



**UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE FISIOTERAPIA**

**ANÁLISIS DE CASO**  
**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN**  
**FISIOTERAPIA**

**TEMA:**  
**TECNICAS MANUALES OSTEOPATICAS EN LUMBALGIA**

**AUTORA:**  
**MERO BARCIA CINTHIA KATHERINE**

**TUTOR:**  
**LCDO. TYRON MOREIRA LÓPEZ, MG.**

**MANTA – MANABÍ – ECUADOR**  
**2016 - 2017**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En calidad del Tutor del Análisis de Caso sobre el tema: **“TECNICAS MANUALES OSTEOPATICAS EN LUMBALGIA”**, presentado por **MERO BARCIA CINTHIA KATHERINE**, de la Licenciatura en Fisioterapia de la Universidad Laica “Eloy Alfaro de Manabí”, considero que dicho informe de investigación reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la revisión y evaluación respectiva por parte del Tribunal de Grado, que el Honorable Consejo Superior Designe.

Manta, Marzo 2017

TUTOR /A:

.....

Lcdo. Tyron Moreira López, Mg.

## **APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso, sobre el tema “**TECNICAS MANUALES OSTEOPATICAS EN LUMBALGIA**” de **MERO BARCIA CINTHIA KATHERINE**, para la Licenciatura en Fisioterapia.

Manta, Marzo 2017

.....  
**LCDO. GILBERT YANEZ CHALCO. Mg.**

.....  
**CALIFICACIÓN**

.....  
**LCDA. FÁTIMA GARCIA REVELO, MG.**

.....  
**CALIFICACIÓN**

.....  
**DR.LUIS LEANDRO SIMON CEDEÑO. Mg.**

.....  
**CALIFICACIÓN**

.....  
**SECRETARIA**

## DECLARACION DE AUTORIA

Yo, **MERO BARCIA CINTHIA KATHERINE** portadora de la cédula de identidad N° 130873809-3, declaro que los resultados obtenidos en el Análisis de Caso titulado “**TECNICAS MANUALES OSTEOPATICAS EN LUMBALGIA**” que presento como informe final, previo a la obtención del Título de **LICENCIADA EN FISIOTERAPIA** son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del Análisis de Caso y posteriores de la redacción de este documento son y serán de mi autoría, responsabilidad legal y académica.

Manta, Marzo 2017

AUTORA

.....

Mero Barcia Cinthia Katherine

## AGRADECIMIENTO

La vida se encuentra plagada de retos, y uno de ellos es la **Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí**. Tras verme dentro de ella, me eh dado cuenta que más allá de ser un reto, es una base no solo para mi entendimiento en el campo que me eh visto inmerso, sino para lo que concierne a la vida y mi futuro.

Darle gracias a Dios por guiarme, bríndame la sabiduría para seguir cosechando mis objetivos y mis metas, porque ha estado conmigo a cada paso que doy.

Gracias a todos los docentes de la carrera de fisioterapia, que supieron brindarme y compartir sus conocimientos para poder cumplir esta meta tan importante en mi vida.

Al Lcdo. Tyron Moreira López por ser mi tutor respectivamente, por su valioso tiempo y virtuosa ayuda en la elaboración del estudio de caso.

Al Sr. Jimmy García por ser mi paciente colaborándome con datos e información personal como principal autor de este estudio de caso.

A todos mis familiares por el apoyo brindado, en especial a mis padres enseñándome con valores y sacrificios las etapas de vida como persona y profesional, mis hermano y mí ñaña los quiero.

Al Lcdo. Ft. Javier Patrón A. Msc. M.O y Lcdo. Ft. Diego Quisphe M.O por enseñarme el maravilloso mundo de la Osteopatía y ser parte de guía para realizar esta investigación.

A mis compañeros de carrera por compartir este largo camino con sacrificios y llegar a la meta juntos, mis amistades y demás personas que se volvieron importantes en mi vida, gracias.

## **DEDICATORIA**

En primer lugar dedico este trabajo a Dios por no haberme desamparado nunca en este duro camino, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado.

De igual forma, dedico este trabajo a mis amados padres Sra. María y Sr. Alfonso por su sacrificio abnegado al apoyarme y darme la oportunidad de terminar mi formación universitaria.

A mis queridos hermanos Edwin por ser mi ejemplo a seguir y mi Zuleyka hermosa uno de mis motivos para salir adelante.

A mi familia en general por haber compartido conmigo buenos y malos momentos.

## RESUMEN

La Osteopatía ha ganado reconocimiento dentro del ámbito de la medicina y la fisioterapia ya es un sistema de curación que maneja trastornos funcionales o mecánicos del sistema osteomuscular. El presente trabajo tiene un impacto positivo desde el punto de vista investigativo explorativo y descriptivo con el fin de aplicar un plan de tratamiento, en consideración las necesidades del problema, se plantea como objetivo generales y específicos, aplicados en un paciente adulto de 46 años de edad con diagnóstico: Rectificación de la lordosis fisiológica por contractura muscular, osteofitos anteriores de los cuerpos vertebrales de L3, L4, L5. Para realizar este estudio de caso se obtuvo información de varios textos fundamentados por autores del tema, así mediante la observación y valoración del paciente para determinar disfunciones físicas que padece el paciente, mediante la recolección de información se utilizaron test osteopáticos ya que se caracteriza por demostrar resultados favorables en la recuperación eficaz de la lumbalgia, debido que mejora notablemente las disfunciones que provoca este tipo de lesión, además reduce el tiempo de recuperación del paciente, y tiene mucha ventaja en disminución significativa en el dolor, tiene la ventaja que al ser un tratamiento no invasivo y no presenta riesgos para el paciente el paciente evolucionó notablemente y se restauró para realizar sus actividades diarias y mejoró en el bienestar, mejoría de la función física, del dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

## ABSTRACT

Osteopathy has gained recognition in the field of medicine and physiotherapy is already a healing system that handles functional or mechanical disorders of the musculoskeletal system. The present work has a positive impact from the point of view of exploratory and descriptive research in order to implement a treatment plan, considering the needs of the problem, it is proposed as general and specific objective, applied in an adult patient of 46 years of age. Age with diagnosis: Rectification of physiological lordosis by muscular contracture, anterior osteophytes of the vertebral bodies of L3, L4, L5. In order to carry out this case study, we obtained information from several texts based on authors of the topic, as well as the observation and assessment of the patient to determine the physical dysfunctions that the patient suffers. Through the collection of information, osteopathic tests were used, Favorable result in the effective recovery of low back pain, because it improves notably the dysfunctions caused by this type of injury, also reduces the recovery time of the patient, and has much advantage in significant decrease in pain, has the advantage that being a Non-invasive treatment and presents no risks to the patient, the patient progressed remarkably and was restored to perform his daily activities and improvement in well-being, improvement of physical function, body pain, general health, vitality, social function, emotional role and health mind.

