Año 2011 Número 7

FisioGlobal

ISSN 2013-6056

La Revista Científica Iberoamericana del Método Mézières y terapias globales

ARTÍCULOS

PS | Un programa corto de fisioterapia asociado a un programa educativo mejora la calidad de vida en pacientes con dolor lumbar.
HUME C, RAMÍREZ-MORENO J.

PS | La motivación es una buena estrategia adicional a la fisioterapia en pacientes con lumbalgia inespecífica del adulto.
RAMÍREZ-MORENO J. HUME C.

RV | Qué terapias conservadoras tienen mayor evidencia científica para la prevención de la lumbalgia: Síntesis de GPC.
HUME C, RAMÍREZ-MORENO J.

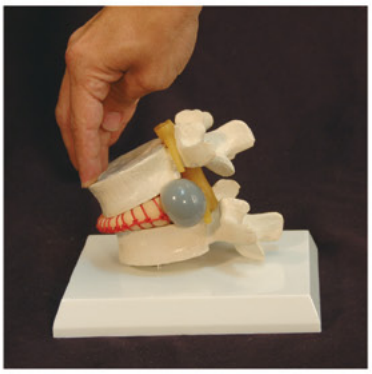
CC | La lumbalgia inespecífica del deportista juvenil tratada mediante terapias globales para la mejora del dolor y la postura.
FRUCTUOSO A.

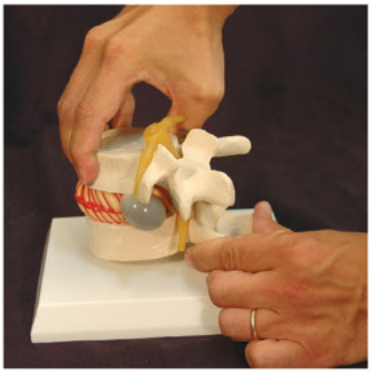
RF | El mezierista frente al dolor.
FREYSSINET-ENJALBERT B.

ifGM
Instituto Fisioterapia Global Mézières

vertebral simulator

único en el mercado





Este innovador modelo muestra el mecanismo lesional de una hernia discal posterolateral.

El simulador demuestra **dinámicamente** como el disco intervertebral se protusiona por flexión y/o torsión vertebral.

Precio promocional FisioGlobal

59 € IVA INCLUIDO

teléfono pedidos

678 70 48 81

info@vertebralsimulator.com
www.vertebralsimulator.com

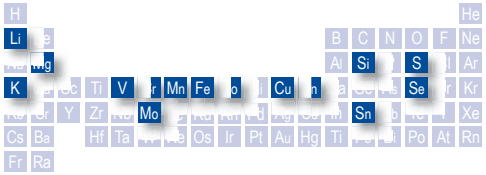
ERGYVIOL

OLIGOELEMENTOS

CALIDAD
EFICACIA
BIODISPONIBILIDAD

El consumo de complementos alimenticios no puede sustituir un tratamiento médico. Disponibles en establecimientos dedicados a la salud.

una solución natural



NUTERGIA *especializado desde 1988 en la investigación y el desarrollo de complementos alimenticios de calidad.*

LABORATORIOS NUTERGIA
La Nutrición Celular Activa

Paseo de Francia, 14
20012 SAN SEBASTIAN
Tel. : (34) 943 459 102
Fax : (34) 943 465 102
informacion@nutergia.es
Internet : www.nutergia.es

Editorial

La evidencia científica en la lumbalgia a través de la GPC y publicaciones secundarias

Juan Ramón REVILLA

La Fisioterapia Basada en la Evidencia (FBE) se puede definir como la aplicación consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible, para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes, teniendo en cuenta sus preferencias y valores, e incorporando la pericia profesional en esta toma de decisiones. El ensayo clinico aleatorio (ECA) y las revisiones sistematicas (RS) de ECAs, son considerados actualmente como el "gold standard" para la valoración del beneficio de los tratamientos. Las Guías de práctica clínica (GPC) formuladas a partir de RS y ECAs, incluyen recomendaciones que persiguen optimizar la atención al paciente. Pretenden resumir el conocimiento científico y ayudar al clínico a tomar la mejor decisión sobre sus intervenciones. Pero acceder a toda esta información no es fácil. Miles de revistas, millones de artículos, metodologías complejas…y además la barrera idiomática. Desde FisioGlobal hemos querido ayudar un poco a nuestros lectores en la "selva" de la información científica. En este número podréis encontrar una síntesis de una GPC y dos revisiones críticas de sendos ECA, publicados originalmente en inglés, y cuyo tema es uno de los tópicos más frecuentes en fisioterapia: la valoración del impacto de las intervenciones en el dolor lumbar. Sin duda éste es el trastorno musculesquelético más prevalente y también el más estudiado. De este modo comenzamos una nueva época de esta joven revista, como publicación secundaria en fisioterapia, con la idea de ocupar un vacío existente en este área del conocimiento.

José Ramírez y Cristina Hume han realizado este trabajo de búsqueda, filtro de la información y síntesis de las aportaciones científicas; así como el comentario crítico fundamentado, con el objetivo de facilitar al lector el análisis crítico y la valoración de la fuerza de la recomendación de los artículos analizados.

En el apartado Reflexiones, Beatrice Freyssinet nos propone un viaje muy personal al mundo del dolor y sus experiencias al respecto tras años de práctica como fisioterapeuta. Completa este número de Fisioglobal un caso clínico presentado por Angel Fructuoso sobre el tratamiento realizado a un joven deportista de 11 años con lumbalgia inespecífica en base a la práctica del Método Mézières.

Es evidente que queda un largo camino por recorrer para acercar la fisioterapia, y más aún la fisioterapia global, a los criterios metodológicos de la evidencia científica. Ese debe ser un gran objetivo, sin duda, de nuestra profesión. Pero ello no debe confundirnos. La evidencia clínica y la experiencia profesional deben marcar el camino de las investigaciones y no al revés. Si la investigación en fisioterapia se separa de la realidad profesional cotidiana cometeremos un error, que otros ya cometieron antes… No debemos menospreciar la experiencia de décadas de trabajo empírico de miles de fisioterapeutas, quizá faltos de rigor metodológico; pero que han permitido a nuestra joven profesión avanzar y solucionar los problemas reales de los pacientes. Decía Newton que había llegado a sus descubrimientos gracias a que se había subido "a hombros de gigantes", en referencia a los científicos que le habían precedido. Él se había apoyado y basado en el trabajo de otros. Nuestra profesión tan joven y con cierto complejo de inferioridad forjado en décadas de poca valoración académica, no debe cometer el fallo de despreciar el trabajo de nuestros predecesores. No les menospreciemos por no ser "científicos". Valoremos sus aportaciones y mejorémoslas incorporando el rigor metodológico sin que éste se convierta en una faja restrictiva y limitadora de la creatividad. No olvidemos nunca que la fisioterapia es una ciencia de personas para las personas, que precisa de profesionales que la apliquen cada día como si fuera una obra de arte.

Buena lectura y buena suerte

La Revista Científica Iberoamericana DEL MÉTODO MÉZIÈRES Y TERAPIAS GLOBALES

ISSN 2013-6056

Edición
Instituto de Fisioterapia Global Mézières, S.L.
Revista difundida por IFGM gratuitamente a los socios de AMIF y disponible para el resto de profesionales previa suscripción

Responsables de la publicación
José Ramírez Moreno
Juan Ramón Revilla Gutiérrez

Colaboran en este número
Juan Ramón Revilla
Cristina Hume
José Ramírez-Moreno
Ángel Fructuoso
Béatrice Freyssinet-Enjalbert

Entidades colaboradoras
Asociación Mezierista Iberoamericana de Fisioterapia

Association Mézièriste Internationale de Kinésithérapie

Dirigida a
Fisioterapeutas y a profesionales de la salud con interés sobre las terapias globales.

Periodicidad: 2 números al año

Suscripciones
E-mail: ifgm@kinemez.com
www.metodo-mezieres.com

Tarifa suscripción anual
Socios AMIF.....gratuita
Versión digital.....gratuita (no imprimible)
Profesionales.....35 € (papel)
Estudiantes de fisioterapia.....20 € (papel)

* precio no incluido gastos de envio

Impresión
Imprevasa
www.imprevasa.com

Depósito legal: B-42478-2009

SUMARIO N° 7

EDITORIAL
3 La evidencia científica en la lumbalgia a través de la GPC y publicaciones secundarias
REVILLA Juan Ramón

ARTÍCULOS
5 PS | Un programa corto de fisioterapia asociado a un programa educativo mejora la calidad de vida en pacientes con dolor lumbar
HUME C., RAMIREZ-MORENO J.

8 PS | La motivación es una buena estrategia adicional a la fisioterapia en pacientes con lumbalgia inespecífica del adulto
RAMÍREZ-MORENO J, HUME C.

11 RV | Qué terapias conservadoras tienen mayor evidencia científica para la prevención de la lumbalgia: Síntesis de GPC
HUME C, RAMÍREZ-MORENO J.

CASO CLÍNICO
13 CC | La lumbalgia inespecífica del deportista juvenil tratada mediante terapias globales para la mejora del dolor y la postura
FRUCTUOSO GARCÍA A.

REFLEXIONES GLOBALES
19 RF | El mezierista frente al dolor
FREYSSINET-ENJALBERT B.

24 AGENDA y LECTURAS RECOMENDADAS

25 FORMACIÓN BASE

ABREVIATURAS
OR | Original
AP | Artículos Publicados
PS | Publicación Secundaria
CC | Casos clínicos
RV | Revisión
RF | Reflexiones

La revista FisioGlobal está editada por IFGM, s.l. , reservados todos los derechos. No puede reproducirse, almacenarse en un sistema de recuperación o transmitirse en forma alguna por medio de cualquier procedimiento sea éste mecánico, electrónico, de fotocopia, grabación o cualquier otro, sin el previo permiso escrito del editor. Cada artículo está publicado bajo la sola responsabilidad de su autor.
LOPD: Informamos a los lectores que, según la ley 15/1999 de 13 de diciembre, sus datos personales forman parte de la base de datos de IFGM, S. L. Sí desea realizar cualquier rectificación o cancelación de los mismos, deberá enviar una solicitud por escrito al mail: rcifm@kinemez.com

PUBLICACIÓN SECUNDARIA

HUME C

Fisioterapeuta mezierista. Centre de Fisioteràpia KineMez. Barcelona. Profesora colaboradora en la formación Mézières por IFGM. Barcelona.

RAMÍREZ-MORENO J

Fisioterapeuta mezierista. Profesor asociado Universitat Internacional de Catalunya. Codirector Instituto Fisioterapia Global Mézières. Codirector Centre de Fisioteràpia KineMez. Barcelona.

Correspondencia
José Ramírez Moreno
jramirez@kinemez.com

UN PROGRAMA CORTO DE FISIOTERAPIA ASOCIADO A UN PROGRAMA EDUCATIVO MEJORA LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DOLOR LUMBAR.

PALABRAS CLAVE
Dolor lumbar; Educación; Fisioterapia; Ensayo clínico randomizado.

KEY WORDS
Low back pain; Primary care; Education; Physiotherapy; Randomized clinical trial.

FECHA DE RECEPCIÓN 11/06/2011
FECHA DE ACEPTACIÓN 21/07/2011
FECHA DE PUBLICACIÓN 27/12/2011

RESUMEN ESTRUCTURADO

Título: Albaladejo C, Kovacs F M, Royuela A, Del Pino R, Zamora J, y The Spanish Back Pain Research Network. The Efficacy of a Short Education Program and a Short Physiotherapy Program for Treating Low Back Pain in Primary Care. Spine. 2010; 35(5):483-496.

Objetivo: Evaluar la eficacia de un programa corto educativo y un programa corto de fisioterapia para tratar el dolor lumbar en atención primaria. Diseño: Ensayo clínico aleatorizado por grupos.

Lugar Geográfico: Ocho centros de atención primaria del Servicio Nacional de Salud Español de Valladolid, España.

Población de estudio: 348 pacientes que solicitaron atención de salud por dolor lumbar, con o sin dolor referido, sin signos indicadores de enfermedades sistémicas o remisión a cirugías. Los criterios de exclusión fueron la falta de habilidad para rellenar cuestionarios o leer un folleto, encontrarse habitualmente postrado en cama, haber sido remitido a fisioterapia en los últimos 12 meses, ser diagnosticado de alguna enfermedad reumatológica inflamatoria, fibromialgia o signos de sospecha.

Intervención: Se asignaron 109 pacientes al grupo control, 139 al grupo educación y 100 al grupo educación con fisioterapia. Todos los pacientes recibieron el tratamiento habitual para el dolor lumbar en el Servicio Nacional de Salud Español pautado por su médico de atención primaria basado en asesoramiento y tratamiento farmacológico. Además, a este "grupo control" se les entregó un folleto con hábitos saludables de nutrición además de una charla grupal de 15 minutos con un mensaje consistente. A los pacientes tratados por médicos asignados al "grupo de educación" se les entregó un libro sobre la espalda (Back Book), y recibieron una charla de 15 minutos. Los pacientes tratados por médicos asignados en el "grupo de educación más fisioterapia", recibieron el mismo programa que los pacientes del grupo de educación pero además, recibieron un folleto sobre higiene postural y una segunda charla grupal de 15 minutos con información consistente, enfocada especialmente en manipulación de cargas. También tuvieron 4 sesiones grupales (no más de 10 personas por grupo) de 1 hora de duración en días consecutivos. Las sesiones fueron dirigidas por un fisioterapeuta con más de 10 años de experiencia en el terreno de las algias vertebrales. Durante las sesiones se les enseño técnicas de relajación, estiramientos y ejercicios activos para abdominales, extensores de columna lumbar y torácica, psoas, isquiotibiales y músculos de la pelvis según un protocolo preestablecido. Los estiramientos y ejercicios activos fueron estandarizados, aunque la intensidad se adaptó a las habilidades de cada paciente. Se les aconsejó fuertemente practicar estos mismos ejercicios en su domicilio al término de cada sesión. Las sesiones educativas estaban formadas por grupos de 15 pacientes o menos, las de higiene postural fueron pautadas por el fisioterapeuta. Las otras charlas grupales en los 3 grupos fueron realizadas por el mismo médico de cada grupo, quién conocía si los asistentes habían sido asignados al grupo control o experimental, pero no si el grupo experimental correspondía a educación o educación mas fisioterapia.

Medición del resultado: Los pacientes fueron evaluados inmediatamente al ser reclutados, luego 90 y 180 días después. La intensidad del dolor lumbar y dolor referido se midió con una escala visual analógica (VAS) de 10 cm. La discapacidad se midió con la versión española del Cuestionario Rolan Morris (RMQ), catastrofismo con la versión española del cuestionario de estrategias de afrontamiento Coping Strategies Questionnaire (CSQ), y calidad de vida con el SF-12 (tabla I).

Resultados principales: No hubo pérdidas en el seguimiento. La evolución en VAS, RMQ, CSQ, PCS y MCS SF-12, así como la evaluación subjetiva del paciente y la satisfacción con los cuidados fueron en general mejores en el grupo experimental (educación y educación más fisioterapia), los resultados en los 2 grupos experimentales fueron similares. 180 días después de la intervención, la suma de educación con participación activa del paciente asociada al tratamiento habitual, llevó a una mejora en la discapacidad de 2 puntos RMQ (95% CI 1.3-2.7), que se incrementaron a 2.2 (CI 1.4-3.0) puntos RMQ cuando se sumo fisioterapia y educación con higiene postural. En general, los resultados fueron similares, aunque a los 90 días fueron ligeramente peores que a los 180 días. A los 90 días, la evolución del dolor lumbar, dolor referido y catastrofismo fue ligeramente mejor en el grupo educación que en el grupo educación con fisioterapia.

