



UNIVERSIDAD
FASTA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Licenciatura en Kinesiología

Tratamiento Kinésico en la lumbalgia inespecífica

**Tesis de Licenciatura
Garcia Maximiliano**

Tutora:

Lic. Mouras Nadia

Asesoramiento Metodológico:

Dra. Mg. Minnard Vivian

2021

“Cuando salgas de la tormenta, ya no serás la misma persona que
había entrado en ella. En eso consiste la tormenta”.

Haruki Murakami

A mis seres queridos.

Principalmente quiero agradecer a papá y a mamá, sin ellos no podría obtener este logro. Todo su esfuerzo fue fundamental para poder finalizar mis estudios, es un logro compartido con ellos.

A mis hermanos, abuelos, tíos y primos, que estuvieron presentes desde el principio.

A mi bebé Joaquín, que me da fuerzas para seguir adelante.

A mis amigos, los hermanos de la vida que me dieron Tres Arroyos y Mar del Plata, a ellos que estuvieron siempre acompañando en los distintos momentos.

A María Elena, que siempre confió en mí desde el inicio.

A la Dra. Mg. Vivian Minnaard, por guiarme, ayudarme y responderme cualquier día, a cualquier hora y a la Lic. Nadia Mouras por asesorarme.

A todos ellos les agradezco de corazón, todos fueron parte de este proceso. ¡Muchas gracias!

Introducción: La lumbalgia es uno de los trastornos más comunes que padece el ser humano, se define como dolor producido entre la última costilla y la zona glútea que puede irradiarse a las extremidades inferiores. El carácter inespecífico es el más frecuente en esta patología, no puede asociarse a una patología específica ya que no se puede determinar su causa. Existen diversos tratamientos para abordarla, y al no tener un consenso universal, no todos los profesionales utilizan los mismos.

Objetivo: Identificar qué tratamiento/s utilizan los Licenciados en Kinesiología en adultos para abordar la lumbalgia no específica y qué estrategias se implementan para dichos tratamientos en la ciudad de Mar del Plata en el año 2021.

Material y métodos: El tipo de investigación que se llevará a cabo es de tipo descriptiva, no experimental. El diseño de la investigación corresponde a un diseño transversal. El universo se compone de kinesiólogos que han atendidos a pacientes con lumbalgia no específica en los consultorios de la ciudad de Mar Del Plata.

Resultados: El tratamiento más frecuente utilizado por los profesionales de la salud es el empleo de movilizaciones, ejercicios de fortalecimiento, ejercicios de estiramientos, crioterapia, Tens, magnetoterapia e infrarrojo.

Conclusión: Los Licenciados en Kinesiología no utilizan un tratamiento universal, si en su mayoría coinciden en el uso de ciertas técnicas y aparatos de fisioterapia, siempre teniendo en cuenta el criterio del profesional y los objetivos adecuados a cada paciente.

Palabras claves: Lumbalgia, patología, inespecífica, tratamiento, Kinesiólogos

Introduction: Low back pain is one of the most common disorders suffered by humans, it is defined as pain produced between the last rib and the gluteal area that can radiate to the lower extremities. The nonspecific character is the most frequent in this pathology, it cannot be associated with a specific pathology since its cause cannot be determined. There are various treatments to address it, and as they do not have a universal consensus, not all professionals use them.

Objective: To identify what treatment / s are used by Graduates in Kinesiology in adults to address non-specific low back pain and what strategies are implemented for these treatments in the city of Mar del Plata in 2021.

Material and methods: The type of research to be carried out is descriptive, not experimental. The research design corresponds to a transversal design. The universe is made up of kinesiologists who have cared for patients with unspecified low back pain in the offices of the city of Mar Del Plata

Results: The most frequent treatment used by health professionals is the use of mobilizations, strengthening exercises, stretching exercises, cryotherapy, Tens, magnetotherapy and infrared.

Conclusion: Kinesiology graduates do not use a universal treatment, if they mostly agree on the use of certain physiotherapy techniques and devices, always taking into account the professional's criteria and the appropriate objectives for each patient.

Key words: Low back pain, pathology, nonspecific, treatment, Kinesio
Índice

Introducción	8
Capítulo 1	12
Capítulo 2	24
Diseño metodológica	35
Análisis de datos	40
Conclusión	59
Bibliografía	63

Introducción



La lumbalgia inespecífica se define como dolor lumbar no atribuible a una patología específica como infección, tumor, osteoporosis, fractura, deformidad estructural, trastorno inflamatorio, síndrome radicular o síndrome de la cola de caballo (Balagué, 2012). Constituye un problema de salud importante en todo el mundo ya que la mayoría de las personas experimentará dolor lumbar en algún momento de su vida.

El dolor lumbar se suele considerar como dolor, tensión muscular o rigidez localizada por debajo del margen costal y por encima de los pliegues glúteos inferiores, con o sin ciátalgia¹.

Casi todas las personas tienen un episodio breve y agudo de dolor lumbar durante su vida. Aunque muchas personas con dolor de espalda se recuperan en 1 año, algunas desarrollarán una afección crónica con dolor fluctuante o persistente de intensidad baja o media, interrumpida por períodos sin dolor o exacerbación del dolor.

Cuando el dolor de espalda persiste durante más de 3 meses, ya no se considera un síntoma, sino un trastorno en sí mismo que se mantiene por factores que pueden ser diferentes de las causas iniciales.

Esta patología es padecida tanto por hombres como a mujeres de cualquier franja etaria. Afecta de entre un 15 y 20% de la población adulta y es inespecífica en el 90% de los casos. Las personas con edades entre los 30 y 50 años son más propensas y la prevalencia de este padecimiento se vincula proporcionalmente con el aumento de la edad (Chavarría, 2014)².

Según Hartvigsen (2018), la prevalencia puntual del dolor lumbar limitante de la actividad fue 7,3% en 2015, lo que en líneas generales implica que, 540 millones de personas se vieron afectadas en cualquier momento. Así mismo dicen que la mayoría de las lumbalgias se denominan no específicas ya que es raro poder identificar una causa específica de dolor lumbar. Estas se caracterizan por un rango de aspectos biofísicos, psicológicos y sociales que afectan la función, la participación social y la prosperidad financiera personal. (Hartvigsen et al.; 2018)³. Según la prevalencia revelan que es un problema de salud pública caracterizándose por presentar repercusiones económicas y sociales debido al alto porcentaje de ausentismo laboral que éste implica.

¹ Se refiere a un dolor que irradia a lo largo del trayecto del nervio ciático, que se ramifica desde la parte inferior de la espalda a través de las caderas y los glúteos y hacia abajo de cada pierna.

² Médico y cirujano, especializado en nefrología y urología.

³ El autor se refiere que no solo en el aspecto físico es causa del dolor, sino que puede ser social o psíquico.

Aproximadamente el 80% de la población mundial sufre dolor de espalda algún momento de su vida. (Acevedo, 2016)⁴.

La mayoría de los pacientes con lumbalgia se recuperan razonablemente rápido y sólo en el 10-15% los síntomas se vuelven crónicos. La estadística de grandes estudios epidemiológicos muestra que una de las principales características del dolor lumbar es su recurrencia o recidiva⁵. La mayoría de los episodios de lumbalgia son autolimitados y no se asocian con enfermedades graves. (Balagué, 2012)⁶.

Debido a la incidencia de casos de pacientes con lumbalgia dentro de la población en general, esta investigación se basará en la utilización de diferentes técnicas elegidas por los kinesiólogos para la recuperación de la nombrada afección.

El tratamiento elegido por el profesional va a depender principalmente del diagnóstico y del estado de la lesión, la etapa de la enfermedad, y de las técnicas que este prefiera utilizar, ya sea kinesioterapia, fisioterapia, o ambas terapéuticas combinadas y también ejercicios como otra opción ya sea en gimnasio, rehabilitación acuática, deporte entre otras.

El tratamiento de la lumbalgia radica en disminuir el dolor, mejorar la funcionalidad y la calidad de vida así como evitar recurrencias. La meta principal es tratar de disminuir o eliminar el dolor, además de procurar la reincorporación a las actividades diarias y al trabajo. Existen varios estudios que reportan una mejoría clínica significativa con los ejercicios de rehabilitación (Tatiane, 2012)⁷.

Teniendo en cuenta lo expuesto, surge el siguiente problema de investigación:

⁴ Neurocirujano. Especialista en Neurocirugía Funcional. Medicina del Dolor.

⁵ Reparación de una patología tras un periodo más o menos largo de ausencia de enfermedad.

⁶ El autor se refiere que es una patología que afecta a las actividades de la vida cotidiana pero que no se asocia o genera patologías más graves.

⁷ El autor menciona al dolor y la reincorporación a la vida diaria como las metas más importantes.

¿Qué tratamiento/s utilizan los Licenciados en Kinesiología en adultos para abordar la lumbalgia no específica en pacientes atendidos en consultorios de la ciudad de Mar del Plata en el año 2020-21...?

El objetivo general es:

Identificar que tratamiento/s utilizan los Licenciados en Kinesiología en adultos para abordar la lumbalgia no específica y que estrategias se implementan para dichos tratamientos.

Y los objetivos específicos son:

Analizar los tratamiento/s que utilizan los Licenciados en Kinesiología en adultos para abordar la lumbalgia no específica

Examinar que estrategias se implementan en los tratamientos de lumbalgia no específica.

Evaluar el dolor del paciente mediante escalas pre y post tratamiento.

Capítulo 1.



De acuerdo con la Sociedad Internacional para el Estudio de la Columna Lumbar, (2007) la lumbalgia se define como:

“el síndrome doloroso localizado en la región lumbar con irradiación eventual a la región glútea, las caderas o la parte distal del abdomen”.

En el estado agudo, este síndrome se agrava por todos los movimientos, y en la forma crónica solamente por movimientos de la columna lumbar. Afecta estructuras como músculos, ligamentos, discos intervertebrales, fascias⁸, vasos sanguíneos, vértebras y raíces nerviosas. Cuando al cuadro doloroso se agrega un compromiso neurológico radicular⁹, la lumbalgia se convierte en lumbociática y el dolor es entonces referido a una o ambas extremidades pélvicas. El concepto de lumbalgia inespecífica se introdujo para designar el dolor lumbar en el que no se encontraba una causa identificable en la exploración o en los estudios de imagen.

Las personas que sufren de lumbalgia pueden experimentar alguno de los siguientes signos y síntomas.

Cuadro N° 1: Padecimiento y complicaciones de la lumbalgia

- La lumbalgia se intensifica al inclinarse hacia delante o al levantar un objeto.
- Permanecer sentado puede agravar el dolor.
- Estar de pie o caminar puede agravar el dolor.
- El dolor de espalda va y viene, y por lo general sigue un curso de subidas y bajadas con días buenos y malos.
- El dolor puede extenderse de la espalda a la nalga o parte exterior de la cadera, sin extenderse hacia la pierna.
- La ciática es común con un disco herniado. Esto incluye dolor en la nalga y pierna y hasta entumecimiento, cosquilleo, o debilidad que continúa hacia el pie. Es posible padecer de ciática sin tener dolor de espalda.

⁸ Es una red de tejido conectivo en bandas que envuelve todas las partes internas del cuerpo desde la cabeza a los pies y lo fusiona todo. Permite que los músculos se muevan libremente junto a otras estructuras y reduce la fricción.

⁹ En la raíz nerviosa.

Fuente: Sociedad Internacional para el Estudio de la Columna Lumbar (2007)

De acuerdo a la publicación de la Academia Americana de Cirujanos Ortopédicos (AAOS, por sus siglas en inglés, 2009) se comprende que la sintomatología de la lumbalgia es variable, por lo que puede ser intenso o punzante, también pudiera ser un dolor sordo¹⁰, fijo o sentirse como un espasmo muscular¹¹. Aseguran que la percepción del dolor dependerá de la causa subyacente de la lumbalgia. En la mayoría de los casos, independientemente de la causa subyacente, el dolor por la lumbalgia mejora al inclinarse o recostarse.

Refieren que, sin distinción de edad o síntomas, si en unas pocas semanas el dolor de espalda no mejora, o si éste se produce a la par de una fiebre, escalofríos o pérdida de peso imprevista, el deber es ir a consultar con un médico. (AAOS, 2009).

En los países desarrollados¹² es la primera causa de absentismo laboral (Carbonell, 2010). En España ocupa el primer puesto como causa de incapacidad transitoria, motivando el 11% aproximadamente del total de bajas laborales, con un coste anual medio de 6 millones de euros. (Fernandez 2013)¹³.

Hay muchísima literatura acerca de los factores de riesgo y las variables que están relacionadas con la aparición y/o recurrencia de las lumbalgias en el ámbito laboral. Actualmente se sabe que el dolor lumbar tiene un origen multifactorial en el que intervienen tanto factores biomecánicos como psicosociales.

Numerosos estudios sobre la relación lumbalgia-trabajo señalan que los aspectos psicosociales del trabajo causan un mayor número de problemas de espalda que los aspectos físicos siendo los más importantes indicadores de riesgo de lumbalgia y de su recuperación. La satisfacción laboral es la principal variable dentro de los factores psicosociales del trabajo encontrando estudios al respecto que la señalan como un factor de riesgo importante en el dolor lumbar laboral y como fiable predictor de las expectativas de retorno laboral en los procesos de por lumbalgia (Opsahl 2016)¹⁴.

Es muy importante tener en cuenta que las manifestaciones de la lumbalgia no se correlacionan con la gravedad o las causas de las mismas, de tal forma que puede haber procesos con una gran intensidad algésica en pacientes con mínimas lesiones y viceversa.

¹⁰ Aquel que sin ser muy intenso se muestra insidioso o continuo y, generalmente, es difícil de describir o localizar.

¹¹ Contracción súbita de un músculo o un grupo de músculos.

¹² América del Norte y Europa.

¹³ Fisioterapeuta, Universidad Rey Juan Carlos, docente e Investigador.

¹⁴ El autor se refiere que el aspecto psicológico y laboral favorecen a la aparición de la lumbalgia.

En cuanto al curso del dolor éste suele ser recurrente, intermitente y episódico, de tal forma que el 73% de los pacientes afectados refieren haber tenido al menos un episodio recurrente en los primeros 12 meses (Pengel, 2003)¹⁵.

Otro dato a tener muy en cuenta es que, como norma general, está contraindicado el reposo absoluto ya que prolonga el estado lumbálgico y la incapacidad laboral. Por ello, la mejor recomendación es mantener el mayor grado de actividad física que el dolor permita y, si en algún caso eso significa verse obligado a hacer reposo en cama, éste deberá de ser lo más breve posible y durar un máximo de 2 días, ya que se estima que cada día de reposo en cama conlleva una pérdida del 2% de la potencia muscular. Teniendo en cuenta esta afirmación, resultan lógicos los resultados de Malmivaara y col. que encontraron un menor número de días de baja laboral entre los trabajadores que habían sido aconsejados de mantenerse activos frente a los que se les prescribió reposo en cama. Se consideran factores de mal pronóstico para la evolución, la presencia de: Alteración de la marcha, Alta percepción de discapacidad. Y la Presencia de comorbilidad¹⁶ orgánica o psiquiátrica. Son signos psicosociales de mal pronóstico: las creencias erróneas sobre el dolor y su repercusión funcional incontrolable, el pensamiento catastrofista. Problemas emocionales, afectivos, las conductas inadecuadas como miedo y evitación, reducción del grado de actividad. Junto con los factores laborales como insatisfacción, litigios personales, falta de apoyo, los problemas emocionales, afectivos, escaso apoyo del entorno, además del bajo nivel educativo, abuso de sustancias ilegales o tóxicos (Farioli¹⁷, 2014).

Existen diversas y variadas clasificaciones (Vargas, 2000). Una de ellas puede ser según el tiempo de evolución: en fase aguda, el tiempo de evolución es menor a 6 semanas, en la fase sub aguda, entre 6 y 12 semanas y en la crónica, es mayor a 12 semanas. Según la causa: puede ser congénita¹⁸ o traumática y según el tipo de dolor: Radicular¹⁹, no radicular.

¹⁵ El autor informa sobre la relación entre lesión y manifestación del dolor.

¹⁶ También conocida como "morbilidad asociada", es un término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona.

¹⁷ El autor hace referencia al reposo y a factores psíquicos como signos de mal pronóstico.

¹⁸ Se presenta durante el período de gestación y puede ser hereditaria o no.

¹⁹ Relativo o referente a una raíz nerviosa.

Cuadro N° 2: Causas de la lumbalgia

<p>Biológicas</p>	<p>Alteraciones estructurales o músculo esqueléticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Unidad funcional vertebro-lumbar. ◦ Ligamentos. ◦ Músculos. ◦ Disco intervertebral. <p>Fascias.</p> <p>Estado de salud en general:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Sistémico ◦ Metabólico <p>Infecciosas.</p>
<p>Sociales</p>	<p>Condiciones de trabajo desfavorables:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Posturas ◦ Movimientos ◦ Esfuerzos
<p>Psicológicas</p>	<p>Aversiones</p> <p>Estados conductuales</p> <p>Cogniciones</p> <p>Percepción frente al dolor</p> <p>Estados emocionales</p> <p>Cambios motivacionales</p>
<p>Inespecíficas</p>	<p>Inclasificable 85 % de los casos</p>

Fuente: Moix y Cano. (2008)

Según la etiología la mayoría de las ocasiones el dolor lumbar es inespecífico, es conveniente realizar un diagnóstico diferencial etiológico adecuado tal como se aprecia en la siguiente tabla: De acuerdo al trabajo de Pérez²⁰ et al. (2013) se logra comprender que en el 90% de los casos de lumbalgia se deben a causas vertebrales y paravertebrales, no obstante, otros tantos casos tienen un origen multifactorial, subsecuentes de la existencia de múltiples procesos y de allí la dificultad para identificar la causa originaria. Así mismo, el

²⁰ El autor hace referencia al origen de la lumbalgia

10% de dichos casos suelen cronificarse por lo que repercute significativamente a nivel personal, familiar, laboral y económico entre un 3-5% presentan una patología subyacente grave.

Complementan su exposición facilitando una clasificación etiopatogénica del dolor lumbar, sin embargo, aclaran que se hace necesario verificar “unas consideraciones generales aportadas por el grupo de Québec” (Pérez, 2013).