## INDICE

APROBACIÓN DE LA TUTOR	I
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA	III
AGRADECIMIENTO	IV
DEDICATORIA	V
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
1. JUSTIFICACIÓN	1
2. INFORME DEL CASO	5
2.1. Definición del Caso	5
2.1.1. Presentación de Caso	6
2.1.2. Ámbitos de estudio	6
2.1.3. Actores implicados	6
2.1.4. Identificación del Problema	7
3. METODOLOGÍA	10
3.1. Lista de Preguntas	10
3.2. Fuentes de Información	10
3.3. Técnicas para la recolección de información	10
3.3.1. Instrumentó	10
4. DIAGNÓSTICO INVESTIGATIVO	13
5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	13

5.1. Denominación de la Propuesta	13
5.2. Objetivos de la Propuesta	13
5.2.1. Objetivo General	13
5.2.2. Objetivos Específicos	13
5.3. Fundamentación de la Propuesta	13
5.4. Caracterización de la Propuesta	16
5.5. Planteamiento de la Propuesta	17
5.5.1. Actividades y Tareas	17
5.5.2. Evaluación de resultados e Impactos	18
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19
ANEXOS	

## 1. JUSTIFICACIÓN

(Sel, 1984) Describe a la lumbalgia como un dolor del raquis lumbar y sostiene que no es una enfermedad, sino un síntoma que puede ser secundario a patologías de muy diversas etiologías. La lumbalgia afecta a los adultos en algún momento de su vida y representa una causa importante de permisos laborales por enfermedad y discapacidad que cualquier otra condición médica. Diversas causas producen la lumbalgia, desde problemas de tejidos blandos y de discos intervertebrales hasta las causas más comunes que son las malas posturas, el estrés y el sobreesfuerzo físico.

(Osakidetza, 2007) Se define lumbalgia como el dolor o malestar localizado entre el borde inferior de las últimas costillas y el pliegue inferior de la zona glútea, con o sin irradiación a una o ambas piernas.

La lumbalgia se clasifica en:

**Aguda:** dolor de menos de 6 semanas.

**Subaguda:** dolor de 6-12 semanas.

**Crónica:** más de 12 semanas con dolor.

**Recurrente:** lumbalgia aguda en paciente que ha tenido episodios previos de dolor lumbar en una localización similar, con periodos libres de síntomas de tres meses.

(Osakidetza, 2007)

(Osakidetza, 2007) En el manejo inicial del dolor lumbar, se propone las siguientes clases de dolor:

**Dolor común.** Es lo que se conoce por “lumbalgia aguda inespecífica”. Sus características fundamentales son: 1) paciente de entre 20-55 años, 2) dolor en región lumbosacra, nalgas y muslos, 3) el dolor tiene características mecánicas variando con la actividad y en el tiempo y 4) buen estado general de la persona afectada.

**Dolor radicular.** Se sospecha si: 1) el dolor en una pierna es más intenso que el dolor en la espalda, 2) el dolor se irradia generalmente por el pie o los dedos, 3) insensibilidad o parestesias con la misma distribución que el dolor, 4) signos de irritación radicular y 5) cambios motores, sensoriales o en los reflejos, limitados al territorio de un nervio.

**Dolor sospechoso de posible patología espinal grave.** Incluye enfermedades como tumor o infección vertebral, enfermedades inflamatorias como la espondilitis y las fracturas.

(Mejia, 2010) Estima que a nivel mundial entre un 60-80% de la población sufrirán en algún momento dolor lumbar. La lumbalgia es la 2da causa más frecuente de baja laboral y la causa más frecuente de incapacidad temporal. Cuanto más largo es el periodo de baja laboral mayor es la probabilidad de no reincorporación al trabajo. Sin embargo, solo un 1-2% de los pacientes con lumbalgia presenta una patología grave; un 10-15% son de causa específica y hasta un 80 % son de causa inespecífica. El que el 80% de las lumbalgias sean de causa inespecífica implica una subjetividad a la hora de interpretar la clínica del paciente y pruebas de diagnóstico. Esta gran variabilidad clínica, junto a la falta de estudios que demuestren la validez de las muchas técnicas diagnósticas y terapéuticas, hace que se utilicen de forma habitual procedimientos de eficacia dudosa. Hay muchas guías clínicas sobre la lumbalgia con diferentes criterios, de difícil valoración. Cada vez hay una mayor demanda de la población de recursos y expectativas de mejoras de la sintomatología, lo que genera un elevado coste económico. Se ha visto que el grado de protección social influye en los tiempos de discapacidad más que el daño biológico o médico. Existen grandes diferencias en periodos de discapacidad temporal en diferentes países con los mismos diagnósticos médicos.

A nivel nacional, en Ecuador se realizó un estudio en la ciudad de Tulcán encontrándose una prevalencia del 3.19% de lumbalgias en pacientes comprendidos entre los 20 a 65 años de un total de 5.929 pacientes atendidos en consulta externa en el año 2004, esto representó la quinta causa de motivo de consulta externa del hospital. (Velastegui, 2006)

(OMS, 2002) Organización Mundial de la Salud, reconoce que en los últimos años la Osteopatía ha ido incrementando su notoriedad dentro del ámbito de la medicina y la fisioterapia. Su marcado y establecido reconocimiento dentro de la sociedad ha propiciado que un gran número de personas usen la Osteopatía como un método de mejora para su salud.

La osteopatía está referenciada como medicina por la en los EEUU, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Suecia, Portugal, Suiza, Inglaterra y España. El reconocimiento de la osteopatía es casi de un 60 % de la población mundial, tal es así que varios países vecinos como Chile, Brasil y otros no solo han logrado el marco regulatorio para las naturoterapias (es una rama de la medicina natural, que tiene como objeto potenciar las capacidades del organismo para autocurarse.), en general, sino también de la osteopatía en particular, (Mufin, 2017)

(Ricard F. , 2003) La osteopatía es una terapia reciente nacida en Estados Unidos, cuyo promotor fue el Dr. Andrew Taylor-Still (1828 – 1917), quien enunció los grandes principios de esta medicina natural, que se trata de una especialidad terapéutica y de un conjunto de conocimientos específicos basados en la anatomía y fisiología del cuerpo humano, en el conocimiento de cómo intervienen los diferentes tejidos en la producción de la enfermedad y en la aplicación de técnicas de normalización de las funciones alteradas, técnicas que la Osteopatía ha desarrollado durante más de un siglo de evolución de la disciplina ,la primera escuela de osteopatía data del año 1892 en Estados Unidos.

