Resultados de una cohorte de pacientes tratados con osteopatía en un hospital polivalente

Liliana Babio, Adrián Santana, Federico Funes, Diego Rodríguez, Sergio Terrasa y Osvaldo Patiño

RESUMEN

Introducción: la osteopatía aborda al paciente de manera global y aplica técnicas de tratamiento manual. Se realizó una evaluación retrospectiva sobre 447 pacientes para conocer los resultados del tratamiento del dolor lumbar y cervical.

Material y métodos: fueron incluidos en este estudio 447 pacientes con diagnóstico de lumbalgia y cervicalgia (77,4% de sexo femenino). Los pacientes atendidos ya habían realizado tratamientos convencionales sin haber conseguido resultados satisfactorios. Se evaluó a los pacientes con la escala de valor numérico de dolor (EVN), y los puntajes (*scores*) de Oswestry (ODI) y el índice de discapacidad de la región cervical (NDI). Los 4 osteópatas intervinientes son profesionales certificados en esta disciplina.

Resultados: el 42,8% de los pacientes fueron derivados por el Servicio de Traumatología y el 41,3% por el Servicio de Medicina Familiar. El 34,2% tuvieron diagnóstico de dolor lumbar y al 20,81% se le diagnosticó dolor cervical. Tanto en la valoración del dolor como en los *scores* utilizados se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la primera y la última sesión.

Discusión: en pacientes con diagnóstico de lumbalgia y cervicalgia que no habían obtenido resultados satisfactorios con tratamientos convencionales previos, el tratamiento osteopático derivó en mejoras significativas en todos los parámetros estudiados.

Palabras clave: osteopatía, dolor lumbar, dolor cervical.

RESULTS OF A COHORT OF PATIENTS TREATED WITH OSTEOPATHY IN A POLIVALENT HOSPITAL ABSTRACT

Introduction: osteopathy addresses the patient globally and applies manual treatment techniques. A retrospective evaluation was carried out on 447 patients to know the results of the treatment of lumbar and cervical pain.

Material and methods: 447 patients with a diagnosis of low back pain and cervical pain (77.4% female) were included in this study. The patients already had undergone conventional treatments without having achieved satisfactory results. The patients were evaluated with the numerical value of pain scale (VNS), and Oswestry scores (ODI) and the index of disability of the cervical region (NDI). The 4 intervening osteopaths are certified professionals in this discipline.

Results: 42.8% of the patients were referred by the Traumatology Service and 41.3% by the Family Medicine Service. 34.2% had a diagnosis of lumbar pain and 20.8% were diagnosed with neck pain. Statistically significant differences were found between the first and last sessions in both the pain assessment and the scores used.

Discussion: in patients with low back pain and neck pain who had not obtained satisfactory results with previous conventional treatments, osteopathic treatment resulted in significant improvements in all the parameters evaluated.

Key words: osteopathy, low back pain, cervical pain.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2021; 41(1): 4-8.

INTRODUCCIÓN

La inclusión de una sección de osteopatía no es habitual en hospitales polivalentes ya que, en general, en los Servicios de Kinesiología solamente se realizan tratamientos convencionales de rehabilitación. En estos hospitales generales no existen secciones de osteopatía incluidas en el organigrama de los servicios de Kinesiología. Sin embargo, la gran diversidad y complejidad de las patologías que afectan a los pacientes hacen necesario que se incluyan

nuevas opciones terapéuticas, tanto desde el punto de vista instrumental, como desde el de las técnicas manuales y de los ejercicios específicos.

