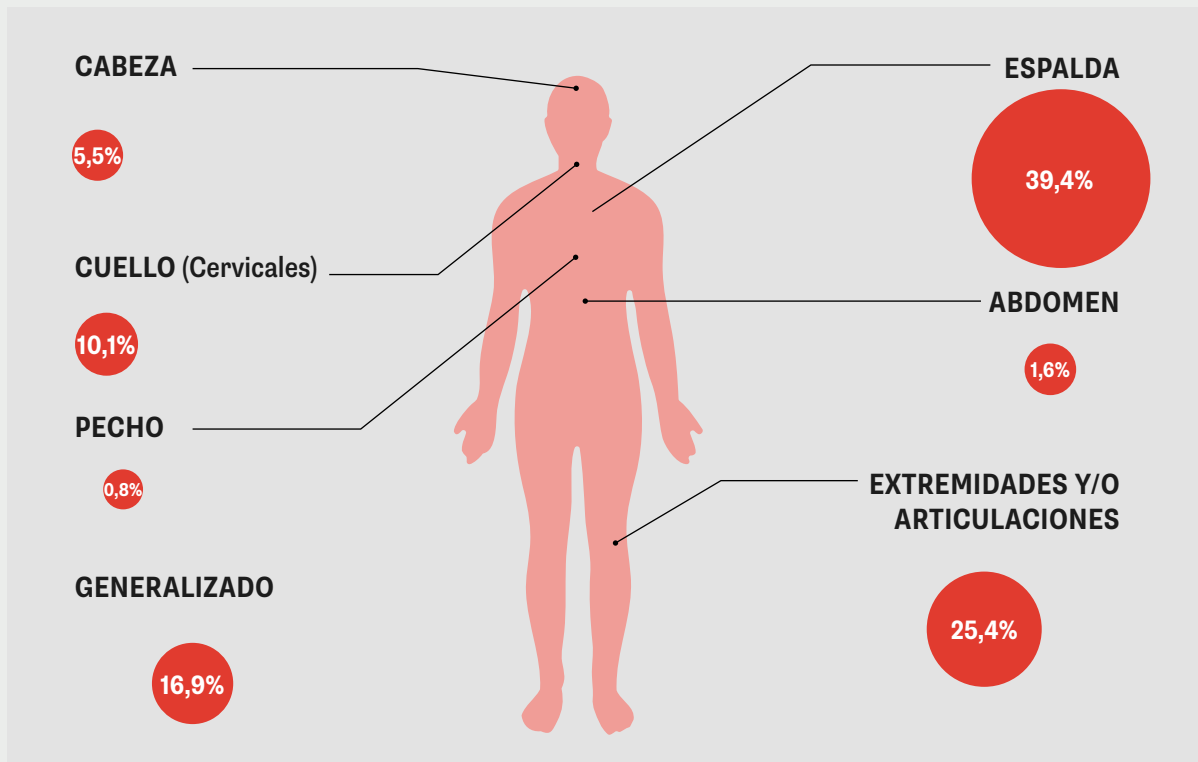


Figura 13. Localizaciones anatómicas del dolor en los encuestados con lumbalgia y dolor crónico.

Consecuencias del dolor en las actividades habituales

Los pacientes con lumbalgia y dolor crónico enfrentan frecuentemente limitaciones significativas en el desempeño de sus actividades cotidianas debido a su dolor (Figura 14).

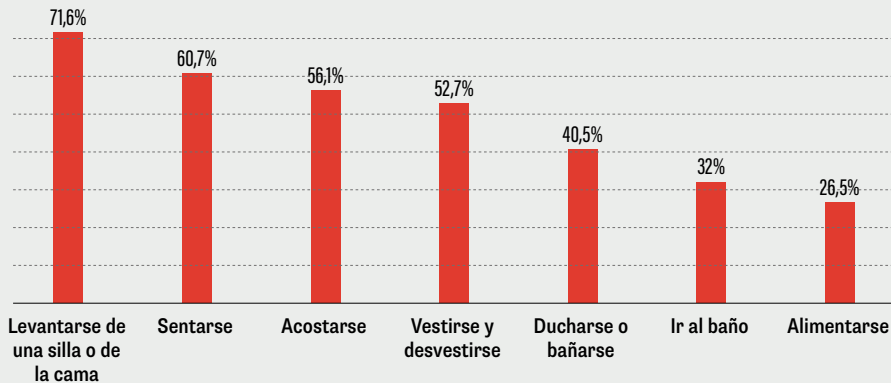


Figura 14. Actividades cotidianas limitadas por el dolor en los encuestados con lumbalgia y dolor crónico.

La actividad más afectada en los pacientes con lumbalgia y dolor crónico es **levantarse de una silla o de la cama**, que provoca limitaciones en el 71,6% de los individuos, quienes sufren de “mucho” o “algo” de limitación. Otras actividades como sentarse (60,7%), acostarse (56,1%) y vestirse o desvestirse (52,7%) también se ven limitadas en más de la mitad de los pacientes.

Estas limitaciones en las actividades cotidianas tienen un impacto significativo en el ámbito laboral, afectando el rendimiento en las actividades profesionales e incluso provocando bajas laborales en algunos casos (Figura 15).

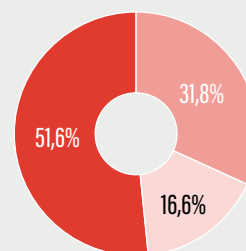
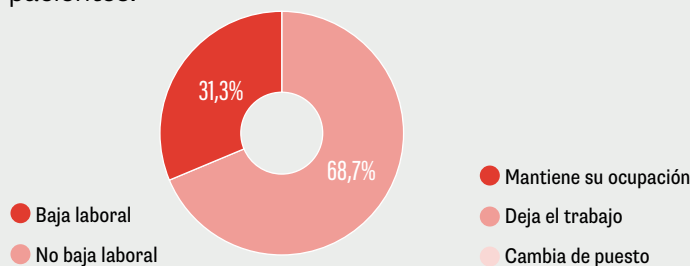


Figura 15. Situación de baja laboral a causa del dolor en los encuestados con lumbalgia y dolor crónico.

En el último año, un 31,3% de los pacientes con lumbalgia y dolor crónico ha estado en situación de **baja laboral** a causa del dolor. Este dato refleja la situación de la población adulta total con lumbalgia y dolor crónico a nivel nacional.

Sería interesante, de cara a estudios posteriores, investigar las causas específicas de estas bajas laborales para identificar el origen concreto que las motiva.

El tiempo promedio de duración de las bajas laborales en estos pacientes ha sido de 4,7 meses en el último año (DT=4,4), con una duración mediana de 3 meses (RI=7). Además, debido al impacto del dolor crónico en las actividades profesionales, hasta un 31,8% de los encuestados ha tenido que dejar su ocupación, y un 16,6% adicional ha cambiado de puesto de trabajo.

Uso del sistema sanitario a causa del dolor

Como se ha mostrado a lo largo de este análisis, el dolor experimentado por los pacientes con lumbalgia y dolor crónico tiene un impacto significativo en su vida diaria y bienestar. En consecuencia, estos pacientes recurren frecuentemente a los servicios sanitarios (Figura 16).

