

# PRIORIDADES EN EL ÁMBITO DE LAS DOLENCIAS DE LA ESPALDA

Acciones y líneas de estudio prioritarias  
definidas en la reunión de expertos y autoridades sanitarias,  
organizada por la Fundación Kovacs  
en la sede de la Fundación Ramón Areces  
el 12 de noviembre de 2004



FUNDACIÓN RAMÓN ARECES



FUNDACION  
KOVACS

# PRIORIDADES EN EL ÁMBITO DE LAS DOLENCIAS DE LA ESPALDA

Acciones y líneas de estudio prioritarias  
definidas en la Reunión de expertos y autoridades sanitarias,  
organizada por la Fundación Kovacs  
en la sede de la Fundación Ramón Areces  
el 12 de noviembre de 2004



FUNDACIÓN RAMÓN ARECES



FUNDACION  
KOVACS



Reservados todos los derechos.

Ni la totalidad ni parte de este libro puede reproducirse o transmitirse por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, o cualquier almacenamiento de información y sistema de recuperación, sin permiso escrito de Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, S. A., y de la Fundación Ramón Areces.

© EDITORIAL CENTRO DE ESTUDIOS RAMÓN ARECES, S.A.  
Tomás Bretón, 21 - 28045 Madrid.

© FUNDACIÓN RAMÓN ARECES  
Vitruvio, 5 - 28006 Madrid.

Depósito legal: M-9908-2005

Impreso por ANEBRI, S.A.  
Antonio González Porras, 35  
28015 Madrid.

Impreso en España / *Printed in Spain.*

## SUMARIO E ÍNDICE

Este documento resume las conclusiones alcanzadas en la Reunión de expertos y autoridades sanitarias, organizada por la Fundación Kovacs, en la sede de la Fundación Ramón Areces el 12 de noviembre de 2004.

Con ese fin se distinguen los siguientes apartados:

1. Asistentes: .....	página 5
2. Resumen de las acciones y estudios prioritarios: .....	página 7
3. Acciones prioritarias: .....	página 9
4. Estudios prioritarios: .....	página 15
Anexo: Estudios y acciones ya realizadas o en desarrollo por parte de la Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda que se expusieron durante la Reunión: .....	página 19

El contenido de este documento emana de la grabación de las intervenciones de los participantes en la sesión, y ha sido aprobado por ellos.



## 1. ASISTENTES

- **Domingo Ruano Gil**, Catedrático de la Universidad de Barcelona y moderador de la reunión.
- **José Ramón Riera Velasco**, Director General de Organización de las Prestaciones Sanitarias de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios de Asturias.
- **Josep Corcoll**, Director General de Planificación y Financiación de la Consejería de Salud de Baleares.
- **José Navas**, Director Científico del Instituto Catalán de la Salud, en representación del Director Gerente del Servicio Catalán de la Salud.
- **Jorge Tapia**, Director General del Instituto Madrileño de la Salud.
- **Rosa Ramón**, Directora Asistencial del Área de Traumatología y Rehabilitación del Hospital Vall d'Hebrón, en representación del Director General del Instituto Catalán de la Salud.
- **Carmen Martín**, Directora del Departamento de Salud y Socorros de Cruz Roja Española.
- **Fernando Colmenero**, del Instituto Madrileño de la Salud.
- **Pablo Tobajas**, Subdirector de Atención Primaria del Servicio de Salud de Baleares.
- **Xavier Bonfill**, Director del Centro Cochrane Iberoamericano.
- **Miquel Porta**, del Instituto Municipal de Investigaciones Médicas.
- **Víctor Abaira**, Jefe de la Unidad de Bioestadística Clínica del Hospital Ramón y Cajal.
- **Pablo Lázaro**, Director de Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud (TAISS).
- **Francisco Kovacs**, Director de la Red Española de Investigadores en Dolencias de a Espalda (REIDE).
- **Enrique Izquierdo**, Jefe del Servicio de Traumatología del Hospital Universitario de Getafe y Vicepresidente del Grupo para el Estudio de las Enfermedades del Raquis (GEER).

