



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

“PROTUSIÓN DISCAL POSTQUIRÚRGICO DE HERNIA LUMBAR L5-S1”

Requisito previo para optar por el Título de Licenciado de Terapia Física.

Autor: PeñaherreraBlacio, Carlos Antonio

Tutora: Dra. Llerena Cepeda, María Lourdes

**Ambato – Ecuador
Noviembre, 2015**

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema: **“PROTUSIÓN DISCAL POSTQUIRÚRGICO DE HERNIA LUMBAR L5-S1”** de Carlos Antonio Peñaherrera Blacio, estudiante de la Carrera de Terapia Física, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Agosto del 2015

LA TUTORA

Dra. Llerena Cepeda, María Lourdes

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Análisis de Caso Clínico **“PROTUSIÓN DISCAL POSTQUIRÚRGICO DE HERNIA LUMBAR L5-S1”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta de esquema de tratamiento son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de éste trabajo de grado.

Ambato, Agosto del 2015

EL AUTOR

.....

Peñaherrera Blacio, Carlos Antonio

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Análisis de Caso Clínico o parte del mismo un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción del mismo dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Agosto del 2015

EL AUTOR

.....
Peñaherrera Blacio, Carlos Antonio

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico sobre el tema: **“PROTUSIÓN DISCAL POSTQUIRÚRGICO DE HERNIA LUMBAR L5-S1”**, de Peñaherrera Blacio, Carlos Antonio, estudiante de la Carrera de Terapia Física.

Ambato, Noviembre 2015

Para constancia firman

.....

PRESIDENTE/A

.....

1er VOCAL

.....

2do VOCAL

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios principalmente por brindarme la fortaleza y dedicación que se requiere para estudiar una Carrera encaminada en la salud, poner en mi camino a las personas indicadas para que todo este esfuerzo realizado se concluya con éxitos, nadie mejor que el para saber qué es lo mejor para mí.

A mi familia por todo ese apoyo ilimitado que me han brindado dentro de mi Carrera estudiantil.

A la Dra. María Lourdes Llerena, que ha sido la persona que me ha podido guiar correctamente, con paciencia, experiencia y sus conocimientos para la culminación de esta etapa estudiantil.

A todos los docentes de aulas y de prácticas que me formaron como un profesional digno para servir a la comunidad, gracias por sus conocimientos, dedicación y mucha paciencia, por enseñarme la verdadera convicción de estudiar esta Carrera; que es el entregarse por completo a las personas que más lo necesitan sabiendo que con un Dios le pague es más que suficiente.

Gracias al señor Fausto Iván Pazmiño y a su familia por su participación y colaboración para la realización de este estudio de seguimiento de caso clínico.

Gracias a todos por ser parte de un logro más en mi vida. Les quedare eternamente agradecido.

Carlos Peñaherrera

DEDICATORIA

Este trabajo de graduación se lo dedico a mis Abuelitos; Esther Velásquez, Antonio Blacio y Rosa Guerrero que al estar junto a Dios han guiado mis pasos, se lo dedico también a mi Madre Rosa Blacio, a mi Padre Galo Peñaherrera, a mis hermanos Esteban Freire y Doménica Freire, a mi tía Ximena Peñaherrera y familia en general

Esta dedicatoria a mis abuelitos porque de ellos aprendí valores como el respeto, la honradez, el esfuerzo y la dedicación. Como no acordarme de ellos si fueron una pieza clave en mi crecimiento y desarrollo y su anhelo era que sea profesional.

Aquí se ve reflejado en resumen, el esfuerzo y dedicación que ha demandado el estudiar la mejor carrera del mundo que es la Terapia Física.

Este presente trabajo de alguna manera desea devolver todo el esfuerzo, sacrificio y dedicación que mi Madre y Padre han hecho por mí, para formarme como persona y ser un ente positivo y de servicio para la comunidad.

A mi Madre le dedico este trabajo, de ella aprendí que a pesar de ver un panorama adverso ante las situaciones, no hay nada que pueda detenerle a una persona encaprichada en salir a delante y sacar fuerzas de donde no las hay, la perseverancia y la dedicación se la debo a ella.

A mi Padre le dedico este trabajo, gracias a sus palabras y consejos he podido tomar buenas decisiones, su manera de ver la vida diferente a los demás me ha enseñado que no hay límites para alcanzar el éxito. El coraje y la entrega se lo debo a él.

Con mucho cariño se los dedico a mis hermanos Esteban y Doménica, ya que al ser yo el hermano mayor busco ser un buen ejemplo de superación para ellos, dejándoles saber que todo esfuerzo tiene su recompensa.

Carlos Peñaherrera

ÍNDICE GENERAL

PORTADA	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR	v
AGRADECIMIENTO	vi
DEDICATORIA.....	vii
ÍNDICE GENERAL	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xii
ÍNDICE DE GRÁFICOS:	xii
ÍNDICE DE FOTOS:.....	xiii
RESUMEN.....	xiv
SUMMARY	xvi
INTRODUCCIÓN	1
CASO CLÍNICO	4
TEMA:	4
OBJETIVOS:.....	4
Objetivo general:	4
Objetivos específicos:	4
RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES:.....	5
DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN:.....	5
IDENTIFICACIÓN Y RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN NO DISPONIBLE:.....	7

DESARROLLO.....	8
DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO	8
DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO:	14
Factores de riesgo Biológicos:.....	14
Factores de riesgo por su estilo de vida y ambientales:	14
ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD.....	16
OPORTUNIDAD EN LA SOLICITUD DE CONSULTA:	16
ACCESO:	16
CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN:	17
OPORTUNIDADES EN LA REMISIÓN	18
TRÁMITES ADMINISTRATIVOS:.....	20
IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS:	21
<input type="checkbox"/> 1. Aplazamiento prolongado para la intervención quirúrgica.	21
<input type="checkbox"/> 2. Falta de indicaciones oportunas por parte del médico tratante para cuidados en casa para el paciente, posterior a las citas médicas.	21
<input type="checkbox"/> 3. Incumplimiento de medidas de recuperación por parte del paciente.	23
<input type="checkbox"/> 4. Tratamientos farmacológicos incompletos por parte del paciente.	24
<input type="checkbox"/> 5. Desacuerdo de tratamientos médicos después de la cirugía.	26
<input type="checkbox"/> 6. Ingesta de alcohol y tabaco pre y post quirúrgico y durante el tratamiento farmacológico y de fisioterapia.	29
<input type="checkbox"/> 7. Presencia de estreñimiento que aumenta los dolores lumbares.	30
<input type="checkbox"/> 8. En el mes de Enero del 2015 realiza dos tratamientos el primero una infiltración entre L1-L2 y el segundo un Bloqueo Facetario entre L5-S1 estos tratamientos fueron realizados por distintos médicos.	31
<input type="checkbox"/> 9. Falta de aplicación de las medidas indicadas por el profesional después de la operación.	34

CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA	42
PROPUESTA DE TRATAMIENTO	43
1. VALORACIÓN:.....	43
EXPLORACIÓN CLÍNICA.....	43
VERIFICACIÓN DE COMPRESIÓN RADICULAR	48
1.2. APLICACIÓN DE APARATOLOGÍA:	51
1.3. AGENTES FÍSICOS: FRÍO.....	52
1.4. MASAJE TERAPÉUTICO:	53
1.5. HIGIENE POSTURAL:	53
1.6. CAMINATA:.....	55
2. APLICACIÓN COMBINADA:	56
2.1. TERMOTERAPIA:.....	56
2.2. EJERCICIOS DE WILIAMS:	56
2.3. HIDROTERAPIA:	58
3. FORTALECIMIENTO:	59
3.1. TROTE:.....	60
3.2. BICICLETA:	61
3.3. NATACIÓN:	62
4. POTENCIACIÓN :	63
4.1. BICICLETA:	64
4.2. NATACIÓN:	64
CONCLUSIONES:.....	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
ANEXOS.....	71
Anexo No 1: Entrevista clínica para médico especialista tratante.....	71
Anexo No. 2: Entrevista clínica dirigida al Fisioterapeuta tratante:.....	78

Anexo No.3. Entrevista clínica para el familiar del paciente guía del seguimiento de caso clínico.	80
Anexo No. 4: Entrevista para el paciente guía del seguimiento de caso clínico	82
Anexo No. 5: Exámenes complementarios de imagen con su respectiva cronología	85
Anexo No. 5.1: Tomografía Axial Computarizada de columna lumbar, sin diagnostico.....	85
Anexo No. 5.2: Resonancia Magnética de columna lumbar; Discopatía Lumbar de L5-S1	86
Anexo No. 5.3: Hemograma, para administración de medicamento corticoesteroides	86
Anexo No. 5.4: Tomografía Axial Computarizada de columna lumbar, Protrusión discal de L5-S1, con radiculopatía asociada.....	87
Anexo No. 5.5: Radiografía de columna lumbar, Pinzamiento discal de L5-S1, con obliteración en los forámenes de conjunción, en las proyecciones de extensión	89
Anexo No. 5.6: Resonancia Magnética de columna lumbar, Laminectomía posterior de L5-S1, Disectomía de L5-S1, Modic I de L4-L5 / L5-S1, Protrusión discal de L5-S1, sin radiculopatía asociada.	90
Anexo No. 5.7: Historia clínica Fisioterapéutica	92

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA NO.1.: CRONOLOGÍA DE ATENCIÓN EN DIFERENTES SERVICIOS DE SALUD.....	12
TABLA NO.3: CARACTERÍSTICAS DE ATENCIÓN.	19
TABLA NO. 4: TRÁMITES ADMINISTRATIVOS:	20
TABLA NO 5: PUNTOS CRÍTICOS.....	41
TABLA NO 6: CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA	42
TABLA NO. 7: VALORACIÓN DEL PACIENTE.....	49

ÍNDICE DE GRÁFICOS:

GRÁFICO 1: DEGENERACIÓN DE LAS CARILLAS ARTICULARES.....	31
GRÁFICO 2: POSICIÓN ADECUADA PARA LA INFILTRACIÓN	32
GRÁFICO 3: HIGIENE POSTURAL, ESTÁTICA.....	35
GRÁFICO 4: HIGIENE POSTURAL, LEVANTAMIENTO DE OBJETOS.....	36
GRÁFICO 5: HIGIENE POSTURAL, TRASLADAR OBJETOS.....	37
GRÁFICO 6: HIGIENE POSTURAL, SEDESTACION, PARA TRABAJAR	38
GRÁFICO 7: HIGIENE POSTURAL, PARA DESCANSAR	38
GRÁFICO 8: HIGIENE POSTURAL, PARA MENEJAR	39
GRÁFICO 9: HIGIENE POSTURAL: LEVANTARSE Y SENTARSE.....	39
GRÁFICO 10: HIGIENE POSTURAL, DECUBITO, EN LA CAMA	40
GRÁFICO 11: CRIOTERAPIA.	52
GRÁFICO 12: MASOTERAPIA	52
GRÁFICO 13: POSTURA ACOSTADO	53
GRÁFICO 14: POSTURA SEDENTE.....	53
GRÁFICO 15: POSTURA LEVANTAMIENTO DE CARGAS	53
GRÁFICO 16: ALCANZAR OBJETOS POR ENCIMA DEL HOMBRO.	54
GRÁFICO 17: EJERCICIOS DE WILLIAMS	56
GRÁFICO 18: HIDROTERAPIA	58

GRÁFICO 19: TROTE	60
GRÁFICO 20: BICICLETA	60
GRÁFICO 21: NATACIÓN	61
GRÁFICO 22: MANCUERNA CON RODETE.....	62

ÍNDICE DE FOTOS:

FOTO 1: POSICIÓN LATERAL, ANTERIOR, POSTERIOR DEL PACIENTE....	43
FOTO 2: MARCHA EN TALONES.....	45
FOTO 3: MARCHA EN PUNTAS DE PIES.	45
FOTO 4: PALPACIÓN DE LA MUSCULATURA LUMBAR.....	46
FOTO 5: PERCUSIÓN DE LAS APÓFISIS ESPINOSAS LUMBARES.....	46
FOTO 6: PALPACIÓN DE LOS PUNTOS DE VALLEIX.....	47
FOTO 7: MANIOBRA DE LASÈGUE.....	48
FOTO 8: EQUIPO DE MAGNETOTERAPIA.....	50
FOTO 9: EQUIPO DE LÁSER.....	51
FOTO 10: EQUIPO DE ELECTROTERAPIA TENS	51

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

“PROTUSIÓN DISCAL POSTQUIRÚRGICO DE HERNIA LUMBAR L5-S1”

Autor: Peñaherrera Blacio, Carlos Antonio

Tutora: Dra. Llerena Cepeda, María Lourdes

Fecha: Septiembre del 2015

RESUMEN

El trabajo de caso clínico titulado; **“PROTUSIÓN DISCAL POSTQUIRÚRGICO DE HERNIA LUMBAR L5-S1”**, presente en un paciente de sexo masculino de 36 años de edad, cuya actividad laboral es mensajero en una empresa privada, quien recibe atención médica en varios centros de salud de distintas ciudades como consecuencia de un accidente de tránsito, que dejó como resultado un dolor lumbar, posteriormente la molestia fue tratada por varias opciones médicas sin mayor resultado, dejando a la opción quirúrgica como última elección. Un pedido de imagen (Resonancia Magnética) de parte de su médico tratante en la ciudad de Riobamba, confirmó una Hernia discal lumbar L5-S1, después de un año posterior al diagnóstico de Hernia discal lumbar L5-S1, no se consiguió el mejoramiento anhelado. Se optó por la intervención quirúrgica en un Hospital Privado de la ciudad de Quito. Pese a realizar la operación no se la alcanzó mejoría necesaria para el paciente, por lo tanto se desencadena una serie de manifestaciones clínicas ocasionadas por; el propio paciente, por la no oportuna comunicación con el médico tratante y por decidir autónomamente recibir varios tratamientos médicos que agudizaron las sintomatologías, fue así que; incremento el dolor en la zona lumbar, parestesias en la parte posterior de la pierna derecha, incapacidad laboral, entre

otras, un nuevo estudio de imagen (Tomografía Axial Computarizada), realizado después de unos seis meses post-quirúrgicos, demuestra una Protusión Discal Lumbar L5-S1, confirmando el porqué de los síntomas actuales. Y así, se causó un mayor gasto económico, también se perjudicó al tratamiento de Rehabilitación, he involucro de manera directa a las personas que lo rodean.

PALABRAS CLAVES: PROTUSIÓN_DISCAL, HERNIA_DISCAL, RESONANCIA_MAGNÉTICA, DOLOR_LUMBAR, PARESTESIAS.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CAREER OF PHYSICAL THERAPY

"PROTRUSION DISCAL POSTOPERATIVE HERNIATED LUMBAR L5-S1"

Author: PeñaherreraBlacio, Carlos Antonio

Tutor: Dr. Llerena Cepeda, Maria Lourdes.

Date: September 2015

SUMMARY

The clinical case titled; "PROTRUSION DISCAL POSTOPERATIVE, HERNIATED LUMBAR L5-S1" detected in a male patient 36 of age, who receive medical attention at several health centers in different cities. Who receives medical attention in several health centers in different cities, the trigger of this problem was a car accident, result of that it leaves a LBP (lower back pain), subsequently the soreness was treated by some medical option without any effect, leaving the surgical option as the last election. A requisition of image (Magnetic Resonance) from a doctor at the Riobamba's city, confirmed a lumbar disc herniation L5-S1, after a year he was diagnosed of lumbar disc herniation L5-S1, it does not reach the desired improvement. It was decided to the surgery in the Hospital Voz Andes in Quito. Although the operation has not reached the necessary improvement for the patient, because of the not timely communication with the attending physician and decide autonomously receive various medical treatments that worsened the symptomatology, was so; increased the pain in the lower back, numbness in the back of the right leg, laboral inability, among others, a new study of image (Computerized Axial Tomography), made after about six months post-surgery, shows a protrusion

lumbar disc L5-S1, confirming why current symptoms. And so, greater economic spending caused, was also hurt Rehabilitation treatment, He get involved directly the people around him.

KEYWORDS: DISCAL_PROTRUSION, HERNIATED_DISC, MAGNETIC RESONANCE_IMAGING, LOW_BACK_PAIN, PARESTHESIA.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se realiza considerando que el dolor lumbar es un problema de salud común que afecta a dos tercios de los adultos en algún momento de su vida.

Esta patología es actualmente una de las mayores causas de convalecencia crónica, de ausencia laboral que causa un impacto económico importante.

Son varios los orígenes que producen dolor lumbar, primero contracturas musculares, segundo de procesos degenerativos de los discos intervertebrales, y hernias lumbares se posicionan como la tercera causa.

El diagnóstico más frecuente de esta patología es el dolor lumbar. La incidencia de las hernias lumbares sintomáticas en la población de Estados Unidos es del 1% al 2%. La prevalencia más alta la tienen las personas de entre 30 y 50 años, con una razón de sexo 2:1. De sexo masculino a femenino.(1)

El problema de salud motivo de estudio de caso es evitable, si la persona practica una adecuada higiene postural, mantiene un peso de acuerdo a la edad y la talla, realiza una actividad física constante, una dieta equilibrada, entre otras. Se ha convertido en un problema de salud pública debido al número alto de personas que lo padecen, es recurrente cuando el diagnóstico aun siendo adecuado, el tratamiento fisioterapéutico no cumple con los protocolos de atención para el paciente de forma correcta.

Este problema es evitable cuando se desarrolla una masa y fuerza corporal que ayude a soportar a la columna más fácilmente, una reducción de peso puede ayudar al tratamiento, mantener una adecuada higiene postural evitará que la columna sufra lesiones, los ejercicios de bajo impacto como el caminar, el nadar aumentara el flujo sanguíneo a los discos intervertebrales manteniéndolos sanos.

Además mantener una dieta balanceada y rica en alimentos de calidad como vegetales, frutas, cereales integrales y alimentos antioxidantes que ayuden a regenerar bien los tejidos del organismo servirán de prevención. Tomar suficiente agua (2 litros diarios) es importante para que el cuerpo mantenga los niveles de humedad siempre óptimos.

