



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA**

**TÍTULO:**

**ESTUDIO DE CASO: PACIENTE CON LUMBOCIATALGIA  
CRÓNICA DERECHA QUE ASISTE AL HOSPITAL LUIS  
VERNAZA “JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL”**

**AUTOR:**

**Romero Cáceres Juan José**

**Trabajo de Titulación previo a la Obtención del Título de:**

**LICENCIADO EN TERAPIA FÍSICA.**

**Guayaquil, Ecuador**

**2015**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA  
CERTIFICACION**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por Juan José Romero Cáceres, como requerimiento para la obtención del Título de Licenciado en Terapia Física.

**COORDINADOR**

---

Econ. Víctor Hugo Sierra Nieto

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

---

Dra. Martha Victoria Celi Mero

**Guayaquil, a los 4 días del mes de febrero del año 2016.**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Juan José Romero Cáceres**

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación “Estudio de caso: paciente con lumbociatalgia crónica derecha que asiste al Hospital Luis Vernaza. “Junta de Beneficencia de Guayaquil” previo a la obtención del Título de Licenciado en Terapia Física, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 4 días del mes de Febrero del año 2016.**

**EL AUTOR**

---

Juan José Romero Cáceres



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA**

**AUTORIZACIÓN**

**Yo, Juan José Romero Cáceres**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación “Estudio de caso: paciente con Lumbociatalgia crónica Derecha que asiste al Hospital Luis Vernaza. “Junta de Beneficencia de Guayaquil”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 4 días del mes de febrero del año 2016.**

**El Autor**

---

Juan José Romero Cáceres

## **AGRADECIMIENTO**

Primeramente a Dios, a mi abuelita Luisa Llivicura que ya partió hace muchos años a la presencia del señor y sobre todo agradezco a mi tía la Dra. María de Lourdes Cornejo que es como mi madre porque ella me ha apoyado en todos mis estudios y me ha sabido guiar por el camino del bien y un agradecimiento muy afectuoso al Lcdo. Carlos López por haberme compartido y enseñado todos sus conocimientos sobre esta carrera que estoy a punto de culminar, también gracias a mi novia Gabriela Vera por haberme apoyado en todo el transcurso de mi carrera como dice una pequeña frase sí estuvo a tu lado cuando no eras nadie merece estar ahí cuando lo tengas todo.

Juan José Romero Cáceres

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a la persona que me ha enseñado que si no te esfuerzas hasta el máximo ¿cómo sabrás donde está tu límite? a mi Sra. madre la Dra. María de Lourdes Cornejo.

Juan José Romero Cáceres

# INDICE

Contenido	Pág.
AGRADECIMIENTO .....	v
DEDICATORIA .....	vi
INDICE.....	vii
RESUMEN .....	ix
ABSTRACT.....	x
1. INTRODUCCIÓN .....	1
2. PRESENTACIÓN DEL CASO.....	2
2.1 Identificación del paciente.....	2
2.2 Motivo de consulta .....	3
2.3 Caracterización del problema .....	3
3. JUSTIFICACIÓN.....	4
4. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO .....	5
5. METAS Y OBJETIVOS .....	7
6. MARCO REFERENCIAL-TEÓRICO .....	9
Posibles causas .....	9
Síntomas.....	10
Manifestaciones Clínicas .....	11
Mecanismo de lesión nerviosa.....	13
7. DESARROLLO METODOLÓGICO.....	14
7.1 Metodología .....	14
7.2 Técnicas e instrumentos .....	14
8.1. Movilización neuromeníngea .....	16
8.2. Introducción .....	16
8.3. Patología del sistema nervioso .....	17
8.4 Pruebas de provocación neural .....	17

8.5. Elevación de la extremidad inferior recta o straight leg raise (slr).....	18
Descripción de la secuencia del SLR:.....	18
8.6 Tipos de técnicas: .....	18
8.7 Precauciones y contraindicaciones.....	19
9. Discusión .....	20
10. BIBLIOGRAFIA.....	21
BIBLIOGRAFÍA WEB.....	22
ANEXOS .....	25
Anexos 1 .....	26
Historia Clínica.....	26
Alexon 2.....	29
Test Muscular / M. Inferiores.....	29
Anexos 3.....	30
Test de Schober.....	30
Anexos 4.....	31
Evidencia fotográfica.....	31



