

SABER^{tve} VIVIR

sabervivirtv.com

Por el Dr. Kovacs

DOLOR DE ESPALDA

LOS TRATAMIENTOS
QUE FUNCIONAN
...Y LOS QUE NO

EL MASAJE
QUE TE LIBRA
DE LOS GASES

Eva González

Qué esconde la sonrisa de Eva

TAQUICARDIA CÓMO SABER SI ES GRAVE

Y qué hacer
para controlarla

ALIMENTOS
QUE INFLUYEN
EN TUS
HORMONAS

Test
¿Y SI ASIMILAS
MAL EL TRIGO?

COMBATIR LAS ALERGIAS

CON LOS MEJORES ESPECIALISTAS



Seleccionar

la terapéutica en función de cada paciente es lo que puede marcar su éxito o fracaso

TRATAR EL DOLOR DE ESPALDA

Dónde fallamos

La espalda necesita cierto grado de tono muscular para poder funcionar sin dolor.

No al sobretratamiento

Tratarlo en exceso y abusar de las pruebas diagnósticas causa más problemas que beneficios.



DR. FRANCISCO KOVACS

Unidad de la Espalda Kovacs Hospital HLA-Moncloa. Director de la REIDE *

El dolor de espalda, sobre todo lumbar, afecta a muchísimas personas. En un reducido número de casos se debe a una alteración de la estructura de la columna o a una enfermedad. Pero muchas veces corresponde a lo que se denomina un 'síndrome mecánico inespecífico' y resolverlo es todo un reto. Por fortuna, la Ciencia no deja de avanzar y son muchas las investigaciones abiertas en este campo. Desde SABER VIVIR hemos querido contactar con toda una eminencia, el Dr. Francisco

Kovacs, con más de 30 años de experiencia en la investigación, tratamiento y divulgación del dolor de espalda, para que nos dé su opinión sobre qué tratamientos funcionan y cuáles no. Las siguientes explicaciones reflejan ese parecer.

¿Por qué el dolor de espalda sigue afectando a tantas personas?

A lo largo de la historia ha sido un problema recurrente. La frecuencia es muy alta, pero no significativamente superior a la de hace unos años.

- **Probablemente, hoy el principal motivo es la falta de ejercicio.** No debemos olvidar que nuestra espalda necesita un cierto grado de tono muscular para funcionar sin dolor.

- **Por otra parte, el sobretratamiento a veces causa más problemas** que beneficios. Aplicar tratamientos muy agresivos o considerar pacientes a personas que no lo son hace que quienes sufren dolor de espalda eviten ciertas actividades o realicen otras. Y esto puede provocar que esas personas se conviertan en pacientes.

Por ejemplo, observar desgaste en el disco y la vértebra en una radiografía o resonancia magnética es normal por encima de cierta edad, y no es causa de dolor; los estudios científicos han demostrado que el grado de desgaste es el mismo entre personas sanas y personas con dolor crónico. Sin embargo, decirle a alguien que tiene muy mal la columna puede inducirle a ser sedentario y evitar la actividad física, y eso sí que es perjudicial.

Radiografías y técnicas de radiodiagnóstico

Cuando un paciente acude a la consulta con molestias en la espalda, los principales métodos de diagnóstico consisten en realizar una historia clínica, haciéndole

toda una serie de preguntas y en una exploración física. Además, en ocasiones hay que recurrir a otras pruebas. La idea es hacer todas las necesarias en los casos apropiados y ninguna cuando no lo son. En general, son adecuadas cuando se sospecha que hay una fractura o una enfermedad sistémica, es decir, no un problema concreto de la espalda sino una dolencia del conjunto del organismo que se manifiesta en la espalda (como algunos tipos de infección, enfermedades metabólicas o reumatológicas inflamatorias, o cáncer).