Conclusión: Un programa corto de educación con participación activa mejoró la discapacidad, severidad del dolor, catastrofismo y calidad de vida de los pacientes con dolor lumbar en atención primaria. Los resultados en general fueron reconocibles a los 3 meses y mejoraron a los 6 meses. Sus efectos fueron estadísticamente significativos pero de magnitud pequeña, aunque a los 6 meses superan el punto de corte para la relevancia clínica relacionada con la severidad del dolor lumbar (1.5 puntos VAS) y sólo está próximo al punto de corte la discapacidad (2.5 puntos RMQ). El tratamiento habitual en el grupo control no produjo prácticamente ninguna mejoría. Aunque pequeños, los beneficios de un programa que sólo consiste en la entrega de un folleto y una charla grupal de 15 minutos pueden ser de un potencial clínico, especialmente en atención primaria. La suma de un segundo programa educativo corto en higiene postural y 4 sesiones de 1 hora de fisioterapia sólo llevó a ligeras mejoras en los resultados, clínicamente irrelevantes.

Conflictos de interés: No existe

Fuente de financiación: Con el apoyo de fondos del gobierno regional de Castilla-León y la Fundación Kovacs.

Tabla I: Síntesis metodológica

68 médicos rehabilitadores (23 médicos por grupo)		
Grupo Control N=139	Grupo Educación N=109	Grupo Educación + Fisioterapia N=100
Tratamiento habitual	Tratamiento habitual	Tratamiento habitual
+	+	+
Consejos hábitos alimentación	Back Book	Back Book
	+	+
	Educación activa (charla 15 min.)	Educación activa (charla 15 min.).
		+
		Higiene postural
		+
		Fisioterapia en grupo y en domicilio
Evaluación (inmediata, 90 y 180 días)		
VAS (Visual Analog Scale)		
RMQ (Questionnaire Rolan Morris) www.rmdq.org		
CSQ (Coping Strategies Questionnaire) Rosenstiel A, Keefe F. The use of coping strategies in chronic low back pain: relationship to patient characteristics and current adjustment. Pain 1983; 17: 33-44.		
SF-12 (Quality of life) www.iqola.org		

COMENTARIO CRÍTICO

Justificación: el dolor lumbar representa una alta prevalencia y puede presentarse en distintos grupos etarios y clases sociales. Los ejercicios han demostrado reducir ciertos aspectos del dolor lumbar. La educación/back schools ha sido fuente de investigación reciente, siendo especialmente importante como complemento a programas de fisioterapia. Debido a la dificultad de implementar programas de educación o fisioterapia prolongados en atención primaria, el objetivo de éste estudio fue evaluar la eficacia de la implementación de un programa de educación y de fisioterapia corto.

Validez o rigor científico: En este ensayo clínico se aleatorizó a nivel de médico de acuerdo con una tabla de números aleatorios, de donde se extrajeron sobres opacos y sellados con cada asignación y de acuerdo al orden con el cual respondieron a la invitación a participar en el estudio. Hubo enmascaramiento de los pacientes y de los clínicos. No hubieron pérdidas. Con respecto a las características basales al comienzo del estudio, se observa cierta diferencia en cuanto a la cronicidad de los síntomas de dolor lumbar. En el grupo control un 89% presentaba síntomas mayores a 3 meses, en comparación con el 78.1% del grupo educación y 71.6% del grupo educación+fisioterapia, de todas maneras el autor manifiesta esta diferencia en el apartado de resultados. Los pacientes seleccionados procedían de la provincia de Valladolid desconociendo el nivel cultural de los mismos o si procedían mayoritariamente del área urbana o rural. Todos los pacientes recibieron tratamiento habitual por parte de su médico de atención primaria, pudiendo existir co-intervenciones como consejos adicionales y tratamiento farmacológico con el mismo criterio para todos los grupos. Los resultados se presentan en tablas utilizando la mediana y el rango intercuartílico en valores absolutos. Los resultados del artículo indican que no hubo beneficio clínicamente relevante al efectuar un programa corto de fisioterapia, no obstante los autores no especifican claramente el protocolo de ejercicios realizado, cuando en realidad debiera ser un aspecto lo suficientemente importante como para resaltarlo en el apartado "material y métodos". Conocer el tipo exacto de ejercicio hubiera sido interesante para el fisioterapeuta o bien para un investigador que quisiera reproducir el mismo ECA.

Importancia Clínica: Diseñar un programa corto de fisioterapia en grupo, basado en 4 sesiones consecutivas de una hora de duración para mejorar la lumbalgia inespecífica, no pareciera ser lo más apropiado aunque se comprende

que los autores quisieron conocer la efectividad de esos ejercicios en un breve espacio de tiempo. Las terapias con ejercicios y de educación han sido un tema estudiado en ensayos clínicos diversos (1), revisiones sistemáticas (2,3) y planteado en varias Guías de Práctica Clínica (4,5). Las conclusiones encontradas en la literatura siguen siendo controvertidas. En una revisión sistemática publicada en 2011 por Eur Spine (2) sobre intervenciones en dolor lumbar crónico no específico, al comparar terapia de ejercicios con educación/back schools, no se encontraron diferencias significativas en dolor y discapacidad en un seguimiento corto/intermedio, sin embargo la evidencia proporcionada, según sus autores, era de baja calidad. En contraposición, una revisión sistemática de 2007 publicada en Manual Therapy, señala que los consejos complementados con ejercicios mostraron ser lo más efectivo para mejorar el dolor, la función específica de espalda y la discapacidad laboral en el dolor lumbar crónico (3). Antes de sacar conclusiones precipitadas respecto a la lectura de un artículo es importante realizar una lectura crítica de la metodología empleada. En este sentido, el diseño propuesto por los autores de este artículo nos parece muy acertado, en especial lo concerniente a los sistemas de evaluación, el conocimiento de los resultados tras medio año post-intervención y los tres grupos de estudio.

Aplicabilidad en la práctica Clínica: Los tratamientos para el manejo del dolor lumbar planteados en este artículo son similares a los encontrados en guías de práctica clínica.

Quizás se deba replantear en otros ECAs los tipos de ejercicios realizados, o bien proponer cuatro sesiones de terapia individual. Las intervenciones en fisioterapia para el tratamiento de la lumbalgia son muy variadas. Por eso es importante que en los ECAs se especifique qué tipo de fisioterapia se está aplicando, de la misma manera que para saber si un fármaco es o no efectivo, se debe conocer la posología exacta.

El coste / beneficio que suponen las estrategias educativas deberían ser tomados en consideración por los fisioterapeutas, tanto que trabajen en Atención primaria como en Centros Privados o mutuas ya que aportan un valor añadido en el tratamiento de estas dolencias.

Conflicto de intereses de los autores del comentario: no existe.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Hume C, Ramírez-Moreno J. Un programa corto de fisioterapia en asociado a un programa educativo mejora la calidad de vida en pacientes con dolor lumbar. Rev Cient Iberoamer FisioGlobal. 2011; 7: 5-7.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Sahin N, Albayrak I, Durmus B, Ugurlu H. Effectiveness of back school for treatment of pain and functional disability in patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial. J Rehabil Med.2011; 43: 224-229.

(2) Van Middelkoop M, Rubinstein S, Kuijpers T, Verhagen A, Ostelo R,Koes B, Van Tulder M.A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain. Eur Spine J.2011;20:19-39.

(3) Liddle SD, Gracey JH, Baxter GD. Advice for the management of low back pain: a systematic review of randomised controlled trials. Man Ther.2007;12(4):310-327.

(4) Burton AK, Balague F, Cardon G, Eriksen HR, Henrotin Y, Lahad A, Leclerc A, Müller, van der Beek AJ. Chapter 2. European guidelines for prevention in low back pain: November 2004. Eur Spine J. 2006;15(Suppl 2):S136–S168.

(5) Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klaber-Moffett J, Kovacs F, Mannion AF, Reis S, Staal JB, Ursin H, Zanoli G. COST B13 Working Group on Guidelines for Chronic Low Back Pain. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. Eur Spine J. 2006;15(Suppl 2):S192–300.

CÓMO PUBLICAR UN ARTÍCULO

Esta publicación está abierta a cualquier profesional de la salud. Se priorizará sobre aquellos artículos que presenten una temática global y más específicamente en fisioterapia.

Las secciones que contendrá además de la editorial serán:

1. Artículos: Originales, Publicaciones Secundarias, Revisiones, Artículos ya Publicados
2. Casos clínicos. Específicamente sobre tratamientos Mézières.
3. Reflexiones globales. Sobre terapia, experiencias personales, avances, etc

Para conocer con más detalle las secciones de la revista y las normas de publicación puedes descargarlas en la web método-mezieres.com (área profesional)

Si estás interesado en publicar un artículo en nuestra revista, contacta en la siguiente dirección electrónica: **igfm@kinemez.com**

PUBLICACIÓN SECUNDARIA

RAMÍREZ-MORENO J

Fisioterapeuta mezierista. Profesor asociado Universitat Internacional de Catalunya. Codirector Instituto Fisioterapia Global Mézières. Codirector Centre de Fisioteràpia KineMez. Barcelona.

HUME C

Fisioterapeuta mezierista. Centre de Fisioteràpia KineMez. Barcelona. Profesora colaboradora en la formación Mézières por IFGM. Barcelona.

Correspondencia
José Ramírez Moreno
jramirez@kinemez.com

LA MOTIVACIÓN ES UNA BUENA ESTRATEGIA ADICIONAL A LA FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON LUMBALGIA INESPECÍFICA DEL ADULTO.

PALABRAS CLAVE
Lumbalgia; Motivación; Fisioterapia; Rehabilitación.

KEY WORDS
Low back pain; Motivation; Physical therapy; Rehabilitation.

FECHA DE RECEPCIÓN 10/05/2011
FECHA DE ACEPTACIÓN 13/06/2011
FECHA DE PUBLICACIÓN 27/12/2011

RESUMEN ESTRUCTURADO

Título: Vong S K, Cheing G L, Chan F, So E M, Chan C C. Motivational Enhancement Therapy in Addition to Physical Therapy Improves Motivational Factors and Treatment Outcomes in People With Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial. Arch Phys Med Rehabil. 2011; 92: 176-183.

Objetivo: Conocer si la adición de un tratamiento para incrementar la motivación (MET, del inglés motivational enhancement treatment) a la fisioterapia convencional (PT, del inglés physical therapy) produce mejores resultados que la fisioterapia sola en personas con dolor lumbar crónico (LBP, del inglés low back pain)

Diseño: Ensayo clínico controlado y aleatorizado, doble ciego

Lugar Geográfico: Departamento de Ciencias de la Rehabilitación. Hong Kong. China.

Población de estudio: Fueron reclutados 76 sujetos de entre 18 y 65 años de edad con LBP crónico (duración de los síntomas más de 3 meses de evolución). Se excluyeron las mujeres embarazadas, con marcapaso cardiaco, dolor por desorden neurológico o enfermedad reumatológica, síntomas consistentes de ciática, espondilolistesis de más de 1 cm, haber recibido fisioterapia para dolor lumbar en los últimos 3 meses, problemas psiquiátricos, o estar recibiendo alguna compensación para discapacidades relacionadas con el trabajo.

Intervención: Los pacientes fueron distribuidos al azar entre el grupo intervención y el de control (n=38 en cada grupo). La intervención consistió en diez sesiones de PT + MET, mientras que el grupo control únicamente recibió PT. El tratamiento fue realizado por seis fisioterapeutas asignados al azar para ambos grupos. Los pertenecientes al grupo intervención recibieron formación específica de MET, quienes integraron habilidades para realizar entrevistas motivacionales (según Jensen) junto con componentes psicosociales diseñados para mejorar la motivación de los sujetos para comprometerse en el tratamiento y realizar cambios conductuales apropiados. En contraposición, los fisioterapeutas del grupo control sólo fueron formados en habilidades de comunicación general. Los fisioterapeutas en el grupo intervención adoptaron estrategias MET más del 50% del tiempo de sus sesiones prácticas, mientras que los del grupo control no utilizaron o raramente adoptaron estrategias MET en sus sesiones de tratamiento. En la PT convencional los sujetos recibieron 10 sesiones de 30 minutos en 8 semanas, que incluían 15 minutos de terapia interferencial y un programa de ejercicios de espalda. Tras una evaluación física completa, los fisioterapeutas prescribieron ejercicios específicos adoptados de un folleto con descripciones detalladas de estiramientos y fortalecimiento para el tronco y el miembro inferior. Estos ejercicios eran supervisados y recomendados para realizar en casa a diario.

Medición del resultado: La variable de resultado principal fue el estado motivacional evaluado mediante la escala de rehabilitación de las expectativas de dolor (PRES, del inglés Pain Rehabilitation Expectations Scale) y el cuestionario de auto-eficacia del dolor (PSEQ, del inglés Pain Self-Efficacy Questionaire). Las variables secundarias fueron intensidad de dolor, función física y conformidad con el ejercicio. La intensidad de dolor fue medida con una escala visual análoga (EVA). La función física fue evaluada por el rango de movimiento del tronco (flexión lumbar, extensión, inclinación y rotación), el cual fue testado de acuerdo a los procedimientos recomendados por Clarkson. Cada dirección de movimiento fue testada 2 veces. La fuerza funcional de los músculos del tronco fue evaluada utilizando un test de capacidad de elevación. Para evaluar el nivel de discapacidad por dolor lumbar autocumplimentado se utilizó el Cuestionario

de discapacidad Roland Morris (RMDQ). También se utilizaron subescalas físicas (función física, rol físico, dolor corporal, salud general de la versión corta del cuestionario de Short Form 36 (SF-36) para medir la autopercepción del estado físico. La conformidad con el ejercicio fue computarizada según la cantidad de sesiones de ejercicios realizados en casa en un día multiplicado por los días en que lo practicaban a la semana, fue medida en sesiones en vez de minutos. Todas las medidas de resultados, excepto PRES y conformidad del ejercicio, fueron evaluadas antes de la primera sesión de tratamiento, luego en las sesiones 5 y 10, y al mes después del término del tratamiento. PRES fue medido justo después de las sesiones 1, 5 y 10, y la conformidad con el ejercicio fue registrada en las sesiones 5 y 10, y en el seguimiento al mes post-tratamiento (tabla I).

Resultados principales: El grupo MET+PT produjeron una mejoría estadísticamente significativa respecto al grupo control en las tres factores PRES ($p<0.05$). También hubo una mejora significativa ($P=0.015$) en la capacidad de elevación del miembro inferior, en el cuestionario SF-36 ($P= 0.015$) y en el cumplimiento del ejercicio ($P=0.002$), es decir, los sujetos del grupo intervención realizaron la rutina de ejercicios domiciliarios con mayor frecuencia a través del tiempo. Aunque en ambos grupos hubo una disminución significativa del dolor a través del tiempo (efecto dentro de grupo, $P<0.001$), en el grupo intervención esta tendencia fue de mayor amplitud tanto para VAS como para RMDQ.

