

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

ANÁLISIS COMPARATIVO DEL PROCESO DE DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÉUTICO DE LA LUMBALGIA NO ESPECÍFICA

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE PHYSIOTHERAPEUTIC DIAGNOSTIC PROCESS OF UNSPECIFIED LOW BACK PAIN

Sancho Ramírez, Gloriana¹ y Alfaro Redondo, César²

¹Consulta privada en fisioterapia, Palmares, Alajuela, Costra Rica. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9501-8665>. Correo: gsancho1@gmail.com

²Departamento de Terapia Física, Escuela de Tecnologías en Salud, Universidad de Costa Rica, San Pedro de Montes de Oca, San José, Costa Rica. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5226-3310>. Correo: cesar.alfaro@ucr.ac.cr

RESUMEN: La lumbalgia se caracteriza por presentar signos y síntomas tales como dolor, debilidad o contractura muscular, rigidez de la zona biomecánicamente cercana y, en ocasiones, puede ocasionar irradiación de los malestares hacia otras estructuras. Esta multiplicidad de molestias suele generar una dificultad para el diagnóstico clínico y, por tanto, para el proceso clínico, dado que se presentan discrepancias en la atención. Tomando en consideración lo anterior, el objetivo de esta investigación fue comparar el proceso de diagnóstico de la población con lumbalgia no específica atendida en el Centro Docente Asistencial del Departamento de Terapia Física (CeDAFi) de la Escuela de Tecnologías en Salud de la Universidad de Costa Rica. Se tomaron como referencia los criterios establecidos por la Asociación Holandesa de Terapia Física. Los resultados obtenidos indican que existe una brecha significativa entre la información recolectada y los lineamientos establecidos en la guía de la Asociación. Particularmente, la fase diagnóstica se encuentra orientada a la recopilación de datos relacionados con la enfermedad y posee poca relación con el paradigma de la funcionalidad, lo que deja de lado información acerca del movimiento, las actividades limitadas y el contexto psicosocial de la persona. Por tanto, a pesar de que se observó un proceso de llenado de los expedientes adecuado, existieron aspectos claves de la historia clínica y del examen que se encontraban ausentes, lo que constituye una importante oportunidad de mejora para la totalidad del proceso de atención fisioterapéutico como tal.

Palabras clave: Fisioterapia, Diagnóstico, Práctica Clínica Basada en la Evidencia, Dolor de la Región Lumbar.

Fuente: DeCS/MeSH.

Recibido: 2 Febrero 2022. Aceptado: 4 Marzo 2022. Publicado: 20 Abril 2022.

DOI: <https://doi.org/10.15517/RMUCRV1611.50837>

ABSTRACT: Low back pain is characterized by signs and symptoms such as pain, muscle weakness or contracture, stiffness of the nearby biomechanical area and, sometimes, it can cause irradiation of discomfort to other structures. This multiplicity of annoyances usually generates a difficulty for the clinical diagnosis and therefore for the clinical process since there are discrepancies in the care. Taking the foregoing into consideration, the objective of this research was to compare the diagnostic process of the population with non-specific low back pain treated at the Assistance Teaching Center of the Department of Physical Therapy (CeDAFi) of the School of Health Technologies of the University of Costa Rica. Taking as a reference the criteria established by the Dutch Association for Physical Therapy. The results obtained indicate that there is a significant gap between the information collected and the guidelines established by the Association. Particularly, the diagnostic phase is oriented to the collection of data related to the disease and has little relationship with the functionality paradigm, which leaves aside information about movement, limited activities and the person's psychosocial context. Therefore, despite the fact that an adequate filling of the files was observed, there were key aspects of the clinical history and the examination that were absent, which constitutes an important opportunity for improvement for the entire process of physiotherapeutic care as such.

Key words: Physical Therapy Specialty, Diagnosis, Evidence-Based Practice, Low Back Pain. **Source:** DeCS/MeSH.

INTRODUCCIÓN

La lumbalgia es un cuadro de síntomas de frecuente aparición en las personas y representa un importante problema de salud pública a nivel mundial, además de significar pérdidas económicas por ser una de las principales causas de incapacidades y ausencias laborales (1). Desde el momento en que el ser humano adoptó la posición bípeda, aparecieron, de manera paralela, las lesiones en la columna vertebral, principalmente asociadas a los efectos de la gravedad en las estructuras y la biomecánica de la columna vertebral (2).

