

Osteopatía en un Hospital Polivalente

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

Hospital Italiano de Buenos Aires. Servicio de Kinesiología

*Contacto: osvaldo.patino@hospitalitaliano.org.ar

Resumen: En el Hospital Italiano de Buenos Aires se creó una sección de osteopatía en el año 2008 y actualmente realiza más de 3000 prestaciones anuales. Realizamos una evaluación retrospectiva sobre 447 pacientes para conocer los motivos de consulta y estudiamos la evolución del dolor lumbar y cervical luego de 5 sesiones. Los pacientes fueron estudiados mediante el grado de dolor entre la primera y la última sesión y dos escalas funcionales específicas previo diagnóstico osteopático. El 53,24 % de los pacientes refirió tener dolor vertebral y el 22,6% eran de sexo masculino demostrando una clara prevalencia de sexo femenino. Encontramos mejoras con diferencias estadísticamente significativas en el dolor y en las escalas funcionales específicas luego del tratamiento osteopático. Este trabajo es el primero que se realiza en Sudamérica en un Hospital polivalente con la creación de una sección de osteopatía incluida en un Servicio de Rehabilitación.

Palabras clave: Osteopatía, Dolor Lumbar, Dolor Cervical

Title: Osteopathy in a Polivalent Hospital

Abstract: An osteopathy section was created at the Hospital Italiano de Buenos Aires in 2008 and currently provides more than 3000 annual services. We carried out a retrospective evaluation of 447 patients to find out the reasons for consultation and we studied the evolution of lumbar and cervical pain after 5 sessions. The patients were studied by means of the degree of pain between the first and the last session and two specific functional scales after osteopathic diagnosis. A total of 53.24% of the patients reported vertebral pain and 22.6% were male, showing a clear prevalence of female patients. We found improvements with statistically significant differences in pain and specific functional scales after osteopathic treatment. This work is the first to be carried out in South America in a multipurpose hospital with the creation of an osteopathy section included in a Rehabilitation Service.

Keywords: Osteopathy, Low Back Pain, Cervical Pain

La osteopatía es una disciplina que, a través de un tratamiento predominantemente manual, permite un abordaje de los problemas de salud de las personas a través de un enfoque integral y global [1].

Esta disciplina destaca la interrelación entre la estructura (anatomía) y la función (fisiología), y valora la importancia de la destreza en la

realización 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 viscero-somáticos y somato-visceroales que están muy pocos disponibles en otros sistemas del cuidado de la salud [1,2].

En el Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA) existe una Sección 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.

Los objetivos de este estudio consisten en describir los diferentes motivos de consulta a la sección Osteopatía del Servicio de Kinesiología del HIBA entre abril de 2017 y abril de 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 musculoesqueléticos, viscerales y craneales identificados por los profesionales intervinientes

Método

Diseño

Cohorte retrospectiva que incluyó a los 447 pacientes que realizaron su admisión en la Sección Osteopatía del Servicio de Kinesiología del Hospital Italiano de Buenos Aires entre el 01 abril 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 estar

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 musculoesquelética [3]. Estos diafragmas representan las disfunciones a distintos niveles, dados por mecanismos intrínsecos o extrínsecos [4].

Se consideró que el paciente tenía ausencia de dolor en cualquiera de las evaluaciones cuando su puntuación de su EVN 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 (lumbalgia) [5] y NDI (índice de discapacidad de la región cervical) [6] para el dolor cervical. 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. Dada 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.

Procedimiento

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 entre 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, disfunciones in situ o a distancia.

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 ilíaca, sacra, coxígea, de las cadenas músculo-fasciales, de las articulaciones peronea, del pie, etc. Esta exploración le permitió identificar zonas hipo y/o hipermóviles, el potencial involucramiento de ciertos músculos como el psoas, la presencia o ausencia de manifestaciones urogenitales, etc. Una vez identificadas las zonas comprometidas y los mecanismos disfuncionales predominantes el/la osteópata procedió a brindar un tratamiento manual acorde a la información que obtuvo durante el proceso diagnóstico.

Análisis de Datos

Realizamos resumen de los datos obtenidos a través de las medidas de tendencia central y de dispersión (media y desvío estándar o mediana e intervalo intercuartilo según correspondiera).

Fueron variables de resultado:

1. La diferencia en el dolor autorreportado 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 pacientes con lumbalgia);

3. La diferencia en el puntaje de NDI entre la primera y la última intervención realizada (solo en pacientes con cervicalgia).

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 2018. Sus características basales están resumidas en la tabla 1, describiéndose la cantidad de sesiones realizadas en la tabla 2.

Tabla 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 %)
	Cervicalgia	93/447 (20,81 %)
	Lumbociatalgia	22/447 (4,92 %)
	Dorsalgia	14/447 (3,13 %)
	Escoliosis	11/447 (2,46 %)
	Síndrome trocantéro	9/447 (2,01 %)
	Omalgia	8/447 (1,79 %)
	Otros	159/447 (35,6 %) ^b
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 intercuartilo. b Esta categoría incluyó pacientes con dolor torácico pubalgia disfunción ATM gonalgia tendinitis vértigo posicional paroxístico benigno acúfenos epigastralgia coxigodinia canal estrecho metatarsalgia etcétera.

