

Artículo original

doi: 10.35366/108122

Impacto del confinamiento por la pandemia COVID-19 en el dolor musculoesquelético y la calidad de vida

Impact of COVID-19 pandemic confinement on musculoskeletal pain and quality of life

Luque-Pérez R,* Garríguez-Pérez D,* Collado-Gosálvez A,*
Gómez-Muñoz E,* Sánchez-del-Saz J,* Miguel-Miguel C,* Marco-Martínez F‡

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

RESUMEN. Introducción: en Marzo de 2020 se estableció el confinamiento en España debido a la pandemia por COVID-19. El objetivo de este estudio es determinar su impacto en el dolor y la calidad de vida de personas con dolor osteomuscular. **Material y métodos:** estudio prospectivo que incluyó 490 personas agrupadas en: 140 personas sin dolor (grupo 1), 140 personas con dolor osteomuscular, pero sin patología diagnosticada (grupo 2), 140 pacientes con patología musculoesquelética (grupo 3) y 70 pacientes en lista de espera quirúrgica (LEQ) por patología musculoesquelética (grupo 4). Se recogieron datos sobre el dolor, la actividad física y la calidad de vida (EuroQol-5D) al inicio del confinamiento y un año después. **Resultados:** la edad media fue de 53 ± 17.5 años (18-88) y 51.3% fueron mujeres. Las personas en LEQ refirieron un dolor significativamente mayor que el resto de grupos ($p < 0.001$) con una puntuación en la escala visual analógica del dolor de 6.3 ± 1.9 . Los grupos 3 y 4 sufrieron un aumento significativo de su dolor desde 2020 hasta 2021 ($p < 0.001$), mientras que en el grupo 2 disminuyó ($p < 0.001$). El consumo de analgésicos creció de 2020 a 2021 (39.9% versus 44.3%, $p = 0.007$); 70.2% sufrió un empeoramiento en alguna de las dimensiones del EuroQol-5D, siendo el grupo en LEQ el más afectado ($p < 0.001$). **Conclusiones:** el confinamiento ha producido en pacientes con patología musculoesquelética un empeoramiento del dolor y de calidad de vida mayor que en el resto

ABSTRACT. Introduction: in March 2020, lockdown was established in Spain because of the COVID-19 pandemic. The aim of this study is to assess its impact on pain and quality of life in patients with musculoskeletal pain. **Material and methods:** prospective study including 490 individuals grouped in: 140 people without pain, 140 people with musculoskeletal pain but without any related pathology diagnosed, 140 patients diagnosed for a musculoskeletal condition and 70 patients in surgical waiting list (SWL) for a musculoskeletal condition. Data regarding pain, physical activity and quality of life (EuroQol-5D) was collected at the beginning of lockdown and one year after (March 2021). **Results:** mean age was 53 ± 17.5 years old (18-88) and 51.3% were women. Patients in SWL referred significantly more pain than the rest of groups ($p < 0.001$), with a score in the visual analogue scale of 6.3 ± 1.9 . Groups 3 and 4 suffered a significant increase of their pain from 2020 to 2021 ($p < 0.001$), while decreasing in group 2 ($p < 0.001$). Analgesics intake grew from 2020 to 2021 (39.9% versus 44.3%, $p = 0.007$). 70.2% experienced a worsening of at least one dimension of EuroQol-5D over last year, with patients in SWL being the most affected ($p < 0.001$). **Conclusion:** lockdown has caused in patients with musculoskeletal conditions a greater aggravation of pain and deterioration of quality of

Nivel de evidencia: III

* Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid, España.

‡ Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, España.

Correspondencia:

Rafael Luque-Pérez

Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. 5ª planta, ala sur. Hospital Clínico San Carlos.

Calle Profesor Martín Lagos, 28040, Madrid, España.

E-mail: doctorluque@yahoo.es

Recibido: 06-08-2021. Aceptado: 22-06-2022.

Citar como: Luque-Pérez R, Garríguez-Pérez D, Collado-Gosálvez A, Gómez-Muñoz E, Sánchez-del-Saz J, Miguel-Miguel C, et al. Impacto del confinamiento por la pandemia COVID-19 en el dolor musculoesquelético y la calidad de vida. Acta Ortop Mex. 2022; 36(2): 85-91. <https://dx.doi.org/10.35366/108122>



de personas, especialmente en aquellas en espera de cirugía, traducándose en un aumento del consumo de analgésicos.

