

UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ
Extensión Bahía de Caráquez
Campus Universitario “Dr. Héctor Usocovich Balda”
Facultad de Ciencias Médicas

**TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA
EN FISIOTERAPIA**

TEMA:

**ANÁLISIS DEL AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON
LUMBALGIA EN MUJERES DE LAS EDADES DE 20 A 40 AÑOS, ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL DR. NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA DE LA CIUDAD DE
CHONE. 2015**

AUTORA:

ÁLVAREZ COELLO MARÍA VICTORIA

TUTOR:

LIC. BÉLGICA CUZME BRIONES MgGs.

Bahía de Caráquez – Manabí Ecuador

Año: 2016

CERTIFICACIÓN DE LA TUTORA

Quien suscribe, **LIC. BÉLGICA CUZME BRIONES MgGs.** Docente de la Universidad laica “Eloy Alfaro” de Manabí, Ext. Bahía de Caráquez, en calidad de Tutora de Tesis

CERTIFICO:

Que la presente tesis: “ANÁLISIS DEL AUTOCAIDADO Y CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON LUMBALGIA EN MUJERES DE LAS EDADES DE 20 A 40 AÑOS, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DR. NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA DE LA CIUDAD DE CHONE. 2015”.

Elaborado por la Egresada **ÁLVAREZ COELLO MARÍA VICTORIA** de la Facultad de Ciencia Médicas carrera de Terapia Física, **CERTIFICO**, que ésta investigación ha sido desarrollada íntegramente por la proponente del proyecto y orientado el proceso por la suscrita.

La investigación y los resultados obtenidos de ella, como los criterios vertidos son de exclusiva responsabilidad y derecho de la autora del trabajo.

Bahía de Caráquez, 07 de septiembre de 2016

LIC. BÉLGICA CUZME BRIONES MgGs.
TUTORA

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Yo, **ÁLVAREZ COELLO MARÍA VICTORIA**, declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

A través de la presente declaración cedo los derechos de propiedad intelectual correspondientes a este trabajo, a la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su Reglamento y por la normativa institucional vigente.

Bahía de Caráquez, 07 de septiembre de 2016

ÁLVAREZ COELLO MARÍA VICTORIA

C.C.: 0950453274



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ
Extensión Bahía de Caráquez
Campus Universitario “Dr. Héctor Uscocovich Balda”
Facultad de Ciencias Médicas

Licenciada en Fisioterapia

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Los miembros del tribunal examinador aprueban el informe de investigación sobre el tema:
“ANÁLISIS DEL AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON
LUMBALGIA EN MUJERES DE LAS EDADES DE 20 A 40 AÑOS, ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL DR. NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA DE LA CIUDAD DE CHONE. 2015”
de la escuela de fisioterapia.

Bahía de Caráquez, 07 de septiembre de 2016

DECANO

TUTORA DE TESIS

MIEMBRO DEL
TRIBUNAL

MIEMBRO DEL
TRIBUNAL

MIEMBRO DEL
TRIBUNAL

SECRETARIA

DEDICATORIA

Dedico este logro a mis Padres Gladys y Juan Carlos quienes han sido mi apoyo incondicional, por enseñarme que nada en esta vida es imposible siempre y cuando yo me lo proponga.

A mis hermanas Cristina y Gabriela por ser mi motivación constante gracias por todo el amor infinito que me transmiten.

A todos y a cada uno de mis Familiares que creyeron en mí.

Dedico con mucho amor y cariño para mi Abuelita Eulalia por su paciencia, apoyo y enseñanzas de vida.

Finalmente dedico a mis amigos muy especiales que con su amor, paciencia, cariño y apoyo me acompañaron en esta dura pero no imposible batalla, muchas gracias a ustedes: María José, Kate, Joha, Paul, Frantz, Karen, gracias infinitas.

De una y mil maneras gracias a todos quienes formaron parte de mi vida que hoy solo culmina una etapa Dios y la Virgen siempre los proteja.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecerle a Dios por ser mi fortaleza por darme salud y permitirme culminar con una meta más en mi vida.

Agradecerle a mi Tutora Lcda. Bélgica Cuzme quien con su ayuda, paciencia y colaboración he podido culminar con éxito mi tesis.

Agradecida con el Lcdo. Jimmy Caicedo por su guía y apoyo durante esta etapa.

A mis lectores de tesis en especial a la Lcda. Lida Paladines por su colaboración con su ayuda pude culminar con éxito mi proyecto de tesis, gracias por los consejos impartidos en esta etapa.

Estoy muy agradecida con cada una de las personas que compartieron sus conocimientos, son muchos los que formaron parte de mi vida formativa a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles, Algunos están aquí conmigo otros los llevo siempre en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mi por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

RESUMEN

La presente investigación plantea una manera para evitar la lumbalgia en las mujeres de las edades de 20 a 40 años, atendidas en el hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova de la ciudad de Chone. 2015, o en su defecto ofrecer una manera práctica y casera para revertir los dolores de la espalda baja o también llamada lumbalgia.

Este trabajo investigativo hace un recorrido por la etiología, las causas que provoca la lumbalgia, esto para conocer sobre dicha variable, luego hace una referencia sobre lo que significa la calidad de vida y la medicina complementaria, diferentes tratamientos caseros que una mujer puede realizar desde su casa para evitar o corregir la lumbalgia, el principal propósito de esta investigación es crear un abanico de oportunidades y conocimientos para ponerlos en práctica y facilitárselos a las mujeres que lo padecen.

Luego del análisis de las diferentes fuentes y la encuesta realizada a las pacientes se determinó que la mayoría de las mujeres padecen de esta patología puesto que no conocen las formas de prevenirlo ni corregirlo, a más de la calidad en la alimentación que se notó que es una variable fundamental para la progresión de la lumbalgia; todo este análisis ayudó a vislumbrar cual sería la mejor propuesta para disminuir dichas dolencias.

Por lo que se propone realizar un manual de procedimientos prácticos para tratar la lumbalgia y fortalecer el autocuidado y calidad de vida con una serie de ejercicios caseros y buena alimentación.

TABLA DE CONTENIDO

CERTIFICACIÓN DE LA TUTORA	i
DECLARACIÓN DE AUTORÍA	ii
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO	iii
DEDICATORIA.....	iv
RESUMEN	vi
TABLA DE CONTENIDO.....	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I.....	7
1 Marco Teórico	7
1.1 La Lumbalgia.....	7
1.1.4 Etiología	14
1.1.5 Las causas más comunes de la lumbalgia	14
• Tensión en la espalda muscular.....	15
• La mala postura.....	15
• Lesiones de accidentes	16
1.2 El Autocuidado	17
• Medir el dolor.	19
• Relación del dolor y la discapacidad.	20
• La previsión del dolor.	21
• Introducción a los modelos psicosociales.....	22
• Aumento de la perspectiva biopsicosocial de la lumbalgia.	22
• La lumbalgia en la mujer	23
1.3 Calidad de vida	24
1.2.1 Definición	24
• La medicina complementaria y alternativa (MCA)	25
• El dolor de espalda,.....	25
• Medidas de diagnóstico y tratamiento	26
• La naturaleza desafiante de lumbalgia	27
• Terapias eléctricas y las opciones quirúrgicas.....	28
CAPITULO II	29
2 Análisis e interpretación del trabajo de campo.....	29
2.1 Análisis e interpretación de los Instrumentos de recolección de datos a pacientes con lumbalgia en mujeres de las edades de 20 a 40 años, atendidos en el hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova de la ciudad de Chone.	29

CAPITULO III.....	32
3 DISEÑO DE LA PROPUESTA.....	32
3.1 Tema.....	32
3.2 Justificación.....	32
3.3 Antecedentes.....	32
3.4 Objetivos.....	33
3.4.1 Objetivo General.....	33
3.4.2 Objetivos Específicos.....	33
3.5 Disminuir la población de mujeres con problemas de lumbalgia.....	33
3.10 Diseño organizacional.....	44
3.11 Financiamiento.....	44
RECOMENDACIONES.....	46
BIBLIOGRAFÍA.....	47
ANEXOS.....	49
Anexo 1: Instrumentos de recolección de datos.....	50
Anexo 2: Tablas y Cuadros para las Encuestas aplicadas a pacientes con lumbalgia en mujeres de las edades de 20 a 40 años, atendidos en el hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova de la ciudad de Chone.....	53
Anexo 3: Imágenes de la propuesta.....	58

INTRODUCCIÓN

La lumbalgia hoy en día es un problema de salud pública debido a varios factores sociodemográficos, la razón principal que me motivó a realizar el presente estudio científico de esta magnitud fue porque día a día las mujeres se ven afectadas, independiente de la actividad que realicen como son: los quehaceres domésticos, empleadas de oficinas, ejecutivas, obreras y otras, donde se ve afectada la alteración en la locomoción diaria, y por ende tendrá afectación directa en la salud por el cual mi investigación está basada en Analizar el autocuidado y calidad de vida de pacientes mujeres en edades correspondientes entre 20 a 40 años que fueron atendidos en el Hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova de la ciudad de Chone en el año 2015 donde se realizó en primera instancia.

Existen diferentes tipos de dolencias, entre las que se destacan la lumbalgia, que se manifiesta como un síndrome doloroso común y que no es considerado por la mujer como una necesidad en su cuidado, motivo por el cual considere importante realizar el presente estudio que me permitió conocer las características del problema y evaluar la importancia de su evolución y repercusión en la mujer y altera en el vivir cotidiano.

Un estudio reciente realizado por el Ministerio de Salud del Ecuador muestra que el 64 por ciento de las mujeres se quejan regularmente por el dolor de espalda, esto se debe especialmente al estrés en la vida cotidiana, llevar a una sobrecarga de la parte posterior del cuerpo, el tiempo que permanecen sentadas en la oficina, llevando bolsas y el vaivén son estresantes para la espalda y la columna vertebral, por lo tanto hay que dejar tiempo suficiente para la relajación física y mental. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015)

El dolor lumbar (Parte baja de la espalda) por sus características causa un impacto en las actividades de la vida diaria como parte de la calidad de vida; este tipo de patologías es uno de los problemas más recurrentes en cuanto al tema de salud se refiere, esta patología es frecuente en los pacientes que acuden a recibir atención

médica en instituciones de salud pública como en la privada, los profesionales en este campo tienen una lucha constante ya que la población y en especial la femenina entre las edades de 20 a 40, son quienes más la padecen.

Este tipo de dolores, la mayoría de los pacientes, no lo toman en serio y lo pasan desapercibido, por lo que, afrontar este tipo de sintomatologías es relativamente complejo, ya que en si mismo intervienen una serie de variables que deben de tomarse en cuenta al momento de hacer una valoración, ya sean variables físicas, o psicológicas, mismas que se pueden confrontar con situaciones diarias sociales y a la vez laborales, que son muy difíciles de valorar (Flinkea, 1988).

Es tal vez la forma más frecuente de dolor axial, está referido al dolor en la parte baja de la espalda a nivel de las vértebras lumbares. Lumbalgia es la causa de consulta frecuente para el médico internista, se estima que alrededor del 70% de las personas presentarán lumbalgia en algún momento de su vida, cada año, la mitad de los pacientes que consultan por este diagnóstico son por una recurrencia y el resto son casos nuevos. Su importancia radica en la incapacidad que causa para continuar desarrollando actividades cotidianas, así como en los descansos médicos que se suscitan por este diagnóstico (Munjin , llabaca, & Rojas, 2007).

El dolor lumbar relacionado al embarazo, a pesar que es conocido desde hace muchos siglos, solo ha cobrado importancia en los últimos años por el impacto que tiene en la calidad de vida de la embarazada y en los costos económicos que involucra. En las últimas dos décadas hubo una explosión de artículos sobre el tema, junto a una gran cantidad de pacientes que consultaban por dolor lumbar, el que es considerado por la sociedad, como un evento patológico (Belmar, 1999).

El conocimiento de esta complicación es una necesidad tanto para el gineco-obstetra, como para el traumatólogo, a quien es derivada para una segunda opinión o tratamiento. Los distintos artículos en la literatura internacional varían de gran forma al exponer la posible fisiopatología, la prevalencia, los factores de riesgo y también el tratamiento, por lo que una lectura parcializada de esta puede dar una visión equívoca (Angeleri, 2012).

Con todos los antecedentes antes mencionados el **analizar** el autocuidado y la calidad de vida de los pacientes con lumbalgia es de suma preponderancia determinar el conocimiento de los síntomas y signos que presenta esta patología, de la misma manera aplicar acciones de prevención a tomarse en cuenta día a día, (Pérez Gisado, 2006).

Las mujeres se desenvuelven en muchas actividades que hacen que la Lumbalgia cobre importancia, los factores que intervienen en el padecimiento de esta patología son diversos, entre los más cotidianos tenemos, el sobre peso y la obesidad, esto ocurre por la falta de orden alimenticio, el inadecuado calzado, el sedentarismo asociado a posiciones viciosas, el embarazo Precoz, las actividades físicas laborales: (Vibraciones corporales, cargar objetos pesados), etc.

Esto indica fehacientemente que la presente investigación científica se ajusta perfectamente a las necesidades básicas de las mujeres con edades de 20 a 40 años que padecen Lumbalgia, hay que tener en cuenta que la prioridad es reducir el dolor, el déficit funcional y el malestar psicológico asociado, así como proporcionar la rápida incorporación al trabajo y evitar o retrasar las recurrencias de padecer lumbalgia o anomalías musculoesqueléticas (Belmar, 1999).

Luego de haber revisado los archivos correspondientes y el repositorio físico de la ULEAM Extensión Bahía de Caráquez, se evidenció que no existe ningún trabajo de investigación en la que se encuentre este tipo de investigación, esto le da un valor agregado a la importancia del mismo dentro del ámbito educativo, académico y profesional.

Así mismo el problema de la investigación se detalla de la siguiente manera: ¿Cuáles son los principales causales y los factores sociodemográficos intervinientes que hacen que las mujeres de 20 a 40 años padezcan Lumbalgia y cómo reducir el dolor y los diferentes malestares asociados a ella en el Hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova en la ciudad de Chone?, cuyo **campo de estudio** es el desarrollo de la fisioterapia para el autocuidado y la calidad de vida de las pacientes con lumbalgia y el **objetivo principal** es “Analizar a las pacientes de 20

a 40 años que padecen de lumbalgia, atendidos en el hospital “Napoleón Dávila Córdova” de la ciudad de Chone, en el año 2015, para determinar su calidad de vida y establecer procedimientos que ayuden en su autocuidado”.