Conclusión: Los resultados muestran que la adición de MET a la fisioterapia convencional produce significativamente mejores resultados en la motivación, capacidades físicas, auto percepción de la salud en general y conformidad en la realización de ejercicios en casa en un seguimiento de 1 mes.

Conflicto de intereses: no existe.

Fuente de financiación: no se mencionan

Tabla I. Síntesis de la metodología del estudio

N=38, Grupo Control	N=38, Grupo Intervención
Hombres: 12 / mujeres: 26	Hombres: 16 / mujeres: 22
Edad: 45.1±10.7	Edad: 44.6±11.2
10 sesiones de fisioterapia (30 minutos en 8 semanas)	10 sesiones de fisioterapia (30 minutos en 8 semanas)
15 min terapia interferencial + Ejercicios de fortalecimiento y estiramientos de tronco y EEII	15 min terapia interferencial + Ejercicios de fortalecimiento y estiramientos de tronco y EEII + MET
11 pérdidas	10 pérdidas

Variable principal	Evaluaciones
Estado Motivacional (PRES, PSEQ)	• Antes de la primera sesión (excepto PRES y Conformidad con el ejercicio)
Variables Secundarias	• Después de la 5ª y 10ª sesión
• Intensidad del dolor (VAS)	• 1 mes después del término de tratamiento
• Función Física (Rango de movimiento de tronco, fuerza funcional músculos del tronco, RMDQ, sub-escalas físicas del SF-36)	
• Conformidad con el ejercicio	

COMENTARIO CRÍTICO

Justificación: Los trastornos músculoesqueléticos, entre los cuales se engloban las patologías mecánicas del raquis, son de gran prevalencia. Según el documento "Work-related musculoskeletal disorders" de EU, publicado por European Agency for Safety and Health at Work en 2010 (1), estas lesiones constituyen la enfermedad laboral más común en el entorno europeo y una de las principales causas de baja laboral a largo plazo. En concreto, la lumbalgia crónica tiene una prevalencia anual entre el 15-45% y representa (en EEUU) la limitación principal de actividad en menores de 45 años, la segunda razón de consultas médicas y la tercera de cirugía (2). Si bien el pronóstico de la lumbalgia suele ser benigno, alrededor de un 10% desarrollarán un cuadro de dolor lumbar crónico con alto índice de incapacidad (3). El interés de este trabajo se fundamenta en la necesidad de verificar si la utilización de estrategias motivacionales para el paciente puede influir en la historia natural de la lumbalgia inespecífica. Disponer de argumentos científicos sólidos en relación a la importancia de una comunicación positiva y motivadora entre fisioterapeuta y paciente, podría ser relevante para utilizarla como cointervención en fisioterapia.

Validez o rigor científico: se trata de un ensayo clínico controlado y aleatorizado, con enmascaramiento del paciente y del evaluador (intervención MET realizada por los fisioterapeutas). El reclutamiento de los pacientes fue realizado por orden consecutivo estableciéndose previamente unos criterios de inclusión para poder valorar las diferencias basales entre los dos grupos. No se especifica la obtención del tamaño muestral. La secuencia de aleatorización se hizo por un tercero de forma oculta y remota, utilizando un programa informático. Se aleatorizó a los fisioterapeutas para cada grupo sin enmascaramiento respecto a la pertenencia de cada grupo. Estos fueron previamente entrenados para realizar la intervención tanto de PT como MET con el fin de asegurar la reproducibilidad de los datos. El tamaño del grupo intervención y control fue homogéneo tanto al inicio como en las pérdidas que hubieron, de las cuales se comunicaron los motivos. Estas pérdidas representan el 16% del grupo intervención y 12% del grupo control, quizás pudiera haber influido sensiblemente en los resultados finales a pesar que los autores analizaron todas las variables utilizando un enfoque "intention-to-treat". En los datos basales mostrados para ambos grupos hubo una homogeneidad aceptable según se muestra en la significación estadística, no obstante hubo una magnitud mayor en el ítem duración LBP de 10 meses para el grupo control y una $P<0,05$ del ítem "Lifting capacity test" siendo superior para el grupo intervención. No se menciona si hubo co-intervenciones durante todo el proceso del estudio. Los resultados mostrados en las tablas se presentan como promedio asociado a una desviación típica. Además se indican el intervalo de confianza de las diferencias entre grupos y el p-valor.

Importancia clínica: Si bien es cierto que hubieron diferencias estadísticamente significativas en la variable de resultados principal relativas al estado motivacional, el tamaño del efecto no fue importante a la décima sesión (3.37 para grupo MT+PT frente a 3.08 para grupo PT). Para las variables secundarias no hubieron diferencias significativas tanto para el dolor, la función física ni la discapacidad medida con RMDQ. La excepción fue el test "lifting capacity" en la que el grupo intervención mejoró de promedio 16 frente a 6,8 del grupo control. Los autores mencionan en sus conclusiones como aspecto positivo que los pacientes del grupo intervención obtuvieron mejores resultados en el cumplimiento de los ejercicios domiciliarios (de 12.9 a 5.8 para grupo control). Este razonamiento tendría mayor fuerza si el tamaño del efecto de las mediciones realizadas hubiera sido mayor. En otras palabras, los ejercicios domiciliarios fueron realizados con mayor rigor por los pacientes del grupo MT + PT, pero al final ni el dolor ni la función, en líneas generales, fue muy diferente con el grupo sólo PT.

El balance entre beneficios, riesgos y costes es importante en cualquier intervención. En este caso, si bien los beneficios que se obtienen no son significativos, tampoco lo son los costes que supone la aplicación de estrategias de motivación. Los riesgos son nulos y el plus que se obtiene podría ser lo suficientemente importante como para decantar la balanza a favor de la intervención. En este sentido, en las guías de práctica clínica sobre el dolor lumbar (4), se proponen unas recomendaciones basadas en la evidencia como por ejemplo, consejos o informaciones ofrecidas a los pacientes relacionados con la prevención, la realización de ejercicios específicos encaminados a la reducción del dolor, mejora de la movilidad, fuerza muscular y función pero no existen directrices referentes a la utilización de estrategias motivacionales para una mayor eficacia de la terapia.

Aplicabilidad en la práctica clínica: este estudio se ha realizado en China, el tipo de población, las características socioeconómicas y culturales de la zona quizás no hagan extrapolable los resultados a nuestro ámbito. Aunque los autores lo mencionan en el apartado límites del estudio, no se ha incluido a pacientes con depresión o ansiedad ni a pacientes con lumbociatalgia, entre otras exclusiones. La toma de decisiones basada en las pruebas para aconsejar o desaconsejar una intervención no es sencilla. En este caso, y a pesar de las debilidades mencionadas y de la discreta mejoría en las variables analizadas, pareciera apropiado el uso estrategias motivacionales asociadas a la fisioterapia para pacientes con lumbalgia.

Conflicto de intereses de los autores del comentario: no existe.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Ramírez-Moreno J, Hume C. La motivación es una buena estrategia adicional a la fisioterapia en pacientes con lumbalgia inespecífica del adulto. Rev Cient Iberoamer FisioGlobal 2011; 7: 8-10.

BIBLIOGRAFÍA

(1) European Agency for Safety and Health at Work.Work-related musculoskeletal disorders. Fact and figures. Available at: http://osha.europa.eu/en/publications/publicationsoverview? Subject:list=risk_observatory. Accessed 06/04, 2011.

(2) Muñoz-Gómez, J. Epidemiología del dolor lumbar crónico. Abordajes terapéuticos en el dolor lumbrar crónico. Madrid: Fundación Grünenthal; 2003.

(3) Brancos Cunill M.A. Tratamiento del dolor lumbar crónico. Medicina clínica 1993;101(15): 579-580.

(4) Burton AK, Eriksen Hr, Leclerc A, Balagué F , Henrotin Y, Müller G, Cardon G, Lahad A, van der Beek AJ. European Guidelines for prevention in low back pain. 2004.

REVISIÓN

HUME C

Fisioterapeuta mezierista. Centre de Fisioteràpia KineMez. Barcelona. Profesora colaboradora en la formación Mézières por IFGM. Barcelona.

RAMÍREZ-MORENO J

Fisioterapeuta mezierista. Profesor asociado Universitat Internacional de Catalunya. Codirector Instituto Fisioterapia Global Mézières. Codirector Centre de Fisioteràpia KineMez. Barcelona.

Correspondencia
José Ramírez Moreno
jramirez@kinemez.com

QUÉ TERAPIAS CONSERVADORAS TIENEN MAYOR EVIDENCIA CIENTÍFICA PARA LA PREVENCIÓN DE LA LUMBALGIA: SÍNTESIS DE GPC.

ARTÍCULO

Burton AK, Eriksen Hr, Leclerc A, Balagué F , Henrotin Y, Müller G, Cardon G, Lahad A, van der Beek AJ. European Guidelines for prevention in low back pain. 2004.

DISEÑO

En esta Guía de Práctica Clínica (GPC) se establecen una serie de recomendaciones para ayudar a los profesionales que tratan a pacientes con algias vertebrales para seleccionar las opciones preventivas y/o terapéuticas más adecuadas en el abordaje del dolor lumbar inespecífico, cubriendo tanto síntomas episódicos como persistentes. Se considera dolor lumbar recurrente cuando, tras un período asintomático, aparece un nuevo episodio de dolor.

Objetivos: Proporcionar un conjunto de recomendaciones que puedan sostener las directrices nacionales e internacionales existentes o futuras sobre el dolor de espalda. Fomentar aquellas intervenciones con mayor evidencia científica para mejorar la prevención en la lumbalgia inespecífica.

MÉTODOS

Se realizaron búsquedas sistemáticas de la literatura científica hasta finales del 2003. Durante este periodo se analizaron revisiones sistemáticas, ensayos clínicos aleatorizados (ECA), GPC existentes, suplementados por estudios científicos individuales y estudios con diseños científicos débiles en ausencia de ECAs. No hubo restricción del idioma. La palabra clave principal fue "dolor lumbar" (en inglés, low back pain) y sus derivados. En los criterios de exclusión se consideraron las lesiones espinales graves y patologías severas, en pacientes adultos se excluyeron: la prevención de cambios estructurales (ej: degeneración), modificación de factores de riesgo o de variables psicosociales y procedimientos de detección de enfermedad (a menos que existiese alguna influencia sobre los resultados de dolor de espalda). No se excluyeron consideraciones generales de factores de riesgo potencialmente modificables para el dolor lumbar en la población de niños en edad escolar ni las intervenciones preventivas a personas con sintomatología.

Las recomendaciones se clasifican según: *población general, trabajadores y edad escolar. Población general* representa el grupo más grande y heterogéneo, incluyendo distintos grupos etarios mayores de 18 años, con o sin dolor lumbar, con o sin desórdenes espinales específicos y personas tanto en situación laboral como desempleadas. En el grupo trabajadores se incluyeron aquellos pacientes con o sin síntomas existentes de dolor lumbar y se excluyeron las intervenciones dirigidas a trabajadores consultando profesionales de la salud. Por último en el grupo de "edad escolar" definido como menores de 18 años, se decidió no excluir las consideraciones generales de factores de riesgo potencialmente modificables para dolor lumbar.

Para evaluar la fuerza de las recomendaciones se basaron en el sistema de calificación de cuatro niveles utilizado para las otras guías clínicas en el programa COST Action B13 (http://www.cost.eu/domains_actions/bmbs/Actions/B13). Se modificó ligeramente tomando en consideración la naturaleza de la evidencia existente.

RESULTADOS

El nivel, es una clasificación sobre la fuerza de la evidencia, un indicador de confianza de la recomendación, que no su fuerza o su tamaño de efecto.

Nivel A: Estudios basados en revisiones sistemáticas mediante ECAs de fuerte evidencia y cuyos hallazgos eran consistentes.

Nivel B: Estudios basados en revisiones sistemáticas mediante ECAs de débil evidencia pero cuyos hallazgos eran bastante consistentes

Nivel C: Estudios basados en revisiones sistemáticas mediante ECAs de débil evidencia y cuyos hallazgos eran poco consistentes o bien ECAs con evidencia débil.

Nivel D: No existencia de revisiones sistemática, ni de ECAs o de otros estudios científicos de menor evidencia.

En la tabla 1 se indica las recomendaciones preventivas para pacientes con lumbalgia en función del grupo de estudio, así como el nivel de evidencia científica y su recomendación positiva o negativa.

Tabla I: Recomendaciones preventivas para pacientes con lumbalgia

GRUPO	RECOMENDACIÓN	Respuesta	Nivel
Población General	El ejercicio físico previene el absentismo laboral y la ocurrencia o duración de episodios futuros.	SI	A
	Back school (en castellano, escuela de espalda) basado en un acercamiento biomecánico con énfasis en la enseñanza de técnicas de levantamiento de cargas	NO	A
	Las ortesis lumbares o cinturones para la espalda para la prevención del dolor lumbar	NO	A
	El uso de plantillas u ortesis en el calzado para prevenir problemas de espalda	NO	A
	Back schools de alta intensidad, incluyendo programas de habilidades educacionales y ejercicios para pacientes con dolor recurrente y persistente	SI	B
	La información/educación basadas en principios biopsicológicos	SI	C
	La información basada en modelos biomédicos o biomecánicos	NO	C
	Recomendar un colchón específico para la prevención del dolor lumbar	NO	C
	Los síntomas persistentes pueden disminuir con un colchón medio-firme en vez de uno duro	SI	C
	La corrección de la dismetría o desigualdad del miembro inferior para la prevención del dolor lumbar	NO	D
	La técnicas de manipulación vertebral	NO	D
Trabajadores	Información/ consejo/ Instrucción sobre biomecánica, técnicas de levantamiento, posturas óptimas etc. para la prevención de dolor lumbar	NO	A
	Las ortesis lumbares o cinturones para la espalda para la prevención del dolor lumbar	NO	A
	El uso de plantillas u ortesis en el calzado para prevenir dolor lumbar	NO	A
	Intervenciones multidisciplinares en el lugar de trabajo para reducir algunos aspectos del dolor lumbar.(Sin embargo no es posible recomendar que disciplina y en que magnitud)	SI	A
	Ejercicio físico puede ser recomendado para la prevención del dolor lumbar (Nivel A), en la prevención de la recurrencia de dolor lumbar (Nivel A) y en la prevención de la recurrencia de baja por enfermedad debido a dolor lumbar (Nivel C).	SI	A y C
	Para que un programa de ergonomía física tenga éxito debe existir una dimensión organizacional y un involucramiento de los trabajadores	SI	B
	Trabajo temporal modificado (puede incluir adaptaciones ergonómicas en el puesto de trabajo), para facilitar un pronto regreso al trabajo para trabajadores con baja laboral debido a dolor lumbar	SI	B
	No existe evidencia suficiente para recomendar a favor o en contra de un tipo específico o intensidad de ejercicio	NO	C
	No existe evidencia suficiente para recomendar a favor o en contra de información psicosocial entregada en el sitio de trabajo	NO	C
	Los consejos orientados hacia la promoción de la actividad física y/o hacia técnicas dirigidas a la comprensión del dolor pueden promover un cambio positivo	SI	C
	No existe evidencia consistente para recomendar intervenciones sólo de ergonomía física para la reducción de la prevalencia y severidad del dolor lumbar	NO	C
	Recomendar un tipo de calzado, zapatos blandos, suelas blandas o alfombras anti fatiga	NO	D
Para edad escolar	Recomendar una intervención educacional generalizada para la prevención de dolor lumbar o sus consecuencias en niños en edad escolar	NO	C
	La prevención del dolor lumbar en edad escolar tiene algún impacto sobre el dolor lumbar en edad adulta.	NO	D

COMENTARIO

En relación a las recomendaciones de esta GPC vinculadas a la fisioterapia, el ejercicio físico representa un factor importante. Sobre esto la guía clínica plantea:

- Para el grupo población general debido a su heterogeneidad, a la frecuencia/duración de las intervenciones o del tipo específico de intervención más efectivo, no existen pruebas concluyentes. No obstante, existe buena consistencia respecto a la disminución de las bajas con la práctica del ejercicio físico. Por otro lado ningún estudio reportó efectos nocivos o empeoramiento de los síntomas por la actividad física.

