

RAFAEL GONZÁLEZ DÍAZ | vicepresidente de la Sociedad Española de Columna

"El 80% de los dolores lumbares son inespecíficos y se curan con ejercicio"

"Las fracturas de espalda se han reducido mucho con la implantación del carné por puntos y por el paro en la construcción"

Gijón, A. RUBIERA
El traumatólogo y cirujano Rafael González Díaz es un referente nacional en cirugía de columna, especialidad a la que se dedica desde hace casi veinte años. Jefe de la unidad del Hospital Universitario Fundación Alcorcón y del hospital Nuestra Señora del Rosario en Madrid, es además vicepresidente de la Sociedad Española de Columna, institución que le tocará presidir en sólo unos meses. Abulense de nacimiento, preside en Gijón las X Jornadas Hispano-Lusas de columna que organiza la empresa gijonesa Acuña y Fombona y que se están celebrando en el Palacio Revillagigedo, con un centenar de expertos en la materia.

—La cirugía de columna está en aumento. ¿Hay más enfermedad o más posibilidades de operarse con éxito?

—La patología sigue siendo la misma pero la demanda de la población aumenta, no sólo porque en proporción en España hay más gente mayor, sino también porque los ancianos quieren vivir mejor. Y a ello se suma que la ciencia y la tecnología avanza, los implantes que nos ofrece la industria son cada vez mejores y eso nos lleva a nosotros a hacer cirugía más segura y eficiente, planteándonos operaciones que antes igual no contemplábamos.

—Dice que la patología es la misma pero las consultas de los médicos de Primaria están cada vez más llenas de dolores de espalda. ¿Qué está pasando?

—Hay que diferenciar dos cosas: la patología que hay que operar y el dolor de espalda inespecífico. Efectivamente, el dolor lumbar es muy prevalente. De hecho es la primera causa de incapacidad permanente en población activa, y la segunda después de los procesos respiratorios o cardiológicos. Pero que la incidencia de los problemas de espalda sea alta no significa que todo se tenga que operar. Lo que se opera son casos concretos y muy específicos de deformidades, problemas neurológicos...

—Y si no se opera, ¿cómo se debe cuidar la espalda para descongestionar las consultas?

—Con educación. Lo primero es que los médicos de Primaria deben saber que el 80% de los problemas lumbares son inespecíficos y se curan con ejercicio, medidas ergonómicas, buenas posturas y actividad física. Sobre to-

do, actividad física. Nunca hay que alarmar a un paciente porque tenga un dolor de espalda, sino más bien todo lo contrario. Obviamente es necesario un buen diagnóstico y hay que descartar que haya un problema, pero a partir de ahí lo que toma peso es el ejercicio, la fisioterapia e incorporar a ese paciente a sus actividades cotidianas. Si se le mete en la cabeza a un paciente que tiene un problema de espalda sólo conseguimos que se perpetúe ese problema. Y el coste es muy alto para la sociedad: en bajas laborales, medicamentos, tratamientos que muchas veces son ineficientes, incapacidades que muchas veces no son tal...

—¿Se puede afirmar que la cirugía de espalda debido a fracturas está en descenso y está en crecimiento la cirugía por problemas degenerativos?

—Las fracturas se han reducido claramente por dos motivos: porque hay mucha gente en paro que trabajaba en la construcción, y por la implantación del sistema de puntos en el carné de conducir. Los cirujanos somos conscientes de que ha bajado el número de politraumatizados en España, y la mayoría de las fracturas vertebrales se daban precisamente en politraumatizados por accidentes laborales o tráfico.

—¿Tanto se nota?

—Sin duda. Una estadística hecha por el Instituto Nacional de Paraplégicos de Toledo indica que hace unos años en los casos de lesionados medulares la mayor incidencia se debía a esos accidentes de tráfico y laborales. Ahora la mayor incidencia la tienen los problemas médicos: ictus, isquemias, problemas postquirúrgicos, complicaciones... Y no es que éstos hayan aumentado, es que los otros se han reducido.

—¿Y qué me dice de los problemas degenerativos?

—Que su incidencia sigue siendo la misma, pero se tiende a operar más. Y en pacientes más mayores, sobre todo en caso de deformidades. La realidad es que el paciente mayor o anciano vive mejor y más tiempo y ahora quiere seguir jugando al golf, quiere seguir saliendo, quieren su piscina, y si tienen una deformidad quieren estar estéticamente mejor y con menos dolor. Y como nosotros estamos cada vez mejor entrenados y disponemos de nuevos recursos —implantes y tecnología—, hacemos cirugía más segura.