(W.H.O, 2010)La Osteopatía trata principalmente patologías musculo esqueléticas más frecuentes que se dan en consultas como; lumbalgias, cervicalgias, dorsalgias, omalgias, tendinitis, artritis y en definitiva aquellas afectaciones osteomusculares habituales. También es muy eficaz en casos específicos de migrañas, vértigos, otitis, problemas circulatorios, digestivos, endocrinos, ginecológicos, urológicos, neurológicos, traumatológicos, etc. Existen tres tipos tratamientos en osteopatía que son la estructural, que se dirige a las estructuras óseas musculares y articulares, visceral que se interesa en órganos como hígado, riñón, estómago; y craneal que insiste en la noción de movilidad de los huesos del cráneo.

(Patron, 2017) señala que en la actualidad a nivel nacional existe una sede en Ecuador de la Escuela de Osteopatía de Madrid (EOM), a nivel de Latinoamérica el Director es el Dr. Osteópata (DO) Rogerio Queiroz y el Coordinador de Ecuador es Mg. Carlos Moreta, quienes crearon la escuela de osteopatía en Ecuador cumpliendo dos años en nuestro país.

(Mejia, 2010) indica que el osteópata busca tejidos en disfunción, es decir lugares donde está la movilidad restringida, o la función metabólica este afectada. En estos sitios elige una técnica o maniobra osteopática precisa, buscando restaurar la función devolviendo la circulación sanguínea y el flujo de intercambio metabólico, luego es el cuerpo mismo el que se cura, al liberarse energía retenida en compensaciones innecesarias. Esta capacidad vital o energía liberada es utilizada por el organismo para adquirir un nuevo status, dicho de otra forma, el tratamiento osteopático le sirve de punto de apoyo al cuerpo para reorganizarse, gracias a su capacidad de autocuración, homeostasis, y reparación de estructuras dañadas y funciones alteradas.

La Osteopatía pretende, mediante un tratamiento manual, desbloquear, ajustar, descongestionar y reequilibrar las diferentes partes y segmentos de la arquitectura humana para poder restablecer el buen funcionamiento de la fisiología, estructura y función, que son absolutamente dependientes. Si la estructura del cuerpo se ve afectada la función lo estará también, si es la función la que se afecta en primer lugar la estructura terminará alterándose también. (Mejia, 2010)

(Still, 1917) La medicina manual osteopática se basa en 4 principios descritos por STILL los cuales son:

1. La estructura gobierna la función: La estructura representa las diferentes partes del cuerpo y la función es la actividad de cada una de ellas. La enfermedad no se puede desarrollar si la estructura está en armonía, por lo tanto el desorden de la estructura es el origen de las enfermedades.
2. La unidad del cuerpo: El cuerpo tiene la facultad de encontrar o reencontrar su equilibrio y guarda en la memoria todos los traumatismos sufridos.
3. La autocuración: El cuerpo es capaz de auto curarse a condición de que sus medios sean libres de funcionar correctamente.
4. La regla de la arteria es absoluta: una lesión osteopática conlleva un trastorno circulatorio y nervioso que hace vulnerable un órgano o un sistema.

Cabe recalcar que a nivel de Manabí no se ha realizado un estudio investigativo con técnicas manuales Osteopáticas en lumbalgia específicamente, en la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

El presente trabajo tiene un impacto positivo desde el punto de vista investigativo con el fin de aplicar un plan de tratamiento, en consideración las necesidades del problema, se plantea como objetivo general: en cuanto a su estado de salud física lograr mejoras significativas en el paciente que porta lumbalgia a través de las aplicaciones osteopáticas y se sugieren los objetivos específicos: Reducir el dolor y tensión de fascias, músculos y ligamentos, equilibrar la biomecánica de la columna lumbar, reducir el espasmo muscular tanto lumbar como miembros inferiores y enseñar normas de higiene postural.

## **2. INFORME DEL CASO**

### **2.1 Definición del Caso**

#### **2.1.1 Presentación de Caso**

Paciente adulto de este estudio de caso, sexo masculino de 46 años de edad, de procedencia en la ciudad de Manta-Manabí-Ecuador, convive con su esposa y tiene 4 hijos. Su esposa trabaja como comerciante de ventas, el participante del caso trabaja actualmente de comerciante y su situación económica es estable.

Hace 24 años trabajo como constructor, donde presento un síndrome de lumbago agudo produciendo un cuadro de ciatalgia, que por dos ocasiones que lo incapacito al colocarse de pie, donde necesito infiltración referida por su médico tratante.

Hace 20 años Jugando fútbol presento, un traumatismo severo lesionando ligamento interno e externo de rodilla derecha donde realizo fisioterapia por dos meses.

En el 2014 tuvo un esguince de tobillo donde necesito infiltración.

Acude en junio 2016 al centro de terapia física Patronato Municipal de Manta, observamos llegar al paciente con muletas, inestabilidad de la marcha, nos refiere dolor intenso en la zona lumbar irradiando extremidades inferiores, debilidad muscular y mialgia, parestesia en ambas piernas, alteración de sueño por las noches a causa del dolor, edema, dolor al moverse, al sentarse por mucho tiempo y en bipedestación, poca sensibilidad de sus extremidades inferiores y dificultad al caminar. Indica hace dos semanas cae en posición fetal en una piscina, donde no pudo ponerse de pie y acudió al médico donde prescribió medicación donde dio paso al centro radiológico para

exámenes complementarios, como resultado fue rectificación de la lordosis fisiológica por contractura muscular, osteofitos anteriores de los cuerpos vertebrales L3, L4 y L5 iniciando sus terapias en junio de 2016.

### **2.1.2. Ámbitos de estudio**

En el presente análisis de caso se realiza en centro de fisioterapia Patronato Municipal de Manta, institución que brinda servicios a la comunidad en varias áreas, como terapia física, donde gracias a la institución nos facilitó sus amplias instalaciones, junto con la directora y licenciados obteniendo los recursos necesarios para ofrecer servicios de calidad.