Los signos de alarma son útiles para sospechar la presencia de procesos de mayor gravedad como fractura vertebral, cáncer de médula espinal, infecciones y desórdenes inflamatorios (National Collaborating Centre for Primary Care, 2009)²¹, con el objetivo de derivar oportunamente al paciente a una atención especializada.

Se consideraron los siguientes signos de alarma para la sospecha de fractura vertebral: edad mayor a 50 años, toma de corticoides, osteoporosis y traumatismo previos (Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien, 2016)²². Para la sospecha de cáncer: edad mayor a 50 años, síndrome constitucional y antecedente de neoplasia. Para la sospecha de infecciones espinales: fiebre por más de 48 horas e inmunodepresión. Para la sospecha de desórdenes inflamatorios: dolor en reposo. (Henschke., 2013)²³.

La aparición de signos de alarma durante este periodo inicial de 6-7 semanas obliga a la práctica de pruebas diagnósticas o derivación del paciente. Si no existen signos de alarma, debe insistirse en la información al paciente y aplicación de programas educativos²⁴. Si los signos son alarmantes y el paciente está en situación laboral potencialmente activa, debe derivarse a tratamiento psicológico cognitivo-conductual. En lumbalgias crónicas, el mantenimiento de la actividad frente al reposo en cama, los programas educativos escritos o de internet, las escuelas de espalda y el ejercicio físico de cualquier entidad se muestran eficaces para el control de la lumbalgia. (Pérez Irazusta, 2007).

Pérez se basó en resultados obtenidos de otros estudios y ha sintetizado algunos de los factores más relevantes asociados a este padecimiento, siendo así que se extrae lo siguiente:

En lo que respecta al sexo, los estudios realizados tienen diversos resultados, en unos indican que las mujeres son las más afectadas y en otros al contrario los hombres. Algunos

²¹Instituto Nacional de Salud y Clínica de Excelencia de Reino Unido. (National Institute for Health and Clinical Excellence, UK).

²²Sociedad Alemana de Medicina Física y Rehabilitación, Pautas nacionales de atención para el dolor lumbar.

²³ El autor explica, en líneas generales, cada signo de alarma.

²⁴ Dictados por los profesionales de la salud.

autores de estudios realizados informan que las edades más activas laboralmente tanto los hombres y mujeres tienen, la misma frecuencia de lumbalgia (Hestbaek, 2003)²⁵.

En cuanto a la talla, en un estudio realizado en los trabajadores industriales, se encontró que los de estatura más alta es decir igual o superior a 178 cm, presentaron lumbalgia en menos frecuencia que los trabajadores de talla media comprendida entre los 166 y 177 cm, las personas con estatura más baja igual o inferior a 164 cm (Martínez²⁶, 2015).

En el caso del peso e índice de masa corporal (IMC)²⁷: De acuerdo con varias investigaciones realizadas se ha verificado que existe una clara asociación entre problemas de peso, como lo es el sobrepeso²⁸ y dolor lumbar ya sea en los eventos que se presenta con mayor frecuencia o con un mayor número de episodios si no se tuviese sobrepeso, además si no se logra controlar el peso, lo más probable es que al padecer lumbalgia se termine en un proceso crónico. (Martínez, 2015).

Residencia: El lugar de residencia y esta enfermedad también se encuentran asociados ya que el vivir en un medio Rural no es igual al ambiente Urbano, debido a las distintas actividades que se realizan (Chavarría, 2014)²⁹.

Los factores relacionados con el trabajo determinaron la evidencia entre el dolor lumbar y las consecuencias laborales. Estas pueden ser, realizar trabajos pesados, posturas inadecuadas, flexiones o giros del tronco, los levantamientos y movimientos potentes, realizar durante largas jornadas trabajos repetitivos y las vibraciones. Al revisar otro estudio se halló que el dolor lumbar invalidante se relaciona con actividades como lo son el puesto de trabajo, la antigüedad en el puesto de trabajo, el esfuerzo físico realizado, levantamiento de cargas, cantidad de peso levantado, acciones de flexión, extensión y rotación de la espalda, indicándonos este estudio que la lumbalgia es 2,5 veces mayor en los trabajadores expuestos a esfuerzos y cargas físicas pesadas además de posiciones forzadas si se los comparaba con las personas que desempeñaban cargos administrativos, servicios técnicos y profesionales sometidos a menor demanda física [...] Existe un mayor peligro de lumbalgia en relación con el trabajo es el movimiento de torsión que se realice en más de 20 veces ocasiones diarias y con un peso mayor a 10 Kg., y si sumamos a esto patologías

²⁵ El autor relaciona el sexo con la edad de las personas.

²⁶ El autor relaciona la altura de las personas con la lumbalgia.

²⁷ Se calcula dividiendo los kilogramos de peso por el cuadrado de la estatura en metros.

²⁸ Los adultos con un IMC de 25 a 29.9 se consideran con sobrepeso, los adultos con un IMC de 30 a 39.9 se consideran obesos.

²⁹ El autor relaciona el lugar de residencia con el tipo de trabajo.

asociadas como osteoporosis, espondilitis u otras patologías vertebrales la lumbalgia terminará en un problema crónico. En lo que se refiere a lumbalgia y trabajo existe una clara asociación entre los factores de riesgo como lo son: los horarios extendidos de trabajo, distintos tipos de trabajo, el uso o no de prendas de protección adecuadas. (Pérez; 2018)³⁰.

Para el diagnóstico de lumbalgia se precisa una minuciosa historia clínica³¹ y examen físico. En lo que respecta a la historia clínica, en la mayoría de los pacientes, puede no definirse con precisión la causa de la lumbalgia, por lo que resulta importante buscar evidencia de entidades causales específicas.

La historia clínica debe incluir la localización, duración, y severidad del dolor³², así como detalles de lumbalgias previas y cómo estas se comparan con la sintomatología actual. Las guías internacionales detallan la necesidad de investigar acerca de síntomas constitucionales, historia de malignidad, eventos precipitantes, síntomas neurológicos, estabilidad o progresión de los síntomas, infecciones bacterianas recientes, uso de drogas endovenosas, corticoesteroides³³, y tratamientos tanto físicos, como quirúrgicos de la espalda. Debido a que las lumbalgias se asocian a estrés social o psicológico, este también debe ser detallado en la historia clínica. Ciertos datos pueden sugerir enfermedad sistémica³⁴ como historia de cáncer, edad mayor de 50 años, pérdida del peso no relacionada inexplicable, duración del dolor por más de 1 mes, dolor nocturno y no respuesta a tratamientos previos. (Wheeler, 2018).

En lo que respecta al examen físico, debe ser minucioso e identificar la causa en un grupo limitado de los pacientes, teniendo mayor importancia el identificar los pacientes en los que se precisan investigaciones más profundas.

En esencia, el examen físico debería evaluar la morfología de la espalda y la postura, así como palpar la espalda en busca de sensibilidad del tejido blando o de las estructuras óseas. La percusión debe realizarse cuidadosamente, luego de haber descartado fracturas, para evitar ocasionar daños secundarios.

³⁰ El autor explica brevemente cuánto afecta el trabajo, dependiendo del que tenga cada persona.

³¹ Relación ordenada de los antecedentes clínicos de un paciente y de otros datos obtenidos mediante interrogatorio, observación y otros exámenes complementarios, con el fin de conseguir un diagnóstico correcto y determinar un tratamiento de la enfermedad que padece.

³² Para determinar su valor, se utilizan escalas

³³ Son una variedad de hormonas del grupo de los esteroides, producida por la corteza de las glándulas suprarrenales, y sus derivados.

³⁴ Afecta al cuerpo entero, en lugar de una sola parte o un solo órgano.

El examen físico debería hacer énfasis en la evaluación neurológica, tanto de la fuerza, reflejos, sensibilidad y trastornos de la marcha. Ciertas maniobras como la de Lasegue³⁵, ayudan a identificar a los pacientes cuyos síntomas son radiculares. Es importante descartar procesos de origen maligno, por lo que, ante historia sugestiva, deben evaluarse las cadenas ganglionares³⁶ y palpar en busca de masas.

Deben tomarse en cuenta los signos de Waddell,³⁷ en los que pacientes con estrés psicológico pueden tener lumbalgia con signos físicos inapropiados o discordantes. (Wheeler, 2018).

Para la prevención de la lumbalgia, la Guía propuesta por Burton recomienda el ejercicio físico, la educación sanitaria en conceptos de actitud activa, impartida directamente, hablando con el paciente, o entregándole un folleto validado o dirección de Internet con información consistente y, en el caso de episodios recurrentes, programas de aprendizaje con contenidos mixtos de actitud activa e higiene postural³⁸, pero no sólo de higiene postural. En el caso de los trabajadores, se recomienda acelerar tanto como sea posible el retorno al trabajo, aun sin esperar que haya desaparecido completamente el dolor y aunque sea preciso con ese fin adaptar transitoriamente las condiciones o características ergonómicas³⁹ del puesto de trabajo. En el ámbito laboral, también se recomiendan los programas que combinen educación sanitaria en “actitud activa” con ejercicios y medidas ergonómicas y organizativas en el trabajo en cuyo desarrollo y aplicación se impliquen los trabajadores. En el caso de los escolares, los datos disponibles reflejan que el riesgo de lumbalgia aumenta con la participación en deportes a nivel competitivo, el transporte de material escolar excesivamente pesado, el uso de mobiliario escolar inadecuado y la exposición a factores psicosociales como baja autoestima, infelicidad, etc., pero los datos disponibles no permiten traducir esos datos en recomendaciones preventivas concretas y contrastadas, como límites concretos de carga o directrices para la fabricación de mobiliario.

³⁵ Es una prueba hecha durante un examen físico para determinar si un paciente con lumbalgia tiene una hernia discal. El signo es positivo si la flexión provoca dolor.

³⁶ Los ganglios son agregados celulares que forman los órganos pequeños, con una morfología ovoide y esférica.

³⁷ Los signos de Waddell pueden indicar un componente no orgánico o psicológico del dolor lumbar crónico. También se han utilizado para detectar simulacros en pacientes con dolor de espalda.

³⁸ La higiene postural es el conjunto de cuidados y hábitos cuyo objetivo principal es mantener la correcta posición de la espalda para evitar posibles lesiones y dolores.

³⁹ Estudio de las condiciones de adaptación de un lugar de trabajo, una máquina, un vehículo, etc., a las características físicas y psicológicas del trabajador o el usuario.

Para la prevención de la lumbalgia, la evidencia científica no permite recomendar la manipulación vertebral⁴⁰, el uso de suelas o plantillas amortiguadoras, el uso de alzas, ni siquiera en caso de heterometría⁴¹ de los miembros inferiores, ni el uso de cinturones o fajas lumbares. Tampoco se puede recomendar ningún tipo de silla o colchón con fines preventivos, aunque los síntomas persistentes mejoran más con un colchón de firmeza intermedia que con uno muy firme. (Burton et al., 1999; Fundación Kovacs, 2002). Para el tratamiento de la lumbalgia inespecífica, la Guía recomienda sucesivamente: Dar información positiva y tranquilizadora al paciente, evitar el reposo en cama y mantener el mayor grado posible de actividad física, prescribir fármacos de primera línea como paracetamol, antiinflamatorios no esteroides durante menos de tres meses, eventualmente asociados con miorelajantes durante menos de 1 semana, derivar a una Unidad acreditada en la realización de intervenciones neuroreflejo-terápicas a partir de los 14 días de dolor, si éste es moderado, intenso o muy intenso, superior a 3 en una escala visual analógica de 0 a 10, prescribir ejercicio a partir de las 2-6 semanas. A partir de las 4-6 semanas, siempre que se centre en conceptos de actitud activa⁴² y no de higiene postural; fármacos, tratamiento psicológico cognitivo-conductual a partir de las 6 semanas, si existen múltiples y graves signos psicosociales de mal pronóstico funcional y el paciente está en una situación laboral potencialmente activa, o a partir de los 3 meses o más, si la intensidad es igual o superior a 5 puntos en una escala visual analógica de 0 a 10, opiáceos⁴³ en los casos resistentes a los tratamientos anteriores, programas rehabilitadores multidisciplinarios⁴⁴ a partir de los 3 o más meses, a los pacientes que estén en una situación laboral potencialmente activa y, a causa de la lumbalgia, sufran una grave afectación de su salud física y psíquica, y una importante merma de su calidad de vida y capacidad laboral, y neuroestimulación percutánea (PENS) como última opción de tratamiento. La Guía sólo plantea la posibilidad de la cirugía por lumbalgia inespecífica en los casos en los que se den todos los siguientes supuestos: El dolor sea intenso e invalidante, haya persistido constantemente durante 2 o más años pese a la aplicación de todos los demás tratamientos recomendados, y se plantee exclusivamente la artrodesis⁴⁵,

⁴⁰ Maniobras que realiza un especialista para provocar movimientos en la columna vertebral del paciente. Esos movimientos son habitualmente rápidos, de corto recorrido y afectan sólo o sobre todo a una vértebra.

⁴¹ Desarrollo de un tejido en una forma diferente a lo normal.

⁴² El autor se refiere a ejercicios activos hechos por el propio paciente.

⁴³ Sustancia que se usa para tratar el dolor o causar sueño. Los opiáceos se elaboran con opio o contienen opio.

⁴⁴ Médicos, traumatólogos, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, psicólogos. Nutricionistas, etc.

⁴⁵ Consiste en una intervención quirúrgica en la cual se fijan dos piezas óseas, anclando una articulación.

preferiblemente no instrumentada, y preferiblemente en un máximo de 2 segmentos vertebrales. Incluso en esos casos, no se puede recomendar la cirugía en ámbitos en los que sea viable aplicar programas de ejercicio complementado con un enfoque cognitivo-conductual, pues estos programas consiguen resultados similares con menor riesgo. (Burton, 1999; Fundación Kovacs, 2002) Hay mucha variabilidad en cuanto a los tratamientos para la lumbalgia, algo que provoca esta situación es que la sintomatología de los pacientes es variada al igual que su ocupación laboral; por ello, no se puede establecer un plan de tratamiento homogéneo para todos los interesados. Programas terapéuticos excesivos son sugeridos y, aunque la educación al paciente en higiene postural es una buena opción muchas veces está mal dirigida; esta se realiza sin tomar en cuenta las actividades laborales individuales e incluso, no se ofrecen al paciente los comandos adecuados generando en el mismo una idea errónea de dependencia al terapeuta⁴⁶. El resultado final de este proceso culmina con una disminución aparente de la sintomatología pero no una abolición perpetua de la misma, aumentando el impacto de la lumbalgia en el entorno socioeconómico del paciente y del país. (Merepeza, 2014). Ostelo brinda recomendaciones básicas de tratamiento en el abordaje del dolor lumbar: En la lumbalgia aguda la recomendación es evitar el reposo y la incorporación de ejercicios terapéuticos, constituye la base. Utilizar termoterapia⁴⁷ y terapia ultrasónica⁴⁸ puede ser de utilidad en el control del dolor y la funcionalidad. Y en función de las características del paciente y sus preferencias, considerar terapia manipulativa, acupuntura y punción seca. En la lumbalgia sub aguda: Se mantiene la recomendación previa de actividad, ejercicio terapéutico y termoterapia superficial. También incluir al paciente en el programa de escuela de espalda. Y en la lumbalgia crónica se sugiere el ejercicio terapéutico y asistir a una escuela de espalda. No se puede terminar sin analizar la evidencia disponible en el paciente operado, en el que la rehabilitación con inicio a las 4-6 semanas tras la cirugía mejora el dolor y la discapacidad funcional, siendo más notables y rápidos los efectos si el ejercicio es de alta intensidad.(Ostel, 2009).

⁴⁶ El autor refiere que el paciente no debe sentir dependencia por parte del profesional, sino que debe ser activo en su rehabilitación.

⁴⁷ Es la aplicación del calor o el frío como agentes terapéuticos.

⁴⁸ Es una serie de ondas mecánicas, generalmente longitudinales, cuya frecuencia está por encima de la capacidad de audición del oído, con finalidad terapéutica.

Capítulo 2



Las recomendaciones en el tratamiento de la lumbalgia están basadas en la evidencia científica disponible, resultado de estudios validados que determinan eficacia, efectividad o eficiencia de una técnica, por lo tanto, pueden existir tratamientos que sean efectivos, pero si no existe evidencia de la misma no se recomiendan. La lumbalgia aguda se resuelve antes de las 4 semanas en el 70% de los casos, su impacto sobre la incapacidad y la calidad de vida depende más que de su intensidad de su duración, siendo el tratamiento de la lumbalgia inespecífica multidisciplinar y no exclusiva de ninguna especialidad, debiendo existir una buena comunicación e interrelación entre los distintos profesionales. (Pérez⁴⁹, 2013).

Van Middelkoop, demostró en su estudio en el cual utilizó una terapia de ejercicios como tratamiento en el dolor crónico en la espalda baja, que los ejercicios generales como los localizados, los de tipo aeróbico⁵⁰ de bajo impacto, estiramientos, etc., mejoran la lumbalgia reduciendo la intensidad del dolor lumbar favoreciendo la recuperación del paciente, logrando disminuir las ausencias o incapacidades laborales (Van Middelkoop⁵¹, 2010).

Se ha comprobado que la incorporación del ejercicio, tanto en su modalidad aeróbica, de flexibilidad y fortalecimiento de la musculatura del tronco, puede disminuir la frecuencia y la intensidad de las recurrencias del dolor lumbar agudo (Perez, 2006)⁵².

Dentro de los tratamientos pasivos, el tratamiento médico habitual, en el que se incluyen masaje, analgésicos y reposo en cama, la evidencia de la mejora del dolor a corto plazo es moderada. Entre las intervenciones activas, los ejercicios de estabilización segmentaria vertebral representan una mayor reducción de la incapacidad funcional así como de la intensidad del dolor en el tratamiento de la lumbalgia inespecífica crónica, comparado con programas de tratamiento conservadores (Cuesta⁵³, 2009).

Son cada vez más las publicaciones que descartan el reposo absoluto en pacientes con dolor lumbar, inclusive en los casos agudos, apoyando el ejercicio físico como alternativa terapéutica y preventiva para intentar paliar el dolor lumbar. Las revisiones bibliográficas que hemos realizado, y que por razones de espacio no podemos aquí

⁴⁹ El autor menciona consideraciones generales sobre la lumbalgia.