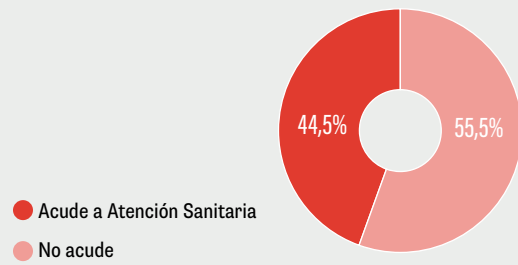
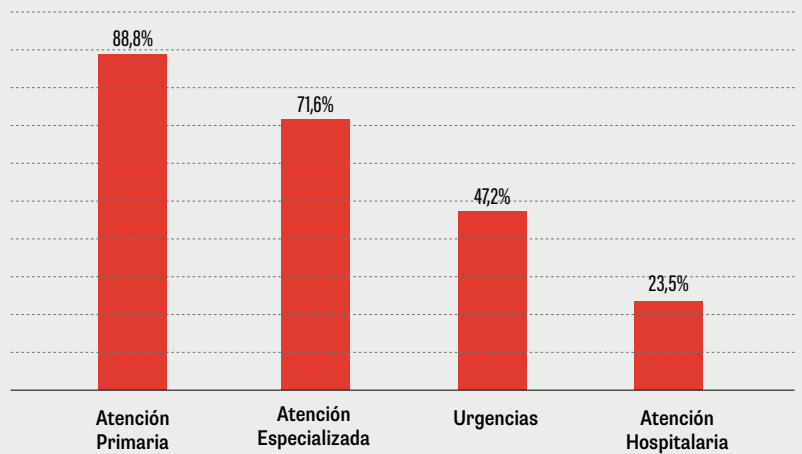


Figura 16. Uso del sistema sanitario a causa del dolor en los encuestados con lumbalgia y dolor crónico.

El 44,5% de los encuestados con lumbalgia y dolor crónico ha recurrido a los **servicios sanitarios** en el último mes debido a su dolor, siendo **Atención Pri-**

maria el nivel asistencial más utilizado, con un 88,8% de quienes acudieron al sistema sanitario (Figura 17).

Figura 17. Niveles asistenciales utilizados por los encuestados con lumbalgia y dolor crónico.



La **Atención Especializada** es el segundo nivel asistencial más utilizado, siendo visitada por el 71,6% de los pacientes con lumbalgia y dolor crónico que utilizan el sistema sanitario. Además, entre los pacientes

que acceden a este nivel, se observa una considerable diversidad en los servicios especializados a los que acuden (Figura 18).

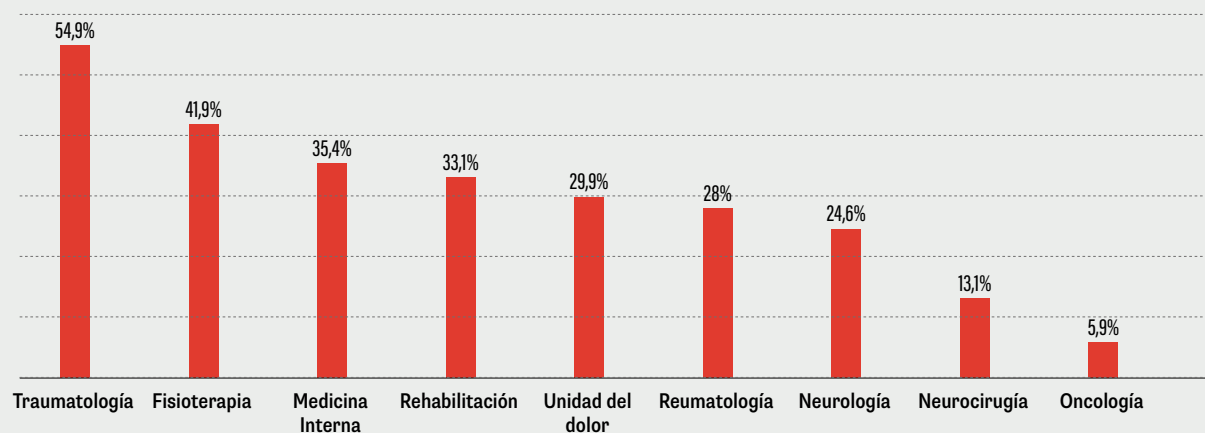


Figura 18. Uso de especialidades sanitarias por los encuestados con lumbalgia y dolor crónico.

Traumatología es la especialidad más frecuentada entre los pacientes con lumbalgia y dolor crónico, visitada por un 54,9% de aquellos que han acudido a servicios especializados en el último mes. Su posicionamiento como especialidad clave se debe al enfoque que brinda a las patologías musculoesqueléticas, responsables de las principales causas de dolor crónico en España, como la propia lumbalgia, las contracturas musculares, la artrosis y osteoporosis, etc.

Además, otras especialidades como Fisioterapia (41,9%), Medicina Interna (35,4%) y Rehabilitación (33,1%) también juegan un rol importante en el tratamiento de estos pacientes. De especial relevancia es el uso de las **Unidades del Dolor**, que reciben a un 29,9% de los pacientes con lumbalgia y dolor crónico, aunque los tiempos de espera para la primera consulta son largos, con una media de 10,1 meses (DT=9,5) y una mediana de 12 meses (DT=10,2).

3.4. Análisis de otras causas adicionales de dolor presentes en encuestados con lumbalgia y dolor crónico

En este apartado se analiza la presencia de patologías dolorosas comórbidas adicionales en pacientes con lumbalgia y dolor crónico, mostrando las enfermedades más frecuentes y el grupo al que pertenecen.

Comorbilidades dolorosas agrupadas

Las comorbilidades dolorosas en los pacientes con lumbalgia y dolor crónico son principalmente de **origen musculoesquelético**, afectando al 89,3% de los encuestados. Estas patologías incluyen artrosis, osteoporosis, dolor cervical, artritis reumatoide, contracturas musculares, hombro doloroso, fibromialgia y hernia discal. Debido a la naturaleza de estas dolencias, la demanda de atención por parte de los especialistas en Traumatología es considerablemente alta, posicionándola como la especialidad más frecuentada, como se comentó anteriormente en la Figura 18.

Además, un 62,3% de los pacientes también reportan **comorbilidades neurológicas**, que contribuyen al dolor crónico. Estas incluyen migraña, dolores de cabeza crónicos, ciática, neuropatía diabética, otras neuropatías y el síndrome del túnel carpiano. Estas afecciones resaltan la complejidad del manejo del dolor crónico en estos pacientes, que requiere una atención integral de las múltiples dolencias asociadas, más allá de la lumbalgia (Figura 19).