Palabras clave: COVID-19, coronavirus, dolor, actividad física, calidad de vida.

life than in the general population, especially in patients in SWL, translating in an increase in analgesics intake.

Keywords: COVID-19, coronavirus, pain, physical activity, quality of life.

Introducción

La pandemia mundial COVID-19 ha tenido un impacto notable en la asistencia sanitaria en España. A mediados de Marzo de 2020, el confinamiento fue decretado en España como una medida de control para contener la progresión de la pandemia causada por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2. Incluso tras el cese del confinamiento, las medidas de restricción de movilidad instauradas periódicamente y el colapso de los centros sanitarios han afectado la actividad física y la atención médica en la mayoría de habitantes de nuestro país. En España, los cirujanos ortopédicos realizamos alrededor de 10,000,000 de consultas durante un año.¹ Alrededor de 11% de las personas que acuden a esas consultas están en la lista de espera quirúrgica (LEQ) y al menos 30% de los pacientes serán valorados en consulta nuevamente.² Por tanto, una gran cantidad de personas en espera de cirugía o con consultas pendientes vieron detenido su proceso terapéutico con la llegada de la pandemia.

La telemedicina ha demostrado una gran utilidad en crisis de salud, especialmente cuando existe el riesgo de transmisión de infecciones por contacto entre personas.³ Con este tipo de asistencia, los pacientes tienen una percepción excelente de la atención recibida y evitan visitas al centro médico.^{4,5} Sin embargo, la patología que requiera de intervención presencial (mediante cirugía o terapia física) no puede beneficiarse de esta modalidad asistencial.

Por otro lado, como consecuencia directa de la limitación de movilidad, hubo una disminución en la actividad física de toda la población en todos los aspectos: desde el ejercicio regular de las personas más jóvenes hasta los paseos de los ancianos. Las enfermedades del aparato locomotor son, lógicamente, en particular sensibles a los cambios en la actividad física. Esto ha generado un detrimento en la calidad de vida y en la situación clínica de los pacientes con patología musculoesquelética.

El objetivo de este estudio es determinar los efectos que ha tenido el confinamiento en la actividad física, el dolor, las necesidades de medicamentos y en la calidad de vida de los pacientes en seguimiento por el servicio de cirugía ortopédica y traumatología.

Material y métodos

Diseño del estudio. Se realizó un estudio prospectivo que incluyó un total de 490 personas divididas en cuatro grupos de estudio:

- Grupo 1 (n = 140): personas sin dolor musculoesquelético.
- Grupo 2 (n = 140): personas con dolor musculoesquelético, pero sin patología diagnosticada.
- Grupo 3 (n = 140): pacientes con patología musculoesquelética diagnosticada, pero sin indicación de tratamiento quirúrgico.
- Grupo 4 (n = 70): pacientes en LEQ por patología musculoesquelética.

Los criterios de inclusión fueron: a) edad entre 18 y 100 años, b) haber sido reclutado por personal de nuestro centro hospitalario y c) haber respondido a todas las preguntas incluidas en el formulario de la entrevista.

Los criterios de exclusión fueron: a) situación personal u obligación laboral que eximiera del confinamiento, b) incapacidad para comprender las preguntas incluidas en la entrevista y c) rechazo o revocación del consentimiento a participar en el estudio.

Recogida de datos. Se realizó una encuesta telefónica de 20 preguntas que versaron sobre la actividad física, el dolor, el consumo de analgésicos y la calidad de vida. La encuesta se realizó a las mismas personas en dos ocasiones: durante el confinamiento (Marzo de 2020) y un año después (Marzo de 2021), para comparar los cambios evolutivos en las variables a estudio durante el año en el que se ha producido el confinamiento. Las encuestas telefónicas se realizaron por cinco investigadores distintos.

Se registraron variables demográficas (edad, sexo y ocupación) y relacionadas con la actividad física (tipo y frecuencia), con el dolor (localización, intensidad, necesidad de analgesia) y con la calidad de vida (EuroQol-5D).

