

# El reposo, enemigo de la espalda

El ejercicio ocupa un papel destacado en los nuevos tratamientos de la lumbalgia

CARMEN GIRONA - Madrid - 22/01/2008

Más del 80% de la población adulta ha tenido lumbalgia alguna vez. Pero esta dolencia, más frecuente en hombres que en mujeres, no suele ser grave y constituye el precio pagado por la especie por la bipedestación, al recaer la carga en la zona lumbar. En los últimos años, las pruebas científicas han desmantelado la forma tradicional de abordar este mal, demostrando que en la mayoría de casos el dolor no se debe a alteraciones estructurales como la artrosis, que no es necesario hacer pruebas radiológicas y que la actividad física reduce el riesgo de dolor. La cirugía, en contadas ocasiones.

"La evidencia científica ha demostrado que los conceptos, técnicas diagnósticas y tratamientos que se consideraban dogmas hace 20 años son equivocados. Antes se pensaba que la causa del dolor de espalda eran las deformaciones o alteraciones estructurales de la columna, la escoliosis, el desgaste del disco intervertebral o las hernias discales, y hoy se sabe que esto es un error y que en más del 96% de los pacientes el dolor obedece a motivos inespecíficos que se desencadenan por un proceso neurológico que causa dolor, inflamación y contractura muscular", sostiene Francisco Kovacs, director de la Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda (REIDE).

Kovacs subraya que las investigaciones también han demostrado que las pruebas radiológicas no tienen valor en esta dolencia, porque siempre se pueden detectar "hallazgos" que son comunes e igual de frecuentes en personas con y sin dolor. Y, en cuanto al tratamiento, antes se recomendaba reposo en cama, pero ahora se considera ineficaz.

"A partir de los 30 años, todas las personas muestran signos de que el disco intervertebral empieza a perder peso, lo que se conoce como degeneración discal, artrosis, o espondiloartrosis. El 70% de la población tiene escoliosis, y un porcentaje importante muestra imágenes de protrusión, hernia discal o estenosis", apunta. "A la ineficacia de las pruebas, se le suma una irradiación innecesaria, ya que una radiografía de columna conlleva una dosis de radiación equivalente a 15 radiografías de pulmón, un gasto inútil, e incluso puede inducir a otras alteraciones en el paciente".

En esta misma línea se pronuncia Carolina de Miguel, del servicio de Rehabilitación del hospital Ramón y Cajal de Madrid: "Ante una lumbalgia, la población debe saber que el reposo es el peor enemigo de la espalda. Hay que desmitificar la lumbalgia porque muchas veces somos los médicos los que hacemos iatrogenia. Tenemos que ser capaces de transmitir que el dolor de espalda no es algo grave, que aunque se tenga más artrosis no significa que tenga que aumentar el dolor, y que la lumbalgia se puede mitigar con un tratamiento en el que la actividad física ejerce un papel fundamental", subraya.

"Los abordajes activos son los que han demostrado mayor eficacia y deben ser la base del tratamiento del dolor", explica Mariano Flórez del servicio de Rehabilitación de la Fundación Hospital Alcorcón de Madrid.

Lo que hoy se recomienda y recoge la *Guía de práctica clínica europea de la lumbalgia* (existe una versión adaptada en español en [www.reyde.org](http://www.reyde.org)) es que el tratamiento del dolor de espalda se inicie con terapias sencillas y se incremente la complejidad en función de las molestias. Siempre es eficaz evitar el reposo y mantener el mayor grado de actividad física.

En los pacientes agudos (cuando el dolor dura menos de 14 días) se aconsejan tratamientos cortos (antiinflamatorios, analgésicos y relajantes musculares), en los subagudos (dura más de 14 días) y en los crónicos (más de 90) se maneja la intervención neuroreflejo-terápica (técnica no cruenta que consiste en implantar unas placas debajo de la piel de manera transitoria), tratamiento psicológico, medicación más potente y programas de rehabilitación multidisciplinar, entre otros.