- Para el grupo de trabajadores no existe evidencia de que algún tipo de ejercicio sea superior a otro, por lo que no es posible determinar qué tipo de ejercicios, intensidad o duración pueda ser la más efectiva para la prevención de dolor lumbar o para prevenir la recurrencia (baja por enfermedad).

- Para el grupo edad escolar respecto a las recomendaciones de ejercicio y otras intervenciones, debido a la escasez de estudios que evalúen los efectos de éstas para prevenir dolor lumbar en edad escolar, no se pudieron elaborar GPC basadas en la evidencia en este grupo poblacional.

La ausencia de estudios consistentes en cuanto a temas como la prescripción de ejercicio plantea una desventaja para los fisioterapeutas que trabajan con este tipo de pacientes. La práctica diaria muchas veces está guiada por pruebas de ensayo error y no por consensos claros acerca de intervenciones que supongan el mejor beneficio de los pacientes. Quedan de manifiesto las carencias de evidencia científica en fisioterapia a pesar de que existen algunos estudios con fuerte evidencia que valoran positivamente el ejercicio físico como recomendación para pacientes con lumbalgia.

Como última consideración, mencionar que la GPC, COST B13 se publicó en 2004 y consta de cuatro capítulos. Esta revisión corresponde al segundo: European guidelines for the management of low back pain. El capítulo número tres tiene por título: European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care y el cuarto: European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain, siendo estos dos útlimos publicados durante el año 2006. Quizás sea de interés profundizar en los siguientes capítulos desarrollados por el COST B13 para actualizar los contenidos publicados en este artículo de revisión.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Hume C, Ramírez-Moreno J. Qué terapias conservadoras tienen mayor evidencia científica para el tratamiento de la lumbalgia inespecífica: Síntesis de GPC. Rev Cient Iberoamer FisioGlobal 2011; 7: 11-12.

CASO CLÍNICO

LA LUMBALGIA INESPECÍFICA DEL DEPORTISTA JUVENIL TRATADA MEDIANTE TERAPIAS GLOBALES PARA LA MEJORA DEL DOLOR Y LA POSTURA.

FRUCTUOSO GARCÍA Ángel

Fisioterapeuta mezierista. Centre de Fisioterapia KineMez. Barcelona

Correspondencia
Angel Fructuoso
afructuosogarcia@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Caso de paciente de 11 años, estudiante que frecuenta una alta actividad deportiva (natación y waterpolo), diagnosticado de lumbalgia inespecífica.
Objetivos: reducir el dolor, mejorar el desequilibrio músculo-esquelético, reeducar la postura de forma global y prevenir futuras recidivas mediante fisioterapia específica.
Método: Se han realizado 17 sesiones en un período de 20 meses mediante fisioterapia global por el método Mézières basado en el reequilibrio de las cadenas miofasciales y articulares y en la mejora de la postura. **Resultados:** reducción total del dolor pasando de 7 a 0 según la escala de EVA, ganancia en la extensibilidad de la cadena muscular posterior evaluada mediante el test de flexión anterior del tronco: a) mejora de 21 cm distancia dedos-suelo; b) flexión coxo-femoral mejora de 3 grados. **Conclusiones:** La fisioterapia global por el método Mézières ha mejorado el dolor, la flexibilidad muscular y la postura de un paciente deportista juvenil con lumbalgia inespecífica.

PALABRAS CLAVE

Lumbalgia inespecífica; método Mézières; trastorno musculo-esquelético; reeducación postural.

YOUNG ATHLETE´S LOW BACK PAIN TREATED THROUGH GLOBAL THERAPIES TO IMPROVE PAIN AND POSTURE.

ABSTRACT

Introduction: Case of an 11 years old patient, student, who attends high sports activity (swimming and water polo), diagnosed with LBP.
Objectives: To reduce pain, improve skeletal muscle imbalances, global re-education of the posture and to prevent future recurrence by means of specific physiotherapy.
Method: 17 sessions were performed over a period of 20 months through global physiotherapy by Mézières Method, based on rebalancing the myofascial and joints chains and improving posture. **Results:** pain reduction from 7 to 0 according to the VAS, gain in the posterior muscle chain extensibility evaluated by the anterior trunk flexion test: a) improvement of 21 cm in the fingers floor distance b) improvement of 3 degrees in hip flexion. **Conclusions:** Global physiotherapy by Mézières Method has improved pain, muscle flexibility and posture in a young athlete patient with LBP.

KEY WORDS

Low back pain; Mézières method; musculoskeletal disorders; postural rehabilitation.

INTRODUCCIÓN

La lumbalgia inespecífica (LI) es un síndrome caracterizado por dolor en la región lumbosacra, acompañado o no de dolor referido o irradiado, asociado habitualmente a limitación de la movilidad y que presenta características mecánicas (es influenciado por las posturas y movimientos) (1).

La lumbalgia es un problema muy común en la sociedad actual. El 80% de la población la padece al menos una vez en la vida (2). La LI representa aproximadamente el 90% de los diferentes tipos de lumbalgia (3). Aunque la frecuencia disminuye al tratarse de sujetos en edad juvenil, se ha objetivado una prevalencia entre el 24% y el 50% en edades comprendidas entre los 11-15 años (4). Tras referir episodios de lumbalgia, el 25% manifiestan síntomas 4 años después (5). En general, los estudios encontrados no muestran relaciones positivas o negativas entre la lumbalgia juvenil y la realización de actividad física. En cambio, cuando se trata de deportes de alto nivel o competición, encontramos una alta vulnerabilidad física y psíquica de los niños que los practican (6).

Factores de crecimiento como el desarrollo asíncrono de las estructuras óseas, la inmadurez de la columna vertebral o la disminución de la flexibilidad muscular, podrían ser factores de riesgo en la LI (7). Así mismo, la participación en el deporte en edad de desarrollo con una frecuencia cercana a 15 horas por semana, es considerada un factor de riesgo (7-8).

La actividad deportiva realizada de forma continuada puede predisponer a un desequilibrio de las cadenas musculares y articulares, una disfunción en el esquema corporal y una alteración de la postura, influyendo en el dolor y limitando la normalidad en las actividades de la vida diaria (9). Un enfoque global del diagnóstico y del tratamiento será primordial para determinar las causas que originan estas alteraciones y para abordarlas como un todo. En este sentido, el método Mézières (MM) (10) nos permite actuar desde esta perspectiva reduciendo el dolor, reequilibrando las cadenas miofasciales, mejorando la postura y sobretodo, como elemento preventivo para evitar futuras recidivas.

Para la simplificación del texto se han utilizado abreviaturas las cuales quedan definidas en la tabla I

Tabla I: Abreviaturas

Apf	Apófisis	TTA	Tuberosidad Tibial Anterior
Esp	Espinosa	Art	Articulación
LI	Lumbalgia inespecífica	LPF	Lumbo-pelvico-femoral
MM	Método Mézières	CCD	Cefalo-cervico-dorsal
CMP	Cadena miofascial posterior	AVD	Actividades de la vida diaria
EVA	Escala visual analógica	EII	Extremidad inferior izquierda
FAT	Flexión anterior del tronco	EID	Extremidad inferior derecha
EIAS	Espina ilíaca antero-superior	EEII	Extremidades inferiores
EIPS	Espina ilíaca postero-superior	EESS	Extremidades superiores

MATERIAL Y MÉTODOS

1. ANAMNESIS

Pau C. de 11 años acude a nuestra consulta con dolor lumbar de un año de evolución asociado a una "mala postura" según relatan los padres del niño. No presenta radiculopatía. No aporta pruebas diagnósticas. Previamente ha realizado sesiones de osteopatía sin una evolución positiva. Realiza una alta actividad deportiva (natación y waterpolo) de 5 a 6 días por semana. El cuadro de dolor aumenta tras la actividad física y tras posturas mantenidas. El paciente manifiesta un dolor 7 en la escala de EVA. En ocasiones refiere dolor en la región cefalo-cervical. Presenta signos de bruxismo y desgaste dental.

2. EXAMEN CLÍNICO

Para el análisis de la postura y extensibilidad miofascial se ha utilizado un sistema basado en la biometría digital (11). Este sistema está compuesto por: cámara fotográfica digital marca Canon Eos 400D digital, marcadores adhesivos, plataforma para la ubicación exacta de los pies y un software para el análisis de las fotografías (gimp 2.6.10). Los marcadores adhesivos se han ubicado sobre la piel del paciente en puntos anatómicos específicos (tabla II). Se realiza una fotografía por plano manteniéndose los pies sobre una plataforma de madera, en una posición fijada a 15º de rotación externa por cada pie.

Tabla II: Descripción de la ubicación anatómica por planos de los marcadores dérmicos

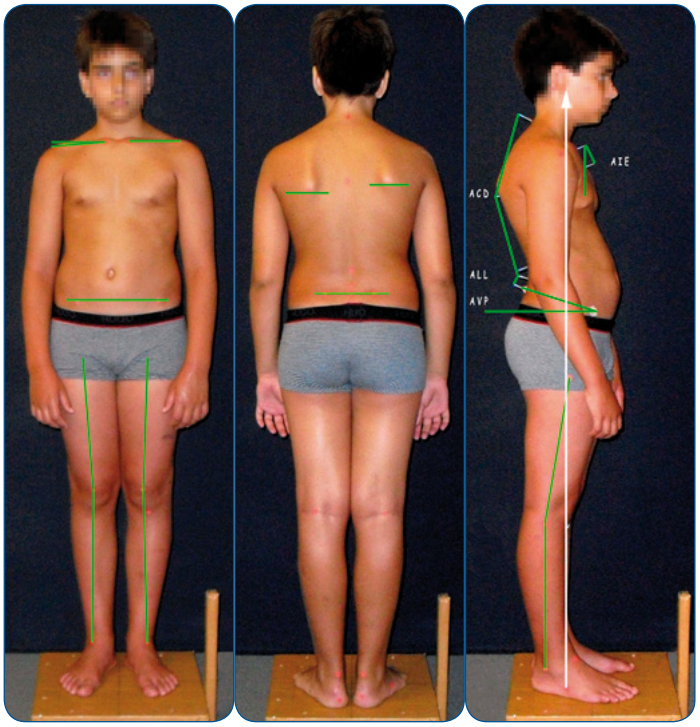
	Plano frontal	Plano posterior	Plano sagital
Marcadores	Manubrio esternal	Apf.Esp. C7	Cigomático
	Centro esternal	Apf.Esp. D8	Mastoides
	Art.condro-clavicular	Apf.Esp. L1	Trocanter
	Art.acromio-clavicular	Apf.Esp. L3	Punto medio línea rodilla
	EIAS	Apf.Esp. L5	Tuberosidad 5º metatarsiano
	Centro rótula	S3	Maleolo externo
	TTA	Angulo inferior escápula	
	Centro astrágalo	EIPS	
		Centro línea poplitea	
		Tendón aquiliano	
		Centro calcaneo posterior	

2.1 ANÁLISIS MORFOESTÁTICO

En la visión anterior (fig. 1a) se observa una distorsión ilíaca con EIAS izquierda más alta respecto a la derecha (ilíaco izquierdo posteriorizado, ilíaco derecho anteriorizado). Se denota un ángulo de talla más cerrado a derecha y una inclinación lateral derecha de la cabeza. Existe un leve descenso de la cintura escapular- hombros con tendencia a la rotación interna global de miembros superiores. En la visión posterior (fig. 1b) se confirma la distorsión ilíaca (EIPS izquierda

más baja respecto a la EIPS derecha) y el ángulo de talla más cerrado a derecha.

Figura 1. Análisis morfoestático a) Visión anterior; b) Visión posterior; c) Visión perfil.



AIE: Ángulo de inclinación esternal; ACD: Ángulo de cifosis dorsal; ALL: Ángulo de lordosis lumbar; AVP: Ángulo de versión pelviana.

En el plano sagital (fig. 1c) se han analizado algunos parámetros angulares (tabla III) medidos por biometría digital. Los resultados se encuentran representados numéricamente en la tabla IV. Se observa una hiperextensión en ambas rodillas, hiperlordosis lumbar además de una ligera proyección del bloque pélvico hacia anterior con prolapso abdominal. La región cefalo-cervical presenta rectificación seguida de doble mentón con retroposición y cierre de la mandíbula inferior.

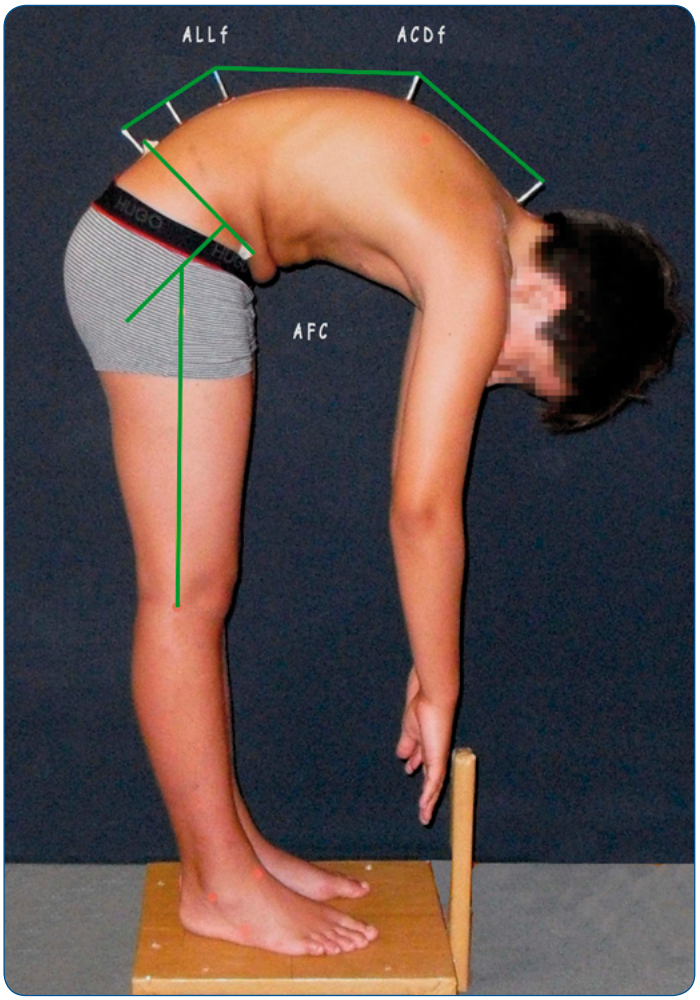
Tabla III: Descripción de los ángulos analizados

	Ángulos
AIE	Ángulo de inclinación esternal.Manubrio esternal-centro esternal ^ Vertical
ACD	Ángulo de cifosis dorsal. C7-D8 ^ D8-L3
ALL	Ángulo de lordosis lumbar. D8-L3 ^ L3-S3
AVP	Ángulo de versión pelviana. EIAS-EIPS ^ Horizontal
AFC	Ángulo de flexión de cadera. Perpendicular EIAS-EIPS ^ trocánter-punto medio línea rodilla
ACDf	Ángulo de cifosis dorsal en flexión. C7-D8 ^ D8-L3
ALLf	Ángulo de lordosis lumbar en flexión. D8-L3 ^ L3-S3

2.2 ANÁLISIS DE EXTENSIBILIDAD MIOFASCIAL

En el test de flexión anterior del tronco (FAT) (fig. 2), también analizado por biometría digital y mostrados los resultados en la tabla IV, se observa un recorvatum bilateral, limitación en la flexión del complejo lumbo-pelvico-femoral, posteriorización del bloque pélvico respecto a la base de apoyo de los pies y retracción moderada de la cadena miofascial posterior (CMP), con una distancia de 30 cm de dedos al suelo. La extensión cefalo-cervical podría ser un indicativo de falta de flexibilidad de los músculos espinales y complexos.

