

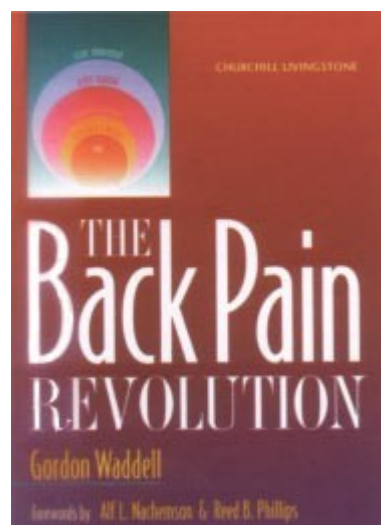
Editado: 2002

¿Es posible modelizar el dolor de espalda?

Jean-Yves Maigne
Service de Médecine Physique, Hôtel-Dieu de Paris

El dolor de espalda representa más del 50% de la actividad de los reumatólogos en Francia, y una parte aún más importante entre los médicos rehabilitadores y de medicina manual-osteopatía. Entre los médicos de familia se admite una cifra del 5% de su actividad. Tal cantidad de pacientes obliga, a veces sin ser conscientes de ello, a aplicar un esquema de razonamiento que se repite de un caso a otro. Este esquema se basa en una modelización que refleja la concepción de la enfermedad. Pero ¿se puede realmente modelizar el dolor de espalda? El reciente libro de Gordon Waddell, «The Back Pain Revolution» (*Churchill Livingstone. Edimburgh, 2000*), nos enseña mucho a este respecto.

Gordon Waddell es un cirujano ortopédico escocés conocido por sus trabajos en el raquis. Más exactamente, se ha colocado entre los primeros en nociones como la incapacidad física, las consecuencias del dolor vertebral sobre el comportamiento, la angustia psicológica, las creencias (en general negativas) de los pacientes frente al dolor vertebral y su evaluación. Describió, hace veinte años, los signos clínicos llamados de «no organicidad». Es también, entre otras, profesor asociado a la British School of Osteopathy. Su libro define y critica lo que él llama el modelo cartesiano, primera etapa en la modelización de la patología vertebral, luego desarrolla un modelo más completo llamado bio-psico-social. ¿Qué significan estas palabras?



El modelo cartesiano



Descripción

La manera más simple de describir el dolor es la que hizo Descartes: una señal de alarma testimonio de una lesión o de una amenaza de lesión tisular. Se trata, pues, de una visión mecánica de la cuestión, a la que Waddell da el nombre de modelo cartesiano. Frente a un paciente que sufre, hay que encontrar el origen anatómico del dolor. Si es necesario, repitiendo las exploraciones radiológicas, y tratar la causa para que el dolor desaparezca. Si el dolor, por su intensidad o su duración, tiene efectos sobre la función (incapacidad, discapacidad...) o sobre el ánimo (depresión por ejemplo), el tratamiento de la lesión causal será automáticamente suficiente para restaurar la función o el humor normales. En el modelo cartesiano solo cuenta la lesión tisular, que hay que diagnosticar y tratar (cuadro I).

El modelo cartesiano:

- El dolor señala una lesión tisular.
- Hay que buscar ésta lesión.
- La lesión puede ser "reparada".
- El paciente está desposeído de su responsabilidad y del manejo de su afección. Lo espera todo del médico.

Crítica del modelo cartesiano

Waddell sabe que este modelo aún es muy utilizado por los clínicos, pero lo critica con severidad. Para empezar, dice que es prácticamente imposible descubrir la lesión causal, salvo en el 10% de los casos (esencialmente las ciáticas discales).

Ninguna de las fuentes clásicas del dolor (discos, articulares posteriores, etc.) ha demostrado verdaderamente ser la responsable del dolor. Los estudios que se han consagrado a ello no son convincentes. Ningún test clínico, ningún examen radiológico contribuye a ello. Por otra parte, es común constatar que pacientes diferentes, pero con la misma lesión, presentarán dolores de tipo e intensidad variables. Algunos no sufrirán nada, porque muchas lesiones vertebrales se toleran perfectamente. No se puede, pues, medir el dolor independientemente del paciente que lo sufre. Si no se encuentra ninguna lesión, existe el riesgo de que el paciente aumente su ansiedad al enfrentarse a su dolor. Sobretudo si este dolor es crónico y parece ser independiente de cualquier lesión tisular, y se desarrolla con autonomía para convertirse en un «dolor-enfermedad». Waddell concluye que el modelo cartesiano es inoperante. Más que eso, es perjudicial, provocando gastos exagerados en consultas, radiología, tratamientos, e intervenciones quirúrgicas inútiles. Por fin, y sobretudo, no impide la transformación a la cronicidad, que representa toda agravación de la patología vertebral.