### **2.1.3. Actores implicados**

- Tenemos como principal al paciente involucrado en este caso de estudio que nos brindó la información sobre lo sucedido con su lesión y sobre el historial clínico, lo cual es importante para el conocimiento del profesional y en los que puede favorecer a su recuperación.
- Profesionales especialistas en traumatología – Ortopedia de la ciudad de Manta que nos brindó un diagnóstico médico.
- La Unidad Radiológica DR, Patricio Mata Villacis cual facilitando la obtención de ciertos exámenes complementarios.
- El fisioterapeuta e internas del área de rehabilitación física del centro de terapia física Patronato quienes han proporcionado información válida para la investigación.

#### **1.2.4. Identificación del Problema**

Una vez que el paciente acude al centro de fisioterapia del Patronato Municipal de Manta, recibe atención primaria del traumatólogo que mediante exámenes radiológicos diagnósticos: Rectificación de la lordosis fisiológica por contractura muscular, osteofitos anteriores de los cuerpos vertebrales de L3, L4, L5, espacios intervertebrales conservados (ver anexo 1 figura 1y2) causando limitaciones, disfunciones e impidiendo que realice sus actividades de la vida diaria.

La evaluación inicial del paciente presenta inestabilidad de la marcha lo cual se traslada con ayuda de muletas, dolor intenso en la zona lumbar irradiando extremidades inferiores, debilidad muscular, dolor muscular en rodilla izquierda, limitación ciertos movimientos, alteración de sueño por las noches a causa del dolor, edema, dolor al moverse, al sentarse por mucho tiempo y en bipedestación, poca sensibilidad de sus extremidades inferiores a causa de que cae en posición fetal en una piscina, donde no pudo ponerse de pie.

Se realiza una valoración osteopática mediante test que valora el estado de dolor y disfunciones alteradas del paciente. Razón por el cual se inicia el plan de tratamiento con técnicas manuales osteopáticas.

### **3. METODOLOGÍA.**

La metodología a utilizar en este estudio de caso es de método explorativo y descriptivo, ya que pretende describir lo que acontece en el presente caso clínico en particular y resultados obtenidos que pueden ser utilizados como una base para formular preguntas de investigación.

### **3.1 Lista de Preguntas.**

En esta investigación se plantean las siguientes interrogantes:

¿Cuáles son los factores de riesgo del paciente que padece una lumbalgia? ¿Cuál es la importancia de la clínica para el diagnóstico de lumbalgia en el paciente? ¿De qué manera actúa la osteopatía en el paciente con lumbalgia? ¿Cuál es el objetivo de tratamiento osteopático para reducir la lumbalgia?

### **3.2 Fuentes de Información**

En el presente caso clínico como principal el paciente donde se obtuvo información detallada, así como del Centro de Fisioterapia Patronato Municipal de Manta, por el terapeuta físico junto con los licenciados especialistas en Osteopatía del aparato locomotor donde se obtuvo información brindada, expediente clínico, libros y revistas de osteopatía lumbar, sitio web, así como centro radiológico y médicos de cabecera con prescripción médica.

### **3.3 Técnicas para la recolección de información**

Para la realización del presente estudio de caso y poder señalar las necesidades que presenta el paciente con disfunciones lumbar como la rectificación de la lordosis fisiológica por contractura muscular, osteofitos anteriores de los cuerpos vertebrales de L3, L4, L5, se utilizó como técnica de recolección de información, la valoración mediante 4 test: “escala evaluativo osteopático del dolor, test de “quick scanning”, “Test de Mitchell” y Test de Tomas.

### 3.3.1 Instrumento

Para la recolección de la información se utilizaron como instrumentos de investigación 4 test entre los cuales son:

(Ricard F. , 2003) **Test “quick scanning”**

Indicaciones: test evaluativo que permite de forma rápida detectar zonas de hipomovilidad.

Paciente: sentado al borde de la camilla. Evaluador: detrás del paciente.

Acción: el evaluador fija por detrás o por delante los hombros del paciente, su otra mano con el puño cerrado le imprime a las ASI, columna lumbar, dorsal y cervical una compresión en sentido póstero-anterior, evaluando la elasticidad de los tejidos, la calidad y cantidad de movimiento (de ida y vuelta).

(Ricard F. , 2003) **“Test de Mitchell”.**

Indicaciones: disfunciones somáticas

Se realiza en 3 tiempos:

#### **Tiempo I: neutro**

En decúbito prono neutro

Palpamos ambas transversas de cada segmento (con índice y medio, por ser los dedos más sensitivos).

Buscamos donde se encuentra la posterioridad, Una vez localizadas las posterioridades debemos tener en cuenta que si son varias y consecutivas podremos deducir la presencia de una lesión de grupo, si por el contrario encontramos una sola posterioridad nos indicará una lesión unilateral, pero no indicará si se encuentra en flexión o extensión, por lo que tendremos que pasar a la segunda posición.

#### **Tiempo II: extensión**

Sin perder contacto con las transversas, pedimos posición de esfinge. (Es decir, apoyo en codos).

Comprobamos lo que ha sucedido con las transversas. Pueden ocurrir dos cosas: la posterioridad continúa o la posterioridad desaparece. En el caso de que la posterioridad desaparezca podemos concluir que la vértebra acepta el movimiento de flexión

impuesto por la “posición de Mahoma”; en el caso de que la posterioridad continúe concluiremos que la vértebra no acepta el movimiento de flexión impuesto por la “posición de Mahoma”

### **Tiempo III: flexión**

Sin perder contacto con las transversas, pedimos al paciente posición de mahometano. Comprobamos lo que ha sucedido con las transversas.

Interpretación del test:

Si la posterioridad desaparece tanto en flexión como en extensión concluiremos que la vértebra esta libre, no hay restricción de movilidad.

Si la posterioridad desaparece en flexión, pero no desaparece en extensión concluiremos que se trata de una lesión unilateral que acepta la flexión pero no la extensión, es decir, una FRS del lado de la posterioridad (la posterioridad marca el lado de la rotación vertebral).

Si la posterioridad desaparece en extensión, pero no desaparece en flexión concluiremos que se trata de una lesión unilateral que acepta la extensión pero no la flexión, es decir, una ERS del lado de la posterioridad (la posterioridad marca el lado de la rotación vertebral).

Si la posterioridad no desaparece ni en flexión ni en extensión concluiremos que tenemos una lesión que no se encuentra ni en extensión, ni la flexión, es decir, una NSR del lado de la posterioridad. Habitualmente en este último caso es fácil encontrar varias posterioridades ya que suelen ser lesiones de grupo.

