

DOCTOR KOVACS EXPERTO EN DOLORES DE ESPALDA

# «El reposo absoluto es perjudicial y el colchón duro no es la mejor opción»

El especialista desmonta todos los mitos alrededor de un dolor que ocho de cada diez personas sufrirán en algún momento de su vida

UXÍA RODRÍGUEZ  
REDACCIÓN / LA VOZ

Le llaman el sabio del dolor de espalda, pero dejando de lado adjetivos o grandes epítetos, lo cierto es que el doctor Francisco Kovacs es el investigador español con mayor producción científica en este campo. Llama la atención el currículum de un hombre que terminó sus estudios de Medicina a los 19 años y se doctoró *summa cum laude* a los 22. Es el director médico de la Unidad de la Espalda del Hospital Universitario HLA-Moncloa de Madrid y director de la Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda. Responde a una llamada de WhatsApp desde Houston, dispuesto a desgarrar todos sus conocimientos y desterrar los principales mitos alrededor de un dolor que, nada más y nada menos, sufrirá el 80 % de la población en algún momento de su vida.

—¿Por qué nos duele tanto la espalda?

—De cada cien pacientes que van al médico por dolor de espalda, en un caso la molestia se debe a una enfermedad que no es de la espalda, pero se manifiesta en ella. Pueden ser cánceres, infecciones o dolores referidos viscerales a otras causas. Luego, en cuatro pacientes, el dolor se debe a una alteración estructural de la columna vertebral que típicamente está comprimiendo una raíz nerviosa. Eso sucede, por ejemplo, en ciertos casos muy concretos de hernia discal o de estenosis espinal. Por último, en el 95 % restante, que se conocen como casos inespecíficos, el dolor se debe, esencialmente, al mal funcionamiento de la musculatura y a sus mecanismos de coordinación.

—Dentro de ese 95 %, ¿qué tipos de dolores se manifiestan?

—Fíjese, los tres tipos que hay son esos. Todo el mundo asume que el grupo de dolor inespecífico, que es el más amplio, es heterogéneo en el sentido de que puede ser uno u otro grupo muscular o mecanismos musculares los que estén fallando. Sin embargo, cuando se han hecho estudios, ha sido imposible determinar criterios que separen a un caso de otro, excepto por su duración o los signos acompañantes. Así, la principal diferencia-

ción dentro de este grupo son los pacientes agudos, subagudos y crónicos. Esto es muy importante porque su pronóstico cambia. Un dolor agudo se define por una duración de menos de 14 días y el 80 % de estos casos tiende a mejorar espontáneamente. En el otro extremo, tenemos a los pacientes crónicos, que son aquellos en los que el dolor dura más de tres meses. Ahí se ponen en marcha una serie de mecanismos, esencialmente neurofisiológicos y musculares, que hacen que se pueda perpetuar aunque haya desaparecido la causa que lo provocó en su día. En el medio están los pacientes subagudos, en los que el dolor dura entre 14 y 89 días. En subagudos o crónicos está demostrado que la duración del dolor dificulta el tratamiento, con independencia del que elijamos. Así que cuanto antes, mejor.

—En base a lo que me dice y para que se entienda bien, si soy un paciente agudo, ¿es casi mejor que no haga nada?

—Bueno, el dolor puede ser muy intenso o incapacitante. Por lo que sí que merece la pena tomar medidas que hagan que el dolor sea más llevadero, restrinjan lo menos posible las actividades de la persona y, sobre todo, eviten que el pronóstico empeore. Cuando yo terminé la carrera hace 40 años, el tratamiento recomendado para el dolor intenso o agudo era el reposo estricto en cama. Sin embargo, al hacer estudios en ensayos clínicos se demostró que es intrínsecamente perjudicial para el individuo porque le hace perder tono y mecanismos de coordinación de los distintos grupos musculares. De tal forma que, al cabo de 48 horas, cuanto más dura el reposo en cama, más dura el episodio doloroso y más riesgo hay de que se repita más adelante. Por ello, hoy en día se recomienda mantener el mayor grado de actividad física que el dolor permita, aún en esa fase aguda.

—Han pasado de decir «meta-se en cama y repose», a todo lo contrario.

—Es así. Yo diría que la falta de forma física, del desarrollo muscular y de la coordinación muscular, así como hacer reposo en cama cuando duele, son los principales problemas que hay. Si en un momento dado al paciente le



El doctor Francisco Kovacs, experto e investigador en espalda.

duele mucho en cualquier postura, salvo estando en cama, no se le prohíbe. Sin embargo, ese reposo debe ser lo más breve posible.