Waddell propone entonces otro modelo, más complejo, pero que explica mejor los mecanismos (o algunos mecanismos) que provocan la cronicidad; el modelo bio-psico-social.

El modelo bio-psico-social

Partiendo de la neurofisiología Waddell construye su propio modelo que llama bio-psico-social.

Origen del dolor vertebral

De origen está el dolor vertebral, que seguramente proviene más de una disfunción de los tejidos blandos (músculos, aponeurosis...) que de una lesión discal o de la articular posterior (en opinión de Waddell). Es el "Bio" del modelo. Influenciado por las ideas osteopáticas, Wadell niega cualquier papel importante al segmento móvil. Esta disfunción sin lesión anatómica es la responsable del dolor agudo. Puede corregirse espontáneamente o evolucionar hacia un dolor crónico. Más exactamente, la disfunción se cura siempre. Si aparece la cronicidad es un poco culpa del mismo dolor, y mucha culpa de los factores psicológicos y sociales que intervienen; de aquí el nombre de modelo bio-psicosocial.

Dolor y cronicidad

El dolor no es más que simple flujo nervioso. A la larga modifica el funcionamiento de las vías sensitivas del sistema nervioso central, dotadas de cierta plasticidad. Por ejemplo, en el seno del asta posterior medular, se multiplican y proliferan las sinapsis que conectan las interneuronas. La consecuencia es la aparición de una hipersensibilidad periférica (o por lo menos una sensibilización). Todo se convierte en dolor, incluso los estímulos inofensivos. En el encéfalo, estímulos nociceptivos, respuestas motrices, y emociones están íntimamente unidos. Estos mecanismos aportan la primera contribución a la cronicidad.

Influencias psicológicas, sociales; y cronicidad

La estructura mental del individuo y algunos factores sociales intervienen también en la aparición de la cronicidad. Estos últimos han sido bien estudiados y se conoce bien su papel, menos en la aparición de un primer episodio que en su cronificación. Proviene del beneficio secundario que el paciente puede esperar por parte de los estamentos subvencionados (Waddell apunta con humor que los médicos obtienen más beneficios secundarios del dolor de espalda de los pacientes...); y de factores más personales: tipo de trabajo (monótono, sin responsabilidad, falta de trabajo en equipo...), vida familiar y personal deficiente (sostén de sus allegados que a veces puede reforzar la convicción del paciente de ser un "gran doloroso").

A menudo, la intervención de estos factores se traduce por la aparición de comportamientos anormales que Waddell agrupa bajo el término "*illness behavior*". La mayoría de las veces se utilizan inconscientemente por los pacientes para sugerir que sufren, y convencer al médico de la realidad de su sufrimiento: quejas incesantes, mímicas expresando el dolor, restregados en la zona sensible, utilización de ayudas visibles como corsés y bastones...

En un estadio mayor aparece la angustia psicológica, definida como una reacción excesiva o anormal de estrés. Los pacientes pueden sentir una fatiga generalizada, un síndrome depresivo un ensimismamiento, una pérdida de interés, dolores difusos...

Además no hay que descuidar el papel nocivo de lo que Waddell llama falsas certezas de los pacientes (cuadro II). Estas falsas creencias, además, pueden verse reforzadas por la opinión del médico si expone mal lo que dice. Algunos informes radiológicos, que insisten en las palabras artrosis o degeneración, son particularmente nocivos a este respecto. Igualmente sucede con la actitud que consiste en decir al paciente que su dolor es debido a una severa lesión de su columna y que hay que evitar cualquier actividad hasta que las cosas mejoren.

Falsas creencias de los pacientes sobre su dolor (según Waddell)

- No hay tratamiento para el dolor de espalda.
- El dolor de espalda acaba imposibilitando el trabajo.
- Tener dolor de espalda significa sufrir por periodos toda la vida.
- Los médicos pueden hacer poco contra el dolor de espalda.
- Se puede acabar en una silla de ruedas cuando se tiene dolor de espalda.
- El dolor de espalda significa largos periodos de baja laboral.
- El reposo es el mejor tratamiento para el dolor de espalda.
- Los dolores de espalda se agravan con la edad.