Figura 2. Test FAT para el análisis de la extensibilidad de la CMP.



AFC: Ángulo de flexión de cadera; ACDf: Ángulo de cifosis dorsal en flexión; ALLf: Ángulo de lordosis lumbar en flexión.

En un análisis semiglobal de las cadenas miofasciales del miembro inferior se objetiva una falta de extensibilidad moderada de la CMP de forma bilateral, siendo dominante la EII a nivel pélvico y coxofemoral mientras que en la EID domina la retracción de tríceps y tibial posterior. Respecto a la región cefalo-cervical existe un predominio en la retracción de la musculatura posterior profunda (músculos transversos-espinosos y prevertebrales) fijando el patrón rectificador del cuello y una falta de flexibilidad de ambos trapecios. Se encuentran signos de disfunción craneomandibular bilateral siendo más evidente el lado derecho.

2.3 DECÚBITO SUPINO ESPONTÁNEO Y RESPIRACIÓN

Se mantiene la hiperlordosis lumbar, la rectificación cervical con doble mentón y retroposición mandibular. Se acentúa un ascenso de la cintura escapular quizás por tensión de ambos trapecios. Los miembros inferiores, se mantienen

en rotación externa de la articulación coxo-femoral de forma bilateral, siendo mayor en la extremidad izquierda. La respiración es de predominio abdominal y transversal con ausencia de movimiento de la parrilla costal superior o apical.

3. DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÉUTICO-MEZIERISTA

1.- Lumbalgia mecánica asociada a una distorsión sacroilíaca y a una hiperlordosis lumbar.

2.- Rectificación del raquis cervical y disfunción craneo-mandibular (grado II)

3.- Falta de extensibilidad moderada de la CMP

4. OBJETIVOS DE TRATAMIENTO

Objetivos principales

1.- Reducir el dolor lumbo-sacro, cervical y craneo-mandibular.

2.- Reequilibrar las tensiones miofasciales y mejorar la postura.

Objetivos específicos

3.- Mejorar las amplitudes articulares del complejo LPF y el complejo CCD.

4.- Aumentar la extensibilidad de la CMP.

5.- Reducir la hiperlordosis lumbar y la rectificación cervical.

6.- Mejorar la conciencia corporal y propiocepción.

5. TRATAMIENTO

El tratamiento se ha basado en la realización de 17 sesiones individuales de una hora de duración. Las 9 primeras sesiones han tenido una frecuencia de una sesión cada 15 días, el tiempo entre las siguientes 8 sesiones ha sido de 6 semanas. A continuación, se presenta de forma sintetizada la terapia realizada durante todo el proceso.

5.1 TRABAJO DE RESPIRACIÓN, CONCIENCIA CORPORAL Y PROPIOCEPCIÓN

Se ha realizado un trabajo de eutonía y propiocepción al inicio y final de cada sesión, para comparar los cambios sensitivos y corporales que se han producido durante el tratamiento. Se ha estimulado la reequilibración del esquema corporal de forma activa, tanto en la estática como en la dinámica. En la conciencia corporal dinámica, se ha incidido sobre la mejora del control y ritmo del complejo LPF y del complejo CCD.

El trabajo de respiración y de conciencia corporal se ha realizado en decúbito, sedestación, bipedestación y marcha. El trabajo respiratorio mejora la conciencia y la movilización de los tres diámetros del tórax (antero-superior, transversal y vertical). Se ha estimulado la actividad apical armonizando y dando ritmo a la parrilla costal alta. De esta manera, se reduce la tensión de la musculatura intercostal e indirectamente se produce la relajación de la musculatura profunda cervical.

En la región craneo-mandibular, se destaca el trabajo activo mediante técnicas miofasciales de la musculatura implicada y la movilización de los diferentes ejes articulares, todo ello mejora el sistema biomecánico y propioceptivo. Se ha integrado el trabajo mandibular al sistema ocular y a la disociación cefalo-cervical

El trabajo en sedestación se ha basado en el apoyo y control pélvico, la posición más horizontal del esternón, la relajación y alineación de la cintura escapular, el mantenimiento de la curva fisiológica cervical, la correcta posición cefálica, la relajación mandibular y la respiración. En bipedestación, se ha incidido sobre el correcto apoyo de los pies, el control de pivotes y bloques corporales.

5.2 TRABAJO DE TERAPIA MANUAL

Se realizan técnicas miotensivas, masaje e inducción miofascial (12) para la reducción del dolor y la mejora del tono muscular, dentro del marco global Mézières. En la región o complejo LPF, se destaca la relajación de la musculatura paravertebral, el cuadrado lumbar y la musculatura pelvitrocantérea, así como los músculos isquiotibiales y tríceps sural en las extremidades inferiores.

En la región cervical, se ha priorizado sobre la disminución de la tensión muscular de la cadena miofascial profunda formada esencialmente por los músculos transversoespinosos y prevertebrales. A nivel de la cadena lateral craneocervical, se ha incidido sobre los músculos trapecios y elevadores de la escápula. En la región mandibular, se ha actuado sobre la tensión de la musculatura masticatoria (sobretodo maseteros y temporales), la musculatura digástrica y pterigoidea mediante un trabajo intra y extrabucal

Para la mejora articular se han realizado movilizaciones suaves pasivas y técnicas de conciencia corporal a través del movimiento como Feldenkrais (13). El objetivo ha sido recuperar la normalidad articular, mejorando la movilidad, y la curva fisiológica cervical. En este sentido, se ha insistido en la recuperación de las amplitudes de las articulaciones coxofemorales, sacacroilíacas y lumbosacras. De esta forma se facilita la normalidad de la movilidad estructural como es la reducción de la distorsión sacroilíaca y la hiperlordosis lumbar.

5.3 TRABAJO DE CADENAS MIOFASCIALES

Para la ganancia de la extensibilidad y el reequilibrio pélvico, se han utilizado posturas basadas en el estiramiento activo bilateral de la CMP de las extremidades inferiores mediante el método Mezieres. El estiramiento se ha efectuado con una intensidad leve y con una duración entre 5-15 minutos. Se ha incidido sobre los músculos tríceps sural, isquiotibiales y pelvitrocantéreos. Después de varias sesiones (3-4s.), una vez mejorada la extensibilidad y el control activo postural, se ha iniciado un trabajo asimétrico basado en el estiramiento de la CMP de la EII y la cadena muscular anterior de la EID (fig. 3). El trabajo asimétrico ha contribuido en la mejora y la reequilibración de la distorsión sacroilíaca.

Figura 3. Trabajo postural para el estiramiento de la CMP de la EII y flexores coxo-femoral de la EID.

5.4 EJERCICIOS DE PROPIOCEPCIÓN Y REEDUCACIÓN PARA DOMICILIO

El trabajo fisioterapéutico ha sido complementado por la realización de diferentes ejercicios domiciliarios y actividades de la vida diaria. Se ha remarcado la acción de estiramientos de la CMP de EEII para la ganancia de la extensibilidad, ejercicios activos para mejorar la disfunción cráneo-mandibular y la integración postural en carga tanto en sedestación como bipedestación.

RESULTADOS

De los resultados obtenidos se destaca la reducción del dolor, la ganancia de extensibilidad de la cadena miofascial posterior y la mejora global de la postura (siendo más relevante en el plano sagital).

El dolor valorado a través de la escala de EVA, fue de valor "4" en la cuarta sesión, y valor "0" a partir de la novena sesión de tratamiento.

En la tabla IV se encuentran representados los resultados tras el tratamiento, tanto de la extensibilidad como de la postura en el plano sagital.

Tabla IV: Resultados de las mediciones iniciales y finales del análisis morfoestático y de la extensibilidad

Análisis morfoestático			Análisis extensibilidad		
Variables	Resultados		Variables	Resultados	
	Inicial	Final		Inicial	Final
AIE	26,93º	29,4º	**AFC**	43,9º	46,8º
ACD	148,47º	165,7º	**ACDf**	143,2º	140,5º
ALL	136'57º	155º	**ALLf**	146,1º	143º
AVP	17,75º	8,8º	**DDS**	30 cm	9 cm

AIE: Ángulo de inclinación esternal; ACD: Ángulo de cifosis dorsal; ALL: Ángulo de lordosis lumbar AVP: Ángulo de versión pelviana; AFC: Ángulo de flexión de cadera; ACDf: Ángulo de cifosis dorsal en flexión; ALLf: Ángulo de lordosis lumbar en flexión; DDS: distancia dedos suelo

DISCUSIÓN

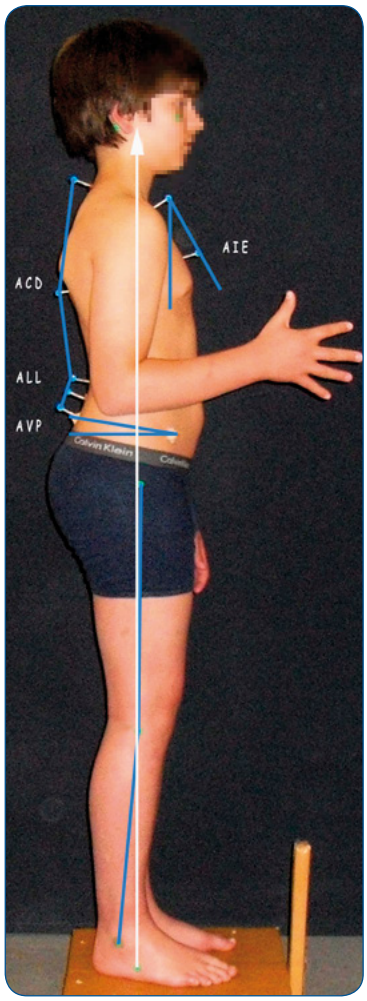
El fin último de cada tratamiento es conseguir las expectativas iniciales del paciente y los objetivos propuestos por el profesional de la salud. Para ello nos encontramos con múltiples marcos de actuación para abordar la lumbalgia inespecífica. La biblioteca Cochrane recoge numerosas revisiones sistemáticas sobre diferentes modalidades terapéuticas. Estas revisiones ponen de manifiesto variaciones en los resultados obtenidos mediante un mismo método terapéutico en el tratamiento del dolor lumbar inespecífico. Todo ello pone en compromiso la evidencia científica obtenida y su fuerza en los diferentes estudios (14).

Encontramos dos amplias preguntas referentes al marco de actuación de una enfermedad con repercusiones no solo sanitarias (la lumbalgia es el segundo motivo de consulta médica), sino sociales, laborales y económicas (15). La primera pregunta es la realización o no de un tratamiento farmacológico. La siguiente hace referencia al abordaje de la enfermedad mediante reposo o ejercicio físico. En el caso de la lumbalgia crónica inespecífica, los resultados obtenidos en los diferentes estudios defienden el tratamiento no farmacológico y verifican el beneficio de la actividad física (1,15). Todos estos estudios recomiendan la realización de ejercicios activos o auto-asistidos para la mejora del dolor y la funcionalidad de la columna, y la aplicación de terapias posturales.

En el caso clínico presentado la reducción de las tensiones miofasciales mediante terapia manual y el reequilibrio de las cadenas músculo-articulares mediante el método Mézières han contribuido a la mejora del dolor, la cual se hace notable a partir de la cuarta sesión de tratamiento. El dolor se ha reducido al valor "0" de la escala de EVA respecto al valor"7" inicial, tanto a nivel lumbar como cervical.

En relación al objetivo de mejora postural (fig. 4), se ha reducido la hiperlodosis lumbar en 18,4º correlacionado con una reducción de 9º de la versión pelviana. La cifosis torácica se ha mejorado en 17,2º y la posición torácica ha variado muy levemente su posición en 2,4º hacia un tórax en una posición menos espiratoria. El recurvatum de la rodilla se ha corregido, no obstante se observa un leve flexum estático. En líneas generales los pivots corporales se han normalizado especialmente el bloque torácico y cefálico, acercándose a la línea vertical de referencia. Esto ha podido contribuir a una mejora de la retroposición mandibular y disfunción mandibular asociado a la disminución de las tensiones masticatorias y de la actitud bruxista consecuente. Respecto a la extensibilidad miofascial de la CMP ha mejorado levemente. El AFC ha aumentado aproximadamente 3º y la distancia dedos suelo se ha reducido en 21 cm.

Figura 4. Resultado postural final en el plano sagital.



AIE: Ángulo de inclinación esternal; ACD: Ángulo de cifosis dorsal; ALL: Ángulo de lordosis lumbar; AVP: Ángulo de versión pelviana

Por otro lado, Pau C. presenta un mejor control postural (estático-dinámico) gracias al trabajo realizado sobre el aparato locomotor y a la reeducación propioceptiva. Los trabajos de eutonía y conciencia corporal han aumentado las propiedades sensitivas.

Por último, la terapia realizada en combinación con los ejercicios indicados para domicilio, podrán ser utilizados como elemento educativo y preventivo de gran importancia, como así evidencia la literatura científica (16).

La terapia global en pacientes con edad infantil puede resultar difícil si la motivación del niño no es la adecuada. En este sentido destaca la colaboración de los padres y la capacidad del terapeuta para interactuar eficazmente con el paciente.

CONCLUSIONES

La fisioterapia global basada principalmente en el Método Mezieres asociada a otras terapias globales parece influir positivamente en la evolución de la lumbalgia inespecífica en niños deportistas en edad escolar. En el caso clínico expuesto ha habido una mejora completa del dolor, aumento discreto de la extensibilidad miofascial, mejora de la postura y conciencia corporal. A pesar de estos buenos resultados será necesaria una revisión a largo plazo para ver si se mantienen en el tiempo.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer en primer lugar a Pau y a su familia por ser protagonistas de este caso y por su voluntad de aprender y mejorar, facilitando nuestro trabajo. Agradezco a José Ramírez y Cristina Hume, sus aportaciones técnicas y sus críticas constructivas, a Juan Ramón Revilla la motivación en el nacimiento de este caso y a Pilar Fructuoso por su tiempo y dedicación.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Grupo Balear de Trabajo del Programa Europeo COST B13. Resumen de las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica para la lumbalgia inespecífica. Direcció General d'Avaluación i Acreditació. Consellería de Salut i Consum. Govern de les Illes Balears. 2006.