## RESUMEN

En el presente caso clínico de una paciente diagnosticada con Lumbociatalgia crónica derecha, permite al fisioterapeuta evaluar que la ciática es una afectación de las raíces L4-L5, L5-S1 del nervio ciático, cuyas manifestaciones clínicas son: dolor, alteraciones sensitivas motoras y reflejos que se mantienen durante tres meses aproximadamente, es una patología que afecta al 40% de la población, con mayor prevalencia en mujeres que en hombres en países desarrollados y causa frecuente ausentismo laboral. Utilizando como técnica la recaudación de datos, entrevista, análisis e inspecciones con ayuda de diversos instrumentos tales como la historia clínica, diferentes tipos de test y herramientas audio visual que me permito observar los distintos resultados de la evaluación que se realizó a la paciente, los cuales fueron: Examen con el paciente en decúbito supino: en el cuales procedí a realizar la maniobra de “lasègue” que ocasionó un dolor irradiado en el trayecto del ciático derecho. Examen con el paciente sentado: en esta posición realice la maniobra de valsalva el cual consistía en que el paciente se ocluya boca y nariz para así poder provocar un dolor irradiado en todo el trayecto del nervio ciático derecho. Examen con el paciente en bipedestación: en donde se encontró una desviación lateral del tronco (escoliosis antálgica). Palpación: Se encontró una contractura muscular, en el momento de realizar la inclinación lateral aumento el dolor lumbar, limita en forma importante este movimiento y cualquier otra inclinación de la región lumbosacra. Examen neurológico: Alteración de la sensibilidad: parestesia en el borde lateral del pie y 5º dedo. Alteración motora: debilidad de los isquiotibiales, atrofia de gemelos y soleo. Alteración de reflejos: presenta hiporreflexia rotuliana y tendón de aquiles. Con estos resultados que obtuve durante la evaluación de la paciente me permitió plantear objetivos más específicos para el tratamiento y así poderle dar una mejor calidad de vida.

**Palabras claves:** lumbociática crónica, dolor, alteraciones sensitivas, fisioterapia, rehabilitación.

## ABSTRACT

In this case of a patient diagnosed with sciatica chronic right allows the therapist to evaluate the chronic sciatica is an affectation of the roots L4-L5, L5-S1 sciatic nerve, whose clinical manifestations are: pain, motor sensory disturbances and reflections which they are kept for three months or so, is a disease that affects 40% of the population, most prevalent in women than in men in developed countries and causes frequent absenteeism. Using as a data collection technique interview, observations and inspections using various instruments such as medical records, different types of test and audiovisual tools that allow me to observe the different results of the evaluation that the patient was performed, which were: Examination with the patient supine: in which I proceeded to perform the maneuver of "Lasègue" that caused pain radiating in the path of right sciatic. Examination with the patient sitting: in this position performs the Valsalva maneuver which consisted of the patient's mouth and nose are occluded in order to cause pain radiating all the way to the right sciatic nerve. Exam with the patient standing: wherein a lateral deviation of trunk (antalgic scoliosis) was found. Palpation: a muscle spasm found, at the time of increasing lateral tilt back pain, this, together with muscular contracture, significantly limits this movement. Neurological examination: Altered sensation: paresthesia in the lateral edge of the foot and 5th finger. Motor impairment: weak hamstrings, gastrocnemius and soleus atrophy. Impaired reflexes: It presents patellar hyperreflexia and Achilles tendon. With these results obtained during the evaluation of the patient allowed me to raise more specific targets for treatment and thus be able to give a better quality of life for the patient.

**Keywords:** chronic sciatica, pain, sensory disturbances, physiotherapy, Rehabilitation.

# 1. INTRODUCCIÓN

En el presente caso clínico con enfoque fisioterapéutico de un paciente de 69 años de edad, con lumbociatalgia crónica derecha realizado entre los meses de, enero a febrero del 2016 que asiste al Hospital Luis Vernaza “Junta de Beneficencia de Guayaquil” se encontró mediante entrevista que la paciente presenta un dolor en región lumbar que se irradia a la cara posterior media del glúteo derecho, muslo, pie y talón del mismo lado, presentando debilidad de los isquiotibiales, atrofia de gemelos y soleo, acompañado de hiporreflexia rotuliana y aquileo.