Análisis estadístico. El análisis descriptivo incluyó porcentajes para datos cualitativos y media y desviación estándar para datos cuantitativos. Las diferencias estadísticamente significativas entre los grupos se probaron utilizando la prueba de χ^2 para variables nominales, Kruskal-Wallis para variables ordinales y ANOVA para variables numéricas. La correlación entre datos numéricos se probó usando el coeficiente de correlación de Pearson, mientras que el coeficiente de correlación de rango de Spearman se usó al probar datos ordinales. El test de McNemar para estudios antes-después se empleó para probar la significación estadística de los cambios en las variables entre Marzo de 2020 y Marzo de 2021. La significación estadística se corrigió mediante un análisis estratificado cada vez que se confirmaron los factores de confusión con regresión logística múltiple. Para todas las

Tabla 1: Datos demográficos en el momento de inclusión en el estudio (Marzo de 2020).

	Total	Grupo				p
		1 (sin dolor)	2 (sin diagnóstico)	3 (con diagnóstico)	4 (LEQ)	
N	490	140	140	140	70	
Edad (años)*	48.8 ± 17.5	44.7 ± 17.8	41.6 ± 15	51.5 ± 16	62.5 ± 14.5	< 0.001
Género, M/F (%)	48.7/51.3	61.2/38.8	48.6/51.4	41.4/58.6	36.6/61.4	0.002
Actividad (%)						< 0.001
Estudiante	7.0	6.5	11.4	6.4	2.9	
Empleado/a	63.7	71.2	74.3	62.1	35.7	
Amo/a de casa	1.3	0	0	0.7	7.1	
Desempleado/a	4.8	0.7	4.8	4.3	14.3	
Jubilado/a	23.1	21.6	9.5	26.4	40.0	

* Datos expresados en media ± desviación estándar.
LEQ = lista de espera quirúrgica. M = masculino. F = femenino.

pruebas mencionadas, $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo.

Se usó el paquete estadístico SPSS 26.0 (IBM. Armonk, NY) para el análisis estadístico.

Resultados

Datos demográficos. La edad media de la muestra total fue de 48.8 ± 17.5 años (18-88) con 51.3% de mujeres. La edad de las personas en LEQ era significativamente mayor ($p < 0.001$) que la de los pacientes de los otros grupos del estudio. El grupo que no refería dolor (grupo 1) estuvo mayoritariamente formado por hombres, mientras que en los grupos que incluían personas que sufrían dolor (grupos 2, 3 y 4), el sexo femenino fue más frecuente ($p = 0.002$).

La heterogeneidad entre los grupos también fue notable con respecto a su actividad principal: la mayoría de las personas en LEQ estaban jubiladas y la mayoría de las personas sin diagnóstico de ninguna afección musculoesquelética trabajaban activamente ($p < 0.001$) (Tabla 1).

Datos epidemiológicos. La región anatómica donde los pacientes referían dolor con mayor frecuencia fue la rodilla (20.7%), seguida de la columna lumbar y dorsal (17.8% y 16.5%, respectivamente). El resto de datos de prevalencia del dolor en otras regiones anatómicas se muestran en la Tabla 2. 60% de las personas relacionaban su dolor a la actividad física o el ejercicio. La artrosis primaria fue la enfermedad diagnosticada que con mayor frecuencia causaba dolor musculoesquelético (43.2%), seguida de la hernia discal (8.4%).

Dolor. Las personas que presentaban dolor musculoesquelético refirieron cambios en la intensidad de su dolor habitual en 56.2% (grupo 1) y 45.7% (grupos 2 y 3) de los casos. El dolor aumentó significativamente en los grupos 3 y 4 durante el último año (5.3 ± 2.1 versus 6.9 ± 1.5 , $p < 0.001$; 6.3 ± 1.9 versus 8.7 ± 2.1 , $p < 0.001$) y disminuyó en el

grupo 2 (3.2 ± 2 versus 2.1 ± 1.6 , $p < 0.001$). Las personas en LEQ referían un dolor de intensidad significativamente mayor que el resto de grupos tanto al inicio ($p < 0.001$) como al final ($p < 0.001$) de esta pandemia. Estos datos se encuentran recogidos en la Tabla 3.