La **variable dependiente** por su parte radica en la lumbalgia, este es un problema de salud pública a nivel mundial, este término está referido al dolor en la parte baja de la espalda a nivel de las vértebras lumbares, causado por un síndrome músculo-esquelético (Munjin , llabaca, & Rojas, 2007).

El dolor de espalda o lumbalgia, puede ser causada por una variedad de problemas con cualquier parte de la compleja red interconectada de los músculos de la columna vertebral, nervios, huesos, tendones o los discos en la columna lumbar, Las fuentes típicas de dolor lumbar incluyen: Las grandes raíces nerviosas en la zona lumbar que van a las piernas pueden estar irritada, los nervios más pequeños que abastecen a la baja de la espalda pueden ser irritada, los grandes pares de músculos de la espalda (erectores de la columna) puede estar sometida a grandes presiones, los huesos, ligamentos o articulaciones pueden sufrir daños también, un disco intervertebral puede estar desgastándose.

Este estudio profundiza y analiza los temas que tienen que ver con el sedentarismo, la obesidad, el embarazo precoz, la sobrecarga laboral, los problemas posturales, el ejercicio diario, la buena alimentación, el calzado adecuado, las correcciones posturales y el diagnóstico en base a síntomas, además de ahondar en los temas relacionados con la lumbalgia como es la clasificación de la lesión, las clasificaciones traumáticas, su mecánica, las disfunción neurológica, tumorales a más de las alteraciones estructurales, el dolor en Mujeres, post parto, cesáreas, entre otros.

Todo este esfuerzo ayuda a la investigación sobre las causas más comunes de lumbalgia en las mujeres de 20 a 40 años de edad en el hospital objeto de la investigación, para enlistar las más recurrentes, así mismo como indagar a las pacientes acerca de su estilo de vida para determinar las posibles causas de lumbalgia más demandantes en la ciudad de Chone para luego diseñar y bosquejar

los procedimientos de autocuidado y calidad de vida que deben llevar las mujeres que padecen Lumbalgia en la ciudad de Chone.

La **variable independiente** de esta investigación científica se enmarca dentro del Autocuidado y calidad de vida; esto significa que en el campo de la fisiopatología suele manifestarse en personas que están sometidas a sobrecargas continuadas de la musculatura lumbar, ya sea por su actividad laboral o por otros motivos no laborales, En este sentido, el autocuidado es de mucho interés para el bienestar de la sociedad y así la disminución de casos que aparecen y están proyectados debidamente, para prevenir el aumento de la enfermedad incapacitante (Albornoz).

Cotidianamente el ser humano realiza diferentes tipos de levantamientos de cosas que existen en el hogar o en su trabajo, o que está tratando con una enfermedad degenerativa, como la artritis. Cualquiera que sea la causa, una vez que tenga ese molesto dolor de espalda en la parte baja, también llamado lumbalgia, puede ser difícil de quitar, aproximadamente uno de cada cuatro personas dicen que han tenido un episodio reciente de la lumbalgia y casi todo el mundo puede llegar a tener dolor de espalda en algún momento de sus vidas, a veces, es claramente seria, si esta persona ha resultado lesionada, o siente adormecimiento, debilidad u hormigueo en las piernas, se puede presumir que su columna lumbar este afectada.

Las **tareas científicas** de la presente investigación son las siguientes:

- a) Investigar sobre las causas más comunes de lumbalgia en las mujeres de 20 a 40 años de edad en el hospital objeto de la investigación, para enlistar las más recurrentes.
- b) Indagar a las pacientes acerca de su estilo de vida para determinar las posibles causas de lumbalgia más demandantes en la ciudad de Chone.

c) Diseñar y bosquejar herramientas educativas los procedimientos de autocuidado y calidad de vida que deben llevar las mujeres que padecen Lumbalgia en la ciudad de Chone.

Esta investigación empleará los siguientes métodos de investigación, para la obtención de la información requerida que facilitará el estudio del problema planteado, la **investigación documental** como las fuentes bibliográficas y material científico que proveen los hospitales son de mucha valía y representa los datos irrefutables para conocer los antecedentes y las investigaciones realizadas por diferentes autores concernientes a la lumbalgia.

La **investigación de Campo** estudia, analiza e interpreta los hechos en el sitio de la investigación donde las pacientes y los médicos realizar sus diagnósticos y tratamientos físicos y psicológicos.

Los **métodos empíricos** como la lectura científica, este ayudara para el desarrollo del marco teórico donde se analizaron libros, artículos científicos y demás documentos sobre los temas que atañen a la investigación para obtener información sobre los resultados de la práctica profesional y las diferentes actividades de las mujeres de la zona y su incidencia con la lumbalgia y la calidad de vida, se aplicó un cuestionario con preguntas abiertas para que el Director de la Unidad de Salud exponga sus puntos de vistas y criterios más relevantes que coadyuven al desarrollo de la presente investigación científica. Además se aplicaron a los fisioterapeutas y pacientes mujeres con lumbalgia permitiendo recabar información concerniente a los causales más comunes de la lumbalgia y su estilo de vida.

La **población** está constituida por 20 usuarios del servicio de Rehabilitación física atendidos durante el periodo de investigación, de los cuales 20 mujeres reflejan Lumbalgia, grupo que se constituye en la **muestra** a investigar y de 5 fisioterapeutas que atienden dicha patología en el área de Rehabilitación Física del Hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova en el periodo de investigación, y con edades de 20 a 40 años y 5 fisioterapeutas.

CAPITULO I

1 Marco Teórico

1.1 La Lumbalgia

La lumbalgia es un dolor, tensión muscular o rigidez localizada por debajo del reborde costal y por encima del pliegue del glúteo inferior, con o sin ciática, y se define como crónica cuando persiste durante 12 semanas o más, el dolor lumbar no específico es el dolor que no se atribuye a una patología reconocible (por ejemplo, infección, tumor, osteoporosis, artritis reumatoide, fractura, inflamación), esta opinión excluye el dolor lumbar crónico con síntomas o signos en la presentación que sugiera una condición subyacente específica, también se excluyen a las personas únicamente con ciática (síndrome radicular lumbosacro), dolor debido a una hernia discal, o ambas cosas. Las personas en esta revisión tienen dolor crónico de espalda baja.

Más del 70 por ciento de las personas en Ecuador van a experimentar dolores lumbares en algún momento de sus vidas, cada año, entre el 15 y el 45 por ciento de los adultos tienen dolores de espalda en la parte baja, y el 5 por ciento de las personas presentan en el hospital un nuevo episodio por lo menos una vez al año, alrededor del 10 por ciento posterior a la lumbalgia, quedaron incapaces de seguir trabajando y aproximadamente el 20 por ciento tienen síntomas persistentes a un año. (Angeleri, 2012).

1.1.2 Anatomía

La columna vertebral está compuesta por 33 ó 34 vertebras que se disponen a lo largo del esqueleto axial y ofrece una serie de curvaturas para obtener mayor elasticidad y resistencia.

- Estructuralmente distinguiremos 5 segmentos: cervical (7 vértebras), dorsal (12 vértebras), lumbar (5 vértebras), sacro (5 vértebras), coxigeo (3 ó 4 vértebras) (Latarget M, 1989).
- Cada vértebra se compone de: cuerpo vertebral, arco vertebral, apófisis transversa, apófisis espinosa y disco intervertebral.

- El cuerpo vertebral: es una porción de soporte que proporciona resistencia al peso del cuerpo y está constituida por hueso esponjoso recubierto por hueso compacto o cortical.
- El arco vertebral, está por detrás del cuerpo, forma las paredes del agujero vertebral que encierra y protege la médula espinal y se encuentra integrado por apófisis articulares, pedículos y láminas.
- Las apófisis transversas se proyectan a cada lado de la unión del pedículo y la lámina, permitiendo la unión.
- La apófisis espinosa se dirige hacia atrás desde el arco vertebral en la unión de las dos láminas. Las apófisis articulares superior e inferior, presentan carillas articulares superior e inferior, sirven para la articulación entre las vértebras superiores e inferiores (Gardner E, 1974).
- El cuerpo vertebral, el arco vertebral, las apófisis espinosa y transversa, pedículos y láminas, constituye una cubierta ósea protectora para la médula, de ella se originan las raíces nerviosas. La conexión entre los cuerpos vertebrales se establece mediante los discos intervertebrales, que presentan tres porciones diferentes:
 - Zona central denominada núcleo pulposo.
 - Láminas cartilaginosas integradas de cartílago hialino, situadas en los extremos inferior y superior del disco y unidas a los cuerpos vertebrales. En la periferia el cartílago hialino se pierde en el anillo fibroso y en los rebordes anulares de las vértebras, esta es la verdadera unión entre los cuerpos vertebrales, compuesto por 10 a 12 láminas de tejido colágeno concéntricas (Valls, J, 1976).
 - El núcleo pulposo es una estructura gelatinosa de forma esférica que ocupa el cuarenta por ciento del disco intervertebral y está situado ligeramente hacia atrás entre el tercio medio y el posterior; por lo tanto el espesor del anillo fibroso que rodea y protege al núcleo pulposo es más pequeño en la parte posterior que en el resto del disco intervertebral, lo que califica a esta zona como un lugar de menor resistencia biomecánica a las sollicitaciones que se producen durante la mecánica de

la columna vertebral (Berjon, 1984), puesto que en la columna lumbar los arcos de movilidad son más amplios que en la columna dorsal, por lo que la gran mayoría de lumbagos y ciáticas son producidas por lesiones de estos discos (Valls J, 1976).

La columna humana es una estructura rígida, que permite soportar presiones, y elástica lo que le da un gran rango de movilidad. Este equilibrio, casi perfecto, se logra mediante los sistemas de protección musculares, aponeuróticos y mixtos (cámara hidroaérea). Cuando la columna deja de ser estable y aparece el dolor se deben revisar estos sistemas y normalmente se observa que alguno, o varios, están fallando (Miralles R, 2001).

En el borde caudal de cada pedículo se observa una escotadura vertebral profunda, y en el borde superior del mismo en surco profundo. Dos surcos adyacentes, junto con el cuerpo y el disco intervertebral correspondientes forman el agujero intervertebral o agujeros de conjunción, lugar por donde salen un nervio espinal y sus vasos del canal neural. El primer nervio cervical sale a través del agujero de conjunción situado por encima de la 1ª vértebra cervical (C1), el segundo por encima de C2 y así sucesivamente hasta llegar al 8º nervio cervical, que saldrá por encima de la 1ª vértebra dorsal (T1), lo que supone que tanto los nervios dorsales como lumbares salen por el agujero inmediatamente inferior a la vértebra correspondiente (así la raíz L5 sale por el agujero situado entre las vértebras L5 y S1). La médula espinal termina a nivel de L1, de manera que las raíces nerviosas se hacen más largas y más oblicuas conforme corresponden a segmentos más bajos, formando lo que se conoce como "cola de caballo". (Gardner E, 1974)

Mecánicamente se entenderá mejor la columna si la observamos cómo tres pilares, uno grande anterior y dos pequeños posteriores. El pilar anterior está formado por la superposición de los cuerpos de las vértebras y los discos intervertebrales. Los pilares posteriores son las estructuras verticales del arco vertebral, articulación superior e inferior unidas por los istmos. El pilar anterior está unido a los dos posteriores a través de los pedículos que resultan ser estructuras de altísima resistencia.

Los pilares posteriores están unidos entre sí por láminas, quedando delimitado el agujero vertebral, que en el segmento lumbar, es amplio y en forma de triángulo equilátero. El conjunto de agujeros vertebrales superpuestos constituye el conducto raquídeo.

El cuerpo vertebral resiste muy bien las fuerzas de compresión a lo largo de su eje vertical gracias a la disposición de sus trabéculas. Las verticales unen los dos platillos vertebrales y las horizontales salen de ellos para atravesar el pedículo y dirigirse a las apófisis articulares y al arco posterior. Entre estos tres grupos queda una zona más débil formada por un triángulo de base anterior (Miralles R, 2001). Es decir, la porción anterior del cuerpo vertebral es menos resistente que la posterior y en las lesiones por hiperflexión se hunde en este punto. Las corticales del cuerpo son muy finas y son responsables sólo del 10% de la resistencia de la vértebra (McBroom RJ, 1985). La resistencia media a la fractura por compresión de los cuerpos vertebrales oscila entre los 600 y los 800 kg. El cuerpo vertebral se fractura antes que el disco (Hansson TH, 1987).

El sistema se cierra mecánicamente con la presencia de la médula ósea que actúa como un cojín hidráulico y ayuda a mantener la elasticidad.

El disco intervertebral es una estructura viscoelástica que hace de sistema amortiguador colocado entre dos vértebras, la viscoelasticidad es la capacidad que posee una estructura de recuperarse lentamente ante las deformaciones (Miralles R, 2001), los discos están preparados para absorber presiones por lo que poseen un 60-90% de agua. Entre el 20 y el 30% de la altura en la columna sana es debido a la separación que los discos ejercen sobre los cuerpos vertebrales (Panagiotacopulos ND, 1987).

- **Músculos**

Los dos grupos de músculos principales que afectan a la columna vertebral son los extensores y flexores. Los músculos extensores nos permiten ponerse de pie y levantar objetos. Los extensores están unidos a la parte posterior de la columna vertebral. Los músculos flexores están en la parte delantera e incluyen los músculos abdominales. Estos músculos nos permiten flexionar, o se inclina hacia adelante, y son importantes en la elevación y el control del arco en la espalda baja.

Los músculos de la espalda estabilizan la columna vertebral. Algo tan común como el tono muscular pobre o un gran vientre pueden tirar de todo su cuerpo fuera de la alineación. La desalineación pone presión increíble en la columna (véase el ejercicio para una espalda sana).