Si se educa a la población sobre cómo mantener una buena Higiene Postural como un método de prevención ante una molestia de dolor lumbar ayudara a reducir el número de visitas al médico y mejora el estado funcional, el proporcionar educación acerca de los factores agravantes, la evolución y el tiempo estimado permite acelerar la mejoría en pacientes con dolor lumbar agudo y prevenir el desarrollo de dolor lumbar crónico posterior a la cirugía de Hernia Discal Lumbar.

Epidemiología

El dolor lumbar, constituye una dolencia muy frecuente; el 90 % de la población mundial tiene, al menos, una crisis de dolor lumbar, lo que explica que sea la causa más frecuente de consulta en ortopedia y el segundo motivo de consulta médica después de las enfermedades respiratorias, ocasionando el 15 % de todas las licencias por enfermedad y siendo el motivo más frecuente de incapacidad en personas menores de 45 años.

La prevalencia de hernia discal está en el rango del 1-3 % de los dolores en la espalda. Estadísticas en los Estados Unidos evidencian que el dolor de espalda baja constituye el 25% de la incapacidad laboral y causan pérdidas en un año de 1400 días por cada 1.000 trabajadores. Datos estadísticos de los países europeos revelan que del 10-15 % de las enfermedades consultadas corresponden al dolor en la espalda baja y que el 25 % de estos pacientes tienen irradiación ciática.(2)

En un estudio realizado en España de 395 pacientes, la prevalencia anual del dolor lumbar del 74,4 % con una duración superior a los 30 días en el 35,9 % de los

casos, provocando incapacidad laboral en un 33,6 %. Hasue plantea que en el 7,5 de los casos estudiados con dolor lumbar persiste por más de tres meses.

En el Ecuador las estadísticas de dolor lumbar no varía respecto a las descritas a nivel mundial, Se identifican múltiples factores para la aparición del dolor lumbar, como lesiones ocasionadas por sobre esfuerzos físicos o mecánicos, posturas inadecuadas, sobre peso, sedentarismo, mala musculatura abdominal y lumbar, problemas psicosociales, otras enfermedades crónicas, factores familiares y genéticos. El 95% de los casos de dolor lumbar agudo (<6 semanas) se debe a causas inespecíficas de origen músculo-ligamentoso, con menor frecuencia es de origen degenerativo a nivel del disco intervertebral y de las facetas articulares. El 1% de los casos son atribuibles a causas no mecánicas, como neoplasias o infección, y el 2% es un dolor referido de alteraciones viscerales.(3)

CASO CLÍNICO

TEMA:

“PROTUSIÓN DISCAL POSTQUIRÚRGICO A HERNIA LUMBR L5-S1”

OBJETIVOS:

Objetivo general:

Analizar las causas y consecuencias de la protrusión lumbar a nivel L5-S1, posterior a la cirugía de Hernia Discal Lumbar, para proponer un plan de tratamiento que le permita al paciente realizar sus actividades de la vida diaria y mejorar su calidad de vida

Objetivos específicos:

- Identificar otros factores que perjudican a la no recuperación óptima de la protrusión de la hernia discal L5-S1
- Investigar si se utilizaron de manera adecuada y oportuna los protocolos para el tratamiento de una hernia discal L5-S1.
- Proponer un plan de tratamiento que organice las actividades de Rehabilitación para este caso particular.

RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES:

DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN:

La recolección de la información se basó en los datos obtenidos de las respectivas historias clínicas del paciente, las cuales se adquirieron en las unidades médicas hospitalarias privadas y del Médico Cirujano en su consulta privada.

HISTORIA CLÍNICA 1: de primer orden se tuvo acceso a la Historia Clínica redactada por el especialista, posterior a una consulta médica privada que asistió el paciente guía del seguimiento del caso clínico.

En la Historia Clínica no se encontró información detallada cronológicamente de las interconsultas, más bien sólo se observa el registro de pocas manifestaciones clínicas del paciente, y la siguiente nota textual: "opción quirúrgica cuando el paciente lo decida " y medicación recomendada sin especificación.

HISTORIA CLÍNICA 2: se pudo obtener la Historia Clínica del Hospital privado, aquí se encontró información detallada cronológicamente de las consultas médicas del paciente,

El 08/mayo/2014 "el paciente acude a consulta donde manifiesta dolor ciático derecho, tras 8 meses de evolución sin mejoría aparente con múltiples tratamientos. Se opta por cirugía"; "disectomía lumbar".

19/sept/2014 fecha de la intervención quirúrgica.

06/oct/2014 "se retiran los puntos, se prescribe de parte del médico Parabay y caminata"

04/nov/2014 "mes y medio del post quirúrgico persiste con dolor lumbar y discreto amortiguamiento en la pierna derecha, se recomienda la administración farmacológica con Parabay, Lyrica 50mg Bid, Tramal 20mg gotas bid, a más de

camita y un cojín lumbar. El médico tratante reserva la aplicación de AINES por considerar la gastritis del paciente.”

02/dic/2014 “el paciente recibe un chequeo de rutina dando a conocer una evaluación neurológica normal (EVA 2) se recomienda la caminata, ejercicios de Williams,Zaldiar”

09/ene/2015 “el paciente muestra dolor lumbar a nivel L1-L2, realizo infiltración, ausencia de ciática y ausencia de dolor en el área quirúrgica, el medico puntualiza una pequeña fibrosis post operatoria, deshidratación del disco y ausencia de hernia. Realiza infiltración en L1-L2 y recomienda hielo, caminata, nadar, Williams,Adorlan, Berifen Parches.”

23/ene/2015 “se revela que el paciente tuvo crisis de ciática luego de la infiltración, está cediendo con Lyrica 75mg a la noche, al momento el dolor ha disminuido casi por completo, neurológico normal, se administra Lyrica 150mg a la noche VB amp, para la casa; caminata, natación, Williams, cojín lumbar, Tramal gotas en caso de necesidad. “

02/feb/2015 “el dolor no cede, se utiliza esta vezBerifen, Tramal”

02/mar/2015 “el paciente presenta dolor lumbar no tiene ciática de la pierna derecha más discreta disestesia, se hace un pedido de Tomografía Axial Computarizada, y Radiografía dinámicas a fin de esclarecer si existe síndrome facetario o inestabilidad segmentaria, podría requerir fusión lumbar, se recomienda Cloruro de Magnesio, Lyrica 150mg en la noche Tramal 100mg dos veces al día.”

19/mar/2015 “paciente trae exámenes de radiografiadinámicas se nota pequeño pinzamiento en L5-S1 sin inestabilidad, trae también TAC de columna lumbar se precisa discreto pinzamiento L5-S1 en Resonancia Magnética del mes anterior se notaba pinzamiento discal y ausencia de Hernia. Las recomendaciones: nadar, caminar, control de peso, cojín lumbar, Lyrica de 300 mg en la noche, Tramalong de 150mg 2 tabletas diarias”

IDENTIFICACIÓN Y RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN NO DISPONIBLE:

Para la recopilación de la información que no se disponía en la historia clínica del paciente se recurrió a la aplicación de entrevistas tanto al paciente y a un familiar cercano, como también al Fisioterapeuta y a los médicos especialistas que intervinieron en los tratamientos pre y post-quirúrgicos de Hernia y Protusión Discal Lumbar L5-S1.

Las entrevistas se basan en la recolección de datos importantes y relevantes en forma verbal a través de preguntas formuladas por el investigador, lo que permite conocer a profundidad diferentes detalles que no se evidenciaron al momento de revisarlas historias clínicas.

Dicha información se encuentra disponible en los anexos del presente trabajo.

DESARROLLO

DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO

El presente caso trata de un paciente de sexo masculino, edad de 36 años, estado civil casado, de raza mestiza, quien practica deporte de fin de semana (fútbol y voley) que trabaja en la Industria Catedral con el cargo de mensajero y reside en la ciudad de Ambato, en el sector de Huachi el Barrio Solís.

El paciente guía del seguimiento del caso clínico describe que viene acarreado este problema ya 3 años y medio, posterior a sufrir un accidente de tránsito en una moto donde fue lanzado varios metros por el pavimento, tras el accidente de tránsito comenzó con dolores intensos en la zona lumbar y parestesias en la parte posterior de la pierna derecha, el paciente se realiza una Resonancia Magnética sin pedido médico (evidenciando aparentemente en su primer registro de imagen realizado el 12/09/2013 una profusión discal L5-S1).

Con este examen acudió donde un médico traumatólogo en la ciudad de Riobamba donde examinó el estudio de imagen y se diagnostica una Hernia Lumbar entre L5-S1, recomendó realizar sesiones de Terapia Física, después de 2 meses sintió algo de mejoría, en el cual describe que le aplicaron una inyección en la columna, una por mes, durante 3 meses, sintiendo mucho alivio.

Después de 2 meses posteriores al tratamiento que recibió en la ciudad de Riobamba, realizó su actividad física siendo el fútbol y el voley a lo cual estaba acostumbrado.

A raíz de retomar sus actividades físicas, de nuevo comenzó con dolores en la zona lumbar, más la pérdida de fuerza en su pierna derecha.

Por recomendaciones de personas cercanas al paciente acude a un centro de Ozonoterapia; *(el cual ayudará a reducir el estrés oxidativo del organismo. Ello conduce a la conclusión de que posiblemente el ozono actúe en la disminución de los radicales libres de oxígeno que son los responsables de la lesión del tejido durante la reperfusión.)*. (4), describe su tratamiento en el cual le aplicaron un catéter directo en la columna para poder realizar dicho tratamiento, este catéter

debía a ver sido aplicado por 4 semanas sin retirarlo, el paciente no soporto más de dos semanas y pidió ser retirado dejando inconcluso el tratamiento y sin ninguna mejoría aparente.

Retoma a los 6 meses a controles médicos en Riobamba, donde el médico tratante utilizó el mismo tratamiento de la primera vez, esta vez no surgió la mejoría anhelada.

Hasta ese entonces ya había pasado 1 año desde su primer diagnóstico de imagen (profusión discal L5-S1).

2014:

Después de varias consultas médicas particulares donde le recomendaban una intervención quirúrgica y otros le recomendaron realizar sesiones de Terapia Física.

Decide acudir a un centro de Rehabilitación, lo hizo por 1 mes, el plan de tratamiento que utilizó el Licenciado de Terapia Física, era enfocarse en desinflamar la zona lumbar mediante la aplicación de aparatología y ejercicios de Williams, pero esta vez después de realizar las sesiones salía con más dolor. El criterio del Licenciado de Terapia Física al no observar evolución, sería oportuno la ayuda de una intervención quirúrgica.

En el mes de Mayo acude al HOSPITAL DEL IESS AMBATO donde el médico tratante recomienda la intervención quirúrgica, la misma se prolonga 2 meses por la no disponibilidad del quirófano. La fecha postergada no se cumplió.

El dolor, la parestesia y pérdida de fuerza muscular, hace que acuda a otra opción en la ciudad de Quito al Hospital privado donde el Médico especialista tratante le pide realizar un examen de imagen (Radiografía lumbar), su Diagnóstico fue; Hernia Extruida L5-S1, el Médico recomienda un tratamiento de cirugía (Disectomía Lumbar).

En el mes de Septiembre, decide operarse con el Médico del Hospital privado, al segundo día de la intervención el paciente refiere un dolor en la zona lumbar y parestesias en la pierna derecha, fue dado de alta, como parte del tratamiento para el dolor la medicación era de Lyrica y Tramal y además recomendaciones de caminata en casa, las que al realizarlas aumentaban el dolor.

Acude luego de 8 días al hospital privado para que le retiren los puntos y manifestó los síntomas que aun presentaba, le recomendaron reposo de 2 meses, sin mejorías aparentes. El médico tratante aumento la dosis del Tramal a 15 gotas, siendo 10 al principio, después de 2 meses el paciente suspendió el medicamento por cuenta propia según refiere él por molestias estomacales.

Acude a tratamientos particulares de Terapia Física en el mes de Diciembre, con resultados parecidos a los anteriores

Su segunda Resonancia Magnética del 29/12/2014, informa una discopatía de L5-S1 más protrusión discal de L5-S1 sin radiculopatía asociada.

2015:

En el mes de Enero acude a un control en el Hospital privado, aquí el paciente refiere dolor lumbar esta vez el dolor referido es más arriba donde fue la intervención quirúrgica, el Médico hace una inspección en la zona lumbar y realiza una infiltración entre L1-L2, especificando que hay ausencia de dolor en el área quirúrgica.

Con la resistencia de los síntomas, en el mismo mes acude al Hospital Básico privado en la ciudad de Ambato, aquí el Médico traumatólogo especialista que realiza una valoración donde decide realizar un Bloqueo Facetario, con reposo absoluto de 5 días post intervención, nuevamente no hay mejoría he incluso los dolores, las parestesias y la pérdida de fuerza muscular se intensifican, y sufre una crisis de ciática luego de la infiltración.

Regresa al Hospital privado de la ciudad de Quito con una crisis de ciática luego de la infiltración.

En el mes de Febrero retomó las sesiones de Rehabilitación, el plan de tratamiento propuesto por el Licenciado de Terapia Física, ésta vez fue aplicación de aparatología sedativa, compresas frías, ejercicios de estiramiento y fortalecimiento lumbar, donde el paciente tenía lapsos de recuperación, pero luego recaía en el mismo dolor.

En el mes de Marzo aún con las molestias descritas antes en el paciente decide hacerse una Tomografía Axial Computarizada (TAC), el 14/03/2015 con un diagnóstico de; Protrusión discal L5-S1 con radiculopatía asociada y una Radiografía de columna vertebral Antero-Posterior y Lateral. Con el diagnóstico de pinzamiento discal de L5-S1 con obliteración de los forámenes de conjugación en las proyecciones de extensión. Estos estudios de imagen fueron sugeridos vía telefónica por el Médico de la ciudad de Riobamba, para un chequeo posterior.

En el mes de Mayo regresa a Riobamba donde el Médico traumatólogo le receta un tratamiento con cortico esteroides, la evolución fue algo alentador donde se redujeron los dolores, hasta cuándo ingirió bebidas alcohólicas y sufre una caída, que agudizan los síntomas con más intensidad. Su tratamiento de cortico-esteroides fue por tres semanas a la par de sesiones de Rehabilitación donde acudía frecuentemente.

Hasta el mes de Junio realiza su ultimo chequeo en el Hospital privado de la ciudad de Quito donde relativamente tiene una evolución con diagnóstico normal, mas ausencia de hernia, el diagnóstico de Protusión Discal L5-S1 aún se mantiene, el Médico le recomienda control de peso. Sin embargo el paciente aun manifiesta dolor en la zona lumbar más parestesias en la parte posterior de su pierna derecha.

TABLA No.1.: Cronología de atención en diferentes servicios de salud.

CRONOLOGÍA DE ATENCIÓN EN DIFERENTES SERVICIOS DE SALUD										
Lugar de Tto.	Diagnostico	Oportunidad de solicitud	PÚBLICO				PRIVADO			
			Indto	2d	3-8d	+8d	Indto	2d	3-8d	+8d
Clínica de ozonoterapia	Hernia discal L5-S1	Oportuna	X							
Clínica particular en Riobamba	Hernia discal L5-S1	Oportuna		X						
Hospital del IESS Ambato	Hernia discal L5-S1	Inseguro								X
Hospital particular en Quito	Protrusión discal L5-S1	Oportuna			X					
Hospital particular en Quito	Hernia discal L5-S1	Oportuna			X					
Hospital Básico privado Ambato	Protrusión discal L5-S1	Oportuna	X							
Hospital Básico privado Ambato	Protrusión discal L5-S1	Oportuna			X					
Centro de Fisioterapia	Protrusión discal L5-S1	Oportuna	X							

Como resultado de las distintas intervenciones médicas podemos observar que la mayoría de centros de salud privados prestan una atención rápida conforme a la obtención de un turno, por otro lado no es el caso del Hospital del IESS Ambato el cual posterior a la cita no disponía de un quirófano para la intervención.

La entrevista al familiar (esposa), sirvió para confirmar y esclarecer algunos detalles que permiten aclarar la secuencia y las causas que ha presentado el paciente desde el inicio del dolor lumbar, posterior al accidente de tránsito.

Las entrevistas a los médicos especialistas tratantes nos ayudó a conocer cuál fue el protocolo y el diagnóstico que manejaron para llegar a escoger un tratamiento y de esta manera tratar de resolver el problema del paciente.

Así mismo la entrevista al fisioterapeuta permitió saber si se contó con la estructuración de un plan de procedimiento fisioterapéutico para responder a las necesidades del paciente.

DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO:

Factores de riesgo Biológicos:

El perfil de las personas de mayor riesgo a padecer hernia discal es el del sexo masculino de 40 años de edad en adelante, con una vida sedentaria, exceso de peso y costumbres no saludables. Además, el tipo de actividad laboral también influye. Así los trabajos en los que hay que cargar o trasladar objetos pesados como; carga y descarga.

Factores de riesgo por su estilo de vida y ambientales:

La exposición ocupacional al levantar pesos, sobre carga espinal, estrés postural, vibraciones se asocian al dolor dorsal bajo. Por ejemplo, los trabajadores que realizan trabajos industriales pesadas tienen el doble de prevalencia que los empleados de la banca. La discapacidad dorsal baja se asocia a menor satisfacción con el trabajo, tareas monótonas, sobrecarga de trabajo, pérdida de control sobre las tareas y lugar de trabajo ajetreado.

TABLA No.2: Factores de riesgo

Factores de riesgo		Inicial	Actual
Biológicos	Edad:	33 años	36 años
	Género:	Masculino	Masculino Refiere molestias estomacales al ingerir medicamentos
Ambientales	Tipo de trabajo	Estibador	Mensajero
	Horario	8:00am/6:00pm- 8:00am/12:00pm	8:00am/6:00pm- 8:00am/12:00pm
	Jornada laboral	Lunes / sábado	Lunes / sábado
Estilo de vida	Sedentarismo	Deporte de fin de semana	Sin actividad física
	Exceso de peso	IMC normal	IMC: 26 Libras de exceso
	Stress postural	Cargas repetidas	Posición bípeda y sedente
	Tareas monótonas	trasladar pesos pesados	Depósitos bancarios, manejar auto
Sociales	Fumador	3-4 cigarros diarios	1 cigarro diario
	bebedor	Los fines de semana	Sin ingesta de alcohol

ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

OPORTUNIDAD EN LA SOLICITUD DE CONSULTA:

Clínica de particular de Ozonoterapia: atención inmediata

Hospital Básico particular (Riobamba): paciente tuvo atención inmediata tras el pedido de un turno medico por vía telefónica

Hospital del IESS (Ambato): el paciente saco turno medico vía telefónica, en el chequeo médico se le sugirió una intervención quirúrgica, en donde se programó una fecha, la cual tenía un plazo de 2 meses para ser atendido, al ser muy intensos los dolores desistió de esa opción.

