



European School
of
Osteopathy



Fundació
Escola d'Osteopatia
de Barcelona

clínica
d'osteopatia
de barcelona

ESCUELA DE OSTEOPATIA DE BARCELONA

**“Valoración eficacia del tratamiento Osteopático aplicado
en pacientes de la COB”**

Autor: Adrián Otero Díaz

Año: 2008-2010

**Las opiniones expresadas por el autor de ésta tesina, no representan
necesariamente los criterios de la Escuela de Osteopatía de
Barcelona**

Agradecimientos

- A Albert Estany CO, por su ayuda como tutor de la tesis;
- A Gerard Alvarez CO, director de la Clínica de Osteopatía de Barcelona por facilitar la realización de la actual tesis;
- A Pau Dalmau DO, Carlos Ferrari CO y Gerard Alvarez CO, que dejaron valorar sus pacientes para ver la eficacia del tratamiento aplicado en la COB;
- A los pacientes de la COB, que facilitaron su tiempo para la respuesta de los cuestionarios;
- A Montse y Rafa de la biblioteca EOB; por su aporte y tolerancia hacia la bibliografía consultada;
- A mi familia, por apoyarme permanentemente en la distancia y crecimiento profesional;
- Y sobre todo a Estel Graña Llopis por su amor, tolerancia, día a día y paciencia en el tiempo compartido;

Decálogo de la vida

- I. Cree en un maestro y en ti como en Dios mismo.
- II. Cree que su arte es una cima inaccesible. No sueñes en dominarla, cuando puedas hacerlo, lo conseguirás sin saberlo tu mismo.
- III. Resiste cuando puedas a la imitación, pero imita si el influjo es demasiado fuerte. Más que ninguna otra cosa, el desarrollo de la personalidad es una larga paciencia. Be still and know...
- IV. Ten Fe ciega, no en tu capacidad para el triunfo, sino en el ardor con que lo deseas. Ama a tu vida como a tu novia, dándole todo tu corazón.
- V. No empieces a escribir sin saber desde la primera palabra adonde vas. En la vida bien lograda, las tres primeras acciones tienen la importancia de las tres últimas.
- VI. Si quieres expresar con exactitud esta circunstancia; “Desde el mar sopla un viento frío”, no hay en la vida más palabras que las apuntadas para expresarlas. Una vez dueño de tus palabras no te preocupes de observar si son entre consonante o asonante.
- VII. No expliques sin necesidad. Inútiles serán cuantas colas de color adhieras a una acción débil. Si halla la que es precisa, ella solo tendrá un color incomparable. Pero hay que hallarla.
- VIII. Coge a tu entorno(personas..., amigos, familiares) de la mano y llévalos firmemente hasta el final, sin ver otra cosa que el camino que le trazaste. No te distraigas viendo tú con lo que ellos no pueden o no les interesa ver. No abuses de tu entorno; son como tu. Respeta si quieres ser respetado.
- IX. No vivas en el imperio de la emoción. Déjalo morir y evócalo luego. Si eres capaz entonces de revivirlo con ilusión tal como fue, has llegado en la vida a la mitad del arte de vivir humildemente
- X. No piense en tu entorno al moverte, ni en la impresión que hará tu movimiento. Cuenta como si tu acción no tuviera más intereses que para el pequeño ambiente que te rodea. No de otro modo, se obtiene la felicidad en una vida en constante movimiento.

Adrián Otero Diaz

Índice general

✓	Introducción	5
✓	Problema y antecedentes del tema	7
✓	Objetivos generales y específicos	8
✓	Importancia del estudio	9
✓	Marco teórico	10
✓	Método	15
	○ Sujetos	
	○ Ambiente	
	○ Instrumentos	
	○ Procedimientos	
✓	Resultados	20
✓	Conclusión	30
✓	Discusión	33
✓	Trabajos futuros	34
✓	Bibliografía	35
✓	Anexos	37

Introducción

Según Michael L. Kuchera, “La manipulación ha disfrutado de un amplio uso durante centurias de práctica médica en diferentes culturas. En la mayoría de los casos, se aplicó en forma empírica, basada en observaciones clínicas. Como muchas formas de tratamiento médico, los éxitos clínicos en marcha contribuyeron a su uso continuo y expansión.

La manipulación osteopática emplea el diagnóstico palpatorio y métodos de tratamiento integrados en el enfoque de un paciente. Esta modalidad es un elemento importante de un abordaje osteopático al cuidado completo del paciente. La manipulación osteopática se prescribe no solo como una terapia para una variedad de problemas fisiopatológicos sistémicos y músculos-esqueléticos, sino también como parte del mantenimiento general de la salud y una mejoría en las estrategias. Se dirige a optimizar las relaciones estructura-función y asiste a los mecanismos homeostáticos.

A pesar de los años de uso exitoso de la manipulación osteopática y de otras formas de manipulación, los componentes de la comunidad médica ortodoxa continuaron con una postura crítica sobre su empleo. Las razones son tanto culturales como científicas. Este último problema surge por la falta de métodos científicos adecuados para la explorar no solo la eficacia clínica sino los mecanismos básicos. Los investigadores focalizados en la osteopatía, como Louisa Burns, Irvin M. Korr, J. Stedman Denslow y Wilbur V. Cole, han sido pocos. Clínicamente, cuando se propuso originariamente el modelo osteopático, los métodos de investigación a doble ciego aún no habían aparecido. Cuando se desarrollaron, se aplicaron a las prácticas farmacológicas y quirúrgicas. Los procesos clínicos definidos de manera más ambigua, como manipulación osteopática, continua difícil de evaluar. Sin embargo se están produciendo progresos”⁽¹⁾

Con este motivo es necesario indagar en el resultado del tratamiento osteopático en el paciente, que es en tal caso el único que puede valorar la eficacia del mismo.

Problema

El propósito del presente estudio es investigar la eficacia del tratamiento Osteopático aplicados en pacientes de la COB durante los meses de septiembre a diciembre del 2009. La hipótesis planteada en el estudio cuasi-experimental es que la manipulación Osteopática tiene eficacia en la disminución de factores incapacitantes y grado de dolor en los paciente tratados en la COB.

Antecedentes del tema

En la literatura científica existe algún estudio que ha analizado la eficacia de la manipulación o tratamiento Osteopático en parámetros de alivio de los síntomas, mejoría del estado de salud; resolución de la disfunción somática como en las enfermedades sistémicas.

También existen investigaciones de valoración de eficacia de tratamiento médico o alopático a través la indagación en pacientes con cuestionarios, por las cuales da origen y está motivada la actual. Donde en un principio no encuentro relación significativa de dichos resultados con los que se obtendrán en el actual trabajo para citarlos. Aunque en un futuro se pueda transferir con viabilidad de investigación, en relaciones comparativas y/o complementarias de diferentes enfoques terapéuticos, filosóficos de ambas medicinas (Alopática-Osteopática)

Concluyendo de no haber podido encontrar ningún estudio que haya investigado la eficacia del tratamiento Osteopático valorado por los propios pacientes por medio de cuestionario.

Objetivos generales

- ✓ Ampliar el conocimiento sobre la eficacia que tiene el tratamiento Osteopático
- ✓ Evaluar el tratamiento Osteopático a través de la valoración de los pacientes que son tratados en la COB.

Objetivos específicos

- ✓ Constatar cuales son los principales motivos de consulta en los pacientes que acuden a un tratamiento osteopático en la COB.
- ✓ Valorar con qué porcentaje de factores incapacitantes y el grado de dolor se relacionan los motivos de consulta en la COB.
- ✓ Determinar si existe mejora al motivo de consulta inicial del paciente, en relación al porcentaje de factores incapacitantes y el grado de dolor, después de dos sesiones de tratamientos osteopático.

Importancia del estudio

Las razones por las cuales la investigación propuesta es importante y útil, son las siguientes:

Factible

- Número adecuado de individuos
- Abordable en cuanto a tiempo y dinero
- Manejable en cuanto al alcance

Interesante y novedosa para el investigador y lectores de dicha investigación.

- Confirma o refuta hallazgos previos
- Amplia hallazgos previos
- Proporciona nuevos resultados

Ética y relevante

- Para el conocimiento científico
- Para la política clínica sanitaria Osteopática y alopática
- Para líneas de investigación futuras

Marco teórico

¿Qué es la Osteopatía? “Andrew Taylor Still (1828-1917), el fundador de la osteopatía, a las 10:00h, el 22 de junio de 1874” (2); contestó: “es anatomía en primer lugar, en último término y en todo momento” (3).