También hay que realizar pruebas cuando hay criterios clínicos que indican la necesidad de cirugía. Es decir, si a través de la exploración detectamos que quizá habrá que operar, la imagen ayuda a confirmarlo y a planificar esa operación. Pero lo que determina la necesidad de ir a quirófano no es el resultado de las pruebas de imagen, sino la correlación entre ese resultado y los síntomas y signos que presenta el paciente.

Los fármacos pueden ayudar pero no son la solución

Así como en otras enfermedades (por ejemplo en el caso de hipertensión), los fármacos pueden bastar por sí solos para controlar la enfermedad, en la espalda no es así. Las investigaciones apuntan a que los medicamentos pueden aliviar transitoriamente la intensidad del dolor, especialmente al principio o cuando hay exacerbaciones, pero no pueden resolver el problema por sí mismos, ni mucho menos prevenirlo.

- **Las investigaciones realizadas sugieren confiar en otro tipo de medidas,** más que en los fármacos, para prevenir o resolver la mayoría de los casos de dolor de espalda, como hábitos que puede adoptar el propio paciente o tratamientos no farmacológicos.

EL BUEN USO DE LAS PRUEBAS MÉDICAS DE IMAGEN

- **VALORAR PROS Y CONTRAS.**

Una radiografía de columna requiere una dosis de radiación equivalente a 40 radiografías de pulmón. Y un escáner, a unas 400 radiografías.

- **MÁS RIESGO DE OPERAR SIN NECESIDAD.**

Una resonancia magnética (RM) no conlleva radiación, pero el hecho de hacerla a un paciente en el que no está indicada (porque no va a ayudar en el diagnóstico), aumenta un 800% el riesgo de que sea operado sin necesidad. A veces en la imagen se descubren lesiones, pero si no causan dolor no tiene sentido operar.

- **MUCHAS PRUEBAS PODRÍAN EVITARSE.**

La Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM) alerta de que una tercera parte de las pruebas que se realizan no aporta información relevante y podría evitarse. Y, según un estudio realizado por la Fundación Kovacs, el 11,9% de las RM lumbares prescritas a pacientes con y sin dolor referido son inapropiadas.

CUÁLES SON LOS FÁRMACOS MÁS EFICACES

• AINES COMO PRIMERA OPCIÓN.

Entre los que se venden sin receta, probablemente la mejor opción son los antiinflamatorios no esteroideos o AINES (ibuprofeno, diclofenaco). Deben tomarse en la menor dosis y el menor tiempo posible.

• EL PARACETAMOL NO ES ÚTIL.

Al contrario de lo que se creía hace 10 años, estudios científicos han demostrado que no es eficaz para tratar el dolor de espalda.

• RELAJANTES MUSCULARES.

Todo apunta a que podrían ser apropiados cuando el origen del dolor es muscular, pero globalmente su eficacia es menor que la de los AINES.

• OTRAS ALTERNATIVAS.

Hay datos que sugieren que la pregabalina puede ayudar cuando el dolor es de origen neuropático (el músculo o el disco no están irritados en ese momento, pero los nervios han permanecido tanto tiempo “aprisionados” que se mantienen así de forma permanente).

Para los pacientes crónicos resistentes a muchos tratamientos, que habitualmente se visitan en una unidad del dolor, sí se están investigando nuevos fármacos que con frecuencia no son específicos para el dolor de espalda sino para el dolor crónico en general. Pero eso afecta a un porcentaje muy bajo de personas.

¿Cómo funcionan los principales tratamientos intervencionistas?

• **Intervención neuroreflejo terapéutica (NRT).** Cuando el dolor dura más de 14 días, nuestro cuerpo libera unos neurotransmisores que desencadenan mecanismos que pueden hacer que el dolor, la inflamación y la contractura muscular se mantengan indefinidamente. La NRT consiste en implantar un pequeño material (“grapas” quirúrgicas) sobre ciertas terminaciones nerviosas, que al ser estimuladas impiden la liberación de esos neurotransmisores. Las grapas quirúrgicas se implantan de forma ambulatoria (no requieren anestesia) y se dejan unos 90 días. Se ha demostrado que es una técnica útil para resolver el dolor crónico en un gran número de casos.