Hospital privado (Quito): tras varias citas médicas no tuvo ningún problema en conseguir atención, tras una llamada telefónica para la obtención de turno.

Hospital privado (Quito): previo a la intervención quirúrgica, no tuvo ningún problema en ser atendido, el presupuesto total para la operación fue de \$5.000,00

Hospital Básico particular (Ambato): sin ninguna molestia pudo conseguir una cita médica donde fue aplicado un bloqueo facetario

Hospital Básico particular (Ambato): paciente tuvo atención inmediata tras el pedido de un turno medico por vía telefónica

Centro de Fisioterapia: sin ningún problema tuvo acceso a las sesiones de fisioterapia

ACCESO:

El paciente no tuvo ningún problema geográfico en acudir a las distintas casas de salud para ser atendido, ya que reside prácticamente en la zona centro sur de la ciudad y para su movilidad utiliza su vehículo particular.

CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN:

Clínica de ozonoterapia: fue atendido por un profesional especializado en ésta área, pero el tratamiento recibido en este lugar no causó algún efecto de mejoría, más bien acentuó los síntomas, dejando inconcluso el tratamiento por parte del paciente.

Hospital Básicoparticular (Riobamba): el paciente refiere que el primer tratamiento realizado por el médico especialista en esta clínica tuvo bastante alivio, pero no se realizó recomendaciones para casa

Hospital del IESS (Ambato): la atención fue normal por parte del Médico, pero el tiempo en que se recomendó la intervención quirúrgica fue la que hizo que el paciente desista del tratamiento.

Hospital privado (Quito): el paciente manifiesta que no hay problema en las repetidas atenciones que ha tenido, el problema es que no siente mayor alivio con los tratamientos ejecutados.

Hospital privado (Quito): el paciente manifiesta que luego de la atención pre y post quirúrgica no hubo ningún problema, refiere escasas recomendaciones por parte de su médico para tomarlas en cuenta en casa

Hospital Básico particular(Ambato): la atención fue rápida pero el tratamiento fue costoso y el paciente no sintió ningún beneficio.

Hospital Básico particular (Ambato): las valoraciones neurológicas que recibió describieron que eran normales, sin embargo el médico tratante se limitaba hacer un tratamiento más profundo ya que él no era el médico que le asistió en la intervención quirúrgica

Centro de Fisioterapia: la atención por parte del profesional de Rehabilitación no cumplió con las necesidades del paciente, ya que manifiesta que no sentía ningún alivio aparente, tras las sesiones realizadas.

OPORTUNIDADES EN LA REMISIÓN

- En primera instancia el Médico del Hospital Metropolitano le remite a un especialista en imagenología para realizar exámenes complementarios que ayuden a corroborar un diagnóstico pre establecido.
- Al acudir a las sesiones de Fisioterapia fue remitido de nuevo a un médico especialista ya que los tratamientos no tenían efecto.
- En el Hospital Metropolitano, recomienda un control de peso a consideración del paciente, mas no fue remitido a un nutricionista.

TABLA No.3: Características de atención.

CARACTERÍSTICAS DE ATENCIÓN					
Centro de salud	Valoración profesional	Programación	Indicaciones	Impacto	Remisión
Clínica de Ozonoterapia	Omitida	Para 1 mes/6 sesiones	Descanso 5 días	Sin mejoría, aumento del dolor	Descartada
Hospital Básico particular de Riobamba	Valoración física	Infiltración 1 por mes/ por tres meses	Descanso, no actividad física	Mejoría evidente	Descartada
Hospital privado (Quito)	Valoración física	Realizar exámenes, quirúrgico en 1 mes	Reposo, cuidados posturales	Dolores post-Quirúrgico	Descartada
Hospital del IESS Ambato	Sin valoración	Pendiente intervención	Necesario Quirúrgico	—	—
Hospital privado (Quito)	—	Intervención Quirúrgico	—	—	—
Hospital Básico particular (Ambato)	Valoración física	Bloqueo facetario	Reposo 5 días	Sin mejoría	—
Hospital Básico particular (Ambato)	Valoración física	Corticoides por 1 mes	Reposo	poca mejoría	—
Centro de Fisioterapia.	Valoración física	7 días por semana/2 meses	Cuidados posturales, reposo	poca mejoría	Chequeo con el Dr. Tratante de la cirugía

TRÁMITES ADMINISTRATIVOS:

En la mayoría de los centro de salud donde fue atendido el paciente no hubo mayor complicación, mas no fue así en el hospital del IEES Ambato, ya que el quirófano donde que estaba destinado para la intervención quirúrgica estaba disponible para luego de dos meses, eso hizo que el paciente desista de la intervención en ese centro de salud, provocando un gasto económico que pudo haberse evitado.

TABLA No. 4: Trámites administrativos:

TRÁMITES ADMINISTRATIVOS			
Centro de salud	Obtención de cita	Atención	Nueva consulta
Clínica de Ozonoterapia	Turno de un día para otro	Atención oportuna y rápida	2 veces por semana
Hospital Básico particular(Riobamba)	Turno después de una semana	Atención oportuna y rápida	Cada mes
Hospital del IEES Ambato	Turno después de 1 mes	Demorada no se concretó la intervención quirúrgica	_____
Hospital privado (Quito)	Turno para después de 5 días	Buena, oportuna	Cada mes
Hospital privado (Quito)	Directa para intervención quirúrgica	Normal	_____
Hospital Básico particular (Ambato)	Turno después de 5 días	Buena	Después de una semana
Hospital Básico particular (Ambato)	Turno para 15 días	Buena	Cada mes
Centro de Fisioterapia.	De un día para otro	Buena	Todos los días por 2 meses

IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS:

- ***1. Aplazamiento prolongado para la intervención quirúrgica.***

Atención preoperatoria: los análisis diagnósticos tienen el objetivo principal de determinar la causa y extensión de la enfermedad. La evaluación preoperatoria consta de una valoración general del estado de salud del paciente para detectar las anormalidades importantes que pudieran aumentar el riesgo operatorio. La preparación preoperatoria incluye intervenciones determinadas por los hallazgos en los análisis diagnósticos y la evaluación preoperatoria con el fin de reducir las complicaciones peri- operatorias.(5)

- ***2. Falta de indicaciones oportunas por parte del médico tratante para cuidados en casa para el paciente, posterior a las citas médicas.***

Información suficiente: la información necesaria para el consentimiento ayuda para tomar decisiones en cuestión. Y no incluye toda la información que puede suministrar un médico. Puesto que hay informaciones suplementarias que sirven para satisfacer otros derechos y exigencias, como el derecho general a conocer la verdad o recibir educación sanitaria. El objetivo de la información es procurar que el enfermo adquiera una impresión realista sobre su propio estado y una valoración adecuada de las alternativas que le ofrecen. Por lo tanto:

- Solo es necesario suministrar de información que pueda influir en las decisiones razonables del sujeto.
- Una lista interminable con todos los riesgos posibles solo sirve para atemorizar al paciente y puede hacer irracional su decisión.

De esta forma, el contenido de la información necesaria para el consentimiento es básicamente el siguiente:

- Descripción de la intervención y los objetivos que se persiguen con ella.

- Molestias y riesgos más significativos por su frecuencia o su gravedad. Pero no es obligatorio mencionar los riesgos leves ya que son muy infrecuentes.
- Beneficios esperables con su grado esperado aproximado de probabilidad.
- Alternativas factibles, si es que hay. Pudiendo excluir los tratamientos experimentales y los claramente inútiles.
- Curso espontáneo que tendría el padecimiento del enfermo y las consecuencias de dejarlo sin tratar.
- Opiniones y recomendaciones del médico. (6)

Declaración de derechos del paciente, Asociación Americana de Hospitales

- 1.- El paciente tiene todo el derecho que se le atienda con consideración y respeto.
- 2.- el paciente tiene todo el derecho de obtener de su médico toda la información disponible relacionada con su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, en términos razonables y comprensibles para él.
- 3.- El paciente tiene todo el derecho a que su médico le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado previamente a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento. Excepto en las urgencias, la información que se a de dar al paciente para que pueda dar su consentimiento informado a de incluir al menos lo relativo al procedimiento o tratamiento específico.
- 4.- el paciente tiene derecho a rechazar el tratamiento en medida que lo permita la Ley. También tiene derecho a ser informado de las consecuencias médicos de su acción.
- 5.- El paciente tiene derecho a que se tenga en cuenta su intimidad en relación con su propio programa de atención. La discusión de caso, las consultas, las exploraciones y el tratamiento son confidenciales y deben conducirse con discreción.

6.- El paciente tiene derecho a que todas las comunicaciones y registros relativos a su atención sean tratados confidencialmente.

7.- El paciente tiene derecho a esperar que un hospital, de acuerdo con su capacidad, le dé una respuesta razonable a su petición de servicios. El hospital debe brindar una evaluación, un servicio o una remisión a otra institución según lo que indique la urgencia del caso.

8.- El paciente tiene derecho a que se le informe sobre la existencia de cualquier relación profesional entre personas que lo estén tratando y tiene derecho a conocer el nombre completo de estas personas.

9.- El paciente tiene derecho a ser advertido en el caso que el hospital se proponga hacer una experimentación humana que afecte su atención o tratamiento. El paciente tiene derecho a rechazar la participación en dichos proyectos de investigación.

10.- El paciente tiene derecho a tener una continuidad razonable de atención. Tiene derecho a saber con anticipación que horas de consultas y que médicos están disponibles y donde.

11.- el paciente tiene derecho a examinar y recibir explicación de la factura de sus gastos independientemente de quien vaya a abonar la cuenta.

12.- El paciente tiene derecho a conocer las normas y reglamentos hospitalarios aplicables a su conducta como paciente. (7)

- ***3. Incumplimiento de medidas de recuperación por parte del paciente.***

LAS OBLIGACIONES DE LOS PACIENTES:

Todo individuo perteneciente a una sociedad humana tiene obligaciones relacionadas con su propia salud y con el de toda la comunidad con la que convive. El personal de salud tiene la responsabilidad de protegerlo y dentro de lo posible evitar que se enferme, aliviar sus molestias y curarlo, evitar las complicaciones o tratarlas adecuadamente y rehabilitarlo de las

secuelas de su padecimiento. Las personas son corresponsables de su propia salud y tienen también obligaciones en cada una de las etapas. Así los pacientes están obligados a:

- Dar informes veraces al personal de salud, sin ocultar lo que se les pregunta.
- Solicitar información pertinente sobre su enfermedad (causas probables, contagiosidad, duración, posibles complicaciones, pronóstico, medidas para su tratamiento)
- Una vez que el paciente ha aceptado su tratamiento o las indicaciones recomendadas, cumplir estrictamente con ellas.
- En caso de falta de cumplimiento de las indicaciones, informar a la persona responsable para que este tome las medidas más correspondientes.
- Asistir con puntualidad a las citas de seguimiento.
- Tratar con respeto a las personas del equipo de salud que están a su cargo.
- Cuidar las instalaciones y materiales de la institución que lo atiende.

El cumplimiento de estas obligaciones requiere una cultura que los enfermos no siempre poseen, es deber de las instituciones de salud utilizar los medios necesarios para ir creando esta cultura de individuos de una población determinada en beneficio de ellos mismos. El estado empleando los medios de comunicación masiva, pueden coadyuvar a ser conscientes a quienes conformamos una comunidad sobre la responsabilidad que tienen con respecto a su salud y a la de quienes los rodean.(7)

- ***4. Tratamientos farmacológicos incompletos por parte del paciente.***

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PATOLOGÍAS CRÓNICAS:

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas.

Resulta sorprendente que, si bien todos conocemos que aproximadamente uno de cada dos pacientes crónicos no toma adecuadamente su medicación, en la práctica médica no hemos integrado este hecho como causa de fracaso terapéutico, conduciendo frecuentemente a la realización de pruebas innecesarias o intensificación del tratamiento que pueden incrementar los riesgos del paciente.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA

¿Por qué los pacientes no toman correctamente su medicación?

Las situaciones en las que se puede observar una falta de adherencia al tratamiento farmacológico son diversas. Algunas son consecuencias de los actos involuntarios, como; olvidos o confusión, pero el paciente también puede dejar de tomar la medicación voluntariamente, por temor a reacciones adversas, percepción de ausencia de mejoría o de curación sin finalizar el tratamiento, creencia de que la medicación es innecesaria o excesiva.

Los factores que influyen en la falta de adherencia se pueden clasificar según su relación con la patología, el paciente, el sistema sanitario, la relación médico-paciente o con su propio tratamiento.

Existe evidencia de que los pacientes toman las decisiones sobre sus medicamentos, basándose en el conocimiento sobre la patología y posible tratamiento.

COMO AUMENTAR LA PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN LA TOMA DE DECISIONES.

Es necesario que el profesional conozca la percepción que tiene el paciente sobre la enfermedad y el tratamiento, para ello se recomienda:

- Explicar claramente al paciente su enfermedad y los posibles tratamientos, con pros y contras.
- Conocer que espera el paciente de su tratamiento.
- Hablar y escuchar al paciente, sin juzgar sus preferencias.
- Ayudar al paciente a tomar decisiones basándose en los posibles riesgos y beneficios.
- Aceptar que:
 - El paciente puede valorar de forma diferente los riesgos, beneficios y efectos adversos.
 - El paciente, una vez informado, tiene derecho a decidir no tomar los medicamentos.
- Procurar que el paciente o el cuidador tenga una lista actualizada de la medicación que toma, así como de alergias y de efectos adversos.

Si el paciente decide no tomar la medicación o dejar de tomarla y esto se considera perjudicial para él, se debe hacer registro en una historia clínica de esta decisión y de la información de riesgos y beneficios que se le facilitado.(8)

- ***5. Desacuerdo de tratamientos médicos después de la cirugía.***

REHABILITACIÓN TRAS CIRUGÍA DISCAL LUMBAR

Adriaan Louw, PT, MAppSc(Physio), CSMT.

Mejor Evidencia actual: rehabilitación post-disectomía:

En 2008, una revisión Cochrane examinó los ensayos aleatorios controlados (EAC), para determinar una mejor evidencia actual sobre rehabilitación post-disectomía, en esta revisión se halló lo siguiente:

- Un programa de rehabilitación postoperatoria mediante ejercicio es mucho más efectivo que la ausencia de tratamiento para el control del dolor.
- El ejercicio postoperatorio es beneficioso para recuperar la función en el seguimiento a corto plazo.
- Ninguno de los programas postoperatorios provocó una recidiva de la hernia discal.
- Los ejercicios de intensidad alta son ligeramente más efectivos que los de intensidad baja para el dolor en el seguimiento a corto plazo.
- No hay diferencia entre ejercicios supervisados y domiciliarios respecto al alivio del dolor.

La revisión de Cochrane concluyó que los programas de ejercicios que empiezan de 4-6 semanas después de la cirugía consiguen una disminución más rápida del dolor a corto plazo. Además ninguno de los programas de rehabilitación condujo a una re-operación después de la primera cirugía discal lumbar.

Protocolo post-disectomía:

Un buen punto de partida para diseñar un plan terapéutico postoperatorio para un paciente tratado mediante disectomía es asumir que cada paciente es diferente. Esto implica que se deba elegir con esmero el tratamiento adecuado para el paciente.

Evaluación subjetiva:

La exploración subjetiva usada para un paciente sometido a disectomía no debería ser muy distinta a la de un paciente típico con lumbalgia, excepto con preguntas relacionadas con la cirugía, precauciones y limitaciones establecidas por el cirujano, información con respecto a las consultas postoperatorias y cuestiones relacionadas con los resultados tras la cirugía.

Criterios de valoración:

Los criterios de valoración de los resultados proporcionan información fiable respecto a la discapacidad, pronóstico e incluso opciones terapéuticas. Es decir luego de una valoración por parte del médico tratante, el fisioterapeuta debe evaluar nuevamente para tener un diagnóstico diferencial más profundo.

Exploración física:

La finalidad de la exploración física es ayudar a establecer el diagnóstico, proporcionar un pronóstico, guiar un tratamiento, detectar precauciones/contraindicaciones y establecer una comunicación con el paciente.

Ejercicio:

Es una medida terapéutica efectiva en pacientes con discapacidad persistente tras la cirugía lumbar. El programa de ejercicio puede consistir en ejercicios de estabilización vertebral, ejercicios cardiovasculares, acondicionamiento en general y estiramientos de la columna lumbar, torácica adyacente y articulaciones de la cadera.

Programa de andar:

La primera actividad recomendada por los cirujanos tras la disectomía lumbar es andar. La razón principal expuesta por los cirujanos es la prevención de coágulos sanguíneos

Terapia manual:

Este es un tema controversial, especialmente desde el punto de vista del cirujano. En primer lugar la terapia manual no debería considerarse un tratamiento de primera elección.

En segundo lugar, hasta ahora, los estudios sobre el post-quirúrgico de disectomía lumbar, se han centrado en el uso de ejercicio. No hay ningún estudio sobre el uso de terapia manual.

Podría argumentarse que la terapia manual tiene un efecto similar a los estiramientos y ejercicios pasivos. Esto no quiere decir que los pacientes puedan responder favorablemente a las técnicas manuales meses o años después.(9)

- ***6. Ingesta de alcohol y tabaco pre y post quirúrgico y durante el tratamiento farmacológico y de fisioterapia.***

INTERACCIÓN DE FÁRMACOS CON ALCOHOL:

La interacción entre los medicamentos y el alcohol son potencialmente graves. La cinética de los medicamentos puede, a su vez, verse alterada cuando se consume con alcohol. Debe diferenciarse entre una inhibición del metabolismo cuando el alcohol es ingerido de forma aguda y una inducción metabólica en los consumidores crónicos. Este último es el caso del paracetamol, en el que los consumidores crónicos ven incrementados las posibilidades de aparición de un cuadro tóxico hepático por un aumento de su metabolismo.