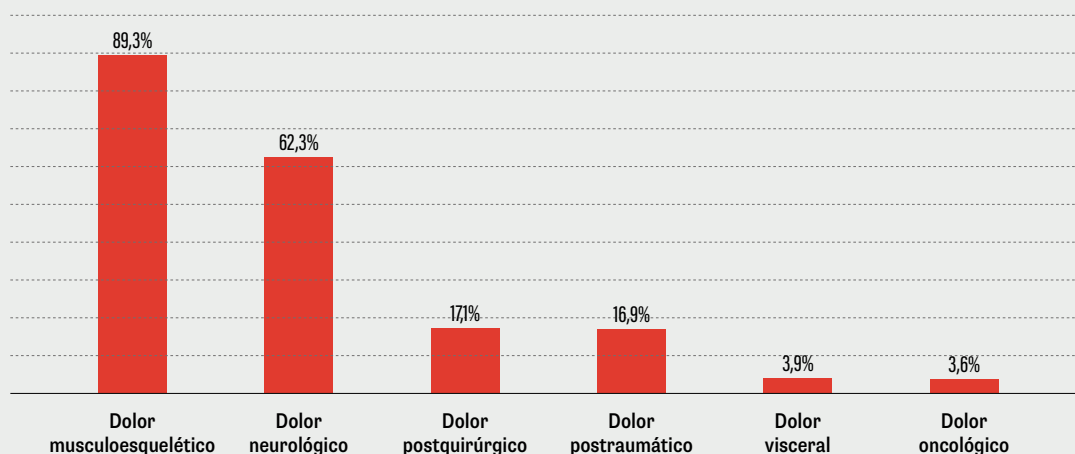


Figura 19. Comorbilidades dolorosas (agrupadas) en los encuestados con lumbalgia y dolor crónico.

Comorbilidades dolorosas desagrupadas

Las **contracturas musculares** representan la comorbilidad más común en los pacientes con lumbalgia y dolor crónico, afectando al 64,4% de los mismos. Además, otras dolencias como el dolor cervical (59,9%) y la artrosis (38,7%) también tienen una alta prevalencia entre los pacientes. Estas patologías forman parte del amplio grupo de **enfermedades musculoesqueléticas**, que, como se ha mencionado anteriormente, constituyen el grupo de comorbilidades más habitual en estos pacientes (Figura 20).

Es importante subrayar que el 29% de los pacientes con lumbalgia y dolor crónico **desconocen las comorbilidades** adicionales que padecen, lo que representa un obstáculo significativo para el adecuado manejo y control del dolor. La falta de conocimiento sobre estas condiciones puede limitar el acceso a tratamientos específicos y reducir la efectividad de las estrategias terapéuticas disponibles.

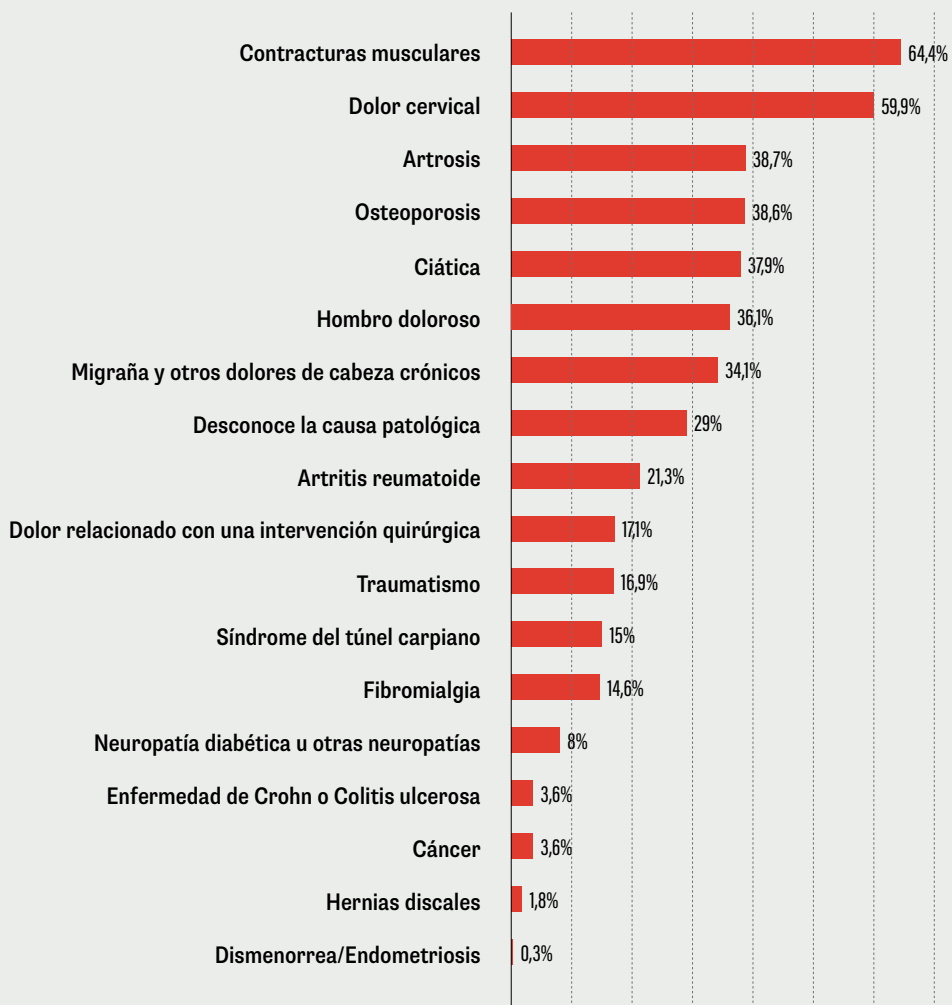


Figura 20. Comorbilidades dolorosas (desagrupadas) en los encuestados con lumbalgia y dolor crónico.

Conclusiones

La **lumbalgia** representa una patología de gran impacto tanto para los pacientes como para los sistemas de salud en España, constituyendo uno de los problemas más prevalentes en el ámbito del **dolor crónico**. En respuesta a esta situación, se han implementado diversas iniciativas institucionales para mejorar el conocimiento y la gestión de la enfermedad.

Entre estas iniciativas destaca la **“Estrategia en Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud”**, publicada en 2013, que actúa como la principal herramienta de planificación a nivel nacional. Este documento propone medidas clave para optimizar el manejo de estas patologías, haciendo énfasis en la coordinación entre Atención Primaria y Especializada, así como en programas de formación para profesionales sanitarios y pacientes.

A nivel regional, varias Comunidades Autónomas han seguido estas directrices, desarrollando sus propios planes de actuación. Entre los más relevantes se encuentran el **“Plan director de enfermedades reumáticas y del aparato locomotor”** (Cataluña, 2016) y el **“Plan de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas”** (Andalucía, 2018).

El estudio realizado en este proyecto revela que un **15% de la población adulta en España padece lumbalgia y dolor crónico**, lo que equivale a cerca de seis millones de personas afectadas por ambas dolencias de manera simultánea. Esta prevalencia, no obstante, varía entre diferentes grupos sociodemográficos.

En lo que respecta a la **edad**, las **personas de entre 55 y 75 años** son las más afectadas, con una prevalencia del 19,4%, mientras que los mayores de 76 a 85 años presentan la prevalencia más baja, 8,7%. La edad promedio de los pacientes con lumbalgia y dolor crónico es de 51,3 años.

En cuanto al sexo, la **población femenina** presenta una mayor prevalencia de lumbalgia y dolor crónico, 17,5% frente a 12,6% en la población masculina.

En términos de la región de residencia de los pacientes, las Comunidades Autónomas más afectadas por la lumbalgia y el dolor crónico son **Canarias** (prevalencia del 17,5%), **Región de Murcia** (17%) y **Galicia** (16,9%).

El impacto de la lumbalgia y el dolor crónico sobre los pacientes es considerable, tal y como se ha ido detallando a lo largo de este documento. La **duración media** del dolor es de **7,4 años**, con una **intensidad media** de **7 puntos** en una escala de 0 (ausencia de dolor) a 10 (dolor insoportable).