De esta manera, la lumbalgia crónica puede presentarse en forma de un gran discapacitado en estado de extremo sufrimiento.

En definitiva, el estado psíquico (*impairment*) unido al dolor, y de difícil cuantificación, puede llevar a una incapacidad profesional (*disability*) variable, cuyo coste social es enorme.

Waddell observa que algunos pacientes, al contrario, desarrollan una estrategia de afrontamiento de su dolor que los protege de este tipo de evolución. Este comportamiento positivo, el hacer asumir y vivir lo mejor posible con el dolor, debe ser alentado y desarrollado entre todos los pacientes. Aquí reside, para Waddell, la verdadera prevención de la cronicidad.

Consecuencias del modelo bio-psico-social

Ya que, según este modelo, cualquier dolor vertebral, en su último estadio, puede ocasionar incapacidad profesional; es preciso hacer todo lo posible, organizando la prevención, para evitarlo. El papel del médico se define claramente. Inicialmente ha de clasificar a los pacientes separando los dolores de espalda en tres grupos: los que simplemente tienen dolor de espalda, los que tienen dolor radicular, y los que presentan signos de alerta.

Waddell se concentra en el primer grupo, dentro del cual hay que hacer el despistaje de las personas con riesgo de cronificación y desarrollar una cobertura psicológica.

Los que no tienen riesgo deben ser tratados por el médico general, el rehabilitador, el fisioterapeuta, el osteópata o el quiropráctico. El calor, el frío, algunos medicamentos serán suficientes; pues no hay lesión, solo "disfunción". Incluso hay que aconsejarles no ver al médico, ya que su intervención es inútil y cara. Sin radiografías, caras y sin interés. Como máximo se les puede recomendar analgésicos, AINES, manipulaciones; tratamientos que funcionan «un poco», y le parece a Waddell, que de manera indiferenciada. En cambio las infiltraciones, las cinchas y los corsés, no sirven para nada. La inmensa mayoría de pacientes se curarán así.

Pero el mayor interés del modelo bio-psico-social está en el despistaje de los pacientes con riesgo de cronificación.

Despistaje de los pacientes de riesgo



El principal signo de riesgo hacia una evolución crónica es la persistencia del dolor más de 4 a 6 semanas, sobretodo si se ha interrumpido el trabajo habitual. Se pueden identificar también factores psicológicos:

Creencia de estar gravemente lesionado,

Reducción de la actividad por creencia de tener daño,

Tendencia a verlo todo negro y a retirarse de la vida social,

Esperanza puesta en los tratamientos pasivos más que en aquellos que requieren una participación activa del paciente.

Estos síntomas están bautizados como *yellow flags* (banderas amarillas) por analogía a las *red flags* (banderas rojas) o signos de alerta (cuadro III).

Se pueden evaluar con cuestionarios ad hoc durante una consulta en profundidad. No obstante, nuestro conocimiento en el terreno del despistaje precoz de la personalidad con tendencia a la cronicidad, reconoce Waddell, aún es modesto.

Algunos factores de riesgo psico-social (banderas amarillas)

- Falsas creencias del paciente: el dolor de espalda en un handicap terrible.
- Comportamiento de evitación y de reducción de la actividad.
- Tendencia al ensimismamiento y al aislamiento. Comportamiento sobreprotector de la pareja.
- Trabajo manual considerado peligroso para sí.
- Actitud pasiva. Ausencia de participación activa.

Abordaje de los pacientes con riesgo



El abordaje de los pacientes con riesgo se orienta actualmente sobre dos ejes muy válidos: transmitir un mensaje "positivo" y obtener del paciente que se mueva y muscule. Esencialmente se trata de explicar a estos pacientes la certeza de que todo volverá a estar en orden, que es normal que persista un poco de dolor (no decirles: ¿cuál es la intensidad de su dolor?, sino ¿qué ha podido hacer de más esta semana?); que la prolongación de la baja laboral solo conseguirá hacer difícil reanudar la actividad, etc. La manera de interrogar al paciente influye en su comportamiento al enfrentarse al dolor (cuadro IV). También en este momento se pueden recomendar ejercicios físicos (marcha, bicicleta, natación, musculación dorsal), al menos 30 minutos seguidos cada vez. Entendiendo que aunque la eficacia de estas medidas es débil, es real, y puede iniciarla el médico de familia.