La lumbalgia suele caracterizarse por presentar un cuadro de dolor, debilidad o contractura muscular y rigidez en la zona que se encuentran las vértebras lumbares y, dependiendo de su afectación, puede irradiarse hacia otras zonas. Su clasificación se suele realizar a partir de diferentes criterios: según su origen, en lumbalgia específica y lumbalgia no específica o idiopática; según su aparición, en aguda o crónica (3).

En el caso de Costa Rica, el dolor en la columna es un problema de consulta frecuente en los servicios de salud. En el 2001 un 2,64 % de los casos atendidos en urgencias se debían a dorsalgias, de los cuales, los más frecuentes son los dolores en zona lumbar (4). Además, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) indica que "(...) del total de personas con dolor incapacitante, el 90 por ciento no podrá volver al trabajo sin una intervención intensa" (5).

Tomando como referencia las estadísticas de la CCSS la población que suele verse más comprometida con dolores lumbares son las personas en edad activa y laboral (6). Lo anterior coincide con lo descrito por otros autores que indican que a esta población se le atribuyen factores de riesgo no solo de carácter biomecánicos, sino también factores ambientales y sociales que pueden influir en la presencia del cuadro clínico (1).

Es importante recalcar que si un trabajador sufre una lumbalgia (daño a la salud) se producirá un efecto negativo en su trabajo, ya sea que le pueda



ocasionar disminución en su rendimiento laboral o que le obligue a la incapacidad, lo que repercute además en la calidad de trabajo, productividad de la empresa y el ingreso familiar **(7)**.

En adición a lo anterior, el gasto en costos de tratamiento, incapacidades y ausentismo laboral tiende a ser de gran relevancia para los servicios de salud pública, además de representar un impacto social negativo **(8)**.

El abordaje ante la presencia de dolor lumbar agudo sin signos de alarma, se basa principalmente en tratamiento farmacológico como antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y Paracetamol. En cuanto al tratamiento fisioterapéutico es importante la utilización de agentes físicos, la recomendación de realizar ejercicio físico de manera regular, la tracción lumbar, la ejecución de ejercicios específicos, entre otros **(5)**.

Ahora bien, la dificultad que supone la atención fisioterapéutica de las lumbalgias, cualquiera que sea su clasificación, suele generar discrepancias de abordaje entre los diferentes terapeutas físicos **(9)**. En países como Holanda, México y Dinamarca, se han establecido protocolos de atención fisioterapéutica, con el fin no solo de agilizar los procesos de atención en los servicios de salud, sino también para permitir a la persona una participación activa en su tratamiento y, por tanto, una mayor calidad en la atención fisioterapéutica **(10)**.

En el caso de Holanda, la Koninklijk Nederlands Genootschap Voor Fysiotherapie (KNGF, por sus siglas en holandés) elaboró un protocolo de atención con el fin de mejorar y agilizar la atención de las lumbalgias. De esta manera se promueve un adecuado manejo del cuadro clínico. Este tipo de protocolos busca describir el tratamiento fisioterapéutico óptimo en la atención de lumbalgias, basado en conocimientos científicos profesionales **(11)**.

La Guía holandesa de práctica clínica de terapia física en personas con lumbalgia no específica (*KNGF Guideline. Low Back Pain*) describe el procedimiento de intervención fisioterapéutica que puede ser utilizado en las personas usuarias con lumbalgia idiopática. Dicha guía clínica está basada en una revisión de evidencia que respalda las decisiones tomadas, con respecto a la entidad mencionada anteriormente.

De manera específica, en el contexto costarricense, la guía de práctica clínica realizada por la CCSS incluye un primer apartado de evaluación clínica en el que se caracteriza la lumbalgia, se describe el examen físico, los exámenes clínicos necesarios y la exclusión de los signos de alarma. Esta guía está dirigida a profesionales en salud, sin embargo, es importante destacar el énfasis que esta realiza en el abordaje médico y farmacológico, ya que a pesar de tomar en consideración aspectos fisioterapéuticos en las posibilidades de manejo de la lumbalgia, en ningún apartado se hace referencia específicamente al abordaje fisioterapéutico durante el proceso de atención de la lumbalgia **(5)**.

Considerando la ausencia de protocolos con respecto al abordaje fisioterapéutico de las lumbalgias no específicas en el contexto costarricense, el presente artículo tiene como propósito comparar el proceso de diagnóstico de la población con lumbalgia no específica atendida en el Centro Docente Asistencial del Departamento de Terapia Física (CeDAFi) de la Escuela de Tecnologías en Salud de la Universidad de Costa Rica, durante el período de marzo del 2013 a diciembre del 2017, tomando como referencia los criterios establecidos por la Asociación Holandesa de Terapia Física.