La localización anatómica más habitual del dolor en los pacientes con lumbalgia y dolor crónico se encuentra en la **espalda**, en un 39,4% de los casos. Es, además, habitual la presencia de otras comorbilidades dolorosas adicionales a la lumbalgia, estando presentes las **contracturas musculares** como patología más frecuente (comorbilidad musculoesquelética) en un 64,4% de los sujetos.

El impacto de la lumbalgia y el dolor crónico abarca los ámbitos laboral, social, familiar y personal de los pacientes, limitando sus **actividades diarias**, afectando su **desempeño profesional** y deteriorando su **salud** en general.

En la rutina cotidiana, los pacientes con lumbalgia y dolor crónico experimentan una notable falta de autonomía para realizar tareas básicas como **levantarse de una silla o de la cama**, actividad que presenta dificultades para el **71,6%** de los afectados, siendo algunos de los pacientes incapaces de llevarla a cabo por sí mismos.

En el entorno laboral, un 31,3% del total de pacientes con lumbalgia y dolor crónico ha necesitado de

baja laboral, prolongándose la situación de baja durante 4,7 meses de media. Esta necesidad de baja laboral ha llevado a un 31,8% de estos pacientes a dejar su ocupación y a un 16,6% adicional a modificar su puesto de trabajo previo.

La salud de estos pacientes se ve comprometida en múltiples dimensiones: física, mental y social. Un **44,5%** ha acudido a servicios sanitarios en el último mes, con **Atención Primaria** siendo el nivel asistencial más utilizado (**88,8%**). Entre los médi-

cos especialistas, **Traumatología** es la especialidad más frecuente (**54,9%**), mientras que el 29,9% ha visitado Unidades del Dolor, con un tiempo de espera promedio de 10,1 meses.

Por último, es importante destacar que el **26,4%** de los pacientes con lumbalgia y dolor crónico sufren **depresión** y un **31,6%** padece **ansiedad**, lo que subraya la necesidad de prestar especial atención a la salud mental en el manejo del dolor crónico y sus patologías asociadas, como la lumbalgia.

Reflexión final: retos futuros en el abordaje de la lumbalgia

El impacto actual de la lumbalgia y las proyecciones futuras sobre esta patología destacan la urgencia de situarla como una prioridad en la agenda sanitaria nacional, con el fin de mejorar la calidad de vida de quienes la padecen.

A partir de esta realidad, se han delineado cinco desafíos clave para su comprensión y tratamiento a nivel nacional, con el objetivo de impulsar una respuesta eficaz ante la enfermedad y promover intervenciones con efectos sostenibles a largo plazo.

RETOS FUTUROS EN EL ABORDAJE DE LA LUMBALGIA

- 1. Potenciar la prevención como eje central del abordaje de la lumbalgia**, causa más frecuente de dolor crónico, integrando enfoques asistenciales físicos, sociales y mentales para evitar su cronificación y mejorar la calidad de vida de los pacientes con dolor lumbar.
- 2. Trabajar en la evaluación de la “Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud”**, con el propósito de implementar acciones actualizadas en el ámbito de la lumbalgia, basadas en los datos epidemiológicos más recientes y las necesidades asistenciales no cubiertas.
- 3. Proteger y promover la salud en los trabajadores**, siendo la población en edad laboral el grupo con mayor prevalencia de lumbalgia, por medio de programas de concienciación en entornos laborales y herramientas de rehabilitación.
- 4. Atender a las comorbilidades asociadas a la lumbalgia**, que dificultan el adecuado control de la enfermedad y restringen la autonomía de los pacientes, poniendo el foco en otros trastornos musculoesqueléticos que afectan a la espalda, como la cervicalgia o las contracturas musculares.
- 5. Fortalecer el empoderamiento del paciente y sus familiares**, promoviendo su papel activo en el manejo de la enfermedad a nivel micro (fomento del autocuidado y la educación) y macro (expansión de la voz de las organizaciones de pacientes en la toma de decisiones políticas y sanitarias).

Bibliografía

1. Grünenthal. *Fundación Grünenthal España*.
2. Fundación Grünenthal. *Presentación*.
3. Fundación Grünenthal. *Universidad de Cádiz*.
4. Fundación Grünenthal. *Observatorio del Dolor*.
5. Observatorio del Dolor. *Quiénes somos*.
6. More Than Research. *Inicio*.
7. Biolnova Consulting. *Inicio*.
8. Organización Mundial de la Salud, 2023. *Lumbalgia*.
9. Organización Médica Colegial de España, 2023. *Pautas de Actuación y Seguimiento - Dolor cervical y lumbar agudo*.
10. Casado M. et al., 2008. *Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar*. *Clínica y Salud*.
11. Seguí M. & Gervás J., 2002. *El dolor lumbar*. *Revista de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria*.
12. Clínica Universidad de Navarra, 2018. *Guías de actuación en urgencias - Lumbalgia aguda*.
13. Ministerio de Sanidad, 2020. *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2018 - Situación de Salud*.
14. Dolor.com, 2023. *Datos del dolor de espalda en España*.
15. Humbría A. et al., 2002. *Impacto poblacional del dolor lumbar en España: resultados del estudio EPISER*. *Revista Española de Reumatología*.
16. Valero de Bernabé M., 2017. *Lumbalgia crónica en la población española. Factores asociados y calidad de vida según la Encuesta Nacional de Salud 2011*.
17. Torres L. et al., 2017. *Prevalencia del dolor irruptivo asociado al dolor crónico por lumbalgia en Andalucía (estudio COLUMBUS)*. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*.
18. COPE, 2023. *La lumbalgia supone un coste de 9.000 millones para el sistema sanitario*.
19. Instituto Nacional de Estadística, 2020. *Proyecciones de población 2020-2070*.
20. Margarit C., 2019. *La nueva clasificación internacional de enfermedades (CIE-11) y el dolor crónico. Implicaciones prácticas*. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*. doi: 10.20986/resed.2019.3752/2019.
21. Sociedad Española de Reumatología. *Quiénes somos*.
22. Sociedad Española de Reumatología. *Misión, visión y valores*.

23. Sociedad Española de Reumatología. *Investigación*.
24. Sociedad Española de Reumatología. *EPISER: Prevalencia de las enfermedades reumáticas en la población española*.
25. Sociedad Española de Reumatología. *Fundación Española de Reumatología - FER*.
26. Sociedad Española de Reumatología Pediátrica. *Quiénes somos*.
27. Liga Reumatológica Española. *Quiénes somos*.
28. Alianza Europea de Asociaciones de Reumatología. *About EULAR*.
29. Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. *¿Qué es la SECOT?*
30. Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. *Fundación SECOT*.
31. Federación Europea de Asociaciones Nacionales de Ortopedia y Traumatología. *EFORT mission, vision & activities*.
32. Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. *Historia*.
33. Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. *Grupos de Trabajo*.
34. Sociedad para el Estudio de las Enfermedades del Raquis. *Qué es GEER - Quiénes somos*.
35. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013. *Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud*.
36. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2018. *Plan Andaluz de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas*.
37. Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña, 2016. *Plan director de enfermedades reumáticas y del aparato locomotor 2017-2019*.
38. Larrosa M. et al., 2012. *Planificación en enfermedades reumáticas. Elaboración del Plan director de las enfermedades reumáticas y del aparato locomotor de Cataluña. Reumatología Clínica. doi: 10.1016/j.reuma.2011.12.007*.
39. Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud, 2014. *Recomendaciones clínico asistenciales para el abordaje integral de la lumbalgia*.
40. Consejería de Trabajo y Empleo de la Junta de Castilla-La Mancha, 2012. *Prevención de los trastornos musculoesqueléticos en el trabajo*.
41. Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Consejería de Salud de la Junta de Castilla y León, 2011. *Proceso asistencial de lumbalgia y/o radiculopatía de extremidades inferiores*.
42. Cint. *Market Research and Insights*.
43. Schmidt S. et al., 2012. *Normas de referencia para el Cuestionario de Salud SF-12 versión 2 basadas en población general de Cataluña. Médica Clínica. doi: 10.1016/j.medcli.2011.10.024*.

