

## ACERCA DEL DOLOR DE ESPALDA

Los datos son aterradores. El dolor de espalda es el segundo motivo de consulta para el médico de cabecera, después del resfriado. El tiempo medio de baja laboral por lumbalgia es de 24 días. El 40% de las incapacidades laborales permanentes tienen como causa el dolor de espalda, bien sea cervical, dorsal o lumbar.

Con frecuencia, detrás de estas cifras existe una población con un dolor o una discapacidad más o menos importante, un poco decepcionada.

Los reumatólogos nos enfrentamos a los pacientes que acuden a nuestras consultas por presentar dolor de espalda, de mayor o menor intensidad y de más o menos tiempo de evolución, con la esperanza primero de poder etiquetar el cuadro, y después, si es posible, poder aliviar sus molestias.

Para describir el dolor de espalda, el paciente suele emplear un vocabulario muy característico. Cuando a nuestros pacientes con dolor de espalda les realizamos un test de expresión verbal del dolor (MPQ), nos encontramos con que las palabras que utilizan pueden ser siempre las mismas, y diferentes de las de los

pacientes que presentan dolor de cualquier otra localización y características.

El paciente que llega a nuestra consulta ya ha descartado que la solución a su problema sea quirúrgica, y se encuentra habitualmente algo perdido hasta que alguien le explica que quizá los reumatólogos podamos ayudarle.

A la primera consulta el paciente viene con una enorme cantidad de radiografías con fechas distantes en el tiempo, a las que se le han ido añadiendo pruebas tanto más sofisticadas cuanto más recientes son. Y es que es verdad,

*la medicina dispone de pruebas con una tecnología tan avanzada que es casi imposible que en alguna de ellas no aparezca algún dato discordante.*

El paciente confía plenamente en esta tecnología, quizá más que en el valor de una buena historia clínica y exploración; puede incluso llegar a pensar que para saber lo que él tiene, es preciso hacerle

alguna prueba cuanto más sofisticada mejor. Así ocurre que en muchas ocasiones, cuando el paciente llega por primera vez a nuestras consultas, lejos de intentar referir sus molestias, prefiere que lo primero que hagamos sea ver las pruebas realizadas hasta la fecha. Será función del médico valorar en qué medida una alteración en alguna de estas pruebas puede ser la responsable del dolor del paciente.

Felizmente, en muchos casos, después de realizar la exploración pertinente y revisar todas las pruebas aportadas, podemos informar que la enfermedad no tiene mal pronóstico, aunque sí puede requerir tratamientos más o menos especiales o ser más o menos crónica.

Radicalizando las respuestas de los pacientes ante estas informaciones, nos encontramos ante aquellos cuyas obligaciones sociales, laborales, etc., les resultan tan inexorables que no les preocupa el tratamiento, pues lo único que quieren es que sus molestias o dolores desaparezcan. Existe otro tipo de pacientes que se interesan vivamente por los efectos indeseables de la terapia que se les va a recomendar y pueden preferir seguir con su discapacidad antes de correr el riesgo de verse afectados por un efecto no deseado.

Con independencia de cuál sea el tratamiento que se le indique al paciente y formando parte del mismo en unas ocasiones, o como única terapia en otras, debemos explicar siempre la importancia que tienen factores aparentemente banales que podríamos agrupar bajo el concepto de ergonomía. ¡Qué difícil es informar al paciente de que quizás es más importante para su dolor de espalda una serie de incorrectas actitudes, movimientos o posturas, que realiza cada día, que aquel dato aparentemente discordante que leyó en un informe de aquella prueba que le hicieron!

Quizás la clave para el alivio de muchos dolores de espalda está en lo que también es la esencia misma de la felicidad: "Dar valor a las cosas pequeñas".

**Dr. F. Martínez Pintor.**  
Médico de ASC (Reumatología)  
Director del Instituto de Reumatología



Momento de una clase, dirigida a los pacientes, para la prevención del dolor de espalda.