MÉTODOS Y MATERIALES

La investigación realizada se desarrolló a partir de un enfoque predominantemente cuantitativo, ya que posee una concepción hipotética-deductiva, objetiva, particularista y orientada a los resultados, verificando y comprobando teorías por medio de estudios muestrales representativos **(12)**. El diseño de este estudio es observacional



descriptivo, ya que se realizó una caracterización del proceso de diagnóstico fisioterapéutico de la lumbalgia no específica registrado en los expedientes clínicos del servicio brindado por el CeDAFi. Es además un trabajo comparativo, ya que señala las diferencias entre el proceso de diagnóstico/pronóstico realizado en el CeDAFi y los lineamientos descritos en la guía de atención de la KNGF. La revisión de registros clínicos se realizó de forma retrospectiva durante el periodo de marzo del 2013 a diciembre del 2017 y se trabajó con la totalidad de los datos fisioterapéuticos de aquellas personas atendidas bajo el diagnóstico fisioterapéutico de lumbalgia e identificadas con el código *M54.5 Lumbago no especificado*, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Criterios de inclusión

- Expediente clínico con diagnóstico fisioterapéutico de lumbalgia no específica por parte del personal a cargo;
- Expediente clínico que registró atención por parte de la o el docente/supervisor y/o estudiante en la sesión de alta fisioterapéutica;
- Expediente clínico con el código M54.5 del CIE-10;
- Expediente clínico con registro claro y específico en cada etapa valorada en la investigación.

Criterios de exclusión

- Expediente clínico con diagnóstico de lumbalgia de origen específico;
- Expediente clínico de persona usuaria que presentó alguna otra alteración o enfermedad asociada a la zona anatómica;
- Expediente clínico que no registró atención brindada por parte de la o el docente/supervisor y/o estudiante en la sesión de alta fisioterapéutica;
- Expediente clínico en los que la investigadora principal haya participado como estudiante bajo supervisión.

La recolección de datos de esta investigación utilizó la base de datos digitalizada de los usuarios del CeDAFi, en la cual se identificaron 27 expedientes que cumplieron con todas las

condiciones establecidas. La recolección de datos se llevó a cabo a través de un instrumento elaborado, tomando en consideración los lineamientos establecidos en la guía de atención de la KNGF acerca de la fase diagnóstica, para determinar si los lineamientos se cumplían o no. Posteriormente, se llevó a cabo un análisis según cada componente de la fase diagnóstica.

Como posibles sesgos de la validez interna se estimaron el sesgo de codificación y registro de datos, debido a que la persona investigadora no realizó la toma de datos directa del sujeto, es decir, personalmente, sino que dependía de los datos anotados en el expediente clínico. Asimismo, se puede mencionar el sesgo de diagnóstico, debido a que existe la posibilidad de errores en la determinación del diagnóstico por parte de la o el docente/supervisor y/o estudiante encargado de cada expediente clínico.

Para atenuar el impacto del primer sesgo se limitó la muestra de estudio a aquellos expedientes clínicos que registraban datos claros y específicos en cada etapa valorada del proceso de atención, con la finalidad de que la información analizada fuera fidedigna a los datos brindados en cada expediente de muestra.

Con respecto al segundo sesgo, dado que a la persona investigadora no le fue posible determinar si ha existido o no error acerca del diagnóstico determinado, se asumen los diagnósticos anotados en los expedientes como verídicos, dado que, para establecerlos, el proceso de atención fue brindado por estudiantes y docentes profesionales en el área de Terapia Física.

Una vez realizada la recolección de datos, mediante el instrumento de llenado, se procedió a tabular y a analizar los datos, mediante el uso del software estadístico Statistics Package for Social Sciences (SPSS), versión 23.

La presente investigación fue tramitada ante el Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica. Cabe indicar que los seres humanos no fueron



la unidad de estudio de la investigación y que los datos recolectados fueron anonimizados para su respectivo análisis.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados del análisis según algunos de los criterios establecidos por la KNGF en relación con la fase de diagnóstica, a saber: Historia clínica, Examen clínico, Evaluación del desempeño de actividades limitadas, Análisis de la información recolectada y finalmente, Informes y registro de datos.

HISTORIA CLÍNICA

Los resultados encontrados en la historia clínica señalan 10 rubros en los cuales se destaca una discrepancia entre lo valorado y lo indicado en la guía (ver Tabla No. 1). Se dividen en dos grandes grupos, aquellos en los cuales la totalidad de expedientes analizados muestran un cumplimiento del criterio de la KNGF en el proceso de atención del CeDAFi y aquellos en los que se identifica una ausencia del criterio KNGF en la atención del CeDAFi.