Algunas preguntas que invierten los papeles. Es el médico el que lo espera todo del paciente y no a la inversa.

- ¿Según su opinión, por qué sufre?
- ¿Según su opinión, quién puede ayudarlo?
- ¿Qué hace usted para que su dolor le moleste lo menos posible?
- ¿Cuándo piensa poder reemprender su trabajo?

Puntos débiles del modelo bio-psico-social

Si el modelo cartesiano es unipolar (una lesión tisular es el origen de todo), el modelo bio-psico-social puede definirse como un modelo bipolar con el dolor agudo por un lado y el dolor crónico por el otro, los factores psicológicos como elementos dominantes para pasar de uno a otro.

La principal debilidad de este modelo, según nuestra opinión, es responsabilizar únicamente a los factores psicológicos del paso a la cronicidad, y considerar solo la cronicidad en las lumbalgias graves, que en realidad solo representan una pequeña cantidad de pacientes, quizás solo el 10%. Además, los conceptos de Waddell sobre el dolor agudo son criticables.

El dolor agudo según Waddell

No se puede, como lo hace Waddell, descartar el papel del segmento móvil en el dolor vertebral y solo dedicar al disco "media página de las 420 del libro". Existen suficientes argumentos para pensar que el disco intervertebral (en particular el lumbar) es la primera fuente de la mayoría de las lumbalgias. El mismo argumento podemos aplicar a las articulares posteriores (Waddell las descalifica por una antigua encuesta de hace veinte años), de las que no podemos ignorar su papel. Frente a los argumentos a favor de una "disfunción" de los tejidos blandos, de los puntos gatillo musculares (como los descritos por Tavell y Simons) que ofrece, son poco convincentes. Los signos clínicos de los exámenes son frustrantes (mala posición, presiones vagas en cualquier lugar...) y contrastan con otros signos que él imita del vocabulario osteopático tradicional (búsqueda del « trofodermo », « adherencias miofasciales », « restricciones de movimiento », « fibrositis »...), que están menos establecidos que la patología discal. Concluye que "la búsqueda tradicional de los lugares anatómicos responsables del dolor lumbar común es inapropiada. Por ello ha fracasado », esta opinión solo le implica a él

El paso a la cronicidad

Parece evidente que los factores psicológicos y sociales tienen un papel importante en el establecimiento de la cronicidad, particularmente cuando se trata de una lumbalgia crónica grave (término que nosotros proponemos y que nos parece más adecuado que el de « lumbalgia crónica », que es un término muy general, que engloba igualmente las formas de fácil curación como las formas más severas). Si esta forma de lumbalgia es costosa en términos de gastos sociales, no es muy frecuente desde el punto de vista cuantitativo: a lo más entre el 5 al 10% de las lumbalgias. Además no está demostrado que el abordaje psicológico de los pacientes con riesgo, tal como la describe Waddell, pueda evitar la evolución hacia una forma crónica grave. En fin, nuestra opinión es que existen otros factores de cronicidad, como la inflamación, a la que no hay que olvidar, ya que es perfectamente curable.

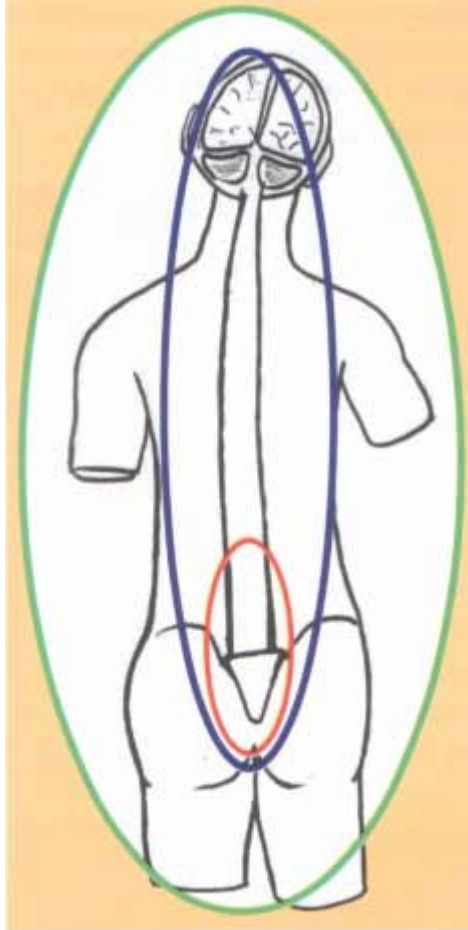
La inflamación, uno de los factores de cronicidad