Con respecto a las interacciones farmacodinámicas, puede producirse una potenciación del efecto terapéutico o de los efectos secundarios. Se sabe que el alcohol potencia los efectos de numerosos depresores del Sistema Nervioso Central. (Analgésicos, anticonvulsivantes, antidepresivos, antihistamínicos, etc.), así como el efecto lesivo de diversos fármacos sobre la mucosa gastrointestinal. (Antiinflamatorios no esteroideos).(10)

TABACO Y MEDICAMENTOS: ¿amistades peligrosas?

Tabaco e interacciones farmacodinamias:

Las interacciones medicamentosas farmacodinamias son a menudo el fruto de observaciones clínicas aisladas o de investigaciones epidemiológicas. Se hallan principalmente ligadas a los efectos cardiovasculares de la nicotina, por activación a la vez central y periférica del sistema simpático por liberación de catecolaminas. Como consecuencia de ello, aumenta el ritmo cardíaco y la presión arterial. Se observa también una vasoconstricción coronaria y cutánea, así como un aumento de la vigilia o de las secreciones gástricas. (11)

- **7. Presencia de estreñimiento que aumenta los dolores lumbares.**

EL VÍNCULO ENTRE EL ESTREÑIMIENTO Y EL DOLOR DE ESPALDA:

El estreñimiento es una condición donde una persona se enfrenta a dificultades en la eliminación de las heces del cuerpo. Debido a la escasez de agua u otros problemas fisiológicos, las heces se bloquean en el intestino grueso o colon. Las heces se vuelven duras y secas, lo cual puede ejercer presión sobre las paredes de la parte inferior del intestino y las áreas adyacentes. Debido a la obstrucción, el residuo es incapaz de ser expulsado del cuerpo. Esta condición puede empeorar, en caso de acumulación de materia fecal en el intestino grueso y el recto. Esta retención fecal afecta a los músculos y los nervios en el área contigua y, por tanto, provoca dolor de espalda. Esto puede extenderse hacia otras partes del cuerpo, lo que lleva dolor en el pecho o dolor abdominal.

La otra razón de dolor de espalda es cuando un individuo quiere defecar y trata de hacer pasar las heces duras y secas que se traduce en músculos tensos de la espalda. Estos músculos tensos pueden causar dolor de la

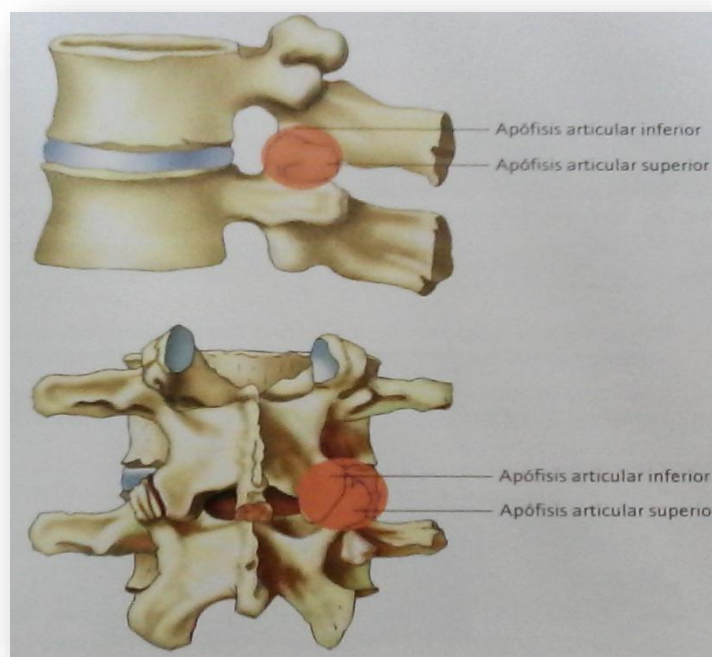
espalda baja y abdominal. El estreñimiento también puede causar dolor en la vejiga, ya que también ejerce presión sobre la vejiga. (12)

- **8. En el mes de Enero del 2015 realiza dos tratamientos el primero una infiltración entre L1-L2 y el segundo un Bloqueo Facetario entre L5-S1 estos tratamientos fueron realizados por distintos médicos.**

INFILTRACIONES ARTICULARES POSTERIORES

SÍNDROME FACETARIO:

La causa del síndrome facetario es la degeneración de las carillas



articulares de las articulaciones posteriores de las vertebras

Gráfico 1: degeneración de las carillas articulares.

El síndrome cursa con dolor lumbar bajo irradiada a la nalga y a la pierna, con o sin radiculopatía. La causa de esta radiculopatía es la hipertrofia de las carillas articulares, que produce una estenosis foraminal y en consecuencia compresión de la raíz nerviosa.

El dolor se agrava cuando el paciente está demasiado tiempo sentado o de pie o cuando realiza hiperextensión y rotaciones de la columna.

La capsula y la sinovial de estas articulaciones está muy inervada; su inervación le llega por el ramo posterior del nervio espinal, L5-S1 y la L4-L5. Siempre se iniciara un tratamiento conservador y si este no funciona se pasara a técnicas de infiltración. Si tras la infiltración el paciente no mejorase habrá que pensar en una enfermedad discal.

Esta técnica proporcionara unos meses de alivio del dolor.

Es necesario el control por escopia.

- El paciente se tumba en decúbito prono, con un almohada en el abdomen para corregir la lordosis y conseguir que se abran las articulaciones posteriores

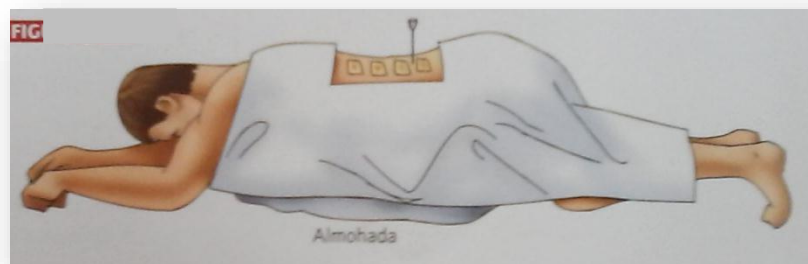


Gráfico 2: posición adecuada para la infiltración

- Con una imagen antero posterior de columna se identifica el nivel que hay que infiltrar. Se infiltra la piel con anestésico local y se introduce la aguja hasta la capsula articular guiándonos por un control radiográfico. Se realiza un control radiográfico lateral para

asegurarnos de no haber entrado en el foramen intervertebral. Se inyecta una mínima cantidad de contraste (0,3 ml) para asegurarnos que estamos en la articulación.

En esta articulación el volumen de líquido que puede administrarse es de 1,5 ml; se aconsejan 0,5 ml de antiinflamatorio (diacetato de triamcinolona) y 0,5 ml de anestésico (bupivacaina), un total de 1ml.

VENTAJAS:

- Administración de antiinflamatorio justo en la zona patológica.
- Compatible con otros tratamientos como la rehabilitación.
- Disminuye la administración oral de fármacos.

COMPLICACIONES:

- Cuando se realiza infiltraciones es muy importante tener un equipo de reanimación cardiopulmonar, pues pueden producirse situaciones límite de para cardio-respiratorio.
- Complicaciones secundarias a la sustancia anestésica son reacción alérgica con shock anafiláctico, cuando el líquido penetra en el espacio intradural, provocando anestesia en los miembros inferiores o parálisis respiratoria, convulsiones y la hipotensión.
- Otras complicaciones son las reacciones inespecíficas: náuseas, vómitos, hipotensión, bradicardia.

CONTRAINDICACIONES:

1. No se pueden realizar infiltraciones si existe inflamaciones locales de la piel, incremento de la presión intracerebral o alergia a los componentes de las infiltraciones.

Enrique Marzal Herce, Magda Edo Llobet, Ramon Viladot Perice. Técnicas de infiltración. Manual práctico. Segunda edición. LEXUS. 2010. Capítulo 5 Columna vertebral. Infiltraciones articulares posteriores. Síndrome facetario. Páginas: 101/103.

- ***9. Falta de aplicación de las medidas indicadas por el profesional después de la operación.***

HIGIENE POSTURAL:

La Higiene Postural tiene importantes repercusiones sobre la predisposición, desencadenamiento y agudización de las alteraciones y lesiones en el organismo como es el caso de las algias vertebrales. Muchas de estas molestias de espalda se refieren a hábitos posturales inadecuados o alteraciones en las curvas raquídeas fisiológicas como consecuencias de insuficiencias o desequilibrios de los músculos y ligamentos responsables de la mecánica funcional de los distintos segmentos vertebrales.

La adaptación de determinadas posturas durante largos periodos de tiempo, como por ejemplo: jornada laboral, debe someterse a estudios ergonómicos cuidadosos.

La postura correcta desde el punto de vista fisiológico es aquella que no es fatigante, dolorosa, no altera el equilibrio, el ritmo y la movilidad humana.

Anatómicamente distinguimos tres posturas:

- Bipedestación
- Sedestación: anterior, intermedia, posterior
- Decúbito: supino, prono, lateral

1.- Estática:

La bipedestación mantenida produce una serie de inconvenientes:

- Sobrecarga estática de miembro inferior y musculatura de la espalda.
- Estancamiento circulatorio.
- Tensión constante de los músculos del equilibrio.

Para evitar lesiones a nivel de la columna vertebral debemos seguir unas normas posturales:

- La columna debe mantenerse en el plano horizontal o una flexión ligera de la columna cervical.
- Debe evitarse giros excesivos del tronco, acelera que aparezca la fatiga
- La carga del peso debe ser ligeramente equilibrada en los miembros inferiores para evitar sobre cargas.
- Evite la ante pulsión de los hombros que favorece a la cifosis dorsal.
- Tonificación de la musculatura abdominal y para vertebral para el equilibrio vertebral.

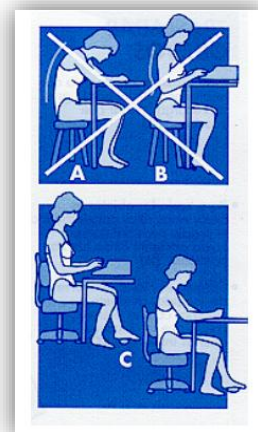


Gráfico 3: Higiene postural, ESTÁTICA

1.2 Levantamiento de objetos:

- Evitar la flexión completa de la espalda al recoger objetos pequeños del suelo (A), para ellos es más aconsejable agacharse y apoyar una mano en la rodilla. (B)
- Evitar la flexión de la espalda al levantar pesos (C)
- Colocar el objeto lo más cerca posible del cuerpo para evitar una sobre carga de la columna. (D)
- Mantener los pies separados para aumentar la base de sustentación y mejorar el equilibrio.



Gráfico 4: Higiene postural, LEVANTAMIENTO DE OBJETOS.

1.3: Trasladar objetos:

- Evitar arrastrar objetos ya que resulta perjudicial por la gran sobre carga lumbar (A)
- Para trasladar objetos es mejor empujarlos aprovechando el propio peso del cuerpo hacia delante (B)
- Todavía es mejor apoyarse de espaldas al objeto y empujar con las piernas (C)
- Evitar llevar objetos pesados que obliguen a girar y/o la columna (D)
- Sustituir un paquete pesado por dos paquetes máspequeños simultáneamente.(E)

- Siempre que sea posible usar bandas o tirantes que distribuyan el peso entre los hombros y la pelvis.(F)
- Procurar no alcanzar objetos que estén por encima de los hombros (G)
- Utilizar taburetes para ponerse al mismo nivel que el objeto. (H)
- Mantener el objeto lo más cerca posible. (I)



Gráfico 5: Higiene postural, TRASLADAR OBJETOS.

2.- Sedestación:

En esta posición el gasto energético, la demanda circulatoria y el trabajo muscular Estático va a ser menor que el de bipedestación. En esta posición el peso del tronco se traslada a la tuberosidad isquiática y por medio de esta a los pies.

2.1.- Para trabajar:

- Evitar arquear la espalda.(A)
- Evitar echarse para atrás y exageran la curva de la espalda.(B)
- Evitar sillas pequeñas, duras y no giratorias.
- La altura de la mesa debe quedar aproximadamente a la altura de los codos.(C)

- Un soporte para elevar los pies hace más adecuada la estática y alivia la lumbalgia crónica.



Gráfico 6: Higiene postural, SEDESTACION, PARA TRABAJAR

2.2.- Para descansar:

- Evitar las sillas que hagan resbalar ya que la columna lumbar esta en tensión. (A)
- Evitar poner una pierna sobre la otra.
- Evitar las sillas con apoya brazos muy altos o separados, para que los hombros no queden muy elevados.



Gráfico 7: Higiene Postural, PARA DESCANSAR

2.3.- Para conducir:

- Evitar tener que estirarse para llegar a los mandos del auto. (A)
- La columna lumbar debe aplicarse sobre el respaldo. El respaldo debe tener una forma anatómica.(B)



Gráfico 8: Higiene postural, PARA MENEJAR

2.4.- Levantarse y Sentarse:

- Evitar el gesto habitual de torsión de la columna al sentarse. (A)
- Para sentarse, sitúese de espaldas a la silla girando exclusivamente con los pies y las rodillas.(B)
- Agáchese flexionando las rodillas y manteniendo la espalda recta, con el cuerpo flexionado hacia adelante.(C)
- Para levantarse incline el cuerpo y la cabeza hacia delante apoyando las manos en los muslos. Levántese lentamente por extensión de las rodillas (D).

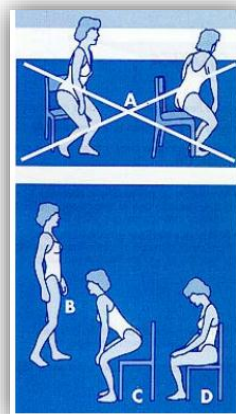


Gráfico 9: Higiene postural: LEVANTARSE Y SENTARSE

3. Decúbito:

3.1.- En la cama:

- No duerma boca arriba.(A)
- Duerma de lado con las rodillas flexionadas o boca arriba con una almohada debajo de las rodillas.(B)
- Evitar dormir en colchones blandos (C).
- Evitar sentarse en la cama con las rodillas flexionadas (D).
- Dormir en un colchón firme que no se hunda (E).
- Al sentarse en la cama estire las piernas. (F)



Gráfico 10: Higiene postural, DECÚBITO, EN LA CAMA(13)

TABLA No 5: Puntos críticos

Puntos críticos	
Dependiente del paciente	No dependiente del paciente
Incumplimiento de medidas de recuperación	Aplazamiento prolongado para la intervención quirúrgica
Tratamientos farmacológicos incompletos	Ausencia de recomendaciones oportunas para cuidados en casa para el paciente, posterior a las citas medicas
Ingesta de alcohol y tabaco pre y post quirúrgico y durante el tratamiento farmacológico y de fisioterapia	Desacuerdo de tratamientos médicos después de la cirugía
Presencia de estreñimiento que aumenta los dolores lumbares	En el mes de Enero del 2015 realiza dos tratamientos el primero una infiltración entre L1-L2 y el segundo un Bloqueo Facetario entre L5-S1 estos tratamientos fueron realizados por distintos médicos

CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

TABLA No 6: Caracterización de las oportunidades de mejora

Oportunidades de mejora	Acciones de mejora
Comunicación médico/paciente	Indicaciones claras de parte del médico para el paciente.
Cumplimiento del paciente de las indicaciones del médico	Llevar un registro de las indicaciones cumplidas
Cambio de hábitos	Dejar de fumar y beber
Nueva valoración del paciente, frente a la permanencia de síntomas (dolor, parestesias)	Pedir una consulta, y explicar todos los síntomas que mantiene el paciente
Relación médico/ fisioterapista	Definir acciones de tratamiento del fisioterapista de acuerdo a las prescripciones medicas
Valoración correcta del paciente por parte del fisioterapeuta.	Proponer un esquema individualizado para el paciente, que tenga como base las indicaciones del médico y los cambios que el Fisioterapista va encontrando en la aplicación de su tratamiento.
Fidelidad del tratamiento	Cumplir un solo tratamiento para no tener complicaciones futuras.

PROPUESTA DE TRATAMIENTO

PRIMERA ETAPA: (1-3 meses)

1. VALORACIÓN:

EXPLORACIÓN CLÍNICA

- **INSPECCIÓN:**

Postura:



Foto 1: posición lateral, anterior, posterior del paciente.

- En el lumbago crónico no está alterada.

- En el lumbago agudo adopta la posición fetal.

- En la ciatálgia aparece:

- Raquis envarado.
- Semiflexión de la cadera.
- Semiflexión de la rodilla.
- Escoliosis reactiva del raquis, que puede ser al lado de la hernia, o al lado contrario.

- **MARCHA**

Se le pide que deambule:





Foto 2: marcha en talones.

Foto 3: marcha en puntas de pies.

- Con los talones, dará dolor de compresión radicular ya que estira el ciático.
- De puntillas, para hacerlo se precisa la acción del tríceps sural, que depende de S1

- PALPACIÓN



Foto 4: palpación de la musculatura lumbar.

Para valorar la contractura o no de la musculatura posterior.

- PERCUSIÓN



Foto 5: percusión de las apófisis espinosas lumbares.

-En las apófisis espinosas, producirán dolor en aquellas que correspondan a la vértebra conflictiva.





Foto 6: palpación de los puntos de Valleix

-En el recorrido del ciático aparecen los puntos de Valleix: Al presionar sobre ellos aparece dolor y parestesias.

VERIFICACIÓN DE COMPRESIÓN RADICULAR



Foto 7: Maniobra de Lasègue

-Esta maniobra busca valorar el estado del nervio ciático y su compromiso en varios niveles, además nos proporciona información de otras estructuras como la condición de flexibilidad de la musculatura posterior de la pierna.

-Si al realizar esta maniobra, el ángulo que forme la articulación de la cadera y la camilla alcanza unos 80 grados, indicara negativo para la prueba.

-Si existe tensión en la parte posterior de la pierna, puede indicar acortamiento de los isquiotibiales, que su vez causara una ciatálgia inducida por la tensión de dichos músculos. (14)

TABLA No. 7: valoración del paciente.