⁵⁰ Ejercicios de media o baja intensidad y de larga duración, donde el organismo necesita quemar hidratos de carbono y grasas para obtener energía.

⁵¹ El autor refiere que con el ejercicio disminuye el dolor.

⁵² Miembro del consejo editorial de revistas internacionales, de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora (SECPRE), de la Sociedad Española de Medicina del Deporte (FEMEDE) y Colaborador Honorario del Departamento de Genética de la Universidad de Córdoba (España).

⁵³ Cuesta menciona los tratamientos pasivos.

exponerlas en su totalidad a pesar de su gran aportación científica, sugieren que los ejercicios dirigidos hacia la movilización, el estiramiento y la fuerza (Nagrale⁵⁴, 2012).

Un estudio realizado en España en el año 2011 sobre “Efectividad de la educación para la salud en el dolor lumbar en adultos” por medio de una revisión bibliográfica determinaron que las prácticas más utilizadas fueron información por medio de folletos, ergonomía, estiramientos y la higiene postural, concluyendo que la educación para la salud es efectiva para mejorar la calidad de vida y la inhabilidad funcional en personas con lumbalgia y los profesionales sanitarios que realizan más estas intervenciones son el médico y el fisioterapeuta (Rueda, 2011)⁵⁵.

Cuadro N° 3: Banderas rojas para detener el tratamiento

Posible neoplasia o infección	Posible fractura por compresión	Posible síndrome de la cauda equina
Edad: > 50 años o < 20 Historia de cáncer Factores de riesgo para infección espinal: infección bacteriana reciente, adicción a las drogas por vía intravenosa. Inmunosupresión: corticoterapia, trasplante, VIH Dolor nocturno severo o que empeora en posición supina.	Trauma menor o esfuerzo de levantamiento, especialmente en el adulto mayor o paciente osteoporótico Trauma mayor, accidente de vehículo o caída de altura. Uso de corticoides	Anestesia en silla de montar. Inicio reciente de la disfunción vesical con síntomas tales como: retención urinaria, incremento de la frecuencia e incontinencia “por superfluo”. Déficit neurológico severo o progresivo en miembros inferiores, caracterizados por debilidad muscular y pie equino. Laxitud esfinteriana, pérdida sensorial perineal/perianal.

Fuente: Rodríguez-Navarro (2009)

Son de gran importancia para la confección de los protocolos de ejercicios físicos a fin de intentar disminuir las dolencias lumbares teniendo en cuenta la especificación en cada caso. Por lo expuesto, la literatura señala que mitigar la pérdida total o parcial de las cualidades físicas arriba mencionadas y su proporcionalidad a través del ejercicio puede ser una vía de control del dolor lumbar (Muñoz-Gómez⁵⁶, 2003).

⁵⁴ El autor hace referencia a la relación entre el reposo y la actividad física con el dolor.

⁵⁵ Es una fisioterapeuta Española que trabaja en la ciudad de Granada. Sus investigaciones se basan en la educación como método preventivo.

⁵⁶ El autor menciona la importancia del ejercicio físico con respecto al dolor.

La progresividad de los ejercicios según las características físicas en cada momento de dolor y su procedencia es otro dato muy importante a tener en cuenta. Sería aconsejable que los ejercicios no sean muy numerosos; que un ejercicio, a ser posible, integre otros ejercicios⁵⁷, que dentro de lo posible su ejecución sea fácil, no produzca fatiga y requiera poco tiempo, adaptándose al estilo de vida de quienes padecen de dolor lumbar, y que estos no sean motivo de abandono de los protocolos diseñados, ya que la dificultad es la principal causa de deserción. También hay otros estudios que apoyan los protocolos que trabajan para la estabilización. Y hay otros que recomiendan los ejercicios aeróbicos. En relación al número de sesiones semanales, número de series, repeticiones y duración de los mismos, existe la siguiente recomendación del American College of Sports Medicine (Liddle⁵⁸, 2004).

Dicha recomendación se estima: para los ejercicios de fuerza muscular, 2 a 3 días a la semana y una serie de 8 a 12 repeticiones. Para los ejercicios de flexibilidad a partir de estiramientos controlados, 2 o más días a la semana hasta el límite de tolerancia de entre 10 a 30 segundos y de 3 a 4 repeticiones. En los ejercicios cardiovasculares, con una intensidad de 55% HRmax, unos 20 minutos continuos y/o interrumpidos. En los ejercicios de estabilización dinámica, de 8 a 12 repeticiones. La variabilidad de las posiciones, número de series y repeticiones influyen en el grado de dificultad y los beneficios a percibir en cada momento. A continuación se nombran los ejercicios aconsejados por el autor y que deben ser guiados por el fisioterapeuta: La terapia manual es un tipo de terapia física que se usa para el manejo de la lumbalgia y comprende tres formas de realización:

La manipulación espinal⁵⁹, es una movilización de alta velocidad y baja amplitud de la articulación hasta el límite del rango de la articulación, la movilización espinal que es una movilización de la articulación dentro del rango de movimiento pasivo, y el masaje, que es la manipulación o movilización manual de los tejidos blandos. Los estudios realizados en pacientes con lumbalgia aguda y subaguda sugieren que todas estas formas de realización de terapia manual han sido beneficiosas para reducir el dolor y mejorar la discapacidad funcional. Debido a la complejidad de la técnica, la manipulación espinal debería ser realizada por un médico rehabilitador o terapeuta físico. La certeza de la evidencia para

⁵⁷ Se refiere a ejercicios que engloban más de un movimiento y se adaptan a las necesidades del paciente.

⁵⁸ El autor da recomendaciones sobre como tienen que ser los ejercicios.

⁵⁹ Quiropraxia.

estos estudios fue de moderada a alta, por lo que se decidió formular una recomendación fuerte. (Hidalgo, 2014)⁶⁰.

Otro autor elaboró un programa para ver los efectos del entrenamiento de resistencia progresiva con bandas elásticas durante 12 semanas, incrementando la intensidad y disminuyendo el número de repeticiones de cada ejercicio según avanzaba el periodo. En cuanto a la frecuencia, se podría trabajar 2 o 3 veces a la decimotercer semana ya que en estudios se han visto que con esta frecuencia las mejoras son muy significativas (Iversen⁶¹, 2017).

Cuadro N° 4: Programas de entrenamiento basado en ejercicios concéntricos

Ejercicio de estiramiento lumbar y la pared posterior de los miembros inferiores	Ejercicio de báscula pélvica en decúbito supino y bipedestación	Ejercicio y elongación de gato, es decir, en posición cuadrúpeda
Ejercicio de estiramiento de glúteo y piriforme ⁶²	Elongación del cuerpo en posición de conejo, es decir, sentado con los talones con el tronco totalmente vertical	Ejercicio de puente
Aplanamiento de la lordosis lumbar	Ejercicio de rotación lumbar	Ejercicio de abdominales altos
Ejercicios de abdominales bajos	Ejercicios de glúteos medios y mayores y las paredes laterales de los abdominales	Ejercicio lateral manteniendo posición, con codo y pie apoyado de un solo lado
Ejercicio de plancha	Ejercicio lumbar y glúteo	Ejercicio de respiración

Fuente: Iversen (2017)

En los pacientes que cursan con lumbalgia crónica es importante la comprensión de la naturaleza benigna de su proceso y la utilización de las medidas más efectivas durante los periodos de mayor dolor, enfatizan en el mismo trabajo, sugiriendo que el periodo sub agudo, que ellos consideran de 6-12 semanas, es el periodo idóneo para intervenir e intentar evitar la evolución a una lumbalgia crónica.

Si el diagnóstico es de enfermedad musculoesquelética hace las siguientes recomendaciones (Champín⁶³, 2004).

Conversar con el paciente acerca de la historia natural de la enfermedad, informando que el 80% de los pacientes están libres de dolor en un lapso de cuatro semanas. No se

⁶⁰ Nació en Bélgica en 1975, es Fisioterapeuta, trabajó en Bélgica, Francia y Luxemburgo. También se dedica a la educación como profesor en la Universidad de Ciencias de la Motricidad en Francia.

⁶¹ El autor realizó un programa de ejercicios

⁶² Músculo de la cadera.

⁶³ Miembro de Dirección Académica general en Universidad Tecnológica del Perú, Médica especialista en Medicina Interna, con PhD en Administración y Dirección de empresas.

recomienda reposo absoluto, excepto en casos de lumbociatalgia, en la cual el período de reposo no debe ser mayor de 4 días. Los pacientes deben ser instruidos acerca de la importancia que tiene la postura. Se deberá educar al paciente acerca de las condiciones que agravan el cuadro como mantenerse sentado por largos períodos, agacharse repetidamente o la exposición a la vibración. Realizar ejercicios de bajo impacto como caminata o natación. También debe recomendarse la pérdida de peso cuando se tiene un índice de masa corporal con sobrepeso u obesidad.

Con inicio del dolor menor a 48 horas, en general se recomienda emplear frío local por medio de la crioterapia la cual reduce la inflamación y el dolor al producir vasoconstricción local. El frío también ayuda a tratar el dolor reduciendo el espasmo muscular y el bloqueo de los impulsos nerviosos que llevan el mensaje de dolor al sistema nervioso central. Se indica introducir hielo en una bolsa de plástico y mantener ésta en movimiento sobre la región afectada, por periodos de 10 minutos⁶⁴, tres o cuatro veces al día. (Yoke⁶⁵, 2000).

Con inicio del dolor mayor a 48 horas, se recomienda la aplicación de calor local en el área dolorosa a fin de reducir el dolor después de las primeras 48 horas. El calor superficial tiene una acción analgésica produciendo vasodilatación, disminuye la respuesta inflamatoria aliviando el espasmo muscular y mejorando el flujo sanguíneo. El incremento del flujo sanguíneo ayuda a remover productos metabólicos que pueden estimular los receptores del dolor, por otra parte, refuerza la entrada de nutrientes para la reparación de los tejidos.

Otra propiedad que tiene el calor es incrementar la elasticidad de los tejidos lo que ayuda a ampliar el rango de los movimientos para mayor comodidad durante las actividades cotidianas. Se hace la recomendación para el uso de calor local la cual consiste en aplicar calor húmedo por 15 a 20 minutos, cada dos horas, sin que este sea aplicado directamente a la piel por el riesgo de producir quemaduras. (Yoke, 2000). Por otro lado, se han aplicado otros agentes y medios de tratamiento propios de la fisioterapia:

Con respecto al láser, los estudios concluyen que el de alta intensidad es más efectivo en el tratamiento del dolor lumbar crónico, aunque sus efectos no se mantienen de manera prolongada. (Fiore, 2011)⁶⁶. En cuanto al ultrasonido, no hay suficiente evidencia disponible

⁶⁴ Es importante seguir dicha indicación, ya que si se mantiene por menos tiempo, el efecto analgésico será menor y en caso contrario, si sobrepasa el tiempo hará un efecto contrario, provocando vasodilatación.

⁶⁵ El autor indica la importancia y el empleo del frío.

⁶⁶ Presidente nacional de la Sociedad Italiana de Medicina Física y Rehabilitación, luego de 35 años de profesión decidió tomar dicho puesto.

para probar su efectividad como tratamiento en el dolor lumbar crónico. Comparándolo con la terapia láser, no ha podido afirmarse que sea más efectivo, su beneficio es que disminuye el dolor, mejora la movilidad y mejora la calidad de vida del paciente (Durmus⁶⁷, 2010).

Corrientes interferenciales, se han estudiado en comparación con la tracción lumbar y el masaje siendo la conclusión de igual efectividad entre las tres (Werner's⁶⁸, 2011).

Al hacer referencia a los TENS, la evidencia no es suficiente como para recomendar su uso aislado en el dolor lumbar crónico, además sus efectos dependen de la frecuencia usada, la duración del tratamiento y el lugar de aplicación. En comparación con las corrientes interferenciales, presentan la misma eficacia frente al dolor. Sin embargo, no ha resultado más eficaz que el placebo en los estudios para el tratamiento de la lumbalgia crónica (Facci, 2011)⁶⁹. La onda corta, no se ha estudiado su uso como tratamiento en el dolor lumbar crónico. Su beneficio es el que aporta el calor generado por el paso de la corriente eléctrica por los tejidos. Con respecto a la Termoterapia, no hay suficiente evidencia para recomendarla como tratamiento para el dolor lumbar crónico. Sus beneficios son los que aportan el calor en sus diferentes técnicas. En el caso de la Magnetoterapia, la presencia de sustancia hierro-magnéticas que se encuentran en las estructuras óseas de la base del cráneo, en la proximidad del SNC, reveló los efectos influenciados por los campos magnéticos como la liberación de endorfinas⁷⁰, los moduladores de la sensibilidad al dolor, la regulación de la permeabilidad de la membrana celular, su efecto antiedemigeno, etc (González Mas⁷¹, 1995).

La Magnetoterapia regenera las células perjudicadas mejorando la cinética enzimática y repolariza las membranas celulares, por otro lado produce una acción antiestrés y promueve una aceleración de todos los fenómenos reparadores con una acción directa bioregenerante, antiinflamatoria, anti-edemática, antálgica y sin efectos colaterales.

Otras técnicas utilizadas son el masaje, las técnicas de Masoterapia

⁶⁷ El autor compara el ultrasonido con el láser.

⁶⁸ El autor compra las corrientes interferenciales, tracción lumbar y el masaje.

⁶⁹ Graduada en Fisioterapia por la Universidad Estadual de Londrina, Brasil. Actualmente es profesora de la Universidad Estatal de Londrina (UEL), trabajando en Salud Pública, Fisioterapia Reumatológica y Fisioterapia Acuática.

⁷⁰ Son neurotransmisores que producen sensación de bienestar, alegría e incluso euforia.

⁷¹ El autor nombra los efectos venéreos que produce la magnetoterapia.

“como un conjunto de movimientos sistemáticos manuales o mecánicos que son practicados sobre los tejidos blandos del cuerpo humano mediante pautas como la fricción, el amasamiento, la comprensión, los movimientos de rodillo, las palmadas o los golpes, y que presenta fines terapéuticos” (Lim, 2018)⁷².

Existen gran variedad de técnicas de masoterapia entre las que podemos encontrar el masaje sueco, que es el masaje clásico, masaje Thai, es con variación de presiones, Shiatsu, es una forma japonesa de masaje utilizando los dedos y palmas de la mano para ejercer presiones y técnicas de estiramiento, la reflexología que ejerce presiones sobre zonas concretas del cuerpo como manos, pies, columna, y el masaje miofascial es una terapia manual que trabaja el tejido fascial en profundidad.

El Foam Rolling, consiste en el uso de un rodillo terapéutico sobre el que un individuo se apoya con su propio peso, realizando movimientos repetitivos con el fin de ejercer una presión sobre el músculo afecto para así liberar tejido blando que se encuentra retraído o puntos gatillos. Además de reducir el dolor, produce un aumento del rango de movimiento, relajación y recuperación muscular (Macgregor, 2018)⁷³.

El Taping neuromuscular, según estudios realizados por, el kinesiotape disminuye inmediatamente la presión, restableciendo la circulación sanguínea y la evacuación linfática. Esto disminuye la presión sobre los nociceptores y así disminuye también directamente el dolor percibido. Automáticamente posibilita un patrón de movimiento más fisiológico, lo cual beneficia la recuperación del tejido. Sus beneficios son varios como analgesia, mejorar la función muscular por regulación del tono muscular, ayuda a la función articular, por medio de la propiocepción, corrección de la posición articular, corrección de la dirección del movimiento. Aumento de la estabilidad, elimina bloqueos de la circulación sanguínea y evacuación linfática, y el mecanismo neuroreflejo (Sijmonsma⁷⁴, 2007).

La acupuntura y la punción seca⁷⁵ se presentan como terapias complementarias útiles asociadas a otros tratamientos en el abordaje del dolor lumbar crónico, representan también una opción a considerar en mujeres gestantes, en las que ejercicios específicos y gimnasia acuática se muestran también de utilidad (Pennick⁷⁶, 2008).

⁷² El autor define la masoterapia y sus técnicas.

⁷³ Se recibió en Licenciatura en Ciencias del Deporte y el Ejercicio de la Universidad de Stirling en 2012, y terminó su doctorado en 2016. Su trabajo ayudó a los atletas de GB a prepararse para los Juegos Olímpicos de 2016.

⁷⁴ El autor relata los beneficios de utilizar el vendaje neuro-muscular o kinesio tape.

⁷⁵ Es una técnica semi-invasiva que utiliza agujas de acupuntura para el tratamiento del síndrome de dolor miofascial, síndrome producido por los puntos de gatillo.

⁷⁶ El autor refiere que la acupuntura y la punción seca como tratamientos complementarios.

La Osteopatía es

“un conjunto de procedimientos diagnósticos y terapéuticos manuales para tratar las disfunciones de movilidad articular y tisular, en general, en relación con su participación en la aparición de las enfermedades” (Ricard, 2013)⁷⁷.

La Osteopatía se encarga de tratar las tensiones dolorosas, que en la forma de cervicalgia, cefalea, dolor de espalda, entre otros, están desequilibrando la estructura corporal y como consecuencia impidiendo el buen funcionamiento del cuerpo. El modo de actuación es fundamentalmente manual mediante las técnicas manuales osteopáticas, liberadoras de las tensiones estructurales, ya sean vertebrales, articulares, fasciales o musculares” (Ferrandiz⁷⁸, 2012).

La Hidroterapia, se define como

“el tratamiento del cuerpo, de una manera global o parcial, a través de la aplicación de agua potable u ordinaria, pudiéndose modificar la presión y la temperatura. La hidroterapia se beneficia de las propiedades mecánicas y térmicas, para fines terapéuticos en la piel y las mucosas, independientemente de los medios que se empleen para ello” (Pérez-Fernández, 2005)⁷⁹.

Pilates, según Wajswelner, realizaron un estudio para comparar la fisioterapia clínica mediante el método Pilates y el ejercicio general para mejorar los síntomas de dolor crónico de espalda baja, cuyos resultados demostraron que el programa de ejercicio con Pilates produjo resultados similares a los ejercicios generales tradicionales en cuanto a los beneficios en la reducción del dolor y la discapacidad, así como en la mejora de la funcionalidad de adultos con lumbalgia crónica cuando ambos programas fueron aplicados por fisioterapeutas (Wajswelner, 2012)⁸⁰.