—Defiende que el efecto de la higiene postural, en la práctica, es mínimo.

—(Se ríe). Pues es así. La higiene postural se ha estudiado desde dos enfoques distintos. Uno mediante ensayos en laboratorio, pidiéndole a un paciente que haga algo o adopte una postura de una forma u otra. Ahí se ve que distintas posturas hacen que unos elementos u otros sufran mayor o menor carga. Pero al llevarlo a la práctica, ha fracasado, salvo casos muy evidentes como el de una persona que se pase ocho horas sentada, mirando a una pantalla mal colocada y haciendo una torsión. Lógicamente, se le recomienda mantener una postura cómoda. Pero más allá de eso, la higiene postural ha demostrado ser perfectamente inútil, entre otras cosas porque es imposible mantener controlada la postura 24 horas y 7 días a la semana. Lo que se ha visto que es más eficaz es tener un tono muscular tan bueno que, de forma automática, mantengamos la postura correcta.

—Muchas veces nos olvidamos de la parte de prevención. ¿Qué deberíamos hacer para no tener estos dolores tan comunes?

—Lo más importante es asegurar que el tono muscular sea bueno. Hacer ejercicio es fundamental. Después, otro punto importante de la prevención es la educación en el sentido de saber qué hacer y qué no hacer. Finalmente, y la medida que puede resultar más chocante, es no hacer pruebas diagnósticas cuando no estén indicadas.

—¿Por qué?

—Algunas de las pruebas que hoy en día existen, como la resonancia magnética, son tan potentes que permiten ver muchos hallazgos irrelevantes, cuya mala interpretación puede dar lugar a actitudes médicas erróneas. Por ejemplo, los estudios demuestran que hacer una resonancia cuando no está indicada en alguien sano, aumenta hasta un 800 % la probabilidad de que el paciente termine operado sin necesidad. Hay que tener en cuenta que el 70 % de los sanos que corren por la calle sin ningún dolor tienen hernias discales sin importancia.

—¿Qué deporte es mejor para el dolor de espalda?

—Si hablamos de un individuo sano que quiere hacer ejercicio con fines preventivos, el criterio es el que más le guste y cuanto más, mejor. Sin embargo, lo más importante es que se mantenga en el tiempo. En resumen, hay que hacer algo, sea lo que sea. El abordaje será diferente en un pa-

ciente esencialmente crónico, en el que ya se han desarrollado desequilibrios musculares. En esos casos concretos, puede tener todo el sentido del mundo realizar ejercicio terapéutico y, una vez que se recupere, que haga cualquier cosa.

—¿Qué deberíamos hacer para compensar todo el tiempo que muchos pasamos sentados frente al ordenador?

—Si un trabajo consiste en estar sentado ocho horas, no hay problema, hay que hacerlo. Pero después es necesario compensarlo. La dosis mínima necesaria para que el organismo viva de una manera más sana no es realmente intensa. 75 minutos semanales de actividad intensa o 150 moderados. Estamos hablando de media hora, cinco días a la semana.

—¿Qué deberíamos tomar cuando nos duele la espalda?

—En general, dentro de las investigaciones que se han llevado a cabo, los relajantes musculares han demostrado ser bastante poco eficaces. En segundo lugar, el paracetamol, cuando se han hecho ensayos clínicos específicamente en dolor de espalda, no ha tenido más efecto que el placebo. Y dentro de los medicamentos de uso habitual, se ha visto que los antiinflamatorios mejoran la intensidad del dolor en los pacientes agudos, la idea es consumirlos el menor tiempo posible y solo cuando sean necesarios. La primera medida no es farmacológica, sino estar tan activo como sea posible. No obstante, si eso no le basta al paciente, hay otro tipo de medicación que el médico podrá prescribir. Eso sí, cuando la persona pasa a estar en fase subaguda o crónica, el tratamiento farmacológico tendría que ser excepcional, porque no es apropiado, ni seguro, seguir tomando antiinflamatorios durante meses. En estos casos el tratamiento de elección, que se llama intervención neurorreflexoterápica, desactiva los mecanismos que perpetúan este dolor.

—En un estudio desmontó el mito que recomendaba un colchón duro para la espalda.

—En el caso concreto del colchón, lo ideal es que sea una superficie de firmeza intermedia. Existe una escala europea, por normativa, que cuantifica la firmeza y va de uno a diez. En la práctica, tiene que ser suficientemente firme como para que el colchón se mantenga en un plano horizontal, pero lo suficientemente mullido como para adaptarse a la curvatura normal de la columna.