Valoración:						
Exploración Clínica.						
Inspección:						
Postura	Lumbalgia	Aguda		Ciatálgia	Raquis enervado	+
					Semiflexión de cadera	-
		Crónica	+		Semiflexión de rodilla	-
					Escoliosis del raquis	-
Marcha	Deambulación	talones	Compresión radicular	SI	NO	
		puntas de pies	Compresión radicular	+		
Palpación	Apófisis Espinosas	Producen dolor		SI	NO	
			L1			-
			L2			-
			L3			-
			L4			-
			L5		+	
Maniobras complementarias		Puntos de Valleix		SI	NO	+
		Maniobra Lasegue				-

1.2. APLICACIÓN DE APARATOLOGÍA:

Esta es la etapa de sedación del paciente postquirúrgico, esta etapa consiste en aplicar aparatología utilizada en Fisioterapia con el objetivo de ayudar a minimizar la presencia del dolor, consolidar y restablecer las condiciones musculoesqueléticas del paciente.

Esta etapa dura aproximadamente 3 meses, ya que necesita un periodo de reposo, no trabajo, para ir aumentando progresivamente al plan de tratamiento los ejercicios de fortalecimiento y flexibilidad.

MAGNETOTERAPIA:

Con la aplicación de este equipo lo que se busca es; consolidar la ruptura del anillo fibroso que ocasiono la hernia lumbar discal, un efecto desinflamatorio y a la vez analgésico, también aumentar ligeramente la vasodilatación de la zona lumbar para evitar trombos postquirúrgicos, además ayudara a la reabsorción de calcio ya que estimula a la producción de colágeno, es común que en este tipo de patologías se produzca un desgaste intervertebral.

- APLICACIÓN:
- Tiempo: 30 minutos
- Intensidad: 140 Gauss
- Frecuencia: 70 Hertz
- Sesiones: diarias



Foto 8: equipo de magnetoterapia

LASSER:

Este equipo busca la analgesia en la zona irradiada del dolor, se puede aplicar en el trayecto del nervio ciático, con el fin de calmar las parestesias y el dolor

en general, su uso también es antiinflamatorio, antiedematoso y cicatrizante tras heridas y traumatismos en diversos tejidos.

- APLICACIÓN:
- Tiempo: 6:00 minutos
- 3.2 Julios
- Puntual: puntos de acupuntura
- Pulsátil.
- Sesiones: diarias



Foto 9: equipo de láser

TENS:

Se utiliza este equipo netamente para calmar el dolor, ya que interactúa directamente con las terminaciones nerviosas, estimulando a la corriente que viaja lo largo de las fibras nerviosas, hasta llegar al cerebro donde puede bloquear el dolor directamente.

- APLICACIÓN:
- Tiempo: 20 minutos.
- Aplicación de 2 canales en sentido diagonal.
- Frecuencia: 50 Hertz
- Impulsos: 70 useg
- Sesiones: diarias



Foto 10: equipo de electroterapia TENS

1.3. AGENTES FÍSICOS: FRÍO

CRIOTERAPIA:

En rehabilitación se utilizan temperaturas moderadamente bajas y el frío se aplica directamente sobre el tejido a tratar para controlar la inflamación, el dolor, el edemay para facilitar el movimiento.

- APLICACIÓN:
- compresas frías en zona lumbar.
- Tiempo: 15 a 20 minutos/ cada 2 a 3 horas.
- En los primeros 3 meses.



Gráfico 11: crioterapia.

1.4. MASAJE TERAPÉUTICO:

Esta técnica mejora la oxigenación e irrigación de la musculatura afectada, facilita la salida de sustancias de desecho, aumenta niveles de oxígeno en la sangre y facilita el retorno venoso. También disminuye el dolor.

- APLICACIÓN:
- Tiempo: 10 a 15 minutos
- Material: aceite
- Técnicas: roce, fricción, vibración.



Gráfico 12: masoterapia

1.5. HIGIENE POSTURAL:

Para todo movimiento y posición hay maneras adecuadas que se adoptan para posteriormente no sufrir lesiones, una manera de cuidar el tratamiento que se está aplicando al paciente es enseñarle una buena higiene postural para que la practique a diario.

- Postura al estar acostado:

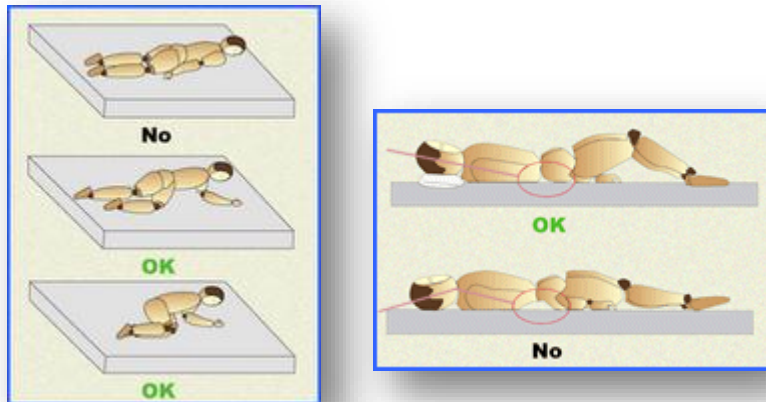


Gráfico 13: postura acostado

- Postura al estar sentado:

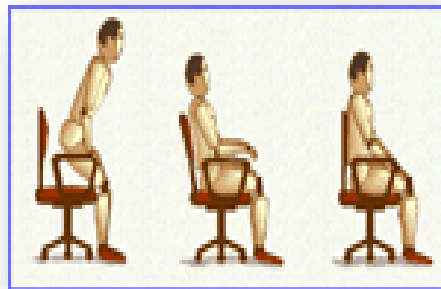


Gráfico 14: postura sedente

- Postura para el levantamiento y cargas de peso



Gráfico 15: postura levantamiento de cargas

- Postura correcta para alcanzar objetos que están a nivel superior

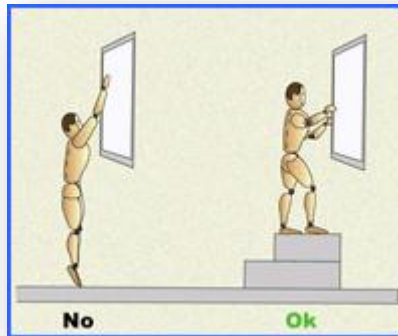


Gráfico 16: alcanzar objetos por encima del hombro.

CONSIDERACIONES:

- Por el hecho de que es mucha información la que se le da al paciente acerca de los cuidados e higiene postural, se opta por entregar un documento impreso con imágenes simples y descripción de cada una de ellas con el fin de que aprenda a manejar las posturas de su cuerpo y evite involuntariamente no cumplir con las recomendaciones.

1.6. CAMINATA:

- La caminata está indicada de primera mano como tratamiento de recuperación, ya que aumentara el flujo del torrente sanguíneo, evitara la formación de trombos post-quirúrgicos, mejorara la propiocepción general del cuerpo y entre otras cosas nutrirá a los discos intervertebrales.

SEGUNDA PARTE: (3-6 meses)

2. APLICACIÓN COMBINADA:

Se aplicara de simultáneamente con el plan de tratamiento de la primera fase, reduciendo considerablemente los tiempos ya establecidos, con el fin de ir aumentando progresivamente los ejercicios de flexibilidad y fortalecimiento al plan de tratamiento Fisioterapéutico.

Aquí se inicia la integración progresiva de las actividades de la vida diaria, tomando en cuenta que no puede cargar pesos, estar mucho tiempo parado o de pie, se debe tomar en cuenta que le dolor puede estar presente, pero la creación de este plan de tratamiento hará que sus riesgos e intensidades se minimicen

2.1. TERMOTERAPIA:

Fuera del ámbito de rehabilitación a la termoterapia se le utiliza para destruir tejido maligno o para tratar lesiones relacionadas con el frio. En la rehabilitación, la termoterapia se utiliza principalmente para controlar el dolor, aumentar el control de los tejidos blandos y el flujo de sangre a los mismos ya acelerar su curación.

- APLICACIÓN:
- Compresa húmeda caliente en la zona lumbar.
- Tiempo: 15 a 20 minutos

2.2. EJERCICIOS DE WILIAMS:

Lo que se busca realizar con este tipo de ejercicios terapéuticos es aumentar la flexibilidad lumbo-sacra, fortalecimiento de los músculos abdominales, para

de esta manera evitar una inestabilidad de la columna. Así mismo ayuda a mejorar el dolor y la compresión ocasionada por la musculatura involucrada.

• REALIZACIÓN:

DECUBITO SUPINO:

- Flexionar una pierna y mantener la otra en extensión. Elevar el miembro inferior extendido y mantener la posición.
- Llevar las rodillas al pecho de forma alternada
- Luego, flexionar ambas caderas, llevando ambas rodillas al pecho al mismo tiempo.
- Levantar alternadamente una pierna sin doblar la rodilla, con las manos a los costados de la colchoneta.

CONSIDERACIONES:

- Estos ejercicios funcionan simultáneamente con la respiración, consecuentemente, en cada movimiento del ejercicio hay que inhalar profundamente y despacio mientras se realiza la maniobra y exhalar suavemente mientras se vuelve a la posición inicial.
- Se debe realizar de 2 a 3 veces por día.
- La duración del ejercicio es de 30 minutos



Gráfico 17: ejercicios de Williams

2.3. HIDROTERAPIA:

El agua elimina inflamaciones, en pacientes con limitación de movimiento ya sea por parálisis o por dolor, este tipo de terapia ayuda al paciente a mejorar su condición, al igual que en casos donde el músculo sufre de alguna lesión o enfermedad. Hay que considerar también que al estar en el agua, se pierde el efecto de la gravedad, por ende el peso corporal se reduce mucho y se evade cargas. De la misma manera al estar en el agua y hacer movimientos dentro de ella, el agua se transforma en una resistencia para el cuerpo, se aprovecha estas consideraciones para; relajar, descomprimir y fortalecer el sistema musculoesquelético.

REALIZACIÓN:

- Se realizarán los mismos ejercicios de Williams con la ayuda de un flotador y la supervisión del Fisioterapeuta.
- Se efectuará marchas con flexión de 90° de cadera y rodilla.
- Marcha en puntas de pies y en talones.
- Marcha con pasos laterales.

CONSIDERACIONES:

- La piscina debe tener una altura aproximadamente 1.65 metros de alto con nivelaciones de menos a más y un ancho aproximado de 5 a 6 metros.
- La temperatura del agua debe estar a unos 34° aproximadamente.
- La piscina debe poseer entradas de fácil acceso como rampas.
- Las barandas deben acompañar todo el contorno de la piscina.
- El piso debe ser antideslizante para evitar caídas.
- Se podrá realizar de 2 a 3 veces por semana.
- Duración por sección; 1 hora aproximadamente.
- De ser utilizado este tratamiento, será el único que realice en el día.



Gráfico 18: hidroterapia

TERCERA PARTE: (6-8 meses)

Como se indicó se seguirán utilizando los fundamentos de la segunda parte y paulatinamente se seguirán suprimiendo para dar paso a los ejercicios de fortalecimiento muscular de la zona lumbar y abdominal.

La integración a las actividades de la vida diaria deberá ser más participativas, considerando que ya ha pasado un tiempo prudente tras la operación y el seguimiento del plan de tratamiento, no se deberá exceder en trabajos de carga y tiempos extensos de estar de pie o sentado.

3. FORTALECIMIENTO:

Al contrario que en la mayor parte de músculos, con los lumbares y abdominales no necesitaremos aplicar una peso extra para poder fortalecer el músculo, ya que con el propio peso corporal podremos realizarlo. Además, el rango de movimiento no será demasiado amplio debido a que esta zona no permite recorridos largos en el ejercicio.

REALIZACIÓN:

- Comenzaremos tumbados en el suelo, con las manos a los costados y piernas extendidas, separamos el pecho de la colchoneta y la cabeza agachada
- Una variante del ejercicio anterior es alternar mano derecha con pierna izquierda y subirlos coordinadamente de igual manera hay que ir alternado los lados.
- Acostado decúbito supino, flexionando las rodillas hasta el pecho, sujete las rodillas con las manos.
- Decúbito supino rodillas flexionadas, simularemos estar en una bicicleta.
- Decúbito supino con las rodillas flexionadas, eleve una pierna extendiendo la rodilla, mientras la otra se mantiene en esa posición, vaya alternado los movimientos.

CONSIDERACIONES:

- Cada ejercicio se realizara de 2 a 3 series, con una repetición de 10 a 15 veces.
- El reposo entre serie y serie es de 1 minuto.
- Como los ejercicios de Williams, estos ejercicios también funcionan mediante la respiración, dando mayor oxigenación y nutrición al musculo.

3.1. TROTE:

- Considerando que ya estamos en una etapa media-avanzada, es oportuno realizar un trote de 20 a 30 minutos, hay que considerar siempre que se debe realizar un calentamiento previo a la actividad, alrededor de unos 10 a 15 minutos.
- Esta actividad puede ser realizada dos veces por semana, mediante se vaya adaptando, se seguirá incrementando los días de ejercicio.



Gráfico 19: trote

3.2. BICICLETA:

- El fin de esta actividad es ganar trabajo cardiovascular, además de fortalecer los miembros inferiores en especial cuádriceps, isquiotibiales y los glúteos, que son fundamentales para el equilibrio de la cadera y principales músculos de la marcha.
- Se realizara al menos unos 20 a 30 minutos
- Importante un calentamiento previo a la actividad con un tiempo de 10 a 15 minutos.
- Esta actividad puede ser realizada dos veces por semana, mediante se vaya adaptando, se seguirá incrementando los días de ejercicio.



Gráfico 20: bicicleta

3.3. NATACIÓN:

- La natación, como fin terapéutico no busca que el paciente entrene para ganar competencias, sino más bien se enfoca en la preparación de la musculatura, para obtener resultados de fortalecimiento a corto plazo.
- Además aumentara la resistencia cardio-respiratoria, aumenta la capacidad pulmonar y entre otras cosas mejora el estado anímico del paciente.
- Se realizara al menos unos 20 a 30 minutos
- Importante un calentamiento previo a la actividad con un tiempo de 10 a 15 minutos.
- Esta actividad puede ser realizada dos veces por semana, mediante se vaya adaptando, se seguirá incrementando los días de ejercicio.



Gráfico 21: natación

CUARTA PARTE: (8-12 meses)

4. POTENCIACIÓN :

Esta última etapa busca integrar por completo al paciente a sus actividades de la vida diaria. Con esta última etapa de potenciación se prevendrá futuras lesiones intervertebrales y mejorar en general la calidad de la salud del paciente.

REALIZACIÓN:

- Se coloca en posición de cuatro puntos o de ganeo, un disco de peso ira sobre la espalda (15 kg), el movimiento será; tratar de sentarse en los talones, dejando las manos extendidas en la colchoneta, este ejercicio está indicado para potenciación de los músculos estabilizadores de la columna lumbar.
- Decúbito prono extendemos totalmente las manos, a la vez las piernas, el movimiento es alzar las piernas de modo que los talones miren al techo, es un ejercicio mantenido o isométrico.
- Se utilizara una mancuerna con rodete de manera que se pueda sujetar con ambas manos, la posición inicial del paciente es arrodillado, sujetando el rodete en el piso, el movimiento se realizara con la extensión de los brazos y de la cadera haciendo que se tensionen los músculos lumbares y del abdomen en cada subida y bajada.

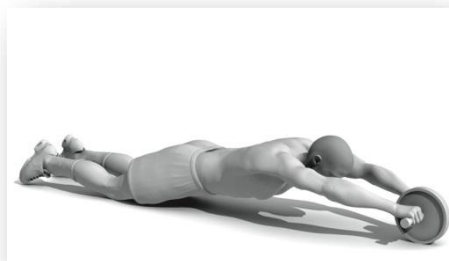


Gráfico 22: mancuerna con rodete.

4.1. BICICLETA:

- El fin de esta actividad es ganar trabajo cardiovascular, además de fortalecer los miembros inferiores en especial cuádriceps, isquiotibiales y los glúteos, que son fundamentales para el equilibrio de la cadera y principales músculos de la marcha.
- Se realizara al menos unos 20 a 30 minutos
- Importante un calentamiento previo a la actividad con un tiempo de 10 a 15 minutos.
- Esta actividad puede ser realizada dos veces por semana, mediante se vaya adaptando, se seguirá incrementando los días de ejercicio.

4.2. NATACIÓN:

- La natación, como fin terapéutico no busca que el paciente entrene para ganar competencias, sino más bien se enfoca en la preparación de la musculatura, para obtener resultados de fortalecimiento a corto plazo.
- Además aumentara la resistencia cardio-respiratoria, aumenta la capacidad pulmonar y entre otras cosas mejora el estado anímico del paciente.
- Se realizara al menos unos 20 a 30 minutos
- Importante un calentamiento previo a la actividad con un tiempo de 10 a 15 minutos.
- Esta actividad puede ser realizada dos veces por semana, mediante se vaya adaptando, se seguirá incrementando los días de ejercicio.

CONCLUSIONES:

En este trabajo de seguimiento de caso clínico concluye que:

- Hubo un aplazamiento prolongado para la intervención quirúrgica que se pudo haber evitado, de esta manera se minimizaba gastos operatorios en centros de salud privada, en este punto la economía personal y familiar del paciente fue afectada, siendo así, que se pudo haber evitado un gasto aproximado de unos 6.000 a 7.000 dólares.
- Es demasiado importante una comunicación médico-paciente, con el fin de que el paciente se entere de lo que puede y no puede hacer. Esta comunicación es fundamental para el tratamiento de esta manera el paciente esta consiente de sus limitaciones y el medico podrá asegurarse de que el paciente cumpla con los objetivos.
- El paciente tiene derechos pero también obligaciones, el cumplimiento de estas será el 50% del tratamiento en conjunto, ya que de ser tomados a la ligera se tendrán complicaciones e interrupciones del tratamiento lo cual no es favorable. Como medida de prevención de estos cuadros, las autoridades pertinentes deberán educar a la población, empleando medios de comunicación masiva, para que de esta forma la comunidad tenga responsabilidad con respecto a su salud.
- El lenguaje de la salud es un lenguaje universal, si bien cada paciente es diferente, las formas de evaluación y tratamientos no los son. Cada médico toma sus propias decisiones, por tal razón para evitar complicaciones con pacientes que visitan varias consultas, es necesario guiarse por un protocolo de tratamiento actualizado para los profesionales de salud.
- Una de las razones por las que paciente ha venido teniendo complicaciones es por la ingesta de alcohol y tabaco, a la par de la administración de fármacos indicados para su tratamiento post-quirúrgico, agudizando los problemas de gastritis y eventualmente episodios de vigilia.
- El estreñimiento en el paciente es un factor que se ha dejado en segundo plano, sin haberlo remitido a un especialista para que se encargue de este

problema. El estreñimiento en este paciente hace que se vea afectada la musculatura lumbar la cual necesita de bastantes cuidados.