Una de estas posibilidades es la osteopatía realizada por osteópatas certificados, que permite tener una mirada diferente del paciente y su dolencia. La osteopatía es una disciplina que, a través de un tratamiento predominantemente manual, permite un abordaje de los problemas de la salud a través de un enfoque integral y global¹. Es una práctica en la que el profesional, por intermedio del conocimiento de la anatomía y fisiología del cuerpo, es capaz de encontrar el origen del dolor y de las disfunciones mecánicas o viscerales, mediante evaluaciones globales basadas en la práctica individual manual no invasiva. La perspectiva osteopática proporciona conocimientos únicos

Recibido: 22/05/20

Aceptado: 4/01/21

Servicio de Kinesiología. Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

Correspondencia: osvaldo.patino@hospitalitaliano.org.ar

en el examen físico y la formulación de un diagnóstico diferencial. La osteopatía destaca la interrelación de la estructura (anatomía) y la función (fisiología) y, a través de su conocimiento, dirige las destrezas del examen físico. El énfasis en el aparato neuromusculoesquelético, basado en el conocimiento de la anatomía funcional y la fisiología brinda al osteópata la oportunidad de considerar e incorporar claves adicionales de los reflejos víscero-somáticos y somato-viscerales que están muy poco disponibles en otros sistemas del cuidado de la salud^{1,2}.

Estos profesionales realizan la evaluación y el tratamiento de acuerdo con lo recomendado por los consensos de dicha disciplina y su conocimiento de la práctica y experiencia osteopática³. En el Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA) existe una Sección de Osteopatía en la que trabajan cuatro osteópatas. La derivación a esta sección viene aumentando en los últimos años, desde 50 prestaciones anuales en 2008, fecha en que comenzó a ser reconocida la práctica por el Plan de Salud del HIBA, hasta casi 3000 en 2017. El presente estudio describe los motivos de consulta y la evolución de una cohorte de pacientes atendidos en dicha sección durante 2017-2018.

OBJETIVOS

Describir los diferentes motivos de consulta a la sección Osteopatía del Servicio de Kinesiología del HIBA en 2017-2018.

Describir la evolución a lo largo de cinco sesiones de tratamiento de los pacientes con lumbalgia y cervicalgia que consultaron a dicha sección, así como los mecanismos de disfunción musculoesqueléticas, viscerales y craneales identificados por los profesionales intervinientes

MÉTODOS

Diseño

Fueron incluidos en esta cohorte retrospectiva (n=447) todos los pacientes que consultaron en la sección de Osteopatía del Servicio de Kinesiología del HIBA para su tratamiento entre el 01 de abril de 2017 y el 31 de marzo de 2018.

Fueron criterios de exclusión haber consultado por el mismo problema de salud durante los doce meses previos a la fecha índice de la admisión y, con el objetivo de minimizar las pérdidas en el seguimiento, haber estado domiciliado a más de 100 km de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Los cuatro osteópatas del equipo de investigación (LB, AS, FF, DR) revisaron la totalidad de las historias clínicas electrónicas de los pacientes que cumplían los criterios de inclusión, recolectando información sobre la edad y el sexo de los pacientes y el motivo de derivación a la sección, así como la especialidad del profesional que realizó la derivación. Si bien desde la perspectiva osteopática existe una extensa clasificación para interpretar las diferentes disfunciones que pueden estar presentes en cada paciente, a los efectos

de esta investigación hemos decidido realizar una clasificación global en tres grandes categorías de acuerdo con el mecanismo predominante, teniendo en cuenta los tres diafragmas: disfunción craneal, visceral y estructural o musculoesquelética³. Estos diafragmas representan las disfunciones a distintos niveles, dados por mecanismos intrínsecos o extrínsecos⁴.

Se consideró que el paciente tenía ausencia de dolor en cualquiera de las evaluaciones cuando su puntuación de su EVN (escala de valoración numérica, 0-10) fue 0, dolor leve ante puntuaciones de 1 a 4, moderado ante puntuaciones de 5 a 7, y dolor intenso cuando la puntuación fue de 8 a 10. Fue analizada la evolución del dolor entre el documentado durante la primera sesión de tratamiento y el correspondiente a la última.