Es falso pensar en la idea de que los dolores vertebrales comunes son siempre mecánicos. La observación de nuestros pacientes nos enseña los hechos siguientes. La eficacia de los AINES, de las infiltraciones, y a veces de la corticoterapia per os, prueba que muchos de los dolores se mantienen por fenómenos inflamatorios, y que éstos son una de las causas del paso a la cronicidad. Los fenómenos mecánicos (probablemente en su mayoría discales) responsables de los dolores agudos, tienen una natural tendencia a la cicatrización, ocasionando la curación clínica. Por el contrario, la inflamación, fenómeno químico, no tiene ninguna tendencia espontánea a la regresión. Los AINES, por sí mismos, a veces son insuficientemente potentes para solucionar el caso, y el cuadro clínico del paciente «ligeramente aliviado por la toma de AINES, pero que observa la reaparición del dolor cuando los suspende», no es infrecuente. Hemos dicho que la toma per os de una corticoterapia corta podía aliviar a pacientes seleccionados con simples signos y síntomas clínicos. Se puede hacer por ejemplo, la misma consideración con las infiltraciones epidurales, foraminales, sacroilíacas o articulares posteriores según los casos. Se puede estimar que la inflamación es más crónica, si está mantenida por una lesión anatómica severa de un segmento móvil; o si está situada en una zona poco vascularizada (poco accesible a los medicamentos); o si es intensa. En la práctica es esencial buscar los signos clínicos de inflamación ante cualquier dolor crónico (dolores nocturnos; entumecimiento y dolor al despertar, que mejora durante el día (despertar matinal señalado como respuesta a la pregunta ¿Cuál es para usted el peor momento del día?); respuesta positiva a los AINES; aparición espontánea del dolor sin causa traumática...), y proponer un tratamiento adaptado antes de incriminar a los factores psicológicos.

Otras causas de cronicidad

La inflamación no es la única causa orgánica de cronicidad. Ciertas lesiones orgánicas del segmento móvil parecen desposeídas del potencial de cicatrización, por lo menos a medio plazo, incluso siendo insensibles a los tratamientos antiinflamatorios. Es el caso de algunas discopatías severas, inestabilidades segmentarias, espondilolistesis, estenosis intensa... La presencia de una lesión anatómica severa es también un factor de cronicidad.

Existen también estados de hipersensibilidad al dolor como la fibromialgia o la depresión enmascarada que son frecuentes en una consulta de patología vertebral, y que reaccionan bien con los tricíclicos, mientras que el mensaje « psicosocial » es particularmente mal recibido entre estos pacientes.



Nuestro modelo : los tres círculos del dolor

El modelo de Waddell incluso ante un problema mayor de patología vertebral (el del 10% de los pacientes, que representa el 75% del gasto, con cifras aproximadas) no es transpolable a una consulta corriente. La búsqueda de una causa orgánica, vertebral, es indispensable al menos entre algunos pacientes.

A partir de estas consideraciones, es posible proponer un modelo más representativo de la realidad clínica. Nuestro modelo se organiza en tres círculos, es pues, tripolar. De manera general responde a la pregunta: ¿qué hacer durante la primera consulta de una lumbalgia? Es clásico decir que esta primera consulta ha de dedicarse a la búsqueda de signos de alerta (*red flags*). No obstante estos signos no existen más que en un 1% de los pacientes (y probablemente menos aún en caso de dolor crónico). Esta búsqueda es indispensable pero deja al 99% de los pacientes sin solución. Waddell añade las "banderas amarillas" (*yellow flags*), factores de riesgo psicosocial. Aceptemos la hipótesis que ésta están presentes de manera significativa en el 10-20% de los pacientes. Nos queda aún el 80% sin solución. Nuestro modelo permite al práctico clasificar a su paciente en uno de los tres grupos que proponemos y determinar el tipo de tratamiento a proponerle. No impide aprovechar las recomendaciones de Waddell. Su interés en la práctica cotidiana es mayor. Recalcar que hablamos de dolores de espalda no de dolores vertebrales. Solo algunos dolores de espalda son de origen vertebral (los dos términos tienen a menudo la tendencia a ser confundidos, equivocadamente).