Las diferentes escalas evaluativas así como test de valoración han brindado una interesante perspectiva, para la aplicación del tratamiento planteado en los objetivos a corto, mediano y largo plazo, que buscan la completa independencia del paciente.

El plan de tratamiento diseñado intenta cubrir todos los objetivos propuestos y es importante indicar que aunque muchas técnicas tienen resultados exitosos en el tratamiento de la lumbociatalgia crónica el verdadero trabajo del fisioterapeuta es aplicar las técnicas, maniobras y conceptos nuevos acorde a las necesidades del paciente, solo así se garantiza un buen tratamiento fisioterapéutico.

## **2. PRESENTACIÓN DEL CASO**

### **2.1 Identificación del paciente**

**ANAMNESIS:**

**NOMBRES:** T. S.

**APELLIDOS:** P. Y.

**EDAD:** 69 años

**SEXO:** F

**LUGAR DE NACIMIENTO:** Guayaquil

**LUGAR DE RESIDENCIA:** Guayaquil

**ESTADO CIVIL:** Casada

**HIJOS:** 2

**RAZA:** Mestiza

**OCUPACIÓN:** maestra- actualmente jubilada

**TIPO DE SANGRE:** ORH+

**TELEFONO:** xxxxxxx

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

Hipertensión Arterial, Osteopenia

**ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:**

- Ninguno

**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

- Hipertensión Arterial

## **2.2 Motivo de consulta**

Paciente que acude al área de fisioterapia del hospital Luis Vernaza "Junta de Beneficencia de Guayaquil", presentado dolor lumbar que se irradia a la cara posterior media del glúteo, Muslo y pierna derecha, abarcando pie, Talón del mismo lado de más de un mes de evolución.

La paciente comenta que al levantar una carga en una posición inadecuada mientras realizaba sus labores cotidianas, se le presentó un dolor intenso en la parte baja de la columna que fue descendiendo hacia miembro inferior derecho y que no le permitía realizar diferentes tipos de movimientos, que hace aproximadamente cuatro semanas antes experimentó el mismo dolor con la misma intensidad y que fue descendiendo hacia la extremidad inferior derecha acompañada de cierta dificultad para caminar, presenta historia de alteraciones sensitivas, debilidad de los isquiotibiales, atrofia de gemelo, Soleo, reflejo rotuliano y aquileo disminuido

## **2.3 Caracterización del problema**

Paciente de sexo femenino de 69 años, profesora jubilada en la actualidad ama de casa. Al examen físico la paciente presenta un dolor lumbar e irradiación ciática en miembro derecho, primera crisis hace 4 semanas, ha padecido 2 episodios hasta el momento, las manifestaciones clínicas que presenta son: dolor a nivel lumbar con irradiación ciática a nivel del territorio de L4, Lasègue positivo a los 30°, Bragard positivo, Neri positivo, Aparecen parestesias en el borde lateral del pie y 5º dedo, dolor a la palpación a nivel de las apófisis espinosa de L5, S1, dificultad para la marcha, reflejo Aquileo y rotuliano disminuido, maniobras de Valsalva son positivas.

### 3. JUSTIFICACIÓN

En este trabajo de investigación, se dará a conocer acerca de la Lumbociatalgia crónica, tratándose con mayor intensidad su rehabilitación fisioterapéutica, enfocándonos en la aplicación de la movilización neuromeníngea como técnica rehabilitadora.

La movilización neuromeníngea es fundamental para evitar trastornos mecanosensitivos, favorecen la flexibilidad nerviosa, disminuir dolores sensitivos, ayuda a prevenir lesiones nerviosas.

La movilización neuromeníngea es la puesta en tensión de todos los elementos nervios, no se debe dejar de lado ciertos parámetros que puedan pasar inadvertidos y menos sin cumplirse:

“Todo dolor proviene de una lesión.