Tabla No. 1. Presencia de los criterios establecidos por la KNGF en historia clínica de la fase diagnóstica de la atención en el CeDAFi, 2013-2017.

Criterios KNGF	Presencia	
	Sí	No
Identificación de malestares*	27	0
Identificación de banderas rojas*	0	27
Utiliza END*	27	0
Utiliza el <i>Patient Specific Complaints Instrument</i> *	0	27
Utiliza la <i>Quebec Back Pain Disability Scale</i> *	0	27
Identifica la funcionalidad inicial*	0	27
Describe el inicio de los síntomas actuales y la evolución de malestares*	27	0
Identifica circunstancias ocupacionales que puedan retrasar la recuperación	5	22
Identifica posibles circunstancias psicosociales que puedan retrasar la recuperación	1	26
Señala diagnósticos anteriores	8	19
Señala intervenciones anteriores	13	14
Señala los resultados de intervenciones anteriores	4	23
Identifica comorbilidades	22	5
Señala el tratamiento actual (medicación, consejería, otros)	20	7
Anota la situación social ocupacional*	0	27
Anota la situación social familiar*	0	27
Determina el problema actual*	27	0

*: Indica elementos evaluados en los cuales se evidencia una brecha significativa entre la información recolectada y los lineamientos establecidos en la guía de la KNGF. Fuente: Elaboración propia con base en los instrumentos de recolección de datos.

Examen clínico

Con respecto al examen clínico una gran parte de los usuarios fueron evaluados en el aspecto “Provocación del dolor”, no obstante, en cuanto a

los elementos de “Sensación final del movimiento” y “Dirección del movimiento” destaca una nula o



poca evaluación respectivamente de cada categoría (ver Tabla No. 2).

Tabla No. 2. Presencia de los criterios establecidos por la KNGF en el examen clínico de las articulaciones de la columna vertebral de la fase diagnóstica de la atención en el CeDAFi, 2013-2017.

Criterio KNGF	Presencia	
	Sí	No
Rangos de movimiento	3	24
Dirección de movimiento	1	26
Resistencia al movimiento	2	25
Sensación final*	0	27
Provocación del dolor	21	6
Irradiación del dolor	3	24
Constancia del dolor	2	25

Nota: * Indica elementos evaluados en los cuales se evidencia una brecha significativa entre la información recolectada y los lineamientos establecidos en la guía de la KNGF.

Fuente: Elaboración propia con base en los instrumentos de recolección de datos.

Además, se puede apreciar que el personal a cargo del examen físico en el CeDAFi anotó resultados relacionados con evaluaciones en los aspectos de “Rangos de movimiento” y “Provocación del dolor” principalmente. Sin embargo, en las otras categorías no hay anotaciones de valoraciones realizadas por los examinadores (ver Tabla No. 3).

Por su parte, el examen clínico muscular (ver Tabla No. 4) evidencia el predominio del examen muscular realizado en los criterios “Tono muscular” y “Fuerza muscular”. A pesar de ello, en los otros aspectos establecidos en el instrumento de recolección no hay valoraciones anotadas en los expedientes clínicos.

Como se observa en la Tabla No. 5 es posible identificar que en el criterio “Sensación final de la piel” no hay anotaciones en los expedientes clínicos. No obstante, en los otros aspectos sí hay

evaluaciones registradas, entre las que destaca el aspecto de “Cambios importantes” con una alta presencia.

Tabla No. 3. Presencia de los criterios establecidos por la KNGF en el examen clínico de las articulaciones de pelvis y cadera de la fase diagnóstica de la atención en el CeDAFi, 2013-2017.

Criterio KNGF	Presencia	
	Sí	No
Rangos de movimiento	3	24
Dirección de movimiento*	0	27
Resistencia al movimiento*	0	27
Sensación final*	0	27
Provocación del dolor	10	17
Irradiación del dolor*	0	27
Constancia del dolor*	0	27

Nota: * Indica elementos evaluados en los cuales se evidencia una brecha significativa entre la información recolectada y los lineamientos establecidos en la guía de la KNGF.

Fuente: Elaboración propia con base en los instrumentos de recolección de datos.

Tabla No. 4. Presencia de los criterios establecidos por la KNGF en el examen clínico muscular de la zona asociada de la fase diagnóstica de la atención en el CeDAFi, 2013-2017.