Por otro lado, en los pacientes que consultaron por lumbalgia y/o cervicalgia, este equipo de investigadores también recolectó los puntajes de los cuestionarios de Oswestry (ODI) (lumbalgia)⁵ y NDI (índice de discapacidad de la región cervical, en inglés *Neck Disability Index*: NDI)⁶ para el dolor cervical. Ambas escalas son cuestionarios que el paciente responde en forma independiente y que son entregados por el evaluador. La escala de Oswestry arroja como resultado global un puntaje que va de 0 a 50, siendo 50 el peor escenario y 0 el mejor. La escala NDI puntúa de 0 a 50 en quienes conducen automotores, mientras que sus resultados posibles van de 0 a 40 en quienes no lo hacen. Dado que la escala NDI tiene esta diferente forma de puntuar en distintas subpoblaciones (quienes conducen y quienes no) y con el propósito de poder brindar medidas sumarias, este equipo investigador decidió informar los resultados de este cuestionario como un porcentaje del máximo que podría obtener cada persona según su condición de conductora de automóviles o de no conductora.

Intervención

A todos los pacientes se les ofreció un tratamiento de cinco sesiones de osteopatía de 50 minutos de duración brindadas por cuatro osteópatas certificados, una de ellas con 19 años de experiencia y los otros tres con un mínimo de cinco años de ejercicio de la disciplina. Todos ellos están formados y certificados como osteópatas (DO) y realizan evaluación y tratamiento siguiendo los lineamientos internacionales^{7,8}. Partiendo del principio fundamental de que el ser humano se comporta como una unidad integrada, dicho trabajo se basó en el reconocimiento de la interrelación de sus diferentes sistemas y subsistemas. Durante dichas intervenciones el/la osteópata trató las zonas con mayores restricciones o fijaciones que estaban provocando alteración en el movimiento, o bien las disfunciones *in situ* o a distancia que fue identificando. Todos los pacientes recibieron tratamiento global de acuerdo con su individualidad, característica de la práctica osteopática basada en los objetivos del tratamiento, donde se busca promover la

homeostasis teniendo en cuenta las diferentes disfunciones diagnosticadas en cada intervención.

Por ejemplo, en un paciente con lumbalgia, el osteópata identificó el mecanismo predominante de la disfunción que estaba originando y perpetuando el síntoma. Ante la evidencia de una disfunción mecánica revisó la funcionalidad a nivel de la región iliaca, sacra, cóccigea, de las cadenas músculo-fasciales, de las articulaciones peronea, del pie, rodilla y cadera. Esta exploración le permitió identificar zonas hipomóviles y/o hiperomóviles, el potencial involucramiento de ciertos músculos como el psoas, la presencia o ausencia de manifestaciones urogenitales y de otros órganos. Una vez identificadas las zonas comprometidas y los mecanismos disfuncionales predominantes, el/la osteópata procedió a brindar un tratamiento manual acorde con la información que obtuvo durante el proceso diagnóstico.

Análisis

Se realizó un resumen de los datos obtenidos a través de las medidas de tendencia central y de dispersión (media

y desvío estándar o mediana e intervalo intercuartílico según correspondiera).

Fueron variables de resultado: 1) la diferencia en el dolor autorreferido entre la primera y la última intervención (en todos los pacientes); 2) la diferencia en el puntaje Oswestry entre la primera y la última intervención realizada (solo en pacientes con lumbalgia); 3) la diferencia en el puntaje de NDI entre la primera y la última intervención realizada (solo en pacientes con cervicgia).

Se utilizó el programa STATA 13®.

Este trabajo fue aprobado por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires con el número 3598.

RESULTADOS

Presentamos los resultados de una cohorte con de 447 pacientes atendidos en la Sección Osteopatía del Servicio de Kinesiología del Hospital Italiano de Buenos Aires entre 01 de abril de 2017 y 31 de marzo de 2018. Sus características basales están resumidas en el cuadro 1,

Cuadro 1. Características basales de una cohorte de 447 pacientes atendidos en la Sección Osteopatía del Servicio de Kinesiología del Hospital Italiano de Buenos Aires