Todo tratamiento debe llegar a la lesión

Todo tratamiento al igual que la movilización neuromeníngea debe producir un efecto beneficioso sobre la lesión”. (Avilés, Freddy Erick, 2014)

“Postulados que deben ser cumplidos todos los días por los Fisioterapeutas en beneficio de sus pacientes. La ejecución de esta técnica nos permite actuar sobre el sistema nervioso y la zona afectada”. (Avilés, 2014)

Es importante elaborar este tipo de trabajo de investigación porque permite que el investigador se involucre con el paciente y abordarlo no solo desde el punto de vista profesional si no desde un punto de vista humano, ejercer una medicina humanizada.

Empezaremos a sentir la verdadera responsabilidad que se necesita para cumplir nuestra verdadera función con eficiencia, lo que nos va a implicar mantenernos actualizados cada día más en nuevos hallazgos científicos y tecnológicos relevantes a las diferentes enfermedades, pruebas, valoraciones, técnicas y tratamientos que al final nos van a permitir

desempeñar nuestra verdadera función como agentes de la salud, con responsabilidad, con humildad y sobre todo con una verdadera ética profesional.

#### **4. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO**

Los resultados de las diferentes evaluaciones realizadas al paciente fueron los siguientes:

- Examen con el paciente en decúbito supino

Para la evaluación del paciente en decúbito supino se lo realiza sobre una camilla con las rodillas flexionadas, el signo más conocido a realizar es la maniobra de “Lasègue” que está siempre presente en la práctica médica cada vez que hay compromiso de L4 a L5 hay un Lasègue positivo.

La maniobra se la realizo levanto la extremidad afectada con la rodilla flexionada, normalmente la extremidad puede flexionarse a 90° sin dificultad y solo presentado leve tensión isquiotibiales, una vez que la cadera esta flexionada a 90° se procede a extender la rodilla lo que ocasionó un dolor irradiado en el trayecto del ciático. (es.scribd.com, 2009)

- Examen con el paciente sentado

En esta posición provoqué una hiperpresión abdominal e intrarraquídea, haciendo que el paciente tosa en forma violenta, con esto se acentuó el dolor lumbar y a su vez se produjo una irradiación en todo el trayecto del nervio ciático, lo que hay que indicar que hay un compresión radicular, conseguí lo mismo al provocar una espiración forzada ocluyendo boca y nariz, con esto se aumenta la presión intratorácica y abdominal, lo que a su vez produjo aumento de presión intrarraquídea por aumento de la presión del líquido cefalorraquídeo y de los plexos venosos peridurales, los que presionan el saco dural y las raíces. “Es la maniobra de Valsalva. Esto

mismo me relato la paciente en la obtención de la anamnesis cuando estornuda, grita, respira profundamente o hace esfuerzo para defecar”. (es.scribd.com, 2009)

➤ Examen con el paciente en bipedestación

Se inicia el examen con el paciente en bipedestación, se encontró una desviación lateral del tronco (escoliosis antálgica), es decir una actitud asimétrica del tronco, la columna está rígida a nivel lumbar, esto lo logre objetivar marcando dos puntos a una distancia conocida (por ejemplo 15 cm), y observando si al flexionar el tronco no hay aumento de esta distancia, (signo de Schober). Con esta misma inclinación anterior del tronco se produjo una irradiación del dolor en el trayecto del nervio ciático. (es.scribd.com, 2009)

➤ Palpación

Se encontró una contractura muscular, en el momento de realizar la inclinación lateral aumento el dolor lumbar, limita en forma importante este movimiento y cualquier otra inclinación de la región lumbosacra.

➤ Examen neurológico

Dos son los grandes rubros en el diagnóstico de la compresión radicular:

- Signos irritativos, representado por el dolor en sus diferentes formas y grados que han sido evidenciado.
- Signos de déficit neurológico, que son fundamentales en el diagnóstico clínico, ya que se pueden objetivar bastante bien, mucho mejor que el dolor. Este es un síntoma y por lo tanto subjetivo e influenciado por múltiples factores diferentes en cada enfermo.