Medicación analgésica. El consumo de medicación analgésica aumentó desde Marzo de 2020 hasta Marzo de 2021 (39.9% versus 44.3%, $p = 0.007$). El grupo en LEQ precisaba medicación analgésica con mayor frecuencia ($p < 0.001$) y sufrió un incremento porcentual del consumo de analgésicos mayor que el resto de grupos durante el último año (67.1% versus 81.4%, $p = 0.03$). Este grupo hacía mayor uso que el resto de analgesia de segundo y tercer escalón como opioides menores ($p < 0.001$) y mayores ($p = 0.02$). El grupo 3 también mostró un incremento de la necesidad de analgésicos durante el último año (44.3% versus 54.3%, $p = 0.01$), mientras que el grupo 2 mostró un descenso significativo del consumo de medicación para el dolor (21.9% versus 15.7%, $p = 0.02$). El resto de datos referidos a la medicación analgésica se recogen en la Tabla 4.

Actividad física. El nivel de actividad física antes del confinamiento no mostró diferencias significativas entre los grupos estudiados, la mayoría de las personas realizaban actividad física todos los días o casi todos los días de forma uniforme en todos los grupos ($p = 0.9$). Con la cuarentena establecida, la homogeneidad entre los grupos desapareció y las personas en LEQ se vieron significativamente más afectadas que el resto de grupos ($p = 0.002$): 31.4% interrumpió su actividad física habitual hasta llegar a 48.6% de pacientes que referían no realizar actividad física alguna. Un año después (2021), la homogeneidad entre los grupos sigue sin recuperarse, con menor actividad física en las personas en LEQ ($p = 0.008$). Globalmente, la actividad física ha decaído enormemente en el último año: 89.1% de las personas encuestadas referían realizar

algún tipo de actividad física antes de la cuarentena, frente a 80% de las personas que actualmente realizan algún tipo de actividad física ($p < 0.001$). Estos datos se recogen de forma pormenorizada en la *Tabla 5*.

Calidad de vida. 59% de los encuestados refirió un empeoramiento en al menos una dimensión de la calidad de vida del índice EuroQoL-5D durante la cuarentena, llegando esta tasa de empeoramiento hasta 70.2% cuando comparamos la situación actual y la previa a la cuarentena ($p < 0.001$). El estado de ánimo fue la dimensión más afectada (26.2%) y 36.5% de las personas refirió tener ansiedad o depresión moderada/grave durante la cuarentena.

La calidad de vida percibida puntuada en una escala del 0 al 100 (EQ-VAS) disminuyó de 71 ± 17 en 2020 a 65 ± 19 en 2021 ($p < 0.001$) y las diferencias entre grupos se hicieron significativas durante el último año ($p < 0.06$ versus $p < 0.001$), siendo el grupo en LEQ el que menor calidad de vida percibida refirió con un EQ-VAS medio de 68 ± 16 en 2020 y de 56 ± 12 en 2021 ($p < 0.001$). Estos resultados se resumen en la *Tabla 6* y aparecen estratificados por edad y sexo en la *Figura 1*.

Discusión

La inactividad física y la vida sedentaria secundarias al confinamiento representan un riesgo para la salud de la

población.⁵ En nuestra muestra, el porcentaje de personas que refería no realizar actividad física alguna creció notablemente durante la cuarentena (de 10.9 a 24.9%), sin llegar a recuperarse los niveles previos tras un año de restricciones de movilidad y situándose actualmente la tasa de inactividad en 20%. Estos datos concuerdan con la encuesta internacional ECLB-COVID19,⁶ que mostró una disminución en todo tipo de práctica de ejercicio en el número de días a la semana (24%) y de minutos al día (33.5%). Phillipou y colaboradores también registraron un descenso de 43.4% en la actividad física de los encuestados australianos.⁷ Los datos extraídos de la aplicación Fitbit (Fitbit Inc.) demostraron una disminución importante en el recuento de pasos en todo el mundo en Marzo de 2020, alcanzando el mayor descenso en España con 38%.⁸ Goethals y colaboradores revelan en su estudio un aspecto importante: el cierre de los programas de mantenimiento de mayores durante el período de cuarentena provocó una disminución de la actividad física de la población anciana.⁹