- **Enrique Cáceres**, Jefe de la Unidad de Traumatología del Hospital de la Esperanza.
- **José Gerardo Martín Rodríguez**, Secretario General de la Federación Mundial de Sociedades de Neurocirugía.
- **Enrique Ferrer**, Jefe del Servicio de Neurocirugía del Hospital Clínico de Barcelona.
- **Alberto Isla**, del Servicio de Neurocirugía del Hospital La Paz.
- **Juan Beltrán**, ex Jefe del Servicio de Reumatología. Hospital Ramón y Cajal.
- **Javier Paulino**, Secretario Técnico de la Liga Reumatológica Española (LIRE).
- **Andrés Peña**, Jefe de la Sección de Rehabilitación Reumatológica del Hospital Ramón y Cajal.
- **Sergio Giménez**, Coordinador del Grupo Locomotor de la Sociedad Española de Medicina Rural y General (SEMERGEN).

## **2. RESUMEN DE LAS ACCIONES Y ESTUDIOS PRIORITARIOS**

Las acciones y líneas de estudio prioritarias en el ámbito de las patologías mecánicas del raquis, que se desarrollan más adelante, son:

### **A. Acciones prioritarias:**

1. Instar a las autoridades sanitarias a cumplir los estándares definidos para autorizar el uso de nuevas tecnologías referidas a las patologías mecánicas del raquis (PMR).
2. Implantar el uso de la intervención neuroreflejojoterápica (NRT) en la práctica clínica rutinaria de los Servicios de Salud en los que todavía no se aplica, en las condiciones de aplicación y con el protocolo y sistemas de información vigentes.
3. Fomentar la mejora de la práctica clínica referida a las PMR.
4. Facilitar la transferencia de los resultados de la investigación sobre PMR a la práctica clínica.
5. Fomentar la adhesión de más equipos clínicos a la Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda (REIDE) y valorar su posible presentación a eventuales futuras convocatorias de Redes temáticas por parte del Instituto Carlos III.
6. Reunir periódicamente el foro constituido para hacer el seguimiento de la investigación en el ámbito de las PMR, establecer las nuevas prioridades en él y valorar la transferencia de los resultados de la investigación a la práctica clínica.

### **B. Estudios y campos de estudio prioritarios:**

1. Evaluar las tecnologías sanitarias que se están aplicando actualmente en casos de PMR, con los estándares definidos en el punto 1.
2. Evaluar las características de la transferencia de los resultados de la investigación a la práctica clínica, determinando los factores que obstaculizan la implantación

asistencial de tecnologías demostradamente eficaces, seguras, efectivas y eficientes, y los que fomentan el uso de otras insuficientemente evaluadas.

3. Profundizar el estudio de los factores etiopatogénicos, acometiendo estudios que, como el MMICS, reúnan muestras multinacionales muy amplias, las sigan durante períodos largos y estudien factores de todo tipo (genéticos, ambientales, neuroquímicos, mecánicos, sociales, económicos, etc.).
4. Profundizar en varias de las líneas de estudio que la REIDE está acometiendo y, en concreto, en la evaluación de las estrategias de prevención, y la del efecto del ejercicio, y en el estudio de la transición de los casos agudos a crónicos y la variabilidad de la práctica clínica.
5. Aplicar los sistemas de información vigentes en los Servicios de Salud en los que la intervención NRT ya se aplica en la práctica clínica rutinaria, y en aquellos en los que se implante a partir de ahora, para hacer el seguimiento a largo plazo de los resultados que obtiene esta tecnología.

### 3. ACCIONES PRIORITARIAS

1. **Cumplir los estándares definidos para la autorización del uso de nuevas tecnologías sanitarias referidas a las patologías mecánicas del raquis (PMR).** Por motivos deontológicos, científicos, asistenciales y económicos, las autoridades sanitarias deben exigir que, antes de plantearse su uso clínico, las nuevas tecnologías sanitarias cumplan unos estándares mínimos. Esos estándares, que se definen más abajo, incluyen la necesidad de evaluar las nuevas tecnologías, definir y evaluar el protocolo con el que se van a implantar en la práctica clínica y realizar un seguimiento constante de los resultados que obtienen en condiciones rutinarias. Los Servicios de Salud habitualmente exigen estos estándares a los productos farmacológicos (aunque no siempre los cumplen), pero no suelen exigirlos a las tecnologías no farmacológicas. Sin embargo, la sistemática de evaluación aplicada en el caso de la intervención neuroreflejo-terápica (NRT) demuestra que también es viable aplicar esos estándares a las tecnologías no farmacológicas, por lo que las autoridades deben exigir por igual esos estándares a todo tipo de tecnologías sanitarias propuestas para el manejo clínico de las PMR (sean farmacológicas o no farmacológicas). Estos estándares son:

- 1.1. Que las tecnologías sean evaluadas rigurosamente antes –y no después– de iniciarse su aplicación clínica.
- 1.2. Que para autorizar su uso clínico en humanos, se disponga previamente de evidencia científica consistente y de alta calidad metodológica sobre su seguridad y eficacia (vs. placebo en los casos en los que sea viable).
- 1.3. Que antes de plantearse su uso con cargo a recursos públicos, se disponga siempre (es decir, en todos los casos) de evidencia científica de alta calidad metodológica sobre su efectividad y coste/efectividad (comparada con las tecnologías ya existentes), con el fin de asegurar que los beneficios derivados de su implantación compensan los esfuerzos, costes y eventuales riesgos que conlleva.
- 1.4. Que antes de plantearse su implantación en la práctica clínica rutinaria, y basándose en el resultado y características de los estudios realizados:
  - 1.4.1. Se definan con precisión las indicaciones clínicas concretas de cada tecnología, el ámbito asistencial en el que debe aplicarse, los cambios organizativos que comporta su inserción en la práctica clínica existente (defi-

niendo el carácter complementario o sustitutivo con relación a las tecnologías previas) y su mecanismo de financiación.

- 1.4.2. Se elabore el protocolo con el que se va a organizar su aplicación clínica rutinaria (fomentando, en su caso, la coordinación entre los distintos niveles asistenciales), y que se evalúe su viabilidad y resultados para decidir la conveniencia de implantarlo en la práctica clínica habitual. La evaluación del protocolo de aplicación debe determinar, como mínimo:
  - a. El volumen de la actividad asistencial que genera y el coste que conlleva.
  - b. La adherencia de los clínicos al protocolo de aplicación correspondiente, valorando entre otros aspectos el tipo de pacientes en el que se aplica en la práctica clínica rutinaria (es decir, el cumplimiento de las indicaciones establecidas) y las tasas de uso apropiado e inapropiado que genera el protocolo.
  - c. La seguridad y los resultados clínicos y económicos que genera la tecnología en su aplicación rutinaria –comparándolos con los obtenidos en la fase de evaluación–.
  - d. La satisfacción de los pacientes tratados, y la satisfacción y percepción de los médicos que apliquen la tecnología y los que deriven a los pacientes en los que se aplica.
- 1.4.3. Se comunique anticipadamente la implantación de la nueva tecnología y los resultados en los que esa decisión se basa a todos los médicos implicados en el manejo de los pacientes correspondientes, con el fin de asegurar la homogeneidad del mensaje que les transmitan.
- 1.5. Que, desde el inicio de la implantación de la nueva tecnología en la práctica clínica rutinaria, estén disponibles y sean utilizados con rigor los sistemas de información necesarios para mantener una evaluación continuada y sistemática de la aplicación de la tecnología, valorando los mismos parámetros que en la fase de evaluación del protocolo (ver apartado 1.4.2).
- 1.6. Que, basándose en esos sistemas de información, las autoridades y gestores sanitarios:
  - a. Realicen análisis periódicos de los resultados que supone la aplicación de la tecnología en condiciones rutinarias y adopten las medidas necesari-

rias para reducir al mínimo posible la variabilidad injustificada de su aplicación.

- b. Transmitan esos resultados a los clínicos implicados, con el fin de establecer con ellos el “feed-back” oportuno y optimizar constantemente los resultados.

1.7. Que las autoridades y gestores sanitarios de los distintos Servicios de Salud colaboren en este objetivo e intercambien la información de la que disponen sobre los resultados de la aplicación de cada tecnología en sus respectivos territorios.