Los signos de déficit se pueden subdividir a su vez en: sensitivo, motor y de reflejos. Estos signos responden simplemente a inflamación, edema o



compresión de la raíz afectada. Manejando la distribución metamérica de las raíces se puede y se debe hacer el diagnóstico clínico de la lumbociática. (es.scribd.com, 2009)

**Alteración de la sensibilidad:** parestesia en el borde lateral del pie y 5º dedo.

**Alteración motora:** debilidad de los isquiotibiales, atrofia de gemelos y soleo.

**Alteración de reflejos:** presenta hiporreflexia rotuliana y aquileo.

Diagnósticos fisioterapéuticos: dolor en zona lumbar con irradiación en miembro inferior derecho, acompañado parestesias e hiporreflexia rotuliano y aquileo.

## **5. METAS Y OBJETIVOS**

Antes de abordar el tratamiento fisioterapéutico, es necesario tener en cuenta ciertas consideraciones que ayuden a situar las expectativas del profesional en cuanto al tratamiento de la lumbociatalgia crónica, el dolor lumbociática agudo es habitualmente de etiología benigna con tendencia a la mejoría espontánea, no obstante la persistencia de síntomas y las recurrencias son frecuentes, por lo tanto en su manejo lo fundamental no será un tratamiento curativo sino adoptar aquellas medidas que contribuyan a mejorar los síntomas más incapacitantes favoreciendo el mantenimiento de la actividad habitual, es importante la comprensión de la naturaleza benigna de su proceso y la utilización de las medidas más efectivas durante los periodos de mayor dolor, el periodo subagudo (6-12 semanas) es el periodo idóneo para intervenir, intentado evitar su evolución a un síntoma crónica, el conocimiento de la existencia de algunos factores que pueden favorecer la cronificación puede orientarnos a tomar algunas opciones terapéuticas.

Por esta razón se han fijado metas y objetivos reales en base a los requerimientos a la edad del paciente:

### **Corto plazo**

- Disminuir el dolor en la zona lumbar y miembro inferior derecho con la utilización de la neuroestimulación eléctrica transcutánea o tens.
- Elongación de la musculatura lumbar con la aplicación de los Ejercicios de William.
- Movilización del nervio ciático con la aplicación de la movilización neuromeníngea

### **Mediano plazo**

- Prevenir alteraciones de tejidos blandos en la zona lumbar y en miembro inferior derecho con la aplicación de técnicas de estiramientos.
- Movilización del nervio ciático con la aplicación de la movilización neuromeníngea.
- Relajar la musculatura contracturada en zona lumbar y en miembro inferior derecho utilizando la técnica Cyriax.
- Liberación miofascial en puntos gatillos en zona lumbar y en miembro inferior derecho.

## **Largo plazo**

- Mantener la funcionalidad con rutina de ejercicios indicado por el fisioterapeuta.
- Enseñanza adecuada de las posturas que debe realizar siguiendo el concepto de reducción postural.
- Fortalecimiento de la musculatura lumbar aplicando los ejercicios de Mckenzie.

## **6. MARCO REFERENCIAL-TEÓRICO**

La ciática es un dolor del nervio ciático que afecta la zona lumbar y se extiende a las extremidades inferiores a los pies. La enfermedad se diferencia de la lumbalgia, ya que se manifiesta por dolor localizado en la zona lumbar exclusivamente.

La enfermedad afecta al 40% de la población y se produce principalmente entre aquellos que realizan (los trabajadores de oficina, los que estudian, aquellos que están obligados a viajar en el coche varias horas al día) sedentarios, los que son poco activo, y de todos aquellos que durante el día tienden a asumir una postura incorrecta.

### **Posibles causas**

La lumbociatalgia, como ya se mencionó, puede ocurrir en personas que llevan un estilo de vida sedentario, que no es físicamente activo y que a menudo toman una mala postura.

Otros factores de riesgo que pueden predisponer a un individuo a la enfermedad, son los siguientes:

- La tensión muscular.
- Espasmos musculares.
- El aplanamiento de los discos intervertebrales.
- Hernia de discos de la IV y V vértebra.
- Osteoporosis.
- Tumores.
- La espondilitis (procesos inflamatorios en las vértebras, que aparecen con frecuencia en inmunodeprimidos, diabéticos o personas mayores).