• **Infiltraciones.** Consisten en inyectar un fármaco (habitualmente un antiinflamatorio) en zonas relacionadas con el origen del dolor –interior de las articulaciones, ligamentos, puntos gatillo, espacio epidural (alrededor de la médula y las raíces nerviosas)–. Solo las infiltraciones “epidurales”, y específicamente en unos casos muy concretos de hernia discal, han demostrado científicamente tener algún efecto, aunque solo de manera transitoria.

• **Estimulación eléctrica transcutánea (TENS).** Consiste en aplicar una corriente eléctrica suave sobre la piel, mediante unos electrodos, para estimular fibras nerviosas que transfieren el dolor. Los estudios científicos refle-

jan que su efecto es transitorio, pero puede ayudar a algunos pacientes. En esos casos se lo aplican ellos mismos en sus domicilios.

• **Neuroestimulación eléctrica percutánea (PENS).** Consiste en implantar un electrodo que estimula zonas de la médula que bloquean la transmisión del dolor. Suelen implantarlos especialistas de Unidades del Dolor, o a veces neurocirujanos. Se ha demostrado que en los casos en los que la cirugía de columna ha fracasado y el paciente sufre dolores muy intensos, que no mejoran con ningún otro tratamiento y en los que volver a operarle suele empeorar su situación, implantar un neuroestimulador es más eficaz.

En un futuro será mucho más fácil escoger tratamientos individualizados





¿VAN MÁS PACIENTES A QUIRÓFANO DE LO QUE SERÍA CONVENIENTE?

Los datos muestran que, históricamente, en España se ha tendido a operar de la espalda más de lo necesario.

❖ **En el Reino Unido, para 65 millones de habitantes,** entre la sanidad pública y la privada se realizan cada año unas 1.000 artrodesis (intervención que consiste en fijar las vértebras). Esta cifra incluye casos de accidentes de tráfico, cáncer...

❖ **En España, solo en los servicios de traumatología** públicos (sin contar neurocirugía ni sanidad privada), para 45 millones de personas se realizan unas 11.000 artrodesis al año. Por fortuna, la tendencia está cambiando y cada vez se opera menos.

❖ **No todas las hernias se tienen que operar:** se estima que entre el 30 y el 70 % de personas tiene una hernia o protrusión discal (sale de su lugar) que no provoca dolor y, por lo tanto, no es un problema. Si causa dolor, es probable que el 4% sí se tenga que acabar operando.

❖ **En contra de lo que se creía hace 10 años,** el desgaste del disco entre vértebra y vértebra no es un motivo para operar y todavía menos para hacer el tipo de operación que se solía hacer, que consistía en fijar las vértebras con placas y tornillos.

¿En qué casos es imprescindible recurrir a una operación?

• **Es indispensable en los pacientes con un problema muy serio** denominado “síndrome de la cola de caballo”. Sus síntomas son: pérdida súbita, total o rápidamente progresiva, de fuerza en una o ambas piernas (de repente no se puede andar); falta de sensibilidad en la zona genital y en la parte interna de los muslos, y/o pérdida súbita del control de los esfínteres. Cuando aparece alguno de estos síntomas siempre hay que acudir a Urgencias de un centro hospitalario. Los estudios reflejan que si se opera en las primeras 24-48

horas la probabilidad de secuelas es menor (sobre todo en lo que concierne al control de los esfínteres).