El estilo de vida sedentario y la inactividad física son factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes y mortalidad.^{5,10} A pesar de estos beneficios para la salud, los efectos inducidos por el movimiento y el ejercicio en el dolor musculoesquelético siguen sin estar claros. Teóricamente el ejercicio puede disminuir el dolor, pero los ensayos clínicos sobre el movimiento y el dolor crónico son de calidad media-baja según las revisiones de la Cochrane.^{11,12,13} En nuestro estudio, los grupos con patología musculoesquelética diagnosticada (grupos 3 y 4) experimentaron aumentos significativos en la intensidad de su dolor con la disminución de la actividad física. Sin embargo, el grupo 2 (compuesto por personas que referían dolor de algún tipo en el aparato locomotor, pero no presentaban ninguna patología diagnosticada) presentó una disminución significativa de su dolor. Estos resultados podrían deberse a que las personas del grupo 2 presentaran principalmente dolor por sobreuso (tanto laboral como deportivo) y mejoraran con el cese del mismo, mientras que las personas de los grupos 3 y 4, con patologías eminentemente crónicas o degenerativas, presentarían una reagudización de los síntomas por la pérdida de tono muscular y movilidad secundarias a la inactividad.

Tabla 2: Frecuencia de localización del dolor en el momento de inclusión en el estudio (Marzo de 2020).

	%
Rodilla	20.7
Columna dorso-lumbar	17.8
Columna cervical	16.5
Cadera	13.9
Cuello	10.6
Hombro	7.9
Mano	5.3
Pie	4.4
Tobillo	2.4
Muñeca	2.0
Codo	1.5

Tabla 3: Impacto de las restricciones de movilidad en el dolor musculoesquelético.

	Total	Grupo			Diferencia entre grupos, p
		2	3	4	
Dolor-EVA 2020*	5.3 ± 2.4	3.2 ± 2	5.3 ± 2.1	6.3 ± 1.9	< 0.001
Dolor-EVA 2021*	5.3 ± 3.2	2.1 ± 1.6	6.9 ± 1.5	8.7 ± 2.1	< 0.001
Diferencia antes-después, p	1.000	< 0.001	< 0.001	< 0.001	

* Datos expresados en media \pm desviación estándar.
EVA = escala visual analógica.

Tabla 4: Consumo de medicación analgésica al inicio y un año después del confinamiento.

	Total (2020/2021)	Grupo			Diferencia entre grupos, p (2020/2021)
		2 (2020/2021)	3 (2020/2021)	4 (2020/2021)	
Consumo de analgésicos	39.9/44.3	21.9/15.7	44.3/54.3	67.1/81.4	< 0.001/< 0.001
Diferencia,* p	0.007	0.02	0.01	0.03	
Paracetamol	15.5/24.9	6.7/4.3	15.7/28.6	32.9/58.6	< 0.001/< 0.001
Diferencia,* p	< 0.001	0.37	0.003	< 0.001	
Metamizol	3.1/8	0/0.7	1.4/10	12.9/18.6	< 0.001/< 0.001
Diferencia,* p	0.004	1	0.003	0.39	
AINE	15.5/30.4	12.4	20/41.4	12.9/44.3	< 0.001/< 0.001
Diferencia,* p	< 0.001	0.04	< 0.001	< 0.001	
Opioides menores	5.6/7.7	1.9/1.4	8.6/10	7.1/15.7	< 0.001/< 0.001
Diferencia,* p	0.9	1	0.62	0.18	
Opioides mayores	0.6/1.1	0/0	0/0	2.9/5.7	0.3/0.02
Diferencia,* p	0.6	1	1	0.48	
Neuromoduladores	1.6/2.6	1/0	1.4/2.9	2.9/7.1	0.08/0.03
Diferencia,* p	0.22	0	0.62	0.37	

* Diferencia antes-después (p).

Datos expresados en porcentaje.

Separados por una barra aparecen los porcentajes comparativos de consumo de analgésicos en un mismo grupo entre 2020 y 2021. Bajo cada uno de estos porcentajes comparativos se indica la significación estadística obtenida mediante el test de McNemar para estudios antes-después. En la columna de la derecha y separados por una barra se indica la significación estadística para la comparación de consumo de analgésicos entre los distintos grupos en los años 2020 y 2021.

Tabla 5: Impacto de las restricciones de movilidad en la actividad física.