El Aquapilates es una variante del método Pilates, pero que se realiza dentro del agua. Trabaja la flotación, el equilibrio acuático, la respiración, la fuerza, la flexibilidad, la concentración, la postura y la conciencia corporal. Se le conoce también como un método de acondicionamiento físico que no depende de la gravedad, lo cual permite el trabajo conjunto de diferentes músculos agonistas y antagonistas. El realizar los ejercicios en agua caliente parece un método efectivo para bloquear los nociceptores de la zona lumbar,

⁷⁷ Ricard define la osteopatía.

⁷⁸ El autor refiere a como actúa la osteopatía.

⁷⁹ El autor define la hidroterapia y sus funciones.

⁸⁰ Se formó como fisioterapeuta en la Universidad La Trobe (Instituto Lincoln) y desde entonces ha trabajado en una variedad de entornos como fisioterapeuta deportivo y musculoesquelético, incluido un puesto de profesor anterior en la Universidad de Melbourne, Australia.

actuando en los receptores térmicos y 19 mecanorreceptores de la espalda (Sánchez⁸¹, 2016).

Los Ejercicios de Core se utilizan para el desarrollo tanto de la fuerza-resistencia como de la estabilización ya que está comprobado que este tipo de ejercicios ayuda a prevenir lesiones raquídeas y reducir el dolor lumbar e inestabilidad del raquis mediante la mejora de la estabilidad de la columna (Vera⁸², 2015).

Además, afirman que cuando los músculos del Core funcionan con normalidad pueden mantener la estabilidad segmentaria, proteger la columna vertebral, y reducir el estrés que impacta sobre las vértebras lumbares y discos intervertebrales (Huxel y Anderson, 2013)⁸³.

La Reeducción Postural Global (RPG), es un método utilizado como propuesta de prevención y rehabilitación ante problemas musculoesqueléticos, trabaja frente a la corrección de compensaciones musculares enfocándose en la causa del problema. Se ha visto que es beneficioso en pacientes con dolor a nivel espinal, reduciendo la intensidad del dolor y rigidez, aumentando el rango de movimiento, y mejorando la flexibilidad y la capacidad funcional (Guastala, 2016)⁸⁴.

El objetivo principal es recuperar la extensibilidad miofascial reequilibrando las masas corporales, para buscar la armonía entre las cadenas musculares restaurando la función. De esta manera conseguiremos restaurar tanto la función como el movimiento y disminuir el dolor. Conciencia corporal⁸⁵ tras la liberación de las retracciones que producen la alteración postural debemos trabajar la concienciación corporal. Estimulando la percepción consciente del esquema corporal de nuestro cuerpo para evitar recidivas (Coelho, 2007)⁸⁶.

Otra opción complementaria para el tratamiento es el farmacológico, se puede dividir en líneas, la primera, el paracetamol, paracetamol con codeína/tramadol, AINES, AINES + miorrelajantes, esta última no más de 1 semana. La segunda línea, amitriptilina 10-25 mg

⁸¹ El autor comenta en qué consiste el aquapilates.

⁸² El autor refiere a la función resultante de los ejercicios de CORE.

⁸³ Huxel posee maestría en Kinesiología, y es Miembro de la Sociedad Estadounidense de Terapeutas de Hombro y Codo (ASSET). Y Anderson se desempeña como profesor asistente y coordinador de educación clínica para el programa de entrenamiento atlético postprofesional en la Universidad AT Still en Mesa, Arizona. Recibió su licenciatura en Medicina Deportiva y Entrenamiento Atlético de la Universidad Estatal de Missouri.

⁸⁴ Fisioterapeuta especialista en RPG, graduado en el Centro Universitario de Maringá, Brasil.

⁸⁵ Noción de los segmentos y movimientos integrantes del cuerpo humano. Noción del cuerpo como resultado de los conceptos de imagen y de esquema corporal.

⁸⁶ El autor indica la importancia de la extensibilidad miofascial.

cada 12-24 horas. Reevaluar este último en 2 semanas más y si no mejora se utilizan los fármacos de tercera línea, los opiáceos, como por ejemplo el tramadol.

Diseño metodológico



El tipo de investigación que se lleva a cabo es de tipo descriptiva, debido a que se busca conocer los tipos de tratamiento kinésico para abordar la lumbalgia realizados por los kinesiólogos de Mar del Plata y no intentará comparar, sino más bien, relatará en forma específica lo empleado por las/los Kinesiólogas/os y se medirán sus resultados. El diseño de investigación es no experimental, ya que no serán manipuladas las variables, y solo se observan los fenómenos en su estado natural, para analizarlos. También el diseño es transeccional porque la recolección de datos se realiza en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir las variables y analizar su prevalencia en un momento determinado; y dentro de esta categoría es descriptivo ya que tiene como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables. Como instrumento se implementa una encuesta on line.

Criterio de inclusión:

Son los Licenciados en Kinesiología de ambos sexos

Habilitados para el ejercicio de la profesión

Que habiten en la ciudad de Mar del Plata

Con 1 año de experiencia como mínimo

Criterio de exclusión:

Son aquellas personas que no son Licenciados en Kinesiología

No están habilitadas para el ejercicio de la profesión

Que no habitan en la ciudad de Mar del Plata

Menos de un año de experiencia

El tamaño de la muestra será de 21 profesionales, seleccionados en forma no probabilística por conveniencia.

Las variables sujetas al análisis son:

Edad

Definición conceptual: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo expresado en años.

Definición operacional: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de los Licenciados en Kinesiología a la fecha de la encuesta on line.

Sexo

Definición conceptual: Características que permiten agrupar a las personas en masculino y femenino.

Definición operacional: Características que permiten agrupar a los Licenciados en Kinesiología en masculino y femenino El dato se obtiene por encuesta on line.

Años de experiencia

Definición conceptual: Práctica prologada en años que proporciona conocimientos y capacidad de algo.

Definición operacional: Práctica prologada en años que proporciona conocimientos y capacidad a los Licenciados en Kinesiología. El dato se obtiene por encuesta on line.

Frecuencia del tratamiento

Definición conceptual: Número o cantidad de sesiones en un período semanal a las que asistió el paciente al tratamiento.

Definición operacional: Número o cantidad de sesiones en un período semanal a las que el Licenciado en Kinesiología asistió el paciente al tratamiento. El dato se obtiene por encuesta on line y se considera 1, 2 o 3 veces por semana.

Duración del tratamiento

Definición conceptual: Tiempo que le lleva al paciente recuperarse de una patología (lumbalgia inespecífica) a través de la terapia física.

Definición operacional: Tiempo que le lleva al paciente de un Licenciado en Kinesiología a recuperarse de una patología (lumbalgia inespecífica) a través de la terapia física. El dato se obtiene por encuesta on line y se considera días, meses, años.

Tipo de lumbalgia:

Definición conceptual: Variedad del estado en el que se encuentra la patología de una persona con dolor en la zona baja de la espalda en relación al tiempo.

Definición operacional: Variedad del estado en el que se encuentra la patología de un paciente con dolor en la zona baja de la espalda en relación al tiempo. El dato se obtiene por encuesta on line y se considera aguda, sub aguda, crónica.

Técnicas utilizadas:

Definición conceptual: Empleo de uno o varios procedimientos para el tratamiento de lumbalgia.

Definición operacional: Empleo de uno o varios procedimientos para el tratamiento de lumbalgia. El dato se obtiene por encuesta on line y se considera kinesioterapia, fisioterapia y/o ejercicios.

Empleo de órtesis:

Definición conceptual: Elemento externo aplicado al cuerpo para modificarlo funcionalmente.

Definición operacional: Elemento externo aplicado al cuerpo para modificarlo funcionalmente. Se indaga si el profesional emplea el uso de órtesis como parte del tratamiento, El dato se obtiene por encuesta on line y se considera si – no.

Postgrado cursado

Definición conceptual: Acreditación de la formación que sigue al título de grado, que es la titulación de educación superior que se obtiene al concluir una carrera universitaria. Podría decirse que el postgrado es la última fase de la educación formal e incluye los estudios de especialización, maestría y doctorado.

Definición operacional: Acreditación de la formación que sigue al título de grado, que es la titulación de educación superior que se obtiene al concluir una carrera universitaria. Podría decirse que el postgrado es la última fase de la educación formal e incluye los estudios de especialización, maestría y doctorado, se indaga si algún postgrado en relación a la Lumbalgia inespecífica. El dato se obtiene por encuesta on line

Iniciativa en la elección del tratamiento:

Definición conceptual: Determinación o no por parte del médico, de cuál es el tratamiento a seguir del paciente que padece Lumbalgia inespecífica, indicado en la orden médica.

Definición operacional: Determinación o no por parte del médico, de cuál es el tratamiento a seguir del paciente que padece Lumbalgia inespecífica, indicado en la orden médica.. El dato se obtiene por encuesta on line.

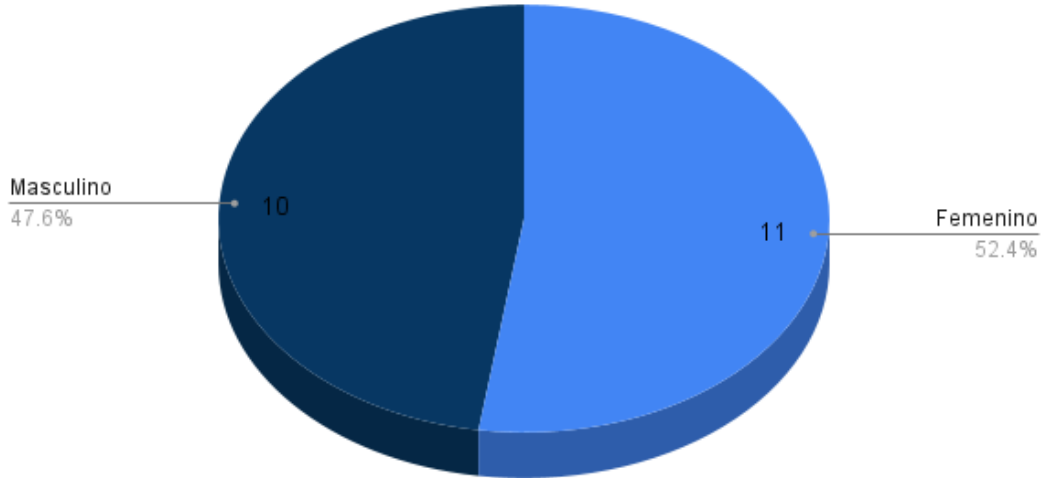
Análisis de datos



A continuación se presenta el resultado del análisis de datos realizado.

Gráfico 1: Sexo de los profesionales

n=21

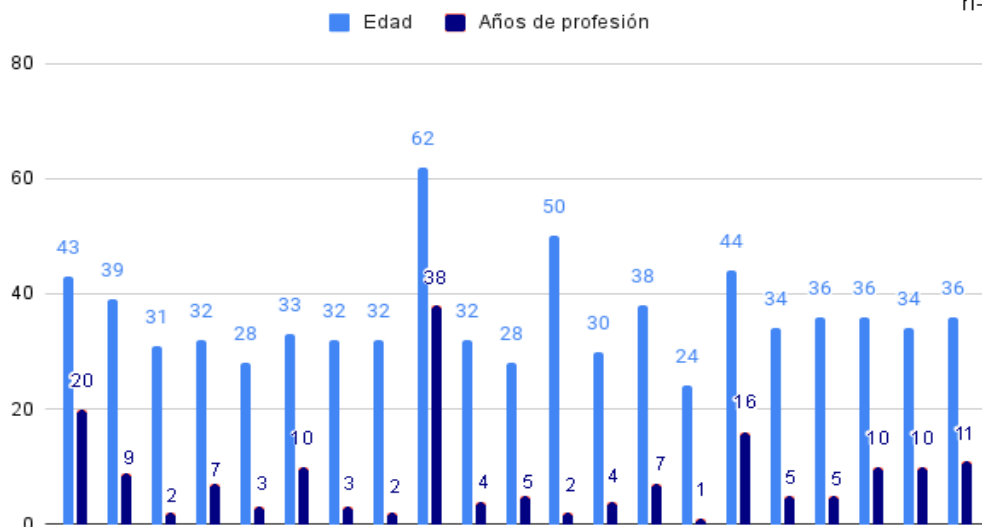


Fuente: Elaboración propia

En este gráfico se puede apreciar que la hay paridad de los profesionales encuestados en lo que refiere al sexo, siendo el sexo femenino una leve mayoría.

Gráfico 2: Edad de los profesionales y años de profesión

n=21

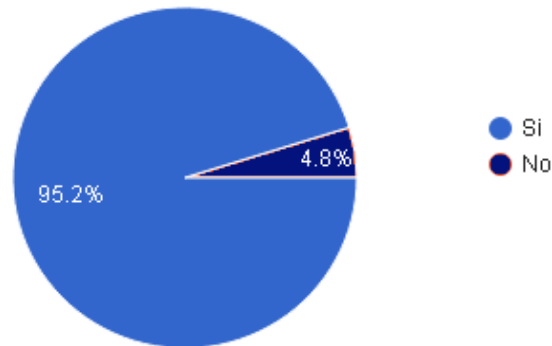


Fuente: Elaboración propia

En este gráfico se puede apreciar que la mayoría de los profesionales encuestados, en su mayoría, presentan una edad entre los 30 y 40 años. Además, en este gráfico se puede identificar que la mayoría de los profesionales encuestados tienen entre 1 y 10 años ejerciendo la kinesiología.

Gráfico 3: Profesionales que atienden lumbalgia inespecífica

n=21

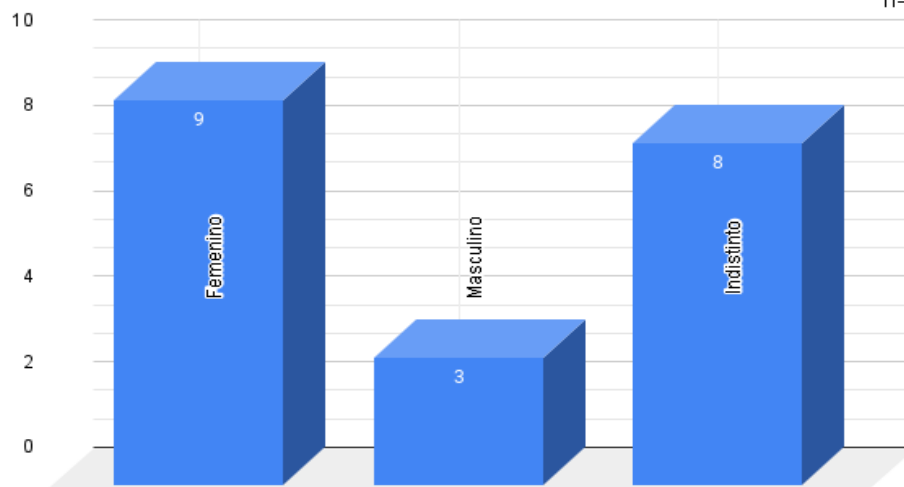


Fuente: Elaboración propia

En este gráfico se puede apreciar que el 95% de los profesionales encuestados que rehabilitan a personas adultas con lumbalgia inespecífica.

Gráfico 4: Predominio de sexo de los pacientes

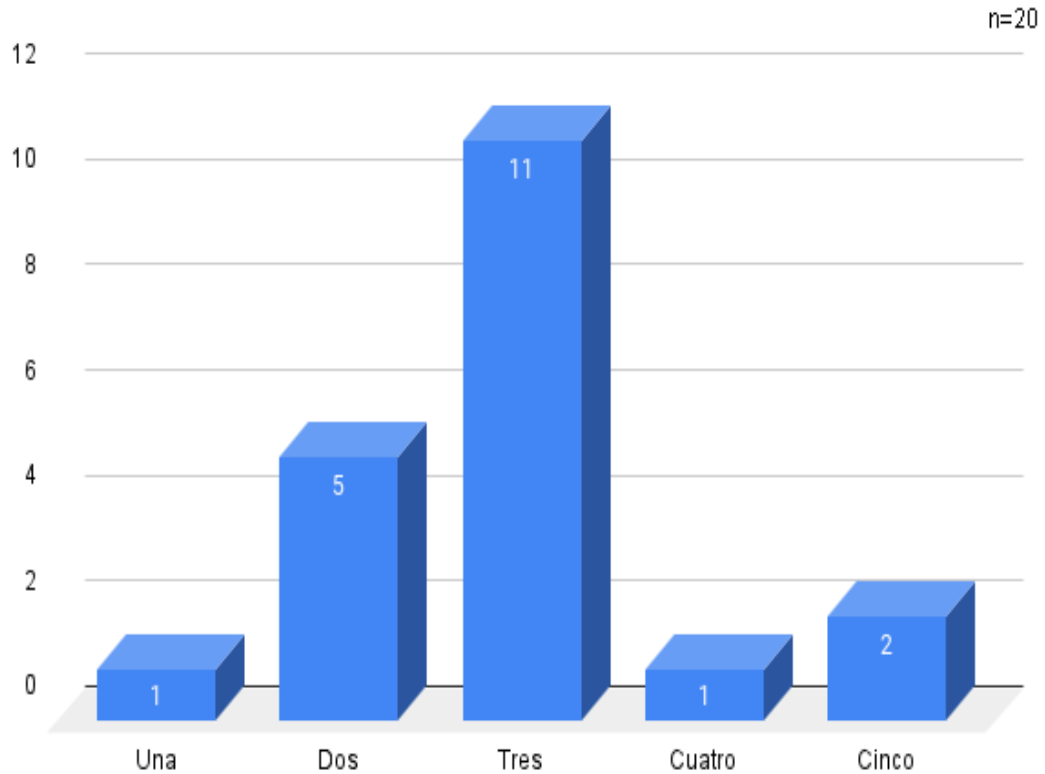
n=20



Fuente: elaboración propia

En este gráfico se puede apreciar que la mayoría de los profesionales encuestados respondieron que la población femenina es mayor que la masculina por la sintomatología de la lumbalgia, aunque no son muy distantes.