• **Cuando se da una estenosis espinal** (el estrechamiento del conducto por el que discurre la médula) y causa un dolor irradiado –a veces con pérdida de fuerza– que dura más de 3-6 meses. Aproximadamente el 60% de las personas de más de 65 años tiene el canal estrechado, lo que si no comprime ningún nervio resulta irrelevante. Además, al principio la irritación o compresión de la raíz nerviosa que causa ese dolor puede deberse a mecanismos inflamatorios, que pueden mejorar sin recurrir a cirugía; por este motivo solo se recomienda operar

cuando el dolor irradiado a la pierna sigue siendo intenso pese a haber aplicado tratamientos conservadores durante 3-6 meses.

• **Algunas hernias discales.** Lo normal es que, con el paso del tiempo, la hernia pierda volumen, deje de irritar o comprimir la raíz y desaparezcan los problemas que provoca. Pero en aproximadamente el 4% de los casos ese proceso evoluciona mal y la raíz sigue siendo irritada o comprimida. Así, cuando la hernia causa un dolor irradiado intenso a la pierna o al brazo y dura más de 6-12 semanas, pese a haber aplicado todos los tratamientos conservadores, tiene sentido plantear la cirugía.

AGRUPAR DATOS ES LA APUESTA DE FUTURO

• APROVECHAR LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS.

El Dr. Kovacs lo tiene claro: el futuro pasa por individualizar el tratamiento gracias al Big Data y al análisis estadístico. Y la Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda (REIDE) ya trabaja en ello.

• UNA GRAN BASE DE DATOS.

La idea es recoger toda la información que genera la asistencia a pacientes con dolor de espalda en un gran fichero electrónico, que incluya datos sobre las particularidades de cada persona y sobre el tratamiento aplicado.

• ESCOGER LA OPCIÓN MÁS ADECUADA.

Esta gran base de datos permitirá conocer, introduciendo las características de un nuevo paciente, qué tratamientos pueden tener más probabilidades de éxito (en función de cómo han evolucionado los casos registrados con ese mismo problema). Así, según su situación personal y con el asesoramiento del médico, cada uno podrá escoger el tratamiento a seguir.

¿Por qué a veces después de la cirugía el dolor no desaparece?

Lo que conocemos como cirugía de espalda fallida o fracaso quirúrgico puede darse por varios factores.

• **La tendencia personal a cicatrizar excesivamente.** Las personas que cicatrizan más de lo normal suelen desarrollar fibrosis o queloides. Eso también puede suceder en el interior del cuerpo, con lo que es posible que la cicatriz de la cirugía comprima el nervio como antes de la operación. Y cuanto más se le opere, mayor será la fibrosis y peor la situación.

• **Cuanto más agresiva es la intervención,** mayor es el sangrado y la presencia de fibroblastos (células que intervienen en la cicatrización), y mayor el riesgo de que se produzca una cicatrización excesiva.

• **Para reducir el riesgo de fracaso** hay que operar solo cuando las pruebas científicas respalden la indicación de la cirugía y recurrir a la técnica quirúrgica menos agresiva posible. Por ejemplo, en el caso de la hernia discal la mejor opción sería la microdiscectomía, que requiere una incisión mínima, y en la que el cirujano usa un microscopio para quitar solo el trocito de disco que está comprimiendo la raíz nerviosa, sin romper ni fusionar hueso. Su probabilidad de fracaso es muy baja.

¿Hacia dónde avanzan las investigaciones?

Estudios científicos realizados en los últimos años sugieren que en el dolor de la columna pueden influir factores insospechados. Por ejemplo, algunos datos apuntan a que la cantidad y calidad del sueño pueden influir en la evolución del dolor, especialmente cervical; se ha visto que cuanto peor duerme el

paciente más difícil es resolver el problema, independientemente del tratamiento que se aplique.

Por otra parte, cada vez sabemos más sobre los mecanismos inflamatorios que facilitan que el dolor se mantenga. Y se está avanzando en el conocimiento de mecanismos neurológicos que influyen en la transmisión y percepción del dolor, estudiándose los procesos que transforman el dolor agudo en dolor crónico. Por ejemplo, se ha visto que las células nerviosas, cuando llevan mucho tiempo transmitiendo estímulos dolorosos al cerebro (ocurre con el dolor crónico) experimentan cambios en su morfología que pueden hacer que se mantengan “excitadas” de forma permanente, aunque desaparezca la causa inicial del dolor. Interferir en este proceso es algo que también se está planteando.