Criterios KNGF	Presencia	
	Sí	No
Longitud muscular*	0	27
Elasticidad*	0	27
Sensación final*	0	27
Sensibilidad a la contracción y el estiramiento*	0	27
Tono muscular	19	8
Coordinación*	0	27
Fuerza muscular	17	10

Nota: * Indica elementos evaluados en los cuales se evidencia una brecha significativa entre la información recolectada y los lineamientos establecidos en la guía de la KNGF.

Fuente: Elaboración propia con base en los instrumentos de recolección de datos



Evaluación del desempeño de actividades limitadas

Con respecto a la evaluación del desempeño de las actividades limitadas, ninguno de los expedientes analizados registró una evaluación específica que permitiera identificar cuáles actividades tenía restringidas la persona usuaria en el momento de la examinación.

Tabla No. 5. Presencia de los criterios establecidos por la KNGF en el examen de la piel paraespinal de la fase diagnóstica de la atención en el CeDAFi, 2013-2017.

Criterios KNGF	Presencia	
	Sí	No
Nivel de resistencia	2	25
Cambios importantes	23	4
Flexibilidad de la piel	1	26
Sensación final*	0	27

Nota: * Indica elementos evaluados en los cuales se evidencia una brecha significativa entre la información recolectada y los lineamientos establecidos en la guía de la KNGF.

Fuente: Elaboración propia con base en los instrumentos de recolección de datos.

Análisis de la información recolectada

Al igual que en el aspecto anterior, ninguno de los expedientes valorados contaba con el registro del análisis de la información recolectada.

Informes y registro de datos

En relación con el mantenimiento de informes y registro de los datos relacionados con la fase de diagnóstico/pronóstico de los sujetos atendidos por lumbalgia idiopática, puede evidenciarse que la totalidad de la muestra cuenta con los informes y los datos al día en el expediente.

DISCUSIÓN

En relación con la variable *Historia clínica y, de acuerdo con lo estipulado por la WCPT, las personas profesionales en fisioterapia están calificadas y tienen como obligación la realización de una evaluación integral de las personas.*

Además, según los hallazgos deben formular criterios clínicos acerca de la condición y determinar un diagnóstico y pronóstico. Así, una entrevista detallada del paciente que incluya información acerca de la limitación de funciones en actividades de la vida diaria conduce al reconocimiento de patrones de disfunción del movimiento y la generación de hipótesis que indiquen cuales estructuras y funciones del cuerpo pueden estar afectadas (13).

Los hallazgos de la investigación evidencian una brecha significativa entre la información recolectada y los lineamientos establecidos en la guía de la KNGF. Si bien es cierto existe un adecuado cumplimiento de criterios que poseen información importante con respecto a datos clínicos que deben considerarse al realizar la toma de la historia, podrían ser insuficientes para la caracterización de los aspectos de la lumbalgia no específica que presente la persona y, por ende, establecer un diagnóstico/pronóstico adecuado. En este sentido, otros autores señalan que para encontrar la causa de la alteración es necesario explorar el contexto del individuo y la relación que este tiene en la condición de salud de la persona. De manera que los datos obtenidos guíen las estrategias de intervención y el pronóstico determinado por la persona fisioterapeuta (13).

En el caso de la variable *Evaluación del desempeño de actividades limitadas*, la literatura científica destaca que es importante que el examen clínico de las personas usuarias con lumbalgia idiopática sea preciso, exacto y objetivo, dado que del mismo va a depender la determinación del diagnóstico, la clasificación de la lumbalgia, el tratamiento a seguir y los posibles pronósticos. Por ende, los resultados serán útiles para el manejo de las personas usuarias (14).

Además, de acuerdo con la guía clínica de la KNGF, el propósito del examen clínico es poder confirmar o rectificar la información obtenida a través de la historia clínica.



La examinación está basada en los impedimentos de la función y estructura del cuerpo, la limitación de actividades (...) y la restricción de participación que el paciente haya reportado durante la toma de la historia clínica. El examen físico está relacionado con la región corporal afectada y las articulaciones relacionadas de manera biomecánica y fisiológica con dicha zona (...) **(15)**.

Cabe indicar que uno de los aspectos que la guía de la KNGF que se considera relevante es la evaluación del desempeño de las actividades limitadas de los usuarios, en especial aquellas en las cuales la persona usuaria indicó restricción durante la toma de la historia clínica. Sin embargo, la presente investigación muestra que en ninguno de los expedientes fueron halladas anotaciones que indicaran las limitaciones en la funcionalidad o en las actividades de cada una de las personas usuarias; la funcionalidad fue uno de los ejes fundamentales del quehacer fisioterapéutico, en comparación con otras profesiones de las ciencias de la salud.