En su auto bibliografía, cito lo siguiente: “La Osteopatía es un ciencia constituida por conocimientos exactos, exhaustivos y verificables de la estructura y función del mecanismo humano, anatómico, fisiológico y psicológico, incluida la bioquímica y física de sus elementos conocidos, según han permitido descubrir determinadas leyes orgánicas y recursos reparadores, presentes en el propio cuerpo, por cuya naturaleza, bajo el tratamiento científico característico de la práctica osteopática, aparte de todos los métodos ordinarios de estimulación artificial o medicina externa y en armonía con sus propios principios mecánicos, actividades moleculares y procesos metabólicos, puede recuperarse de desplazamiento, desorganizaciones, desequilibrios y la consiguiente enfermedad, así como recuperar su equilibrio normal de forma y función en cuanto salud y fuerza”(4)

Otra definición de Philip Latey o reinterpretación de la cita anterior de Still.: “El objetivo de la Osteopatía consiste en recuperar el equilibrio normal y función que tipifica la buena salud. El Osteópata ayuda en su consecución mediante métodos terapéuticos que están en armonía con su propia constitución y organización biológica del cuerpo humano. Los métodos terapéuticos están destinados a permitir o ayudar a que el organismo se recupere de desplazamientos, desequilibrios y desorganizaciones. Lo llevamos a cabo sin utilizar ni introducir ninguna intervención externa, artificial ni medicinal. Por consiguiente: nos basamos exclusivamente en los recursos reparadores que contienen el propio organismo. Podemos lograrlo a través de nuestro conocimiento y descubrimiento de las leyes orgánicas, así como mediante la investigación científica minuciosa y rigurosa sobre la estructura y función anatómica, fisiológica y psicológicas del ser humano” (5)

“Principios fundacionales de Still: al igual que Hipócrates, Still desarrolló un método específico de la persona; en lugar de específico de la enfermedad. Su filosofía se basaba en la integridad de la persona como un todo unificado, en vez de en un análisis de los procesos fisiológicos que tiene lugar en el individuo y en los sistemas independientes. La primera interpretación de los escritos de Still tuvo como resultado la aparición de los cuatro preceptos de la osteopatía, que pueden resumirse de la manera siguiente:

- El organismo es una unidad
- La estructura gobierna la función
- La regla de la arteria suprema
- El organismo cuenta con mecanismo de auto curación” (6)

En 1953, el Comité Osteopático de Kirksville redefinió los preceptos anteriores:

- El organismo es una unidad
- La estructura gobierna la función
- El organismo cuenta con mecanismos de autorregulación
- El organismo presenta la capacidad intrínseca de defenderse y repararse (7)

Estos sencillos preceptos precisan una cierta explicación para captar la profundidad de las ideas que justifican estas palabras:

- El organismo es una unidad, “en 1910, Still comentaba: supongamos que cada persona es una ciudad bien organizada y razonemos por comparación que la ciudad desempeña todos los trabajos necesarios para producir esta maquinaria según precisa la salud y comodidad de sus habitantes. Cada órgano es un peón cualificado y pertenece al gremio del trabajo perfecto” (8)
- La estructura gobierna la función, “Dummer T. escribió, que la función alterada se refiere a la circulación de los líquidos orgánicos, ya sea directa o indirectamente a través de los reflejos autónomos del sistema nervioso que controla el tono vasomotor; esto afecta a su vez al resto de los tejidos. Estructura y función son indivisibles y se trata sencillamente de dos aspectos de la misma bionergía expresada. No existe un punto de inicio: función y estructura son en este sentido continuas y relativas en su expresión del proceso vital” (9) y “Still en 1902 explicaba: que con el conocimiento correcto de la forma y función del

organismo y sus parte, estamos preparados para saber qué supone la variación de un hueso, músculos, ligamento o fibra o en cualquier parte del organismo, desde al átomo más pequeño al hueso o músculos de mayor tamaño. Mediante nuestros conocimientos mecánicos, precedidos por nuestra formación en anatomía, podemos detectar y ajustar las sustancias duras y blandas del sistema. Por nuestro conocimiento de la Fisiología podemos comprender los requisitos de la circulación de los líquidos orgánicos en cuanto a tiempo, velocidad y cantidad, en armonía con las demandas de la vida normal” (10)

- La regla de la arteria suprema, no solo se refiere al flujo arterial, sino también el flujo de cualquier líquido del orgánico, incluido el arterial, venoso, pleural, sinovial, linfático y cefalorraquídeo. Cualquier trastorno de estos flujos tendrá un efecto sobre el bienestar de la persona.
- El organismo cuenta con mecanismo de auto curación, en palabras de Still, “el cerebro del hombre es la tienda de Dios y en su interior se encuentran todos los líquidos, medicamentos, aceites lubricantes, opiáceos, ácidos, antiácidos y sustancias con distintas propiedades que la sabiduría de Dios considera necesarios para lograr la felicidad y salud humana” (11)

¿Cuáles son las investigaciones que respalda la eficacia del Tratamiento Osteopático(TO)?

En 1996 Kent Kwoh, se interesó por el tema que el presente trabajo trata de resolver, desarrollo protocolos de investigación para estudiar la eficacia del tratamiento de manipulación osteopática, “hizo varias recomendaciones para estudios articulares. En particular, recomendó el análisis de 3 resultados generales: Alivio de los síntomas, Mejoría del estado de salud, Resolución de la disfunción somática” (12)

Howell y col. informaron sobre la eficacia del TO en 17 pacientes, “quienes exhibieron una mejoría en la puntuación de gravedad a lo largo de año” (13)

Millar estableció “en un estudio de 23 pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica asignados de manera aleatoria a grupo de tratamiento y control.

Con la excepción del TO la terapia recibida por todos los pacientes fue la misma. A pesar de que hubo un pequeño cambio en la capacidad vital media del grupo tratados frente al de no tratados, este parámetro no fue considerado estadísticamente significativo. Lo que probó ser clínicamente significativo fue la clara mejoría en la capacidad funcional del grupo tratados con reducción de la tos, aumento de la capacidad de caminar, menos disnea y menor número de infecciones del tracto respiratorio” (14)

Varios estudios bien controlados identificaron modelos de disfunción somática común en pacientes con coronariopatías e infarto de miocardio. “Los hallazgos somáticos fueron localizados sobre todo en el área torácica superior izquierda” (15) También “se encontraron evidencias de disfunción cervical superior (C2) en pacientes con ciertas enfermedades viscerales. Se postuló la hipótesis de que estos hallazgos se correlacionaban con la anatomía del nervio vago proximal en relación con la segunda vértebra cervical” (16)

Otros numerosos estudios observacionales y proyectos piloto sugiere el valor del uso continuado de tratamiento de manipulación para el mecanismo de autocuración en pacientes con enfermedades sistémicas. Por ejemplo, dos estudio pilotos sugirieron que “el TO en el preoperatorio y el postoperatorio reduce la incidencia de atelectacia” (17) y “de ileo, respectivamente” (18)

En subsecuentes estudios de investigación aleatorizados y ciegos, “Sleszynski y Kelsodemostraron resultados similares mediante el uso de TO de bombeo linfático torácico, comparado con el empleo de espirométrías en la prevención de atelectasias poscolecistectomías. Los pacientes del estudio que desarrollaron con mayor rapidez a los valores preoperatorios de capacidad vital forzada y al volumen espiratorio forzado en capacidad vital forzada y volumen espiratorio forzado en 1 segundo, en comparación con los del grupo de espirometría de insensibilización” (19)

Algunos informes sugieren que el TO puede ser eficaz en la reducción de la presión arterial (20) y los niveles de aldosterona en pacientes hipertensos” (21)

Otras investigaciones sobre el TO señalan que los puntos de dolor a la palpación en la fibromialgia pueden reducirse, con mejoría en la medición de la calidad de vida.

Osteópatas notan el valor del TO como parte de promoción de la salud en las prácticas preventivas, que pueden extenderse a la oportunidad de mejorar la eficacia de ciertas inmunizaciones. “Jakson y col. documentaron la información que confirma una mejor repuesta a las inmunizaciones en sujetos que recibieron TO de bombeo esplénico y linfático”. (22) “Measel también comprobó estos hallazgos en estudios previos” (23)

Simons y Travell, en 1999, “confirman las mejorías de las funciones viscerales cuando se corrigen componentes somáticos relacionados con tratamientos de manipulación y otras técnicas de liberación neuromuscular manual. Entre los problemas que mejoraron se incluyen: taquiarritmias supraventriculares, funcionamiento gastrointestinal y reducción de las recurrencias de la enfermedad ulcerosa péptica”. (24)

En otro estudio, Greenman en 1984, “a pesar de las múltiples variaciones en el diseño del ensayo, la implementación y la evaluación, todos los estudios publicados sugirieron que el TO es útil para síndromes de lumbalgias agudas. Esto demostró por los informes de: disminución del dolor, retorno rápido al trabajo; reducción de la discapacidad y de las alteraciones”(25)

Korr 1979, “a partir de investigaciones propias y de otras publicadas, ha realizado la hipótesis acerca de las variables neurofisiológicas, como facilitación segmentaria y factores del sistema nervioso simpático que contribuyen a esos fenómenos”. (26)

Método

Sujetos

Población de estudio: pacientes que manifiesten dolor y/o incapacidad por causa del motivo de la consulta, en la clínica de Osteopatía de Barcelona.