- **Ligamentos**

Los ligamentos son fuertes bandas fibrosas que mantienen las vértebras, estabilizan la columna vertebral, y protegen los discos. Los tres principales ligamentos de la columna vertebral son el ligamento amarillo, el ligamento longitudinal anterior (LLA), y el ligamento longitudinal posterior (PLL) (Fig. 7). El LLA y PLL son bandas continuas que se extienden desde la parte superior a la parte inferior de la columna vertebral a lo largo de los cuerpos vertebrales. Evitan que el movimiento excesivo de los huesos vertebrales. El ligamento amarillo concede entre la lámina de cada vértebra.

La médula espinal es de aproximadamente 18 pulgadas de largo y es el grosor de su dedo pulgar. Se ejecuta en la canal espinal protectora del tronco cerebral a la primera vértebra lumbar. Al final de la médula espinal, las fibras de la médula se separan en la cola de caballo y continúan a través del canal espinal a su coxis antes de ramificar apagado a sus piernas y pies. (Troup, 2014)

1.1.3 Neuroanatomía

Al igual que la columna vertebral se divide en las regiones: cervical, torácica y lumbar, también lo hace la médula espinal. Cada porción de la médula espinal se divide en segmentos neurológicos específicos. La médula espinal cervical se divide en ocho niveles. Cada nivel contribuye a diferentes funciones en el cuello y los brazos. Las sensaciones del cuerpo son transportadas de manera similar de la piel y otras partes del cuerpo desde el cuello, los hombros y los brazos hasta el cerebro.

En la región torácica de los nervios de la médula espinal suministran la ayuda a los músculos del pecho en la respiración y la tos. Esta región también contiene los nervios en el sistema nervioso simpático.

En la zona lumbosacra, la médula espinal y los nervios corresponden a las piernas, la pelvis y los intestinos y la vejiga. Las sensaciones de los pies, las piernas, la pelvis y el abdomen inferior se transmiten a través de los nervios y la médula espinal lumbosacra a mayores segmentos y, finalmente, al cerebro.

- **Vías nerviosas**

Hay muchas vías nerviosas que transmiten señales de arriba a abajo de la médula espinal. Algunas proporcionan sensación de la piel a otras partes del cuerpo. Otras proporcionan sensación a partir de estructuras más profundas tales como los órganos en el abdomen, la pelvis u otras áreas. Otros nervios transmiten señales desde el cerebro al cuerpo. Y otras funcionan a nivel de la médula espinal y actúan como intermediarios en el proceso de transmisión de la señal.

- **Vías sensoriales**

Las sensaciones desde el cuerpo, tales como calor, frío, dolor, y el tacto, se transmiten por la piel y otras partes del cuerpo al cerebro. Estas vías se llaman las vías sensoriales.

Una vez que las señales entran en la médula espinal, se envían al cerebro. Los diferentes tipos de sensaciones son enviadas por diferentes vías, llamadas “extensiones”. Las extensiones que llevan las sensaciones de dolor y temperatura al cerebro están en la parte media de la médula espinal. Estas extensiones se llaman “espinotalámicas”. Otras extensiones llevan la sensación de posición y tacto ligero. Estos impulsos nerviosos se llevan a lo largo de la parte posterior de la médula espinal.

- **Vías nerviosas autónomas**

Otro tipo de nervios especiales son los nervios autónomos. Los nervios autónomos se dividen en dos tipos: los nervios simpáticos y parasimpáticos.

El sistema nervioso autónomo influye en las actividades involuntarias como en el músculo del corazón, y las glándulas que liberan ciertas hormonas. Controla el sistema cardiovascular, digestivo y respiratorio. Estos sistemas funcionan de manera general “involuntaria”. La función principal del sistema nervioso autónomo es mantener un ambiente interno estable dentro del cuerpo. El corazón y los vasos sanguíneos son controlados por el sistema nervioso autónomo. Los nervios simpáticos ayudan a controlar la presión arterial en base a las exigencias físicas impuestas al cuerpo. También ayudan a

controlar la frecuencia cardíaca. Los nervios simpáticos, cuando se estimulan, hacen que el corazón lata más rápido.

Los nervios simpáticos: Los nervios simpáticos causan entre otras cosas, la constricción de los vasos sanguíneos en todo el cuerpo. Cuando esto sucede, la cantidad de sangre que se devuelve al corazón aumenta. Estos efectos incrementarán la presión arterial. Otros efectos incluyen un aumento en la sudoración y aumento de la irritabilidad o una sensación de ansiedad.

Cuando hay una lesión en la médula espinal, en o por encima del nivel T6 los nervios simpáticos debajo de la lesión se desconectan de los nervios por encima. Estos continúan operando de forma automática una vez que el período de shock medular ha terminado. Cualquier cosa que estimula los nervios simpáticos puede hacer que se vuelvan hiperactivos. Este exceso de actividad de los nervios simpáticos es lo que se llama disreflexia autonómica.

Los nervios parasimpáticos: Los nervios parasimpáticos actúan de una manera opuesta a los nervios simpáticos. Estos nervios tienden a dilatar los vasos sanguíneos y a reducir la velocidad del corazón. El nervio más importante que lleva fibras parasimpáticas es el nervio vago. Este nervio lleva las señales parasimpáticas al corazón para disminuir la frecuencia cardíaca. Otros nervios corresponden a los vasos sanguíneos de los órganos del abdomen y la piel.

Los nervios parasimpáticos surgen a partir de dos áreas:

A). Las fibras que inervan los órganos del abdomen, el corazón, los pulmones y la piel arriba de la cintura comienzan a nivel del cerebro y la médula espinal muy alta.

B). Los nervios que inervan los órganos reproductivos, la pelvis y las piernas comienzan a nivel del sacro, o la parte inferior de la médula espinal. Después de una lesión de la médula espinal, los nervios parasimpáticos que comienzan en el cerebro continúan trabajando, incluso durante la fase de shock medular. Cuando se produce la disreflexia, los nervios parasimpáticos intentan controlar rápidamente el aumento de la presión arterial al disminuir el corazón. (Columna vertebral)

1.1.4 Etiología

Los síntomas, patología, y apariciones radiológicas se correlacionan mal, el dolor es no específico en aproximadamente el 85 por ciento de las personas. Un 4 por ciento de las personas con dolor lumbar en atención primaria tienen fracturas por compresión, y alrededor de 1 por ciento tiene un tumor, la prevalencia del prolapso de disco intervertebral entre las personas con dolor lumbar en atención primaria es de aproximadamente 1 a 3 por ciento, la espondilitis anquilosante y las infecciones espinales son menos comunes, esta investigación cubre sólo el dolor lumbar o lumbalgia.

Los factores de riesgo incluyen el trabajo físico pesado; frecuente flexión, torsión, y de elevación; y prolongadas posturas estáticas, los factores psicosociales de riesgo incluyen la ansiedad, la depresión y el estrés mental en el trabajo, el tener un historial de dolor de espalda baja y una mayor duración de un episodio actual, son factores importantes de riesgo para la cronicidad, una revisión sistemática de estudios prospectivos de cohorte encontró que algunos factores psicológicos (auxilio, estado de ánimo depresivo, y somatización) están asociados con un mayor riesgo de dolor lumbar crónico. También se ha informado de factores individuales y del lugar de trabajo que se asocia con la transición a la lumbalgia crónica (Flinkea, 1988).

1.1.5 Las causas más comunes de la lumbalgia

La columna vertebral es una complicada red de músculos, nervios y huesos que trabajan juntos para absorber la fuerza y proporcionar la flexibilidad y la fuerza. El dolor, el malestar y pérdida de movilidad vienen en muchas formas diferentes, porque hay muchas maneras diferentes de dañar o lesionar la columna vertebral. El dolor de espalda puede parecer más específico, pero todavía tiene cientos de causas potenciales de enfermedades degenerativas, a lesiones repentinas. Afortunadamente, también hay una variedad de opciones de tratamiento para la lumbalgia (Belmar, 1999).

Los quiroprácticos de nuestro país entienden que cada paciente es único, y que van a trabajar duro para identificar la causa específica de los síntomas de la lumbalgia, para que se pueda personalizar el tratamiento adecuado para el paciente. Si uno de ellos sufre de la lumbalgia, es posible que tenga una de las siguientes afecciones o lesiones. Estas son algunas de las causas más comunes de la lumbalgia, y nos ofrecen manipulaciones

quiropáticas y otras opciones de tratamiento quiropráctico natural para todos ellos (Estévez, 2001):

- **Hernia de disco**

A pesar de esta lesión se refiere a los discos que componen la columna vertebral, lo que realmente afecta a los nervios cerca de estos discos; cuando los fluidos se filtran del disco y en los nervios, puede causar dolor que se irradia desde la parte baja de la espalda baja por las piernas (Génot, 2005)

- **Tensión en la espalda muscular**

Levantar objetos pesados o hacer giros bruscos en realidad pueden causar desgarros microscópicos en los músculos o ligamentos, provocando sensaciones continuas de ardor u hormigueo (Kimitake S, Monique M, Department of Sport and Exercise Sciences, Barry University, Miami Shores, Florida, 2009).

La tensión muscular se refiere a la condición en la que los músculos del cuerpo se mantienen semi contraídos por un período prolongado, la tensión muscular es causada por los efectos fisiológicos del estrés y puede conducir a episodios de dolor de espalda crónicos, el estrés puede cambiar el sistema nervioso del cuerpo mediante la constricción de los vasos sanguíneos y reduce el flujo sanguíneo a los tejidos blandos, incluyendo los músculos, los tendones y los nervios en la parte posterior, este proceso provoca una disminución de oxígeno y acumulación de productos de desecho bioquímicos en los músculos, que resulta en la tensión muscular, espasmos y dolor de espalda, la tensión muscular se trata típicamente usando opciones no quirúrgicas para relajar los músculos, incluyendo el ejercicio, la terapia de agua, y la terapia de calor (Génot, 2005).

- **La mala postura**

Si un paciente se sienta en un escritorio o está de pie durante largos períodos de tiempo, la espalda puede sufrir, a menos que tenga el soporte adecuado y se realice pausas frecuentes, por supuesto que no hace falta decir que se tiene una buena postura, la cabeza erguida, los hombros hacia atrás, glúteos sobre cojín, etc. Pero una buena postura también juega un

papel clave en la salud de la columna vertebral, ayudando a prevenir la espalda y dolor de cuello e incluso lesiones en las estructuras de la columna vertebral, si una persona tiene una columna vertebral bajo condiciones no adecuadas hay que pensar en cambiar la postura de la rutina normal.

Si una persona sufre de dolor de espalda, es posible que haya adoptado una postura poco natural para tratar de limitar los movimientos que producirá dolor potencial, sin embargo, a menos que haya una fractura u otro problema serio, tratar de no asumir una postura poco natural o rígida, estar en la búsqueda de cualquiera de los siguientes posibles señales de advertencia de la mala postura: a) El dolor de espalda empeora en ciertos momentos del día o de la semana, b) El dolor que comienza en el cuello y se mueve hacia abajo en la espalda superior, espalda baja y extremidades y c) El dolor que desaparece después de cambiar de posición mientras se está sentado o de pie. (Muñoz Gómez, 2013)

- **Lesiones de accidentes**

Los accidentes automovilísticos puede dañar los nervios o tendones, y la inflamación puede prevenir que su cuerpo se cure después, dando lugar a dolores recurrentes que empeoran con el tiempo (Estévez, 2001)

Los accidentes automovilísticos son una de las principales causas de lesiones de la columna y son responsables de más del 40 por ciento de las lesiones de la médula cada año, esta es una estadística preocupante porque que los accidentes de tráfico no siempre se pueden prevenir, tener los conocimientos adecuados acerca de las lesiones de la columna vertebral puede ayudar a reconocer una lesión para que se sepa qué hacer si se encuentra en un accidente de auto; la columna vertebral es una estructura compleja, pero también es delicada, la columna vertebral no está construida para resistir el impacto de un accidente de auto, desafortunadamente, las lesiones de cuello y espalda son comunes durante los accidentes de tráfico; el impacto tensa los ligamentos y los músculos de la espalda y las articulaciones soportan el peso de la fuerza. Esto puede resultar en varias lesiones, incluyendo latigazo cervical, hernia de disco, fracturas por compresión, y la espondilolistesis.

Es importante ser capaz de detectar los síntomas de estas lesiones, de modo que si una persona se lesiona, sabrá qué hacer, algunas lesiones pueden empeorar si la persona lesionada se mueve, incluso si se trata de un accidente de tráfico de baja velocidad, si una persona experimenta dolor de espalda o el cuello después, debe buscar ayuda de un profesional médico, una distensión muscular puede curarse por sí misma, pero si la espalda o dolor de cuello es causado por una lesión más grave, una persona puede sentir dolor meses o años después.

1.2 El Autocuidado

1.2.1 Definición

No importa lo que está causando el dolor de espalda, el paciente tiene una selección de opciones de tratamiento. Sin embargo, la mayoría de médicos recomiendan una ruta natural para el alivio del dolor, la incorporación de técnicas de quiropráctica que se acercan a sus cuerpo como un todo y el objetivo es el alivio aunque sea a largo plazo, por tal motivo tomar un tiempo día a día y dedicarlo a realizar el autocuidado, generará un mejoramiento en la salud física de la paciente y de esta manera en casa mismo, las mujeres podrán revertir los causales de la lumbalgia. (Pérez Gisado, 2006)

Un mito común que se tiene acerca del dolor de espalda es que usted necesita descansar y evitar la actividad por un tiempo prolongado. De hecho, los médicos no recomiendan el reposo en cama. Si usted no tiene ningún signo de una causa grave para el dolor de espalda, como pérdida del control de esfínteres, debilidad, pérdida de peso o fiebre, permanezca lo más activo posible. (Chou R, 2009)

- **Mecánica Corporal**

Comprende las normas fundamentales que deben respetarse al realizarla movilización o transporte de un peso para utilizar el sistema músculo esquelético de forma eficaz, y evitarla fatiga innecesaria y la aparición de lesiones en el profesional.

- **Reglas Básicas de Mecánica Corporal**

Mantener el cuerpo en buena alineación en todo momento. Mantener el equilibrio. Separar los pies al levantar un peso, y orientarlos en dirección al movimiento.

-Proteger la espalda, no doblándola nunca; usando las piernas para moverse y levantarse. Hay que hacer el trabajo del cuerpo con los músculos de las piernas.

-Contraer los músculos antes utilizarlos.

-Usar al máximo el centro de gravedad.

-Tirar de un peso o rodarlo es más fácil que levantarlo.