Tabla 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 %)

La tabla 3 compara el grado de dolor evaluado durante la primera visita con el grado de dolor evaluado durante la última visita. Podemos observar que casi el 70 % de los pacientes tenía dolor moderado o severo en la evaluación inicial y sólo el 32 % en la evaluación final. Por otro lado solo el 5 % de los pacientes comenzó el tratamiento sin dolor, aumentando esta proporción a casi el 40 % al final del tratamiento. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas.

Tabla 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 (4,87 %)	94 (39,33 %)	< 0.0001
Leve	57 (25,22 %)	68 (28,45 %)	
Moderado	90 (39,82 %)	54 (22,59 %)	
Severo	68 (30,09 %)	23 (9,62 %)	

a Prueba de ranking y del signo (signrank test) para muestras pareadas no paramétricas.

La tabla 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.

Tabla 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 (n=110)	13,3 (DE 7,9)	9,0 (DE 8,6)	-4,4 (IC 95 % -5,6 a 3,3)	<0,0001
Cervicalgia	NDI estandarizado (n=76) ^a	25,6 (DE 13,8)	16,4 (DE 13,2)	-9,4 (IC 95 % -11,8 a -6,9)	<0,0001

Discusión

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 70 % de los pacientes presentaban disfunción craneal como mecanismo primario de

perpetuación de sus síntomas. La prevalencia de dolor moderado a intenso se redujo a la mitad luego (de 70 a 32 %) del tratamiento osteopático, logrando el 40 % estar sin dolor al final del tratamiento (esta proporción era solo de 5 % al inicio). Encontramos una diferencia estadísticamente muy significativa en el nivel del dolor entre la primera y la última sesión confirmando la clara mejoría del síntoma.

En los específicos casos de lumbalgias y cervicalgias los pacientes fueron evaluados separadamente con las escalas de Oswestry [5] y NDI [6] (índice de discapacidad cervical) respectivamente. La diferencia de los valores funcionales fueron estadísticamente significativos entre la primera y la última sesión. Estos resultados revelan el beneficio de estos tratamientos en pacientes con dolor del sistema musculoesquelético con un máximo de 5 sesiones.

La inclusión de una sección de osteopatía no es habitual en hospitales polivalentes. En general en los Servicios de Kinesiología se realizan tratamientos convencionales de rehabilitación. La gran diversidad y complejidad de las patologías que afectan a los pacientes hacen necesario que se incluyan nuevas opciones terapéuticas desde el punto de vista instrumental, de técnicas manuales y de ejercicios específicos. Una de estas posibilidades la constituye la osteopatía. Por supuesto la inclusión de esta disciplina permite tener una mirada diferente del paciente y su dolencia. Los profesionales que la ejercen están formados y certificados como osteópatas (DO) y

realizan evaluación y tratamiento acorde a los consensos identificados con conocimiento de la práctica y experiencia osteopática. En este sentido se modifican las características y la frecuencia de estos.

Más del 80% de los pacientes de esta cohorte fueron derivados por los servicios de Traumatología y Medicina Familiar. La derivación de los otros servicios fue llamativamente muy baja como Clínica Médica (6.73%) y Medicina del Dolor (3.14%).

En la práctica profesional el dolor musculoesquelético afecta más al sexo femenino y en nuestra población la relación fue de 3/1 respecto al masculino. Con respecto a la edad de los pacientes el 75% tenía más de 70 años. Y el 60% consultaron por dolor vertebral de diferentes características (tabla 1).

Se determinó el diagnóstico osteopático basados en tres variables utilizadas con fines prácticos: la disfunción craneal, visceral y estructural. Encontramos importantes resultados en relación al dolor vertebral tratados con osteopatía. El 65% de los pacientes realizaron entre 4 y 5 sesiones y solo el 10% realizó solamente 1 sesión. Se evaluó el porcentaje de mejoría con las escalas de Oswestry y NDI y encontramos cambios significativos en los scores finales.

El estudio de esta cohorte de pacientes permitió identificar a los servicios con mayor derivación a la sección de osteopatía y los diagnósticos más frecuentes que pueden beneficiarse con este tipo de tratamientos. La

Osteopatía permite comprender mecanismos de disfunción identificando de manera individual la eficacia de sus tratamientos

La perspectiva Osteopática proporciona conocimientos únicos en el examen físico y la formulación de un diagnóstico diferencial. La osteopatía destaca la interrelación entre la estructura (anatomía) y la función (fisiología), y dirige las destrezas del examen físico, con un conocimiento específico de la anatomía y de la fisiología de lo evaluado. 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 viscero-somáticos y somato-visceroales que están muy pocos disponibles en otros sistemas del cuidado de la salud.

Pocos centros hospitalarios en Sudamérica tienen organizada una sección de osteopatía y esta posibilidad permite tener una opción terapéutica muy valiosa.

Respecto de las limitaciones de nuestro trabajo, al no tener un grupo control, no podemos discriminar cuánto de la mejoría es atribuible al tratamiento osteopático y cuanto 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 jugado algún papel importante en el alivio de sus síntomas.

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 ed. 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.

Recibido: Noviembre, 2021 • Aceptado: Abril, 2022
Adaptado de Babio L, Santana A, Funes F, Rodríguez D, Terrasa S, Patiño O. Resultados de una cohorte de pacientes tratados con osteopatía en un hospital polivalente. Rev. Hosp. Ital. B.Aires. 6 de mayo de 2021;41(1):4-8, con amable autorización.