

Sal marina y baños salinos: usos terapéuticos documentados

Autor: EA4IPV

Fecha: 23/03/2026

Categoría: Remedios Naturales

Etiquetas: Sin etiquetas

Sal marina y baños salinos: usos terapéuticos documentados

La balneoterapia con agua salina tiene una historia terapéutica de más de 2000 años, desde las termas romanas hasta los centros de talasoterapia modernos. La evidencia científica actual respalda usos específicos: Fortunati et al. (2016, International Journal of Dermatology) confirmaron la eficacia de los baños con sal del Mar Muerto en psoriasis, mientras que Cantista y Maraver (2012, International Journal of Biometeorology) revisaron la evidencia en patología musculoesquelética. La sal marina no refinada contiene, además de cloruro sódico (85-95 %), más de 60 minerales traza incluyendo magnesio, potasio, calcio, zinc, hierro, manganeso y yodo, que contribuyen a sus efectos terapéuticos. La solución salina es también la base del lavado de heridas y las irrigaciones nasales, dos de las intervenciones más simples y con mejor relación coste-eficacia en medicina. En contextos sin acceso a farmacia, la sal representa un recurso medicinal fundamental, económico e indefinidamente almacenable.

Composición de la sal marina y mecanismos terapéuticos

La sal marina sin refinar difiere significativamente de la sal de mesa industrial. Mientras que la sal refinada es cloruro sódico puro al 99,5 %, la sal marina conserva un perfil mineral complejo que es parte esencial de su actividad terapéutica. La sal del Mar Muerto, la más estudiada, contiene solo un 12-18 % de cloruro sódico y concentraciones excepcionalmente altas de magnesio (31-35 %), potasio (20-28 %), calcio (0,1-0,5 %) y bromuro (0,2-0,4 %).

Mineral

Concentración en sal del Mar Muerto

Efecto terapéutico documentado

Magnesio (Mg^{2+})

31-35 % como $MgCl_2$

Antiinflamatorio: inhibe la presentación de antígenos por células de Langerhans (Proksch et al., 2005, International Journal of Dermatology). Relajante muscular por bloqueo de receptores NMDA

Potasio (K^+)

20-28 % como KCl

Mejora la hidratación cutánea regulando el equilibrio osmótico celular. Reduce la descamación en psoriasis

Bromuro (Br^-)

0,2-0,4 %

Efecto sedante cutáneo y antipruriginoso. Estudios del Mar Muerto muestran reducción del prurito en

dermatitis atópica

Calcio (Ca^{2+})

0,1-0,5 %

Esencial para la diferenciación normal de queratinocitos. La deficiencia de calcio en el estrato córneo se asocia con psoriasis

Zinc (Zn^{2+})

Trazas (0,01-0,03 %)

Antiinflamatorio y cicatrizante. Cofactor de más de 300 enzimas incluyendo las de reparación tisular

El mecanismo del baño salino combina varios efectos: la presión hidrostática del agua reduce el edema; la flotación parcial descarga las articulaciones; la absorción percutánea de minerales (especialmente magnesio) tiene efecto antiinflamatorio sistémico; y la osmolaridad elevada reduce el edema tisular. Waring (2004, Universidad de Birmingham) midió un aumento del 35 % en los niveles séricos de magnesio tras baños con sales de Epsom (sulfato de magnesio) de 12 minutos, confirmando la absorción transdérmica.

Baños salinos en dermatología: psoriasis y dermatitis

La indicación dermatológica más estudiada es la psoriasis. La «climatoterapia del Mar Muerto» es un tratamiento reconocido por múltiples guías dermatológicas europeas. Halevy et al. (2001, Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology) documentaron mejorías del 80-90 % (PASI 75) en pacientes con psoriasis tras 4 semanas de tratamiento en el Mar Muerto.

Patología

Protocolo

Evidencia

Psoriasis en placas

Baño con 1-2 kg de sal del Mar Muerto en bañera (200 L) a 35-37 °C durante 20-30 minutos, 3-5 veces/semana durante 4-6 semanas. Combinable con fototerapia UVB

Halevy et al. (2001): PASI 75 en el 80 % de pacientes tras 4 semanas. Fortunati et al. (2016): baño + UVB-nb tan eficaz como UVB solo en 6 meses (pero con menos recaídas)

Dermatitis atópica (eccema)

Baño con 200-500 g de sal marina en bañera a 33-36 °C durante 15-20 minutos, 2-3 veces/semana.

Aplicar emoliente inmediatamente después

Proksch et al. (2005): reducción significativa de enrojecimiento, aspereza y descamación frente a baño con agua del grifo en ECA con 25 pacientes (p

Dermatitis de contacto alérgica

Compresas con solución salina al 3 % (30 g/L) durante 15-20 minutos sobre zona afectada

Evidencia limitada pero uso tradicional extendido. El efecto osmótico reduce el edema y el prurito

Alternativa casera a la sal del Mar Muerto: mezclar 500 g de sal marina gruesa sin refinar + 200 g de sales

de Epsom (sulfato de magnesio, disponible en farmacia a 3-5 €/kg) en una bañera de 200 litros. Esta combinación aporta una concentración de magnesio más similar a la del Mar Muerto que la sal marina sola. Para potenciar el efecto, añadir 50 g de bicarbonato sódico, que suaviza el agua y mejora la tolerancia cutánea.

