

# EL 80% DE LA POBLACIÓN SUFRIRÁ DOLOR DE ESPALDA

La sobrecarga o el mal funcionamiento de la musculatura es la causa que origina la mayoría de estos dolores, que se acortan con la práctica de ejercicio y no con el reposo en cama que antes se solía recomendar **PILAR MANZANARES**

Se trata de uno de los dolores más comunes y de la principal causa de discapacidad en el mundo, tal y como ha revelado recientemente el estudio global de la carga de la enfermedad en el periodo 1990-2013 publicado por 'The Lancet'. El estudio refrendado por la prestigiosa revista científica confirma que en 2013 los trastornos musculoesqueléticos (dolor lumbar, de cuello y artritis) y los trastornos mentales y por abuso de sustancias (depresión, ansiedad, y las drogas y consumo de alcohol) representaron casi la mitad de todas las pérdidas de salud en todo el mundo. «De hecho, si preguntamos a la población si alguna vez ha sufrido dolor de espalda o cuello nos dirán que sí un 80% y un 60%, respectivamente», afirma el doctor Francisco Kovacs, director de la Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda y presidente de la Fundación Kovacs.

Pero, ¿por qué? ¿Cuál es el origen de estos dolores tan comunes? Según el experto y autor de 'El libro de la espalda', en el 95% de los pacientes se deben a un síndrome mecánico inespecífico, en el que el dolor se origina en las partes blandas (músculos, ligamentos o tendones), debido al mal funcionamiento o la sobrecarga de la musculatura. «El 5% restante padecen dolor debido: o a una alteración de la estructura de la columna, como por ejemplo una hernia discal o una estenosis espinal que comprimen una raíz nerviosa (4% de los pacientes), o a una enfermedad general que refleja dolor en esa zona, como sucede con al-

**Lo imprescindible para detectar el origen del dolor es el interrogatorio clínico y la exploración física, no las radiografías, el escáner o las resonancias**

**El reposo en cama o las inmovilizaciones con collarines cervicales son contraproducentes, ya que facilitan que se prolongue el dolor y la contractura**

gunos tipos de cánceres, algunas enfermedades metabólicas como la osteoporosis cuando causa fractura vertebral, o algunos aneurismas (1% de los afectados)».

## Mejor prevenir

Visto esto, la mayoría de los dolores de espalda se pueden prevenir manteniendo una musculatura de la zona fuerte, lo que se consigue con la práctica habitual de algún deporte o ejercicio físico, en personas sanas, o con ejercicios específicos realizados bajo supervisión en pacientes con dolor crónico. «En este caso, las posturas adoptadas para evitar el dolor provocan una sobrecarga en los músculos sanos, y los ejercicios compensatorios corrigen ese desequilibrio», matiza el doctor Kovacs, quien recuerda la importancia de tomar las medidas adecuadas y consultar con el médico la primera vez que padezcas un dolor o si este se perpetúa más allá de los 14 días: «Si dejamos que el dolor se prolongue más, aumenta el riesgo de que dure más de tres meses y se cronifique».

Solo en los deportistas de elite, que practican un deporte concreto de manera muy intensa y continuada, deberían realizarse también ejercicios compensatorios debido a que algunos deportes asimétricos, como el tenis o el golf, sobrecargan unos músculos en detrimento de otros.

«Muchos pacientes creen que el origen de su dolor no se sabrá hasta que le hagan una radiografía, un escáner o una resonancia, pero no es así. De hecho, en algunas casos, estas pruebas pueden confundir más que ayudar. Lo imprescindible para detectar el origen del dolor es el interrogatorio clínico que le hará su médico, donde averiguará las características del dolor que padece, y la exploración física que le permitirá determinar si alguna raíz nerviosa está siendo comprimida y conocer con qué movimientos o posturas aparece o se agudiza el dolor. Las demás pruebas sirven o para confirmar diagnósticos o para planificar la cirugía en los casos necesarios, que son muy pocos (menos del 1% de los pacientes). Los resultados de las pruebas de imagen pueden ser potencialmente engañosos porque en ellas podemos detectar hallazgos que muestran muchas personas sanas, como protusiones discales, que cuando no irritan una raíz nerviosa no son una enfermedad, sino una característica personal no enfermiza, como ser rubios o tener los ojos marrones», explica el doctor Kovacs.

Así, tras el interrogatorio y la exploración, el médico puede deducir que el dolor se deba casi con total seguridad a un síndrome inespecífico o sospechar que se trate de una hernia discal si se irradia a alguna extremidad a lo largo del trayecto de la raíz nerviosa comprimida, se agrava con maniobras exploratorias que irritan esa raíz, y se acompaña de pérdida de fuerza, reflejos y sensibilidad en el territorio que inerva.

