

DESMITIFICANDO EL DOLOR DE ESPALDA

DEMYSTIFYING LOW BACK PAIN

Pablo RODRÍGUEZ SÁNCHEZ-LAULHÉ

Resumen:

El Dolor de Espalda es una afección frecuente en la sociedad actual que está en claro crecimiento debido a diversos factores. Puede llegar a ser muy limitante, pero en la mayoría de los casos se resuelve a corto plazo y rara vez existe una causa clara de su aparición. Es fundamental informar al paciente de manera correcta de su dolencia y desmentir ideas que se suelen difundir entre la población que favorecen el miedo y, a veces, el empeoramiento del problema. Que el paciente sepa acudir a un fisioterapeuta por iniciativa propia puede acelerar la recuperación y evitar la cronificación del dolor, lo que evitará el uso innecesario de medicación, pruebas de imagen y disminuirá el número de días de incapacidad. Este artículo tiene como meta informar sobre la evidencia científica más actual en problemas músculo-esqueléticos y dolor así como de algunas claves para saber manejarlo.

Abstract:

Back pain is a common condition in current society, which is clearly increasing due to many factors. It can become very limiting, but most cases are resolved short-term and hardly ever its appearance has a clear cause. It is essential to inform patients correctly about their disease and to deny ideas which usually are spread among the population promoting fear and, sometimes, worsening the problem. The fact that patients come to physiotherapy by themselves can accelerate rehabilitation process and prevent pain cronification. Therefore it would avoid unnecessary medication ingestion, imagine tests and reduce inability days. The objective of this article is to inform about the most current scientific evidence of muscle-skeletal problems and pain, and the keys for handling it.

Palabras Clave:

Dolor de Espalda, Rehabilitación, Fisioterapia

Keywords:

Back Pain, Rehabilitation, Physical Therapy

Prácticamente todos hemos sufrido alguna vez en nuestra vida o hemos tenido personas cercanas que han padecido esa sensación desagradable que nos incapacita para realizar actividades cotidianas.

El objetivo de este artículo es dejar cosas claras sobre el Dolor de espalda y quitar el miedo generalizado que se suele difundir entre la población y los propios profesionales de la salud.

Esta afección es un proceso común en la población mundial, como puede ser algo tan frecuente como un resfriado, y lo importante es saber afrontarlo de la manera más adecuada posible. Incluso es hoy por hoy la causa más frecuente de baja laboral (1,2).

También conviene mencionar que sólo un pequeño porcentaje de esta población la padecerá a largo plazo (1). No nos debe preocupar su aparición, ya que suele ser una aparición episódica y rara vez tiene relación con un problema grave de la espalda (3)

¿Es importante el uso de RMN o Radiografías?

Rotundamente no.

Ya se han realizado gran número de estudios de imagen en personas con síntomas lumbares y personas asintomática, y se ha observado que NO hay diferencias entre estos dos grupos. Además, no va a suponer una mejor recuperación del paciente. (2,4,5) Únicamente se utilizan para descartar la existencia de patologías más graves.

Además, el hecho de que aparezca algún indicativo en la prueba de imagen como “Artrosis”, “Hernias”, etc. estos hallazgos NO dan síntomas en la mayoría de pacientes. (6) Es más, suelen aparecer también en personas sin dolor alguno (3). Es decir, que una persona sana sin molestias de ningún tipo puede presentar este tipo de características y no le estén causando dolor alguno ni le vaya a ocasionar en un futuro.

Imaging Finding	Age (yr)						
	20	30	40	50	60	70	80
Disk degeneration	37%	52%	68%	80%	88%	93%	96%
Disk signal loss	17%	33%	54%	73%	86%	94%	97%
Disk height loss	24%	34%	45%	56%	67%	76%	84%
Disk bulge	30%	40%	50%	60%	69%	77%	84%
Disk protrusion	29%	31%	33%	36%	38%	40%	43%
Annular fissure	19%	20%	22%	23%	25%	27%	29%
Facet degeneration	4%	9%	18%	32%	50%	69%	83%
Spondylolisthesis	3%	5%	8%	14%	23%	35%	50%

Tabla 1 "Hallazgos en Pruebas de Imagen según edad en personas asintomáticas"(Brinjikji et al. 2015)(6)

Origen del Dolor de Espalda

Relacionado con lo anterior, podemos comenzar a hablar de la complejidad del mismo. En tu dolor de espalda van a influir muchos más factores que una “contractura”, e incluso no tiene por qué tener este origen. El proceso de esta disfunción es mucho más enrevesado y en él influyen muchos tipos de causas diferentes. (4).