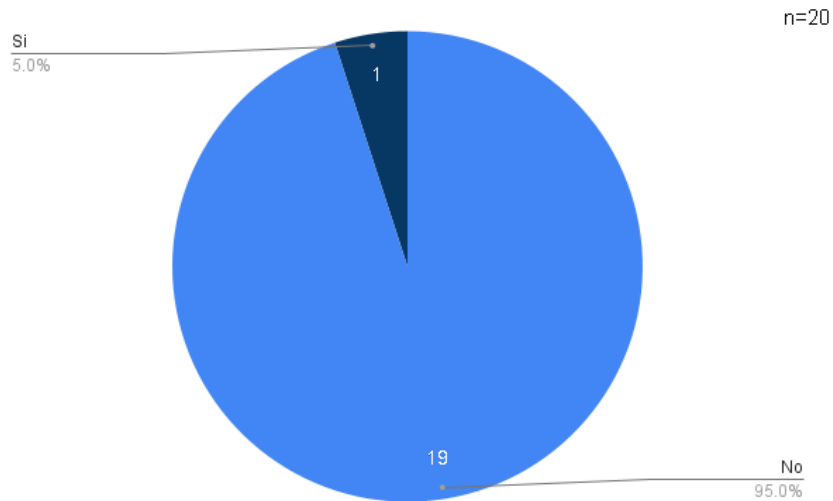
Gráfico 5: Cantidad de sesiones utilizadas por semana



Fuente: Elaboración propia

En este gráfico se puede apreciar que la mayoría de los profesionales encuestados utilizan alrededor de tres sesiones por semana con un paciente con lumbalgia inespecífica.

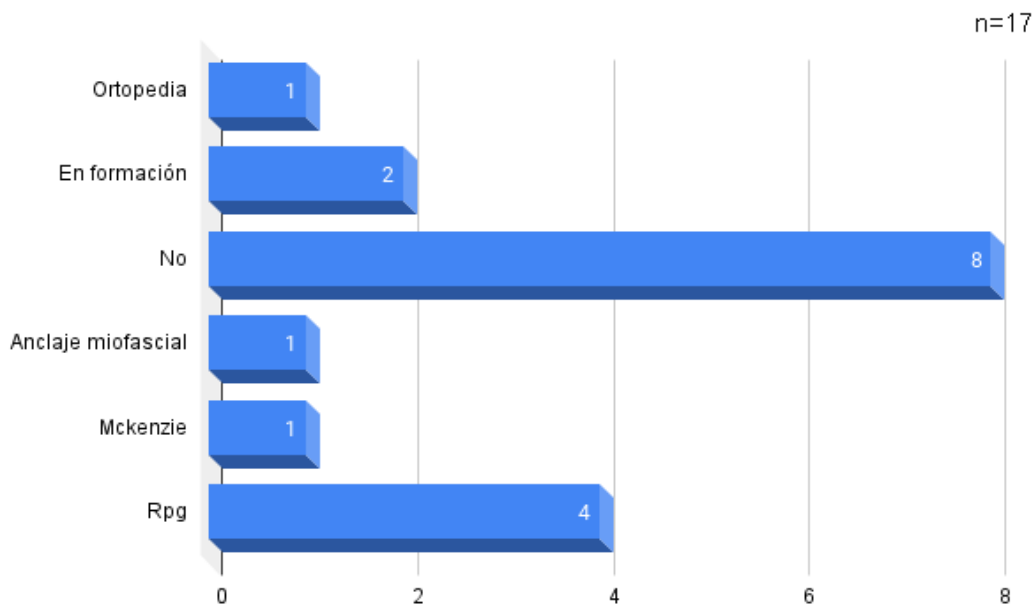
Gráfico 6:: Empleo de órtesis



Fuente: Elaboración propia

En este gráfico se puede apreciar que la gran mayoría de los profesionales encuestados no utilizan o recomiendan el uso de órtesis a sus pacientes, salvo un/a profesional que utiliza a veces al faja lumbosacra ballenada.

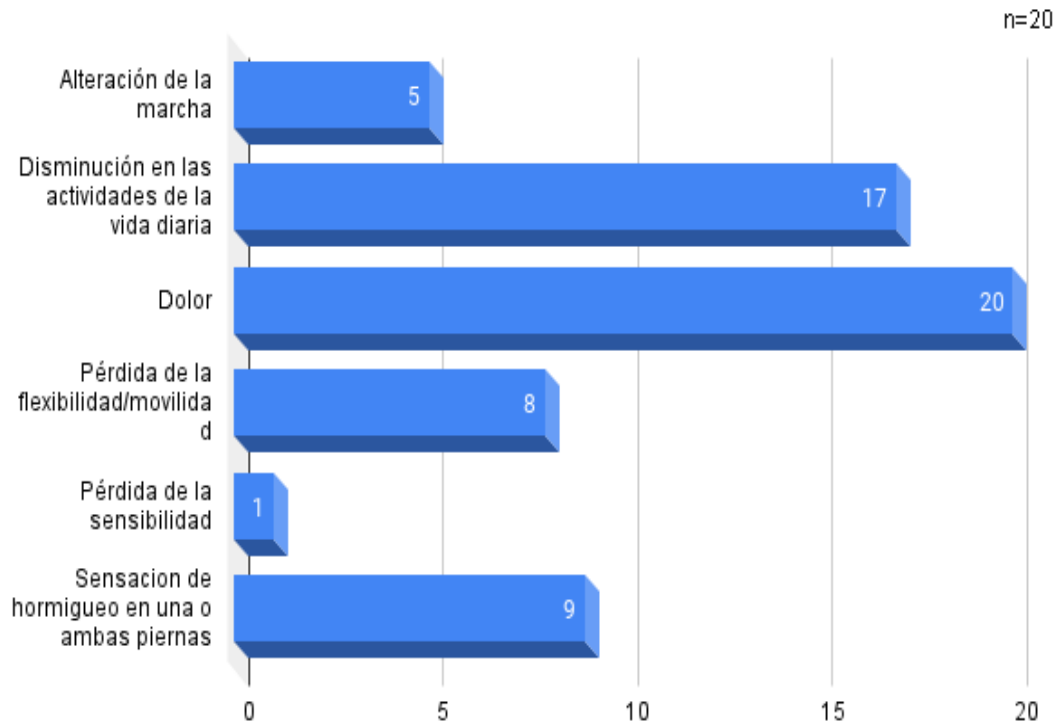
Gráfico 7: Postgrado



Fuente: Elaboración propia

En este gráfico se puede apreciar que la mayoría de los profesionales encuestados no realizó ningún postgrado pero la mayoría que si lo hizo estudió RPG.

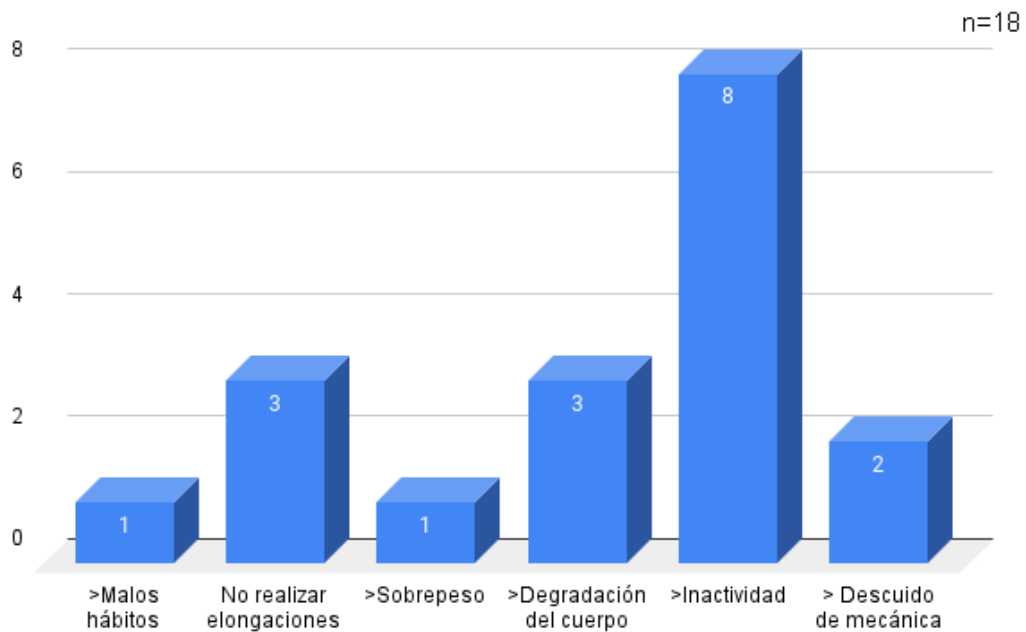
Gráfico 8: Principales motivos de consulta



Fuente: Elaboración propia

En este gráfico se puede apreciar que la mayoría de los profesionales encuestados refieren que el motivo de consulta de los pacientes son el dolor, y la disminución de las actividades de la vida diaria.

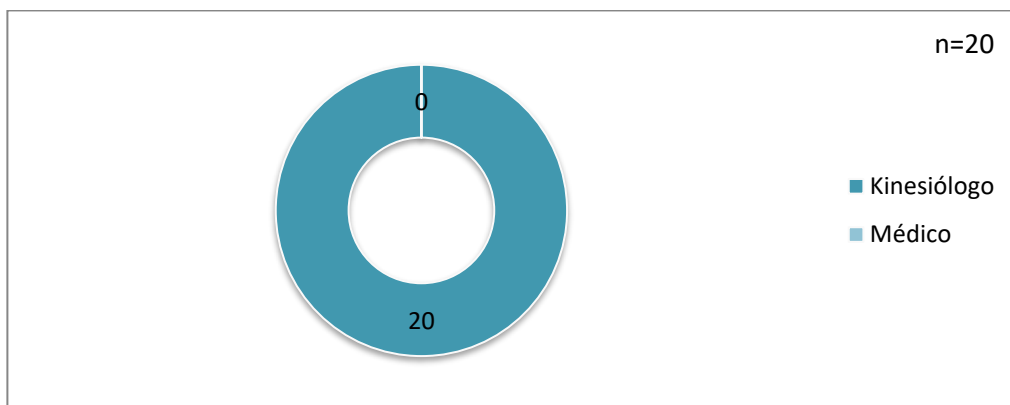
Gráfico 9: Factores del estrés que perjudica la evolución



Fuente: Elaboración propia

En este gráfico se puede apreciar que la mayoría de los profesionales encuestados refieren que el estrés influye en la rehabilitación de los pacientes porque aumenta el sedentarismo y por lo tanto disminuye la actividad física.

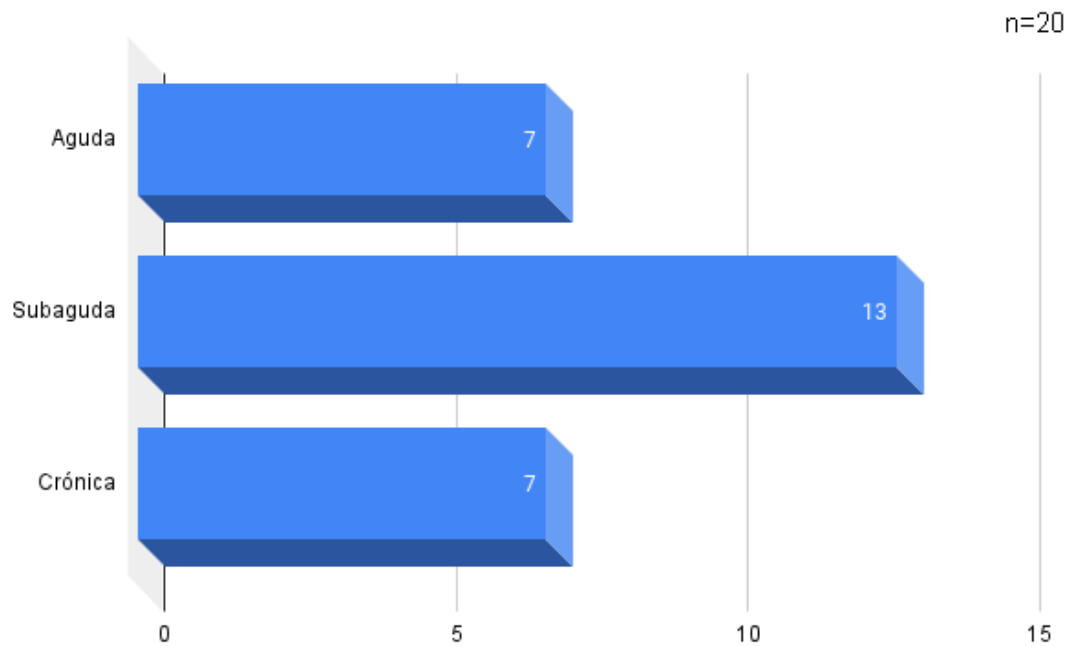
Gráfico 10: Elección del tratamiento



Fuente: Elaboración propia

En este gráfico podemos apreciar que todos los profesionales prefieren realizar el tratamiento en base a sus conocimientos, confiando en las técnicas y la evaluación de ellos mismo.

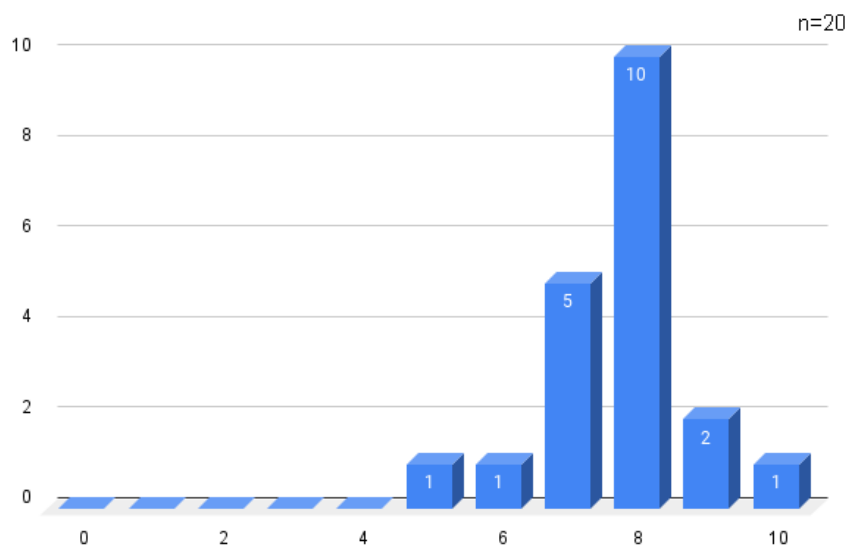
Gráfico 11: Etapa en que reciben sus pacientes



Fuente: Elaboración propia

En este gráfico se puede apreciar que la mayoría de los profesionales encuestados reciben a sus pacientes en el estado sub agudo. Con respecto al estado agudo y crónico hay paridad.

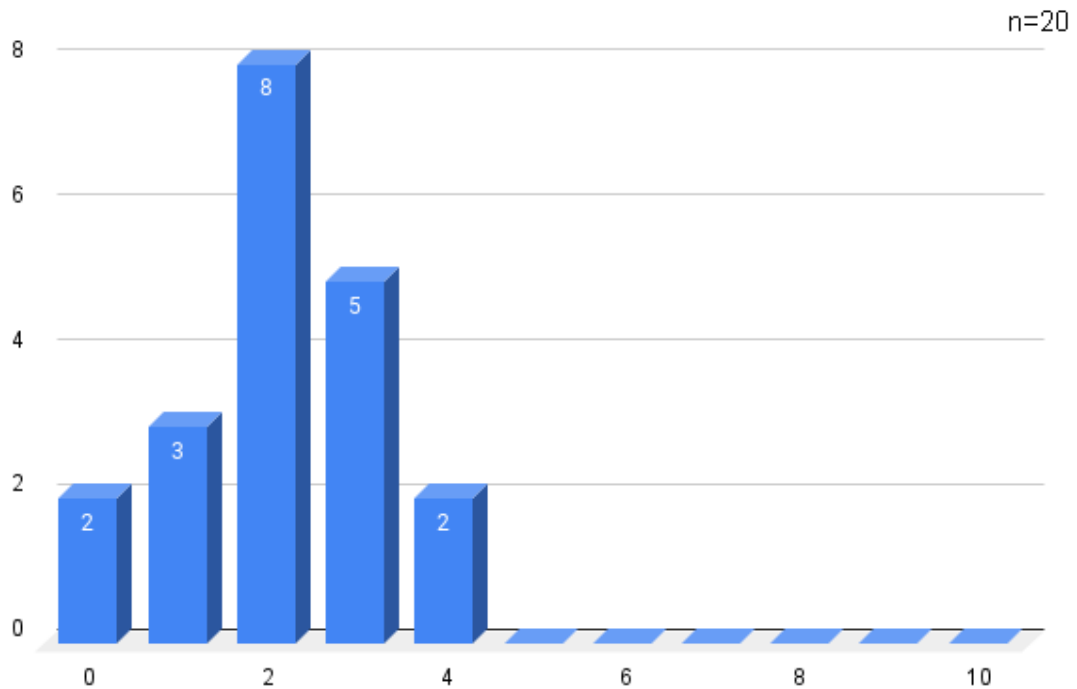
Gráfico 12: Percepción sobre el grado de dolor pretratamiento de sus pacientes



Fuente: Elaboración propia

En este gráfico se puede apreciar que la mayoría de los profesionales encuestados reciben antes de la consulta a sus pacientes con mucho dolor, y unos pocos con dolor moderado.