	Total	Grupo				Diferencia entre grupos, p
		1	2	3	4	
Actividad física antes de la cuarentena						0.9
Ninguna	10.9	10.8	9.5	7.9	20.0	
Algunos días	26.3	24.5	30.5	28.6	17.1	
Casi a diario	33.0	34.5	32.4	34.3	28.6	
A diario	29.8	30.2	27.6	29.3	34.3	
Actividad física durante la cuarentena						0.002
Ninguna	24.4	24.5	14.3	20.0	48.6	
Algunos días	22.7	20.1	26.7	24.3	18.6	
Casi a diario	29.1	34.5	30.5	32.1	10.0	
A diario	23.8	20.9	28.6	23.6	22.9	
Actividad física en 2021						0.008
Ninguna	20.0	12.9	16.4	25.0	31.4	
Algunos días	34.5	32.1	37.1	36.4	30.0	
Casi a diario	25.7	26.4	26.4	26.4	21.4	
A diario	19.8	28.5	20.0	12.1	17.2	
Diferencia antes-después, p*	< 0.001	0.37	0.3	< 0.001	0.06	

Datos expresados en porcentaje.

* Significación estadística de la diferencia entre el porcentaje de personas que no realizaban ninguna actividad física antes de la cuarentena y el porcentaje de personas que no realizan ninguna actividad física actualmente, calculada mediante el test de McNemar para estudios antes-después.

De los ciudadanos europeos, 20% presentan dolor crónico moderado o grave, la mayoría de ellos debido a afecciones musculoesqueléticas^{14,15} y hasta 50% de los ancianos perciben que el dolor crónico es el factor que más afecta su calidad de vida.¹⁶ Además, los pacientes con dolor crónico tienen mayor prevalencia de ansiedad y depresión.¹⁷ Por ello, no es de extrañar que en nuestro

estudio, los pacientes en LEQ presentaran un dolor más intenso que el resto y, en consecuencia, refirieran peor calidad de vida percibida. Se estima que la interrupción en el tratamiento del dolor debido a la pandemia de COVID pueda causar una reducción en el estado general de salud en la población,¹⁸ por lo que es importante continuar con el esfuerzo para prevenir la inactividad prolon-

gada, pues puede llegar a afectar la capacidad laboral de las personas y añadir una piedra más en el camino de la recuperación económica.¹⁹

Centrándonos en la calidad de vida, 80% de la población española declaraba previamente no tener problemas en ninguna de las dimensiones del EuroQol-5D.^{20,21} De las personas incluidas en nuestro estudio, 58.4% presentaron un empeoramiento en alguna de estas dimensiones (actividades habituales, cuidado personal, estado de ánimo o movilidad) desde el establecimiento de la cuarentena, descendiendo en 2021 hasta un alarmante 11.3% el número de personas que no refieren ningún problema en su calidad de vida. De nuevo, el grupo de pacientes en LEQ fueron los que han perdido mayor calidad de vida durante este último año (82.9% refirieron un empeoramiento) y los que presentan menor calidad de vida percibida en el índice EQ-VAS (56 ± 12 sobre 100 puntos). La saturación de los centros hospitalarios ha producido un cese brusco de la actividad quirúrgica que no ha conseguido retomar sus niveles previos a la pandemia en ningún momento, ocasionando un colapso de las listas de espera para cirugía y, por tanto, aumentando indefinidamente la demora en el tratamiento de miles de pacientes con dolor incapacitante. En aras de aliviar el dolor de estos pacien-

tes y de mejorar su calidad de vida, evitar la interrupción de la actividad quirúrgica debe ser un objetivo principal en la gestión logística y de los recursos y sanitarios durante la pandemia.

Las limitaciones de este estudio son su carácter observacional y la falta de homogeneidad en las características demográficas de los grupos de estudio.

Conclusión

El confinamiento y las restricciones de movilidad posteriores han producido una disminución importante en la actividad física de la población, traduciéndose en un aumento del dolor y de las necesidades de consumo de analgésicos en los pacientes con patologías musculoesqueléticas. La calidad de vida se ha reducido globalmente en toda la población, siendo los pacientes en espera de cirugía los que mayor descenso de la misma han experimentado. La recuperación de los niveles de actividad quirúrgica previos es un punto clave para combatir la «cara B» de la pandemia: los pacientes que han sufrido un detrimento en el manejo de sus enfermedades por la saturación del sistema sanitario.

Tabla 6: Impacto de la cuarentena en la calidad de vida.