-Hay que utilizar el peso del cuerpo, objeto para ayudar al movimiento.

- 1) Adaptar el área en que se realizará la actividad, Normas fundamentales retirando los objetos que la entorpezcan (barandillas, almohadas, etc.) y Aumentar la estabilidad colocando la cama o camilla en la posición apropiada. corporal, ampliando la base de sustentación (separando los pies y adelantando uno respecto al otro) y descendiendo el centro de gravedad (flexionando las piernas).
- 2) Utilizar preferentemente los músculos, de los muslos, piernas en lugar de los de la espalda, y el mayor número posible de ellos (Sujetar o trasladar un objeto, dos miembros superiores en lugar de uno sólo). manteniéndolo próximo al cuerpo.
- 3) Al levantar un objeto pesado del suelo, no hay que doblar la cintura, sino flexionar las piernas y elevar el cuerpo, manteniendo recta la espalda. De esta forma, el levantamiento está a cargo de los músculos Deslizar o empujar requiere menos de las piernas y no de los de la espalda. esfuerzo que levantar. Al hacerlo, la fricción puede reducirse procurando que la superficie esté lo más lisa posible.
- 4) Utilizar el peso de nuestro propio cuerpo para facilitar la maniobra de empujar o tirar de un objeto, contrarrestando su peso, Girar el tronco dificulta lo que exige menor energía en el desplazamiento. movilización. El cuerpo debe mantener un alineamiento adecuado mientras hace un Cuando la realización de la tarea supone algún riesgo para el esfuerzo. paciente o para el personal paramédico, hay que solicitar la ayuda de otra persona.
- 5) Cuando el paciente permanece sin Movilización del sistema musculoesqueletico en cama, o su movilidad disminuye o desaparece, puede perder fuerza y tono muscular y, si no se establece un plan adecuado de movilizaciones, pueden aparecer contracturas y atrofia muscular, anquilosis articular, etc. En cambio en otras ocasiones es necesaria la restricción de la movilidad (consolidación de fracturas)
- 6) La movilización consiste en la aplicación de varios Tipos de movilización programa de ejercicios encaminados a conseguir el restablecimiento de las funciones disminuidas por la enfermedad y a mantener el alineamiento corporal, El ejercicio favorece la circulación, la fuerza y el tono muscular. de oxígeno y nutrientes a los tejidos y la eliminación de productos de desecho, aumenta la frecuencia respiratoria, facilita la eliminación intestinal, etc.

- 7) Tipos de movilización Dependiendo de que el paciente pueda o no hacer por si mismo los ejercicios, las movilizaciones se clasifican , de forma esquemática
Pasivas Activas
- 8) Activas: aquellas realizadas por el propio paciente Tipos de movilización bajo la supervisión del profesional. En ellas se mueven tanto los músculos como las articulaciones de los segmentos corporales que interese ejercitar. La movilización activa puede realizarse con asistencia o ayuda, o contra resistencia (manos, poleas, etc.)
- 9) Las movilizaciones son realizadas en forma asistida, Tipos de movilización sobre los distintos segmentos corporales del paciente. Suele tratarse de pacientes que no (Galeon, 2010).

- **Principios Básicos de Mecánica Corporal**

Correcta Manipulación de Cargas.

- Espalda recta
- Buscar el equilibrio corporal
- Carga cerca del cuerpo. Superponer los centros de gravedad.
- Sujetar con firmeza el objeto.
- Piernas flexionadas.
- Pies separados. Uno siempre en dirección del movimiento.
- Contra peso del cuerpo.
- Búsqueda y utilización de puntos de apoyo.

- **Medir el dolor.**

El aspecto más difícil de estudiar el dolor es que se trata de una "experiencia privada", como tal, sólo es posible determinar la cantidad de dolor que un individuo percibe que él o ella están experimentando. Esto revela un problema principalmente con la medición del dolor: los índices de dolor individual no dan ninguna información útil sobre el origen o la gravedad del problema del dolor del paciente. Los investigadores y los médicos no pueden determinar si un paciente con dolor extremo está sufriendo de un problema que es peor que un paciente que sufre de un dolor mínimo (Cánsales, 2000).

Las diferencias pueden tener sus raíces en cómo las personas interpretan la sensación de dolor o lo que los individuos utilizan como criterio al que se refieren como dolor actual a experiencias dolorosas del pasado, como cálculos renales, el parto o dolor post-quirúrgico, por lo tanto, la valoración del dolor puede ser simplemente una descripción por parte del paciente de cómo este dolor se compara con otro tipo de dolor que él o ella ha experimentado, esto se evidencia en los estudios que han demostrado que la interpretación del dolor es una combinación de al menos un 14 de las expectativas y la experiencia sensorial real (Alcantara, Hernández , & García , 2010).

Sin embargo, no está claro si las expectativas sobre el dolor influyen en la experiencia real de dolor o simplemente cómo una tasas de su dolor, la evaluación del dolor se realiza habitualmente a través pidiendo al paciente categorizar su dolor o calificar el dolor en escalas visuales analógicas, escalas de calificación verbal o escalas de calificación numérica, el significado de las calificaciones resultantes son imposibles de determinar, ya que no hay manera de evaluar la fiabilidad o validez de las estimaciones de sus niveles de dolor de los individuos (Cánsales, 2000).

Por otra parte, los índices de dolor tienen utilidad cuestionable, ya que se ven obstaculizados por las variaciones entre individuos en una variedad de variables, tales como las experiencias, situaciones, las variables de personalidad, variables psicosociales, contingencias de comportamiento, y las variaciones en la sensibilidad al dolor, como resultado de ello, los estudios raras veces evalúan los índices de dolor en ausencia de otras variables.

- **Relación del dolor y la discapacidad.**

Cuando una persona continúa experimentando un dolor más allá del período agudo, a él o ella se le presenta un dilema. En teoría, la lesión debe ser curada y no debe de haber ninguna necesidad de seguir para descansar o proteger el cuerpo contra el daño futuro. Sin embargo, la presencia de dolor continúa con las señales nerviosas para que la persona necesite descansar haciendo un esfuerzo por sanar, los pacientes disfuncionales son los que siguen a restringir su actividad a un nivel anormalmente alto y perjudicial, la suposición de que el dolor sigue para indicar la presencia de una lesión emana del modelo médico tradicional, este modelo sugiere que la identificación de una fuente física del dolor (por

ejemplo, lesiones) se debe encontrar, lo que sugiere que los factores "secundarios", como la discapacidad o problemas psicológicos, simplemente disminuyen con una reducción del dolor (Angeleri, 2012).

Lo anterior se refiere al dualismo mente-cuerpo que fue dominante en la atención médica hasta los más recientes avances de modelos biopsicosociales. En la actualidad, el dualismo mente-cuerpo ya no es aceptado como un modelo teórico apropiado. Una de las razones para cuestionar el enfoque dualista es la dificultad de vista científico que demuestra que las sensaciones dolorosas son en realidad la causa directa de las diferencias en el nivel de actividad y que la discapacidad es simplemente secundaria a la presencia de dolor (Estévez, 2001)

Gran parte de la dificultad de evaluar la relación del dolor en la discapacidad es la dificultad en la comprensión de las diferencias individuales en la percepción de las sensaciones dolorosas. Las siguientes subsecciones describen esas dificultades, incluyendo el contexto para el resto de este documento, que se extiende más allá del dolor para centrarse en factores en el modelo biopsicosocial que contribuyen a la discapacidad en la población con lumbalgia (Flinkea, 1988).

- **La previsión del dolor.**

Los efectos debilitantes de experimentar dolor son evidentes, sin embargo, cincuenta años de investigación han indicado que experimentar el dolor puede no ser la causa directa de la discapacidad o lesión en la parte baja de la espalda o lumbalgia, en su lugar, después de experimentar el dolor, puede ser la forma en que uno procesa cognitivamente la posibilidad de estar en el dolor de nuevo en el futuro que produce sus propios resultados perjudiciales (Belmar, 1999).

Gran parte del resto de este documento se centra en la interacción de estas variables psicosociales y su estilo de calidad de vida para evitar las lumbalgias, para entender el papel de la anticipación del dolor en la discapacidad resultante, se debe considerar el dolor dentro de un contexto de comportamiento: El dolor se experimenta como un estímulo aversivo. Las personas suelen tratar de evitar los estímulos aversivos, ya que es gratificante evitar que se produzcan los estímulos aversivos. Por lo tanto, cuando las personas esperan

que la presencia de los estímulos dolorosos, que están esperando la presentación de un estímulo aversivo, algo que preferirían evitar, la gente tiene que evitar las actividades físicas que se anticipan para ser productor de dolor (Flinkea, 1988).

El uso de esta conceptualización, han llevado al campo en la descripción de la discapacidad en la población con lumbalgia o lumbalgias, las investigaciones conceptualizan el comportamiento de evitación como la ansiedad relacionada con el dolor. Correlatos de este comportamiento incluyen las respuestas relacionadas con el estado de ánimo, así como los factores sociales o basados en el medio ambiente. El modelo miedo-evitación y la investigación psicosocial relacionado no es parte de la investigación actual solo se lo tomó como referencia.

- **Introducción a los modelos psicosociales**

En respuesta a la dificultad en la comprensión de la relación entre las sensaciones dolorosas y la lumbalgia, la investigación actual se ha centrado en la relación entre la lumbalgia y los correlatos psicosociales de estar en el dolor de los pacientes del hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova. No es sorprendente la importancia de esta relación, ya que los factores psicosociales se estima que representan tanto como el 90% de la varianza en el rendimiento físico en la población con dolor crónico, esto le da un fuerte apoyo al modelo biopsicosocial, una teoría que se ha desarrollado considerablemente y se vuelven más ampliamente aceptada en los últimos 40 años (Pérez Gisado, 2006).

- **Aumento de la perspectiva biopsicosocial de la lumbalgia.**

Como se discutió en la sección anterior sobre el dolor, la experimentación de las sensaciones dolorosas fue considerada durante mucho tiempo como un fenómeno biológico. Ejemplo de ello es el hecho de que el dolor sea la razón más común para que las personas busquen tratamiento médico. Los pacientes que buscan tratamiento a través de un proveedor de servicios médicos es probable que se orienten hacia modelos biomédicos que explican el dolor a través de las vías sensoriales y hayan centrado el tratamiento del dolor en los problemas físicos. Por lo tanto, el dolor de espalda se trató típicamente a través de un modelo de enfermedad, que depende del diagnóstico de un problema biológico a través de la identificación de daño físico o deterioro (Fisioterapia F. E., 2000).

Dentro de este modelo, los correlatos psicológicos del dolor fueron vistos como reacciones al problema de dolor, asumido a desaparecer cuando se alivió el dolor. El único papel de los médicos era tratar a los pacientes que demostraron lo que algunos denominan dolor psicogénico, esencialmente psicológica derivada o dolor falsa, Sin embargo, los proveedores médicos en todas las disciplinas se están uniendo a los psicólogos en el reconocimiento de que los problemas físicos identificables no explican adecuadamente el dolor de los pacientes (Génot, 2005).

Lo anterior es particularmente cierto en los pacientes con lumbalgia, que demuestran sólo las relaciones moderadas entre sus síntomas físicos y sus informes de dolor, la lumbalgia y las correlaciones psicológicas, la incapacidad de los modelos biomédicos para explicar completamente la experiencia del dolor ha llevado al desarrollo y la aceptación de las teorías de dolor que se extienden más allá de las explicaciones biológicas (Angeleri, 2012).

- **La lumbalgia en la mujer**

Un estudio reciente realizado por el Ministerio de Salud del Ecuador muestra que el 64 por ciento de las mujeres se quejan regularmente por el dolor de espalda, esto se debe del cuerpo, el tiempo que permanecen sentadas en la oficina, llevando bolsas y el vaivén son estresantes para la espalda y la columna vertebral, por lo tanto hay que dejar tiempo suficiente para la relajación física y mental. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015)

Otra de las razones para el dolor lumbar en las mujeres es la estructura anatómica de su cuerpo, ya que su vientre es más cóncavo que el hombre y su cadera debe soportar el peso de un embarazo, sin embargo, esto significa una carga adicional para la columna lumbar, además, debido a los cambios hormonales, una mayor elasticidad en la columna lumbar y sus consecuencias sobre las posibles reacciones de sobrecarga, por tanto, es importante ir con regularidad a hacer ejercicios prenatales e incorporar ejercicios físicos para estabilizar la columna vertebral aplicado en la vida cotidiana, incluso el entrenamiento de peso y fuerza es útil para construir algo de masa muscular y ajustar la estructura ósea, incluso la relativamente pequeña cantidad de masa muscular en las mujeres es a menudo un disparador para el dolor de espalda.

También la causa del dolor de espalda baja puede deberse a la inclinación de la pelvis hacia delante, por el uso frecuente de tacones altos o una mala postura, sobre todo cuando están paradas frente a un mostrador todo el día, ya sea en tiendas u otro tipo de trabajo, por lo tanto, tratar en lo posible de prescindir de los tacones altos y cambiar las posturas en el mostrador con una postura recta, pueden ayudar a disipar esos dolores (Barrera , Guerrero, & López, 2010).

Otros detonantes de la lumbalgia al que se someten las mujeres son las causas ginecológicas, por ejemplo, un cambio en la posición del útero, una inflamación crónica o diferentes tumores conducen a dolor severo. En estos casos se debe discutir con el médico el mejor método o tratamiento, las mujeres con un busto grande sufren con especial frecuencia el dolor de espalda, la razón: el tejido graso de la mama es particularmente pesado por lo general no muy musculoso, por ello es especialmente importante en este caso, utilizar un sujetador adecuado para aliviar un poco los dolores espalda (Barrera , Guerrero, & López, 2010).

1.3 Calidad de vida

1.2.1 Definición

La calidad de vida ha sido un pilar de la investigación médica y de enfermería durante las últimas seis décadas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido oficialmente este concepto y ha instado a la investigación sobre el mismo, a pesar del prestigio de la OMS, no hay una definición acordada de lo que es calidad de vida, y no hay consenso sobre la forma de medirla (Angeleri, 2012).