También las emociones y el estrés pueden funcionar como desencadenantes del dolor y, en el caso de que ya nos duela, la tensión emocional puede alargar su duración e influir en el grado de incapacidad que nos genere. De hecho, en pacientes con dolor crónico han resultado ser efectivos el 'mindfulness', el tratamiento cognitivo conductual y las técnicas de relajación, y están especialmente indicados en personas en las que el dolor tiene una repercusión psicológica importante, en quienes el dolor se prolonga más, aumenta el riesgo de que dure más de tres meses y se cronifique».

**Prevenir y acortar el dolor**  
Al margen de los tratamientos prescritos por un médico, las principales medidas que se plantean para prevenir el dolor, acortar su duración, aliviar sus consecuencias y reducir el riesgo de que repita son, según informa el doctor Kovacs:

**Actividad física.** Esta aumenta la irrigación al músculo y mantenerlo activo evita que pierda fuerza y tono muscular. Seguir con la actividad física durante los episodios dolorosos acorta su duración, disminuye la incapacidad que causan y reduce el riesgo de repetición. «Solo hay que interrumpir las actividades que desencadenan o aumentan el dolor, y solo cuando realmente lo hacen».

**Ejercicio y deporte.** Tienen las mismas virtudes que la actividad física. Los ejercicios realizados en el agua, los que fomentan la fuerza muscular, los prescritos con las pausas GDS, y probablemente también McKenzie—dos tipos de ejercicios específicos definidos tras exploraciones individuales—, los de la musculatura que da estabilidad a la espalda, el yoga y el Pilates tienen efectos

positivos y son más efectivos que la electroterapia u otras formas pasivas de fisioterapia. En la 'Web de la Espalda' se muestran ejercicios diseñados para fortalecer la musculatura del cuello y la espalda. «No obstante, no es perjudicial ningún ejercicio que no desencadene o aumente el dolor y que no exceda la capacidad física (muscular y cardiovascular)».

**Aplicación local de calor o frío.** En general se aplica el frío en las fases agudas para reducir la inflamación y calor en las crónicas para aumentar la irrigación. Lo bueno es que ninguno de estos tratamientos nos va a causar daño y, al menos el calor, si parece ser efectivo para aliviar el dolor cuando la temperatura es de unos 40 grados (se puede aplicar con una manta eléctrica). Sobre el efecto del frío no hay pruebas científicas, pero si al paciente le alivia es perfecto.

**Masajes.** En el caso de las contracturas y dolores benignos son positivos, a corto plazo, siempre y cuando no agraven el dolor.

**Tratamientos tópicos.** Algunos antiinflamatorios y extractos de plantas con ese efecto, como el 'Salix' *alba* o el 'Harpagophytum procumbens', son eficaces a corto plazo para el dolor lumbar agudo y subagudo sin dolor irradiado a la pierna. También hay ensayos clínicos que demuestran la eficacia de la capsicina en estos casos.

**Reposo en cama.** Contrariamente a lo que se recomendaba antes, hay que evitar o restringir el reposo en cama o la inmovilización con collarines cervicales. Ambas medidas no solo son ineficaces, también son contraproducentes. Tanto el reposo como la inmovilización reducen la cantidad de sangre que recibe el músculo, lo que facilita que se prolongue el dolor y la contractura. Además, a partir de las 48 horas induce pérdida del tono muscular y desajuste de los mecanismos de coordinación muscular. «De ma-

tenso irradiado al brazo o la pierna o hay pérdida de fuerza, o síntomas generales (como fiebre o cansancio).

## ¿CUÁNDO ACUDIR A UN ESPECIALISTA?

Cuando tengamos dolor de espalda debemos saber que hay que acudir al médico en las siguientes situaciones que describe el doctor Francisco Kovacs, director de la Red Española de Investigadores en Dolencias de Espalda.

**1** La primera vez que duele el cuello o la espalda para diagnosticar la causa y confirmar que no se debe a



ILUSTRACIÓN SR. GARCÍA

una enfermedad general, como sucede con algunos tipos de cáncer, infección, aneurismas arteriales...

**2** Cuando el dolor es muy intenso, y para tratarlo hace falta medicación con receta o realizar un procedimiento invasivo.

**3** Si el dolor se acompaña de síntomas neurológicos, como dolor in-

tenso irradiado al brazo o la pierna o hay pérdida de fuerza, o síntomas generales (como fiebre o cansancio).

**4** Si el dolor ha aparecido tras una caída o traumatismo.

**5** Si surge dolor en un paciente con osteoporosis o que ha tomado corticoides durante seis meses o más a lo largo del último año.