En cuanto a la higiene postural, otra de las recomendaciones que se consideraba esencial para prevenir el dolor de espalda, se ha demostrado que tiene un efecto mínimo en la lumbalgia. "Las investigaciones demuestran que las escuelas de espalda clásicas, que surgieron para enseñar pautas de higiene postural, han resultado ser un derroche de dinero, y ahora se reorientan a la promoción del manejo activo del dolor, evitar el reposo en cama y mantener el mayor grado de actividad. Esto no implica que no se adopten medidas de higiene postural, sino que no hay que obsesionarse con ellas", dice Kovacs. La Fundación Kovacs ha realizado todos los ensayos clínicos para evaluar la efectividad de las escuelas de espalda en España y tutela los programas de educación sanitaria en sus 12 unidades asistenciales repartidas por el país.

En cuanto a qué tipo de actividad física es la más idónea para ejercitar la musculatura de la espalda, los especialistas coinciden en que lo mejor es que se adapte a los gustos y posibilidades de cada paciente y que siempre es mejor hacer cualquier deporte que ninguno. "Antes se recomendaba la natación, pero no ha demostrado ser más eficaz que otros deportes. Y, si no se sabe nadar, al final se adquieren malas posturas que agravan el dolor de espalda. Lo importante, en cualquier caso, es fortalecer los abdominales, la musculatura de la espalda, los glúteos y cuádriceps", apunta Elena Martínez Rodríguez, rehabilitadora de la Escuela de Espalda del hospital Ramón y Cajal.

La lumbalgia constituye la segunda causa de baja laboral tras el resfriado y genera un gasto del 1,7% del PIB, lo que en 2006 representó en España un coste de 16.000 millones de euros.

## Demasiadas fusiones vertebrales

Uno de los temas más controvertidos en el tratamiento de la lumbalgia es la cirugía de fusión vertebral, que se realiza en casos de fractura, tumores o deformaciones, y cuando se desconoce si el origen del dolor se debe al disco y no hay compresión del nervio ciático.

Mientras en los servicios públicos de traumatología españoles se practican unas 21.000 fusiones, en el Reino Unido, uno de los países de referencia en el tratamiento de esta dolencia y con casi el doble de población que España, sólo se hacen 2.000.

Gordon Waddell, del Centro para la Investigación Psicosocial y Discapacidad de la Universidad de Cardiff (Gales) y una autoridad mundial en lumbalgia, ha revisado los principales estudios sobre este tema y concluye que "de los trabajos científicos se desprende que los procedimientos quirúrgicos tradicionales, la disectomía y la microdisectomía, son eficaces en la hernia discal ciática; que todavía no existe evidencia científica que demuestre la validez de las intervenciones con láser o a través de la piel, y que el problema radica en la indicación de la fusión vertebral, en la que no existe evidencia científica de que ofrezca ninguna ventaja sobre el tratamiento conservador". Y añade: "Tampoco hay evidencia de que añadir instrumentación a la operación mejore los resultados".

---

## Recomendaciones

- Realizar una actividad física adaptada a cada persona.
- Alternar la postura de estar de pie y sentado.
- Si se está de pie, separar las piernas e intentar cargar el peso en una u otra pierna alternativamente. Buscar puntos de apoyo bajos.
- Si se está sentado, apoyarse en la región lumbar. Las sillas deben recoger los hombros y deben permitir sentarse dejando 2-3 centímetros detrás de la flexión de la rodilla para no comprimir los

vasos y favorecer las varices. Los pies no deben quedar colgando.

- La pantalla de ordenador debe estar a la altura del ángulo visual. Además, hay que levantarse periódicamente.

- Al levantarse de la cama, ponerse de lado, bajar las piernas y dejar la espalda derecha. Igual para acostarse.

- Acostarse boca arriba o de lado. Si se duerme boca abajo, doblar una rodilla para descargar la espalda.

---

© Diario EL PAÍS S.L. - Miguel Yuste 40 - 28037 Madrid [España] - Tel. 91 337 8200  
© Prisa S.A. - Ribera del Sena, S/N - Edificio APOT - Madrid [España] - Tel. 91 353 7900