(2) Pérez Guisado J. Lumbalgia y ejercicio físico. Rev Int Med Cienc. Act. Fís. Deporte 2006; 6 (24): 230-247.

(3) Kovacs F. Manejo clínico de la lumbalgia inespecífica. Semergen. 2002; 28: 1-3.

(4) Cardoso Ribeiro C, Gómez Conesa A. Lumbalgia. Prevalencia y programas preventivos en la infancia y adolescencia. Rev Iberoam Fisioter Kinesiol 2008; 11(1):32-8.

(5) Jones GT, Macfarlane GJ. Epidemiology of low back pain in children and adolescents. Arch Dis Child 2005; 90(3):312–6.

(6) Sinnema G, de Graeff-Meeder ER, Keessen W. When sports no longer is a game... the clinical aspects of competitive sports in children. Tijdschr Kindergeneeskd 1990; 58(4):124-8.

(7) Duggleby T, Kumar S. Epidemiology of juvenile low back pain: a review. Disabil Rehabil. 1997; 19(12):505-12.

(8) Hangai M, Kaneoka K, Okubo Y, Miyakawa S, Hinotsu S, Mukai N, Sakane M, Ochiai N. Relationship between low back pain and competitive sports activities during youth. Am J Sports Med. 2010; 38(4):791-6.

(9) Struyf-Denys G. Les chaînes musculaires et articulaires. Bruxelles: Ictgds; 1979.

(10) Método Mézières Mézières F. Originalité de la Méthode Mézières. París: Maloine; 1984.

(11) Biometría digital Ramírez-Moreno J, Revilla JR. Análisis global del equilibrio sagital del raquis. Rev Cient Iberoamer FisioGlobal 2008; 1:12-19.

(12) Inducción miofascial Fernández-Pérez AM, Peralta-Ramírez MI, Pilat A, Villaverde C. Effects of myofascial induction techniques on physiologic and psychologic parameters: a randomized controlled trial. J Altern Complement Med. 2008; 14(7):807-11.

(13) Feldenkrais Connors KA, Galea MP, Said CM, Remedios LJ. Feldenkrais Method balance classes are based on principles of motor learning and postural control retraining: a qualitative research study. Physiotherapy 2010; 96(4):324-36.

(14) Humbría Mendiola A, Carmona L, Ortiz AM, Peña Sagredo JL.Rev. Esp. Reumatol. 2002; 29 (10):494-8.

(15) Reig Mollá B, Sanfélix Genovés J. Tratamiento no farmacologico de las lumbalgias inespecificas. Reposo en cama o ejercicios. Jano Medicina y Humanidades 2005; 1574 (69): 37-38

(16) Choi BK, Verbeek JH, Tam WW, Jiang JY. Exercises for prevention of recurrences of low-back pain. Cochrane Database Syst Rev 2010; (1).

REFLEXIONES GLOBALES

FREYSSINET-ENJALBERT
Béatrice

Fisioterapeuta mezierista. Asnières, Francia.

Correspondencia
Béatrice Freyssinet-Enjalbert
beafreyssinet@hotmail.com

EL MEZIERISTA FRENTE AL DOLOR.

INTRODUCCIÓN

Durante mucho tiempo, el dolor, tanto físico como psíquico, ha sido el precio de la redención, el precio a pagar para librarse de él inscrito en una tradición judeocristiana. La medicina actual declara, a partir de ahora, su ambición de aliviar el dolor e incluso de prevenirlo ya que es el principal motivo de consulta de nuestros pacientes.

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (http://www.iasp-pain.org), es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial, o descrita en términos que evocan tal lesión.

La transmisión del dolor es un fenómeno complejo que implica mecanismos electrofisiológicos y neuroquímicos, en tres etapas:

- Elaboración del influjo a nivel nociceptor y la transmisión de este influjo en la fibra nerviosa periférica.
- Relevo y modulación a nivel del asta dorsal de la médula
- Integración, a nivel del cerebro, que lo transforma en mensaje consciente: es la sensación dolorosa con un componente sensorio-discriminativo en cuanto a la localización, intensidad y duración, y un componente emocional y afectivo desagradable.

La imaginería médica muestra que un estímulo doloroso se acompaña de modificaciones en las estructuras límbicas, sobre todo a nivel del complejo amigdalino, considerado como sede de la memoria de las emociones. **Estas modificaciones manifiestan la integración del componente afectivo del dolor, paralelamente a la integración de su percepción.**

La fijación de los distintos sufrimientos físicos y psíquicos, causas o consecuencias, se justifica el abordaje de un tratamiento a nivel del cuerpo.

Cada individuo es único y llega a nuestra consulta con su propia historia, su contexto socio-cultural, sus experiencias de tratamiento, sus capacidades de expresar y de quejarse, y nosotros tenemos que tener en cuenta el conjunto de todos esos elementos para abordar el tratamiento de ese dolor, o mejor dicho, el tratamiento de esos pacientes doloridos. Sabemos que psiquismo y cuerpo se hablan, están asociados y son inseparables; que la separación clásica entre causa y consecuencia es incierta y, teniendo en cuenta este componente, esperamos que nuestro tratamiento provoque una respuesta positiva en el cuerpo de nuestros pacientes. Cito a Jean-Bertrand Pontalis *"como si, con el dolor, el cuerpo se cambiara en psique y la psique en cuerpo"*. En muchas ocasiones el paciente expresa más fácilmente un estado depresivo por un síntoma físico que por un estado de ánimo triste. En los casos de alexitimia, el individuo tiene dificultades para expresarse, para identificar sus emociones verbalmente resultándole más fácil describir lo concreto, los hechos, los síntomas físicos.

En estas condiciones, el dolor permite que el individuo se centre en la dimensión corporal de la emoción. En nuestras sociedades industriales que predican en exceso la productividad del trabajo, la aceptación y reconocimiento de un dolor corporal, suele ser más fácil que expresar los problemas psicológicos.

Al convertirse en "dolor anti-sufrimiento" según la expresión de Patrice Guex, el dolor es útil: evita un conflicto inconsciente, se trata del beneficio primario de la enfermedad; o bien permite responder a necesidades afectivas inconfesadas y entonces se trata de un beneficio secundario. Aún hay una similitud más entre el lenguaje del cuerpo y psique. El dolor en el cuerpo es útil, alerta al paciente de una disfunción. Ésta puede resultar del reflejo antálgico a priori o a posteriori que expresa un conflicto miofascial en un lugar diferente al de su origen, en las zonas compensatorias saturadas de tensiones. Esto explica el fracaso de los

tratamientos locales del dolor, basados en la expresión aparente de conflictos miofasciales. Aquí es donde los mezieristas demostramos nuestra utilidad, nuestra eficacia, por un trabajo global, riguroso y también sensible, ya que tenemos ante nosotros, no un cuerpo-máquina, sino un ser humano, vivo, sensible y lleno de contradicciones.

El dolor es, por tanto, el resultado del lenguaje corporal. Es una queja, un grito. Son lloros, miedos, que piden ser entendidos tanto por el paciente como por el terapeuta. El dolor, sobre todo cuando está muy presente, el paciente lo siente como una amenaza a su integridad personal.

El dolor pertenece completamente al paciente, no se ve, no puede ser comprendido por el terapeuta más que por medio de lo que dice el individuo, o lo que muestra en materia de comportamientos, principalmente de comportamientos dolorosos. Como preámbulo de todo tratamiento, es absolutamente primordial darle a entender que hemos comprendido su discurso verbal y físico. El establecimiento de una relación empática, de confianza es prioritario. Una escucha benévola, abierta y desprovista de prejuicios permite ajustar la exploración para orientar nuestro tratamiento. El valor de la primera visita es primordial: además de la exploración mecánica precisa que establecemos, es esencial que el paciente exprese su dolor y la historia del mismo.

LA ANAMNESIS

El interrogatorio ayudará al paciente a definirse de forma más precisa:

- Tras haber escuchado los términos propios del paciente, a veces sorprendentes, como: "¡Es doloroso; pero, ¡no me hace daño!". Tendremos que estar atentos a lo que significa para el paciente ese vocabulario. El interrogatorio intentará definir más precisamente las sensaciones: ¿El dolor es sordo, agudo, punzante, profundo, superficial, se irradia? ¿Dónde está exactamente?, no debemos contradecir las interpretaciones del paciente mientras está expresando lo que siente. Es importante construir del modo más completo posible la historia de su dolor con el fin de comprender el mecanismo de aparición y la función en la mecánica global del individuo.
- Es útil conocer las actividades habituales del paciente. ¿Cuáles son sus gestos y actitudes profesionales usuales? ¿Qué hace durante su tiempo libre? ¿Duerme bien? ¿Cuáles son sus hábitos alimenticios? ¿Sus antecedentes médicos, quirúrgicos, dentales? ¿Hay algún vínculo entre una actividad particular y el dolor? ¿Qué actitud o que gesto desencadena el dolor o lo alivia? ¿Cómo coacciona el dolor su actividad profesional, familiar y lúdica? Estas indicaciones, además de aportarnos información, también nos dará pistas sobre los consejos que daremos darle. Nuestro objetivo no es solo aliviarle el dolor sino también propiciar una recuperación en su autonomía, el placer de moverse.
- Otros aspectos a conocer como: ¿Con qué frecuencia aparece el dolor? ¿Con qué duración? ¿Durante el día o durante la noche? ¿Había tenido alguna vez este tipo de dolor? ¿Ha tenido alguna vez dolor en esta parte del cuerpo? ¿Cuándo? Todas estas preguntas de base permiten que el paciente establezca un vínculo entre su dolor y otra cosa. Dejan al paciente tomar, o no, la respuesta psico-contextual del dolor, suscita la reflexión. Un paciente me dijo un día que se despertaba a las 3h de la mañana por el dolor y cuando le pregunté, qué es lo que hacía entonces, me respondió que se levantaba y se iba a rezar a la iglesia cercana a su casa. Tengo que decir que no me lo hubiera imaginado nunca…

LA OBSERVACIÓN

El examen visual permitirá al terapeuta y al paciente aproximarse físicamente a ese cuerpo y a ese dolor. Cada información que recogemos, las tensiones aparentes, el estado de la piel, las adherencias, las cicatrices, la actitud en bipedestación y el resto de nuestra exploración mezierista habitual, construyen el puzzle de este elemento inseparable de la exploración-tratamiento. El paciente, siguiendo este examen clínico, participa de un modo activo y se asegura de que el terapeuta comprenda bien ese cuerpo doloroso y también, elemento primordial, que respete ese dolor y ese cuerpo.

EL LENGUAJE

El vocabulario que usamos para acompañar al examen y tratamiento debe adaptarse a cada paciente. Las explicaciones siempre son bienvenidas, los pacientes tienen ganas de saber y se implican mucho más cuando comprenden el funcionamiento de su cuerpo. A menudo son útiles las imágenes sencillas y convierten en abordable y evidente la lógica de organización muscular que todos conocemos. Me acuerdo de un hombre de 65 años, carnicero de profesión, que después de haber sido aprendiz de panadero desde los 14 años y llevado sobre sus hombros sacos de harina de 80 kg, decía que era la primera vez en su vida que tenía un problema de espalda, una ciatalgia. Mis tentativas de explicación resultaron vanas, no encontraba el modo de unir mis explicaciones con sus sensaciones corporales pues nunca las había trabajado. Su conciencia corporal o propioceptiva era muy pobre. Esto cambió cuando el día que relacionó su esqueleto con el esqueleto del buey que conocía perfectamente por su profesión, encontró el camino para tener acceso a su propio cuerpo. A partir de ese momento, el trabajo reeducativo resultó fácil de hacer, vino la consciencia, acompañada de sensaciones y se implicó hasta el punto que en la recepción del gabinete compartía su experiencia con los otros clientes! No sólo ya no sufría sino que, por fin, tenía un cuerpo…

Hay pacientes que tienen tendencia a intelectualizarlo todo, a pasarlo todo por la reflexión o el saber. En este caso, hay que llevarlo a sentir fuera de sus conocimientos ya que éstos, en un primer tiempo, le dan acceso a su propio cuerpo pero pueden frenar a las sensaciones las cuales pertenecen al lenguaje corporal y no al lenguaje intelectual. Este es el caso muchas veces de los pacientes del ámbito de la salud como médicos, psicólogos, etc., que no pueden evitar el analizarse desde fuera, como si lo tuvieran que hacer a uno de sus pacientes.

Es esencial gestionar adecuadamente nuestra intrusión, sobre todo cuando creemos que hay un sufrimiento moral, antiguo, tan insoportable que el cuerpo ha establecido una defensa. El paciente se expresa por el dolor, lo que no puede decirse con

palabras. Cuidémonos de interpretar de un modo salvaje lo que pertenece al paciente, los terapeutas no somos omnipotentes. No dudemos en dirigirlo a un psicoterapeuta pues en ocasiones, al empezar a eliminar los dolores físicos, tienen necesidad de expresar verbalmente sus sufrimientos.

LA PALPACIÓN

Del mismo modo, **es esencial la calidad de nuestro tacto.** Nuestra mano es una herramienta formidable, no es una manomáquina que, a la evocación de una tensión muscular y dolor, se pone en marcha como si de un automatismos se tratara. Forma parte de nuestro cuerpo, sometido también a tensiones de todo género. Hay que ser consciente de eso, ponerse en situación propicia al tacto, es decir, ponerse en actitud que limite las tensiones que entorpezcan la libertad de nuestra mano y, sobre todo, ponerse en situación de receptividad y disponibilidad, tengamos las preocupaciones o fatiga que tengamos.

Ese tacto será totalmente respetuoso con el dolor del paciente. El paciente desea ser tocado para librarse de él pero, al mismo tiempo, teme que le hagamos daño. El terapeuta debe ser al mismo tiempo, empático y científico. La mano palpa, reconoce, localiza y se pone a la escucha. Pide autorización para ir más allá, profundizar más en los tejidos; va a buscar informaciones en los diferentes planos más o menos profundos en función de las primeras impresiones. Notamos muy bien la resistencia que oponen los tejidos y el momento en que se despierta su dolor. La mano tiene que invitar a la confianza, esperar a veces con el masaje que se difuminen las reacciones de defensa. En algunos casos, el umbral del dolor habrá bajado considerablemente, y debemos estar muy atentos a lo que siente el paciente, aunque nuestra mano cargada de entusiasmo no perciba físicamente las tensiones relacionadas con el dolor. En el caso de pacientes mayores el umbral de sensibilidad puede ser extremadamente bajo, y la mano debe ser muy eficaz en sensibilidad y ligereza; con frecuencia la lentitud ayuda a encontrar el buen nivel de tacto.

EL TIPO DE DOLOR

El enfoque del tratamiento Mézières se ajustará en función de la antigüedad y naturaleza del dolor. Dependiendo de si es reciente, agudo, traumático, antiguo y crónico, diferirá nuestra actitud y el modo de llevar las sesiones.