44. Monteagudo O. et al., 2009. *Valores de referencia de la población diabética para la versión española del SF-12v2. Gaceta Sanitaria. doi: 10.1016/j.gaceta.2008.11.005.*
45. Zigmond A. y Snaith R., 1983. *The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatrica Scandinavica. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.*
46. Selvarajah D. et al., 2014. *The contributors of emotional distress in painful diabetic neuropathy. Diabetes and Vascular Disease Research. doi: 10.1177/1479164114522135.*
47. Herrero M. et al., 2003. *A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. General Hospital Psychiatry. doi: 10.1016/s0163-8343(03)00043-4.*
48. Bellón J. et al., 1996. *Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Atención Primaria 1996 Sep 15;18(4):153-6, 158-63.*

Anexo 1

METODOLOGÍA

DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL Y MUESTRAL

Tabla A1 - 1. Distribución de la población española por sexo, grupo de edad y Comunidad Autónoma de residencia.

	Total	Hombre		Mujer		18-34 años		35-44 años		45-54 años		55-64 años		65-75 años		76-85 años	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Andalucía	6.772.098	3.334.010	49,2%	3.438.088	50,8%	1.618.733	23,9%	1.250.859	18,5%	1.368.227	20,2%	1.184.548	17,5%	808.400	11,9%	541.324	8,0%
Aragón	1.045.219	517.502	49,5%	527.717	50,5%	226.086	21,6%	179.943	17,2%	208.948	20,0%	187.547	17,9%	139.627	13,4%	103.067	9,9%
Principado de Asturias	832.723	400.319	48,1%	432.404	51,9%	139.177	16,7%	135.774	16,3%	167.270	20,1%	162.185	19,5%	136.253	16,4%	92.059	11,1%
Islas Baleares	988.720	493.754	49,9%	494.966	50,1%	245.332	24,8%	202.535	20,5%	204.796	20,7%	157.561	15,9%	108.971	11,0%	69.521	7,0%
Canarias	1.866.634	922.384	49,4%	944.250	50,6%	447.550	24,0%	347.161	18,6%	398.383	21,3%	324.793	17,4%	213.253	11,4%	135.486	7,3%
Cantabria	473.412	231.546	48,9%	241.866	51,1%	90.918	19,2%	83.266	17,6%	96.393	20,4%	88.661	18,7%	69.570	14,7%	44.603	9,4%
Castilla y León	1.926.752	960.071	49,8%	966.681	50,2%	367.038	19,0%	305.701	15,9%	372.918	19,4%	374.460	19,4%	286.787	14,9%	219.843	11,4%
Castilla - La Mancha	1.620.286	817.157	50,4%	803.129	49,6%	379.179	23,4%	295.808	18,3%	327.169	20,2%	289.049	17,8%	190.081	11,7%	139.006	8,6%
Cataluña	6.076.627	2.968.762	48,9%	3.107.865	51,1%	1.454.308	23,9%	1.103.224	18,2%	1.234.873	20,3%	999.873	16,5%	755.207	12,4%	529.154	8,7%
C. Valenciana	4.065.129	1.997.152	49,1%	2.067.977	50,9%	904.961	22,3%	728.876	17,9%	829.850	20,4%	708.199	17,4%	528.492	13,0%	364.748	9,0%
Extremadura	848.349	422.877	49,8%	425.472	50,2%	193.111	22,8%	141.466	16,7%	162.737	19,2%	161.597	19,0%	108.914	12,8%	80.527	9,5%
Galicia	2.197.253	1.065.099	48,5%	1.132.154	51,5%	407.763	18,6%	376.974	17,2%	439.327	20,0%	390.474	17,8%	325.301	14,8%	257.416	11,7%
C. de Madrid	5.388.841	2.569.547	47,7%	2.819.294	52,3%	1.298.146	24,1%	1.015.842	18,9%	1.123.008	20,8%	884.649	16,4%	627.562	11,6%	439.638	8,2%
Región de Murcia	1.187.794	593.981	50,0%	593.813	50,0%	304.857	25,7%	228.000	19,2%	242.819	20,4%	195.426	16,5%	128.821	10,8%	87.868	7,4%
La Rioja	250.685	123.931	49,4%	126.754	50,6%	53.036	21,2%	44.386	17,7%	50.800	20,3%	44.963	17,9%	33.436	13,3%	24.074	9,6%
C. Foral de Navarra	518.638	257.210	49,6%	261.428	50,4%	118.996	22,9%	90.187	17,4%	105.402	20,3%	89.809	17,3%	66.751	12,9%	47.491	9,2%
País Vasco	1.742.688	845.073	48,5%	897.615	51,5%	347.905	20,0%	285.006	16,4%	350.896	20,1%	324.277	18,6%	252.544	14,5%	182.062	10,4%
TOTAL	37.801.848	18.520.375	49%	19.281.473	51%	8.597.096	23%	6.815.008	18%	7.683.816	20%	6.568.071	17%	4.779.970	13%	3.357.887	9%

Tabla A1 - 2. Distribución muestral por sexo, grupo de edad y Comunidad Autónoma de residencia.