La evolución del concepto de calidad de vida ha causado deficiencias en la investigación actual, que ha crecido cada vez más fragmentado, con el advenimiento de la "salud relacionados con la calidad de vida" y mediante el desarrollo de herramientas específicas de la enfermedad con la cual medir el dolor, uno tiene la sensación de que la calidad de la vida no tiene nada en común entre las personas con diversas condiciones médicas, por lo que el examen de calidad de vida en personas con múltiples condiciones médicas son alucinante.

La investigación cualitativa no ha arrojado mucha luz sobre calidad de vida, ya sea, estos estudios que se hacen a menudo para desarrollar herramientas cuantitativas para su uso posterior, puramente estudios cualitativos, también tienden a orientarse hacia las poblaciones más fragmentadas de los pacientes, además hay pocos estudios que permiten a los pacientes describir su calidad de vida con sus propias palabras y ninguno en los pacientes con lumbalgia, logra desarrollar una comprensión más profunda de este fenómeno (Pérez Gisado, 2006).

Los pacientes con lumbalgia a menudo califican su calidad de vida más baja que las personas en la población general, debido a la frustración con la atención médica que se obtiene en este país, esto conduce a la disminución de calidad de vida, los pacientes con lumbalgia con frecuencia recurren a prácticas de medicina complementaria y alternativa para el alivio pasajero.

- **La medicina complementaria y alternativa (MCA)**

Las prácticas de medicina complementaria y alternativa son utilizadas por el 80% de la población del mundo y han tenido éxito en el tratamiento del dolor crónico. La teoría subyacente es la de la conexión mente-cuerpo-espíritu, la enfermedad y el dolor a menudo se conceptualizan como el resultado de la falta de armonía entre los tres componentes; la mayoría de las prácticas complementarias y alternativas buscan restablecer de alguna forma ese equilibrio (Grupo Océano, 2005).

Hay más de 1800 terapias complementarias y alternativas reconocidas en la actualidad, muchas de las cuales han sido útiles en el tratamiento del dolor crónico. Una práctica de MCA es la medicina natural, numerosos estudios validan a la medicina natural como la curación o la promoción de la salud para una amplia gama de poblaciones y condiciones médicas.

- **El dolor de espalda,**

Especialmente la lumbalgia, es por lo general un trastorno generalmente auto limitada y benigna, la lumbalgia abarca tanto los problemas menores, como las lesiones musculares, y los principales problemas como hernias de disco con compresión de la médula espinal que

puede conducir a síntomas neurológicos tales como parestesias (sensaciones anormales), la caída del pie, y del intestino y / o incontinencia de la vejiga, en esta situación, el dolor de espalda se convierte en una emergencia quirúrgica que requiere la descompresión inmediata de la médula espinal (Estévez, 2001).

El dolor de espalda es generalmente causada por una combinación de fuerzas mecánicas generadas con la mala mecánica del cuerpo, el exceso de peso, o tener una mala postura. Algunas ocupaciones se sabe que tienen un mayor riesgo de dolor de espalda y / o lesiones en la espalda que otras, a menudo, la verdadera causa no es conocida y es probablemente causado por los efectos acumulativos de las lesiones repetitivas, menores.

- **Medidas de diagnóstico y tratamiento**

Los diagnósticos van desde la evaluación clínica y el informe del paciente a sofisticadas técnicas de imagen (y caros). Las pruebas de diagnóstico fundamentales son la historia clínica del paciente y el examen físico completo, con especial énfasis en la evaluación de los sistemas neurológicos y músculo-esqueléticos, la enorme prevalencia de dolor de espalda en la población ha provocado el desarrollo de un número creciente de pruebas y tratamientos que se prescriben, los cuales son caros y ninguno de los cuales es libre de riesgo, la prevalencia de tratamientos invasivos y pruebas ha aumentado, mientras que la tasa de consultas por dolencias de espalda que se ha mantenido más o menos la misma desde 1990 (Grupo Océano, 2005).

Puede ser que los fabricantes están empujando biomédicos y los médicos están promoviendo los diagnósticos elaborados por temor a las demandas de los pacientes que los requieren y no están satisfechos a menos que ellos lo consigan, en realidad, hay ciertas indicaciones claras para los estudios de imagen, como la resonancia magnética (RM), que debe reservarse para los pacientes que tienen síntomas neurológicos graves o que empeoran o que muestran evidencia de algún tipo de problema de fondo, para el cáncer ejemplo, en la columna vertebral, las áreas del país donde se realizan un gran número de estudios de imagen tienen las tasas más altas de la cirugía de la médula espinal, el tratamiento médico tradicional ha incluido el reposo limitado en cama y reanudar rápidamente las actividades normales, no esteroideos o fármacos antiinflamatorios como el

ibuprofeno o Motrin, o medicación más fuerte para el dolor y relajantes musculares como sea necesario, la aplicación de calor o hielo, y la terapia física (Cánsales, 2000).

La cirugía se reserva para los casos graves que incluyen inestabilidad estructural, en estos casos comprenden una pequeña minoría, tal vez menos del 1%. Algunos pacientes buscan atención médica o medicina alternativa o prácticas quiroprácticas, como acupuntura o masaje, el objetivo del tratamiento es llevar a la persona de vuelta al trabajo y libre de dolor rápidamente, esto es crucial: una vez que una persona ha dejado de trabajar durante 6 meses, él o ella sólo tiene una probabilidad del 50% de jamás volver a trabajar y acogerse a una jubilación obligada.

- **La naturaleza desafiante de lumbalgia**

La lumbalgia es un gran desafío para la comunidad médica por varias razones. En primer lugar no existe un consenso sobre las definiciones que se utilizarán para los pacientes que se quejan de dolor de espalda en curso, no están bien establecidas y aceptadas las directrices para su tratamiento, y existen pocas opciones para el éxito de la atención, el dolor crónico es tan común en los consultorios de atención primaria que el paciente con lumbalgia no se destaca como una persona que necesita atención especial

A los médicos formados en el modelo médico occidental, se les enseña a ver las quejas de los pacientes en términos de distintos síntomas que conducen a un diagnóstico específico de un tratamiento en concreto. Cuando eso no ocurre, y los síntomas (incluyendo dolor) continúan, los médicos a menudo buscan una causa psicológica para las quejas de los pacientes, y los médicos pueden tratar a estos pacientes de forma inapropiada; la lumbalgia es claramente diferente de dolor de espalda agudo, pero se teme que la mayoría de los médicos estén utilizando el modelo de cuidados agudos para sus pacientes crónicos, lo que lleva a una disminución de los niveles de éxito. De hecho, afirman que, "Hay que replantearse la lumbalgia en los niveles fundamentales" (Muñoz Gómez, 2013)

El tratamiento médico para la lumbalgia ha sido llamado ineficaz, poco rentable, e incluso perjudicial, la atención del paciente con el lumbalgia es tan malo en general que muchos han afirmado que es un desastre médico del siglo 20, parece que los tratamientos más exitosos en lumbalgia como condición biopsicosocial es la medicina natural, la medicina

tiene un papel limitado en el diagnóstico y el tratamiento del dolor crónico de espalda, sin embargo; la mayoría de los pacientes que buscan atención médica por la lumbalgia a su vez con la medicina y sus médicos para recibir tratamiento.

- **Terapias eléctricas y las opciones quirúrgicas.**

El uso de la electricidad para tratar el dolor se ha utilizado desde los días de los antiguos egipcios, los dos tipos principales de terapia eléctrica disponibles para tratar el dolor son la unidad TENS y estimulación de la médula espinal, las unidades TENS son seguras, baratos, y pueden ser usadas para tratar el dolor agudo y crónico, este es un dispositivo controlado por batería que se utiliza para producir la estimulación eléctrica suave a través de electrodos colocados sobre la piel. Esto activa las fibras nerviosas que transportan mensajes hacia el cerebro (fibras aferentes) que causa espasmos musculares minúsculo que se espera que enmascara el dolor (Johnson; Walsh, et al.). A pesar de ser un tratamiento popular, una reciente revisión en la Base de Datos Cochrane de Revisiones sistémicas por Walsh, encontraron que no hay conclusiones sobre la eficacia de las unidades de TENS se pudo determinar esto debido a diversos problemas metodológicos encontrados dentro de los estudios que analizaron (Muñoz Gómez, 2013).

CAPITULO II

2 Análisis e interpretación del trabajo de campo

2.1 Análisis e interpretación de los Instrumentos de recolección de datos a pacientes con lumbalgia en mujeres de las edades de 20 a 40 años, atendidos en el hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova de la ciudad de Chone.

Pregunta 1 ¿En lo referente a su salud conoce usted que es autocuidado?

Es importante concienciar en cada una de las mujeres encuestadas que es importante conocer cómo cuidar su sistema musculoesquelético, a la vez cuidar su columna vertebral utilizando buena postura en cada actividad que realizan dentro del lugar de trabajo y en el hogar, haciendo énfasis en lo antes detallado la mujer sujeto de investigación podrá poner en práctica técnicas de autocuidado favoreciendo su condición de salud.

Pregunta 2 ¿Sabe usted que es la lumbalgia?

El 90% de las mujeres encuestadas que padecen de dolor en la parte baja de la espalda manifiestan conocer de los dolores que padecen, ellas refieren que cuando han asistido por estas causas a recibir atención el profesional médico que la ha atendido les ha indicado que sus dolores son ocasionados por una lesión a nivel de la columna lumbar conocido como lumbalgia, cabe recalcar que existe una minoría que equivale al 10% que refieren no conocer nada de la enfermedad que le aqueja por lo que es importante que quienes nos desempeñamos en el campo de la salud sea médico o fisioterapeuta les enseñen a los pacientes todo lo relacionado al padecimiento que tiene y a la vez poder lograr la participación de cada paciente en el autocuidado de la salud.

Pregunta 3 ¿Tiene usted de problemas de lumbalgia?

De las mujeres encuestadas el 90% refieren que el problema que las aqueja está relacionada con dolor en la parte baja de la espalda, es decir que padecen de lumbalgia pero también existe que equivale al 10% quienes refieren que los dolores que padecen no es lumbalgia si no otro padecimiento que no tiene nada que ver con la lumbalgia.

Por lo que puedo evidenciar que la gran mayoría de las mujeres encuestadas si conocen de su padecimiento y también cuales son las técnicas que pueden poner en práctica para disminuir el dolor y evitar complicaciones futuras.

Pregunta 4 ¿Conoce sobre la lumbalgia?

Los resultados obtenidos demuestran que la mayoría de las mujeres encuestadas que equivalen al 90% refieren que si tienen conocimiento sobre la enfermedad que padecen (lumbalgia) manifiestan que fueron debidamente orientadas cada vez que asistían a controles médicos por dolores que presentaban a nivel de la columna pero existen una minoría que es el 10% que refieren que no conocían al malestar físico que sufrían pero que al asistir a los controles médicos se enteraron que los dolores que le imposibilitaban realizar sus actividades diarias se la conocen como lumbalgia.

Pregunta 5: Señale los Factores que considera de riesgo para padecer de Lumbalgia.

El 40% de las mujeres encuestadas que sufren de dolor de espalda diagnosticada con lumbalgia refieren que la causa principal de sus dolencias es la obesidad o sobrepeso, el 35% de las encuestadas refieren que el dolor es ocasionado por cargar objetos pesados sin una técnica correcta que proteja su columna lumbar; El otro 15% de la mujer encuestada refieren que no realizan ninguna actividad física por lo que atribuye su enfermedad al sedentarismo, cabe recalcar que existe una minoría que equivale al 10% quienes refieren que toda su enfermedad es ocasionada por la mala postura que adoptan al realizar sus actividades diarias.

Hay que considerar que las mujeres encuestadas que tienen pleno conocimiento de las causas que le producen dolor a nivel de la parte baja de la columna (lumbar) este hecho es importante porque se puede aprovechar de los conocimientos que ellas poseen para enseñarles técnicas que puedan poner en práctica que le permitan disminuir dolores y complicaciones futuras.

Pregunta 6 ¿Ha recibido alguna vez charla sobre el autocuidado y calidad de vida para prevención de problemas de Lumbalgia?

El 80% de las mujeres encuestadas manifiestan que nunca han recibido ninguna clase de charla en las cuales les enseñen como autocuidar y proteger su salud de injurias externas e internas, motivo por el cual ellas no le daban la importancia que merecían el padecer de lumbalgia, considerando que es una enfermedad limitante que en ocasiones las ha mantenido postrada en cama impidiéndole realizar sus actividades diarias y desmejorando su calidad de vida, pero existe el 20% de mujeres encuestadas manifiestan que ellas si han recibido la orientación respectiva acerca del padecimiento que las aqueja y también como cuidar su salud.

Es importante reforzar conocimientos mediante charlas y dar a conocer a las mujeres sujeto de investigación las maneras de poner en práctica técnicas del autocuidado de la columna lumbar, con el objetivo de evitar complicaciones, disminuir dolores lumbares y por ende mejorar la calidad de vida de las mujeres que padecen de lumbalgia.

Pregunta 7 ¿En qué condición cree que se encuentra su salud física?

El 45% de las encuestadas refieren que su salud física y de la columna lumbar es mala por los dolores continuos que padecen, mismo que les imposibilita realizar sus actividades diarias y las mantiene postrada siempre.

El 30% manifiesta que tiene una salud física regular, ya que sufren de dolores lumbares de manera esporádica que también repercuten en su desempeño en el hogar como en el trabajo.

El otro 15% refiere que su estado de salud es bueno ya que si acuden siempre a controles médicos y ponen en práctica las recomendaciones que el galeno les da referente a cómo cuidar su salud y en especial su columna lumbar.

Una mínima cantidad que representa al 10% que su salud física es muy buena ya que no padecen de molestias a nivel de la comuna lumbar.

Es importante enseñar técnicas que deben poner en prácticas en el hogar para no sufrir de lumbalgia, además es importante utilizar el calzado adecuado, realizar ejercicios, evitar el sedentarismo, y las posturas que deben adoptar al realizar sus actividades, cumpliendo con todos estos parámetros podrán gozar de una salud física excelente.

CAPITULO III

3 DISEÑO DE LA PROPUESTA

3.1 Tema

Manual de procedimientos prácticos para tratar la lumbalgia y fortalecer el autocuidado y la calidad de vida de las mujeres.