**2. Implantar la intervención neuroreflejo-terápica.** Las razones por las que se recomienda implantar la NRT son las siguientes:

- a. La NRT es la única tecnología sanitaria para los casos subagudos y crónicos de patologías mecánicas del raquitismo PMR cuyo uso en el Sistema Nacional de Salud ha demostrado ser eficaz, seguro, efectivo y eficiente.
- b. Para el uso de la NRT se aplica un protocolo que ha sido validado para la implantación de esta tecnología en la práctica clínica rutinaria.
- c. Su implantación en el Sistema se basa en la sistemática de evaluación definida en el apartado 1 de este documento.
- d. Los pacientes con PMR subagudas y crónicas carecen actualmente en el Sistema de una alternativa terapéutica que haya sido evaluada de manera similar o haya demostrado obtener resultados comparables.
- e. Esos casos generan unas listas de espera y costes muy importantes.

Por ello se recomienda:

- 2.1. Implantar sin mayor dilación la NRT en los Servicios de Salud de ámbito autonómico en los que todavía no se aplica.
- 2.2. Asegurar que esa implantación se produce en las condiciones de aplicación en las que esa tecnología ha demostrado ser eficaz, segura, efectiva y eficiente, esto es, asegurando: a) el uso del protocolo de aplicación que se está utilizando en los Servicios de Salud en los que se está aplicando; b), la suficiente

capacitación de los médicos que la realizan y; c) la aplicación por parte de la Fundación Kovacs de los mecanismos de control de calidad oportunos.

2.3. Con ese fin, y dado que para definir las decisiones relativas al manejo clínico de las PMR en sus Servicios de Salud, algunas autoridades sanitarias de ámbito autonómico parecen recurrir (de manera adicional o sustitutiva a los análisis de la evidencia científica disponible) a foros en los que participan clínicos o asociaciones relevantes en su ámbito local, instar a las autoridades sanitarias a asegurar la presencia de la Fundación Kovacs en esos foros.

**3. Fomentar la mejora de la práctica clínica.** Con el fin de mejorar la práctica clínica actualmente rutinaria en el manejo de las PMR:

3.1. Fomentar la realización de programas de formación y actualización de la práctica clínica, tanto en el ámbito de la atención primaria como especializada, al existir datos que sugieren que la rutina clínica incluye prácticas contradictorias con la evidencia científica disponible.

3.2. Fomentar la difusión y aplicación de Guías de Práctica Clínica realmente basadas en la evidencia científica. En concreto, fomentar la difusión y uso en los Servicios de Salud de la Guía elaborada al amparo del programa COST B13 de la Comisión Europea, que ha permitido definir recomendaciones basadas en la evidencia científica y de ámbito paneuropeo para la prevención de la lumbalgia y el manejo clínico de los casos agudos y crónicos.

**4. Facilitar la transferencia de la investigación a la práctica clínica.** Con el fin de facilitar la transferencia a la práctica clínica de los resultados de las investigaciones acometidas y en curso sobre PMR:

4.1. Fomentar la relación y comunicación fluida de la Fundación Kovacs y la Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda, con las Sociedades Científicas representativas de las especialidades clínicas relevantes en el manejo de las PMR, y especialmente con aquellas que:

- Estén dispuestas a fundamentar sus criterios y actitudes en la evidencia científica disponible, y no sólo en el interés corporativo de sus miembros, y
- No estén habituadas a ser influidas por los factores no científicos ni asistenciales a los que en algún caso parece haber recurrido la industria.

4.2. Asegurar que la información oportuna llega a los pacientes, tanto por su derecho a estar informados y por su cada vez mayor intervención en las decisiones de salud, como por su capacidad para actuar como acicate de las autoridades sanitarias para que éstas adopten sin dilaciones injustificadas las medidas que emanan de la evidencia científica disponible.

**5. Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda.** Con relación a la Red:

5.1. Dado que en ella participan, además de grupos investigadores consolidados y emergentes, equipos clínicos para los que la Red representa el único cauce por el que vehicular su inquietud investigadora, fomentar que se vinculen a ella el mayor número posible de clínicos de las especialidades implicadas en el manejo clínico de las PMR, como médicos de atención primaria y traumatólogos.

5.2. Sugerir que la Red valore volverse a presentar a eventuales futuras convocatorias de ayudas del Instituto de Salud Carlos III para la constitución de Redes de investigación temática, tras haber sopesado las ventajas e inconvenientes que eso supone y siempre y cuando se tomen las medidas necesarias para asegurar que éstos no mermen la operatividad demostrada hasta ahora por la Red.