	Total	Hombre		Mujer		18-34 años		35-44 años		45-54 años		55-64 años		65-75 años		76-85 años	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Andalucía	1.245	727	58,4%	518	41,6%	343	27,6%	222	17,8%	229	18,4%	197	15,8%	144	11,6%	110	8,8%
Aragón	203	94	46,3%	109	53,7%	37	18,2%	41	20,2%	50	24,6%	42	20,7%	16	7,9%	17	8,4%
Principado de Asturias	165	76	46,1%	89	53,9%	28	17,0%	30	18,2%	44	26,7%	30	18,2%	17	10,3%	16	9,7%
Islas Baleares	173	81	46,8%	92	53,2%	39	22,5%	27	15,6%	20	11,6%	16	9,2%	54	31,2%	17	9,8%
Canarias	310	150	48,4%	160	51,6%	73	23,5%	33	10,6%	49	15,8%	47	15,2%	76	24,5%	32	10,3%
Cantabria	94	34	36,2%	60	63,8%	27	28,7%	17	18,1%	14	14,9%	15	16,0%	10	10,6%	11	11,7%
Castilla y León	365	185	50,7%	180	49,3%	72	19,7%	67	18,4%	98	26,8%	62	17,0%	34	9,3%	32	8,8%
Castilla - La Mancha	298	161	54,0%	137	46,0%	88	29,5%	57	19,1%	47	15,8%	39	13,1%	40	13,4%	27	9,1%
Cataluña	1.153	507	44,0%	646	56,0%	258	22,4%	206	17,9%	250	21,7%	205	17,8%	132	11,4%	102	8,8%
C. Valenciana	762	368	48,3%	394	51,7%	146	19,2%	160	21,0%	157	20,6%	125	16,4%	96	12,6%	78	10,2%
Extremadura	162	84	51,9%	78	48,1%	42	25,9%	28	17,3%	33	20,4%	19	11,7%	22	13,6%	18	11,1%
Galicia	424	202	47,6%	222	52,4%	76	17,9%	85	20,0%	79	18,6%	82	19,3%	58	13,7%	44	10,4%
C. de Madrid	1.034	567	54,8%	467	45,2%	192	18,6%	182	17,6%	228	22,1%	219	21,2%	111	10,7%	102	9,9%
Región de Murcia	213	116	54,5%	97	45,5%	74	34,7%	40	18,8%	28	13,1%	28	13,1%	24	11,3%	19	8,9%
La Rioja	47	16	34,0%	31	66,0%	11	23,4%	16	34,0%	7	14,9%	7	14,9%	3	6,4%	3	6,4%
C. Foral de Navarra	83	36	43,4%	47	56,6%	23	27,7%	11	13,3%	13	15,7%	16	19,3%	13	15,7%	7	8,4%
País Vasco	327	135	41,3%	192	58,7%	67	20,5%	68	20,8%	74	22,6%	59	18,0%	30	9,2%	29	8,9%
TOTAL	7.058	3.539	50%	3.519	50%	1.596	23%	1.290	18%	1.420	20%	1.208	17%	880	12%	664	9%

Anexo 2

RESULTADOS

PREVALENCIAS DE LUMBALGIA

Tabla A2 - 1. Prevalencias de lumbalgia en pacientes con dolor crónico.

Variables	Categorías	LUMBALGIA		
		N	Prevalencia Bruta (%)	IC95%
Prevalencia global		1.061	58,1%	(54,7-61,7%)
Edad	18-34	156	52%	(44,2-60,8%)
	35-54	441	61,3%	(55,7-67,3%)
	55-75	406	63,5%	(57,5-70%)
	76-85	58	34,7%	(26,4-44,9%)
Sexo	Hombre	445	59,1%	(53,7-64,9%)
	Mujer	616	57,5%	(53-62,2%)
Comunidad Autónoma (sin ajustar)	Andalucía	184	57%	(49-65,8%)
	Aragón	28	51,9%	(34,5-74,9%)
	Asturias	20	51,3%	(31,3-79,2%)
	Islas Baleares	30	60%	(40,5-85,7%)
	Canarias	53	63,1%	(47,3-82,5%)
	Cantabria	11	52,4%	(26,2-93,7%)
	Castilla y León	49	58,3%	(43,2-77,1%)
	Castilla - La Mancha	37	57,8%	(40,7-79,7%)
	Cataluña	192	60,8%	(52,5-70%)
	Comunidad Valenciana	118	59,3%	(49,1-71%)
	Extremadura	24	47,1%	(30,2-70%)
	Galicia	73	64,6%	(50,6-81,2%)
	Comunidad de Madrid	149	57,8%	(48,9-67,8%)
	Murcia	33	60%	(41,3-84,3%)
	La Rioja	3	30%	(6,2-87,7%)
	Navarra	12	57,1%	(29,5-99,8%)
País Vasco	45	54,2%	(39,6-72,6%)	
Comunidad Autónoma (ajustada por edad)	Andalucía	184	56,3%	(48,1-64,4%)
	Aragón	28	48,3%	(30,4-66,2%)
	Asturias	20	48,2%	(27,1-69,4%)
	Islas Baleares	30	55,5%	(35,6-75,4%)
	Canarias	53	64,4%	(47,1-81,7%)
	Cantabria	11	54,3%	(22,2-86,5%)
	Castilla y León	49	53,8%	(38,8-68,9%)
	Castilla - La Mancha	37	59,8%	(40,6-79,1%)
	Cataluña	192	59,6%	(51,2-69%)
	Comunidad Valenciana	118	59,8%	(49-70,6%)
	Extremadura	24	48,5%	(29,1-67,9%)
	Galicia	73	64,5%	(49,7-79,3%)
	Comunidad de Madrid	149	58,5%	(49,1-67,9%)
	Murcia	33	60,3%	(39,7-80,9%)
	La Rioja	3	40,7%	(-5,4-86,7%)
	Navarra	12	50,7%	(22-79,4%)
País Vasco	45	49,2%	(34,8-63,6%)	

Tabla A2 - 2. Prevalencias de lumbalgia en el total de encuestados.

Variables	Categorías	LUMBALGIA		
		N	Prevalencia Bruta (%)	IC95%
Prevalencia global		1.061	15%	(14,1-16%)
Edad	18-34	156	9,8%	(8,3-11,4%)
	35-54	441	16,3%	(14,8-17,9%)
	55-75	406	19,4%	(17,6-21,4%)
	76-85	58	8,7%	(6,6-11,3%)
Sexo	Hombre	445	12,6%	(11,4-13,8%)
	Mujer	616	17,5%	(16,2-18,9%)
Comunidad Autónoma (sin ajustar)	Andalucía	184	14,8%	(12,7-17,1%)
	Aragón	28	13,8%	(9,2-19,9%)
	Asturias	20	12,1%	(7,4-18,7%)
	Islas Baleares	30	17,3%	(11,7-24,8%)
	Canarias	53	17,1%	(12,8-22,4%)
	Cantabria	11	11,7%	(5,8-20,9%)
	Castilla y León	49	13,4%	(9,9-17,8%)
	Castilla - La Mancha	37	12,4%	(8,7-17,1%)
	Cataluña	192	16,7%	(14,4-19,2%)
	Comunidad Valenciana	118	15,5%	(12,8-18,5%)
	Extremadura	24	14,8%	(9,5-22%)
	Galicia	73	17,2%	(13,5-21,7%)
	Comunidad de Madrid	149	14,4%	(12,2-16,9%)
	Murcia	33	15,5%	(10,7-21,8%)
	La Rioja	3	6,4%	(1,3-18,7%)
	Navarra	12	14,5%	(7,5-25,3%)
País Vasco	45	13,8%	(10-18,4%)	
Comunidad Autónoma (ajustada por edad)	Andalucía	184	15,3%	(13,1-17,5%)
	Aragón	28	13,3%	(8,3-18,2%)
	Asturias	20	11,6%	(6,5-16,7%)
	Islas Baleares	30	15,9%	(10,2-21,6%)
	Canarias	53	17,5%	(12,8-22,2%)
	Cantabria	11	11,5%	(4,7-18,3%)
	Castilla y León	49	13,4%	(9,6-17,1%)
	Castilla - La Mancha	37	12,9%	(8,7-17%)
	Cataluña	192	16,7%	(14,3-19%)
	Comunidad Valenciana	118	15,5%	(12,7-18,3%)
	Extremadura	24	15,6%	(9,3-21,8%)
	Galicia	73	16,9%	(13,0-20,8%)
	Comunidad de Madrid	149	14,3%	(12,0-16,6%)
	Murcia	33	17,0%	(11,2-22,8%)
	La Rioja	3	7,6%	(-1-16,3%)
	Navarra	12	13,5%	(5,8-21,1%)
País Vasco	45	13,2%	(9,4-17,1%)	

CARACTERÍSTICAS DE LA LUMBALGIA ASOCIADA A DOLOR CRÓNICO

Tabla A2 - 3. Distribución de la muestra de encuestados con lumbalgia.