Cuando el dolor es reciente, y si no es muy agudo, la terapia Mézières no tiene contraindicación alguna. La puesta en tensión de las cadenas musculares pone en evidencia rápidamente las compensaciones utilizadas por el paciente. Utilizaremos estiramientos directos activos o con un componente pasivo, contracciones isométricas en amplitud externa, contracción-relajación. Requerimos la participación activa del paciente en las posturas y también en la consciencia que tiene que aportar. Esa participación permite ajustar su esquema corporal y, por tanto, dirigir esa consciencia en su vida cotidiana, yendo de la curación a la prevención. La aparición de sensaciones como: calor, tirones, temblores, etc., pueden ser molestas pero son sensaciones distintas a las que él reconoce como el origen de su consulta. Ello dispersa la atención dirigida hacia esa nueva zona, despierta su sentido propioceptivo y armoniza la consciencia y el tono de ese cuerpo doloroso.

La aparición del dolor inicial durante la sesión es, a menudo, previsible para el mezierista. En ese caso, es anunciado, permitido por el paciente a quien habremos tenido el cuidado de explicar toda la lógica que nos lleva a ese momento preciso de la sesión. El paciente se convierte en actor de su tratamiento en colaboración con su fisioterapeuta.

En los adolescentes existen diferencias respecto a los adultos, sobre todo en chicas jóvenes en la prepubertad. Ellas se enfrentan a un cuerpo que empuja, que cambia en sus formas y que parece que se les escapa. La menor sensación física nueva les da miedo, ¿se les escapará todavía más ese cuerpo? Interpretan cada sensación como peligro y dolor. Si nos tomamos el tiempo de explicarles, de ir suavemente, evitando ese deseo de ser muy eficaz en la terapia, asegurando al adolescente que respetaremos su dolor y certificándole que esa sensación no es peligrosa, ¡nos sorprendemos de las capacidades de ese adolescente en aceptar las sensaciones del estiramiento! A menudo, esas chicas jóvenes toman posesión de su cuerpo y, extraordinariamente motivadas, no faltan a ninguna sesión de tratamiento.

Cuando el dolor es agudo el paciente limita sus gestos por temor a que aumente. Su cuerpo se convierte en una "dirección prohibida" y si en un primer tiempo la estructura del cuerpo ha perturbado la función, la movilidad bloqueada acaba por perturbar la estructura. La actitud del terapeuta asegura el respeto de ese dolor y nos esforzamos en no desencadenarlo. El abordaje del tratamiento será progresivo para evitar las reacciones de defensa. Llevaremos la atención sobre la toma de consciencia de todas las partes del cuerpo según las posiciones, posturas, masajes y movimientos que permitan al paciente sentir los desequilibrios y reacciones de aquellos gestos en los que no tenía consciencia. Este trabajo contribuirá a unir la zona dolorosa con el resto del cuerpo, volviéndole a dar unidad y consciencia corporal global, siempre acompañada de un trabajo respiratorio adecuado. Las posturas escogidas en Mézières tienen en cuenta las posiciones antálgicas, aunque dejen de lado las compensaciones que iremos eliminando poco a poco. Ahí el interés del trabajo Mézières cobra verdaderamente sentido. Aliviar una zona exacerbada de tensiones y dolores, yendo a equilibrar lo que ha suscitado ese estado, esas otras partes del cuerpo, a veces lejanas, que han provocado compensaciones. El estiramiento es suave, pero preciso y, cuando hemos localizado la parte en cuyo origen están los dolores, intentaremos admitir las mínimas compensaciones en esa zona.

Utilizaremos cualquier técnica que actúe local y globalmente, por ejemplo la relajación de un espasmo muscular por acortamiento de sus fibras musculares, un trabajo de la lengua y mandíbula para afecciones de la nuca y de la cintura escapular, masaje del vientre para las lumbalgias y para las respiraciones bloqueadas (¡precaución!, no abordamos un vientre, así como así, en la primera sesión; un vientre está lleno de emociones, hay que tener prudencia). De nuevo será necesario explicar al paciente el interés del trabajo global y a distancia, para que no tenga la impresión de que no nos ocupamos "de lo que está mal". Dado el carácter agudo del síndrome doloroso, raramente haremos el masaje en los puntos agudos, si no en la periferia, acercándonos progresivamente a la zona dolorosa.

Cuando es de origen traumático, por ejemplo como consecuencia de un accidente que ha amenazado la integridad física, el dolor se memoriza entremezclando los componentes físicos y

psicológicos. El mezierista liberará todo lo que ha enmarcado y protegido la zona dolorosa. ¿Relaciona el paciente un elemento físico, concreto del accidente y su dolor? El tacto será particularmente suave, reparador, tranquilizador. Incluso podemos evitar tocar esa zona en la primera sesión si el sufrimiento subyacente que experimenta es demasiado fuerte, si el terapeuta siente que este dolor físico está tan presente que expresa lo que no pueden decir las palabras. Pienso en los casos de agresión sexual, en los que es difícil poder trabajar los músculos profundos de la pelvis desde la primera sesión. Puede aparecer la emergencia de la cólera y de lo que ha sentido. Podemos acoger, ayudando al paciente a hacer bien la unión entre el cuerpo y sus sentimientos, aunque sin interpretar en su lugar.

En el caso de una mastectomía donde la mujer ha perdido una parte de ella, a menudo la paciente no mira esa zona, prefiriendo ignorarla, esconderla bajo su hombro, y ese cuerpo no se encuentra en su globalidad. El masaje suave trabajará la cicatriz, hará respirar, rehacer, vivir esta parte que la paciente se tocaba. El tacto es reparador y ese pecho puede volver a existir. El trabajo global devolverá a ese cuerpo herido un nuevo equilibrio y una unidad.

Una reeducación mal gestionada después de una intervención exitosa en el plano quirúrgico, aporta bloqueo y dolor repentino. Vemos que esos pacientes llegan desamparados. El abordaje de la sesión ha de priorizar el masaje, todos los tipos de masaje, en todas la zonas. Un masaje suave, liberador, que comprenda las cicatrices, vuelve a dar confianza al paciente y a su cuerpo, levanta las reacciones de defensa para llevarlo hacia un trabajo global y suave de puesta en estiramiento.

"El mal no está nunca donde se manifiesta", lo sabemos por el papel que desempeñan las cadenas musculares. Nos encontramos, a veces, ante dolores llamados "referidos": el dolor se trasmite a lo largo de un nervio con una localización precisa, un dermatoma o una región periférica que depende del origen de la lesión. Algunos de estos dolores son de origen visceral o son trastornos funcionales orgánicos que pueden proyectarse por vía refleja a nivel muscular. Las aferencias de la periferia referida a la piel, osteoarticular y visceral llegan al asta posterior de la médula cuya transmisión se efectúa por medio de una sola neurona en el córtex, quien puede interpretar un dolor como muscular cuando en realidad es visceral. En principio, estos síntomas han sido diagnosticados antes de la llegada de nuestros pacientes a nuestra consulta; pero, en el curso del tratamiento, cuando un paciente llega con un síntoma nuevo, que relaciona como mecánico, hay que permanecer vigilante, sobre todo si no encontramos tensión muscular en relación a la intensidad del dolor. Pienso, por ejemplo en los dolores lumbares, relacionados con ciertos problemas urinarios. No dudar en enviarlo al especialista en estos casos.

Cuando los dolores expresados a nivel cutáneo o muscular son de origen mecánico, nuestra especialidad de mezierista aportará una respuesta rápida en la búsqueda de la desaparición del dolor. Todos hemos resuelto problemas de ciática, mediante la liberación de cervicales bloqueadas, comprimidas por tensiones musculares.

Aparte de lesiones orgánicas, cuando los trastornos digestivos, por ejemplo, se proyectan a nivel muscular, nuestro abordaje global del individuo nos permitirá aconsejarle sobre su higiene alimenticia. En esos casos, los diferentes masajes de tipo reflejo y otros, son bienvenidos ya que quitan el aspecto espasmódico de un vientre doloroso. No olvidemos la relación entre escalenos, psoas, diafragma y fascias viscerales. Y siempre, debido a esas relaciones, llevaremos la atención hacia la liberación de la respiración y de las tensiones presentes en esta cadena antero-interior.

LA TERAPIA

El abordaje del paciente doloroso crónico, es decir con dolor de más de 6 meses de evolución, suele ser arduo, complejo y precisa de un trabajo pluridisciplinar. La intensidad dolorosa descrita por estos pacientes es impresionante, tanto que la definen como "horrible", "insoportable". A menudo, tienen ansiedad, asociada a la sensación de pérdida de control y a las dificultades de enfrentarse al dolor. La intensidad de la queja dolorosa y sus repercusiones, a veces, parecen desproporcionadas al substrato somático, y estos enfermos, ante los fracasos del tratamiento, desconfían de todo discurso que asocie el psiquismo a su sufrimiento. La demanda de un tratamiento físico es muy fuerte y la búsqueda de reconocimiento de los síntomas dolorosos necesita, por parte del fisioterapeuta, una atención particular en su actitud y propósitos. El paciente necesita asegurarse que el fisioterapeuta ha entendido el mensaje y que tiene en cuenta lo que le ha dicho y sobre todo, a respetar su dolor. Una vez más es prioritario el establecimiento de una relación de confianza, que llama a la empatía, una escucha activa, abierta y desprovista de prejuicios.

El dolor crónico provoca un abandono en las actividades cotidianas, se modifica el equilibrio familiar, se perturban las relaciones sociales. El dolor se convierte en compañía permanente y de la que uno no se libra. Todo se articula alrededor del dolor. El paciente viene a tratarse para librarse de él pero… ¿puede él dejar el dolor? Me acuerdo de un paciente que al volver de vacaciones me decía con aire desamparado, sorprendido, que no había tenido dolor, y que no lo entendía…

Estos pacientes presentan ciertas dificultades:

- Su umbral de tolerancia y de percepción del dolor suele ser muy bajo;
- El cuerpo ha memorizado los sufrimientos;
- La función está perturbada por las tensiones musculares y, sobre todo, por la memoria de las sensaciones dolorosas.

Es interesante remarcar que algunas fibras nerviosas que llevan la información nociceptiva de la médula a los centros cerebrales, se proyectan directamente en los centros corticales y subcorticales implicados en el tratamiento de las emociones. **La memorización del dolor no es simplemente el hecho del recuerdo de una situación desagradable, sino también de la modificación plástica de las vías de transmisión del influjo doloroso**. Asimismo, la integración de mensajes no nociceptivos a nivel de las estructuras implicadas en la nocicepción, en particular en el córtex cingular anterior, aumenta el comportamiento doloroso unido a un proceso inflamatorio. Bajo inducción hipnótica, evocando un estímulo álgico, sin que haya la mínima solicitación nociceptiva, Stuart et al. demostraron por RMN funcional una activación de las zonas implicadas en la nocicepción.

Así, nuestro trabajo se ceñirá a desencadenar las menos sensaciones posibles a nivel de las zonas habitualmente dolorosas, ya que la menor sensación se puede interpretar como dolor.

El tratamiento global, la toma de conciencia del resto del cuerpo, un trabajo propioceptivo, desarrollará y reequilibrará el esquema corporal. La liberación de la respiración y del diafragma favorecerá la unidad, la armonía. Los estiramientos serán suaves, y no repetidos durante mucho tiempo, siempre con la preocupación de integrar las sensaciones a distancia de los puntos dolorosos. El terapeuta orientará la concentración del paciente hacia otras zonas diferentes de las que su memoria solicita sin cesar. Serán útiles todos los masajes, le aportarán sensaciones nuevas en lugares distintos de los dolores referenciados, preferentemente en la relajación, haciendo bajar las reacciones de defensa muscular para un mejor bienestar.

CONCLUSIONES

Con frecuencia, el dolor y el temor de verlo aparecer, inducen a una abolición de la actividad y del movimiento. La menor sensación a nivel de las zonas implicadas se interpreta como peligro. Es interesante no condicionar física y psíquicamente a estos pacientes, acompañándolos en el re-aprendizaje de gestos o movimientos sencillos, pero respetando su ansiedad y tomando el tiempo para hacer esta readaptación. Como dice Anne-François Allaz, esos dolores son a menudo dolores pantalla que permiten que los pacientes centren y cristalicen su sufrimiento a nivel de su cuerpo.

Ante la lentitud de los progresos y la dificultad, la impotencia, el rechazo o el descorazonamiento que el fisioterapeuta puede sentir al recibir una queja del paciente por el ritmo que sigue su evolución, es necesario colocar su acción en el tiempo, llevar al paciente a participar en su tratamiento. En este sentido, en el tratamiento de los dolores crónicos, el método Mézières tiene un "plus" enorme: nuestra especificidad por el enfoque global, el trabajo de las cadenas miofasciales, induciendo en todos los niveles, nuestra atención, nuestra investigación permanente ya que cada individuo es único en su historia y en su construcción corporal, dan prueba de ello. En ese trabajo trastornado por la memoria del cuerpo, aportamos otra memorización del esquema corporal, intentando alimentar positivamente el equilibrio perturbado de esos cuerpos llenos de sufrimiento.

En todos los casos de tratamiento, se trata de transformar un dolor en una posible solución, devolver la placidez perdida, permitir que el paciente recobre su autonomía, el placer de habitar un cuerpo fluido y confortable, móvil, ya que **¡es un placer tener un cuerpo vivo que sustituya al dolor!**

BIBLIOGRAFÍA

(1) Allaz A.F. Le messager boîteux: approche pratique des douleurs chroniques. Éditions Médecine et hygiène. 2003

(2) Patté J. La méthode Mézières. Une approche globale du corps. Magny-les-Hameaux: Chiron; 2009.

(3) Campignion Ph, Denys-Struyf G. Les chaînes musculaires et articulaires concept GDS Les chaînes relationnelles. Tome 2 Les chaînes postéro-latérales: Editeur Philippe Campignion; 2007.

(4) Campignion Ph. Respir-Actions: programme d'exercices et d'étude des mécanismes de la respiration: Éditions Frison-Roche; 2007.

(5) Somatothérapies et somatologie. Revue internationale des thérapies du corps. Nº4 ; 1989.

(6) Danziger N. Paysages corporels de la douleur chronique : Douleurs. Information Pysichiatrique 2004; 80 (9): 715-722.

(7) Saur J. Place de la rééducation Mézières au sein d'une unité pluridisciplinaire de traitements des douloureux chroniques. La revue mézièriste 2008 ; 64.

CURSOS DE PERFECCIONAMIENTO Y ESPECIALIZACIÓN

I.A.C.E.S

NOVEDAD

ifGM
Instituto Fisioterapia Global Mézierès

FORMACIÓN OFICIAL MÉTODO MÉZIÈRES –MADRID 2012–

Organizado por: Instituto de Fisioterapia Global Mézières (IFGM) e Instituto de Alcalá de Ciencias y Especialidades de la Salud (IACES)

Dirigido a: Fisioterapeutas

Calendario: 210 horas distribuidas en 8 seminarios de octubre de 2012 a mayo de 2013

Horario: 4 seminarios (jueves, viernes y sábado) y 4 seminarios (viernes sábado y domingo)

Formadores: profesores del Método Mézières homologados por AMIK e IFGM

Acreditación: IFGM, IACES, por la Association Mézièriste Internationale de Kinésithérapie (AMIK) y por la Escuela Universitaria de Fisioterapia Garbí (Universidad de Girona). Acceso a la Asociación Mezierista Iberoamericana de Fisioterapia (AMIF).