Edad		63 (48 a 73) ^a
Sexo masculino		101/447 (22,6 %)
Motivo de consulta	Lumbalgia sin irradiación	131/447 (29,3 %)
	Cervicgia	93/447 (20,81 %)
	Lumbociatalgia	22/447 (4,92 %)
	Dorsalgia	14/447 (3,13 %)
	Escoliosis	11/447 (2,46 %)
	Síndrome trocantéreo	9/447 (2,01%)
	Omalgia	8/447 (1,79%)
	Otros ^b	159/447 (35,6 %)
Diagnóstico osteopático	Craneal	321/444 (72,3 %)
	Estructural	11/444 (24,77 %)
	Visceral	13/444 (2,93 %)
Especialidad del profesional que realizó la derivación	Traumatología	191/445 (42,83 %)
	Medicina familiar	184/445 (41,26 %)
	Clínica médica	30/445 (6,73 %)
	Medicina del dolor	14/445 (3,14 %)
	Gerontología	12/445 (2,69 %)
	Otros	14/445 (3,14 %)

^a Mediana e intervalo intercuartílico. ^b Esta categoría incluyó pacientes con dolor torácico, pubalgia, disfunción de la articulación temporomandibular, gonalgia, tendinitis, vértigo posicional paroxístico benigno, acúfenos, epigastralgia, coxigodinia, canal estrecho, metatarsalgia, etcétera.

mientras que la cantidad de sesiones realizadas se describe en el cuadro 2.

El cuadro 3 compara el evaluado durante la primera visita con el evaluado durante la última visita. Podemos observar que casi el 70% de los pacientes tenía dolor moderado o severo en la evaluación inicial y solo el 32% en la eva-

Cuadro 2. Distribución de la cantidad de sesiones de osteopatía realizadas por una cohorte de pacientes atendidos en un Servicio de Kinesiología

Cantidad de sesiones realizadas	n = 423
Cinco	229 (54,14%)
Cuatro	47 (11,11%)
Tres	40 (9,46%)
Dos	55 (13%)
Una	52 (12,29%)

luación final. Por otro lado, solo el 5% de los pacientes comenzó el tratamiento sin dolor (tenían disfunción sin síntomas), pero esta proporción aumentó a casi el 40% al final del tratamiento.

Estas diferencias fueron estadísticamente significativas.

El cuadro 4 resume la evolución los puntajes de Oswestry y NDI del subgrupo de pacientes que consultaron por lumbalgia y cervicalgia. En ambos puntajes las diferencias fueron favorables y estadísticamente significativas.

CONCLUSIÓN

Presentamos los resultados de la primera cohorte de pacientes atendidos en una sección de osteopatía de un Servicio de Kinesiología de un Hospital Polivalente. Más del 80% fueron derivados por los servicios de Traumatología y Medicina Familiar y más del 70% presentaba disfunción craneal como mecanismo primario de perpetuación de sus síntomas. La prevalencia de dolor moderado a intenso se redujo a la mitad (de 70 a 32%) luego del tratamiento osteopático, logrando el 40% estar sin dolor al final del

Cuadro 3. Comparación entre el grado de dolor evaluado durante la primera visita y el evaluado durante la última visita

Grado de dolor	Primera visita (basal)	Última visita (final)	p ^a
Sin dolor	11 (4,60%)	94 (39,33%)	< 0,0001
Leve	67 (28,03%)	68 (28,45%)	
Moderado	93 (38,91%)	54 (22,59%)	
Severo	68 (28,45%)	23 (9,62%)	

^aPrueba de *ranking* y del signo (*signrank test*) para muestras pareadas no paramétricas.

Cuadro 4. Evolución de los puntajes de Oswestry y NDI del subgrupo de pacientes que consultaron por lumbalgia y cervicalgia. Las diferencias fueron estadísticamente significativas

	Puntaje	Primera sesión (basal)	Última sesión	Cambio respecto del basal	p
Lumbalgia	Oswestry	13,3	9,0	-4,4	< 0,0001
	(n = 110)	(DE 7,9)	(DE 8,6)	(IC 95% -5,6 a 3,3)	
Cervicalgia	NDI porcentual	25,6	16,4	-9,4	< 0,0001
	(n = 76) ^a	(DE 13,8)	(DE 13,2)	(IC 95% -11,8 a -6,9)	