De ahí que hablemos de “Dolor Lumbar Inespecífico”, ya que no podemos concretar un origen claro del dolor.

Suele asociarse con otros muchos factores, como son:

- Enfermedades crónicas: Asma, Dolor de cabeza, Diabetes, Obesidad, etc.
- Problemas Psicológicos: Estrés, Depresión, Ansiedad, etc.
- Sociales: Nivel educativo, Ingresos económicos, Creencias, etc.
- Estilos de vida: Horas de sueño, Tabaco, Vida sedentaria, etc.
- Físicos: Alteraciones del tamaño, Composición o Coordinación muscular, etc.
- No modificables: Genéticos, Sexo, etc.
- Procesamiento del dolor.

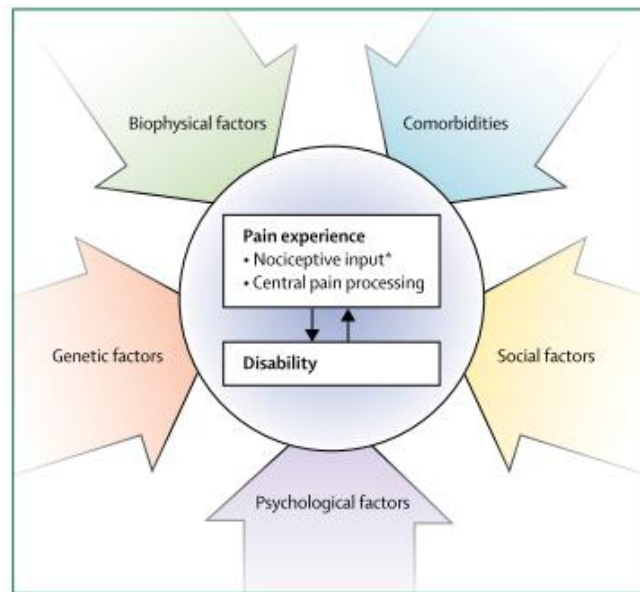


Tabla 2 "Factores contribuyentes a la aparición del Dolor de Espalda" (Hartvigsen et al. 2018) (2)

Todas estas posibles causas relacionan entre sí, y contribuyen a la aparición de esta sensación desagradable en la espalda. Y sí, el tabaco también es un factor importantísimo, el cual, mediante diferentes efectos a nivel vascular, respiratorio o endocrino, produce alteraciones en el procesamiento del dolor, la reparación tisular o el aporte vascular que van a predisponer a padecer afecciones músculo-esqueléticas como el dolor de espalda. (2,4)

¿Procesamiento del Dolor?

Vamos por partes.

El hecho de percibir un estímulo como doloroso va a depender del Sistema Nervioso Central (SNC). A él llegan miles de estímulos a cada segundo y discierne entre los que realmente suponen un peligro y los que no. Es decir, nuestro cerebro va a ser el responsable superior de que algo nos vaya a producir dolor (que suponga un peligro para la integridad de nuestro cuerpo). Sin su colaboración, ninguna sensación podrá ser dolorosa.

Ejemplo: Existen los testimonios de soldados en el campo de batalla que han perdido una pierna tras una explosión, y lo único que han sentido es un leve golpe en la pierna, y

hasta que no han intentado andar no se han percatado de lo que realmente pasaba. Esto tiene una explicación, y es que su cerebro está más concentrado en la supervivencia y en el enemigo, y cualquier otro estímulo lo valorará de menor importancia y no lo tendrá en cuenta.

Ejemplo 2: El caso contrario puede ser el hecho de cortarte con una hoja de papel en un dedo. Es un corte minúsculo, pero el dolor es muy intenso.

El proceso es algo más complejo que esto, (7) pero quiero dejar clara la idea de que el dolor posee varios estadios que van a ser determinantes en la aparición de esta sensación o no, y el cerebro es un centro fundamental en su aparición.