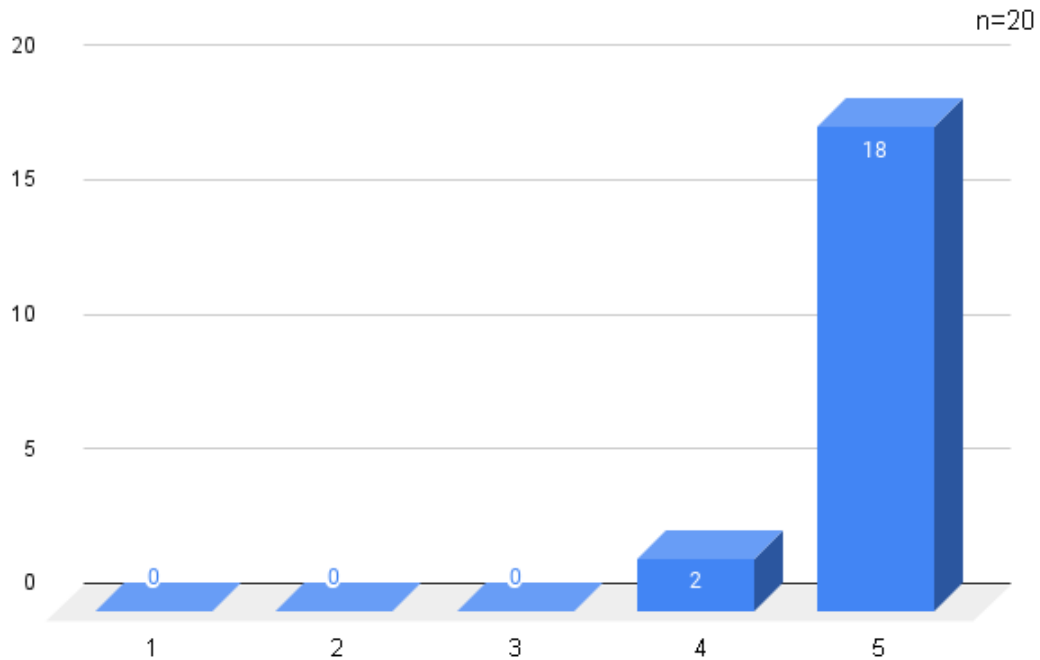
Gráfico 13: Percepción sobre el grado de dolor postratamiento de sus pacientes



Fuente: Elaboración propia

En este gráfico se puede apreciar que la mayoría de los pacientes de los profesionales encuestados terminan el tratamiento con poco dolor o molestias en la zona lumbar y muy pocos que el paciente finaliza sin dolor.

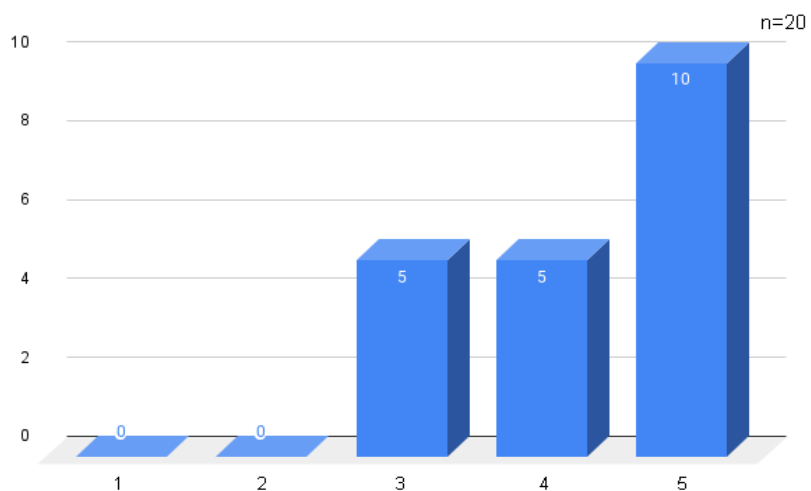
Gráfico 14: Grado de importancia que los profesionales le otorgan al ejercicio en este tipo de pacientes



Fuente: Elaboración propia

En este gráfico se puede apreciar que la gran mayoría de los profesionales encuestados el ejercicio en el tratamiento es fundamental.

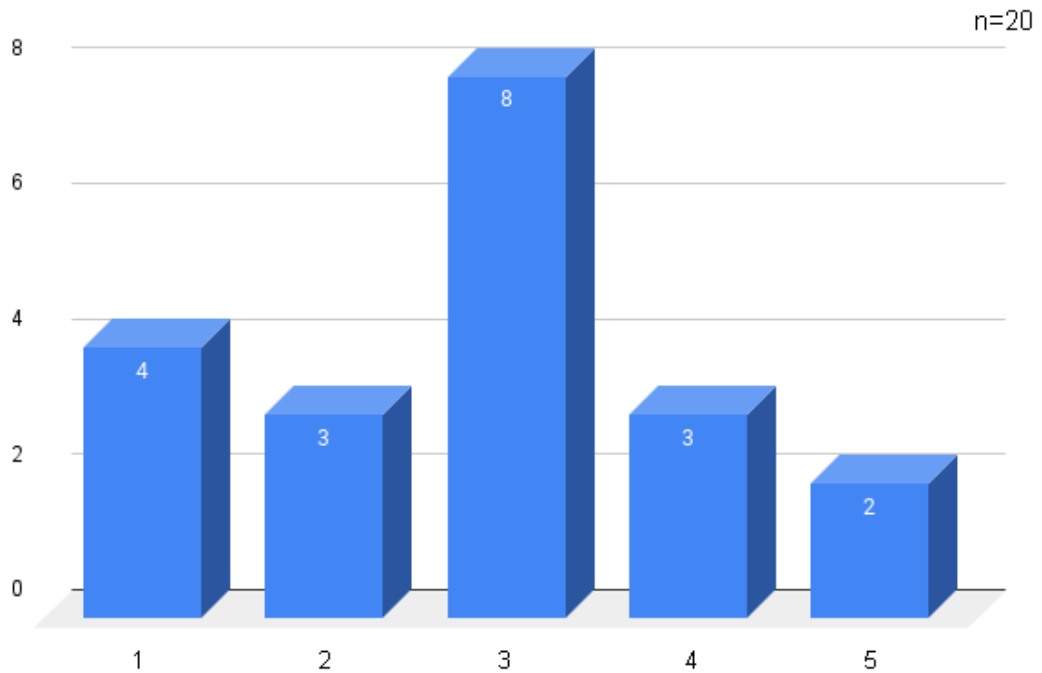
Gráfico 15: Grado de importancia que los profesionales le otorgan a las técnicas manuales en los pacientes



Fuente: Elaboración propia

En este gráfico se puede apreciar que para la mayoría de los profesionales encuestados creen que es fundamental el empleo de las técnicas manuales y en menor cantidad, otros creen que es importante.

Gráfico 16: Grado de importancia que los profesionales le otorgan a la fisioterapia

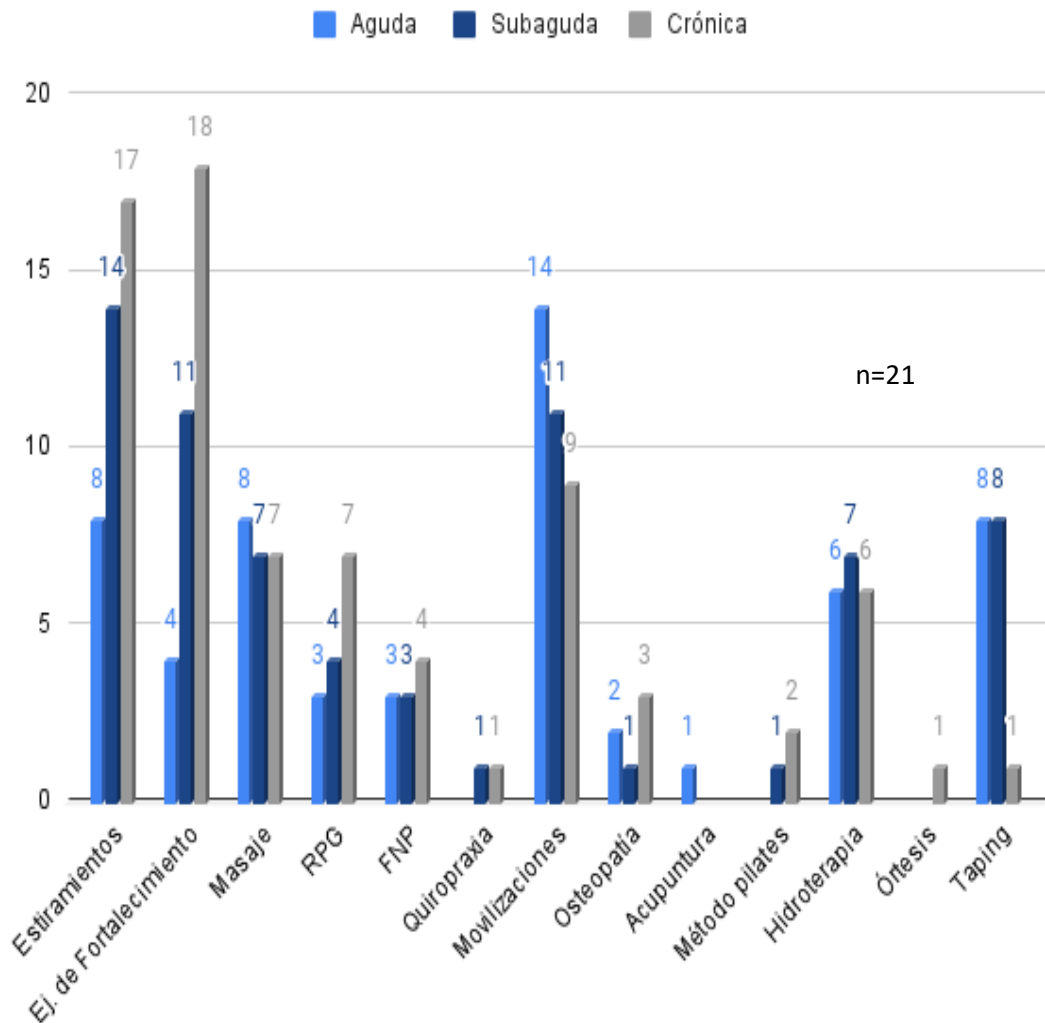


Fuente: Elaboración propia

En este gráfico se puede apreciar que entre la mayoría de los profesionales encuestados no hay un acuerdo general con respecto al uso de la fisioterapia, siendo unos pocos que le dan mucha importancia y otros pocos que no creen que sea importante su empleo.

Gráfico 17: Tipo de técnicas en el tratamiento según la etapa

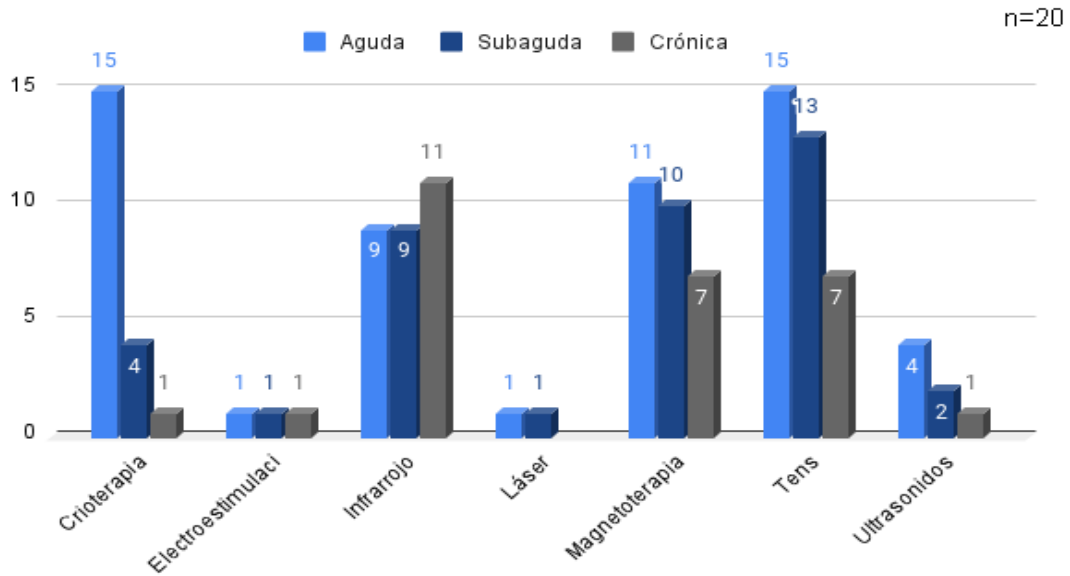
n=20



Fuente: elaboración propia

En este gráfico se puede apreciar que la mayoría de los profesionales encuestados utilizan los ejercicios de fortalecimiento, los ejercicios de estiramientos y las movilizaciones en el plan de rehabilitación de sus pacientes. Siendo más utilizados los ejercicios de estiramientos y fortalecimiento en fase crónica y las movilizaciones más utilizadas en la fase aguda Y con menos frecuencia utilizan las técnicas masaje, RPG, FNP, hidroterapia y taping, en la rehabilitación.

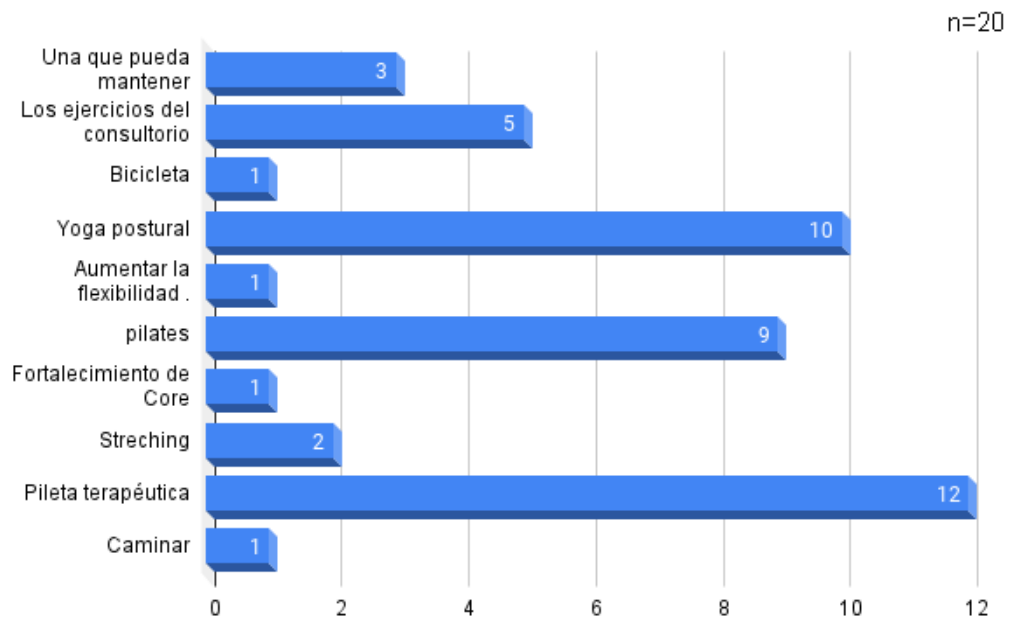
Gráfico 18: Fisioterapia utilizada según la etapa



Fuente: Elaboración propia

En este gráfico se puede apreciar que la mayoría de los profesionales encuestados utilizan crioterapia, infrarrojo, magnetoterapia y tens, pero principalmente crioterapia y tens y más aún en el estado agudo de la patología.

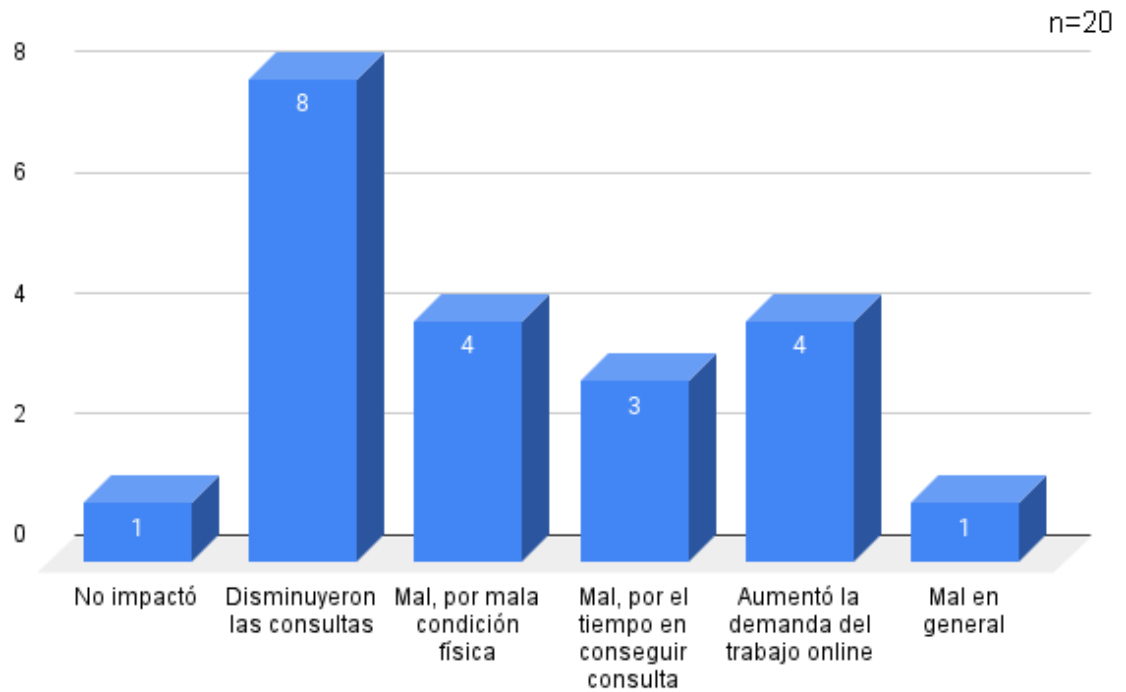
Gráfico 19: Recomendación de actividad



Fuente: Elaboración propia

En este gráfico se puede apreciar que la mayoría de los profesionales encuestados recomiendan una vez finalizadas las sesiones de la rehabilitación actividades como yoga postural, Pilates o piletta terapéutica/hidroterapia.

Gráfico 20: Percepción de los profesionales sobre el impacto de la pandemia

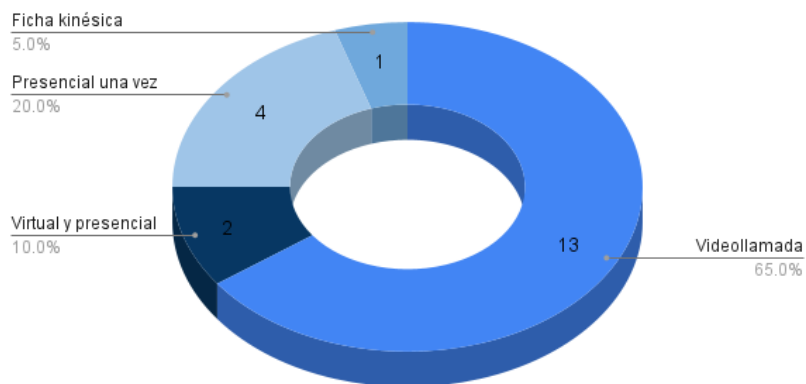


Fuente: Elaboración propia

En este gráfico se puede apreciar que en la mayoría de los profesionales encuestados la pandemia impactó negativamente sobre las consultas.