## **Síntomas**

La lumbociatalgia puede sentir sólo en un lado del cuerpo o en ambos lados con los siguientes síntomas:

- Dolor que se inicia desde la zona de los riñones, pasa por el trasero, a lo largo del muslo y llega a los pies.
- Ardor.
- Hormigueo.
- Entumecimiento de las extremidades.
- Dolores agudos repentinos similares a descargas eléctricas.
- Dificultad en la deambulación. (Amir Medicina, 2013)

El nervio ciático se origina de L4, L5, S1 y S2, se compone de dos mitades distintas y funcionalmente separadas, que al final se convierte en los nervios peroneo y tibial. El ciático pasa debajo del musculo piriforme en la pelvis y sale a través de la escotadura ciática para entrar en la parte posterior de la pierna.

En la región distal del muslo, se divide para formar los nervios peroneo y tibial. Los nervios ciáticos, tibial posterior y peroneo otorgan sensación a la región anterolateral de la pierna y a todo el pie excepto por el maléolo medial.

## **Manifestaciones Clínicas**

### **Signos y síntomas**

Aunque los pacientes usan a menudo el término ciática para describir el dolor que se irradia hacia la pierna, es raro el daño verdadero al nervio ciático. La causa más común de la lesión a este nervio es la cirugía y fractura de cadera. Las heridas de fuego y otros tipos de traumatismo externos pueden dañar también al nervio ciático. Puede ocurrir compresión del nervio en la pelvis por una neoplasia o hemorragia retroperitoneal.

Es mucho más probable que la división peronea sea lesionada durante el aplastamiento o estiramiento del nervio ciático, aunque la división tibial es más susceptible de lesiones en la cadera por una inyección mal colocada. Raramente el músculo piriforme puede atrapar el tronco del nervio ciático conforme pasa a través y sobre este (síndrome piriforme). Además del traumatismo, la isquemia (mono neuropatía diabética), inflamación, infección y otros procesos pueden dañar selectivamente al nervio.

Cuando el nervio ciático está dañado, puede encontrarse debilidad en los extensores de la cadera, del pie y extensores de los dedos, en la lesión parcial, la dorsiflexión del pie está mucho más debilitada que la flexión plantar. Puede perderse la sensibilidad sobre la región antero lateral de la pierna y todo el pie (respetando el maléolo medial) y pueden estar disminuidos los movimientos del tobillo. (Brust, 2013)

En el 95% de los casos la causa es una hernia discal. El enfermo localiza el dolor en la nalga, cara posterior del muslo, región poplíteo, cara externa de la pierna y dorso del pie.

Los puntos dolorosos a la presión son valiosos pero no constantes. Punto paravertebral: 1cm hacia fuera de la apófisis espinosa de la L IV o LV. Punto glúteo: en la extremidad superior de la escotadura ciática. Punto trocántero: en el canal isquiotrocántero. Punto poplíteo: en el centro del hueso poplíteo. Punto peroneotibial: sobre el ciático poplíteo externo al pasar por el cuello del peroneo. Punto maleolar externo: en la cara posterior del maléolo externo. Los trastornos objetivos de la sensibilidad van desde la hiperalgesia a las más frecuentes hipoalgesias o anestias. Varían según la raíz comprimida. (Suros, Juan, 2014)

El nervio ciático sale del plexo sacro como el nervio más grande del cuerpo; sus componentes, los nervios tibial y peroneo común, pueden ser diferenciados en la vaina común. Los músculos presentes en la región glútea (rotadores externos y glúteos) son inervados por pequeños nervios procedentes del plexo sacro, que emergen por un punto proximal a la formación del nervio ciático. Este último sale de la pelvis a través del agujero ciático mayor; lo más frecuente es que discurra por debajo del músculo piriforme, aunque en ocasiones lo atraviesa.