Además, la intensidad del mismo no se relaciona con el daño o alteración en el tejido. Como hemos visto, un pequeño corte puede ocasionar mucho dolor.

Todo esto podemos relacionarlo con el tema en cuestión: el dolor de espalda. Supongamos que un dolor de espalda se alarga en el tiempo. Típico paciente que pasa de profesional en profesional de los cuales recibe informaciones contradictorias y ninguno da con la tecla para aliviarlo. Le produce frustración e incluso desesperación, ya que no sabe qué es lo que pasa, nadie le sabe dar una respuesta y comienza a pensar que su problema será para siempre y que debe ser algo grave.

Este paciente va a tener cada vez más miedo al movimiento, va a tener la sensación de que su espalda es muy frágil y que a la mínima va a volver a padecer el dolor. Va a ver como peligroso el moverse, cerrando así un círculo vicioso.

La perpetuación de un dolor músculo-esquelético, como el dolor de espalda, va a producir cambios a nivel del cerebro y otras partes del SNC, lugar donde se modula el umbral mínimo que hace falta para que un estímulo sea percibido como doloroso. Véase en la *tabla 3* la reacción anormal tras experimentar dolor (“*Extra sensitive*”) en la cual un pequeño estímulo (mucho mayor que con la reacción normal o “*Normal electrical level*”) puede ocasionar una sensación de peligro y por tanto, dolor.

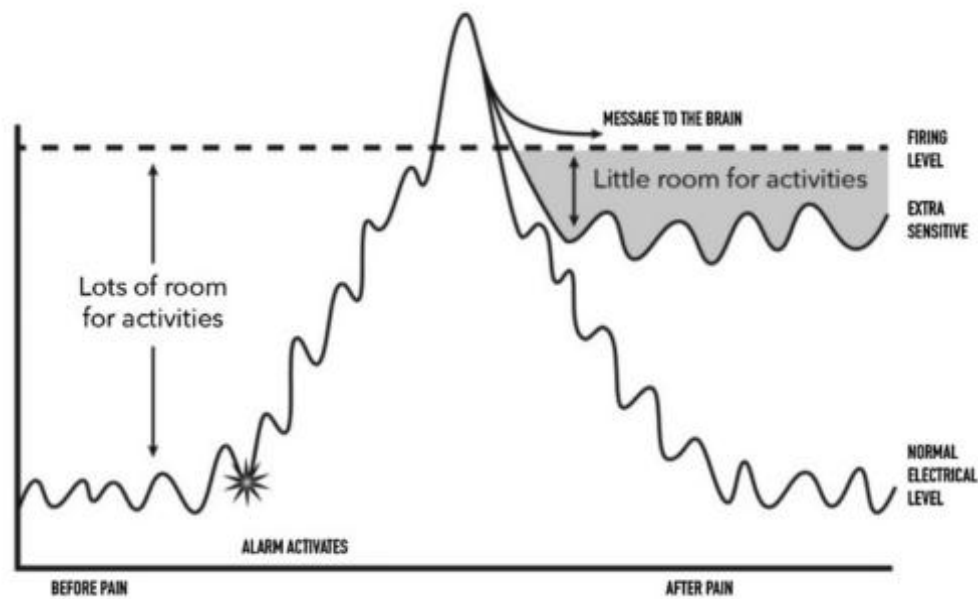


Tabla 3 "Representación gráfica de reacción antes y después de un estímulo doloroso" (Louw et al. 2017) (8)

Esto puede evolucionar a una “hipervigilancia del SNC”, produciendo un aumento de sensaciones dolorosas ante estímulos que no deben serlo y va a experimentar un dolor desproporcionado a la alteración del tejido en cuestión. (9) No significa que el dolor sea “psicológico” como se suele decir. El dolor es real, está ahí y habrá que abordarlo con diferentes vías, pero la fundamental es informar a la persona de todo el mecanismo que tiene el dolor de espalda y darle pautas claras, como es el comenzar a moverse y tener una vida activa, retomando actividades como la actividad física, cuidar la dieta, controlar las horas de sueño y, sobre todo, que el paciente se vaya tranquilo de que su espalda puede volver a ser lo que era.