VARIABLES	CATEGORÍAS	N	%
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS			
Edad	18-34	156	14,7%
	35-54	441	41,6%
	55-75	406	38,3%
	76-85	58	5,5%
	Media (DT) Mediana (RI)	51,3 (14,4) 52 (20)	
Sexo	Hombre	445	41,9%
	Mujer	616	58,1%
Comunidad Autónoma	Andalucía	184	17,3%
	Aragón	28	2,6%
	Asturias	20	1,9%
	Islas Baleares	30	2,8%
	Canarias	53	5,0%
	Cantabria	11	1,0%
	Castilla y León	49	4,6%
	Castilla - La Mancha	37	3,5%
	Cataluña	192	18,1%
	Comunidad Valenciana	118	11,1%
	Extremadura	24	2,3%
	Galicia	73	6,9%
	Comunidad de Madrid	149	14,0%
	Murcia	33	3,1%
	La Rioja	3	0,3%
	Navarra	12	1,1%
País Vasco	45	4,2%	
Nivel de estudios	Sin Estudios	8	0,8%
	Estudios Primarios	71	6,7%
	Estudios Secundarios	250	23,6%
	Formación Profesional	323	30,4%
	Estudios universitarios	406	38,3%
	No contesta	3	0,3%
Situación laboral	Tengo trabajo actualmente	529	49,9%
	Estoy en paro	134	12,6%
	Estoy Jubilado/retirado	225	21,2%
	Tengo la incapacidad laboral permanente	75	7,1%
	Estoy estudiando	27	2,5%
	Trabajo doméstico no remunerado	71	6,7%
Baja Laboral por cualquier causa (Contestan sólo los que trabajan actualmente)	Sí	263	49,7%
	No	266	50,3%

USO SISTEMA SANITARIO			
Acude a Atención Sanitaria las últimas 4 semanas por cualquier causa	Sí	625	58,9%
	No	436	41,1%
Frecuencia con la que acude a Atención Primaria (contestan sólo los que han dicho sí a la pregunta anterior)	Ninguna vez	62	9,9%
	1 vez	341	54,6%
	2 veces	145	23,2%
	3 veces o más	77	12,3%
Frecuencia con la que acude a Atención Especializada (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S)	Ninguna vez	161	25,8%
	1 vez	283	45,3%
	2 veces	103	16,5%
	3 veces o más	78	12,5%
Frecuencia con la que acude a Atención Hospitalaria (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S)	Ninguna vez	492	78,7%
	1 vez	83	13,3%
	2 veces	21	3,4%
	3 veces o más	29	4,6%
Frecuencia con la que acude a Urgencias (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S)	Ninguna vez	363	58,1%
	1 vez	177	28,3%
	2 veces	47	7,5%
	3 veces o más	38	6,1%

CUESTIONARIO PRINCIPAL: Estado de Salud			
Calidad de Vida (SF 12v.2). PCS	Media (DT)	36,4 (10,5)	
	Mediana (RI)	37 (15,6)	
Calidad de Vida (SF 12v.2). MCS	Media (DT)	41,4 (11,3)	
	Mediana (RI)	40,5 (15,8)	
HADS- Depresión	Media (DT)	7,9 (4,5)	
	Mediana (RI)	8 (6)	
	No Caso	518	48,8%
	Caso dudoso	263	24,8%
HADS- Ansiedad	Caso	280	26,4%
	Media (DT)	8,6 (4,5)	
	Mediana (RI)	8 (7)	
	No Caso	447	42,1%
Limitaciones vida diaria: Alimentarse	Caso dudoso	279	26,3%
	Caso	335	31,6%
	No puedo hacerlo por mí mismo	57	5,4%
	Sí. mucha dificultad	68	6,4%
Limitaciones vida diaria: Sentarse	Sí alguna dificultad	144	13,6%
	No. ninguna dificultad	792	74,6%
	No puedo hacerlo por mí mismo	48	4,5%
	Sí. mucha dificultad	73	6,9%
	Sí alguna dificultad	418	39,4%
	No. ninguna dificultad	522	49,2%

Limitaciones vida diaria: Levantarse de una silla o de la cama	No puedo hacerlo por mí mismo	42	4%
	Sí. mucha dificultad	151	14,2%
	Sí alguna dificultad	552	52%
	No. ninguna dificultad	316	29,8%
Limitaciones vida diaria: Acostarse	No puedo hacerlo por mí mismo	41	3,9%
	Sí. mucha dificultad	86	8,1%
	Sí alguna dificultad	387	36,5%
	No. ninguna dificultad	547	51,6%
Limitaciones vida diaria: Vestirse y desvestirse	No puedo hacerlo por mí mismo	44	4,1%
	Sí. mucha dificultad	99	9,3%
	Sí alguna dificultad	401	37,8%
	No. ninguna dificultad	517	48,7%
Limitaciones vida diaria: Ir al baño	No puedo hacerlo por mí mismo	39	3,7%
	Sí. mucha dificultad	72	6,8%
	Sí alguna dificultad	264	24,9%
	No. ninguna dificultad	686	64,7%
Limitaciones vida diaria: Ducharse o bañarse	No puedo hacerlo por mí mismo	52	4,9%
	Sí. mucha dificultad	96	9%
	Sí alguna dificultad	297	28%
	No. ninguna dificultad	616	58,1%
Limitaciones vida diaria: Otras	No puedo hacerlo por mí mismo	49	4,6%
	Sí. mucha dificultad	94	8,9%
	Sí alguna dificultad	219	20,6%
	No. ninguna dificultad	699	65,9%
Recibe ayuda familiar. social de entidades para: Alimentarse	Sí	82	7,7%
	No	979	92,3%
Sentarse	Sí	110	10,4%
	No	951	89,6%
Levantarse de una silla o de la cama	Sí	127	12%
	No	934	88%
Acostarse	Sí	113	10,7%
	No	948	89,3%
Vestirse y desvestirse	Sí	118	11,1%
	No	943	88,9%
Ir al baño	Sí	88	8,3%
	No	973	91,7%
Ducharse o bañarse	Sí	123	11,6%
	No	938	88,4%
Apoyo social: DUKE Puntuación (11-55) Menor puntuación menor apoyo	Media (DT)	35,9 (11,4)	
	Mediana (RI)	36 (16)	
	Apoyo social percibido bajo (<32)	343	32,3%
	Apoyo normal (≥32)	718	67,7%

Tabla A2 - 4. Características del dolor de los encuestados con lumbalgia.