**6. Foro.** Dada la productividad del encuentro y la conveniencia de contar con aportaciones procedentes de enfoques distintos y complementarios para aportar soluciones válidas a un problema clínico, social y económico de la magnitud de las PMR, repetir periódicamente una reunión similar, que agrupe a autoridades sanitarias, investigadores y clínicos para hacer el seguimiento de la investigación en este campo, establecer las nuevas prioridades en él y valorar la transferencia de los resultados de la investigación a la práctica clínica.



## 4. ESTUDIOS PRIORITARIOS

Adicionalmente a los estudios que ya han desarrollado y está desarrollando la Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda (ver anexo, al final de este documento), los estudios que deberían plantearse de manera prioritaria son:

1. **Evaluación de tecnologías ya existentes.** Con relación a las numerosas tecnologías sanitarias que se están aplicando actualmente a los pacientes con PMR sin haber sido adecuadamente evaluadas (sean diagnósticas o terapéuticas, farmacológicas o no farmacológicas), resulta prioritario aplicar los estándares de evaluación definidos en el apartado 1 del capítulo 3 y, concretamente:
  - 1.1. Evaluar su seguridad, eficacia (vs. placebo, cuando sea viable), efectividad y coste/efectividad (vs. las tecnologías ya existentes, en todo caso).
  - 1.2. Elaborar, con esa base, un protocolo que defina claramente cuál debe ser el uso de cada tecnología que demuestre ser útil en la práctica clínica rutinaria, definiendo el escalón asistencial en el que debe aplicarse, sus indicaciones clínicas concretas, los cambios organizativos que comporta su aplicación en esas indicaciones, y su financiación.
  - 1.3. Evaluar la adherencia de los clínicos a ese protocolo de aplicación en la práctica clínica rutinaria, instaurando los sistemas de información necesarios. Esos sistemas deben incluir datos sobre seguridad, magnitud de uso, tasas de uso adecuado e inadecuado, resultados clínicos, resultados económicos, satisfacción de los pacientes tratados, y satisfacción y percepción de los médicos que apliquen la tecnología y de los que deriven a los pacientes en los que se aplica.
2. **Evaluar los determinantes y características de la transferencia de los resultados de la investigación a la práctica clínica.** Dado que la aplicación práctica de los resultados es indispensable para asegurar la utilidad social del esfuerzo investigador y para incentivar la realización de futuras investigaciones, es prioritario estudiar los determinantes de ese proceso de transferencia.
  - 2.1. En concreto los objetivos son:

- 2.1.1. Estudiar los factores que influyen en que en ciertos ámbitos geográficos existan barreras para la implantación en la práctica clínica rutinaria de tecnologías que han demostrado ser eficaces, seguras, efectivas y eficientes, y cuya implantación ha demostrado ser viable, mientras que, sí se difunden y aplican rápidamente otras que no han demostrado adecuadamente su seguridad, efectividad o eficiencia. Los estudios correspondientes:
- Deben incluir, entre los factores cuya influencia se evalúe, los derivados de la presión económica de la industria, los intereses propios de determinados colectivos profesionales, las dificultades que conlleva modificar la rutina previa, el mayor o menor rigor y operatividad del proceso de toma de decisiones por parte de las diferentes autoridades y gestores sanitarios en distintos territorios, y la verdadera capacitación, representatividad e independencia de los expertos de ámbito local cuya opinión eventualmente recaben.
  - Además de identificar los factores relevantes, deben intentar ponderar su influencia.
- 2.1.2. Estudiar qué diferencias existen entre los innovadores, los adoptadores precoces y los adoptadores tardíos de una tecnología, y qué factores (dependientes de los médicos, los financiadores, el Sistema, etc.) explican el comportamiento de cada uno de ellos.
- 2.1.3. Estudiar la asociación entre el uso apropiado (o no apropiado) de cada tecnología, los principales factores que han determinado su aplicación (precoz o tardía) y los resultados que obtiene.
- 2.1.4. Estudiar los factores que determinan la colaboración (o no) de los distintos niveles asistenciales en la aplicación de una tecnología.
- 2.2. Dado que, en el caso de las PMR, la intervención NRT es la única tecnología cuyo uso en el Sistema Nacional de Salud se basa en el proceso descrito en el apartado I de este documento, la difusión de esta tecnología sería el ejemplo idóneo para ese estudio. Además, al haber sido liderado su proceso de I+D+I por entidades públicas y por entidades privadas sin ánimo de lucro, el estudio de su difusión permitirá determinar la operatividad de los sistemas previstos en la normativa vigente y la capacidad de las distintas autoridades sanitarias para implantar tecnologías seguras, efectivas y eficientes en los casos en los que no existen presiones económicas por parte de la industria.