	Total	Grupo				Diferencia entre grupos, p
		1	2	3	4	
Empeoramiento de alguna dimensión del EQ-5D*	59.0	48.6	69.3	62.9	51.4	< 0.001
Empeoramiento de alguna dimensión del EQ-5D**	70.2	52.1	73.6	78.6	82.9	< 0.001
Diferencia antes-después, p	< 0.001	0.18	0.11	< 0.001	< 0.001	
EQ-VAS 2020	71 ± 17	76 ± 30	80 ± 10	73 ± 15	68 ± 16	0.06
EQ-VAS 2021	65 ± 19	71 ± 26	69 ± 17	60 ± 10	56 ± 12	< 0.001
Diferencia antes-después, p	< 0.001	0.14	< 0.001	< 0.001	< 0.001	

Datos expresados en porcentaje o media ± desviación estándar.

* Entre Marzo de 2020 y la cuarentena.

** Entre Marzo de 2020 y Marzo de 2021.

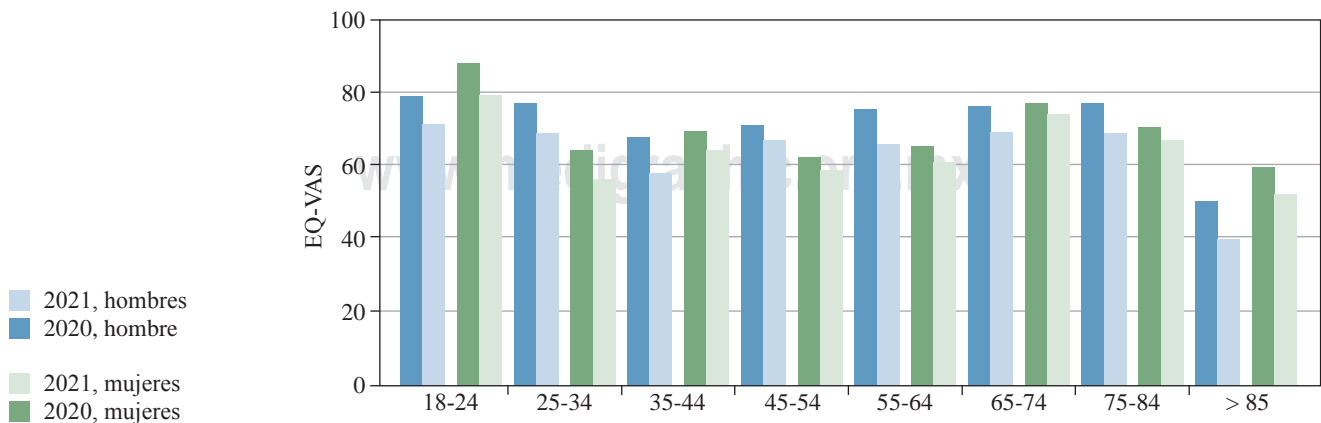


Figura 1: EQ-VAS medio según sexo y edad.