(Ricard F. , 2003)''**Test de Tomas''**

**Indicación:** acortamiento de la fascia iliaca o espasmos del psoas.

Decúbito dorsal

Del lado opuesto del musculo a evaluar

Acción: toma el miembro inferior del lado contrario evaluar, imprimiendo flexión de la rodilla y cadera hasta hacerlo contactar en el tronco (lo que disminuye la lordosis lumbar), al tiempo que se observa en la cadera contraria.

Interpretación: si no existe espasmos del psoas: el miembro inferior quedara estirado sobre la camilla.

Si existe espasmo del psoas: se produce una elevación del musculo (al disminuir la lordosis aumenta la flexión de cadera.

#### **4. Diagnóstico Investigativo**

(Martinez, 2009) En los músculos generalmente se presenta por desbalance postural crónico, dado por malas posturas, falta de ejercicio, disparidad en miembros inferiores y factores de origen ocupacional. El dolor óseo y articular se produce por fracturas de origen traumático, lesiones neoplásicas, trastornos metabólicos e inflamatorios, etc.; las facetas articulares están implicadas en el dolor de tipo óseo en un 30% de los adultos de edad media y un 52% en adultos mayores de 60 años. El disco intervertebral es la causa del 1 al 2% de los casos de dolor lumbar y en el 90% de los casos se presenta entre L4-L5 y L5-S1; la degeneración del disco intervertebral a pesar de su baja prevalencia es importante porque es el inicio del deterioro de facetas articulares, músculos y ligamentos. El dolor producido en las raíces nerviosas o dolor neuropático puede originarse por atrapamiento o compresión de raíces nerviosas, tumores, inflamaciones, discos extruidos, trastornos metabólicos, etc. La disfunción intervertebral mínima o trastorno intervertebral menor es una disfunción vertebral segmentaria, de naturaleza mecánica, dolorosa, que se origina por un sufrimiento vertebral segmentario, y produce cambios en la sensibilidad y textura de los tejidos correspondiente. También se ha encontrado, que en un 70% de los casos el dolor lumbar se desencadena por un esfuerzo excesivo o sobrecarga, el 10% por cambios degenerativos, artrosis, un 4% por discopatías, un 4% por fracturas secundarias a osteoporosis, un 3% por canal central estrecho y el otro 9% por otras causas.

En el estudio de caso conlleva:

### **Historia clínica**

Donde se interrogo al paciente de manera exhaustiva sobre la enfermedad actual, antecedentes médicos, antecedentes traumáticos recientes y antiguos, antecedentes familiares, riesgos ocupacionales, características del dolor: causa desencadenante, si el dolor lumbar es o no referido, si existe compromiso radicular, si tiene características mecánicas o no, tiempo de evolución, síntomas asociados, etc. Si realiza o no ejercicio y que deporte práctica. Al examen físico además de la observación completa del paciente se realizara una inspección y test mencionados.

### **Examen Osteopatico del dolor**

Escala del dolor se presentó retracciones musculares como extensores lumbares en la escala del 1 al 10 resultado 10, flexores de la pelvis, tensores de la pelvis, flexores de la rodilla izquierda e inquitotibieales.

Hubo limitación a la flexión en bipedestación, limitación de extensión y limitación de lateralizaciones del paciente.

### **Valoración del dolor:**

Cuando empeora en el reposo cuando pasa mucho tiempo en esa posición, por la noches problemas de sueño causado por el dolor, no puede sentarse con la rodilla flexionada, dificultad al colocare de pie, caminar incluso al cambiarse de postura. El tipo de dolor si existe rigidez matutina positivo.

### **Valoración funcional:**

Darse la vuelta de un lado a otro, pasarse a postura sentada de decúbito dorsal, ponerse de pie desde la postura sentada, agacharse para recoger un objeto en el suelo ,levantar el objeto, llevar el objeto, caminar con la marcha normal, sentarse correctamente signos q

no logro hacerlos y muchos con dificultad. Así como la sensibilidad afectada irradiando parte inferior de muslos y piernas.

La obtención de pruebas y test de los cuales salieron positivos test “quick scanning”, “test de Mitchell”, y “test de Tomas” para valorar el musculo psoas iliaco. Detectamos zonas de hipo movilidad con más intensidad en el lado izquierdo.

En la disminución de la movilidad se evidencia alteración en el rango de movimiento o restricción de este, en una o varias articulaciones o en una región del sistema musculo esquelético. En la asimetría de los reparos anatómicos se alteran estructuras como la columna y la pelvis. En los cambios de textura de los tejidos se afecta la piel, la fascia, los músculos y los ligamentos. Y los cambios en la sensibilidad de los tejidos profundos y superficiales se evidencian en el sitio de la disfunción o en el sitio del dolor referido. Al final del examen se debe realizar el diagnóstico de la lesión con los hallazgos encontrados.

(Ricard F. , 2003)**Test “quick scanning”**

Existen zonas de hipomovilidad en musculatura paravertebral y L3 dolor, L4 rotada, L5 restricciones.

(Ricard F. , 2003)**“Test de Mitchell”.**

Dolor a la posición del test, limitación de movimientos, rigidez.

(Ricard F. , 2003)**“Test de Tomas”**

Positivos presente espasmo muscular con psoas y cuádriceps acortados y será necesario estirarlos.

## **5. Propuesta de Intervención**

### **5.1. Denominación de la Propuesta**

Plan fisioterapéutico en paciente con lumbalgia fundamentando la osteopatía para facilitar su mejora en calidad y vuelva a sus actividades de la vida diaria.

## **5.2. Objetivos de la Propuesta**

### **5.2.1. Objetivo General**

Lograr mejoras significativas en el paciente que porta lumbalgia a través de las aplicaciones osteopáticas.

### **5.2.2. Objetivo específico**

- Reducir el dolor y tensión de fascias, músculos y ligamentos.
- Equilibrar la biomecánica de la columna lumbar.
- Reducir el espasmo muscular tanto lumbar como miembros inferiores.
- Enseñar normas de higiene postural.

## **5.3. Fundamentación de la Propuesta**

La osteopatía es un sistema de curación que maneja trastornos funcionales o mecánicos del sistema osteomuscular. La palabra osteopatía viene del griego osteón (hueso) y pathos (efectos que vienen del interior). Para la Asociación Americana de Osteopatía, la osteopatía “es el sistema de curación que pone énfasis principal sobre la integridad estructural del cuerpo. Esta integridad estructural es el factor más importante a mantener. Rige la buena salud del organismo y evita la enfermedad”.