Lugar: MADRID. C/ Saturnino Calleja 1, 28002

INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES

informacion@iaces.es / Teléfono: 91 713 02 67
www.iaces.es / www.metodo-mezieres.com

AGENDA y LECTURAS RECOMENDADAS

Desde este nuevo apartado, FisioGlobal quiere informar a sus lectores de los eventos, Congresos y Jornadas de interés en el ámbito de la Fisioterapia Global y la evidencia científica en nuestra profesión. Podéis enviar la información sobre eventos a ifgm@kinemez.com

XIV° CONGRÈS AMIK-BORDEAUX 2012

Congreso bianual sobre el método Mézières con el tema "Equilibrio y Desequilibrio". Además de conferencias habrán talleres prácticos relacionados con el tema propuesto.
Organiza: Association Mézièriste Internationale de Kinésithérapies sobre el tema.
Fechas: 28 y 29 de Septiembre 2012, Bordeaux, Francia.
www.methode-mezieres.com

XIV° CONGRESO NACIONAL DE FISIOTERAPIA

El Fisioterapeuta 2.0. Nuevos Estudios, nuevos métodos. Fisioterapia de la Actividad Física y el Deporte, Atención Primaria, Terapias Manuales, Pediatría, Salud de la Mujer, Salud Mental, Cardiorespiratoria, Neurología.
Organiza: Asociación Española de Fisioterapia
Fechas: 26 y 27 Abril 2012, Palacio de Congresos de Madrid.
www.14congresoaef.es

II° CONGRESO INTERNACIONAL DE FISIOTERAPIA Y DOLOR SEFID

Neurociencia, fisioterapia, medicina y psicología relacionada con el dolor.
Organiza: Universidad de Alcalá y Sociedad Española de Fisioterapia del Dolor
Fechas: 2-5 de Febrero 2012, Alcala de Henares, Madrid.
www.sefid2012.fgua.es/home/index.php

INTERNATIONAL FEDERATION OF ORTHOPAEDIC MANIPULATIVE PHYSICAL THERAPISTS 2012

Organiza: World Confederation for Physical Therapy
Fechas: 30 Septiembre al 5 de Octubre 2012, Québec, Canada.
www.ifomptconference.org

XXII JORNADAS DE LA ESCUELA UNIVERSITARIA DE FISIOTERAPIA DE LA O.N.C.E

Dolor e inestabilidad de la región lumbopélvica.
Organiza: Escuela Universitaria de Fisioterapia de la ONCE en colaboración de la Escuela de Terapias Miofasciales Tupimek
Fechas: 2 y 3 de marzo de 2012.
http://euf.once.es/home.cfm?id=27&nivel=1

¿QUÉ ES UNA DIETA SANA?

Itziar González de Arriba, Sandra Sánchez Jorge

Año de edición: 2011

Es un libro en el que se pretende responder una pregunta que seguro que todos nos hemos hecho alguna vez: "¿cuál es la mejor dieta?" "¿qué debemos comer para estar sanos?". En este libro se pretende, interpretando los síntomas negativos de cada persona, llegar a saber cuál es la dieta óptima para cada uno y conseguir, mediante una alimentación equilibrada, un estado óptimo de salud: dormir bien, no sentirse cansado ni necesitar café para estar despierto, no sentir ningún dolor, no enfermar continuamente...

Simplemente sentirse feliz.

EL CALOR QUE CURA

Felip Caudet Piñana

Año de edición: 2011

Este libro nos presenta de forma didáctica todas las técnicas de moxibustión japonesa que han permanecido ocultas para occidente. De manera específica hace hincapié en la forma más refinada y eficaz de aplicar calor terapéuticamente, el okyu. Un conocimiento ancestral de la medicina tradicional japonesa que en esta obra es actualizado para ser aplicado en el tratamiento de las más diversas patologías y especialidades. Aquí se expone paso a paso los secretos de uno de los sistemas más populares de moxibustión en Japón, la moxibustión de Isaburo Fukaya. El lector tiene en sus manos una obra única en su género y en lengua castellana que le permitirá aplicar de manera fácil, una herramienta que optimizará sus tratamientos, en caso de uso profesional, o que le proporcionará un buen cuidado a su salud, en caso de uso privado

FORMACIÓN BASE

MÉTODO MÉZIÈRES fisioterapia global miofascial

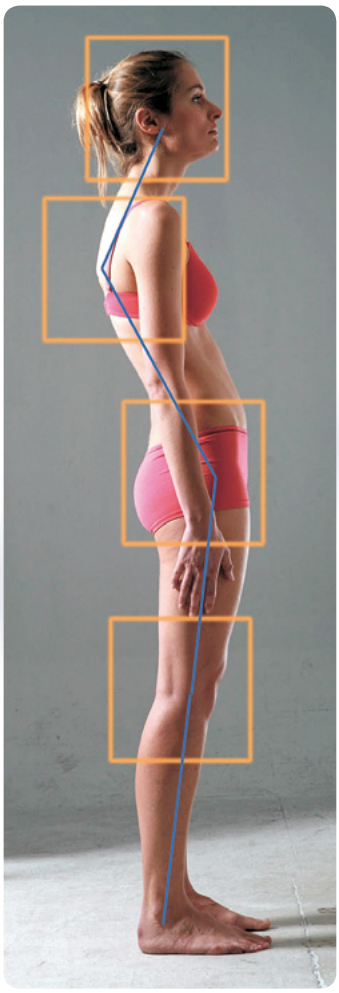
PRESENTACIÓN

El Postgrado **"El Método Mézières. Fisioterapia Global Miofascial"** está acreditado por la Universitat Internacional de Catalunya (**UIC**) y reconocido por el Instituto de Fisioterapia Global Mézières (**IFGM**) y por la "Association Mézièriste Internationale de Kinésithérapie" (**AMIK**). Una vez finalizada la Formación, el fisioterapeuta podrá acceder como socio a la Asociación Mezierista Iberoamericana de Fisioterapia (**AMIF**) y formar parte del listado de fisioterapeutas que practican el Método Mézières, así como participar en las actividades de esta asociación.

La fisioterapia global, bajo esta perspectiva, pretende devolver el equilibrio a las diferentes cadenas miofasciales mediante un trabajo individualizado. El fisioterapeuta mezierista trata los desequilibrios corporales buscando la causa primaria de la lesión, corrigiendo y controlando, durante la sesión, las compensaciones que se producen.

Tras un examen clínico riguroso, analítico y global, se evalúan los desequilibrios posturales y se llega a un diagnóstico del estado de las cadenas miofasciales y articulares. **El Método Mézières** utiliza posturas de estiramiento global y técnicas manuales, miofasciales y de movilización articular, asociando un trabajo específico sobre la dinámica respiratoria.

CONTENIDO TEÓRICO



1. Principios fundamentales del Método Mézières. Límites e indicaciones
2. Respiración, postura y globalidad
3. Fisiología neuromuscular: análisis de los comportamientos miofasciales
4. Análisis de las cadenas miofasciales
5. La bipedestación y la postura. Plasticidad cerebral y propiocepción
6. Biomecánica lumbo-pelvi-femoral. Fisiopatología de la articulación sacroiliaca
7. Estudio del pie. Implicaciones posturales y dinámicas
8. Patología de la rodilla. Dismorfismos. Síndrome fémoropatelar. Abordaje global
9. Patología del miembro superior. Hombro y globalidad
10. Unidad céfalo-cervical. Patología del complejo céfalo-cervical- dorsal.
11. Articulación témporo-mandibular: rol postural y relación con las cadenas miofasciales
12. Alteración morfoestática y patologías del raquís dorsal y lumbar. Escoliosis
13. Reequilibrio del suelo pélvico y cadenas miofasciales
14. Dolor, globalidad y anatomía emocional. Síndromes de dolor crónico
15. Gimnasia holística. Integración de técnicas globales al trabajo en grupo

CONTENIDO PRÁCTICO

A) EXÁMEN MORFOESTÁTICO Y EXTENSIBILIDAD. VALORACIÓN DE MARCHA Y GESTO

B) OBSERVACIÓN DE LAS COMPENSACIONES Y MECANISMOS NEUROMUSCULARES

C) REARMONIZACIÓN POSTURAL

1. Posturas globales de estiramiento miofascial activo
1.1 Estiramientos de las cadenas miofasciales implicadas en desequilibrios morfoestáticos
1.2 Reeducación postural en trabajo simétrico y asimétrico
1.3 Reequilibración respiratoria. Predominio de las cadenas miofasciales y tipologías respiratorias
2. Técnicas de terapia manual asociadas con la reeducación postural: terapias miofasciales, técnicas neuromusculares, reajustes articulares, movimientos rítmicos, técnicas propioceptivas
3. Trabajo dinámico espiroideo de los miembros y movimientos rítmicos de las cinturas

D) ALTERACIONES MORFOESTÁTICAS Y PATOLOGÍA

1. Unidad cráneosacral
2. Miembro superior
3. Miembro inferior
4. Miscelánea

E) TRABAJO PRÁCTICO INDIVIDUAL Y EN GRUPO

1. Práctica de técnicas específicas por parejas
2. Tratamientos de casos individualizados
3. Análisis y abordaje en dinámica de grupos de casos clínicos
4. Talleres prácticos sobre casos particulares
5. Evaluaciones prácticas durante la formación
6. Gimnasia en grupo. Adaptación del Método Mézières y técnicas afines al tratamiento en grupo

PROFESORADO

Profesores y directores de la formación

Sr. JOSE RAMÍREZ MORENO
Sr. JUAN RAMÓN REVILLA GUTIÉRREZ
Fisioterapeutas Mezieristas, Barcelona.
Profesores asociados de Universitat Internacional de Catalunya.
Formadores oficiales AMIK de "El Método Mézières" para España e Iberoamérica.

Profesores invitados

Sr. JACQUES PATTE
Fisioterapeuta Mezierista, París. Presidente de Honor de AMIK.
Sra. GUILHAINE BESSOU
Fisioterapeuta Mezierista, París. Ex-Presidenta de AMIK.
Sr. FREDERIC SIDER
Fisioterapeuta Mezierista, Fontainebleau. Director de la formación "Método Mézières" AMIK

Profesores Colaboradores

Sr. JOSEP ORIOL SALA I FRANCH
Fisioterapeuta Mezierista. Barcelona.
Sr. JOSÉ LUÍS MARÍN MATEO
Fisioterapeuta Mezierista. Valencia.
Sra. CRISTINA HUME
Fisioterapeuta Mezierista. Barcelona.

CALENDARIO

Esta formación consta de ocho seminarios de tres días cada uno, con un total de 210 horas lectivas.
Inicio octubre 2011, finalización mayo 2012.

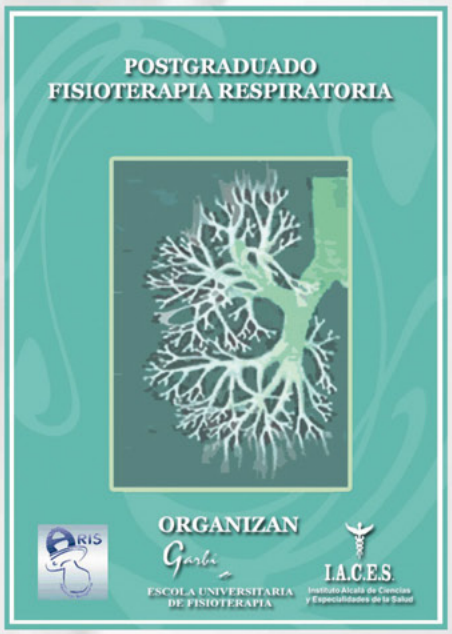
LUGAR

Universitat Internacional de Catalunya,
S. Cugat del Vallès, Barcelona.

INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES

www.uic.es
www.metodo-mezieres.com

Próximos cursos ENERO 2012



NOVEDAD

El propósito de este curso esencialmente práctico, es capacitar a los alumnos participantes en el tratamiento de las alteraciones posturales del raquis cervical y sus patologías en base a la reeducación de las cadenas musculares y concretamente por el Método Mézières.

LUGAR DE CELEBRACIÓN: MADRID
02/03 de Marzo de 2012
09/10 de Marzo de 2012

PRECIO: 420€

Más Información en www.iaces.es

El *Instituto de Fisioterapia Global Mézières* tiene como objetivo ofrecer una formación continuada de calidad a todos los profesionales interesados en el enfoque global de nuestra profesión, mediante cursos de especialización, que pueden enriquecer nuestros tratamientos globales y aportar visiones complementarias.

Cursos de especialización 2012

(abierto a todos los fisioterapeutas)

PROFESORADO

ANATOMÍA PARA EL MOVIMIENTO

En este curso se estudia la COLUMNA VERTEBRAL profundizando en la anatomía y biomecánica a través del ejercicio para adquirir elementos de prevención y mejora de la salud, mejorando la autoconciecia del raquis y optimizar el gesto cotidiano y deportivo.

José Luis Marín. Fisioterapeuta mezierista, profesor oficial de Anatomía para el movimiento.
FECHAS: 4,5,6 y 18,19,20 de mayo de 2012, Barcelona.

NEURALGIAS DEL MIEMBRO SUPERIOR

Terapia neural asociada a una sesión de fisioterapia global

Adquirir conocimientos teorico-prácticos para comprender las neuralgias en el miembro superior y mejorar los problemas derivados mediante la aplicación de técnicas analíticas y globales de fisioterapia

Frédéric Sider. Fisioterapeuta mezierista y osteópata
Director de la formación Método Mézières para la Association Mézièriste Internationale de Kinésithérapie (Francia). Profesor de la Escuela de Osteopatía de París.
FECHAS: 1 y 2 de junio 2012

A.T.M y REGIÓN ORO-FACIAL

Tratamiento de las disfunciones mandibulares en el ámbito de la fisioterapia global

La oclusión y sus trastornos: rol de las disfunciones mandibulares y su repercusión en la estática cráneo-mandibular. Práctica madibular asociada a la región céfalo-cervical.

J-Pierre Roux, fisioterapeuta mezierista, miembro del servicio patologias ATM, Hosp. Civil de Lyon.
Juan Ramón Revilla, fisioterapeuta mezierista, codirector del Centre de Fisioterapia KineMez y del Instituto de Fisioterapia Global Mézières.
Drs. Manuel y Nuria Noguerón, odontólogos especialistas en oclusión y disfunción mandibular.
FECHAS: 15, 16 y 17 de junio de 2012

GESTOS Y POSTURAS DEL MÚSICO

Tratamiento específico de las patologías unidas a la práctica instrumental

Estudiar las posturas y los gestos adaptados a la práctica instrumental; Utilizar los instrumentos como herramientas de reeducación gestual y postural.

Marie-Christine Mathieu. Fisioterapeuta Mezierista.
Especializada en prevención y reeducación de los músicos.
Autora del libro: "Gestes et postures du musicien".
FECHAS: Octubre (2012) y Febrero (2013), Barcelona.

FORMACIÓN MÉTODO MÉZIÈRES 2012-13

www.uic.es

Formación de postgrado acreditada por la Universitat Internacional de Catalunya y por el Instituto de Fisioterapia Global Mézières, entidad avalada por AMIK (Association Mézièriste Internationale de Kinésithérapie)

Información e inscripciones

INSTITUTO DE FISIOTERAPIA GLOBAL MÉZIÈRES

ifgm@kinemez.com www.metodo-mezieres.com 93 201 65 13