### 3. Etiopatogenia. Profundizar en el estudio de la etiopatogenia de las PMR:

- 3.1. Mediante estudios epidemiológicos prospectivos a largo plazo con seguimiento periódico y en los que intervengan cohortes muy amplias, que valoren la eventual influencia del amplio espectro de factores potencialmente implicados (incluyendo, entre otros, aspectos genéticos –y de interacción genética y ambiental–, infecciosos, neuroquímicos, mecánicos, musculares, psicológicos, sociales, socioeconómicos, de organización asistencial y de organización de los sistemas de protección social).
- 3.2. Respaldao la realización del MMICS (Musculoskeletal Multinational Inception Cohort Study), en cuyo diseño está participando la Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda. Se trata de un estudio en el que una cohorte muy amplia de sujetos será seguida a muy largo plazo en varios países de distintos continentes, recogándose todos los factores que actualmente se sospechan pueden tener relación con la aparición, mantenimiento o consecuencias PMR (incluyendo, además de factores biológicos y psicosociales, los que puedan emanar de los distintos sistemas de protección social vigentes en los diferentes países), y en los que la realización del estudio en cada país dependerá de los recursos obtenidos en el mismo.

### 4. Estudios en curso. Profundizar, entre los estudios que la Red ya está realizando, aquellos relativos a:

- 4.1. La eficacia de distintas estrategias de prevención primaria y secundaria. Los estudios acometidos con este objetivo se verán también enriquecidos con el resultado de las investigaciones etiopatogénicas (ver apartado 3.1 de este capítulo), pues éstos permitirán eventualmente definir nuevas estrategias de prevención que deberán ser evaluadas.
- 4.2. La transición de los casos agudos a crónicos, dado que estos últimos son los principales responsables del sufrimiento y los costes sociales y económicos que conllevan las PMR.
- 4.3. La variabilidad de la práctica clínica referida a las PMR en España, estudiando entre otros factores la magnitud de la prescripción de tratamientos demostradamente ineficaces o contraproducentes, la sobreutilización de tecnologías insuficientemente evaluadas y la infrautilización de otras de efectividad y eficiencia demostradas.
- 4.4. La eficacia, efectividad y eficiencia del ejercicio y la comparación entre sus distintas formas y pautas.

## 5. Intervención neuroreflejoteràpica. Con relación a esta tecnología:

- 5.1. Fomentar el seguimiento a largo plazo (10 ó más años) de los pacientes en los que esta tecnología se aplica. Con ese fin, respaldar el seguimiento que se está haciendo en los Servicios de Salud en los que esta tecnología se está aplicando en la práctica clínica rutinaria, que permitirá determinar la evolución a largo plazo de los pacientes tratados, e instar a los demás Servicios de Salud a que implanten esta tecnología y a que también apliquen los sistemas de información que permiten hacer el seguimiento a largo plazo de los pacientes tratados (con esta y otras tecnologías).
- 5.2. Facilitar la realización de ensayos multicéntricos y multinacionales que comparen la efectividad y coste/efectividad del uso de esta tecnología –en las condiciones en las que hasta ahora ha sido evaluada y es aplicada– frente a otras existentes en esos ámbitos, para lo que antes es preciso:
  - Identificar los factores que influyen en la aplicación de las tecnologías una vez han sido evaluadas y definir las fuentes de financiación de esos ensayos, por lo que en la práctica eso conlleva haber culminado previamente los estudios definidos en el apartado 2 de este documento.
  - Implantar el uso de la NRT en la práctica clínica rutinaria de la mayoría de los Servicios de Salud en España, con el fin de justificar y facilitar la realización de esos estudios en otros países.
- 5.3. Dado que ya ha demostrado ser eficaz, segura, efectiva y eficiente para el tratamiento de las PMR, evaluarla para el tratamiento de un espectro más amplio de afecciones, y/o para el de afecciones similares en otras localizaciones.