Referencias

1. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España. Información general de salud y evaluación. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Estadísticas de centros de salud de atención especializada. 2016. Disponible en: <https://www.mschs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/homeESCRI.htm>
2. Sáez F, Francia A, Díaz A, Sufrate D, Gómez Ferreras M, Barquín JL. Derivaciones desde atención primaria a traumatología: el punto de vista del especialista. *Aten Primaria*. 1997; 20(10): 570-1.
3. Smith AC, Thomas E, Snoswell CL, Haydon H, Mehrotra A, Clemensen J, et al. Telehealth for global emergencies: implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *J Telemed Telecare*. 2020; 26(5): 309-13. doi: 10.1177/1357633X20916567.
4. Buvik A, Bugge E, Knutsen G, Smabrekke A, Wilsgaard T. Patient reported outcomes with remote orthopaedic consultations by telemedicine: a randomised controlled trial. *J Telemed Telecare*. 2019; 25(8): 451-9. doi: 10.1177/1357633X18783921.
5. Patterson R, McNamara E, Tainio M, de Sá TH, Smith AD, Sharp SJ, et al. Sedentary behaviour and risk of all-cause, cardiovascular and cancer mortality, and incident type 2 diabetes: a systematic review and dose response meta-analysis. *Eur J Epidemiol*. 2018; 33(9): 811-29. doi: 10.1007/s10654-018-0380-1.
6. Ammar A, Brach M, Trabelsi K, Chtourou H, Boukhris O, Masmoudi L, et al. Effects of COVID-19 home confinement on eating behaviour and physical activity: results of the ECLB-COVID19 international online survey. *Nutrients*. 2020; 12(6): 1583. doi: 10.3390/nu12061583.
7. Phillipou A, Meyer D, Neill E, Tan EJ, Toh WL, Van Rheenen TE, et al. Eating and exercise behaviors in eating disorders and the general population during the COVID-19 pandemic in Australia: Initial results from the COLLATE project. *Int J Eat Disord*. 2020; 53(7): 1158-65. doi: 10.1002/eat.23317.
8. Fitbit Staff. The impact of coronavirus on global activity. Fitbit News. 2020 [Accessed 02 June 2020]. Available in: <https://blog.fitbit.com/covid-19-global-activity/>
9. Goethals L, Barth N, Guyot J, Hupin D, Celarier T, Bongue B. Impact of home quarantine on physical activity among older adults living at home during the COVID-19 pandemic: qualitative interview study. *JMIR Aging*. 2020; 3(1): e19007. doi: 10.2196/19007.
10. Biswas A, Oh PI, Faulkner GE, Bajaj RR, Silver MA, Mitchell MS, et al. Sedentary time and its association with risk for disease incidence, mortality, and hospitalization in adults: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2015; 162(2): 123-32. doi: 10.7326/M14-1651. Erratum in: *Ann Intern Med*. 2015; 163(5): 400.
11. Casale R, Chimento PL, Bartolo M, Taveggia G. Exercise and movement in musculoskeletal pain: a double-edged problem. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2018; 12(3): 388-92. doi: 10.1097/SPC.0000000000000365.
12. Hurley M, Dickson K, Hallett R, Grant R, Hauari H, Walsh N, et al. Exercise interventions and patient beliefs for people with hip, knee or hip and knee osteoarthritis: a mixed methods review. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018; 4(4): CD010842. doi: 10.1002/14651858.CD010842.pub2.
13. Geneen LJ, Moore RA, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 4(4): CD011279. doi: 10.1002/14651858.CD011279.pub3.
14. Shanthanna H, Strand NH, Provenzano DA, Lobo CA, Eldabe S, Bhatia A, et al. Caring for patients with pain during the COVID-19 pandemic: consensus recommendations from an international expert panel. *Anaesthesia*. 2020; 75(7): 935-44. doi: 10.1111/anae.15076.
15. Fayaz A, Ayis S, Panesar SS, Langford RM, Donaldson LJ. Assessing the relationship between chronic pain and cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. *Scand J Pain*. 2016; 13: 76-90. doi: 10.1016/j.sjpain.2016.06.005.
16. Parker L, Moran GM, Roberts LM, Calvert M, McCahon D. The burden of common chronic disease on health-related quality of life in an elderly community-dwelling population in the UK. *Fam Pract*. 2014; 31(5): 557-63. doi: 10.1093/fampra/cmu035.
17. Darnall BD, Carr DB, Schatman ME. Pain psychology and the biopsychosocial model of pain treatment: ethical imperatives and social responsibility. *Pain Med*. 2017; 18(8): 1413-5. doi: 10.1093/pm/pnw166.
18. Deer TR, Sayed D, Pope JE, Chakravarthy KV, Petersen E, Moeschler SM, et al. Emergence from the COVID-19 pandemic and the care of chronic pain: guidance for the interventionalist. *Anesth Analg*. 2020; 131(2): 387-94. doi: 10.1213/ANE.0000000000005000.
19. DePhillipo NN, Larson CM, O'Neill OR, LaPrade RF. Guidelines for ambulatory surgery centers for the care of surgically necessary/time-sensitive orthopaedic cases during the COVID-19 pandemic. *J Bone Joint Surg Am*. 2020; 102(11): 933-6. doi: 10.2106/JBJS.20.00489.
20. Hernandez G, Garin O, Pardo Y, Vilagut G, Pont A, Suárez M, et al. Validity of the EQ-5D-5L and reference norms for the Spanish population. *Qual Life Res*. 2018; 27(9): 2337-48. doi: 10.1007/s11136-018-1877-5.
21. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos: EQ5D-5L. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. Disponible en: https://www.mschs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/informesMonograficos/CVRS_adultos_EQ_5D_5L.pdf