Método de muestreo: inclusión en el estudio, para el primer test, a pacientes que comienzan o estén en tratamiento los lunes del mes de Septiembre del 2009 y para la segunda valoración, en el período comprendido entre Septiembre del 2009 a Diciembre del 2009, con 18 a 70 años edad.

Con exclusión de aquellos con diagnósticos diferencial de posible causa tumoral; traumatismos que causen incapacidad parcial o total motora; enfermedad infecciosa; patología visceral; enfermedades mentales en tratamiento psicológico o psiquiátrico.

La muestra se seleccionará a conveniencia por las siguientes razones:

1. Disposición de los pacientes hacia la investigación.
2. Negativa del paciente ante la contestación de los cuestionarios
3. Tiempo disponible para realizar el cuestionario en dicha consulta.

Ambiente

Clínica de Osteopatía de Barcelona

Instrumentos

“Cuestionario de Roland Morris - CRM” (28)

Esta lista contiene alguna de las frases que la gente usa para explicar cómo se encuentra cuando manifiesta dolor en relación “al motivo de su consulta”. Por ejemplo: dolores en la cabeza, la espalda (cervical, dorsal, lumbar), pelvis, extremidades o más específico como podría ser los riñones.

Explicación: Cuando lea la lista, piense en cómo se encuentra usted **hoy**, puede que encuentre algunas frases que describan su estado de **hoy**, póngale una señal. Si la frase no describe su estado de **hoy**, pase a la siguiente frase. Recuerde, tan solo señale la frase si está usted seguro de que describe cómo se encuentra usted **hoy**.

- 1.- Me quedo en casa la mayor parte del tiempo por mi dolor de
- 2.- Cambio de postura con frecuencia para intentar aliviar
- 3.- Debido a mi, camino más lentamente de lo normal.
- 4.- Debido a mi, no puedo hacer ninguna de las faenas que habitualmente hago en casa.
- 5.- Por mi, uso el pasamanos para subir escaleras.
- 6.- A causa de mi, debo acostarme más a menudo para descansar.
- 7.- Debido a mi, necesito agarrarme a algo para levantarme de los sillones o sofás.
- 8.- Por culpa de mi, pido a los demás que me hagan las cosas.
- 9.- Me visto más lentamente de lo normal a causa de mi
- 10.- A causa de mi, sólo me quedo de pie durante cortos períodos de tiempo.
- 11.- A causa de mi, procuro evitar inclinarme o arrodillarme.
- 12.- Me cuesta levantarme de una silla por culpa de mi
- 13.- Me duele casi siempre.

- 14.- Me cuesta darme la vuelta en la cama por culpa de mi
- 15.- Debido a mi dolor de, no tengo mucho apetito.
- 16.- Me cuesta ponerme los calcetines - o medias - por mi dolor de
- 17.- Debido a mi dolor de, tan solo ando distancias cortas.
- 18.- Duermo peor debido a mi
- 19.- Por mi dolor de, deben ayudarme a vestirme.
- 20.- Estoy casi todo el día sentado/a causa de mi
- 21.- Evito hacer trabajos pesados en casa, por culpa de mi
- 22.- Por mi dolor de, estoy más irritable y de peor humor de lo normal.
- 23.- A causa de mi, subo las escaleras más lentamente de lo normal.
- 24.- Me quedo casi constantemente en la cama por mi

Puntuación del cuestionario:

1 por frase señalada y 0 por frase no señalada

Escala del 0 al 24.

“El CRM es un cuestionario auto administrado que mide el grado de incapacidad debida a la “disfunción o patología”, para realizar actividades de la vida diaria. Contiene 24 preguntas sobre incapacidad para estar de pie, sentarse, caminar, vestirse y trabajar; cada ítem marcado se puntúa con un punto. Originalmente se desarrolló en idioma inglés”

“Cuestionario Escala analógica visual – EVA” ⁽²⁹⁾

Es una escala muy simple, que se refiere a la intensidad del dolor que está padeciendo. Su referencia original es "Hiskisson EC. Measurement of pain. Lancet 1974;2:1127-1131".

Los estudios realizados demuestran que el valor de la escala refleja de forma fiable la intensidad del dolor y su evolución. Por tanto, sirve para evaluar cómo evoluciona en una persona la intensidad del dolor a lo largo del tiempo, pero **no** sirve para comparar la intensidad del dolor entre distintas personas.

El dolor es siempre subjetivo. La escala analógica visual permite una determinación consistente en esa subjetividad, pero no comparar las subjetividades de distintas personas.

Por ejemplo, si una persona que dos semanas antes valoró su dolor en 5 puntos de la escala analógica visual determina que su intensidad ahora es de 2 puntos, se puede concluir fiablemente que su dolor ha mejorado. Pero eso no significa necesariamente que la intensidad de su dolor sea menor que la de otra persona que lo valore en 6.

Explicación: Este cuestionario es muy simple. Se refiere a la intensidad del dolor que está usted padeciendo hoy. El extremo izquierdo de la raya representa la ausencia de dolor, es decir, aquella situación en la que no le duele absolutamente nada. El extremo derecho de la raya representa el peor dolor imaginable. Debe indicar la intensidad del dolor que está padeciendo hoy situando una cruz en un punto de la línea que usted piensa que describe mejor su dolor.

No dolor

El peor dolor imaginable



Puntuación del cuestionario:

No dolor igual a 0 y el peor dolor imaginable 10.

Escala del 0 al 10, en centímetros y milímetros, con resultados en decimas.

Procedimientos

Materiales: Hoja para completar los respectivos cuestionarios en castellano

Recursos personales: terapeuta que realiza el tratamiento en ese momento

Tiempo: 10 minutos totales aproximadamente (5 para Cuestionario de Roland Morris, 1 para la EVA, 4 por una posible explicación), entre la primera etapa de la consulta (anamnesis) y la segunda (exploración)

Metodología: conjuntamente al tratamiento osteopático, se realizará un primer test en la primera consulta o durante el proceso de tratamiento al paciente.

Se finalizará el seguimiento, aplicado el mismo test y procedimiento, por segunda vez, en la tercera consulta. De esta forma valoramos la evolución de dos sesiones de tratamiento Osteopático.

Realizaré finalmente la confrontación y análisis de los resultados obtenidos.

Resultados

Consideraciones generales

Grafico 1:

Muestra de 33 pacientes con un promedio de edad de 45 años, elegidos aleatoriamente, que concurren a realizarse tratamiento osteopático, los 4 lunes consecutivos del mes de septiembre del 2009, a la COB. (s/ Anexo p.38)



Grafico 2:

La muestra valorada en el 1° test, fue representada por 19 mujeres y 12 hombres.

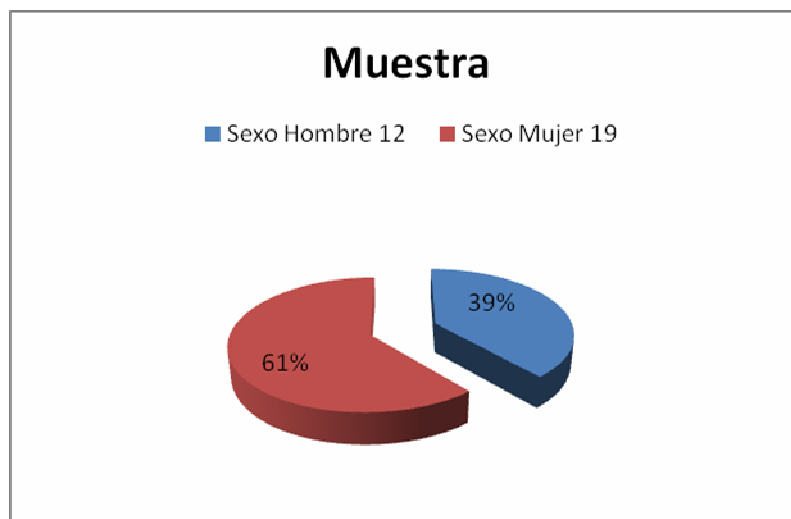


Grafico 3:

La muestra de 31 pacientes valorada en el 1º test, fueron 10 primeras visitas y 21 de seguimiento (la media se sitúa en la 4ª consulta)

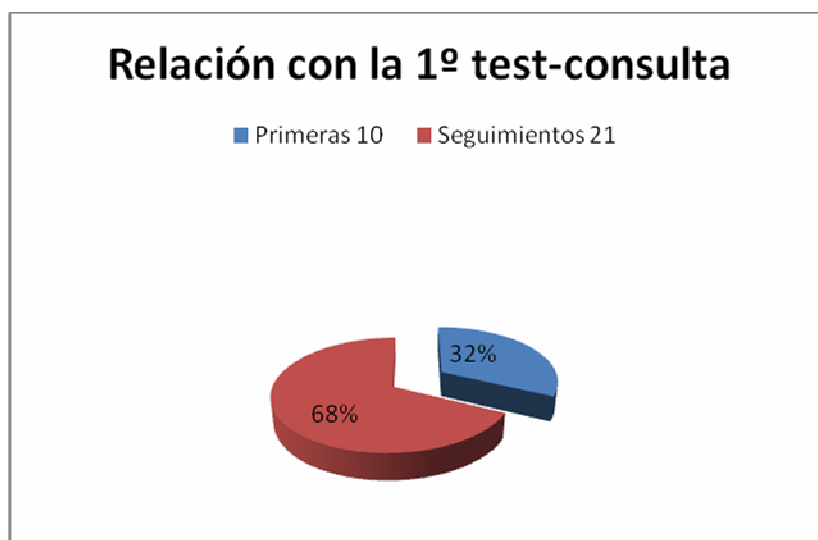


Grafico 4:

La muestra de 6 pacientes valorada en el 2º test, fueron 1 primera visita y 5 de seguimiento (la media se sitúa en la 4ª consulta)



Grafico 5:

La muestra de 6 pacientes valorada en el 2º test - 3ª consulta, represento el 19% de la muestra total valorada en el 1º test.