Gráfico 21: Forma de seguimiento de pacientes

n=20

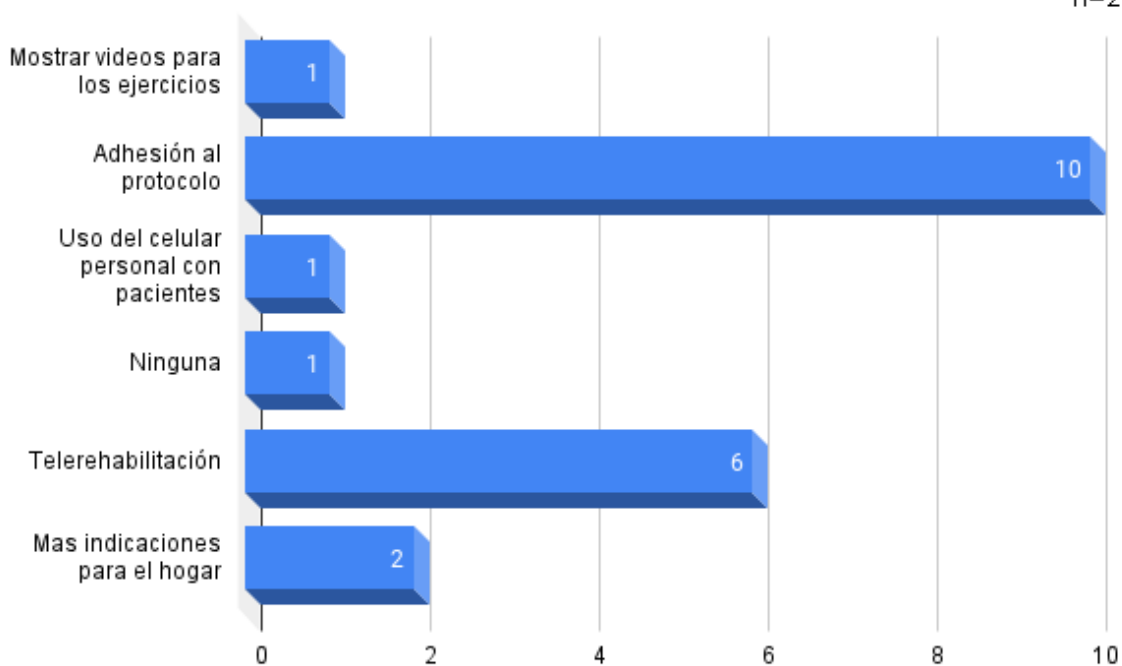


Fuente: Elaboración propia

En este gráfico se puede apreciar que la mayoría de los profesionales encuestados hicieron el seguimiento de los pacientes de manera virtual debido a la pandemia actual.

Gráfico 22: Tipo de adaptaciones realizadas

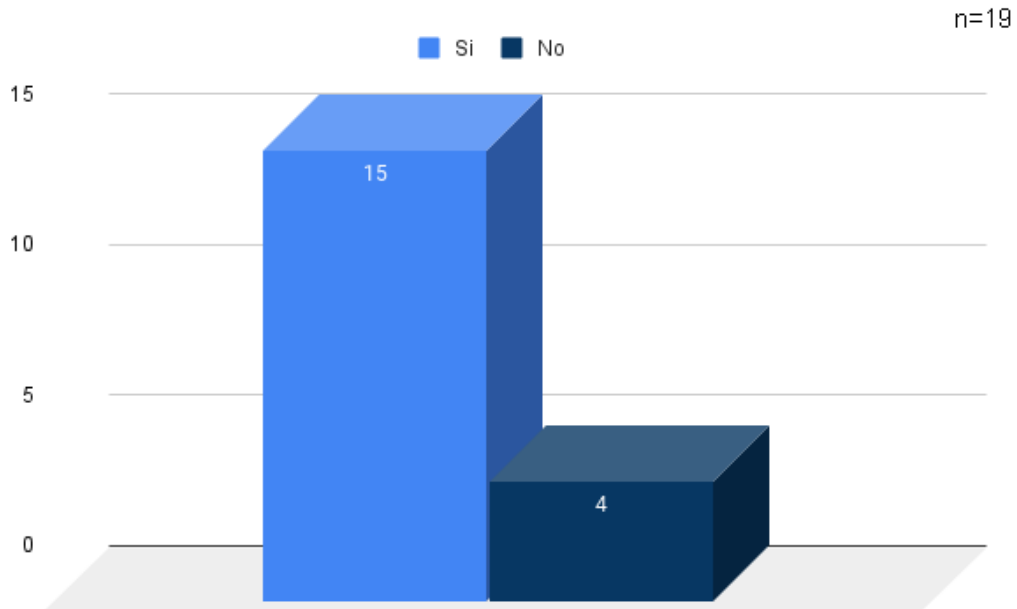
n=20



Fuente: Elaboración propia

En este gráfico se puede apreciar que las principales adaptaciones que tuvieron que realizar la mayoría de los profesionales encuestados son las regidas por el protocolo, y en un segundo plano, utilizar la telerehabilitación para las sesiones.

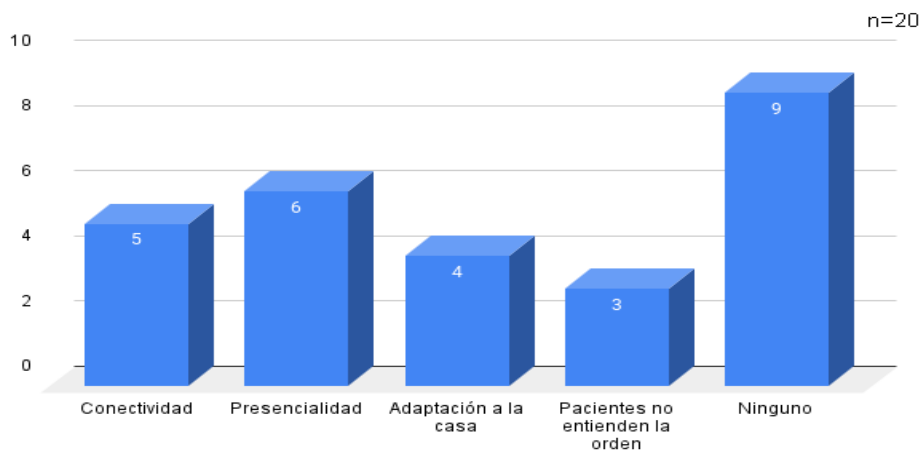
Gráfico 23: Sesiones online



Fuente: Elaboración propia

En este gráfico se puede apreciar que la gran mayoría de los profesionales encuestados utilizaron la sesión online durante el tratamiento realizado en la pandemia.

Gráfico 24: Inconvenientes en sesiones online

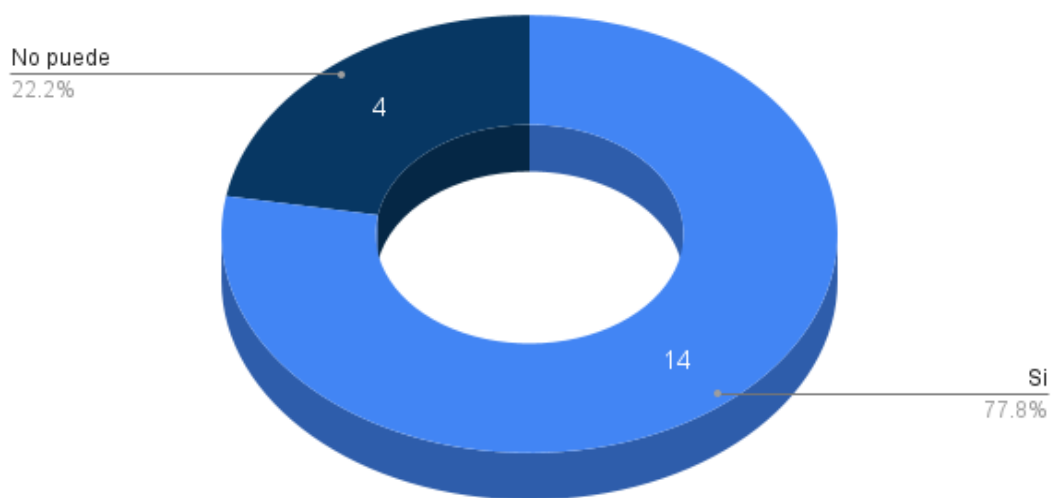


Fuente: Elaboración propia

En este gráfico se puede apreciar que la mayoría de los profesionales encuestados no presentaron inconvenientes en las sesiones online pero en segundo lugar los profesionales creen que el mayor inconveniente es la no presencialidad con el paciente.

Gráfico 25: Opinión sobre evolución entre sesión online con presencial

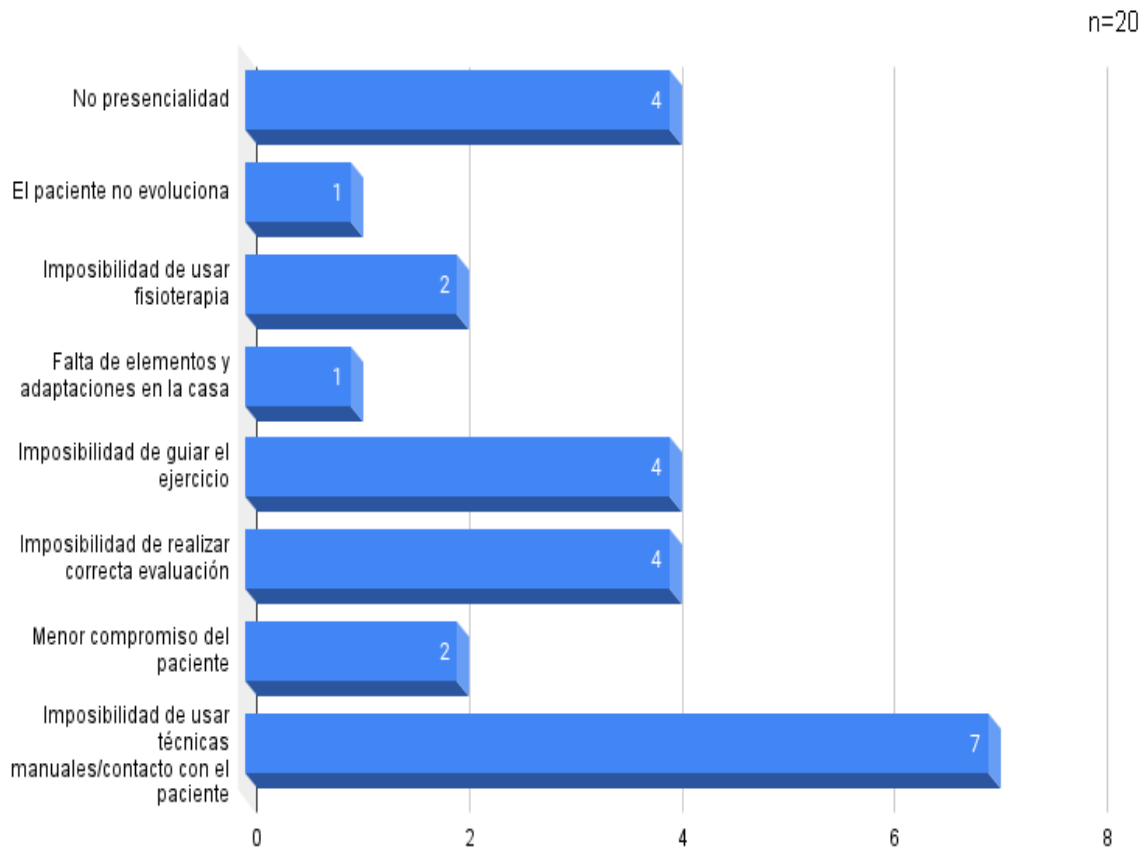
n=18



Fuente: Elaboración propia

En este gráfico se puede apreciar que la gran mayoría de los profesionales encuestados determinan que hay diferencia en la evolución de los pacientes de manera negativa en la sesión online.

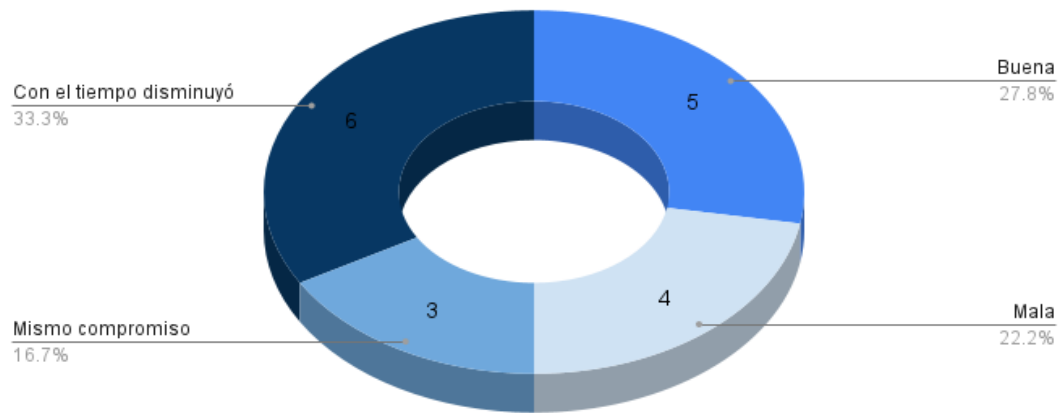
Gráfico 26: Motivos de la diferencia entre sesión online y presencial



Fuente: Elaboración propia

En este gráfico se puede apreciar que las respuestas de los profesionales encuestados fueron diversas y varias y sin tanto consenso, pero la principal sería la no presencialidad que no permite realizar varias de las opciones graficadas, como por ejemplo, la imposibilidad de usar fisioterapia y técnicas manuales, guiar el ejercicio, y la imposibilidad de realizar una correcta evaluación.

Gráfico 27: Compromiso del paciente en la sesión online



Fuente: Elaboración propia

En este gráfico se puede apreciar que no hay consenso de los profesionales encuestados, y que el compromiso de los pacientes fue distinto en el tratamiento online. Siendo levemente superior la respuesta que con el correr de las sesiones fue disminuyendo el compromiso de las personas.

Conclusión



Habiendo analizado los datos del presente estudio y teniendo en cuenta el objetivo general planteado al inicio de la investigación se llega a las siguientes conclusiones: el 95% de los Kinesiólogos encuestados atienden personas con lumbalgia inespecífica.

En cuanto a los pacientes atendidos, los profesionales indican que el 48% de los pacientes que presentan la patología son de sexo femenino, un 38% dicen que el sexo es indistinto en esta afección y que el restante 14% predomina el sexo masculino.

Con respecto a cuántas sesiones utilizan los profesionales por semana para la lumbalgia inespecífica, el 57% de los encuestados respondieron que emplean 3 por semana.

La etapa de la patología que reciben los profesionales a la mayoría de los pacientes es la sub aguda con el 62%.

En lo que respecta al motivo de consulta, los Kinesiólogos refieren que el 100% de los pacientes presentan dolor, y el 85% refiere que no puede realizar las actividades de la vida diaria, como principales motivos.

Continuando con el dolor, los profesionales lo evalúan mediante la escala visual del dolor, Eva, antes de empezar el tratamiento y después de finalizar las sesiones. Los resultados antes de comenzar el tratamiento fueron que un 47% refiere un dolor en la escala de 8 puntos, el 19% refiere un dolor mayor de 9 a 10, y el restante 34% refiere entre 5 y 7. Una vez finalizadas las sesiones los pacientes refieren en un 38% un valor de 2 puntos, un 23% refiere dolor de 0 a 1 punto, y el restante 39% refiere entre 3 y 4. Por lo tanto se puede ver que los pacientes disminuyen notoriamente en cuanto al dolor.

En cuanto al tratamiento, en lo que respecta al ejercicio físico, el 90% de los profesionales opinan que es fundamental y el 10% restante, es importante. En cuanto a las técnicas manuales el 52% cree que es fundamental, el 24% cree que es importante y el restante 24% cree que es moderada la importancia. Y con respecto a la fisioterapia el 42% refiere importancia moderada, el 33% no le da cierta importancia y el restante 25% refiere cierta importancia.

En lo que respecta a las actividades que recomiendan seguir los profesionales a sus pacientes, se encuentran el yoga postural, el método pilates y la hidroterapia o pileta terapéutica.

Y en cuanto a la pandemia, el principal inconveniente en general es la no presencialidad de los profesionales con el paciente, ya que es una profesión de contacto y evaluación permanente y está determinada por la observación.

La lumbalgia inespecífica es una enfermedad muy común que afecta a la mayoría de las personas en algún momento de su vida, en el tratamiento podemos apreciar que los Lic. en Kinesiología, no todos trabajan la patología de la misma manera, ni con las mismas técnicas, ni el uso de la fisioterapia, o sea, que no presentan una unificación de criterio. Cada profesional le brinda su impronta según su criterio. Pero en líneas generales, y basándome en esta investigación, las respuestas de los Licenciados nos refieren que utilizan en su mayor proporción, ejercicios de fortalecimiento, ejercicios de estiramientos, movilizaciones, crioterapia, infrarrojo, magnetoterapia y tens. No se trata de un tratamiento universal, pero estas elecciones son las más frecuentes.

En las estrategias de rehabilitación de la lumbalgia inespecífica, podemos apreciar que las movilizaciones son las más utilizadas en una fase aguda de la patología, y en menor proporción en las fases posteriores. En lo que respecta a los ejercicios de estiramientos, tanto como los de fortalecimiento, la utilización de los mismos es mayor en las fases sub agudas y crónicas, esta última es la más frecuente, y en menor proporción en la fase aguda.

En las estrategias del empleo de la fisioterapia podemos apreciar que la crioterapia es muy utilizada en la fase aguda, y en mucha menor proporción en las etapas posteriores. Tens y magnetoterapia, se utilizan en su mayoría en la fase aguda y un poco en menor proporción en las siguientes fases. En cambio, en cuanto al infrarrojo, la utilización del mismo es mayor en el estado crónico y en menor proporción en el estado agudo y subagudo.