3.2 Justificación

Los estudios realizados en el hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova de la ciudad de Chone se clasifican de acuerdo a si la intervención incluye la manipulación espinal (movilización) o el masaje (manipulación de tejidos blandos), las encuestas revelaron que más del 90% de las mujeres no practican el autocuidado en sus hogares para prevenir la lumbalgia, por tanto es de vital importancia realizar un manual de procedimientos que les permita entender la importancia de prevenir lesiones de la columna lumbar mediante la aplicación del autocuidado en casa, poniendo en práctica diferentes tipos de ejercicios de acuerdo a las limitaciones que se presenten en cada caso a fin de prevenir o tratar eventos relacionados con la lumbalgia o bien realizarlos de manera cotidiana para mejorar su calidad de vida.

Los ejercicios y la buena alimentación fortalecen la salud y previenen problemas de lumbalgia en el futuro, por esta razón se le debe señalar a las pacientes cuales son los ejercicios que deben realizar para mejorar su estado físico y prevenir o corregir lumbalgias.

3.3 Antecedentes

En el hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova de la ciudad de Chone, según narración de su director, comenta que el número de casos de lumbalgia ha aumentado con los años, por ejemplo hace 20 años el índice de lumbalgia en la mujer, era de aproximadamente un 10% de la población en la ciudad, posiblemente por la alimentación de aquella época, las mujeres se alimentaban de mejor manera y las dietas no eran parte de su cotidianidad, la forma de vestir era mucho más holgada que en la actualidad, en la actualidad presume que ese porcentaje ha crecido en un 25% de la población femenina, pero no todas acuden al hospital para realizar tratamientos.

El hospital tiene la capacidad de realizar atenciones diagnóstica y de rutina para más de 100 mujeres al día, ya que cuenta con personal altamente calificado en sus respectivas áreas, razón por la que se mencionó en el párrafo anterior, el aumento de la lumbalgia en nuestro medio y en la actualidad se ha debido a diferentes causas modernas, como el aumento de mujeres trabajadoras, y la inclusión en trabajos que antes pertenecían solamente a hombres.

3.4 Objetivos

3.4.1 Objetivo General

Elaborar un Manual de procedimientos prácticos para tratar la lumbalgia y fortalecer el autocuidado y la calidad de vida de las mujeres que acuden al hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova de la ciudad de Chone.

3.4.2 Objetivos Específicos

Diseñar un plan de ejercicios diarios a ser aplicado de acuerdo al nivel de la lesión de cada mujer a fin de mejorar su calidad de vida.

Seleccionar ejercicios prácticos y específicos que deben realizar las mujeres en sus casas para prevenir o corregir eventos de lumbalgia.

3.5 Disminuir la población de mujeres con problemas de lumbalgia.

-Impartir conocimientos mediante manual de procedimientos prácticos y distribuirlo a las mujeres con lumbalgia para su prevención y cuidados.

-Importancia del Manual de procedimientos prácticos para tratar la lumbalgia y fortalecer el autocuidado y la calidad de vida de las mujeres.

-Este manual fue desarrollado para brindar información sobre procedimientos prácticos continuos que las mujeres deben aplicar para prevenir o combatir la Lumbalgia.

-Sugiere estrategias para mantener el bienestar propio de cada mujer, dándoles a estas una herramienta que les dé sentido de control y equilibrio postural.

3.6 Proyección de la Propuesta

Situación Actual	Situación Deseada
El 64% de las Mujeres Ecuatorianas se ven afectadas de Lumbalgia.	Disminuir la población de mujeres con problemas de lumbalgia.
Un 90% de las mujeres atendidas en el Hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova tienen problemas de Lumbalgia, mientras un 10% no conoce sobre la enfermedad que las aqueja.	Impartir conocimientos mediante este manual acerca de la Lumbalgia, su prevención y cuidados.
El 80% refiere no conocer como autocuidarse.	Implementar mediante un plan de ejercicios diarios determinando al nivel de la lesión de cada mujer, mejorando su calidad de vida.

3.7 Factibilidad

El Manual de procedimientos prácticos para tratar la lumbalgia y fortalecer el autocuidado y la calidad de vida de las mujeres, es factible de realizarse ya que se cuenta con la información necesaria sobre las diferentes técnicas y procedimientos que orientan una serie de ejercicios debidamente estructurados, permitiéndonos establecer un plan de ejercicios dirigidos a cada tipo de mujer con su respectivo nivel de lesión

Como profesionales estamos en capacidad de poner en práctica los conocimientos habilidades y destrezas en el desarrollo del plan de ejercicios y es evidente la necesidad de las mujeres de que puedan aprender estos ejercicios que los puedan realizar con facilidad.

3.8 Involucrados

Involucrados	Propuesta
Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí- Extensión Bahía de Caráquez	Manual de procedimientos prácticos para tratar la lumbalgia y fortalecer el autocuidado y la calidad de vida de las mujeres.
Departamento de Rehabilitación Física del Hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova de Chone	
Mujeres de 20 a 40 años	

3.9 Descripción de la Propuesta

El Manual de procedimientos prácticos para tratar la lumbalgia y fortalecer el autocuidado y la calidad de vida de las mujeres, está distribuido de la siguiente manera:

- Importancia del Manual
- Normas básicas del Autocuidado de la Espalda.
- Técnicas específicas de acuerdo al nivel de la lesión.
- Leve
- Moderada
- Grave/Crónico
- Normas de Prevención.
- Prevención Domiciliaria
- Prevención Laboral

3.9.1 MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PRACTICOS PARA TRATAR LA LUMBALGIA Y FORTALECER EL AUTOCUIDADO Y LA CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES

1 IMPORTANCIA DEL MANUAL

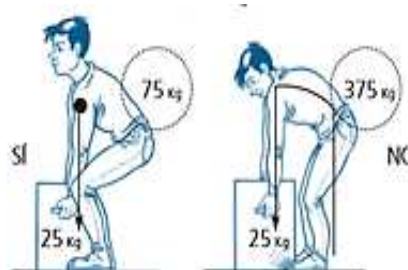


Con la evolución de la humanidad las mujeres se ven involucradas en los diversos cambios tanto sociales como económicos, de los cuales se ven obligadas a adoptar posturas incorrectas y modificaciones en su estructura ósea (columna vertebral).

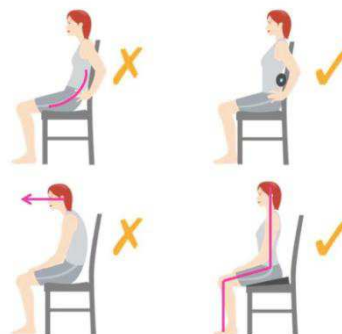
Un dolor lumbar es una de las sintomatologías comunes en nuestro entorno, por ende es muy importante informarse sobre los signos, síntomas y causas, tanto para prevenir como combatir la enfermedad (Lumbalgia)

2 NORMAS BÁSICAS DEL AUTOCUIDADO DE LA ESPALDA.

- Manera correcta de inclinar el Cuerpo.



- Cuida tu postura mientras trabajas o realices tareas



- Evita la ropa ajustada y los tacones altos.



- Evita el sobrepeso



3

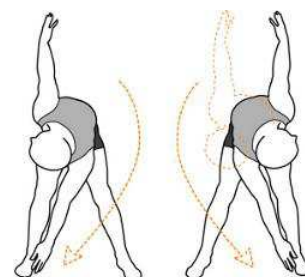
TÉCNICAS ESPECÍFICAS DE ACUERDO AL NIVEL DE LA LESIÓN.

-Lumbalgia Leve: Este es un dolor controlable que no provoca incapacidad completa para la realización de actividades cotidianas, producida por movimientos bruscos.

PROGRAMA DE EJERCICIOS:

Calentamiento: 3 a 5 minutos pausados realizarlos cada vez que se realiza los ejercicios.

- Nos paramos con las piernas rectas,
- los pies a la anchura de los hombros,
- el tronco en relación a las piernas doblado a 90 grados,
- los brazos extendidos a los lados.



- **Ejercicios de estiramiento:** 2 series de 20 repeticiones
 - Acostada boca arriba sobre una superficie acolchonada
 - Rodillas dobladas con una distancia que no toque los glúteos
 - Levemente acercar las manos a los tobillos

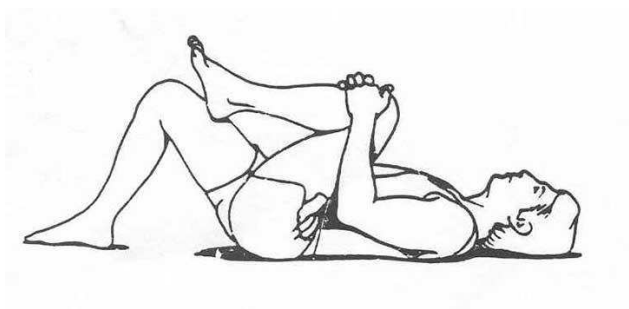


- **Ejercicio de Arqueo:** 2 series de 20 repeticiones.
 - boca arriba) y con las rodillas flexionadas,
 - Coloca tus brazos en extensión a lo largo de tus caderas y apoyando las manos en el suelo. Sube poco a poco la cintura, extendiendo la espalda de manera que se mantenga una horizontalidad (como si de un puente se tratase

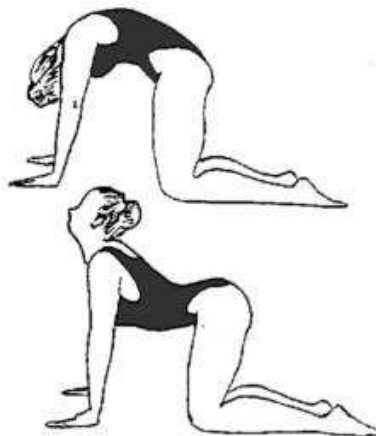


Lumbalgia Moderada: Dolor constante e intermitente producido por lesiones miofaciales, ligamentosas o articulares. Apareciendo de un lado o de ambos lados de la zona lumbar.

- **Estiramiento de glúteos:** 2 Series de 10 repeticiones, duración del estiramiento 15 segundos con cada pierna.
 - Tumbada boca arriba
 - Llevamos las rodillas hacia nuestro pecho, considerar siempre que no exista dolor al realizar dicho movimiento.



- **Estiramiento de Gato:** 2 series de 10 repeticiones, duración de 10 segundos al momento de estirar la columna
- Colocarse en posición cuadrúpeda, sobre una superficie acolchonada.
- Levantar la espalda (como si un gato se enojara) con la cabeza hacia abajo
- Luego realizar el movimiento viceversa.



Lumbalgia Grave: dolor incapacitante, se da por lesiones traumáticas, degeneración oseo-articular, también producida por no tratarse a tiempo una lumbalgia leve.

- **Ejercicio de arqueado con pierna estirada:** 2 series de 10 repeticiones, duración del estiramiento 10 segundos cada pierna
- boca arriba) y con las rodillas flexionadas,
- Coloca tus brazos en extensión a lo largo de tus caderas y apoyando las manos en el suelo.
- Estirar una pierna en posición recta y mantener

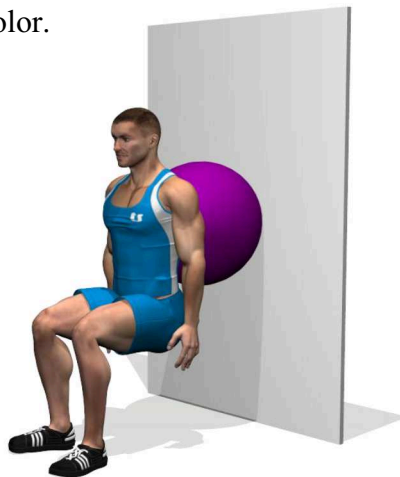


- **Estiramiento en la Pared:** 2 series de 10 repeticiones

-para este ejercicio se necesitara un balón pequeño.

- Colocar lo detrás de la espalda a nivel de la espalda media.

- Flexionar las rodillas sin que exista dolor.



- **Mahoma:** 2 series de 10 repeticiones. Duración de estiramiento 15 segundos

- Colocar los glúteos sobre los tobillos luego inclinarse hacia adelante

- El estiramiento es sin levantar los glúteos de los tobillos



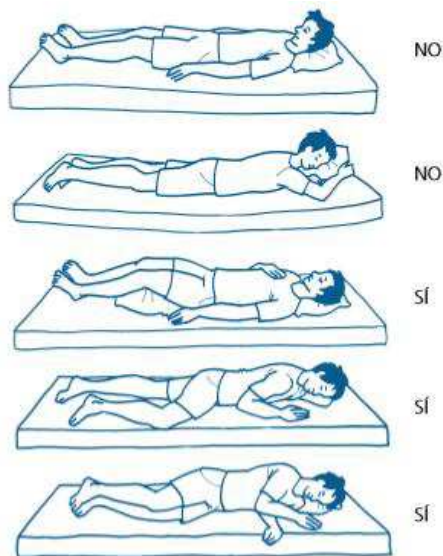
4

NORMAS DE PREVENCIÓN.

- **Normas de Prevención Domiciliaria:** Varios aspectos se ven comprometidos en la vida diaria los cuales debemos corregir, para la prevención de problemas lumbares.

✚ Colchón y almohada adecuadas:

- El colchón no debe hundirse si es posible debe ser ortopédico.
- La almohada baja con hueco central, que permita mantener alineado la columna cervical.



- ### ✚ Vestirse o Cambiarse:
- En estas acciones y en otras que sea necesario agacharse, lo importante es evitar doblar la espalda, siendo preferible doblar las rodillas y emplear la fuerza en las piernas.



Al permanecer de pie mucho tiempo



- ✚ **Apoye la espalda cuando esté sentado:** Cuando se sienta, mantenga la espalda en una posición normal, ligeramente arqueada. Asegúrese de que su silla apoye la parte lumbar de la espalda. Mantenga la cabeza y hombros erguidos.



- **NORMAS DE PREVENCIÓN LABORAL**

Puntualmente existen dos tipos de Trabajos:

- Trabajos estáticos
- Trabajos dinámicos

- ✚ **Trabajos estáticos:** son tareas que obligan a permanecer durante largo tiempo con la misma postura, y estas pueden ser perjudiciales como los trabajos que exigen levantamiento de peso.
- **Trabajo Sentado:** por una parte hay que considerar el plano de la mesa, esta debe quedar a la altura de los codos para la mayoría de trabajos.