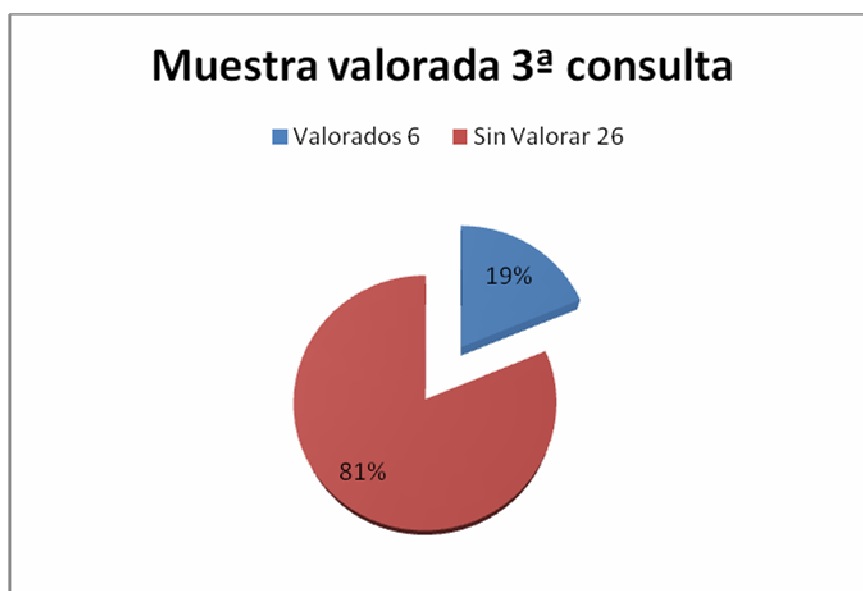
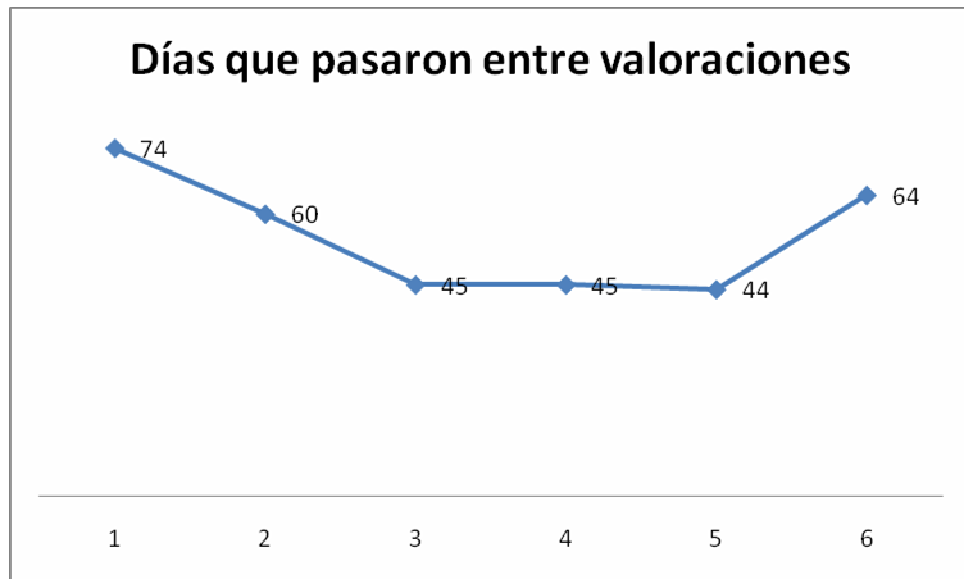


Grafico 6:

La media de tiempo transcurrido entre valoraciones de los 6 pacientes testeados fue de 55 días.



Resultado de los cuestionarios

Grafico 7:

Los motivos de consulta en la COB, en una muestra de 33 pacientes valorada en el 1º test – cuestionario (CRM y EVA).

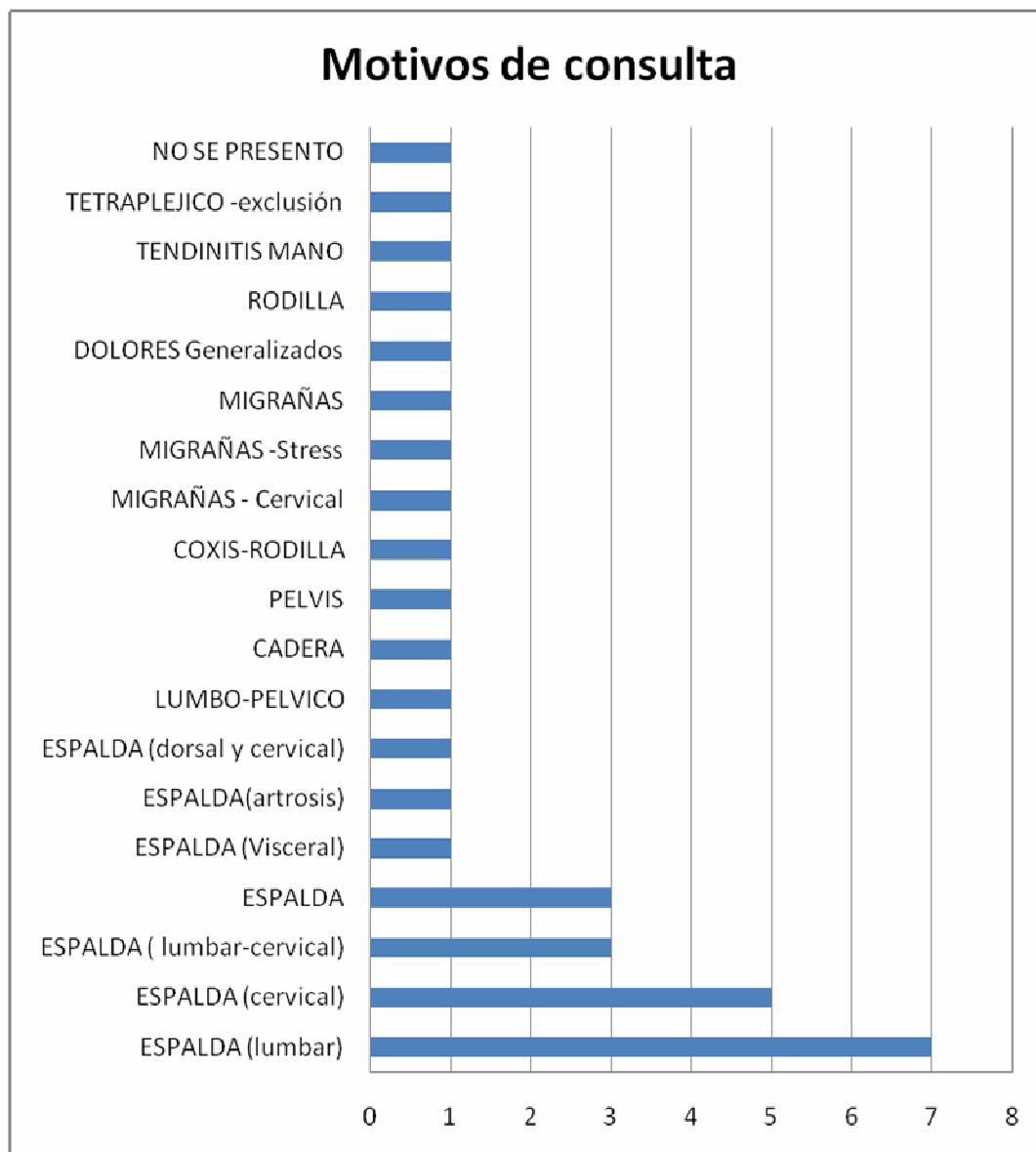


Grafico 8:

Resumen de los “principales motivos de consulta en la COB”, por zonas corporales, en la muestra de 31 pacientes valorada en el 1º test – cuestionario (CRM y EVA) fue

de 11 pacientes para la zona LUMBAR; 9 para la CERVICAL, en menor recurrencia las Extremidades con 4; Migrañas y pelvis con 3; por último zona Dorsal con 1.