El primer círculo del dolor de espalda: el que proviene de la columna vertebral

Resulta banal decir que la mayor parte de los dolores de espalda, agudos o crónicos, provienen de la columna vertebral; y más precisamente de uno de los integrantes del segmento móvil, discos o articulares posteriores. Esta proposición sobreentiende ciertos dolores de espalda no provienen del segmento móvil. El punto esencial es que una "lógica orgánica" caracterice estos dolores:

- Topografía localizada y bien establecida que responde a una causa anatómica.
- Dolor no constante, aliviado o agravado por las posturas, periodos del día en los que la fuente del dolor es electivamente importante (por ejemplo la sedestación prolongada que agrava las lesiones discales; la marcha que agrava los dolores de la estenosis lumbar; el final de la noche que agrava los dolores inflamatorios; tal o cual gesto preciso que ejerce una exacerbación transitoria en el segmento móvil).
- Posibilidad (al menos teórica) de evidenciar la fuente del dolor por métodos radiológicos.
- Respuesta positiva a los tratamientos específicos (infiltraciones, antiinflamatorios, manipulaciones), incluidos los quirúrgicos.

Las causas más frecuentes se relatan en el cuadro V. No obstante, numerosos casos de dolor vertebral no se pueden clasificar en una de estas categorías, a pesar de su apariencia estrictamente orgánica. Por el contrario, ciertas entidades como la "rotura discal interna" o la "discartrosis dolorosa" que encontramos en la literatura, están mal definidas y no figuran aquí.

Causas más frecuentes de los dolores de espalda de componente vertebral; excluidas las radiculalgias

- Esguince discal
- Inflamación intradiscal
- Insuficiencia discal
- Discopatía destructiva rápida
- Inestabilidad
- Síndrome articular posterior
- Síndrome tóraco-lumbar
- Espondilolistesis por lisis ístmica
- Síndrome sacro-ilíaco

El segundo círculo del dolor vertebral: disfunción de las vías del dolor

Un número nada despreciable de pacientes que sufren dolor de espalda no responde a esta «lógica orgánica». En particular en dos puntos mayores: la topografía difusa del dolor y su duración, que se traduce en el hecho de que nada los alivia. Se ha señalado que estos dos puntos evocaban una «no organicidad» y que este componente era dominante en el dolor. Otros elementos han de llamar la atención, tales como la ausencia de respuesta a los tratamientos habituales (manipulaciones, AINES, reeducación...) y la imposibilidad para encontrar una anomalía vertebral que justifique ese dolor. En fin, los dolores tienen una topografía cérico-dorsal más que lumbar, el sueño puede estar perturbado, y es frecuente el estado sub-depresivo. A menudo son mujeres, pero su aparición en hombres no es rara.

La causa general de este tipo de dolor hace buscar en la disfunción de las vías del dolor, como se ve en la fibromialgia, las depresiones enmascaradas o ciertos problemas con halo neurótico (ansiedad, situación de estrés). Los tricíclicos a menudo resultan eficaces (sobre todo en el primer caso), lo que constituye también un test diagnóstico. Pero a veces hay que recurrir a verdaderos tratamientos antidepresivos que no siempre son suficientes. En un caso leve, una información adecuada y un abordaje profesional sí es suficiente.

El tercer círculo del dolor vertebral: el círculo psico-social

Un pequeño número de dolores de espalda no entran en ninguna de las dos categorías antes citadas. Se trata de dolores relativamente localizados (en general lumbares o lumbociáticos, a veces cervicales), pero de una cronicidad desesperante. Es frecuente el componente médico-legal: accidente de trabajo o no reconocido como tal a pesar de las protestas del paciente; baja laboral prolongada; «latigazo» cervical; y conflictos con la compañía de seguros o el empresario, etc. La lógica orgánica está totalmente ausente. El dolor es permanente, nada lo calma, solo algunos días tras los cuales la reaparición es segura. Sin lesión vertebral responsable que pueda evidenciarse a pesar de los múltiples exámenes complementarios efectuados. El contexto psicológico y/o social es evidente: bajo nivel cultural o de calificación profesional; insatisfacción con el puesto de trabajo o conflicto con el empresario; traumatismo psicológico en caso de accidente en la vía pública; ausencia de relaciones con amigos; et. Todos estos factores han sido analizados por Waddell, y no hablaremos más de ellos.