- **Trabajos de pie:** en este caso la mejor postura es:

- Pies hacia delante y separados
- Tobillos y rodillas ligeramente flexionados.
- Torso erguido manteniendo las curvaturas fisiológicas.
- Hombros relajados.
- Cabeza recta con mentón paralelo al suelo.



- ✚ **Trabajo Dinámico:** existen una serie de factores de riesgo de dolor de espalda en el trabajo dinámico, varios son los puntos a tomar en cuenta:

- Cuando la carga es demasiado pesada.
- Cuando la carga es voluminosa.
- Cuando está en equilibrio inestable o su contenido corre riesgo de desplazarse.
- Cuando existe exposición a vibraciones.



- Útiles con mango largo.



- Doblar las rodillas y no la espalda.



- Fraccionar cargas.
- Rediseñar tareas.

3.10 Diseño organizacional

Actividad	Materiales	Responsables
Reunión con el director del hospital para socializar la propuesta	Grabadora de audio Propuesta impresa	La autora de la tesis
Seleccionar los ejercicios físicos que deben realizar las mujeres para el autocuidado y calidad de vida	Recopilación de los ejercicios físicos que se encuentran en la propuesta	La autora de la tesis. Licenciados en Fisioterapia del Hospital de Chone
Diseño del manual	Compilación digital de la propuesta	Diseñador gráfico Doctores de fisioterapia del Hospital de Chone
Impresión del manual de autocuidado	Imprenta	Imprenta contratada.

RECURSOS MATERIALES

- Propuesta impresa
- Imprenta

3.11 Financiamiento

RUBRO	COSTO \$ (USD)
Papelería	50
Equipo de computación (Laptop e impresora)	1500
Gastos operativos (Diseñador Gráfico)	600
Imprenta	450
Distribución	100
TOTAL	2700

CONCLUSIONES

- La lumbalgia es una de las enfermedades más comunes que afecta en su mayoría a la población de mujeres, debido a la obesidad, uso de calzado inadecuado, malas posturas, carga de objetos pesados y embarazo.
- El 90% de las mujeres que acuden al hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova de la ciudad de Chone a Rehabilitación Física, revelaron padecer de Lumbalgia, de las cuales solo un 10% sabe referente a la enfermedad, determinando la falta de información y comunicación de profesionales a pacientes.
- La condición de la salud física es directamente proporcional al autocuidado y al control permanente de la salud, los daños ocasionados en 75% de las mujeres que padecen lumbalgia está relacionada con la falta de control de salud, déficit práctica de comportamientos saludables un plan de ejercicios de autocuidado que le lleven a la mujer a lograr una buena calidad de vida
- El personal de fisioterapeutas del hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova de la ciudad de Chone, participa en ofrecer información sobre los problemas de lumbalgia y se capacita a las mujeres para la aplicación de medidas de prevención de acuerdo al nivel de complejidad de su columna lumbar.
- Se elabora manual de procedimientos prácticos para tratar la lumbalgia y fortalecer el autocuidado y la calidad de vida de las mujeres, puesto a la disposición del área de Rehabilitación Física del hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova de la ciudad de Chone y de las mujeres que padecen de lumbalgia.

RECOMENDACIONES

- A las autoridades de salud del Distrito 13D7 de Chone, que realicen campañas de prevención, mediante charlas que promuevan el autocuidado para evitar la lumbalgia y así reducir número de mujeres con lumbalgia que asisten al hospital.
- A las mujeres que realizan diferentes tipos de actividades, sean estas en el hogar, oficina, campo u otras actividades laborales se recomienda aplicar los procedimientos y técnicas de ejercicios que se encuentran dentro del manual debidamente estructurado para el cuidado postural, combatiendo las causas que las lleva a padecer de lumbalgia
- A las mujeres con problemas nutricionales que fueron encuestadas se les recomienda asistir con un médico especialista en nutrición que mantenga un cuidado especial para controlar los hábitos alimenticios y mantener un plan de ejercicio en su vida diaria para la mejorar la calidad de vida.
- A los centros de salud se recomiendan que inicien campañas sobre el autocuidado, uso de la mecánica corporal en las actividades en el hogar, trabajos y en prácticas deportivas, ya que son detonantes directos para la lesión de la columna ya que se relacionan con los movimientos bruscos y esforzados que pueden causar lumbalgia.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcantara, S., Hernández, M., & García, M. (2010). *Fundamentos de Fisioterapia*. Cali: Ed. Velásquez.
- Angeleri, D. (2012). *El pilar del cuerpo*. La Plata, Buenos Aires, Argentina: Departamento de especialidad de traumatología del Hospital "San Roque" de Gonnet.
- Belmar, R. (1999). *IMPACTO ECONÓMICO DE LA PATOLOGÍA LUMBAR EN CHILE*. Santiago de Chile: Subsecretaría del trabajo. Ministerio del trabajo y previsión social.
- Cánsales, M. (2000). *Conocimiento de la Mecánica Corporal y su aplicación en la Práctica del Personal de Enfermería*. Monterrey México: Hospital General de zona N 6.
- Estévez, L. (2001). *ACCIDENTE DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Fisioterapia F. E. (2000). *Proyecto de ley de ejercicio y defensa ética y profesional de los fisioterapeutas*. Mexico.
- Flinkea, J. F. (1988). *Enfermedades ocupacionales*. Cali, Colombia: Organización Panamericana de la salud.
- Génot, A. (2005). *Kinesioterapia III Miembros Superiores, IV Cabeza y Tronco y Evaluaciones, Técnicas pasivas y activas*. Caracas: Ed. Panamericana.
- Grupo Océano. (2005). *Diccionario Medicina, Océano Mosby*. España - Barcelona: Editorial Océano.
- Kimitake S, Monique M, Department of Sport and Exercise Sciences, Barry University, Miami Shores, Florida. (2009). *DOES CORE STRENGTH TRAINING INFLUENCE RUNNING KINETICS, LOWER - EXTREMITY STABILITY, AND 500-M PERFORMANCE IN RUNNERS? Journal of Strength and Conditioning Research*. Florida, EUA: Barry University.
- Munjin, M., Ilabaca, F., & Rojas, J. (2007). *DOLOR LUMBAR RELACIONADO AL EMBARAZO*. Alemania: Rev Chil Obstet Ginecol.

Muñoz Gómez, J. D. (marzo de 2013). *EPIDEMIOLOGIA DEL DOLOR LUMBAR CRONICO*. Recuperado el junio de 2016, de Avances Reuma Salamanca:
[http://www.dameinfo.com/granja/dolor-de-
espalda/documentos/dolor%20cronico%20de%20espalda%20\(lumbalgia\).pdf#page
=23](http://www.dameinfo.com/granja/dolor-de-espalda/documentos/dolor%20cronico%20de%20espalda%20(lumbalgia).pdf#page=23)

Pérez Gisado, J. (2006). *LUMBALGIA Y EJERCICIO FÍSICO*. Recuperado el julio de 2016, de Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte:
[http://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/8482/artlumbalgia37.pdf?sequen
ce=1](http://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/8482/artlumbalgia37.pdf?sequence=1)

Velásquez. (2000). *Medicina Interna*.

ANEXOS

Anexo 1: Instrumentos de recolección de datos

HISTORIA CLÍNICA

Nº DE H.C:

NOMBRES Y APELLIDOS:

EDAD: SEXO:

TALLA: PESO:

NIVEL DE ESTUDIOS:

PROFESIÓN:

DIAGNOSTICO MEDICO:

ANTECEDENTES OCUPACIONALES:

ACCIDENTES DE TRABAJO: _____

ENFERMEDADES OCUPACIONALES: _____

ENFERMEDAD ACTUAL: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES: _____

ANTECEDENTES PERSONALES: _____

DISEÑO DEL PUESTO DE TRABAJO		
BUENA	MALA	REGULAR

POSTURA QUE ADOPTAS EN EL TRABAJO	
ESTADO	CARGAS HORARIAS
BIPEDESTACION	
SEDENTE	

RIESGOS DE ACCIDENTES

SI	
NO	

**UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ EXT "BAHIA DE
CARÁQUEZ "**

**Análisis del Autocuidado y Calidad de Vida de Pacientes con Lumbalgia en
Mujeres de las edades de 20 a 40 años, Atendidos en el HOSPITAL
"NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA" De la Ciudad de Chone en el año 2015**

ENCUESTA

Esta encuesta es realizada con el único propósito de saber cuáles son las causas por las ¿cuáles las mujeres ingresan al Terapia Física con Lumbalgia en el hospital "NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA" De la Ciudad de Chone

(Marcar con una X el espacio dentro del cuadro)

1.- ¿Tiene conocimiento sobre lo que es el autocuidado?

Mucho Poco Nada

2.- ¿Indique cómo aplica Ud. el autocuidado, para evitar problemas de lumbalgia?

Opciones	
Reposa después de cada actividad que realiza	<input type="checkbox"/>
Usa diariamente Calzado cómodo	<input type="checkbox"/>
Realiza ejercicios diariamente	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>

3.- Tiene Ud. problemas de lumbalgia?

Sí No

4.- ¿Conoce sobre la lumbalgia?

Sí No

5.- Señale los factores que considera de riesgo para padecer lumbalgia.

FACTORES	SI	NO
SOBREPESO U OBESIDAD:		
SEDENTARISMO(Asociado a posiciones viciosa)		
CARGA DE OBJETOS PESADOS:		
MALAS POSTURAS		

6.- ¿Ha recibido alguna vez una charla sobre el autocuidado y calidad de vida para prevención de problemas de Lumbalgia?

Sí No

7.- ¿En qué condición cree que se encuentra su Salud Física?

MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA

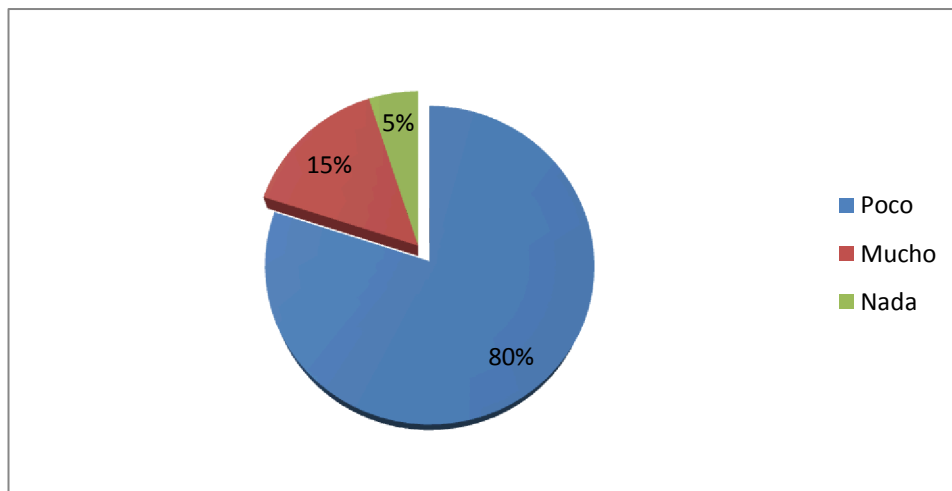
Anexo 2: Tablas y Cuadros para las Encuestas aplicadas a pacientes con lumbalgia en mujeres de las edades de 20 a 40 años, atendidos en el hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova de la ciudad de Chone.

Pregunta 1 ¿Tiene conocimiento sobre lo que es el autocuidado?

Opciones	F	%
Poco	16	80%
Mucho	3	15%
Nada	1	5%
Total	20	100%

Fuente: Pacientes con lumbalgia en mujeres de las edades de 20 a 40 años, atendidos en el hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova de la ciudad de Chone.

Autor: Álvarez Coello María Victoria

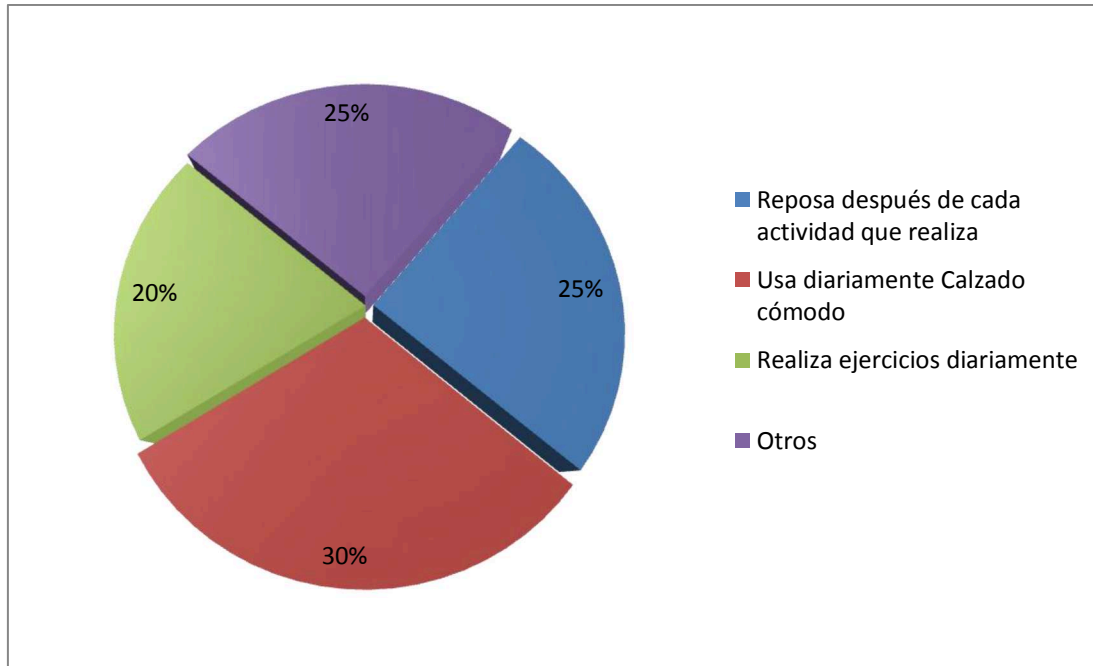


Pregunta 2 ¿Cómo aplica Ud. el autocuidado, para evitar problemas de lumbalgia?