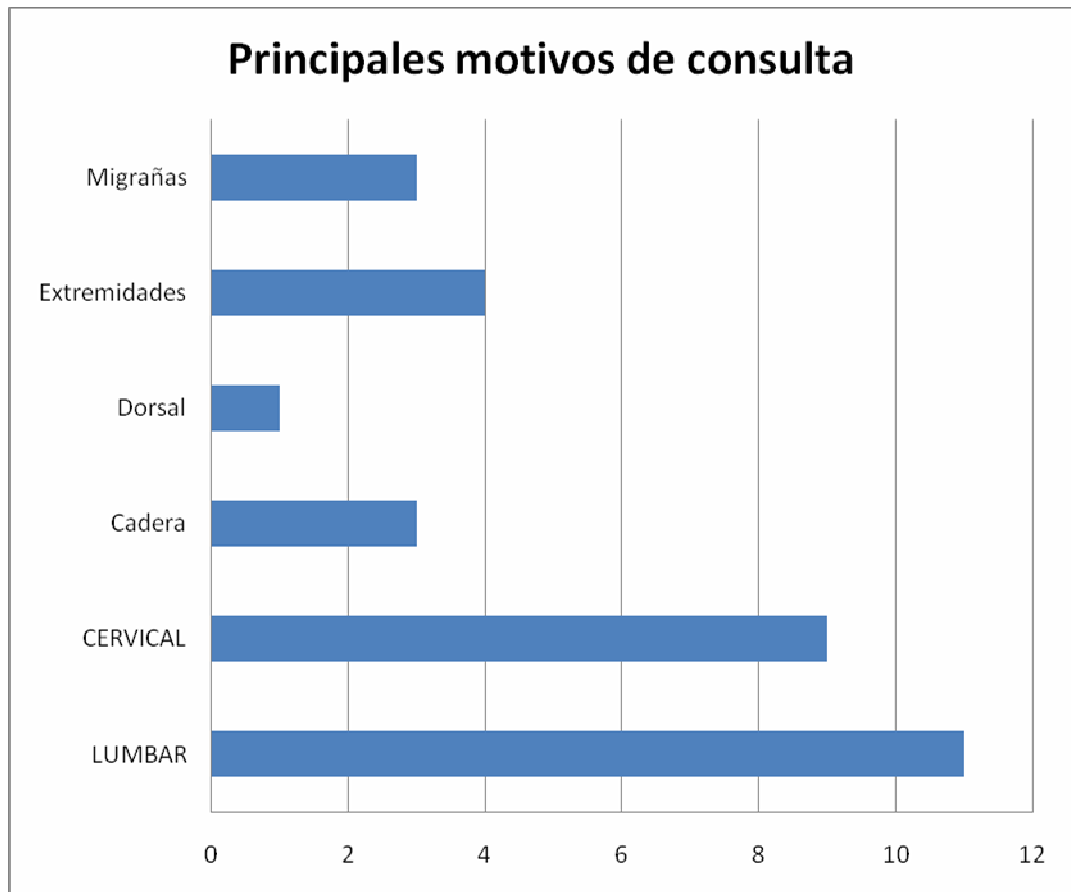


Gráfico 9:

Resumen de los “principales motivos de consulta en la COB”, por zonas corporales, en los 33 pacientes valorados en el 1º test – cuestionario (CRM y EVA), expresa que un 75% es por disfunciones, patologías o dolencias son: del raquis LUMBAR con el

36% y CERVICAL con el 29%; seguido en Extremidades con el 13%; de Migrañas y Cadera (Pelvis) con un 10% cada uno, con menor incidencia en zona Dorsal con el 3%,

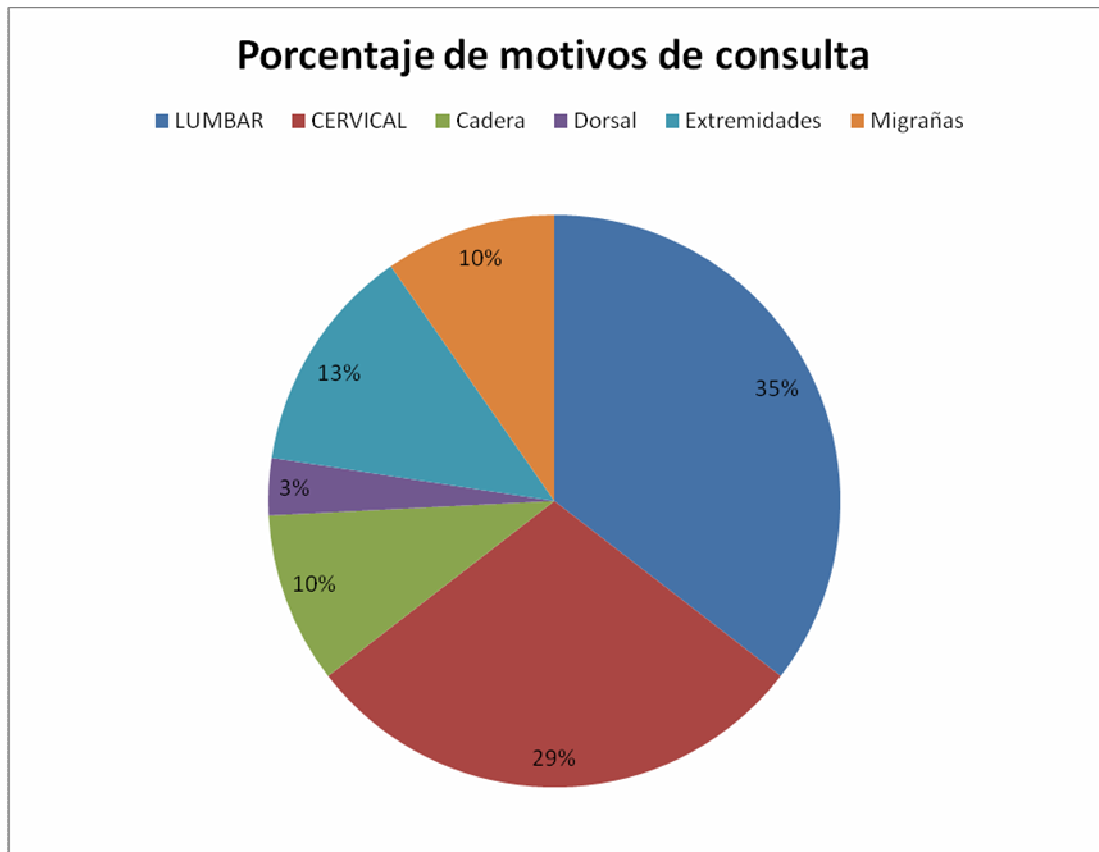


Grafico 10:

Los factores de incapacidad del 1° Test son de 6,73 o un 28% en (S/31 CRM 24 preguntas=100%) (El CRM es un cuestionario auto administrado que mide el grado de incapacidad debida a la “disfunción o patología”, para realizar actividades de la vida diaria. Contiene 24 preguntas sobre incapacidad para estar de pie, sentarse, caminar, vestirse y trabajar; cada ítem marcado se puntúa con un punto = 4,17%)

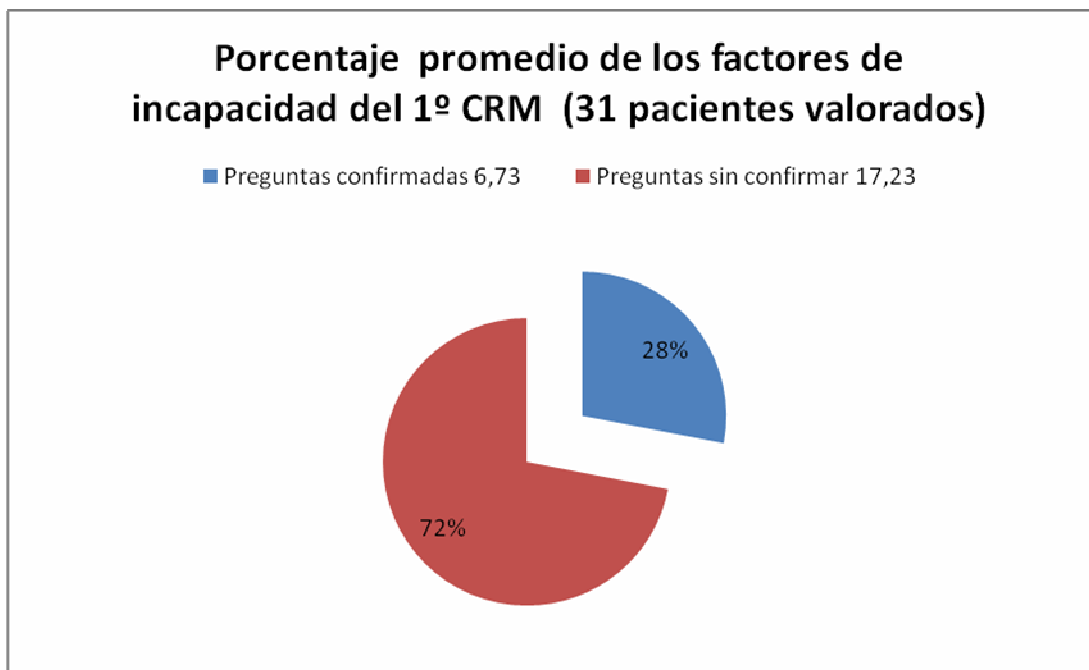


Grafico 11:

Grado de dolor percibido es de 4,9 en el 1º Test (S/31 EVA = 0 no dolor en la izquierda y 10 en el extremo derecho del grafico)

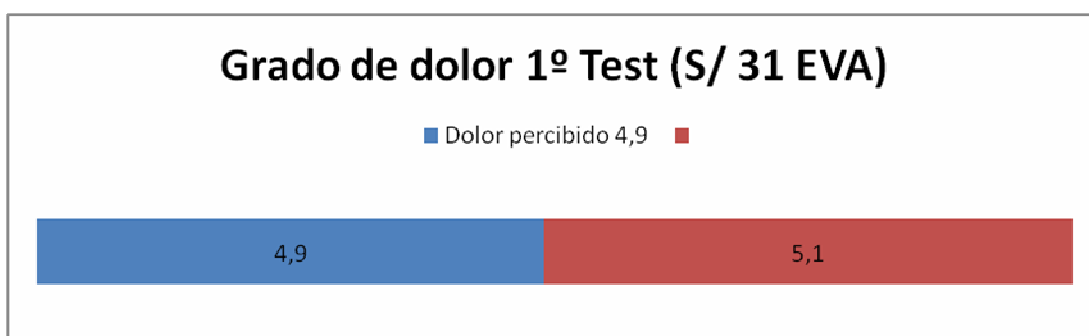


Grafico 12:

Los factores de incapacidad son de un 29%, en el 1º Test, de la muestra que fue valorada en la 3ª consulta (S/6 CRM 40 preguntas confirmadas/ 144 sin confirmar = 100%)

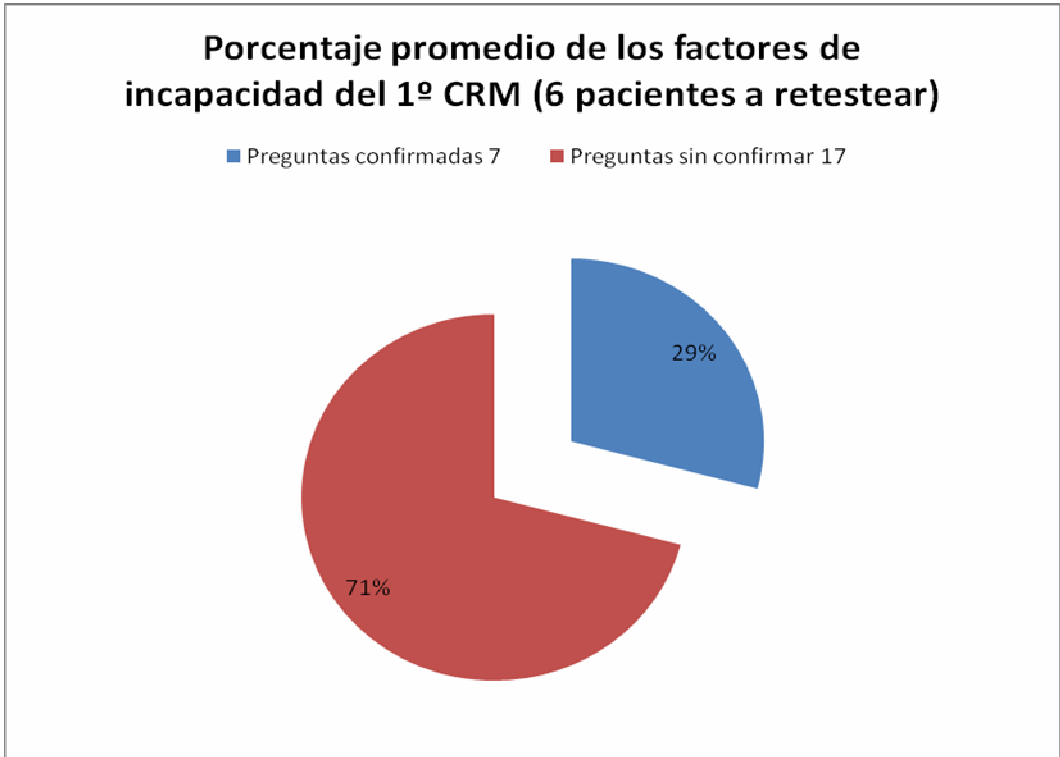


Grafico 13:

El Grado de dolor percibido es de 4,54 en los pacientes a re testear del 1º Test (S/6 EVA = 0 no dolor en la izquierda y 10 en el extremo derecho del grafico)

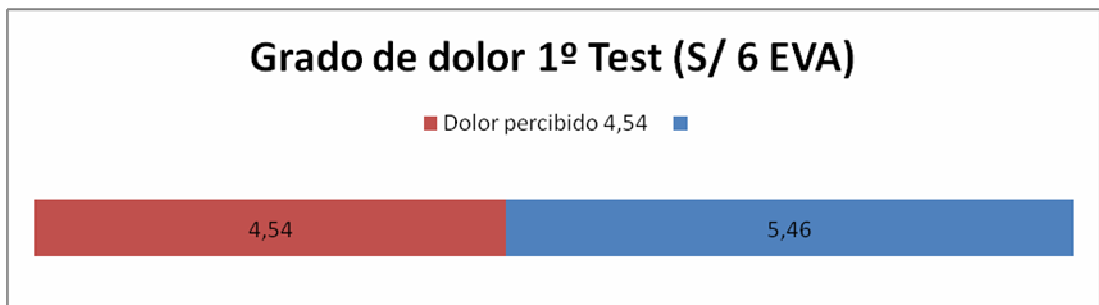


Grafico 14:

La mejora de los factores de incapacidad, fue de 5 preguntas, igual a un 21 % en la muestra valorada en el 2º Test, representada por: 7 p. = al 29% inicial (S/grafico 12), menos 2 p. = 8% en el re test (S/grafico 14). En resumen: S/6 CRM 40 preguntas confirmadas en el 1º test, en el 2º se confirman o mantienen 12; mejoran 28 de las anteriormente confirmadas, sin cambios en las demás preguntas.

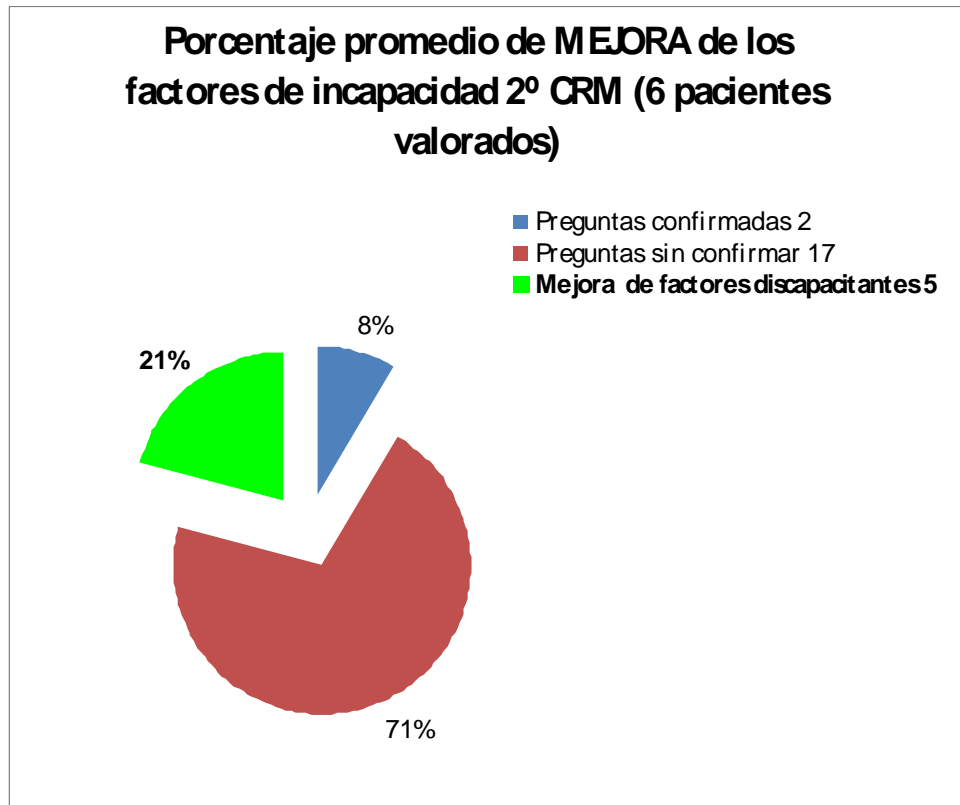


Grafico 15:

Grado de dolor percibido es de 1,04 en la valoración de la muestra del 2º Test (S/6 EVA = 0 no dolor en la izquierda y 10 en el extremo derecho del grafico)

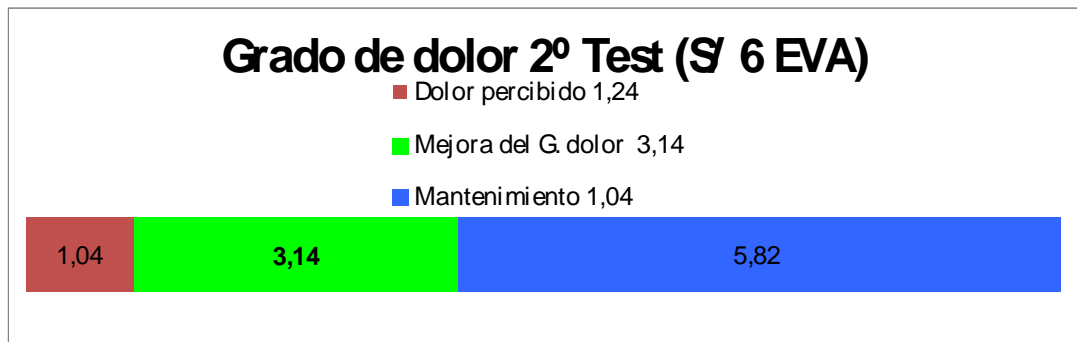


Grafico 16:

Mejora un 69% el Grado de dolor percibido en la valoración de la muestra re testada, representado por la diferencia de 3,14, entre 4,54 del 1º menos 1,04 del 2º test (S/5 EVA = 0 no dolor en la izquierda y 10 en el extremo derecho del grafico)

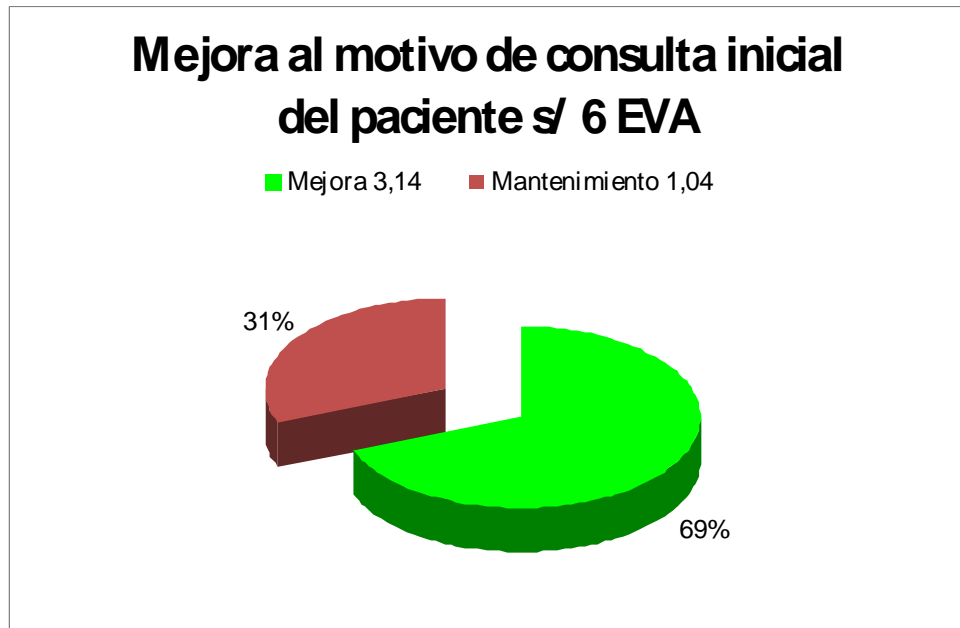
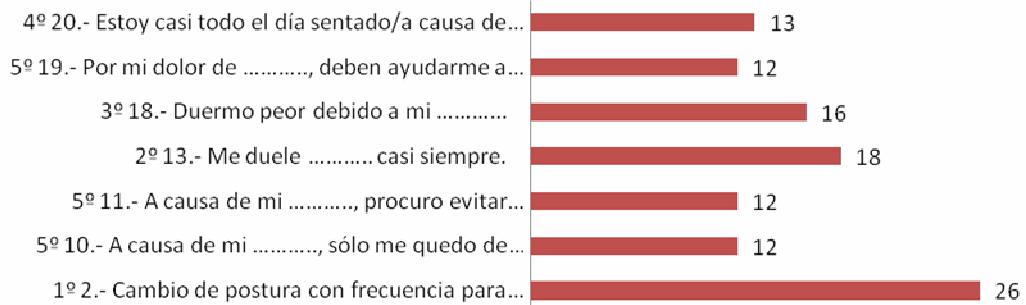


Grafico 17:

Los 5 principales factores de incapacidad para realizar actividades de la vida diaria, debida a la “disfunción o patología” del motivo de consulta en el 1° Test (S/31 CRM 24 preguntas=100%) fueron representados por:

- ✓ 1° 2.- Cambio de postura con frecuencia para intentar aliviarcon 26/31 pacientes (83,9%);
- ✓ 2° 13.- Me duele casi siempre, con 18/31 pacientes (58,1%);
- ✓ 3° 18.- Duermo peor debido a micon 16/31 pacientes (51,6%);
- ✓ 4° 20.- Estoy casi todo el día sentado/a causa de micon 13/31 pacientes(41,9%);
- ✓ 5° 10.- A causa de mi, sólo me quedo de pie durante cortos períodos de tiempo, con 12/31 pacientes (38,7%);
- ✓ 5° 11.- A causa de mi, procuro evitar inclinarme o arrodillarme; con 12/31 pacientes (38,7%);;
- ✓ 5° 19.- Por mi dolor de, deben ayudarme a vestirme, con 12/31 pacientes(38,7%);

Factores de incapacidad del motivo de consulta (S/31 CRM 1º)



Conclusión

En el presente estudio, que investiga la eficacia del tratamiento Osteopático aplicados en la COB sobre una muestra de 33 pacientes, con un promedio de edad de 45 años (s/grafico 1), que fueron elegidos aleatoriamente. Concurrieron a realizarse tratamiento osteopático los 4 días lunes del mes de septiembre del 2009. Hubo dos

pacientes excluidos, por el cual el análisis de los datos de la muestra queda determinada para el 1º test en 31 pacientes.

El 69% (19 p.) eran mujeres y el 39% (12 p.) hombres (s/grafico 2)

El 32% (10 p.) era su primera visita y el 68% (21 p.) estaba en tratamiento o seguimientos, con una media de este último grupo, que se situaba en sobre la 4º tratamiento (S/ grafico 3)

Los principales motivos de consulta sobre la muestra valorada en el 1º test – cuestionario del CRM y EVA (s/grafico 8), se resumen por zonas corporales (s/grafico 9), son principalmente del 75% disfunciones, patologías o dolencias del raquis Lumbar con el 36% (11 p.) y Cervical con el 29% (9 p.); seguido en Extremidades con el 13% (4 p.); de Migrañas y Cadera (3 p. pelvis) con un 10% cada uno; con menor incidencia en zona Dorsal con el 3% (1p.)

Un 28% o 6,73 preguntas contestadas que determinan los factores de incapacidad de la muestra(s/grafico 10); con un Grado de dolor percibido de 4,9 (s/grafico 11) del 1º Test S/31 CRM 24 preguntas=100% .

Los 5 principales factores de incapacidad para realizar actividades de la vida diaria, debida a la “disfunción o patología” por el motivo de consulta en el 1º Test (S/31 CRM 24 preguntas=100%) (s/grafico 17) fueron representados por:

- 1º Pregunta N° 2.- Cambio de postura con frecuencia para intentar aliviar con 26/31 pacientes (83,9%);
- 2º Pregunta N° 13.- Me duele casi siempre, 18/31 pacientes (58,1%);
- 3º Pregunta N° 18.- Duermo peor debido a mi con 16/31 pacientes (51,6%);
- 4º Pregunta N° 20.- Estoy casi todo el día sentado/a causa de mi con 13/31 pacientes(41,9%);
- 5º Pregunta N° 10.- A causa de mi, sólo me quedo de pie durante cortos períodos de tiempo, 12/31 pacientes (38,7%);
- 5º Pregunta N° 11.- A causa de mi, procuro evitar inclinarme o arrodillarme; 12/31 pacientes (38,7%);
- 5º 19.- Por mi dolor de, deben ayudarme a vestirme, 12/31 pacientes (38,7%)

La muestra escogida para realizar el 2º test, en la 3º consulta y poder concluir sobre la eficacia del tratamiento Osteopático aplicado en la COB, quedo representada en un 19% (6 pacientes entre los 31 pacientes valorados por el 1º test). De los cuales: 1 paciente cursaba en su primera visita y 5 de seguimiento (4ª consulta de promedio) (s/grafico 4 y 5), con una media de 55 días transcurrido entre las 1º y 3º consulta.(s/grafico 6)

Un 29% (7 preguntas contestadas) determinan los factores de incapacidad y 4,54 el Grado de dolor percibido del 1º Test, de la muestra que fue valorada en la 3ª consulta (S/6 CRM 40 preguntas confirmadas/ 144 sin confirmar = 100%) (s/grafico 12 y 13). Quedando representativa la muestra del 2º test, en relación al 28% (6,73 preguntas contestadas que determinan los factores de incapacidad de la muestra total (s/grafico 10) y con un Grado de dolor percibido de 4,9 (s/grafico 11) del 1º Test S/31 CRM 24 preguntas=100%.