- Fue necesario iniciar cuidados posturales para que el paciente los tenga en cuenta en sus actividades de la vida diaria de esta manera se cuidara la salud, postura propia del paciente y evitara que se provoquen lesiones involuntarias por parte del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

1. Brent Brotzman RC. Rehabilitación ortopédica y clínica: Elsevier; 2012.
2. Doherty G. Diagnóstico y Tratamiento quirúrgico Londres: Lange; 2010.
3. Garcia Romero H. Bioética General Hospitales americanos: Trillas; 2009.
4. Moreno PLJ. Farmacología Básica y Clínica; 2010.
5. Sánchez González MA. Bioética en ciencias de la salud España: Elsevier; 2013.

LINKOGRAFÍA

1. Bienestar Sy. El vínculo entre el estreñimiento y el dolor de espalda. [Online]. Available from: <http://lasaludi.info/el-estreñimiento-puede-causar-dolor-de-espalda.html>.
2. FarmacoTerapia. Información Farmacoterapeutica de la Comarca. [Online].; 2010. Available from: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/infac_v19_n1.pdf.
Fisioterapia. Las Hernias Discales. [Online].; 2012. Available from: <http://fisioterapia.blogspot.com/2012/05/las-hernias-discales.html>.
3. FFS. Fisioterapia. Las hernias discales. [Online].; 2012. Available from: <http://fisioterapia.blogspot.com/2012/05/las-hernias-discales.html>.
4. Goudoneix T. Tabaco y Medicamentos. [Online].; 2001. Available from: <http://www.adicciones.es/files/229-234%20Europea%202.pdf>.
5. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Dolor Lumbar. Guía Práctica. [Online].; 2015. Available from:

<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/GPC%20Dolor%20lumbar%20%20final.pdf>.

6. Reyes Vega OD. Hernia Discal. [Online].; 2015. Available from: <http://www.monografias.com/trabajos97/hernia-discal-aspectos-clinicos-y-epidemiologicos/hernia-discal-aspectos-clinicos-y-epidemiologicos.shtml#epidemiola>.
7. Prado MA. Ministerio de salud pública. [Online].; 2015. Available from: http://recursos.cnice.mec.es/edfisica/publico/articulos/articulo2/higiene_postural.pdf.
8. Tekon. Ozonoterapia Instituto Vascular Sala-Plancell. [Online].; 2015. Available from: <http://www.ozonoterapia.net/web/quees.htm>.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASES DE DATOS UTA

1. **EBRARY:** Makofsky, Howard. (2009). Spinal Manual Therapy : An Introduction to Soft Tissue Mobilization, Spinal Manipulation, Therapeutic and Home Exercises (2nd Edition), Editorial: SLACK Incorporated. Signatura De La Library Of Congress RZ265.S64 -- M355 2010eb.
2. **EBRARY:** Herkowitz, H N. Dvořák, J. (2004). Lumbar Spine : Official Publication of the International Society for the Study of the Lumbar Spine (3rd Edition) Bell, Editorial. LWW. Lumbar vertebrae -- Diseases. Signatura De La Library Of Congress rd771.B217 -- L86 2004eb.
3. **PROQUEST:** Al-Khodairy, Abdul-Wahab T; Bovay, Philippe; Gobelet, Charles. (2006). Sciatica in the female patient: anatomical considerations, aetiology and review of the literature. European Spine Journal.533-7; discussion 609-10.

4. **PROQUEST:** *Armstrong, O; Hamel, A; Grignon, B; Ndoye, J M; Hamel, O. (2008). Lumbar hernia: anatomical basis and clinical aspects. Surgical and Radiologic Anatomy.533-7; discussion 609-10.*
5. **PROQUEST.** Manoel, Mateus E; Harris-Love, Michael O. Acute effects of static, dynamic, and proprioceptive neuromuscular facilitation stretching on muscle power in women. Obtenida el 10 de septiembre del 2014, de <http://search.proquest.com/docview/213042817/E3CD6A45E0E94C23PQ/2?accountid=36765>

MATERIAL DE AUTO EDUCACIÓN

1. Gerardo M. Doherty. Diagnóstico y tratamiento Quirúrgicos. Lange. 2010. Décimo tercera edición. Capítulo 3. Atención preoperatoria. Página: 10.
2. Bioética en ciencias de la salud. Humanidades en ciencia de la salud. Miguel Ángel Sánchez Gonzales. 2013. Elsevier. España. Publicación Masson. Capítulo 15 consentimiento informado y capacidad de decidir Información suficiente pág.: 215/216
3. Bioética General. Horacio Garcia Romero, Luis LimonLimon. Editorial Trillas 2009.Capitulo 4. Derechos y obligaciones de los pacientes y el personal de salud. Declaración de derechos del paciente, Asociación Americana de Hospitales. Páginas.: 72/73/74.
4. S. Brent Brotzman, Robert C. Manske. Rehabilitación ortopédica y clínica. Un enfoque en la evidencia. ElsevierMosby. 2012. Capítulo 8 Rehabilitación tras cirugía lumbar. Páginas: 491/497.
5. P. Lorenzo. A. Moreno. I. Lizasoain. J.C. Leza. M.A. Moro. A. Portoles. Velázquez. Farmacología Básica y Clínica. 18ª. Edición. Junio 2010. Parte II. Farmacología Clínica. Capítulo 63. Interacciones de los fármacos con otros fármacos, con alimentos y con pruebas de laboratorio. A. Tarleira, A. Calvo y A. Moreno. Páginas: 1093/1094.

6. Enrique Marzal Herce, Magda Edo Llobet, Ramon Viladot Perice. Técnicas de infiltración. Manual práctico. Segunda edición. LEXUS. 2010. Capítulo 5 Columna vertebral. Infiltraciones articulares posteriores. Síndrome facetario. Páginas: 101/103.

ANEXOS



Anexo No 1: Entrevista clínica para médico especialista tratante

ENTREVISTA CLÍNICA PARA MÉDICO ESPECIALISTA TRATANTE	
Identificación.	
Nombre:	[REDACTED]
Título profesional:	Traumatólogo
Especialidad:	Cirugía de columna
¿Cómo llega al diagnóstico de hernia discal lumbar? Normalmente se ve una sospecha clínica al examen físico viniendo del paciente, es importante hacer una historia clínica y examen físico adecuado y una vez cuando uno tiene la sospecha en base a esto se pide una resonancia magnética, a veces se puede complementar con radiografías, a ver si hay alguna otra patología o algo que esté afectando también que de una sintomatología similar, pero el diagnóstico en si es una resonancia magnética.	
¿Qué técnicas de examen físico se aplican para identificar una hernia discal lumbar? Identificar al examen físico si es que hay dolor lumbar o hay dolor con lumbociática, si hay dolor con lumbociática quiere decir que hay inflamación de la raíz nerviosa, si esta inflamada la raíz nerviosa tiene que ver cuál es la causa y la	

ciática es secundario a una inflamación no necesariamente la radiculopatía pero si la inflamación, la causa más común es una hernia de disco, entonces en ese momento se sospecha y se hace la resonancia, pero no es la única causa por la cual se puede dar una inflamación nerviosa lo que debe hacerse en ese caso es descartar algún tipo de patologías

¿Qué estudios de imagen son necesarios para confirmar un diagnóstico de hernia discal lumbar?

Resonancia magnética

¿Cuál es el tratamiento conservador que se prescribe para una hernia discal lumbar?

Es importante saber que las hernias de disco no son quirúrgicas, sino en un 20% de los casos, el 80% de los pacientes se manejan conservadoramente y depende mucho de la localización de la hernia porque dentro de la columna pueden estar ubicadas en diferentes sitios y no me refiero a si son cervicales, dorsales o lumbares sino más bien podría ser una hernia central, una hernia preforaminal, foraminal o extruida fuera del foramen y dependiendo de la localización va a dar la sintomatología y la gravedad y dependiendo de eso se hace el manejo, normalmente cuando se hace un tratamiento conservador en los pacientes se maneja con neuromoduladores; para ayudar a desinflamar la raíz nerviosa, con AINES desinflamatorios y con Terapia Física para ayudar a fortalecer la musculatura lumbar y para elongación de isquiotibiales para ayudar a la flexibilidad .

¿Qué tipo de medicación se utiliza para un tratamiento conservador de hernia discal lumbar?

Neuromoduladores normalmente es Pregabalina, angiotilina, anticonvulsivantes, como básicamente la principal molestia cuando hay una ciática más que el dolor lumbar manejamos bastante neuromoduladores y a veces ayudamos con algún antiinflamatorio, la primera opción es un antiinflamatorio leve, acetaminofén, si es que el dolor es muy intenso se puede ayudar con un analgésico de vía central como Tramadol para poder manejar adecuadamente el dolor y la idea es encontrar el equilibrio entre las medicaciones para poder manejar adecuadamente. En caso de que el paciente presente gastritis la medicación se cambia o se utiliza otro tipo

de opciones, por ejemplo si tiene gastritis acetaminofén es uno de los más suaves, el Tramadol no provoca irritación de la mucosa gástrica, pero ahí si nos limitamos a utilizar AINES más fuertes, si es que hay mucha sintomatología a pesar de que tome acetaminofén, normalmente pacientes que sufren de gastritis la única medicación que pueden tomar es acetaminofén, pero hay paciente que nos ha tocado que dicen que todavía les duele, ahí nos manejamos con parches antiinflamatorio que va a tener un efecto tópico y local que no irrita tanto el estómago como por ejemplo parches de Diclofenil, Lidocaína que no es un antiinflamatorio pero si analgésico, a veces nos ayudamos con doloneurobion y si a pesar de eso el paciente presenta epigastralgiias utilizamos un protector gástrico como Omeprazol, dependiendo del dolor se va subiendo la dosis o la escala en un paciente con dolor leve utilizamos acetaminofén, si hay mayores molestias se utiliza AINES pero si el dolor es bastante intenso podemos ayudar con derivados de la morfina.

¿Cuáles son las recomendaciones para un paciente que recibe un tratamiento conservador de hernia discal lumbar?

Este paciente debe estar conste que después del diagnóstico, durante 12 meses el no podrá hacer un esfuerzo físico excesivo, no podrá hacer deportes de contacto, me refiero al esfuerzo físico excesivo a que hay pacientes que quieren hacer pesas, juegan futbol, voly o básquet esas cosas el paciente debe estar consiente que por un año no va a poder hacer, porque se ha diagnosticado una hernia y esa hernia está dando una sintomatología, hay que ayudar a que se desinflame la raíz nerviosa y cicatrice la hernia que está ahí, la hernia es producto de la degeneración del disco y hace que se rompa y que salga como un golpe en una llanta y eso tiene que cicatrizar, se demora en cicatrizar, la columna es una de las que más se demora en cicatrizar, entonces básicamente es eso, los cuidados posturales siempre recomendamos nosotros e incluso les damos un instructivo en el cual le decimos como debe sentarse, como debe trabajar, en la casa, que debe que no debe hacer en la casa, la mayoría de la gente está acostumbrada a sentarse mal, leer un periódico, un libro, ver la computadora en la cama, agacharse a coger mal las cosas, todo eso es parte de la profilaxis para evitar malas posturas y además de todo en nuestro caso lo que manejamos con nuestros pacientes son dos

fases; la primera es desinflamatoria en la cual ayudamos con medicación y Terapia Física que tiene que ser desinflamatoria y sedativa y la segunda fase que es de fortalecimiento muscular.

¿En qué tiempo se estima una recuperación de hernia discal lumbar en un tratamiento conservador?

De 6 a 8 meses

¿Es necesario referir a un fisioterapeuta?

Siempre nos manejamos nosotros con la ayuda de terapia física para nuestros pacientes creo que es básico, porque en la primera fase nos ayudan con lo que la terapia sedativa y en la segunda fase nos ayudan hacer un seguimiento del paciente porque sería un poco ilógico pedirle al paciente que venga toda la semana para enseñarle los ejercicios y para guiarle por eso ese manejo debe ser en equipo para que la Terapia Física sea la encargada de enseñarle los ejercicios para fortalecer los pares espinales, normalmente la primera fase sedativa de Terapia Física es entre 4 a 8 semanas y la segunda fase de 6 a 8 meses

¿Cuándo se emplea el tratamiento quirúrgico para una hernia discal lumbar?

Depende del tipo de hernia, del tamaño hay hernias que son pequeñas y están ahí, hay hernias gigantescas y el paciente no tiene la sintomatología y tampoco son quirúrgicas, hay hernias que están en el centro de la columna van a estar en un punto en el cual no comprimen para nada los nervios, pero si la hernia está yéndose hacia el foramen que es la salida de la raíz nerviosa entonces en ese caso es quirúrgico, yo a mis pacientes siempre les explico que uno no opera imágenes, no opera resonancias sino opera pacientes, uno sospecha hace imágenes y le inicia el tratamiento dependiendo de las imágenes, se busca una buena respuesta al tratamiento a pesar de que exista una hernia gigantesca y hay que darle chance al tratamiento conservador, si vemos que no hay una respuesta adecuada empezamos a tener una planificación para una cirugía, hay que darse cuenta que si en la segunda opción luego de examinar al paciente hay una areflexia aquilea en ese caso hay un compromiso neurológico y mucho dolor hay que considerar una cirugía, principalmente lo que hacemos es proponer la cirugía en el momento en el que necesitamos y el que decide es el paciente pero le damos todas las opciones y

ponemos sobre la mesa para que ellos escojan o no escojan la cirugía

¿Qué medidas indica después del tratamiento quirúrgico de hernia discal lumbar?

Normalmente lo que se hace es iniciar con antiinflamatorios porque es una intervención invasiva entonces va a dolor va a molestar, el hecho de entrar a sacar una hernia de disco implica manipulación de la raíz nerviosa para poder llegar al punto donde está la hernia de disco, debemos sacar un pedazo de hueso y empujamos la raíz para arriba y llegamos al espacio de disco que necesitamos por eso es necesario los neuromoduladores normalmente se maneja entre 4 a 6 meses con este medicamento y el manejo inicial es caminata, las primeras 8 semanas nos ayudamos con terapia sedativa ya que se producen contracturas musculares por el hecho de la intervención y por la postura del paciente que siempre es aprensiva y después de eso el inicio de actividad progresiva, luego podemos hacer algo de natación, gimnasia todo es un aumento progresivo hasta que normalmente a los 12 meses el paciente digamos está completamente bien

¿Es necesario referir al fisioterapeuta?

Si siempre, nosotros nos manejamos en equipo, es ilógico pensar que uno puede manejarlo todo, nuestra formación con el Dr. Moyano es el hecho de manejarlo en equipo para tener una mejor recuperación del paciente muchas veces nos ayudamos de Terapia Fisca, Medicina Interna, Reumatología, hay casos en que debemos trabajar con Psiquiatría, Psicología, Endocrinología para subir y bajar peso, hay pacientes que tienen trastornos depresivos, ansiosos por eso se necesita de otro especialista para que se encargue de eso y tener un recuperación adecuado del paciente.

¿En qué tiempo se estima una recuperación de hernia discal lumbar en un tratamiento quirúrgico?

Postquirúrgico al menos en el paciente nos manejamos así: reposo, no trabajo 3 meses, después de eso aumento de actividad progresiva durante dos meses más, es decir aumento cada vez mas de horas de trabajo y a los 6 meses ya puede trabajar normalmente a sabiendas de que le va a doler y le va a molestar pero a los 8-10 meses hasta el año el paciente deberá tener una vida normal

¿Cuáles son las recomendaciones para el fisioterapeuta en caso de que el

paciente post-quirúrgico sea referido a este profesional?

Lo más importante es saber qué es lo que se le hizo, tener una comunicación con el médico para saber que le puedes hacer, por ejemplo; en la cirugía se utilizó un trasplante de Titanio, no se puede utilizar Ultrasonido porque eso provoca micro vibraciones y hace que a la larga los tornillos se vayan a salir o se dañe el material, no hay que hacer manipulaciones demasiado fuertes, el proceso de la fase sedativa manejamos con compresas, masaje lateral no sobre la herida, magnetoterapia, el magneto ayuda a cicatrizar bastante el hueso y la piel y lo más importante es cuando estemos en la actividad de gimnasia concordemos en qué tipo de ejercicios puede realizar el paciente, me ha pasado también que algunos pacientes les mando Terapia Física y el terapeuta les dice que ya puede hacer otra cosa y me viene el paciente con dolor intenso, es importante la comunicación y tener criterio conjuntos, la idea es que uno cree su propio equipo de trabajo que tenga a alguien de confianza con el que esté trabajando y sepan al ritmo al que tú vas y cómo crees tú que te ha ido bien hasta ahora y poder coordinar el trabajo.

¿En qué tiempo debe volver el paciente para una nueva evaluación?

Nosotros siempre nos manejamos el control de consulta a los 15 días, al mes, a los 3 meses, 6 meses, 8 meses y el año.

¿Qué recomendación da para un paciente que ha sido tratado quirúrgicamente de hernia lumbar? Y vuelve a presentar dolor lumbar y presenta parestesias.