En definitiva: *la experiencia del dolor depende de muchísimos más factores, y puede tener influencia del SNC pero todo ello tiene solución.*

¿Qué hay de verdad en la “Postura Ideal”?

Desde siempre se nos ha hablado e inculcado en las escuelas y desde la propia casa que hay que mantenerse lo más recto posible cuando estamos sentados. Sin embargo, los estudios más actuales comienzan a desmentir esta idea que tenemos tan arraigada en nuestra sociedad.

No se ha encontrado relación entre tener una mejor postura (como solemos entenderla) y ausencia de dolor de espalda.(10,11) Se analizaron hasta cincuenta y cuatro artículos publicados hasta 2008 y se concluyó que no existía una relación causal directa entre poseer un tipo de curva de la columna y un mejor estado de salud y ausencia de dolor.(11)

La postura es inherente a cada persona ya que cada una tiene una forma propia de sentarse, y el hecho de mantenerse lo más recto posible (normalmente hasta incómodo) sin moverse sí puede llegar a ocasionar problemas, ya que va a cansar esa musculatura.

La única postura ideal es aquella que se cambia. Es fundamental evitar pasar varias horas en una misma posición. Es recomendable intentar levantarse cada hora y moverse de arriba abajo. Esta sencilla rutina puede evitarte problemas en un futuro o aliviarte los que puedas tener actualmente.

¿Qué debo hacer?

Viendo la gran variedad de causas que puede tener este problema tan prevalente en la población, el tratamiento deberá ser en la misma medida.

Aquí entra en valor la Fisioterapia, la cual es especialista en realizar un trabajo multifactorial del paciente:

- Valorará las creencias e ideas que tiene el paciente sobre su problema. (2)
- Enseñará y educará al paciente sobre el concepto del dolor, eliminando falsas creencias para poder afrontar mejor su recuperación (8).
- Utilizará la terapia manual para reforzar todas estas ideas que queremos transmitirle (4). El fisioterapeuta utilizará esta herramienta como una vía para disminuir el dolor (produce la liberación de sustancias analgésicas cerebrales) lo que permitirá ir exponiendo gradualmente al paciente a los movimientos que evita y así reducir el miedo al movimiento y con ello, producir cambios en el SNC.(8)
- Tras ello se progresará a un trabajo más activo del paciente con Ejercicio Terapéutico para volver a equilibrar la musculatura que ha sufrido cambios en este tiempo, y animándolo a realizar una vida lo más activa posible.

En la “*Tabla 4*” se observa, de manera metafórica, cómo el uso de la terapia manual y la fisioterapia van disminuyendo progresivamente el estado de “*Hipervigilancia del SNC*” (9) del que hablamos anteriormente, consiguiendo que el umbral del dolor aumente y dejen de experimentarse estímulos que no son peligrosos para nuestra integridad como dolorosos.

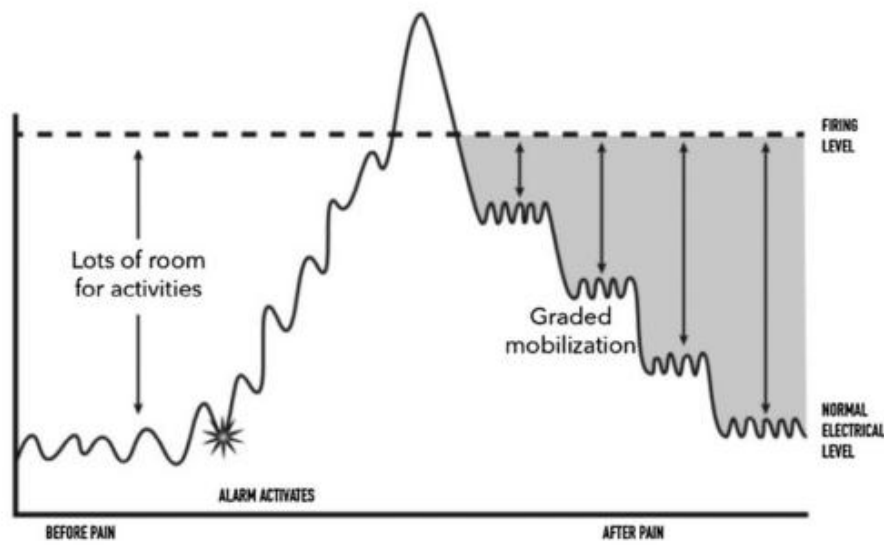


Tabla 4 "Uso metafórico del descenso del nivel de dolor mediante la Terapia Manual" (Louw et al. 2017) (8)

Resumiendo, será fundamental acudir al especialista de la Salud a nivel músculo-esquelético y dolor, el Fisioterapeuta. (4,9).