Es importante destacar que no se trata de que cada profesional elija lo que crea más conveniente en cada etapa. La elección del tratamiento va a estar en base a los objetivos planteados por cada profesional en cada paciente y sus condiciones.

La Rehabilitación en la lumbalgia debe realizarse en forma integral contemplando los aspectos psicológicos, sociales y físicos que comprende la rehabilitación kinésica.

El restablecimiento completo de la función debe ser siempre el objetivo de la rehabilitación, teniendo en cuenta el nivel del dolor. Cuando no se puede obtener, la meta sigue siendo el mantenimiento de la capacidad funcional con el menor dolor posible.

Por lo tanto y teniendo en cuenta todo lo anterior, sería importante analizar el impacto de incluir educación sobre los cuidados posturales en la vida diaria y en las actividades de las personas, ya sea el trabajo, tiempo libre y/o deportes, como método preventivo ante esta lesión. Y en la rehabilitación propiamente dicha, optimizar el tratamiento para obtener mejores resultados.

Se formulan las siguientes preguntas para futuras investigaciones

- ¿Cuánta importancia tiene la disminución de la fuerza de los músculos del core con respecto al dolor lumbar en personas adultas?
- ¿Qué prevalencia tiene la lumbalgia en personas que realizan un deporte con respecto a las que no la hacen y qué importancia tiene la actividad física como método preventivo para esta patología?
- En pacientes post Covid-19 ¿Influye el virus en la lumbalgia inespecífica?

Bibliografía



- Acevedo JC, Sardi JP, Gempeler A. Revisión sistemática de la literatura y evaluación metodológica de guías de manejo invasivo de dolor lumbar. *Rev Soc Esp Dolor*. 2016; 23 (5): 243-255.
- Balagué, F., Mannion, A., Pellisé, F., Cedrasch, C (2012). "Non specific low back pain". *The Lancet*.vol 379
- Barbadillo Mateos C, Rodríguez Cardoso A, Herrero Pardo de Donlebún M. Lumbalgias. *Jano* 2001;61:101-5.
- Burton, A. K., Waddell, G., Til-lotson, K. M., y Summerton, N. (1999). Information and advice to patients with back pain can have a positive effect. A random-ized controlled trial of a novel educational booklet in primary care. *Spine*, 24(23), 2484-2491.
- Carbonell Tabeni R. Lumbalgia determinación de contingencia. *Asepeyo* (Internet). 2010;1-106. Recuperado a partir de: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/12207>
- Champín Michelena, D. (2004). Lumbalgia. *Rev. Soc. Per. Med. Inter*. 17(2).
- Chavarría, J. (2014). Lumbalgia: Causas, Diagnóstico y Manejo. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 71(611), 447-454. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc143n.pdf>
- Coelho L. O (2007)método Mèzières ou a revolucao na ginástica ortopédica: o manifestó anti-desportivo ou a nova metodologia de trino. *Revista de Desporto e Saúde*.; 4(2): 21-39
- Cuesta A, García J, Labajos M, González M. (2009) Efectividad clínica de un programa de fisioterapia multimodal complementado con carrera acuática de alta intensidad sobre la lumbalgia.
- Driessen MT, Proper KI, Anema JR, Bongers PM, van der Beek AJ. (2010)Process evaluation of a participatory ergonomics programme to prevent low back pain and neck pain among workers. *Implement Sci*. 24(5): 65
- Durmus D, Durmaz Y, Canturk F. (2010)Effects of therapeutic ultrasound and electrical stimulation program on pain, trunk muscle strength, disability, walking performance, quality of life, and depression in patients with low back pain: a randomized-controlled trial. *Rheumatol Int*, 30 901-910.
- Facci LM, Nowotny JP, Tormem F, Trevisani VF. (2011)Effects of transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) and interferential currents (IFC) in patients with nonspecific chronic low back pain: randomized clinical trial. *Sao Paulo Med J*.

[Internet]. [cited 2011 dec 10];129(4):206-16. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21971895>

- Farioli A, Mattioli S, Quagliari A, Curti S, Violante FS, Coggon D. (2014) Musculoskeletal pain in Europe: the role of personal, occupational, and social risk factors. *Scand J Work Environ Health* ; 40(1):36-46.
- Fernández de las Peñas C, Alonso Blanco C, Hernández Barrera V, Palacios Ceña D, Jimenez García R, Carrasco Garrido P.(2013) Has the prevalence of neck pain and low back pain changed over the last 5 years? A population-based national study in Spain. *Spine J.*; 13(9):1069-76.
- Ferrandiz, J. (2012). La Osteopatía como Medicina Natural [Mensaje 6]. Recuperado de <http://grupoosteopatia.blogspot.com/> [Consulta 15 feb. 2014].
- Fiore P, Panza F, Casatella G, Russo A, Frisardi U, Solfrizzi V, et al. (2011) Short-term effects of high intensity laser therapy versus ultrasound therapy in the treatment of low back pain: a randomized controlled trial. *Eur J Phys Rehabil Med.* [Internet].;47(3):367-73. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21654616>
- Fundación Kovacs,(2003) en:
http://www.espalda.org/divulgativa/su_espalda/sobrepeso/sobrepeso.asp
- Gómez Conesa, A. L. (2000). Lumbalgia Ocupacional, pág. 48. Fisioterapia Murcia
- Gómez Ramírez, M. M. (2012). Determinación de factores de riesgo de lumbalgia en trabajadores contratistas de ECOPETROL, pág. 6. Cundinamarca. Sentido de Vida.
- González Mas R. (1995). "Fisiopatología del Envejecimiento". En: *Rehabilitación Médica de Ancianos*. España. Masson SA. Cap.2, pp.: 15-20.
- Grupo de Trabajo Programa Europeo COST B13. (2006). Lumbalgia. Guía de práctica clínica COST B13. *Ansiedad y Estrés*, 12(1), 131-138
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=1436348&pid=S1130-5274200800030000700018&lng=es
- Guastala FAM, Guerini MH, Klein PF, Leite VC, Cappellazzo R, Facci LM. (2016) Effect of global postural re-education and isostretching in patients with nonspecific chronic low back pain: a randomized clinical trial. *Fisioter em Mov.*;29(3):515–25.
- Hartvigsen, J., Hancock, M., Kongsted, A., Louw, Q., Ferreira, M., & Genevay, S. (09 de 06 de 2018). Low Back Pain. *The Lancet*, 391(10137), 2356-2367. doi:
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30480-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30480-X)

- Henschke N, Maher CG, Ostelo RW, de Vet HC, Macaskill P, Irwig L. (2013) Red flags to screen for malignancy in patients with low-back pain. *The Cochrane database of systematic reviews*. (2):Cd008686. DOI: 10.1002/14651858. CD008686
- Hestbaek L, Leboeuf-Yde C, Manniche C. (2003)Low back pain: what is the long-term course? *A review of studies of general patient populations. Eur Spine J*;12:149-165.
- Hidalgo B, Detrembleur C, Hall T, Mahaudens P, Nielens H. (2014)The efficacy of manual therapy and exercise for different stages of non-specific low back pain: an update of systematic reviews. *Journal of Manual & Manipulative Therapy*.;22(2):59-74. DOI: 10.1179/2042618613Y.0000000041.
- Huxel Bliven, K. C., & Anderson, B. E. (2013). Core stability training for injury prevention. *Sports Health*, 5(6), 514-522.
- Insausti Valdivia J. (2009) Lumbalgia inespecífica: en busca del origen del dolor. *Reumatología Clínica*.; 19-23p.
- Iversen, V.M., Vasseljen, O., Mork, P.J., Salvenssen, O., & Fimland, M.S. (2017). Resistance training in addition to multidisciplinary rehabilitation for patients with chronic pain in the low back: Study protocol. *Contemporal Clinical Trials Communications*, 6, 115-121.
- Liddle SA, Baxter GD, Gracey J. (2004)Exercise and chronic low back pain: what works? *Pain*; 107:176-90.
- Liemohn W. (2005) *Prescripción de ejercicio para la espalda*. Editorial Paidotribo. Barcelona, España.
- Lim J-H, Kim H, Jeon C, Cho S. (2018). The effects on mental fatigue and the cognitive function of mechanical massage and binaural beats (brain massage) provided by massage chairs 2018 Aug 1. *Complement Ther Clin Pract*; 32:32–8.
- Lizier D.T., Perez M.V., Sakata R. K. (2012) Ejercicios para el tratamiento de la lumbalgia inespecífica 2012 Dec;. *Rev. Bras. Anestesiol* [Internet]. 62(6): 842-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942012000600008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942012000600008>
- MACGREGOR LJ, FAIRWEATHER MM, RYAN MB, HUNTER AM (2018). The Effect of Foam Rolling for Three Consecutive Days on Muscular Efficiency and Range of Motion. *Sports Med Open* 2018 Dec;4 (26)

- Martínez, O. (2015). *Calidad de Vida en pacientes con Lumbalgia*. Veracruz - México: Universidad Veracruzana. Obtenido de <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/42162/MartinezGarciaOmar.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Merepeza A. (2014) Effects of spinal manipulation versus therapeutic exercise on adults with chronic low back pain: a literature review. *J Can Chiropr Assoc*, Vol. 58(4), págs. 456-466.
- Morales, M. I., Queraltó, J. M., & Fernández, J. V. (Ene./dic. de 2008). Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar. *Clínica y salud*, 19(3).
- Muñoz-Gómez J. (2003) Epidemiología del dolor lumbar Crónico. Madrid: Fundación Grünenthal, pp: 23-8. Cátedra extraordinaria del Dolor. "Fundación Grünenthal". Universidad de Salamanca. Abordajes terapéuticos en el dolor lumbar crónico. *Avances Reuma Salamanca* (58).
- Nagrale AV, Patil SP, Gandhi RA, Learman K (2012). Effect of Slump Stretching versus lumbar movilización with exercise in subjects with non-radicular low back pain: a randomized clinical trial 2012 Feb. *Journal of manual an manipulative therapy*, 20(1):35-42.
- National Collaborating Centre for Primary Care (UK) (2009). National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. Low Back Pain: Early Management of Persistent Non-specific Low Back Pain. London: Royal College of General Practitioners (UK)..
- North RB, Shipley J, Wang H, Mekhail N (2014): A review of economic factors related to the delivery of health care for chronic low back pain. *Neuromodulation*.,;17 Suppl 2: 69-76.
- Oaks, S. & Yoke, M (2000).. The low back low down: pain prevention. *Am Fitness*; 18(4):47-56.
- Rodríguez-Navarro M.A. (2009), Dolor lumbar como manifestación inusual en una valvulopatía: ejemplo de dificultad en el diagnóstico etiológico de las lumbalgias crónicas, jun./jul. 2009. *Rev. Soc. Esp. Dolor vol.16 no.5* Madrid
- Opsahl J, Eriksen HR, Tveito TH (2016). Do expectancies of return to work and Job satisfaction predict actual return to work in workers with long lasting LBP? *BMC Musculoskelet Disord*;17:481

- Ostelo R, Oliveira Pena Costa L, Maher CG, De Vet H, Van Tulder MW (2009). *Rehabilitación después de la cirugía de disco lumbar* (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus; 3.
- Pengel LH, Herbert RD, Maher CG, Refshauge KM. Acute LBP (2003): Systematic review of its prognosis. *BMJ*; 327: 323.
- Pennick VE, Young G (2008). Intervenciones para la prevención y el tratamiento del dolor pélvico y lumbar durante el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus; 4.
- Pérez Irazusta I, Alcorta Michelena I, Aguirre Lejarcegui G, Aristegi Racero G, Caso Martínez J, Esquisabel Martínez R (2007), et al. *Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia*. Osakidetza. GPC. Vitoria-Gasteiz.
- Perez Irazusta, I., Alcorta Michilena, I., & Aguirre Legarcegui (2007), G. *Guía de Práctica Clínica sobre lumbalgia* Osakidetza. Pais Vasco: Osakidetza.
- Pérez J. (2006) Contribución al estudio de la lumbalgia inespecífica. *Rev Cubana Ortop. Traumatol.*; 20(2): 1-26.
- Pérez J. (2006) Contribución al estudio de la lumbalgia inespecífica. *Revista Cubana Ortopedia y traumatología* Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-215X2006000200010&lng=es.
- Pérez, F., Pérez, P., Nuñez-Comejo, P., Ibáñez, M., López, T., Juliá, C., Ruiz de la Torre, R. (2013). Lumbalgia. En M. Belmonte, J. Castellano, J. Román, & J. Rosas, *Enfermedades Reumáticas. Actualización SVR. II Edición* (págs. 741-768). Valencia, España: Sociedad Valenciana de Reumatología. Obtenido de <https://svreumatologia.com/enfermedadesreumaticas-2/>
- Pérez, J. (2018) Incidencia de lumbalgia y factores asociados en pacientes adultos que acuden al Centro de Salud El Valle durante los meses de Julio 2017 a febrero 2018, Cuenca. Cuenca - Ecuador: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/30230/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
- Pérez-Fernández, M. (2009). Principios de hidroterapia y balneoterapia. En: Güeita Rodríguez J, Alonso Fraile M, Fernández de las Peñas C, editores. *Terapia acuática: abordajes desde la fisioterapia y la terapia ocupacional* (2005). Madrid: McGraw-Hill/Interamericana. *postest. Fisioterapia.*; 32(1): 17-24.

- Programm für Nationale Versorgungs Leitlinien (2016) [Internet]. Nationale Versorgungs Leitlinie Kreuz. [Fecha de acceso 10 de abril de 2016]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y98dl89t>
- Reyna, J. (2013) *Magnetoterapia y ejercicios físicos para el tratamiento de la lumbalgia*. (Trabajo final de graduación de licenciatura). Universidad FASTA, Mar de Plata, Argentina.
- Ricard, F. (2013). *Tratamiento osteopático de las lumbalgias y lumbociáticas por hernias discales*. (3.ª ed.). Madrid: Médica Panamericana, S.A.
- Rueda, E., Cantos, M. J., Valdivia, P. A. y Martínez-Fuentes, J. (2011). Effectiveness of Health Education in Low Back Pain in Adults. *Journal of Sport and Health Research*. 3 (2), 101-112. Recuperado de <http://www.journalshr.com/> [Consulta 21 de mar. 2014].
- Sánchez, S. (2016) *Aquapilates para el Fortalecimiento de la Cintura LumboPélvica en Lumbalgia Crónica de Origen no Especificado*. (Tesis de licenciatura). Universidad técnica de Ambato, Ambato, Ecuador.
- Sijmonsma, J. (2007). *Taping Neuromuscular Manual 2da edición española*. Aneid Press. 9090189319 A.D.A.M. (29 junio 2012). Univisión salud con hola doctor, lumbago agudo. Obtenido de: <http://salud.univision.com/es/dolor-en-la-espalda-y-elcuello/lumbalgia-dolor-en-la-parte-baja-de-la-espalda>.
- Tejahree AD, Alisha A, Sujata Y. (2014) Correlation of saggital plane spinal mobility with functional activity level in low back pain. *Journal of International Academic Research For Multidisciplinary*.; 2(5); 525-32.
- Van Middelkoop M, Rubinstein S, Verhagen A, Ostelo R, Koes B, Van Tulder M. (2010) Exercise therapy for chronic nonspecific low-back pain. *Clin Rheumatol*.; 24:193-204.
- Vargas, E. (2000). Medicina Legal. Costa Rica. *Revista especializada*.
- Vera, F., Barbado, D., Moreno, V., Hernández, S., Juan, C. & Elvira, J. (2015). Core stability: Concepto y aportaciones al entrenamiento y la prevención de lesiones. *Revista andaluza de medicina del deporte*, 8(2), 79-85.
- Wajswelner H, Metcalf B, Bennell K. (2012). Clinical Pilates versus General Exercise for Chronic Low Back Pain: Randomized Trial. *Med Sci Sports Exerc*.; 44(7):1197-1205.
- Werner´s R, Pynsent PB, Bulstrode CJ (2011). Randomized controlled trial comparing interferential therapy with motorized lumbar traction and massage in the

management of low back pain in a primary care setting. *Spine* [Internet]. 1999 Aug 1 [cited 2011 dec 10];(15):1579-84. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10457578>

- Wheeler Stephanie. Wipf Joyce (2018). *Evaluation of Low back pain in adults*. [Artículo en internet]. Actualizado Enero 2018. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-low-back-pain-in-adults#H12>
- Wolder (1997). *Escuela de columna: prevención del dolor de espalda en el personal sanitario*, Mapfre Medicina.
- Yamato TP, Maher CG, Saragiotto BT, Hancock MJ, Ostelo RW, Cabral CM, et al (2015). Pilates for low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. (7): CD010265. DOI: 10.1002/14651858. CD010265.

Tratamiento kinésico en la lumbalgia inespecífica

Introducción: La lumbalgia es uno de los trastornos más comunes que padece el ser humano, se define como dolor producido entre la última costilla y la zona glútea que puede irradiarse a las extremidades inferiores. El carácter inespecífico es el más frecuente en esta patología, no puede asociarse a una patología específica ya que no se puede determinar su causa. Existen diversos tratamientos para abordarla, y al no tener un consenso universal, no todos los profesionales utilizan los mismos.

Objetivo: Identificar qué tratamiento/s utilizan los Licenciados en Kinesiología en adultos para abordar la lumbalgia no específica y qué estrategias se implementan para dichos tratamientos en la ciudad de Mar del Plata en el año 2021.

Material y métodos: El tipo de investigación que se llevará a cabo es de tipo descriptiva, no experimental. El diseño de la investigación corresponde a un diseño transversal. El universo se compone de kinesiólogos que han atendidos a pacientes con lumbalgia no específica en los consultorios de la ciudad de Mar Del Plata.

Resultados: El tratamiento más frecuente utilizado por los profesionales de la salud es el empleo de movilizaciones, ejercicios de fortalecimiento, ejercicios de estiramientos, crioterapia, Tens, magnetoterapia e infrarrojo.

Conclusión: Los Licenciados en Kinesiología no utilizan un tratamiento universal, si en su mayoría coinciden en el uso de ciertas técnicas y aparatos de fisioterapia, siempre teniendo en cuenta el criterio del profesional y los objetivos adecuados a cada paciente.



Tesis de Licenciatura
García Maximiliano