Principalmente ahí investigaría cual es la causa, porque está produciéndose, lo primero que se debe hacer en ese caso es estudios de imagen nuevamente, que se haya operado un nivel de la columna no quita que tenga otro nivel de la columna herniado, lo más importante es seguir las recomendaciones, analizar el caso nuevamente, ver si el paciente está haciendo esta todo lo que se le ha recomendado, tenemos pacientes en los cuales por ejemplo uno le opera de una espondilolistesis y no siguió las recomendaciones y volvió a los 8 meses con dolor intenso, le hicimos unas radiografías y había roto los tornillos, creo que había comenzado a entrenar jiujitsu, entonces si nosotros damos las recomendaciones las guías para que el paciente las haga pero cada persona es distinta y si no las sigue muy probablemente la recuperación es más lenta e incluso no puede llegar a recuperarse, puede que no tome bien la medicación como le estamos indicando, puede ser que no le alcance la plata para comprar el medicamento, puede que comience hacer más actividad de lo que está indicando y esta inflamado y se mantiene inflamado, pero hay que investigar muy bien cuál es la causa y ver sino hay algo que nos está afectando sea en la cirugía, sea en otra parte de la columna o sea otro componente del paciente interno o externo, psicológico o psicosocial, hay muchas veces causas laborales en las que el paciente no puede trabajar o ya no quiera trabajar en el puesto en el que esta y lo que hace es que llega a un punto en el que siente una molestia se asusta y necesita reposo, siente una molestia y necesita reposo, entonces se vuelve en un círculo vicioso en el cual el paciente nunca se recupera lo que pasa es que ya no quiere volver al trabajo y no es que no le duela, le duele, pero ahí está afectado mucho la psiquis del dolor y la respuesta del paciente al dolor, entonces hay que analizar muy detalladamente cada paciente y cada caso.



Anexo No. 2: Entrevista clínica dirigida al Fisioterapeuta tratante:

ENTREVISTA CLINICA DIRIGIDA AL FISIOTERAPEUTA TRATANTE:	
Identificación:	<div style="background-color: black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>
Título:	Licenciado en Terapia Física
¿En qué condiciones llego el paciente a su consulta? El paciente llego con un dolor muy intenso, y con una limitación al caminar.	
¿Cuál fue el diagnostico que presento el paciente? El paciente presento un diagnostico hernia L5-S1	
¿Qué aspectos toma en cuenta para planificar un tratamiento en un paciente con afectaciones discales en la zona lumbar? Primero el estadio del dolor, como él estaba en un estadio agudo entonces hay que hacerle un examen físico y en la escala del dolor nosotros vamos a ver qué es lo que vamos hacer.	
¿Hay diferencia en el protocolo a seguir para la atención a un paciente con hernia discal y protrusión discal lumbar? Si hay una diferencia primero porque cuando hay una protrusión hay que ver las características, aquí no hay una debilidad muscular en las piernas hay un simple dolor lumbar que se enfoca solamente en esa región, pero en cambio en una hernia discal es diferente ya hay debilidad muscular, dificultad para caminar hay parestesias, hay una sensación de frio de calor.	
¿Cuál fue el plan e tratamiento que diseño usted para el paciente?	

El plan que se utilizó fue corrientes interferenciales, luego pusimos ultrasonido, compresa química fría, luego cambiábamos dependiendo de la evolución del dolor si va disminuyendo o no. También se realizó ejercicios de estiramiento, fortalecimiento lumbar. El paciente realizó el tratamiento alrededor de unos 6 meses, donde había lapsos de recuperación pero a veces recaía en el mismo dolor otra vez.

¿Cómo respondió el paciente al plan de tratamiento aplicado por usted?

Si había evolución pero como le comente anteriormente el paciente recaía con las molestias cada vez.

¿El paciente cooperó con el tratamiento?

De vez en cuando, él no hizo reposo debido, él tiene un camión y parece que él también le acompañaba a trabajar al chofer

¿Qué parte del tratamiento no cumplió el paciente?

El reposo, y las recomendaciones de no levantar cosas pesadas, en cuanto a los ejercicios él sí lo hacía y era constante en los días de tratamiento.

¿Qué recomendaría para este tipo de pacientes?

Primero que exista una comunicación con el médico, el Terapeuta y el paciente, tiene que hacer lo que se le recomienda sino no va haber ninguna evolución, mejor va haber un retardo en su proceso de recuperación y el problema va a ser el médico o el licenciado nunca me dijeron que hacer



Anexo No.3. Entrevista clínica para el familiar del paciente guía del seguimiento de caso clínico.

ENTREVISTA CLÍNICA PARA EL FAMILIAR DEL PACIENTE GUÍA DEL SEGUIMIENTO DEL CASO CLÍNICO	
Identificación.	
Nombre:	[REDACTED]
Edad:	33 años
Relación con el paciente:	Esposa
Número de hijos:	3
Ocupación:	Ama de casa
¿Desde cuándo conoce que su esposo tiene dolor en la espalda?	
Desde hace tres años	
¿Cree usted que estos dolores aumentan o disminuyen con alguna actividad especial? puede referir cual es esta?	
Cuando trabaja mucho tiempo parado se aumenta el dolor tiene que estar más tiempo en reposo y cuando esta mucho tiempo sentado se le amortigua la pierna y dolor en la columna, no puede realizar actividades deportivas	
¿Qué tratamientos ha tenido su esposo?	
Ha pasado por algunos doctores, neurocirujano traumatólogos, fisioterapeutas, pero	

no tiene mucho alivio.
<p>¿Cómo la enfermedad de su esposo ha influenciado en su entorno?</p> <p>Es un poco estresante, ya que se queja del dolor cuando viene del trabajo.</p>
<p>¿Cuáles son las molestias más evidentes que su esposo presenta?</p> <p>El dolor de la columna, le quema la pierna a ratos se enfría.</p>
<p>¿Cree usted que su esposo ha cumplido a cabalidad con las recomendaciones que han sido descritas por los profesionales de la salud?</p> <p>No, porque no ha hecho caso, a veces a dejado a medias el tratamiento de la medicación, el dice que le afecta a la gastritis entonces el ya no quiere las pastillas.</p>
<p>¿Qué tiempo su esposo viene acarreado este problema?</p> <p>A partir de que se opero la columna, a partir de los 15 días que le operaron ya l empezó a doler la columna, aumento la intensidad.</p>
<p>¿Cree usted que los tratamientos individuales que ha recibido su familiar por parte de los profesionales de la salud? Por qué?</p> <p>La Terapia Física es lo único que ha tenido efecto, porque le alivia el dolor, pero luego le regresa, antes de operarse se hizo una infiltración y si tuvo efecto, sino que empezó a jugar de nuevo y el dolor le regreso.</p>
<p>¿Qué actividades de la vida diaria le ayudaba a realizar a su esposo?</p> <p>Cuando no puede llevar los objetos pesados le ayudo, hace un tiempo le ayudaba a cortarse las uñas de los pies o a ponerse las medias, cuando se le cae al piso yo tengo que alzar.</p>
<p>¿Cree usted que los ingresos económicos se han visto afectados a causa de la enfermedad de su familiar?</p> <p>Sí, porque se gasta a diario, ya sea pastillas, al mes se gasta entre pastillas, consultas y tratamientos unos 300 dólares</p>
<p>¿Qué expectativas sobre el tratamiento tiene usted?</p> <p>Que él se cure completamente para que pueda hacer una vida normal.</p>



Anexo No. 4: Entrevista para el paciente guía del seguimiento de caso clínico

ENTREVISTA CLÍNICA PARA EL PACIENTE GUÍA DEL SEGUIMIENTO DE CASO CLÍNICO			
Identificación.			
Nombre:	[REDACTED]	Jornada de trabajo y horario:	Lunes-sábado Lunes: 8:00/6:00 Sábado: 8:00/12:00
Edad:	36 años	Estado civil:	Casado
Dirección:	Ambato, Huachi, barrio Solís	Número de hijos	3
Ocupación:	Empleado privado	Hábitos:	Fumador/ bebedor
¿Cómo empezó el problema que hoy en día presenta?			
Tuve un accidente de tránsito en un vehículo, donde fue aumentado el dolor de la espalda poco a poco hasta llegar a la pierna.			
¿Hace que tiempo comenzó con el problema?			
Hace unos tres años y medio			
¿Qué tratamientos ha recibido para resolver su problema?			
Tuve la oportunidad de ir a un médico privado que me recomendaron en Riobamba el			

me infiltró unas tres veces a la columna y comenzó a desaparecer un poco el dolor y al pasar el tiempo a unos tres meses yo volví a jugar y de nuevo volvió el dolor de la columna y la pierna, pero con más intensidad. También fui a una clínica privada donde me aplicaron Ozonoterapia, pero el tratamiento hacía que me diera más que antes, entonces decidí sacarme el tratamiento consistía en ponerme una inyección a la columna y me pusieron una manguerita para mandarme el ozono pero no dio resultado, tuve tratamiento de Terapia me enseñaron ejercicios, me aplicaba corriente, compresas, masaje, si me aliviaba el dolor pero con el pasar de los días regresaba el dolor, me fui al IESS me revisaron y me dijeron que era operación y después me revisaron en el Hospital Metropolitano y me sugirieron operarme.

¿cuál es el problema actual:

Dolor de la columna y amortiguamiento de la pierna.

¿Qué es lo que más le molesta?

El dolor en la columna.

¿Qué limitaciones le ocasiona el problema actual?

No poder hacer el trabajo por mi cuenta, sino depender de otra persona para que me ayude a llevar algo pesado, caminar también me limita bastante, estar sentado viajar, los deporte aun no puedo realizar y en el ámbito sexual no es lo mismo.

¿Cómo perjudica el problema a la vida familiar, laboral o social?

En lo laboral me ocasiona problemas no puedo solucionar las cosas pesadas, no poder manejar a viajes largos, en lo familiar es en la parte de mi esposa de mis hijas no puedo estar bien con ellos, me limito a ir a reuniones porque no puedo estar mucho tiempo parado o sentado.

¿Ha cumplido a cabalidad los tratamientos descritos por los profesionales de la salud?

No, si me he desmandado en algunas cosas no he hecho lo que es debido, he tomado he fumado entonces siempre va a retrasar, la medicina también me olvidado de tomar y eso influye en el tratamiento. Tuve un poco de reposo luego de la operación, pero en cuanto a las recomendaciones me excedía si me pedían que camine unos 10 minutos yo

caminaba unos 20 0 30.

¿Cuáles son sus expectativas del tratamiento fisioterapéutico:

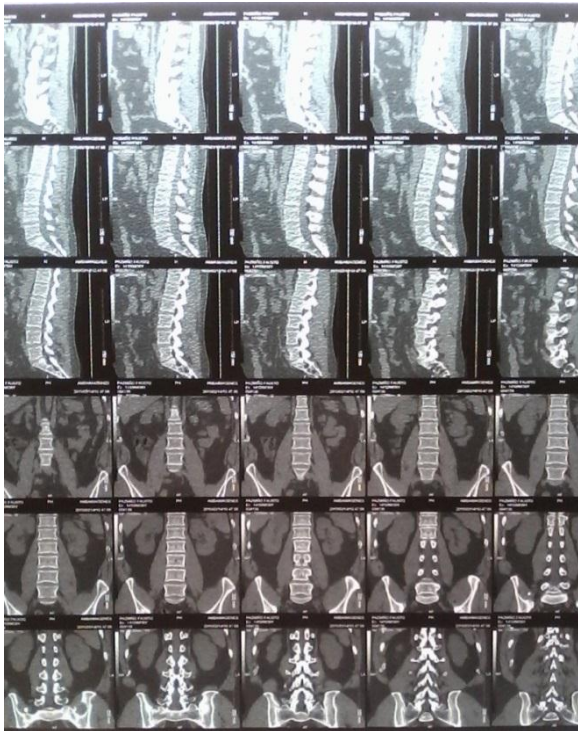
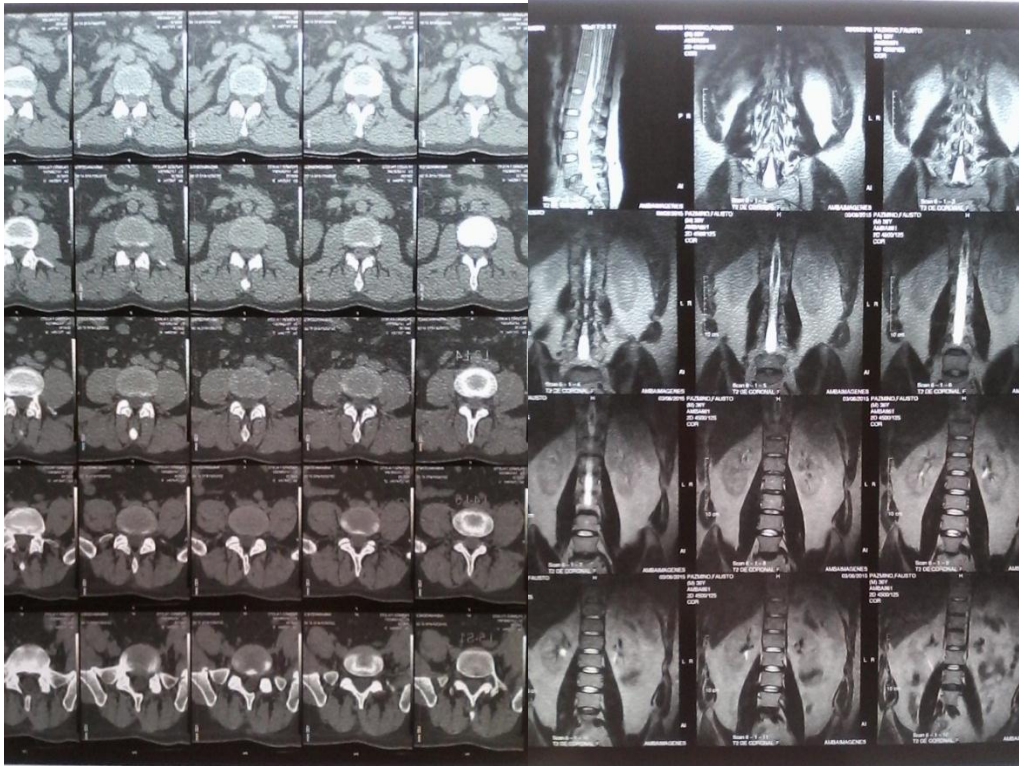
Mejor el dolor y también que ya no exista el amortiguamiento de la pierna para poder hacer las cosas normales.

¿Cree que es importante la relación del Fisioterapeuta con el paciente?:

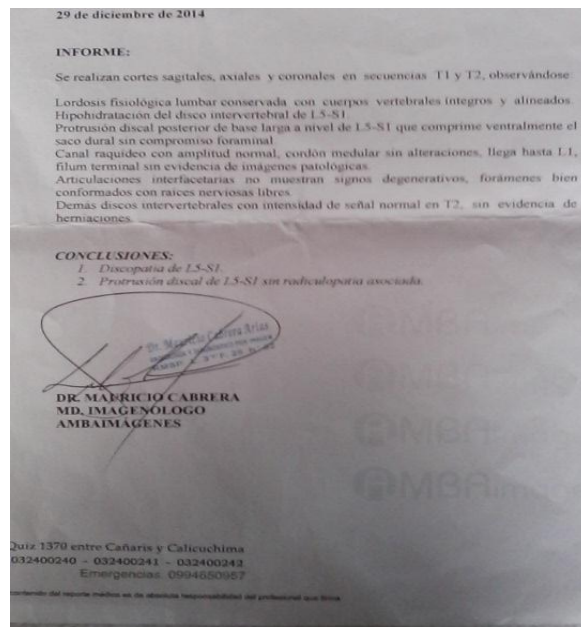
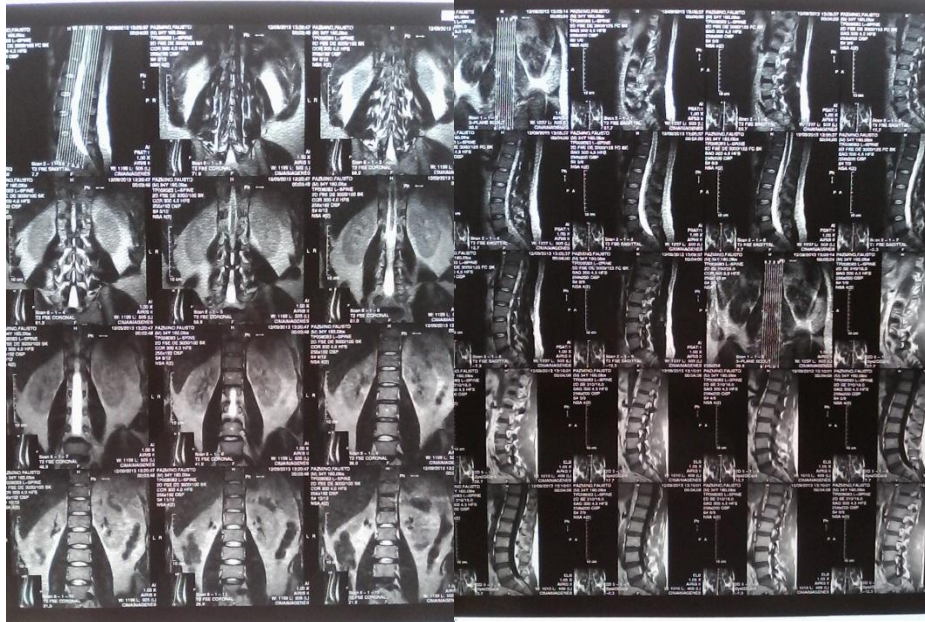
Si bastante importante porque el momento que viene hacer la terapia le explican el tipo de tratamiento que se va a realizar para mejorar la condición de salud.