Finalmente puedo concluir que la hipótesis planteada en el estudio cuasi-experimental, es que la manipulación Osteopática “tiene eficacia en la disminución de factores incapacitantes y grado de dolor de los paciente tratados en la COB”.

Se refleja (s/grafico 14) en los resultados de mejoras de 5 preguntas, igual al 21 % de los factores de incapacidad de la muestra valorada en el 2º Test, representada por: 29% inicial (S/grafico 11), menos 8% en el re test (S/grafico 13) En resumen: S/6 CRM 40 preguntas confirmadas en el 1º test, en el 2º se confirman o mantienen 12; mejoran 28 de las anteriormente confirmadas y sin cambios en las demás preguntas.

El Grado de dolor percibido bajo a 1,04 (s/grafico 15) representando un mejora del 69% o del 3,14 de diferencia entre 4,54 del 1º y 1,04 del 2º test (S/6 EVA = 0 no dolor en la izquierda y 10 en el extremo derecho del grafico 16)

Discusión

La investigación se realizo con un parámetro de 2 sesiones de tratamientos, con una media de 55 días transcurrido entre las 1º y 3º consulta(s/grafico 6), en las cuales se comprobó que el Grado de dolor percibido bajo a 1,04 (s/grafico 15) representando un mejora del 69%, podemos suponer que con 3 sesiones con una media de 3 meses aproximado, se pude mejorar en un 100%.

También en los resultados del 21 % de mejoras de los factores de incapacidad de la muestra valorada en el 2º Test, representada por: 29% inicial (S/grafico 11), menos 8% en el re test (S/grafico 13) coincide con la anterior apreciación que con 3 sesiones se pudo mejorar en su totalidad los factores de incapacidad, es decir reducir las 12 preguntas que se mantienen confirmadas (el 8% del re test).

Como líneas finales, llama la atención que los pacientes de la muestra valorada en el 2º Test, no marcan cambios en las demás preguntas que determinan nuevos factores de incapacidad. Puedo especular, que además de ser eficaz el tratamiento osteopático, no produce contraindicación o perjudicaron al paciente.

Trabajo futuro

En relación a repetir la actual tesis mejoraría:

-Número adecuado de individuos, para que sea más representativa. Ejemplo: muestra con un 1º test de 300 pacientes y 2º test que se acerque al 100% la cantidad de la muestra inicial.

- Abordar con más tiempo la muestra. Ejemplo: 6 a 9 meses de seguimientos.
- Realizar un 3º test para determinar si se mantienen las mejoras del tratamiento Osteopático en el tiempo.
- Confirmar o refutar hallazgos previos, en la clínica investigada.
- Amplia hallazgos previos

También existen investigaciones de valoración de eficacia de tratamiento médico o alopático, por medio de la indagación en pacientes con cuestionarios, por las cuales da origen y está motivada la actual. En un futuro se pueda transferir con viabilidad de investigación, en relaciones comparativas y/o complementarias de diferentes enfoques terapéuticos, filosóficos de ambas medicinas (Alopática-Osteopática); como en otra terapia complementaria o alternativa que desee dar bases científicas.

Bibliografía

1. Kuchera ML. 72 “Eficacia y complicaciones”, Fundamentos de Medicina Osteopática. Segunda edición, Panamericana 2006, Buenos Aires, Argentina, p.1227
2. Still AT. Osteopathy research and practice. Kirskville. Journal printing. 1910
3. Hoover MA. Some studies in osteopathy.AAo; 1951:55-72

4. Still AT. *Autobiography*. Kirskville: Journal Printing; 1897
5. Latey P. Still and Osteopathy before 1900. *Aust J osteopath* 1900; dec: 2-17
6. Parsons J. y Marcer N. *Osteopatía (Modelos de diagnóstico, tratamiento y práctica)*. Madrid: Elsevier 2007; p.9
7. Special comité on Osteopathic Principles and Osteopathic Technic. An interpretation of osteopathic concept. Tentative formulation of a teaching guide for faculty, hospital staff and student body. *Jornal of Osteopathy*1953; 60(October):8-10.
8. Still AT. *Osteopathy research and practice*. Kirskville: Journal Printing; 1910
9. Dummer T. *A textbook of osteopathy, vol 1*. Hadlow Dow: Jo Tom Publications; 1999
10. Still AT. *Philosophy and mechanical principles of osteopathy*. Kirksville: Journal Printing; 1902: 22-23
11. Still AT. *Autobiography, 2nd edn*. Kirksville: Journal Printing; 1908.
12. Kwoh K. Development of research protocols to study the efficacy of osteopathic manipulative treatment. In Sirica, ed. *Corrent Challenges o M.D.s and D.O.s Proceedings of conference*. New Yorj, NY: Josiah Nacy, Jr. Foundation; 1996:236-270.
13. Howell RK, Allen TW, Kappler RE. The influence of osteopathic manipulative therapy in the management of patients with cronic lung disease. *JAOA*. 1975; 74: 7
14. Miller WD. Treatment of visceral disorders by manipulative treatment. In: *The Research Status of Spinal manipulative Therapy*. Bethesda, MD: U.S. Department of Health, Education, and Welfare, 1975; 74:757-760.57-760
15. Nicolas AS, DeBias DA, Ehrenfeuchter W, et al. A somatic component to myocardial infarction. *Br Med J*. 1985; 291. 13-17
16. Beal MC. Palpatory testing for somatic dysfunction in patients with cardiovascular disease. *JAOA*- 1983; 82:73-82
17. Henshaw RE. Manipulative and postperative pulmonary complications. *The DO*. 1963;4(1): 132-133.
18. Hermann E. Postoperative adyneamic ileus: its prevention and treatment by osteopathhic manipulation. *The DO*. 1965; 6(2): 163-164
19. Sleszynki SL, Keso AF. Comparison of thoracic with incentive spirometry in preventing postoperative atelectasis. *JAOA*. 1993, 93 (8):834-838, 843-845

20. Northup TL. Manipulative management of hypertension. JAOA. 1961; 60: 973-978.
21. Mannino JR The application of neurological reflexes to the treatment of hypertension. JAOA. 1979; 225-231
22. Jackson KM, Steele TF Dugan EP, et al. Effect of lymphatic and splenic pump techniques on the antibody response to hepatitis B vaccine: a pilot study. JAOA. 1998; 98(3): 155-160.
23. Measel JW. The effect of linphatic pump in the inmune response: I. Preliminary studies in antibody response to pneumococcal polysaccharide assayed by bacterial agglutination and passive hemagglutination. JAOA. 1982; 82(1): 28-31. Also: Meael JW. Kafity A. The effect of linphatic pump on the B and T cell in peripheral; bood. JAOA. 1986; 86:608.
24. Simons DG y Travell JG, Simons LS. Travell & Simons-Myofascial Pain and Dysfunction: The Trriger Point manual Vol 1. Upper Half of Body. Baltimore, Md: Williams & Wilkins: 1999
25. Greenman PE, ed. Concepts and Mechanisms of Neuromuscular Funtions. Berlin, Germany: Springer-Verlag; 1984
26. Korr IM. The spine cord as organizar of disease processes: III. Hyperactivity of sympatic innervation as a common factor in disease. JAOA. 1979; 79(4): 232-237
28. Kovacs FM, Llobera J, Gil del Real MT, Abraira V, Gestoso M, Fernández C and the Kovacs-Atención Primaria Group. Validation of the Spanish version of the Roland Morris Questionnaire. Spine 2002; 27:538-542).
29. Hiskisson EC. Measurement of pain. Lancet 1974; 2:1127-1131.

Anexos

Planificación de la investigación y cronograma

Año	2008	2009	2010
-----	------	------	------

ACTIVIDADES / Mes	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5
Elaboración del Protocolo	X	X																	
Entrega del protocolo		X																	
Elaboración del proyecto			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Búsqueda y lectura de bibliografía			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Ejecución del proyecto en la COB											X	X	X	X					
Prueba piloto									X										
Análisis de datos (desglosar y separar según sea necesario).											X	X	X	X	X				
Procesamiento de las muestras (especificar las fases y calendarizar para cada una)											X	X	X	X	X				
Revisión de borrador de tesis por el tutor principal													X	X	X				
Elaboración del documento de tesis														X	X				
Entrega de documento final de tesis, revisado por tutor principal, al jurado															X	X			
Preparación/presentación de examen de candidatura																	X	X	X
Aprobación de la tesis																			X
ACTIVIDADES / mes	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5

Año

2008 2009

2010