Por otra parte, la etapa denominada *Análisis de la información recolectada* resulta fundamental en la fase diagnóstica/prognóstica de la fisioterapia. En la guía de la KNGF se indica que, durante la fase de diagnóstico, debe realizarse un análisis de la información recolectada, tomando como referencia la historia médica de la persona y los hallazgos del examen realizado por el profesional en Terapia Física, para establecer criterios de abordaje según cada sujeto.

De acuerdo con otros autores, los clínicos han buscado la manera de brindar una mayor efectividad al tratamiento de las personas con lumbalgia. Por ello, se han propuesto categorizar a las personas usuarias en subgrupos homogéneos y crear sistemas de clasificación en Terapia Física para este tipo de población **(16)**.

Además, hacen referencia a un tipo de sistema clasificatorio para la población con lumbalgia, en el cual predomina el movimiento corporal y señalan que, en general, el movimiento es el centro de la

Terapia Física y el sistema de movimiento es el foco de la profesión, por tanto, las clasificaciones basadas en el movimiento son particularmente importantes en Fisioterapia **(16)**.

Además, se indica que, el dividir a las personas con lumbalgia en “subgrupos” con características similares puede ayudar a reducir la variabilidad y la ineficiencia en el tratamiento, así como brindar una herramienta para mejorar la comunicación **(17)**. También indican que las perspectivas de clasificación varían, pero se enfocan principalmente en mejorar el diálogo multidisciplinario, examinación del sistema musculoesquelético o nervioso, evaluación de factores psicosociales o intentos de integrar valoraciones de múltiples sistemas en variables niveles **(17)**.

La valoración de la etapa de análisis del diagnóstico/pronóstico en el CeDAFI para las personas con lumbalgia idiopática se realizó según lo establecido en la guía de la KNGF, que indica que la persona terapeuta debe identificar la presencia de banderas rojas para descartar alguna patología específica a partir del examen clínico y la historia clínica.

Además, en esta última, la persona profesional debe reconocer la evolución del dolor, las actividades limitadas y las restricciones en la participación. De manera que todas estas evaluaciones le permitan estimar si la evolución de la condición es normal o si hay presencia de factores que impidan o enlentezcan el proceso de recuperación. Si la persona terapeuta identifica que existe algún factor que condicione la recuperación, es necesario que identifique cuál o cuáles están presentes y, a partir de esta información, pueda clasificar a las personas usuarias en uno de los siguientes perfiles:

Perfil 1: lumbalgia no específica con curso normal de recuperación,

Perfil 2: lumbalgia no específica con curso anormal, sin presencia de factores psicosociales dominantes que impidan la recuperación,

Perfil 3: lumbalgia no específica con curso anormal, con presencia de factores psicosociales dominantes que impiden la recuperación (15),

Según los resultados obtenidos, es evidente la poca o nula información que se recolecta en relación con las limitaciones en las actividades de la vida diaria, así como en las dificultades enfrentadas en la participación y autonomía de las personas usuarias. Es decir, existe un predominio de recolección de aspectos vinculados con la enfermedad; cuando más bien el quehacer fisioterapéutico debería realizar sus abordajes desde la perspectiva de la funcionalidad de la persona como un ser integral.

En lo que respecta a la variable *Informes y registro de datos*, según refiere la WCPT la persona fisioterapeuta debe documentar de manera clara todos los aspectos del manejo de la persona, incluyendo los resultados de la valoración y el examen inicial, diagnóstico, pronóstico, plan de atención, tratamiento e intervenciones establecidas, respuesta a las intervenciones, cambios en el estado de la o el usuario, relación del sujeto con el tratamiento, re-examen, egreso o interrupción del tratamiento y otros aspectos de manejo de la o el cliente/usuario. Además, la guía indica que los y las terapeutas deben asegurar que el contenido de los informes sea preciso, completo, legible y finalizado de manera oportuna y que los registros están fechados y autenticados por un profesional en fisioterapia (18).

En este sentido, resulta de suma importancia el registro de la información y la generación de informes, ya que es el método por el cual puede llevarse a cabo el control de la atención clínica brindado en cada lugar o institución. Con respecto a lo anterior, la WCPT en otra de sus guías indica que se debe documentar la práctica utilizando, cuando sea posible, estándares de datos aceptados internacionalmente. De manera que, dicha información es útil no solo para la atención clínica,

sino además para administración, estadísticas y futuras investigaciones (19). Por lo que, no solo se limita al registro de datos de manera independiente de cada sujeto, sino que puede brindar información globalmente enriquecedora de la atención profesional de la fisioterapia.