Rafael González Díaz, ayer, en el Palacio Revillagigedo de Gijón. [ANGEL GONZALEZ]

"La natación no es mejor que cualquier otra actividad física"

Gijón, A. R.

—Menciona mucho el ejercicio físico. ¿La natación es, como se dice, el más beneficioso para la espalda?

—Eso es un mito. No hay ninguna evidencia de que sea mejor que cualquier otra actividad física. Cualquier ejercicio aeróbico que evite el impacto directo es bueno para el paciente. Ni siquiera en los corredores, que practican deporte de impacto, hay evidencia de que tengan más problemas de espaldas que quien no corren.

—¿Los conductores y oficinistas son población en riesgo de padecer dolor de espalda como se dice?

—Sí, son carne de cañón de dolor de espalda. El sedentarismo prolongado no es nada bueno. Y aunque no genera patología que lleve de por sí al quirófano, sin duda tiene más posibilidades de terminar en cirugía un problema "equis" en un tipo sedentario que ese mismo problema en una persona activa, con capacidad laboral, con iniciativa...

—En Asturias hay un problema de recambio de cirujanos de columna cuando se jubilan. ¿Qué ocurre en la especialidad?

—La cirugía de columna requiere mucha dedicación, es compleja, implica mucha formación continua, y no muchos cirujanos quieren meterse en ese berenjal. Y si encima las autoridades sanitarias no apuestan por esto, todo se complica. La Administración debería darse cuenta de que la inversión en estos especialistas y esta cirugía de columna es muy rentable porque así se resuelve rápido problemas de pacientes que generan muchas bajas laborales y muchos costes asociados de incapacidades.

—¿Van camino de popularizarse tanto las operaciones de columna como las de prótesis de cadera o rodilla?

—No, porque no hay tanta incidencia de problemas de espalda importantes como los hay de cadera y rodilla. Pero en lo relativo a calidad de vida que ofrecen es-

tas tres operaciones sí que se podrían igualar.

—Uno de sus problemas está en la cirugía de revisión. Han dicho que hasta un 20% de los pacientes operados de columna van a acabar requiriendo una segunda intervención. ¿Por qué?

—Cuanto más compleja es la cirugía, el paciente es más anciano o es muy joven —caso de pacientes niños que se operaron muy pequeños cuando aún tenían que pasar la fase de crecimiento— el número de reintervenciones aumenta. Pero en cirugías comunes como la de disco las reintervenciones pueden estar en un 5%. Aunque en las cirugías complejas puede ser del 30%.



Las operaciones de columna no son inseguras, sólo que a más complejidad, más riesgo

Se operan más cosas degenerativas por la calidad de vida: un anciano quiere seguir jugando al golf

La cirugía cervical bien hecha y bien indicada es la más agradecida para el paciente y el cirujano

—Habla de más operaciones y en mejores circunstancias, pero la intervención de columna aún va ligada a un temor grande al riesgo.

—Da más miedo que otras porque conlleva un tema neurológico y la gente le tiene miedo a una lesión medular. Pero ¿sabe cuál es el índice de tener una complicación neurológica en una operación grave de deformidad? Un 0,5 por ciento. Eso es un riesgo muy bajo. Las operaciones de columna son cirugías que, a más complejidad, tienen más complicaciones y más riesgo de una reintervención, pero no por ello son cirugías inseguras.

—Los problemas cervicales también parecen en aumento, pero esta cirugía tiene mala fama. ¿Debería ser así?

—Lo que debería saberse es que la cirugía cervical primaria bien indicada y bien hecha es la cirugía de columna más agradecida para el paciente y para el cirujano. Y bien hecha tiene un índice de complicaciones muy baja. Pero si no va bien, entonces la cosa se complica bastante.

—¿Qué enfermedad suele llevar a esta intervención de cervicales?

—Lo más habitual es patología degenerativa, la hernia de disco o en los mayores la mielopatía cervical, que es la compresión de la médula por artrosis.

—Nada que ver con cuestiones posturales.

—No. Igual que decíamos de los dolores genéricos de espalda, la mayoría de los problemas cervicales de dolor son inespecíficos y se curan con ejercicio, educación y fisioterapia.