El acortamiento de ese músculo puede causar un trastorno denominado síndrome piriforme, que provoca causar un trastorno denominado síndrome piriforme, que provoca compresión e irritación del nervio en ese sitio. Aunque el ciático está protegido debajo del glúteo mayor cuando discurre entre la tuberosidad isquiática y el trocánter mayor, en esta región puede resultar lesionado en casos de luxación o reducción de la cadera. La porción tibial del nervio ciático inerva los músculos isquiocruales biarticulares y una porción del aductor mayor; la porción peronea común inerva la cabeza corta del bíceps femoral. En sentido proximal a la fosa poplíteo, el nervio ciático termina cuando los nervios tibiales y peroneo común emergen como estructuras separadas.

## **Mecanismo de lesión nerviosa**

Los nervios son móviles y presentan una capacidad considerable de torsión y alargamiento debido a su disposición. Sin embargo, pueden sufrir diversos tipos de lesiones, las que pueden estar asociadas con las siguientes causas:

Compresión (presión sostenida aplicada desde afuera, como por un torniquete, o desde adentro, como por un hueso, tumor o compresión de un tejido blando con la consiguiente lesión isquémica o mecánica).

Desgarramiento (lesión causada por un arma blanca, arma de fuego, complicación de la cirugía o inyección)

Estiramiento (tensión excesiva, desgarro por fuerzas de tracción)

Radiación

Electricidad (caída de un rayo, falla eléctrica)

La lesión puede ser completa o parcial y los síntomas que produce dependen de su localización.

Las lesiones biomecánicas del sistema nervioso periférico casi siempre son causadas por fricción, compresión y estiramiento. La lesión secundaria puede ser por sangre o edema. Las fuerzas compresivas pueden afectar la microcirculación del nervio y causar congestión venosa y reducción del transporte axoplasmático, con el consiguiente bloqueo de los impulsos nerviosos; si esta situación se prolonga, el nervio puede dañarse. El endoneuro ayuda a mantener la presión de los líquidos y puede actuar como amortiguador para proteger a los nervios, en especial cuando están cerca de la superficie y expuesto a presiones mayores. (Kisner; Colby, 2010)

## **7. DESARROLLO METODOLÓGICO**

### **7.1 Metodología**

Investigación, valoración, estudio bibliográfico y exploración de una paciente para la delineación del caso clínico y proyecto de una propuesta de tratamiento específico en base a los resultados alcanzados.

### **7.2 Técnicas e instrumentos**

Las técnicas utilizadas para realizar este estudio fueron la entrevista directa con el paciente, historia clínica detallada, exploración física, pruebas funcionales para determinar compromiso nervioso y muscular, test Schober, para medir la capacidad de flexión y restricción e identificar el desplazamiento de la región lumbar comprometida, para de esta manera nos permita un diagnóstico preciso. Los instrumentos que se utilizó cámara de video.



## 8. TRATAMIENTO

El tratamiento que se especifica en el presente trabajo está directamente relacionado con los objetivos que se establecieron anteriormente, así mismo se demostraran las técnicas que se utilizarán en la propuesta de tratamiento sin especificar el tiempo a utilizarse, En Fisioterapia se dispone de un amplio abanico de técnicas; algunas de ellas son:

**El TENS o neuroestimulación eléctrica transcutánea:** consiste en la aplicación de corrientes con el objetivo de dar un alivio sintomático mediante la modificación de la percepción del dolor. (Morillo, Martinez, 1998)

**Ejercicio terapéutico (ET):** Es un método de tratamiento frecuentemente empleado en el tratamiento de la lumbociática crónica y uno de los más efectivos. Los programas de ET varían en cuanto a duración, intensidad y tipo de ejercicios (aeróbicos, de fortalecimiento muscular, de estabilización central, de flexibilidad, de estiramiento, acuáticos etc.). Aunque no existe evidencia acerca de qué tipo de entrenamiento es más beneficioso, sí que existe evidencia de la efectividad del ET en cuanto a disminución de dolor y discapacidad, permitiendo retomar las actividades diarias y favorecer la vuelta al trabajo. (Kisner; Colby, 2010)

**La liberación miofascial:** “Es un método de terapia manual que consiste en la aplicación de fuerzas mecánicas de baja intensidad y de larga duración para manipular las restricciones en el complejo miofascial de manera directa o indirecta”. (Simons; Travell, 2014)