## **5.4. Caracterización de la propuesta**

El tratamiento para la lumbalgia con técnicas manuales se caracteriza por demostrar resultados favorables en la recuperación eficaz de la lumbalgia, debido que mejora notablemente las disfunciones que provoca este tipo de lesión, además reduce el tiempo de recuperación del paciente, y tiene mucha ventaja en disminución significativa en el dolor, tiene la ventaja que al ser un tratamiento no invasivo y no presenta riesgos para el paciente ; además los tratados refieren mejoría de la capacidad para realizar sus actividades diarias y mejora en el bienestar, mejoría de la función física, del dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

El tratamiento se llevó a cabo, sesiones día por medio y de tiempo una hora por día, bajo el tratamiento de técnicas manuales osteopáticas se incluyen:

- **Agentes físicos C.Q.F Y C.Q.C**
- **Stretching o estiramiento muscular**
- **Técnicas en " lumbar roll"**
- **Bombeo del psoas**
- **Cuidados posturales.**

## **5.5. Planteamiento de la propuesta**

### **5.5.1. Actividades y Tareas**

El segundo al cuarto día:

Las zonas de tensión se relajan y pueden dar sensaciones de entumecimiento, puede haber una exageración de los trastornos funcionales (aumento del dolor en las áreas de mayor necesidad de sanación y reflujo gástrico o liberación emocional).

Estas reacciones son normales.

El sexto al octavo día:

El cuerpo encuentra su equilibrio después de la sesión, las mejoras pueden ser realizadas desde ese momento.

Las dos semanas siguientes:

El cuerpo va continuar modificando su equilibrio hasta estabilizarse en un estado el cual será el verdadero resultado de la sesión.

Si la mejora del trastorno fue temporal, o es incompleta, es un buen momento para tomar una nueva cita.

De hecho, cuando el cuerpo aún no está estabilizado y equilibrado, tiene tendencia a volver a su estado original después de 5 a 6 semanas después de la sesión.

Esto explica por qué el fisioterapeuta le aconsejará de hacer 2 veces a la semana sesiones como mínimo, incluso si el dolor o la molestia desapareció en la primera sesión, para asegurarse de que el cuerpo está totalmente estabilizado.

En estas condiciones, se puede esperar mantener un beneficio sostenible de los cuidados Osteopáticos aplicando las técnicas que son:

(Ricard F. , 2008):**Stretching o estiramiento muscular** Estira ligamentos, fascias, músculos y tendones utilizando palancas. La fuerza se aplica gradual y lentamente para producir un cambio y relajación de los tejidos. Cuando esta última se produce se aumenta el estiramiento, para aprovechar la nueva longitud obtenida.

**Técnicas de stretching** se realiza una sucesión de estiramientos musculares secuenciales de todo el cuerpo, trabajando los músculos tanto analíticamente como por grupos o cadenas musculares que es cómo funcionan en la biomecánica natural.

**Procedimiento: stretching en flexión de los músculos espinales**

El paciente en decúbito lateral, el profesional de pie frente al sujeto a la altura de la pelvis, controla los movimientos inferiores flexionados del paciente, así como el raquis lumbar en la zona del espasmo muscular. Estira a continuación rítmicamente los músculos aumentando la flexión de los miembros inferiores del paciente.

**Bombeo:** Se aplica especialmente a las aponeurosis, ligamentos y músculos, se alterna una tracción con una relajación del eje de la estructura que se busca estirar, hasta obtener una disminución del dolor y de la tensión.

(Ricard F. , 2003): **Bombeo del psoas:** el espasmo del musculo psoas tiene un gran protagonismo en las patologías de la región lumbar en inútil tratar el raquis lumbar sin antes liberar el psoas, esto así también en las ciáticas, donde el espasmo del psoas es uno de los factores es uno de los factores importantes que la fija la protrusión discal.

**Procedimiento:** El paciente tumbado sobre la camilla, el miembro inferior del lado lesionado en triple flexión, el profesional, con la mano controla la posición del miembro inferior flexionado y con la otra realiza un masaje del psoas por presiones-fricciones a lo largo del cuerpo muscular y del tendón hasta notar la relajación muscular bajo los dedos. (Anexo 4 figura 2)

(Ricard F. , 2003) **Técnicas en " lumbar roll"**:

Procedimiento:

El paciente está en decúbito lateral del lado opuesto a la posterioridad en la posición clásica y el miembro inferior del lado lesionado en triple flexión reposando por el tobillo sobre el hueso poplíteo del miembro inferior extendido sobre la camilla.

El profesional del pie frente al sujeto, a la altura del espacio lesionado, controla el tronco con el brazo cefálico, y controla el raquis lumbar, la pelvis con la ayuda de la mano caudal. Previamente coloca el raquis lumbar en flexión hasta la abertura del espacio interespinoso L3-L4, E introduce los parámetros menores de deslizamiento anterior, deslizamiento lateral y compresión. La manipulación es llevada a cabo por una contracción breve y explosiva de los pectorales del operador asociado a un "body drop" que realiza con una flexión de sus rodillas, mientras que simultáneamente la pelvis del paciente es llevada hacia delante para introducir una rotación.

(Ricard F. , 2003) **Técnicas de inhibición:** Se utilizan para el espasmo muscular. Se hace una presión perpendicular sobre las fibras musculares, que se mantiene por un tiempo largo hasta que el músculo se relaja, luego se disminuye lentamente. Permite relajar la circulación local y disminuir la respuesta aferente.

## **Debemos tomar en cuenta la higiene postural para lumbalgia:**

(Osakidetza, 2007) **Cuidados Posturales**

Al dormir:

Procure dormir de lado con las rodillas flexionadas o boca arriba con una almohada bajo las rodillas. Evite dormir boca abajo. El colchón debe ser de consistencia firme y la almohada baja.

Al levantarse:

Nunca levantarse directamente de la cama. Primero colóquese de costado, con las rodillas flexionadas cerca del borde de la cama, e incorpórese hasta sentarse ayudándose de los brazos.

Para levantarse de una silla o butaca, apoyarse en el reposabrazos o en los muslos, manteniendo la espalda recta.

Al estar sentado/a

Los pies deben estar apoyados en el suelo y la espalda apoyada en el respaldo.

Si utiliza un ordenador coloque la pantalla de forma que su tercio superior coincida con la altura de su mirada. Coloque los brazos relajados con los codos flexionados a 90° apoyados sobre la mesa, y las muñecas relajadas sobre el teclado.