En el CeDAFi, el registro de datos es llevado a cabo en un expediente predeterminado, que fue realizado por profesionales en terapia física. Dicho instrumento es estándar para cualquier persona que consulte el servicio de fisioterapia. El mantenimiento de los informes al día es responsabilidad de la persona estudiante a cargo de cada sujeto. Además, es preciso que sea supervisado por la persona docente en fisioterapia que labora en el centro. Aunado a ello, dicha información es trasladada a un registro digital, el cual es mantenido por la administración del CeDAFi. En el caso de los registros de la fase de diagnóstico, la totalidad de la muestra analizada contaba con dicha información.

CONCLUSIONES

La fase diagnóstica/pronóstica de las lumbalgias no específicas realizada en el CeDAFi estuvo enfocada principalmente en la recolección de datos de aquellos aspectos que describen los malestares y síntomas de la lumbalgia, dejando de lado elementos esenciales de la práctica fisioterapéutica, como lo son las valoraciones de la funcionalidad y del movimiento. Además, se observa la poca información relacionada con el contexto psicosocial de cada usuario y usuaria, lo cual es necesario para el abordaje íntegro y óptimo, con el fin de garantizar el bienestar de las personas.

Por lo tanto, se evidencia una fase de diagnóstico/pronóstico llevada a cabo a partir de un análisis incompleto de la información recolectada. Cabe indicar que el fortalecimiento de dicha fase posibilitaría el planeamiento de la intervención y el desarrollo de estrategias que permitirían un mayor beneficio al usuario y que, al mismo tiempo, fortalecería la capacidad de identificar aquellos aspectos de la historia clínica y



el examen que sean claves para determinar el diagnóstico fisioterapéutico de personas con lumbalgia idiopática que acuden al CeDAFi.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece al personal docente, estudiantil y administrativo del Centro Docente Asistencial del Departamento de Terapia Física de la Escuela de Tecnologías en Salud de la Universidad de Costa Rica, por su colaboración durante el proceso investigativo.

CONFLICTO DE INTERÉS

Las personas autoras no reportan conflictos de interés.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO

La actividad investigativa se llevó a cabo como parte de un Trabajo Final de Graduación para obtener el título de Licenciatura en Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, por lo que no se contó con fuentes de financiamiento externas a los recursos institucionales y personales del equipo investigador.

BIBLIOGRAFÍA

1. Macías-Hernández S, Cruz-Medina E, Chávez-Heres T, Hernández-Herrador A, Nava-Bringas T. Diagnóstico estructural de las lumbalgias, lumbociáticas y ciáticas en pacientes atendidos en el Servicio de Rehabilitación de Columna del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR). 2014 Mar;3(1):3-9. Consultado: el 8 de octubre de 2017. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=48629>.

2. Cadena J. Etiología y frecuencia de la lumbalgia en el módulo de consulta externa en hospital de segundo nivel. Universidad Veracruzana. 2006.

3. Danneskiold-Samsøe B, Bartels, E. Idiopathic Low Back Pain: Classification and Differential diagnosis. *J Musculoskelet Pain*. 2004; 12(3-4): 93-99. Consultado: el 14 de setiembre de 2017. Disponible en: https://www.tandfonline.com/action/showCitFormats?doi=10.1300%2FJ094v12n03_14.

4. Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social. Otros problemas de salud frecuentes en la consulta: cefalea, lumbalgia, dispepsia y síndrome de digestivo irritable: módulo trece. Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social. 1^{era} edición 2004, p. 68-95. Consultado: el 1 de octubre de 2017.

Disponible en: <https://xdoc.mx/preview/modulo-cendeisss-5f062dd4543a3>

5. Caja Costarricense del Seguro Social. Tratamiento de Lumbalgia Aguda. Caja Costarricense del Seguro Social. 16^{va} edición 2005.

6. Caja Costarricense del Seguro Social. Estadísticas de Salud. Caja Costarricense del Seguro Social. Consultado: el 12 de diciembre de 2017. Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr/estadisticas-salud>.

7. Redondo P. Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención. Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social. 1^{era} edición 2004. Consultado: el 2 de setiembre de 2017. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms//media/digitales/Gesti%C3%B3n%20estrat%C3%A9gic a.pdf>

8. Dirmaier J, Härter M, Weymann N. A tailored, dialogue-based health communication application for patients with chronic low back pain: study protocol of a randomised controlled trial. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2013 Jun 14; 13(66):1-9. Consultado: el 12 de diciembre de 2017. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1472-6947-13-66>.