## **ANEXO:**

### **ESTUDIOS Y ACCIONES YA REALIZADAS O EN DESARROLLO POR PARTE DE LA RED ESPAÑOLA DE INVESTIGADORES EN DOLENCIAS DE LA ESPALDA**

Se distinguen estudios y acciones sobre:

- A. Factores de riesgo y estrategias de prevención.
- B. Mecanismos de valoración del paciente.
- C. Consejo médico.
- D. Tratamientos.
- E. Práctica clínica.

#### **A. SOBRE FACTORES DE RIESGO Y ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN**

##### **1. Estudios sobre factores asociados a un mayor riesgo de padecer patologías mecánicas del raquis (PMR):**

- 1.1. En los adolescentes (**Pain** 2003; 103:259-268, **Eur J Pub Health** 1999; 9:194-199).
- 1.2. En la población general: Musculoskeletal Multinational Inception Cohort Study (en diseño).

##### **2. Estudios sobre la influencia de elementos cotidianos en el riesgo de PMR:**

- 2.1. Las características del colchón en el riesgo de padecer dolencias de la espalda: Un estudio de casos y controles (en curso).

##### **3. Estudios sobre evaluación de estrategias de prevención:**

- 3.1. Ensayo clínico controlado sobre el efecto de distintos tipos de campañas de educación sanitaria, en ancianos sin dolor (en curso).

- 3.2. Ensayo clínico controlado sobre el efecto de distintos tipos de campañas de educación sanitaria en trabajadores sin dolor (en curso).

#### **4. Acciones de prevención:**

- 4.1. Constitución del área divulgativa de la Web de la Espalda (**Medicina de Familia** 2001; 2: 149-151, **Rheuma** 2000; 3: 43-52).
- 4.2. Edición de textos:
  - 4.2.1. “Guía de la Espalda” (centrada en las normas de higiene postural).
  - 4.2.2. “Manual de la Espalda” (adaptación transcultural al español del “Back Book”, centrado en la educación en manejo activo).
- 4.3. Constitución de “Escuelas de la Espalda” (**Rheuma** 1997; 5: 16-22).
- 4.4. Campañas presenciales de prevención (dirigidas a escolares, ancianos y trabajadores).

## **B. SOBRE MECANISMOS DE VALORACIÓN DEL PACIENTE**

### **1. Estudios sobre instrumentos de valoración:**

- 1.1. Del grado de incapacidad: Adaptación transcultural y validación de la escala de Roland Morris (**Spine** 2002; 27: 538-542).
- 1.2. De las conductas de miedo y evitación: Adaptación transcultural y validación de la escala FAB (**Spine**, en prensa).
- 1.3. De la calidad de vida: Optimización y validación de la ponderación de la escala EuroQol en pacientes con lumbalgia (en curso).

### **2. Estudios sobre factores pronósticos:**

- 2.1. Modelos predictivos para identificar precozmente a los pacientes con mayor riesgo de baja laboral de larga duración (en curso).
- 2.2. Revisión sistemática de los factores pronósticos del resultado de la cirugía por estenosis espinal (en curso).

## C. SOBRE CONSEJO MÉDICO

### 1. Estudios sobre consejo médico referido a higiene postural y grado de actividad:

- 1.1. La higiene postural versus el consejo sobre el grado de actividad, en ancianos con dolor de espalda: Un ensayo clínico aleatorizado (en curso).
- 1.2. La higiene postural versus el consejo sobre el grado de actividad en trabajadores de hostelería con dolor de espalda: Un ensayo clínico aleatorizado (en curso).

### 2. Estudios sobre la influencia de los elementos cotidianos en la evolución del dolor de espalda:

- 2.1. Ensayo clínico controlado sobre el efecto de la firmeza del colchón sobre la evolución de la lumbalgia (**Lancet** 2003; 362: 1599-1604).
- 2.2. Efecto a largo plazo de la firmeza del colchón y relación con la presión soportada (en curso).