Al estar de pie:

Si ha de estar de pie durante mucho tiempo en una misma posición utilice un soporte en el suelo que le permita apoyar un pie, y alterne la posición cada cierto tiempo. Lo puede aplicar al planchar, lavarse los dientes, fregar o al realizar actividades similares. Se recomienda tener la superficie de trabajo, como por ejemplo la tabla de planchar, a la altura del ombligo. Fregonas y escobas con mangos largos que lleguen a nivel de los hombros.

Al levantar peso:

Para coger un peso del suelo flexione siempre las rodillas y nunca la espalda, y para transportarlo llévelo pegado al cuerpo. Evite levantar pesos por encima de los hombros, y si ha de coger algo que esté elevado es conveniente subirse a un taburete.

Otras actividades:

Recordar que arquear la columna con las piernas rectas puede provocar dolor. Es mejor empujar un objeto que tirar de él. Acostumbrar a realizar los movimientos con la espalda recta.

### 5.5.2. Evaluación de resultados e Impactos

<b>OBJETIVO ESPECIFICO</b>	<b>Indicadores de gestión</b>	<b>Indicadores de impacto</b>	<b>Medios de verificación</b>
<b>Reducir el dolor y tensión de fascias, músculos y ligamentos.</b>	Presencia de dolor que aumenta con el movimiento	Disminución del dolor en menos sesiones	Valoración del paciente
<b>Equilibrar la biomecánica de la columna lumbar</b>	Presencia de limitación biomecánica da la capacidad funcional	Mejoría de la biomecánica funcional del paciente	Evaluación del paciente por segunda vez
<b>Reducir el espasmo muscular de defensa tanto lumbar como miembros inferiores</b>	Presencia de debilidad muscular, tensión e irradiación del dolor hasta la rodilla	Mejoría notable con reducción de tensión muscular e irradiación de miembro inferiores	Evaluación del paciente mediante la manipulación directa.
<b>Aplicación de normas de higiene postural.</b>	Presencia significativa del cuidado postural	Mejora la calidad de vida con la aplicación del cuidado postural y realización de sus actividades diarias	Evaluación del paciente por segunda ocasión

# Bibliografía

Martinez. (2009). *Martínez, ml. Reyes-ortega, j. Calidad de vida en pacientes con dolor lumbar mecánico tratados con medicina manual osteopática. Revista colombiana de medicina física y rehabilitación. 2009.*

Mejia, A. (2010). *manejo de pacientes con lumbalgia, 58.*

Mufin. (2017). <http://www.osteopatiaysalud.com.ar/>.

OMS, O. M. (2002). <http://www.osteopatia.cl/osteomundo.html>.

Osakidetza. (2007). *Guia de Practica Clinica sobre Lumbalgia, 35.*

Patron, J. (Enero de 2017). Osteopatía. (C. Mero, Entrevistador)

Ricard, F. (2003). Tratamiento Osteopatico de las Lumbalgia Panamericana Edicion 3.

Ricard, F. (2003). Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=AF4fd91q7TMC&pg=PA124&lp=PA124&dq=tecnica+de+lumbar+roll+procedimiento&source=bl&ots=iFz-Tb8PID&sig=eXsr3v-re0VyuJjXfpbeAtZcbmo&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiT0uKUhOTSAhWG4CYKHaMfC9gQ6AEIKTAC#v=onepage&q=tecnica%20de%20>

Ricard, F. (2008). Obtenido de 5. François RICARD. Traitement ostéopathique des lombalgies et lombosciatiques par hernie discale. Elsevier France,

Sel, J. M. (1984). Ciudad del rosado Universidad Abierta Interamericana: tratamiento de lumbalgia. Valdettaro Alejandro.

Still, T. (1917). Madrid: tratado de osteopatía .

Velastegui. (2006). Tulcan : Cristhian.E.

W.H.O. (2010). <http://www.euosteopatia.es/que-es-la-osteopatia/> .

# ANEXOS

EVALUCION DEL PACIENTE

**Formato de Historia Clínica**

**I DATOS GENERALES**

**IA DATOS DE IDENTIFICACION**

<b>Fecha</b>	<b>Hora</b>	<b>Numero Historia</b>
<b>Nombres:</b>		<b>Apellidos:</b>
<b>Doc. Identidad:</b>	<b>Nac:</b>	
<b>Edad:</b>	<b>Sexo M F</b>	
<b>Estado Civil:</b>	<b>Escolaridad:</b>	
<b>Dir.</b>	<b>Vivienda</b>	<b>Teléfono</b>
<b>Ciudad:</b>		
<b>Profesión:</b>		<b>Ocupación:</b>

II MOTIVO DE CONSULTA: \_\_\_\_\_

III ENFERMEDAD ACTUAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

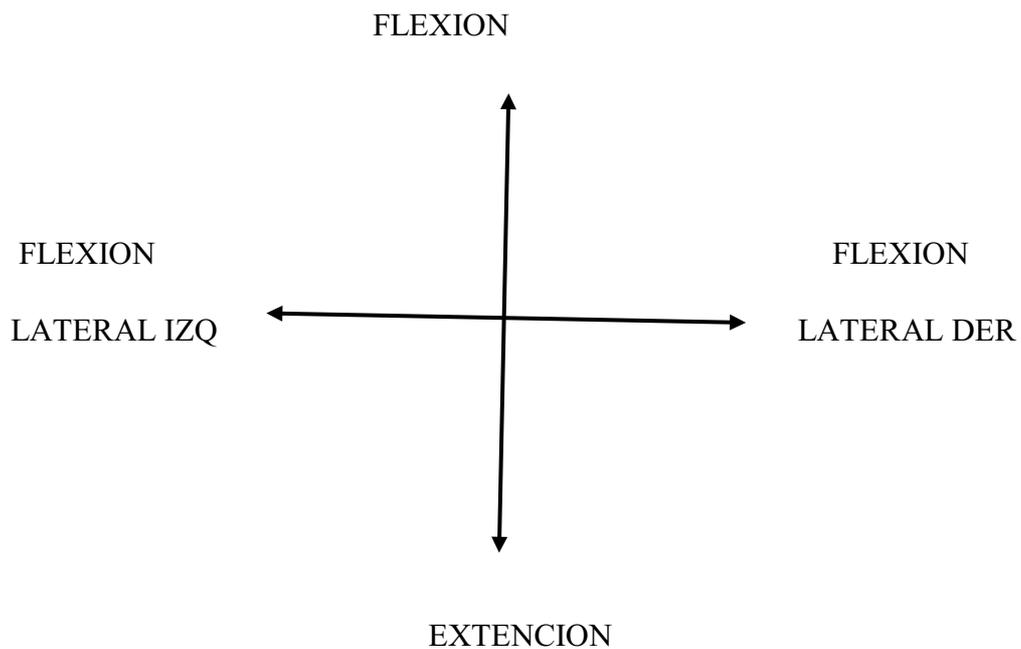
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- EXAMEN OSTEOPATICO DEL DOLOR