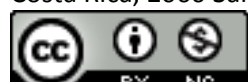
9. Deyo R, Dworkin S, Amtmann D, Andersson G, Borenstein D, Carragee E et al. Report of the NIH Task Force on Research Standards for Chronic Low Back Pain. *Physical Ther*. 2015 Feb 01; 95(2): e1-e8. Consultado: el 19 de agosto de 2017. Disponible en: <https://academic.oup.com/ptj/article/95/2/e1/2684045>.

10. Riis A, Elgaard C, Bro F, Terkildsen H, Dam K, Bach M. Enhanced implementation of low back pain guidelines in general practice: study protocol of a cluster randomised controlled trial. *Implementation Science*. 2013 Oct 20;8(124):1-10. Consultado: el 10 de diciembre de 2017. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-124>.

11. Bekkering G, Engers A, Wensing M, Hendriks H, Van Tulder M, Oostendorp R et al. Development of an implementation strategy for physiotherapy guidelines on low back pain. *Aust J Physiother*. 2003;49(3):208-214. Consultado: el 12 de diciembre de 2017. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12952520/>.

12. Barrantes R. Investigación: Un camino al conocimiento. Editorial Universidad Estatal a Distancia. 2^{da} edición. 2014.

13. Jiandani M, Mhatre BS. Physical therapy diagnosis: How is it different? *J Postgrad Med*. 2018 Abr;64(2):69-72. Consultado: el 27 de noviembre de 2017. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29692395/>.



14. Werneke M, Hart D. Centralization: association between repeated end-range pain responses and behavioral signs in patients with acute non-specific low back pain. *J Rehabil Med*. 2005 Set;37(5):286-290. Consultado: el 3 de julio de 2017. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16208861/>.

15. Royal Dutch Society for Physical Therapy. KNGF Guideline. Low back pain. Royal Dutch Society for Physical Therapy. 2013 Jul. Consultado: el 12 de diciembre de 2017. Disponible en: http://www.ipts.org.il/_Uploads/dbsAttachedFiles/low_back_pain_practice_guidelines_2013.pdf

16. Zamiri S, Shaterzadeh M, Maraghi E, Ebrahimi I. The Effectiveness of Classification-Specific Physical Therapy for People with Low Back pain Within Dominant Movement-Based Schemes: A Systematic Review. *Iran Red Crescent Med J*. 2016 Dic;18(12):1-15. Consultado: el 14 de setiembre de 2017. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/311393425_The_Effectiveness_of_Classification-Specific_Physical_Therapy_for_People_with_Low_Back_pain_Within_Dominant_Movement-Based_Schemes_A_Systematic_Review.

17. Karayannis N, Jull G, Hodges P. Physiotherapy movement based classification approaches to low back pain: comparison

of subgroups through review and developer/expert survey. *BMC Musculoskelet Disord*. 2012 Feb 20;13:24. Consultado: el 16 de octubre de 2017. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22348236/>.

18. World Confederation for Physical Therapy. WCPT guideline for standards of physical therapy practice. World Confederation for Physical Therapy. 2011. Consultado: el 12 de diciembre de 2017. Disponible en: <https://world.physio/sites/default/files/2020-06/G-2011-Standards-practice.pdf>.

19. World Confederation for Physical Therapy. WCPT guideline for physical therapist professional entry level education. World Confederation for Physical Therapy. 2015. Consultado: el 25 de noviembre de 2017. Disponible en: <https://world.physio/sites/default/files/2020-07/G-2011-Entry-level-education.pdf>

CORRESPONDENCIA

Alfaro Redondo, Cesar
Correo: cesar.alfaro@ucr.ac.cr

DECLARACIÓN DE CONTRIBUCIÓN DE AUTORES Y COLABORADORES

Autor	Contribución
Alfaro Redondo, César	<ul style="list-style-type: none"> • Participación activa en la discusión de los resultados. • Revisión y aprobación de la versión final del trabajo. • Participación en el desarrollo la idea de investigación, sus objetivos y conceptualización. • Participación en la redacción y revisión del manuscrito.
Sancho Ramírez, Gloriana	<ul style="list-style-type: none"> • Participación activa en la discusión de los resultados. • Participación en la valoración estadística de los datos. • Revisión y evaluación de la literatura pertinente. • Realización de los ensayos y métodos para la obtención de los datos. • Participación en el desarrollo la idea de investigación, sus objetivos y conceptualización. • Participación en el desarrollo de la metodología de investigación. • Participación en la elaboración y diseño de las tablas, gráficos, dibujos y fotos del trabajo final.