Variables	Categorías	N	%
DOLOR			
Duración del dolor crónico en años	Media (DT)	7,4 (8,6)	
	Mediana (RI)	5 (8)	
Donde se localiza el dolor que más le afecta	Es un dolor generalizado	179	16,9%
	Cabeza	58	5,5%
	Cuello (cervicales)	107	10,1%
	Espalda	418	39,4%
	Extremidades y/o articulaciones	269	25,4%
	Pecho	9	0,8%
	Abdomen	17	1,6%
	Otro	4	0,4%
Trastorno del sueño debido al DC	Sí	741	69,8%
	No	320	30,2%
Intensidad del Dolor	Nada (0)	2	0,2%
	Muy poco o poco (1-3)	31	2,9%
	Moderado (4-6)	332	31,3%
	Mucho (7-9)	642	60,5%
	Insoportable (10)	54	5,1%
	Media (DT) Mediana (RI)	7 (1,6) 7 (2)	
CONSECUENCIAS del DC en los encuestados con lumbalgia			
Limitaciones en las actividades habituales debido al DC: Alimentarse	Sí. mucho	60	5,7%
	Sí. algo	221	20,8%
	No. no las he limitado	780	73,5%
Limitaciones en las actividades habituales debido al DC: Sentarse	Sí. mucho	144	13,6%
	Sí. algo	500	47,1%
	No. no las he limitado	417	39,3%
Limitaciones en las actividades habituales debido al DC: Levantarse de una silla o de la cama	Sí. mucho	225	21,2%
	Sí. algo	535	50,4%
	No. no las he limitado	301	28,4%
Limitaciones en las actividades habituales debido al DC: Acostarse	Sí. mucho	151	14,2%
	Sí. algo	444	41,8%
	No. no las he limitado	466	43,9%
Limitaciones en las actividades habituales debido al DC: Vestirse y desvestirse	Sí. mucho	113	10,7%
	Sí. algo	446	42%
	No. no las he limitado	502	47,3%
Limitaciones en las actividades habituales debido al DC: Ir al baño	Sí. mucho	81	7,6%
	Sí. algo	258	24,3%
	No. no las he limitado	722	68%
Limitaciones en las actividades habituales debido al DC: Ducharse o bañarse	Sí. mucho	106	10%
	Sí. algo	324	30,5%
	No. no las he limitado	631	59,5%
Baja laboral a causa del dolor en el último año	Sí	314	31,3%
	No	690	68,7%
Tiempo Baja laboral en el último año (Meses)	Media (DT)	4,7 (4,4)	
	Mediana (RI)	3 (7)	
Deja o cambia de puesto de trabajo a causa de DC (sólo los que ha respondido sí en la pregunta anterior)	Sí. lo tuve que dejar	100	31,8%
	Sí. cambié de puesto	52	16,6%
	No	162	51,6%

Variables	Categorías		N	%
USO SISTEMA SANITARIO A CAUSA DEL DC en los encuestados con lumbalgia				
Acude a Atención Sanitaria las últimas 4 semanas	Sí No		472 589	44,5% 55,5%
Frecuencia con la que acude a Atención Primaria (contestan sólo los que han dicho sí a la pregunta anterior)	Ninguna vez 1 vez 2 veces 3 veces o más		53 251 108 60	11,2% 53,2% 22,9% 12,7%
Frecuencia con la que acude a Atención Especializada (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S)	Ninguna vez 1 vez 2 veces 3 veces o más		134 209 68 61	28,4% 44,3% 14,4% 12,9%
Unidad/especialidad en la que ha sido atendido. (Contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta anterior)	Unidad del dolor	Sí	141	29,9%
		No	331	70,1%
	Rehabilitación	Sí	156	33,1%
		No	316	66,9%
	Traumatología	Sí	259	54,9%
		No	213	45,1%
	Reumatología	Sí	132	28%
		No	340	72%
	Neurología	Sí	116	24,6%
No		356	75,4%	
Medicina Interna	Sí	167	35,4%	
	No	305	64,6%	
Oncología	Sí	28	5,9%	
	No	444	94,1%	
Neurocirugía	Sí	62	13,1%	
	No	410	86,9%	
Fisioterapia	Sí	198	41,9%	
	No	274	58,1%	
Tiempo de espera primera consulta Unidad de Dolor (Meses)	Media (DT) Mediana (RI)		10,1 (9,5) 12 (10,2)	
Frecuencia con la que acude a Atención Hospitalaria (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S)	Ninguna vez 1 vez 2 veces 3 veces o más		361 54 24 33	76,5% 11,4% 5,1% 7%
Frecuencia con la que acude a Urgencias (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S)	Ninguna vez 1 vez 2 veces 3 veces o más		249 140 48 35	52,8% 29,7% 10,2% 7,4%

COMORBILIDADES DE LA LUMBALGIA

Tabla A2 – 5. Análisis de otras comorbilidades dolorosas crónicas presentes en encuestados con lumbalgia.

Variabes	Categorías	N	%
COMORBILIDADES DOLOROSAS AGRUPADAS EN SUJETOS CON LUMBALGIA			
Número de Comorbilidades causantes de DC en personas con lumbalgia (Musculoesquelética. neurológica. oncológica. dolor postquirúrgico. visceral y postraumático)	Media (DT) Mediana (RI)	4,4 (2,7) 4 (4)	
Patologías Musculoesqueléticas comórbidas causantes de DC (artrosis. osteoporosis. dolor cervical. dolor lumbar. artritis reumatoide. contracturas musculares. hombro doloroso. fibromialgia. hernia discal)	Sí No	947 114	89,3% 10,7%
Patologías Neurológicas comórbidas causantes de DC (Migraña y otros dolores de cabeza crónicos. ciática. neuropatía diabética u otras neuropatías. síndrome del túnel carpiano)	Sí No	661 400	62,3% 37,7%
Dolor Oncológico comórbido	Sí No	38 1023	3,6% 96,4%
Dolor Postquirúrgico comórbido	Sí No	181 880	17,1% 82,9%
Patologías causantes de dolor Visceral comórbido (enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa. dismenorrea/endometriosis)	Sí No	41 1020	3,9% 96,1%
Dolor Postraumático	Sí No	179 882	16,9% 83,1%
COMORBILIDADES DOLOROSAS DESAGRUPADAS EN SUJETOS CON LUMBALGIA			
Artrosis	Sí No	411 650	38,7% 61,3%
Osteoporosis	Sí No	410 651	38,6% 61,4%
Dolor cervical	Sí No	636 425	59,9% 40,1%
Dolor lumbar	Sí No	179 882	16,9% 83,1%
Traumatismo	Sí No	362 699	34,1% 65,9%
Dolor relacionado con una intervención quirúrgica	Sí No	181 880	17,1% 82,9%
Artritis reumatoide	Sí No	226 835	21,3% 78,7%
Ciática	Sí No	402 659	37,9% 62,1%
Contracturas musculares	Sí No	683 378	64,4% 35,6%
Cáncer	Sí No	38 1023	3,6% 96,4%
Hombro doloroso	Sí No	383 678	36,1% 63,9%

Fibromialgia	Sí	155	14,6%
	No	906	85,4%
Neuropatía diabética u otras neuropatías	Sí	85	8%
	No	976	92%
Síndrome del túnel carpiano	Sí	159	15%
	No	902	85%
Enfermedad de Crohn o Colitis ulcerosa	Sí	38	3,6%
	No	1023	96,4%
Desconoce la causa patológica	Sí	308	29%
	No	753	71%
Dismenorrea/Endometriosis	Sí	3	0,3%
	No	1058	99,7%
Hernias discales	Sí	19	1,8%
	No	1042	98,2%