## D. SOBRE TRATAMIENTOS

### 1. Estudios sobre intervención neuroreflejoteràpica:

- 1.1. Evaluación de su seguridad (**Medicina del Trabajo** 1992; 33: 403-407).
- 1.2. Evaluación de su eficacia versus placebo, replicada en ámbitos asistenciales y geográficos distintos por equipos investigadores diferentes (**Med Clin (Barc)** 1993; 101: 570-75), **Spine** 1997; 22: 786-97).
- 1.3. Evaluación de la efectividad y coste/efectividad de su aplicación en el Sistema Nacional de Salud (**Spine** 2004; 27: 1149-1159)\*.

---

\* La calidad de la evidencia científica acumulada en las fases previas ha sido evaluada favorablemente por una revisión sistemática de la Colaboración Cochrane (The Cochrane Library, 2004), las Agencias de Evaluación de Tecnología Sanitaria de Galicia (2002), Cataluña (2001) y el Instituto de Salud Carlos III (1996), la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (2003), y diversas Sociedades científicas representativas de especialidades clínicas implicadas en el manejo de las patologías mecánicas del raquis.

1.4. Desarrollo del protocolo de aplicación de la tecnología en la práctica clínica rutinaria y evaluación del resultado de su implantación en ella (**INSALUD** 2001, **Gac Sanit** 2004; 18: 275-286).

1.5. Seguimiento de los resultados en la práctica clínica rutinaria (“audit”, en curso en los Servicios de Salud en los que está implantada).

## **2. Estudios sobre ejercicio:**

2.1. Ensayo clínico sobre el efecto del ejercicio y el corsé en la evolución de la escoliosis juvenil (en diseño).

2.2. Ensayo clínico sobre el efecto de distintas pautas de ejercicio en la lumbalgia inespecífica (en diseño).

## **3. Revisiones sistemáticas sobre la eficacia, seguridad, efectividad y coste/efectividad de tratamientos:**

3.1. La electroterapia en la lumbalgia inespecífica (en curso).

3.2. La cirugía vs. tratamiento conservador para la estenosis espinal (en curso).

3.3. La artrodesis instrumentada vs. no instrumentada (en curso).

3.4. La quimionucleosis para la hernia discal lumbar (en curso).

3.5. La nucleotomía percutánea para la hernia discal lumbar (en curso).

3.6. La ozonoterapia para la hernia discal lumbar (en curso).

3.7. La antibioticoterapia para la hernia discal lumbar (en curso).

3.8. La prótesis de núcleo pulposo para la hernia discal lumbar (en curso).

3.9. La DIET –electrotermocoagulación intradiscal– para la hernia discal lumbar (en curso).

## **E. SOBRE LA PRÁCTICA CLÍNICA**

### **1. La variabilidad de la práctica clínica sobre lumbalgia en España (en curso).**

## 2. Determinación del curso natural de la lumbalgia (en curso).

## 3. Estudios sobre la optimización de la calendarización de los tratamientos:

- 3.1. Evolución temporal de los determinantes de la calidad de vida en la lumbalgia inespecífica (**Spine** 2004; 29: 206-210).
- 3.2. La conversión de la lumbalgia aguda en subaguda y crónica, según el riesgo de cronicidad y los determinantes de la calidad de vida (**Spine**, en prensa).
- 3.3. Correlación entre dolor, creencias, incapacidad y calidad de vida, y su evolución en el tiempo (en curso).

## 4. Formación médica continuada:

- 4.1. Seminarios de documentación médica y lectura crítica de la evidencia científica (en curso).
- 4.2. Constitución del área científica de la Web de la Espalda ([www.espalda.org](http://www.espalda.org)) (**Medicina de Familia** 2001; 2: 149-151, **Rheuma** 2000; 3: 43-52).

## 5. Desarrollo de guías de práctica clínica:

- 5.1. Asesoramiento en el desarrollo de guías de ámbito autonómico.
- 5.2. Desarrollo de una guía paneuropea basada en la evidencia científica (programa COST B-13 de la Comisión Europea) (**Acta Orthop Scand** 2002 (suppl 305); 73: 259-268).