Enunciar si se presentan retracciones musculares en las siguientes pruebas.	1ra Eva.	2da Eva.
PECTORALES		
EXTENSORES LUMBARES		
FLEXORES DE LA PELVIS		
TENSORES FASCIA LATA		
FLEXORES DE LA RODILLA		
ISQUIOTIBIALES		

DIAGRAMA DINAMICO DEL DOLOR, TEST DE MOVILIDAD



## VALORACION DEL DOLOR

1ra Eva

2da Eva

Cuando empeora	si	No	si	no
En reposo				
Por la noche				
sentado				
Al ponerse de pie				
Solo al moverse				
Al caminar				
Al cambiarse de postura				
Al toser o estornudar				

## TIPO DE DOLOR

1ra Eva

2da Eva

	si	no	si	no
Rigidez matutina				
Desaparece con el tiempo				
No cede en ninguna postura				
Es continuo				
Es intermitente				

## VALORACION FUNCIONAL

1ra Eva

2da Eva

	si	no	Si	no	Con dificultad
Darse la vuelta de un lado a otro					
Pasarse a postura sentada de decúbito dorsal					
Ponerse de pie desde la postura sentada					
Agacharse para recoger un objeto en el suelo					
Levantar el objeto					

Llevar el objeto					
Caminar con la marcha normal					
Sentarse correctamente					
Acostarse correctamente					

VALORACION NEUROLOGICA

1ra Eva

	si	no	Región
Alteración de la sensibilidad			
Alteración de la fuerza muscular			
Alteración de reflejos rotuliano y Aquileo			
Otros			

(ANEXO #1)

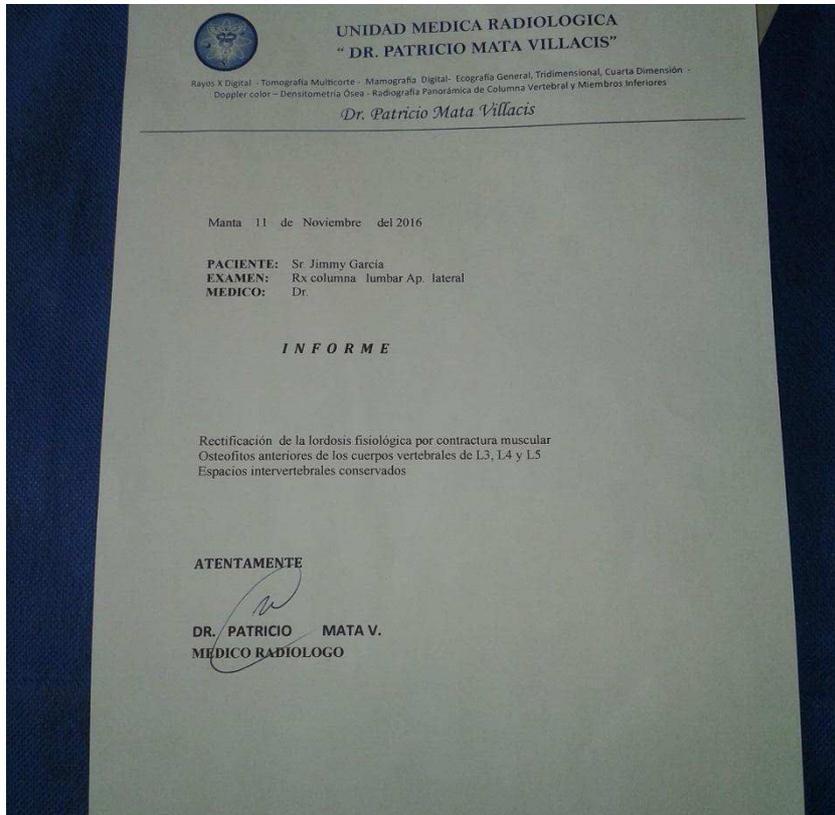




FIGURA 1



FIGURA 2

Diagnostico dio como resultado: Rectificación de la lordosis fisiológica por contractura muscular, osteofitos anteriores de los cuerpos vertebrales de L3, L4, L5; espacios intervertebrales conservados.

(ANEXO 2)



FIGURA 1

Ejecutando test de latero-flexión

2da evaluación



FIGURA 2

Ejecutando test de latero-flexión

2da evaluación



FIGURA 3

Ejecutando test de latero-flexión

2da evaluación



FIGURA 4

Ejecutando test de latero-flexión

2da evaluación

(ANEXO 3)



**FIGURA 1**

**Test “quick scanning”**



**FIGURA 2**

**“Test de Mitchell”**



**FIGURA 4**

**“Test de Mitchell”**



**FIFURA 5**

**“Test de Mitchell”**

(ANEXO 4)



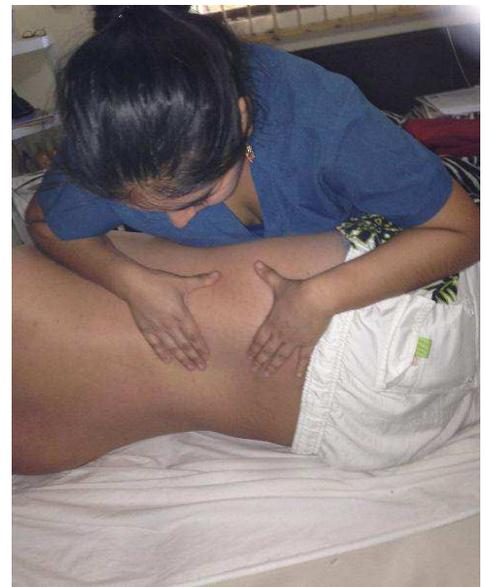
**FIGURA 1**  
**Test de Tomas**



**FIGURA 2**  
**Bombeo del musculo psoas**



**FIGURA 3**



**FIGURA4**

**Stretching**

FIGURA 4



“ lumbar roll”