Anexo No. 5: Exámenes complementarios de imagen con su respectiva cronología

Anexo No. 5.1: Tomografía Axial Computarizada de columna lumbar, sin diagnóstico



Anexo No. 5.2: Resonancia Magnetica de columna lumbar; Discopatía Lumbar de L5-S1



Anexo No. 5.3: Hemograma, para administración de medicamento corticoesteroides

Al cuidado de su salud

Dirección: Eloy Alfaro & Rocafuerte Teléfonos: 2424648-0984740108

Doctor: Emilio Vega
Paciente: Sr. Fausto Pazmiño **Edad: 36 años**

HEMOGRAMA

PARAMETRO	RESULTADO	UNIDADES	VALOR REFERENCIAL
Hematocrito	47	%	40 - 54
Hemoglobina	14.7	g/100 ml	12.0 - 17.0
Globulos Blancos	6.000	/mm ³	5.000 - 10.000
Globulos Rojos	5'170	X1000/mm ³	4.500- 5.500
Segmentados	58	%	45-65
Linfocitos	37	%	35-55
Monocitos	03	%	3-8
Eosinófilos	02	%	1-4
VCM	92.1	fl	96 - 108
HbCM	28.8	Pg	32.0 - 34.0
CHbCM	31.3	g/dl	32- 33

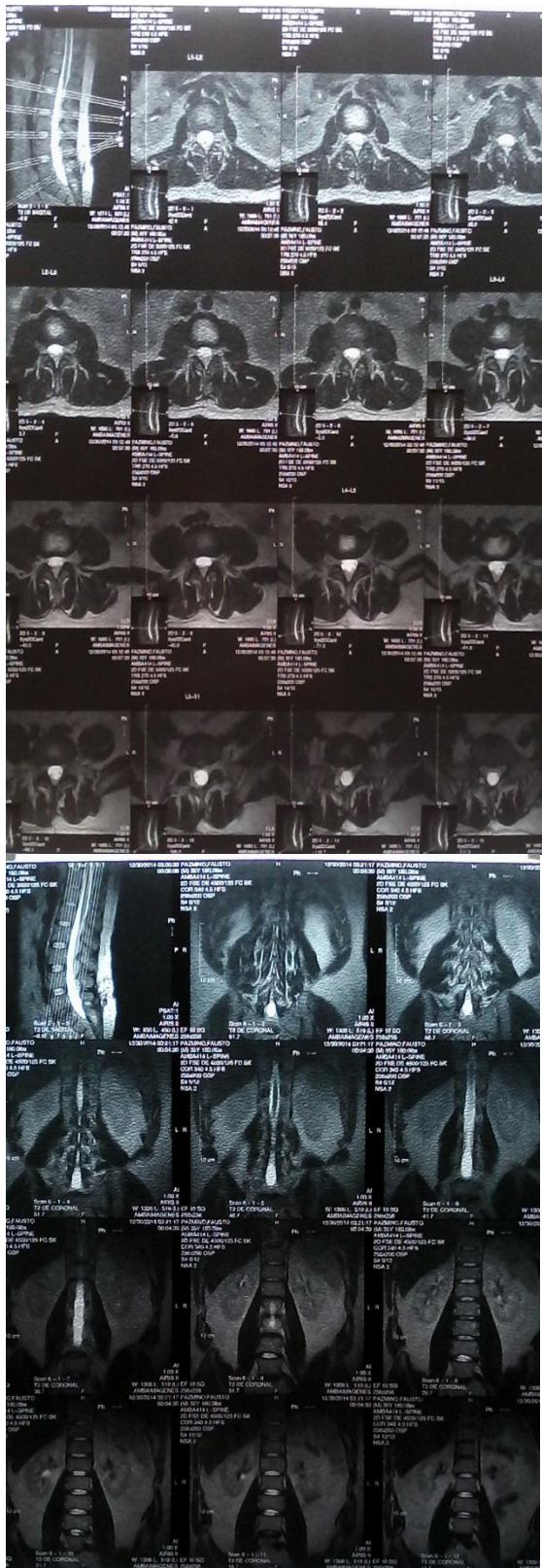
PRUEBAS REUMÁTICAS

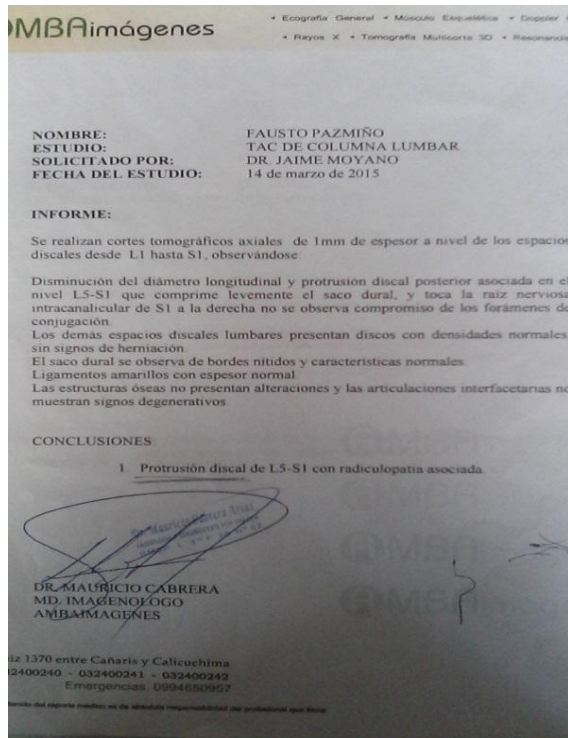
PARAMETRO	RESULTADO	UNIDADES	VALOR DE REFERENCIA
P.C.R.	6	mg/dl	Hasta 6 mg/dl

[Firma]
05 MAY 2011

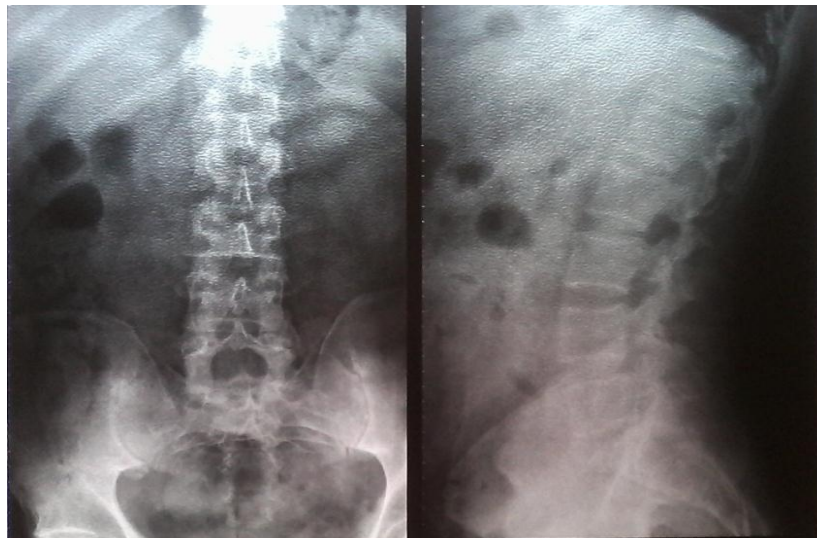
Anexo No. 5.4: Tomografía Axial Computarizada de columna lumbar, Protrusión discal de L5-S1, con radiculopatía asociada.

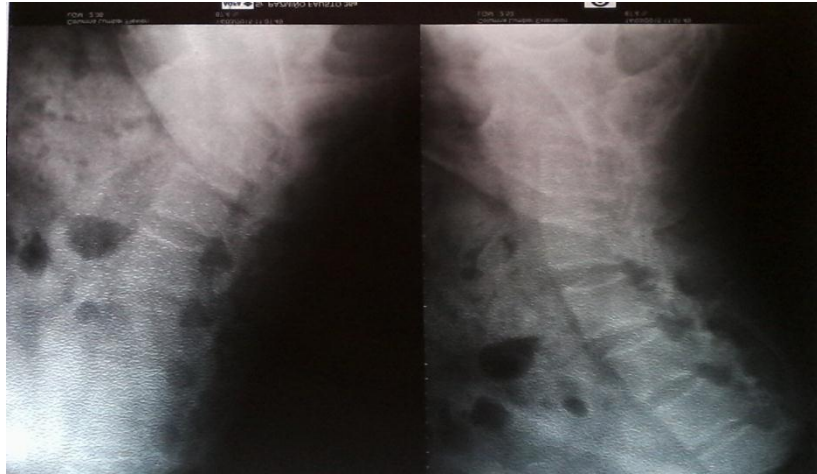






Anexo No. 5.5: Radiografía de columna lumbar, Pinzamiento discal de L5-S1, con obliteración en los forámenes de conjugación, en las proyecciones de extensión





NOMBRE: FAUSTO PAZMIÑO
ESTUDIO: RX DE COLUMNA LUMBAR AP, LAT Y FUNCIONALES
SOLICITADO POR: DR. JAIME MOYANO
FECHA DEL ESTUDIO: 14 de marzo de 2015

INFORME:
 Columna lumbar central con lordosis conservada.
 Pinzamiento discal de L5-S1
 Los cuerpos vertebrales y demás espacios discales y canal raquídeo se presentan normales
 No se aprecian signos de enfermedad degenerativa ósea
 En la proyección de flexión no se observa lesiones del esqueleto axial
 En las proyecciones laterales y de extensión se observa disminución de los diámetros de los forámenes de conjugación en el nivel L5-S1.

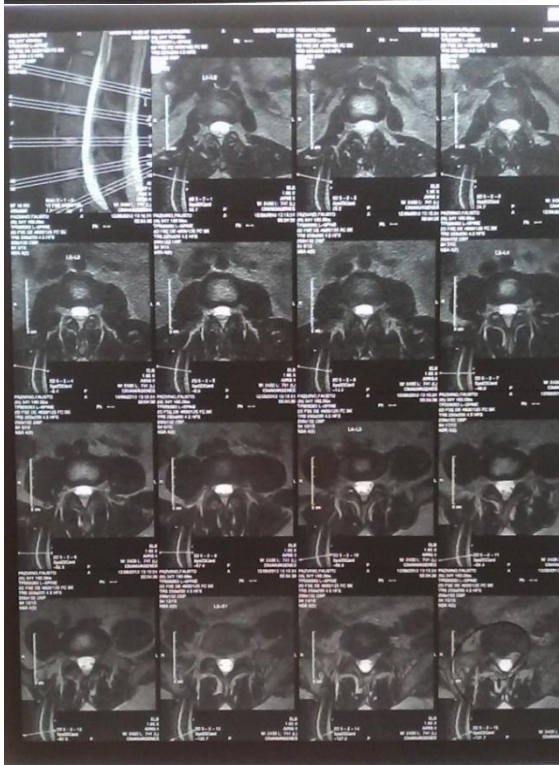
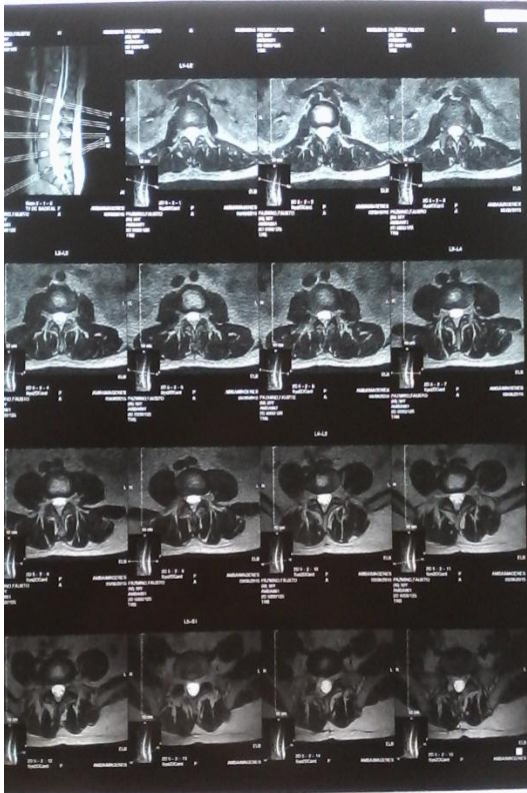
CONCLUSIONES
 1 Pinzamiento discal de L5-S1 con obliteración de los forámenes de conjugación en las proyecciones de extensión.

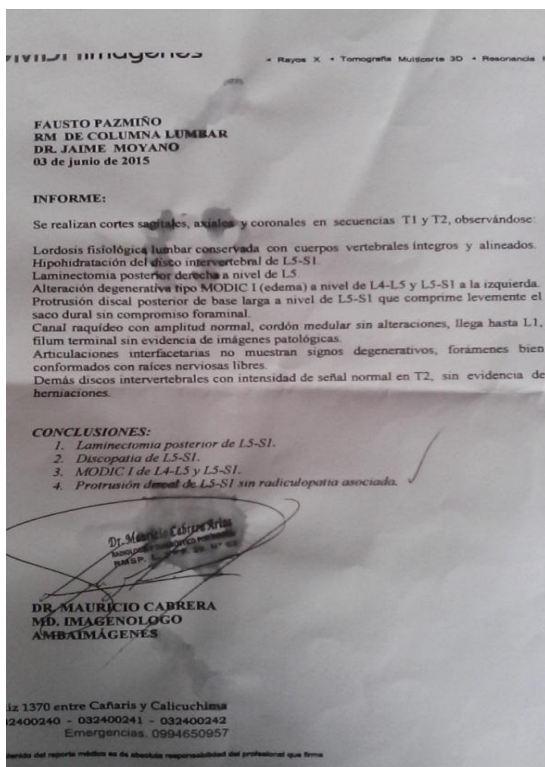
DR. MAURICIO CABRERA
 MD. IMAGENÓLOGO
 (CIMA-IMÁGENES)

Av. 1370 entre Cañaris y Callescúchima
 02400240 - 032400241 - 032400343
 Emergencias: 0324620057

Anexo No. 5.6: Resonancia Magnética de columna lumbar, Laminectomia posterior de L5-S1, Disectomia de L5-S1, Modic I de L4-L5 / L5-S1, Protrusion discal de L5-S1, sin radiculopatía asociada.







Anexo No. 5.7: Historia clínica Fisioterapéutica

HISTORIA CLÍNICA FISIOTERAPÉUTICA			
Nombre: Fausto Iván Pazmiño	Edad: 36	Sexo: masculino	Fecha de registro: 18/07/2015
Anamnesis:			
Enfermedades previas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipertiroidismo ▪ Gastritis 		Otras enfermedades: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estreñimiento ▪ Pinzamiento lumbar L5-S1 	
Patología familiar: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ninguna 			
Síntomas durante el último año: <ul style="list-style-type: none"> ▪ dolor lumbar ▪ parestesias en pierna derecha ▪ pérdida de fuerza muscular pierna derecha 			
Otros síntomas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ molestias estomacales 			

Intervenciones quirúrgicas: <ul style="list-style-type: none"> · SI (1) 	Fecha y tipo de intervención Quirúrgicas: <ul style="list-style-type: none"> · disectomía lumbar L5-S1 (19/septiembre/2014) 		
Tratamientos previos al problema actual: <ul style="list-style-type: none"> · tratamiento de ozonoterapia · infiltraciones en la columna lumbar L5-S1 · Terapia Física · Medicación 	El paciente encontró mejoría. <ul style="list-style-type: none"> · Ninguna mejoría aparente · En la primera ocasión sintió mejoría, en la segunda ocasión el tratamiento no resulto favorable · Con el tratamiento había ocasiones que sentía algo de mejoría, luego recaía en el dolor. · La medicación le ayudaba a controlar el dolor pero las molestias estomacales hizo que el paciente las suspenda. 		
Otros tratamientos: <ul style="list-style-type: none"> · Bloqueo facetario · Tratamiento con cortico-esteroides. 			
El paciente a consultado a Fisioterapeutas/Médicos Especialistas: <ul style="list-style-type: none"> · (1) especialista ozonoterapia · (4) médicos traumatólogos especialistas · (1) fisioterapeuta 			
Expectativas del paciente: <ul style="list-style-type: none"> · Desaparecer el dolor lumbar y el amortiguamiento de la pierna derecha · Retomar las actividades diarias y deportivas a las que estaba acostumbrado 	Expectativas familiares: <ul style="list-style-type: none"> · Mejoramiento total para que pueda hacer las cosas a las que estaba acostumbrado. 		
Hábitos de salud:			
Paciente fumador:	# de cigarrillos:	Paciente	# de cigarrillos:

	3-4 cigarrillos diarios	ex fumador:	
Paciente bebedor:	Los fines de semana	Realiza ejercicio:	Ya no por la condición de dolor que presenta
Exploración: Exploración física:			
Peso: 171 libras	Talla:	1 metro y 70 centímetros	Índice de masa corporal (IMC): 26.88 kg
Exploraciones complementarias:			
Observación:	Marcha normal		
Percusión:	percusión en apófisis espinosas lumbares (14-15) causaron dolor irradiado hacia la pierna derecha		
Palpación:			
• Columna lumbar:	Cicatriz post-quirúrgica + contractura muscular en zona lumbar		
• Columna sacra:	Sin hallazgos relevantes		
• Miembro inferior:	Test Laségue positivo (70°) + puntos de Valleix (+) + acortamiento de la musculatura de los isquiotibiales.		
Hallazgos relevantes:	Dolor lumbar de lado derecho, por encima de la cresta iliaca postero superior		
Tratamiento farmacológico:			
El paciente tiene prescrito para el problema actual:	<ul style="list-style-type: none"> • Trama long 150 mg • Lyrica 300 mg 	Se auto medica con:	Ninguna
Especificación sobre la medicación:	<ul style="list-style-type: none"> • Trama long 150mg (analgésico para dolor de moderado a severo) • Lyrica 300 mg (neuromoduladores, específico para el dolor neuropático) 	Otra medicación:	Ninguna
Exámenes complementarios:			

• RX	Pinzamiento lumbar L5-S1		
• TAC	Protusión discal lumbar L5-S1, con radiculopatía asociada		
• RMN	Protusión discal lumbar L5-S1		
Situación social:			
Paciente convive con:	Esposa + 3 hijos	Su situación laboral es:	Estable
Su ocupación laboral es:	Mensajero	Para acceder a su vivienda dispone de:	Vehículo particular
Utiliza como ayuda/s técnica/s	Ninguna		
Nivel de funcionalidad:			
Paciente presenta dificultad en:	<ul style="list-style-type: none"> • Pasar mucho tiempo parado o sentado • Cargar objetos pesados 	Paciente presenta dificultad para el auto cuidado en:	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
Paciente presenta dificultad para actividades del hogar en:	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados personales para su hijo de 1 año 	Paciente presenta dificultades para las actividades sociales en:	<ul style="list-style-type: none"> • Bailar • Pasar mucho tiempo sentado o parado
Diagnóstico:			
Diagnostico principal del fisioterapeuta:	<ul style="list-style-type: none"> • Protusión discal lumbar L5-S1, con radiculopatía asociada + Pinzamiento de la zona Lumbar + acortamiento de los isquiotibiales 		
Plan de tratamiento:			
Descripción de la fase 1:	<ul style="list-style-type: none"> • Etapa sedativa 		
Descripción de la fase 2:	<ul style="list-style-type: none"> • Flexibilidad y fortalecimiento progresivo 		
Descripción de la fase 3:	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento muscular abdominal y lumbar 		
Descripción de la fase 4:	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciación e integración completa de las actividades de la vida diaria 		
Expectativas del fisioterapeuta:	Cumplir con las expectativas del paciente y de su familia, cumplir con los objetivos pre-establecidos en cada fase del plan de tratamiento.		