**6** Si el dolor dura ya más de 14 días.

**7** Por dolencia de la espalda solo hay un caso por el que se deba acudir a urgencias hospitalarias; el Síndrome de la Cola de Caballo, que se debe a la compresión de los últimos niveles de la médula espinal y se manifiesta de alguna de estas maneras: pérdida brusca o muy rápida de fuerza en la o las piernas (apenas se puede cami-

nar), pérdida de control de los esfínteres con o sin dolor, o anestesia en silla de montar (pérdida de sensibilidad en la parte interna de los muslos y la zona genital). Es una urgencia porque si se opera en las primeras 24 horas habitualmente desaparece de la médula espinal y se manifiesta sobre todo relacionada con el control de los esfínteres.

ciente le resulta necesario para empezar a moverse, y en ancianos en los que la musculatura es muy pobre y el ejercicio resulta imposible, de manera que la alternativa al corseé es la inmovilidad.

**Calzado de tacón.** La musculatura lumbar tiene que hacer más esfuerzo cuando se llevan zapatos de tacón alto y fino. Las mujeres que deseen llevarlos deben tener una fuerte musculatura lumbar, que debe ser mayor según avanza la edad por la degeneración discal.

**Plantillas amortiguadoras.** Solo conviene plantearse usarlas si se va a caminar o se va a estar de pie quieto muchas horas al día.

**Alzas.** Pueden llevarlas pacientes en los que la diferencia de longitud de las piernas es apreciable y el dolor es constante o se repite muy a menudo. Si no sirven o aumentan el dolor hay que dejar de usarlas.

**Zapatos de apoyo cóncavo.** No han demostrado paliar el dolor de espalda, pero sí reducen la carga de la rodilla y el dolor por artrosis en esa articulación al andar.

**Higiene postural.** Cuando la musculatura está suficientemente desarrollada resulta muy difícil lesionar los discos y las vértebras por sobrecarga y, aunque las normas de higiene postural «han demostrado ser inútiles para prevenir o tratar el dolor», ciertos preceptos pueden ser de utilidad para quienes deben realizar esfuerzos importantes o mantenidos, como pasar muchas horas en posturas concretas.

**Mobiliario ergonómico.** No demuestra ningún efecto positivo para la prevención, tratamiento o recuperación del dolor lumbar, aunque la postura de la columna vería en función de las características de las sillas. Pero son aspectos básicos como la altura, que disponga de apoyo para los brazos o que tenga una base plana los que resultan útiles para quienes padecen dolor cervical. Así en la práctica es recomendable que el mobiliario no nos fuerce a adoptar posturas que sobrecarguen la musculatura y adopten medidas ergonómicas básicas, como colocar los elementos de la mesa para evitar mantener el cuello en posiciones forzadas, y levantarse y moverse cada 45 minutos.

**Chequeos y revisiones periódicas.** No son útiles para prevenir la aparición de dolencias. Los profesionales en este ámbito solo pueden resolver problemas concretos cuando ya existen e individualizar el ejercicio preventivo o rehabilitador adecuado a cada caso concreto.

**Más información, consejos y ejercicios en:** [www.espalda.org](http://www.espalda.org) y en 'El libro de la espalda', editado por Temas de hoy.

**En la práctica es recomendable que el mobiliario no nos fuerce a adoptar posturas que sobrecarguen la musculatura**

**Lo almohada debe servirnos para facilitar que el cuello se alinee con el resto de la columna vertebral, así que depende de cómo durmamos**

nera puntual puede acostarse o usar un collarín si en un momento dado es lo único que alivia su dolor, pero cuanto menos, mejor».

**Colchón muy duro.** Lo que hace que el dolor y el grado de incapacidad evolucionen mejor es dormir en un colchón de firmeza intermedia (5,6 puntos en una escala de 1 a 10). Sin embargo, «no hay pruebas científicas de que sea mejor un colchón viscoelástico (por ejemplo, de látex) que uno de muelles, en cuanto a su influencia en el dolor lumbar», matiza el traumatólogo.

**Almohadas especiales.** No hay pruebas científicas de que sean efectivas para prevenir o luchar contra el dolor. Se recomienda elegir aquella que nos facilite que el cuello se alinee con el resto de la columna vertebral. «Por ejemplo, si duerme apoyado en un hombro la almohada debe ser lo suficientemente gruesa para mantener el cuello en el eje de la columna dorsal, evitando que caiga o rote».

**Collarines, corsés y fajas lumbares.** Las pruebas científicas reflejan que en general no son útiles para reducir la aparición de dolor o su evolución, además su uso genera rápidamente pérdida del tono, coordinación y masa muscular, por lo que se recomienda, de ser usados, que sea por periodos lo más breves posible. «Solo en casos excepcionales tiene sentido usar faja o corsé: en las primeras fases de recuperación de los aplastamientos vertebrales que causan dolor y a veces, de manera transitoria, tras algunos tipos de cirugía vertebral; puntualmente, cuando se exige a la musculatura lumbar que haga esfuerzos que pueden exceder su capacidad o un collarín si se tienen que mantener prolongadamente posturas rígidas con el cuello; transitoriamente, si al recuperarse de un episodio doloroso al pa-