¿Y qué debe hacer el paciente?

• **Ejercicio.** La única medida que ha demostrado ser realmente eficaz para prevenir la aparición del dolor de espalda es realizar ejercicio o mantener el mayor grado posible de actividad física. Cualquier ejercicio es mejor que ninguno.

• **Ante todo, evitar el reposo.** Hace años, cuando dolía la espalda, se recomendaba incluso el reposo estricto en cama –conocido como “de orinal”, sin ni siquiera ir al baño– para aliviar el dolor de espalda. Ahora sabemos que hay que tratar de evitarlo y mantener, durante el episodio, el mayor grado de actividad física que el dolor permita. Si en algún momento todas las posturas o movimientos duelen y no hay más remedio que acostarse un rato, no hay ningún problema. Pero el reposo en cama debería ser tan breve como sea posible y nunca prolongarlo más de 48 horas. Pasado ese tiempo empieza a perderse tono muscular, y eso aumen-



Muévete

CÓMO HACER EJERCICIO SI HAY DOLOR

- Cuando una actividad desencadena o aumenta el dolor no tiene sentido seguir haciéndola. Pero tanto peor sería no hacer nada por miedo al dolor.
- La recomendación del Dr. Kovacs es: haz todo lo que puedas; si la molestia empeora, para, descansa y vuelve a empezar.
- Por ejemplo, si a los cinco minutos de estar andando te empieza a doler, haz un alto. Sería un error caminar con dolor intenso, pero todavía sería peor quedarse todo el día acostado por miedo a que te duela.

Aunque se tengan molestias, hay que evitar el reposo en cama y tratar de seguir activo

ta tanto la probabilidad de que el dolor dure más como de que se repita de nuevo más adelante.

• **Recibir un masaje.** Se ha demostrado que no sirve para prevenir pero sí que puede contribuir a aliviar las molestias cuando estamos en pleno episodio de dolor, sobre todo si este es de origen muscular. Normalmente el efecto no dura mucho y, por este motivo, suele ser necesario repetirlo al cabo de poco tiempo. De todos modos, si el masaje está bien hecho no tiene efectos secundarios, por lo que no hay ningún problema en aplicarlo.

• **Recurrir a terapias psicológicas.** Pueden resultar efectivas, no tanto para mejorar el dolor como el grado de discapa-

cidad y de sufrimiento que este genera, sobre todo si las molestias se prolongan durante más de tres meses y se convierten en crónicas. Eso no significa que todos los pacientes con molestias en la espalda se depriman ni, mucho menos, que todos necesiten un psicólogo. Pero se ha demostrado que, especialmente en algunos pacientes crónicos, terapias como el “mindfulness” (conocida también como atención consciente o plena) o actividades como el yoga, pueden reducir algo la intensidad del dolor en sí mismo y, sobre todo, mejorar significativamente el impacto que tiene en la calidad de vida del paciente. Por eso estas técnicas pueden ser de ayuda en los casos en los que están indicadas.

En este sentido, los factores culturales importan. Estudios realizados específicamente con grupos de pacientes españoles con dolor crónico de espalda y sufrimiento psicológico han permitido observar que, en cuanto el dolor desaparece, el desánimo también lo hace. En cambio, se ha visto que no ocurre lo mismo en el caso de los escandinavos y anglosajones. Entre ellos, muchas veces la repercusión psicológica se convierte en un problema en sí mismo y, aunque dejen de tener dolor, los problemas de desánimo se mantienen. Afortunadamente, una vez curado el dolor los pacientes españoles parecen tener mayor facilidad para volver a disfrutar de su vida.