Solución salina: irrigación nasal, gargarismos y lavado de heridas

La solución salina isotónica (0,9 %, equivalente a 9 g de sal por litro de agua) es probablemente el preparado medicinal más utilizado del mundo. Su aplicación en irrigación nasal está respaldada por una revisión Cochrane: King et al. (2015) concluyeron que la irrigación nasal con solución salina mejora los síntomas de rinosinusitis crónica con evidencia de calidad moderada.

Solución salina isotónica casera (0,9 %): Hervir 1 litro de agua durante 5 minutos. Dejar enfriar hasta tibia. Añadir 9 g de sal (una cucharadita rasa de sal fina). Agitar hasta disolver. Usar dentro de las 24 horas y desechar el sobrante. Si se usa sal marina gruesa, pesar con precisión o usar 2 cucharaditas rasas (la sal gruesa pesa menos por volumen que la fina). Esta solución es equivalente al suero fisiológico farmacéutico para la mayoría de usos.

Irrigación nasal (lavado Jala Neti): Usar solución salina tibia (35-37 °C) con lota nasal, jeringa de 20 mL sin aguja o botella de irrigación. Inclinar la cabeza 45° sobre el lavabo, introducir la solución por una fosa nasal y dejar salir por la otra. Repetir por el lado contrario. Volumen: 120-240 mL por fosa nasal. Indicaciones con evidencia: rinosinusitis crónica (King et al., 2015, Cochrane), rinitis alérgica (Harvey et al., 2007), resfriado común (Slapak et al., 2008: reducción del 36 % en duración de síntomas en niños). Frecuencia: 1-3 veces al día durante episodios agudos.

Gargarismos con agua salada: Disolver media cucharadita de sal (3-5 g) en un vaso de agua tibia (250 mL). Hacer gárgaras durante 30-60 segundos y escupir. Repetir 3-4 veces al día. Satomura et al. (2005, American Journal of Preventive Medicine) demostraron en un ECA con 387 participantes que los gargarismos con agua reducen la incidencia de infecciones respiratorias superiores en un 36 % ($p = 0,044$). Los gargarismos salinos alivian el dolor de garganta en faringitis aguda por efecto osmótico y antiinflamatorio.

Lavado de heridas con solución salina: La irrigación de heridas con solución salina isotónica es el estándar de cuidado en primeros auxilios. Fernandez y Griffiths (2012, Cochrane Review) compararon agua corriente limpia con solución salina para lavado de heridas y no encontraron diferencia significativa en tasas de infección, lo que significa que el agua potable es una alternativa aceptable cuando no hay suero salino disponible. Para irrigar, aplicar con jeringa de 20-60 mL creando presión moderada (5-8 psi) que elimina detritus sin dañar tejido de granulación.

Baños salinos en dolor musculoesquelético y precauciones

Los baños salinos calientes tienen una larga tradición en el tratamiento del dolor articular y muscular. Cantista y Maraver (2012, International Journal of Biometeorology) revisaron la evidencia y concluyeron que la balneoterapia con agua salina produce mejoras significativas en osteoartritis, fibromialgia y dolor lumbar crónico, aunque la calidad de muchos estudios es moderada.

Indicación

Protocolo recomendado

Evidencia

Osteoartritis de rodilla

Baño o inmersión parcial con 2-3 kg de sal marina en bañera a 36-38 °C durante 20 minutos, 5 veces/semana, 2-4 semanas

Karagülle et al. (2007, International Journal of Biometeorology): reducción significativa de dolor (WOMAC) y mejora funcional vs control

Fibromialgia

Baño con sales de Epsom (500 g) + sal marina (500 g) a 35-37 °C durante 20-30 minutos, 2-3 veces/semana

Fioravanti et al. (2007, Rheumatology International): mejora significativa del dolor, fatiga y calidad de vida tras 2 semanas de balneoterapia

Recuperación muscular postesfuerzo

Baño con 300-500 g de sal marina a 36-40 °C durante 15-20 minutos postejercicio

Evidencia indirecta: Waring (2004) demostró absorción de magnesio; el magnesio reduce calambres musculares y ácido láctico

Precauciones con los baños salinos: Los baños calientes prolongados están contraindicados en insuficiencia cardíaca, hipertensión no controlada y embarazo avanzado (por el efecto vasodilatador y el riesgo de hipotensión). No sumergir heridas abiertas extensas en baño salino concentrado (dolor intenso y riesgo de contaminación cruzada). En psoriasis, el baño salino puede provocar escozor transitorio en placas fisuradas. Pacientes con insuficiencia renal deben evitar baños salinos prolongados por el riesgo de absorción excesiva de sodio y potasio. Hidratar la piel siempre después del baño salino: la sal reseca la piel si no se aplica emoliente en los primeros 3 minutos tras secar.

 **Advertencia:** Esta información es orientativa y educativa. En situaciones de emergencia real, consulte a profesionales cualificados siempre que sea posible. No ponga en riesgo su vida ni la de otros sin la formación adecuada.