El dolor, sentido como dolor de espalda, no procede de la columna vertebral, el factor psicológico parece ser el dominante principal. En el momento actual, nuestros conocimientos no nos permiten conocer el origen de este dolor. Solo podemos analizarlo más que en términos de alteración del comportamiento.

El tratamiento es difícil. Los analgésicos, el reentrenamiento al esfuerzo, la intervención en el lugar de trabajo han resultado relativamente eficaces. Por el contrario, un despistaje precoz de estos pacientes (cuando el dolor se inicia o es aún de reciente aparición) es quizás abordable; nada prueba que una prevención de la cronicidad sea posible y eficaz.

Aplicación de los diferentes modelos a las manipulaciones vertebrales

La práctica de las terapias manuales permite ilustrar el interés de los diferentes modelos conceptuales que hemos analizado.

El modelo cartesiano

A modo de caricatura, podemos admitir que para el médico que aplica el modelo cartesiano, la causa del dolor de espalda es unívoca. Buscará sistemáticamente una lesión vertebral y tratará a sus pacientes por primera intención con manipulaciones vertebrales sin intentar afinar su diagnóstico. Algunos pacientes responderán satisfactoriamente, otros no. Tras dos sesiones de tratamiento, quizás más, si ha habido fracaso, decidirá cambiar de tratamiento, o remitir su paciente a un colega. El mismo razonamiento se aplica al médico que prescribe sistemáticamente AINES y que separará a posteriori las indicaciones buenas de las malas. Este sistema no «funciona» del todo mal en la práctica. Pero es poco satisfactorio espiritualmente; caro por el tiempo perdido por el paciente y bastante pesado, ya que los fracasos tienen como consecuencia la practica de exámenes radiológicos (TACC, RMN) que pueden preocupar inquietar al paciente sea porque se ha encontrado algo (a menudo una anomalía banal) sea porque no se ha encontrado nada.

El modelo bio-psico-social

En referencia al modelo de Waddell, el médico progresa. En efecto separar claramente los dolores agudos de los crónicos es una ayuda a la indicación de las manipulaciones. La literatura nos indica repetidamente que las manipulaciones son útiles en los casos de dolor agudo y que su eficacia es mucho menos probable en los dolores crónicos. Pero la insuficiencia de este modelo aparece aquí: todos los dolores agudos no son buenas indicaciones para la manipulación; y entre los dolores crónicos algunos pacientes pueden beneficiarse de ellas. Además hemos señalado como la cronicidad según Waddell se restringía solo a los dolores de componente psicosocial, cuando en algunos casos la RMN es necesaria.

Nuestro modelo de tres círculos

El modelo de tres círculos es fácilmente aplicable en el ejercicio clínico, pues se acerca bastante a los casos clínicos que vemos. Obliga a un análisis del problema, pero la clasificación en una de las tres categorías clínicas es relativamente fácil con una buena anamnesis y con un máximo de una a dos consultas. Está claro que los dolores del segundo y tercer círculo (**independientemente de su carácter agudo o crónico**) no son indicaciones para exámenes de imagenología o para efectuar manipulaciones. Es en el primer círculo donde encontraremos estas indicaciones. Desde este momento, separando simplemente los casos relevantes de segundo o tercer círculo de la indicación de las manipulaciones, el tratamiento manipulativo ya gana en eficacia. Si además eliminamos los dolores ligados a una inflamación (de naturaleza artrósica), como las lumbalgias discales inflamatorias, los síndromes articulares posteriores y los dolores sacroilíacos, el porcentaje de éxito aumentan más.

La aplicación de un modelo de este tipo es un elemento de mayor éxito en la orientación terapéutica con tratamiento por manipulación; y de una manera más general, del abordaje de los pacientes con dolor de espalda.

Bibliografía

- Maigne JY. Traiter le mal de dos. Masson. Paris 2001.
- Waddell G. The Back Pain revolution. Churchill Livingstone. Edimburg, 2000