Aunque sin excluir otros profesionales muy importantes en estos pacientes como pueden ser el Psicólogo, el Nutricionista, el Traumatólogo o el Médico de atención primaria.

¿Qué dice la literatura más actual?

El trabajo principal que se propone se basa en tres pilares:

- Ejercicio Terapéutico.
- Educación del paciente.
- Fisioterapia.

También es importante destacar que en la actualidad se propone evitar las cirugías sin haber descartado antes estos pilares de tratamiento. (5) Además, el uso de fármacos está en entredicho por su corto efecto y sus posibles consecuencias sobre la salud (4).

Mensaje Clave:

- El Dolor de Espalda es muy frecuente en la población, y no supone la existencia de una lesión grave.
- Las Resonancias u otra prueba de Imagen no son importantes para la recuperación, e incluso pueden entorpecerla.
- El Dolor de Espalda no es un problema con un único origen, sino que suelen agruparse varios de diferente índole, por lo que el tratamiento también será enfocado a las múltiples causas.
- El tratamiento se deberá basar en Terapia Manual, Ejercicio terapéutico y Educación del Dolor, pero podrán colaborar otros profesionales.
- ¡No tengas miedo a Moverte!

Bibliografía:

1. Tousignant-Laflamme Y, Martel MO, Joshi AB, Cook CE. Rehabilitation management of low back pain – It’s time to pull it all together! J Pain Res. 2017;10:2373–85.
2. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. Lancet. 2018;6736(18).
3. O’Keeffe M, O’Sullivan K. All you ever wanted to know about back pain. Raidió Teilifís Éireann [Internet]. 2018; Available from: <https://www.rte.ie/eile/brainstorm/2018/0130/937071-all-you-ever-wanted-to-know-about-back-pain/>
4. O’Sullivan P, Caneiro JP, O’Keeffe M, O’Sullivan K. Unraveling the Complexity of Low Back Pain. J Orthop Sport Phys Ther [Internet]. 2016;46(11):932–7. Available from: <http://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2016.0609>

5. O'Connell NE, Cook CE, Wand BM, Ward SP. Clinical guidelines for low back pain: A critical review of consensus and inconsistencies across three major guidelines. *Best Pract Res Clin Rheumatol* [Internet]. 2016;30(6):968–80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.berh.2017.05.001>
6. Brinjikji W, Luetmer PH, Comstock B, Bresnahan BW, Chen LE, Deyo RA, et al. Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2015;36(4):811–6.
7. Butler D, Moseley L, Sunyata A. *Explain Pain*. 1º. Publications N, editor. Adelaide, Australia: NOI Group; 2010. 129 p.
8. Louw A, Nijs J, Puentedura EJ. A clinical perspective on a pain neuroscience education approach to manual therapy. *J Man Manip Ther* [Internet]. 2017;25(3):160–8. Available from: <http://doi.org/10.1080/10669817.2017.1323699>
9. Nijs J, Clark J, Malfliet A, Ickmans K, Voogt L, Don S, et al. In the spine or in the brain? Recent advances in pain neuroscience applied in the intervention for low back pain. 2017;
10. Dankaerts W, Sullivan PO, Burnett A, Straker L, Davey P, Gupta R. Discriminating Healthy Controls and Two Clinical Subgroups of Nonspecific Chronic Low Back Pain Patients Using Trunk Muscle Activation and Lumbosacral Kinematics of Postures and Movements A Statistical Classification Model. 2009;34(15):1610–8.
11. Toftgaard S, Dc C, Dc JH. Spinal Curves and Health: A Systematic Critical Review of the Epidemiological Literature Dealing With Associations Between Sagittal Spinal Curves and Health. *J Manipulative Physiol Ther* [Internet]. 2008; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmpt.2008.10.004>