^aLa escala NDI puntúa de 0 a 50 en quienes conducen automotores, mientras que sus resultados posibles van de 0 a 40 en quienes no lo hacen. Dado que la escala NDI tiene diferente forma de puntuar en distintas subpoblaciones (quienes conducen y quienes no), con el propósito de poder brindar medidas sumarias, informamos sus resultados como un porcentaje del máximo que podría obtener cada persona según su condición de conductora de automóviles o no.

tratamiento (esta proporción era solo de 5% al inicio). Documentamos además una mejoría estadísticamente significativa en el nivel del dolor entre la primera y la última sesión, lo que confirma la clara evolución favorable de ese síntoma.

En los específicos casos de personas con lumbalgia y cervicalgia observamos una mejoría estadísticamente significativa en los puntajes funcionales de Oswestry⁵ y NDI⁶ entre la primera y la última sesión. Estas mejorías documentan los resultados de tratamientos osteopáticos breves –un máximo de cinco sesiones de duración por paciente– en personas con dolor del sistema musculoesquelético.

Respecto de las limitaciones de nuestro trabajo, al no contar con un grupo control, no podemos discriminar cuánto de la mejoría es atribuible al tratamiento osteopático y cuánto a la evolución natural de la enfermedad. Sin embargo, cuando los pacientes llegan a nuestra sección, en general ya han ensayado otros tratamientos antes sin haber

conseguido resultados satisfactorios, lo que hace pensar que el tratamiento osteopático puede haber desempeñado algún papel importante en el alivio de sus síntomas.

La demanda de una mejor y más estandarizada atención de la salud es cada vez mayor, lo que obliga a los administradores de hospitales y de planes de asistencia de la salud a entender la diversidad de opciones diagnósticas y terapéuticas para nuestros pacientes⁹. Como adelantamos al inicio de este artículo, no suele ser común que los hospitales polivalentes brinden tratamientos osteopáticos entre sus servicios, por lo que nuestra institución constituye una excepción. Consideramos además que las evaluaciones sistemáticas de los resultados de su implementación –como la que compartimos en este artículo– contribuirá a los procesos de mejora de la calidad de su implementación y, por otro lado, servirán como insumo para la toma de decisiones compartidas con nuestros pacientes con dolores crónicos¹⁰⁻¹².

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Ward RC, ed. Foundations for osteopathic medicine. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
2. Curtil P, Métra A. Traité pratique d'ostéopathie viscérale. 2ème éd. rev. et corr. Paris: Frison-Roche; 2002.
3. Barral JP, Croibier A, eds. Manipulations vasculaires viscérales. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2009.
4. Torsten L. La osteopatía craneosacra. Barcelona: Paidotribo; 2002. p. 362.
5. Alcántara-Bumpiedro S, Flórez-García MT, Echávarri-Pérez C, et al. Escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry. Rehabilitación. 2006;40(3):150-158.
6. Andrade Ortega JA, Delgado Martínez AD, Almécija Ruiz R. Validación de una versión española del Índice de Discapacidad Cervical. Med Clin (Barc). 2008;130(3):85-9.
7. Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. QRB Qual Rev Bell. 1992;18(11):356-60.
8. Licciardone JC. The evolving role of outcomes measurements and management in healthcare. J Am Osteopath Assoc. 1997;97(5):290-2.
9. Institute of Medicine (US). Committee on Quality of Health Care in America: Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
10. Patterson MM. Osteopathic research: the future. En: Ward RC, ed. Foundations for osteopathic medicine. Baltimore MD: Williams & Wilkins; 1997. p. 1115-24.
11. Snaw RJ, Ricciardone JC, Gamber RG. Diseño e investigación de resultados. En: American Osteopathic Association. Fundamentos de medicina osteopática. 2a. ed. Montevideo: Médica Panamericana; 2003.
12. Andersson GB, Lucente T, Davis AM, et al. A comparison of osteopathic spinal manipulation with standard care of patients with low back pain. N Engl J Med. 1999;341(19):1426-31.