

HABLAMOS DE
SALUD

quirónsalud

RUBÉN ÁLVAREZ, JEFE DE LA UNIDAD DEL DOLOR DEL HOSPITAL QUIRÓNSALUD VITORIA

«El 80 o 90% de las hernias discales se reabsorben en un periodo de unas dos a once semanas»

El doctor Rubén Álvarez, jefe de la Unidad del Dolor del Hospital Quirónsalud Vitoria, analiza las causas del dolor lumbar más habituales e insiste en la necesidad de un abordaje escalonado, sin recurrir a la cirugía salvo en casos muy seleccionados

El dolor lumbar es una de las dolencias más frecuentes de la población general, favorecida por hábitos de vida sedentarios y largas jornadas de oficina. El doctor Rubén Álvarez, anestesiólogo y jefe de la Unidad del Dolor del Hospital Quirónsalud Vitoria, transmite tranquilidad a quienes reciben un diagnóstico de hernia discal lumbar: «El 80 o 90% de las hernias discales, protrusiones o abombamientos discales, se reabsorben en un periodo de unas 2-4-8 o hasta 11 semanas, es decir, en un periodo de unos tres meses. Por eso, ante un episodio agudo el mensaje es esperar, tomar medicación, acudir al especialista y confiar en que la mayoría de los cuadros se resuelven solos.

Solo el 10 o 20% restante, cuando el dolor y la hernia no remiten pasados esos tres meses, requiere un tratamiento adicional. Aun así, el doctor Álvarez defiende que la cirugía debe quedar como última opción: «Salvo que haya señales de alarma que los médicos pueden reconocer como pérdida de control de esfínteres, insensibilidad en la zona genital o bilateralidad en ambas piernas, existen otras alternativas y técnicas dirigidas a descomprimir el disco antes de plantear una intervención».

Esa misma prudencia guía su forma de entender el diagnóstico del dolor lumbar en general. Ante un dolor persistente tras un esfuerzo, el doctor Álvarez recomienda realizar una resonancia magnética, aunque matiza que no hay una relación directa entre el dolor lumbar y la asociación con alteraciones en la resonancia magnética. Por eso defiende que no solamente se deberían pedir pruebas, sino que también se debería explorar al paciente en consulta para orientar el posible diagnóstico.

Cuando el dolor se cronifica y limita la calidad de vida del paciente, entran en juego técnicas como



El doctor Rubén Álvarez transmite tranquilidad a quienes reciben un diagnóstico de hernia discal lumbar.

la radiofrecuencia, que consiste en «quemar una zona concreta del cuerpo para producir un beneficio a largo plazo». Pero antes de aplicarla, explica que siempre debe hacerse primero una infiltración: «Si realmente hacemos una infiltración en esa estructura y obtenemos un beneficio por encima del 60-70% de alivio del dolor en el paciente de una manera objetiva, en un segundo tiempo se puede proponer la radiofrecuencia para que el alivio se prolongue en el tiempo».

El especialista subraya también el papel de las emociones en la percepción del dolor: «El área del cerebro que nos ayuda a percibir las emociones es la misma área del cerebro que traduce el dolor», explica. Por ello, situaciones de estrés, ansiedad o duelo hacen que el paciente perciba con mayor intensidad un dolor que, en realidad, no ha cambiado. «El dolor en sí tiene una esfera emocional que es muy importante de controlar. Por ello, lo deberíamos

de tratar como una enfermedad crónica, con el apoyo psicológico que merece», puntualiza el doctor Rubén Álvarez.

Tratamiento

Para el dolor lumbar recurrente sin causa grave, el jefe de Servicio recomienda mejorar los hábitos de vida, evitar el sedentarismo y cuidar la postura al levantar peso doblando las rodillas para agacharse. En cuanto al ejercicio, apuesta por actividades de bajo impacto y carácter postural como yoga, pilates, natación, que ayudan a tener un «mejor andamiaje de toda la zona lumbar» y una mayor resistencia de la columna a futuro.

En los casos más avanzados, cuando ya se han agotado todas las terapias de la unidad del dolor sin mejoría, el especialista no descarta la cirugía: «La opción quirúrgica es una opción igualmente eficaz en casos seleccionados», aunque advierte de que la agresividad de la cirugía es mucho mayor

que las técnicas de la unidad del dolor, por lo que debe reservarse para pacientes muy concretos. El doctor explica que la columna no debe entenderse como elementos aislados, sino como una «cadena de bici, con eslabones formados por el disco, el nervio, la vértebra y las articulaciones». Cuando se pierde altura en los discos, la carga se transfiere hacia estructuras posteriores no preparadas para soportarla, lo que genera dolor y por eso son muy importantes las infiltraciones selectivas.

En el caso de la escoliosis, cuando la columna se tuerce con los años, el músculo de la zona convexa trabaja de forma constante e inconsciente para intentar enderezarla, lo que genera tensión. Según su experiencia, el dolor no suele aparecer en la columna, sino en los músculos. Por ello, aplicando el tratamiento correspondiente a los músculos, se consigue una mejoría muchísimo mayor que con tratamientos dirigidos directamente sobre la columna.

El doctor Álvarez explica que cuando hay un dolor, todos los esfuerzos deberían ir dirigidos a un abordaje rehabilitador y multidisciplinar de entrada, pero cuando el dolor se cronifica o es tan potente que impide al paciente llevar a cabo ese cambio de hábitos, el orden se invierte: «Aunque se recomiende ejercicio físico o rehabilitación, eso requiere un esfuerzo que en los casos más limitantes no se puede llevar a cabo», señala. En estos casos es cuando se deben utilizar técnicas de la unidad del dolor para que mejore sus dolores y pueda empezar por el camino de la rehabilitación. El doctor Rubén Álvarez insiste en no demorar la consulta cuando el dolor supera los tres meses de evolución, ya que un diagnóstico y un abordaje precoces, tanto físico como emocional, son claves para evitar que el dolor se convierta en una enfermedad crónica.

HABLAMOS DE
SALUD

¡Conoce todas las respuestas del
Dr. Rubén Álvarez en el vídeo!

Escanea este código
para acceder a más
contenidos de salud