Opciones	F	%
Reposa después de cada actividad que realiza	5	25%
Usa diariamente Calzado cómodo	6	30%
Realiza ejercicios diariamente	4	20%
Otros	5	25%
Total	20	100%

Fuente: Pacientes con lumbalgia en mujeres de las edades de 20 a 40 años, atendidos en el hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova de la ciudad de Chone.

Autor: Álvarez Coello María Victoria.

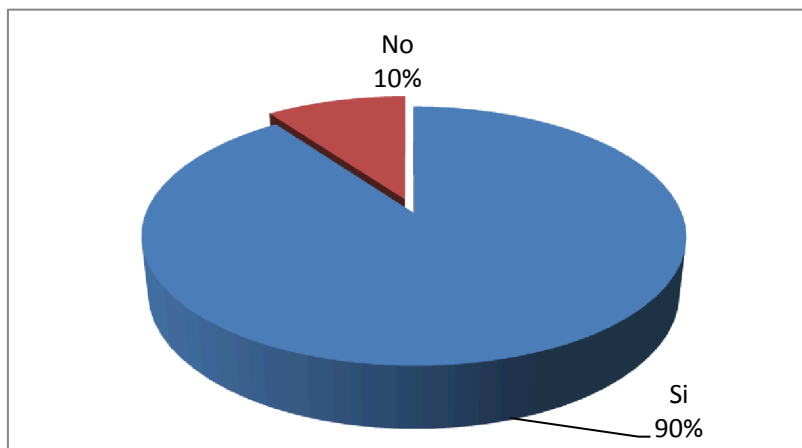


Pregunta 3 ¿Tiene Ud. problemas de lumbalgia?

Opciones	F	%
Si	18	90,00%
No	2	10,00%
Total	20	100%

Fuente: Pacientes con lumbalgia en mujeres de las edades de 20 a 40 años, atendidos en el hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova de la ciudad de Chone.

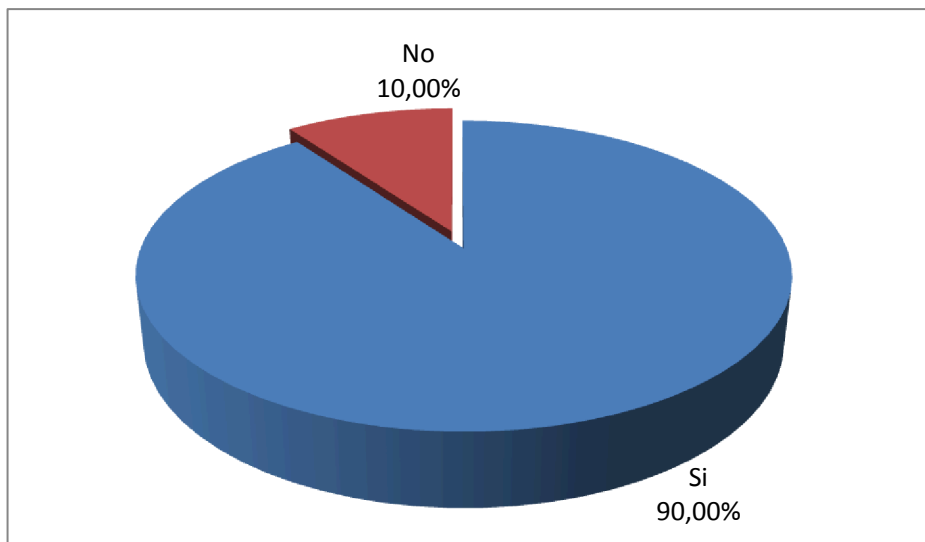
Autor: Álvarez Coello María Victoria.



Pregunta 4: ¿Conoce sobre la Lumbalgia?

Opciones	F	%
Si	18	90%
No	2	10%
Total	20	100%

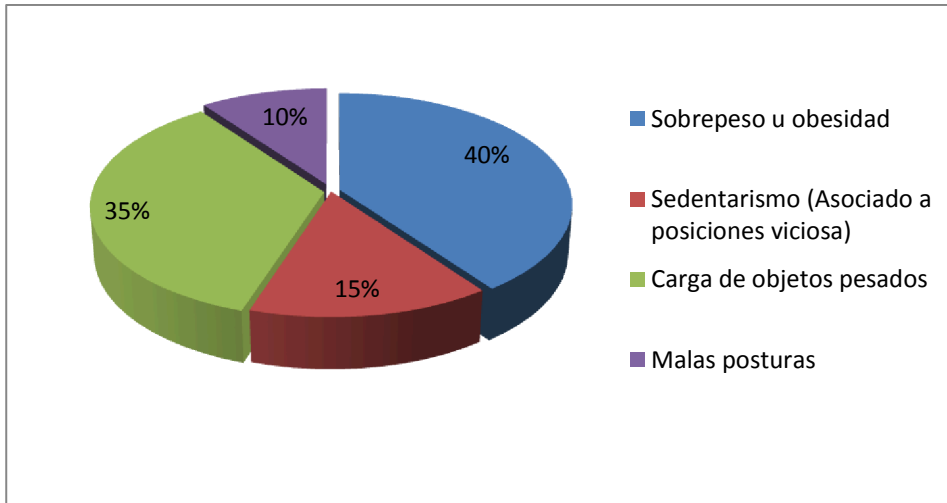
Fuente: Pacientes con lumbalgia en mujeres de las edades de 20 a 40 años, atendidos en el hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova de la ciudad de Chone.
Autor: Álvarez Coello María Victoria.



Pregunta 5 ¿Señale los factores que consideran de riesgo para padecer Lumbalgia?

Opciones	F	%
Sobrepeso u obesidad	8	40%
Sedentarismo (Asociado a posiciones viciosa)	3	15%
Carga de objetos pesados	7	35%
Malas posturas	2	10%
Total	20	100%

Fuente: Pacientes con lumbalgia en mujeres de las edades de 20 a 40 años, atendidos en el hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova de la ciudad de Chone.
Autor: Álvarez Coello María Victoria.

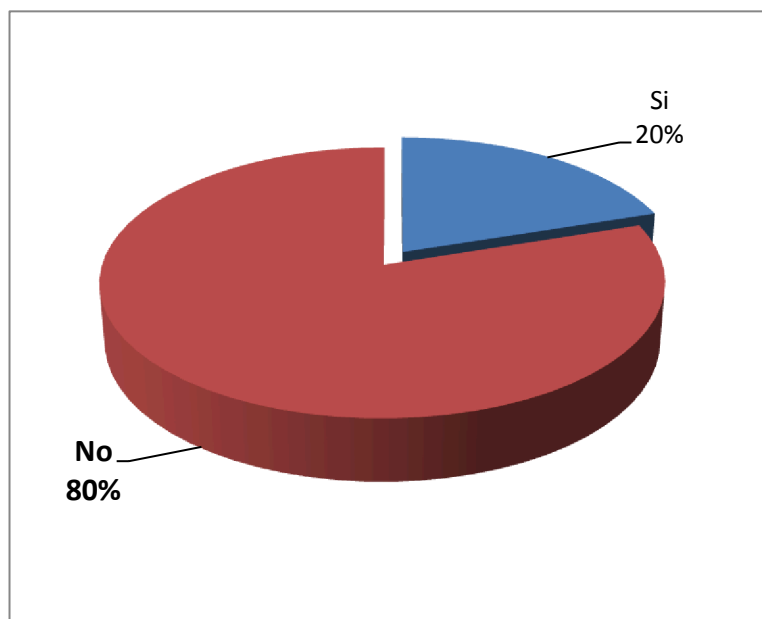


Pregunta 6 ¿Ha recibido alguna vez charla sobre el autocuidado y calidad de vida para prevención de problemas de Lumbalgia?

Opciones	F	%
Si	4	20%
No	16	80%
Total	20	100%

Fuente: Pacientes con lumbalgia en mujeres de las edades de 20 a 40 años, atendidos en el hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova de la ciudad de Chone.

Autor: Álvarez Coello María Victoria.

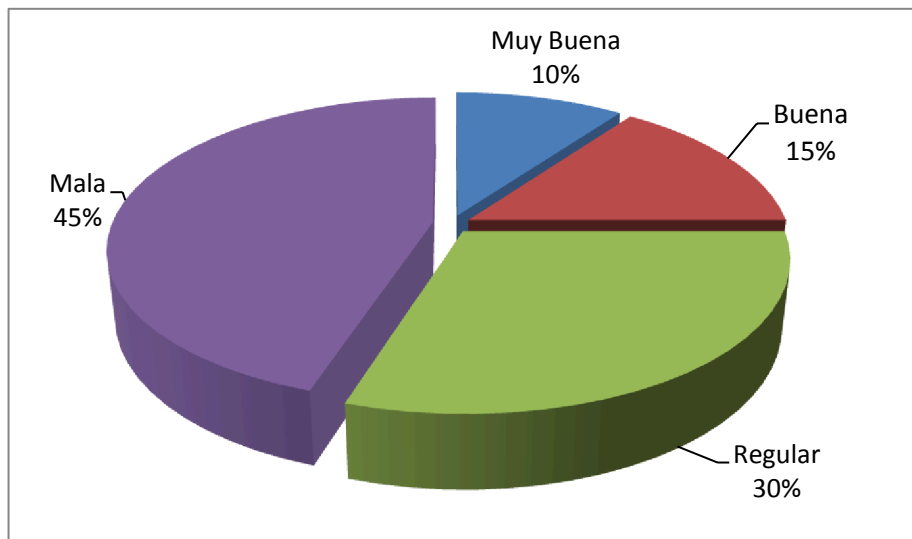


Pregunta 7 ¿En qué condición cree que se encuentra su salud física?

Opciones	F	%
Muy Buena	2	10%
Buena	3	15%
Regular	6	30%
Mala	9	45%
Total	20	100%

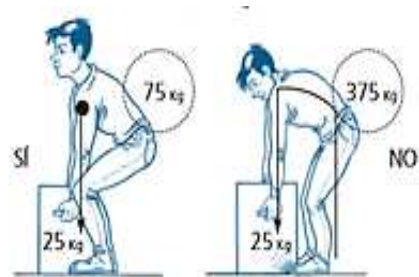
Fuente: Pacientes con lumbalgia en mujeres de las edades de 20 a 40 años, atendidos en el hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova de la ciudad de Chone.

Autor: Álvarez Coello María Victoria.

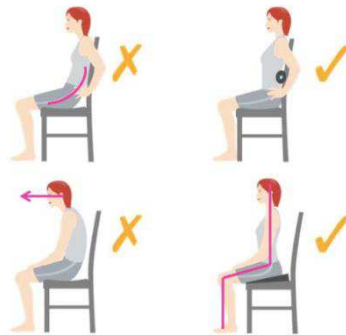


Anexo 3: Imágenes de la propuesta

- Manera correcta de inclinar el Cuerpo.



- Cuida tu postura mientras trabajas o realices tareas



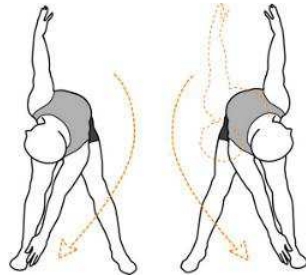
- Evita la ropa ajustada y los tacones altos.



- Evita el sobrepeso



Calentamiento:



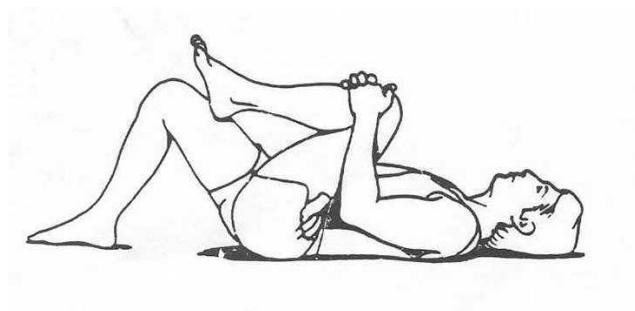
Ejercicios de estiramiento



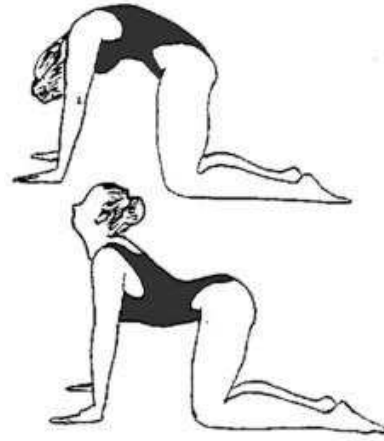
Ejercicio de Arqueo



Estiramiento de glúteos



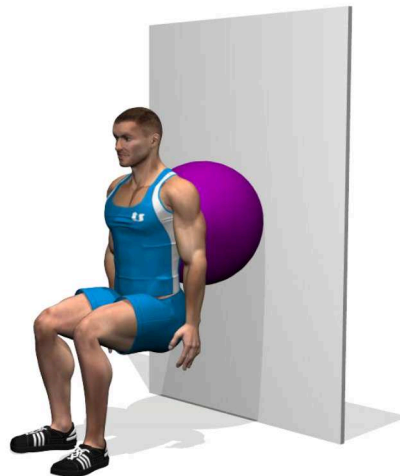
Estiramiento de Gato



Ejercicio de arqueado con pierna estirada



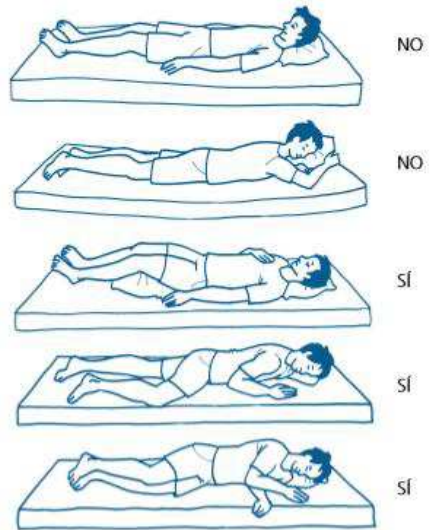
Estiramiento en la Pared



Mahoma



Colchón y almohada adecuados



Vestirse o Cambiarse



Al permanecer de pie mucho tiempo:



Apoye la espalda cuando esté sentado



Trabajos estáticos



Trabajos de pie



Trabajo Dinámico



- Útiles con mango largo.



- Doblar las rodillas y no la espalda.



- Fraccionar cargas.
- Rediseñar tareas.