**El masaje terapéutico de Cyriax:** Es uno de los métodos más empleado en el tratamiento de la lumbociática crónica. Se define como la manipulación de los tejidos blandos usando las manos sobre cualquier parte del cuerpo. Existe evidencia de que la efectividad del masaje es similar a la de la realización de ejercicios, pero que es más efectivo comparado con otras terapias. El masaje puede ser un tratamiento beneficioso para los pacientes

con ciática crónica en cuanto a mejora de los síntomas y la funcionalidad, especialmente si se combina con una intervención educativa y la realización de ejercicios. (Cyriax, 2001)

**Movilización Neuromeníngea (MNM):** “consiste en el tratamiento mediante la estimulación mecánica del tejido neural y de las estructuras no neurales que lo rodean”. (Zamorano Zàrate, Eduardo, 2013)

**Estiramientos terapéuticos:** el objetivo del estiramiento suele ser el incrementar la movilidad articular, la longitud muscular y la flexibilidad, así como un relajamiento muscular general. El metabolismo es menos eficiente en los músculos rígidos, debido al aumento de la presión intramuscular y al descenso de la circulación de los fluidos. Por ello, también se emplea el estiramiento para optimizar el metabolismo. “El aumento en la flexibilidad conseguido por la elongación ayudara a prevenir lesiones en músculos, tendones y articulaciones y también aumentara la capacidad y el rendimiento”. (Ylinen, Chaitow, Hill & López Leal, 2009)

## **8.1. Movilización neuromeníngea**

### 8.2. Introducción

La movilización del tejido nervioso es una intervención fisioterapéutica dirigida a los nervios periféricos y a las meninges. Consiste en técnicas y métodos de diagnóstico y tratamiento fisioterapéutico manual aplicados al aparato locomotor, abarcando la tensión anormal y neurodinámica anómala del sistema nervioso.

Emplea posiciones y movimientos específicos del raquis y las extremidades para estimular mecánicamente el tejido nervioso, con el fin de reducir su mecano sensibilidad, aliviar los síntomas y mejorar la función.

Persigue restablecer la capacidad del sistema nervioso para tolerar las fuerzas mecánicas relacionadas con el movimiento del aparato locomotor.

Estas técnicas las aplican los fisioterapeutas para resolver la disfunción neural, consistentes no solo en estirar los nervios, si no que podrán movilizarlos en el sentido de la corrección del conflicto, mejorando la fisiopatología y mecánica neural, con una progresión clínica correcta de menor a mayor intensidad, del deslizamiento a la tensión, de lo global a lo local, y priorizar el tratamiento en su abordaje de la interface mecánica o la propia movilidad neural. (Zamorano Zàrate, Eduardo, 2013)

### **8.3. Patología del sistema nervioso**

La “tensión neural adversa” se define como una respuesta fisiológica y/o mecánica anormal que se produce cuando las estructuras del sistema nervioso exceden su amplitud normal de movimiento y su capacidad de elongación; cuando esta tensión persiste se desencadena la aparición de dolor.

### **8.4 Pruebas de provocación neural**

Las pruebas de provocación neural (PPN) o test neurodinámicos son pruebas que se emplean frecuentemente en la exploración de pacientes con trastornos neuromusculoesqueléticos para valorar la mecanosensibilidad del tejido nervioso.

Durante la realización de las PPN se debe atender a: la respuesta del síntoma (amplitud de movimiento con la que aparecen los síntomas, características de los síntomas, reconocimiento de los síntomas por parte del paciente) y a la resistencia encontrada (amplitud de movimiento con la que aparece la resistencia, amplitud de movimiento con la que la resistencia impide el movimiento, comportamiento de la resistencia).

## **8.5. Elevación de la extremidad inferior recta o straight leg raise (slr)**

### **Descripción de la secuencia del SLR:**

Paciente en decúbito supino con la cabeza y el raquis cervical en posición neutra y con las manos descansando sobre el abdomen.

1. Se toma el miembro inferior del paciente y se flexiona lentamente la cadera manteniendo la rodilla en extensión.
2. Diferenciación estructural: en esta posición se flexiona la rodilla; si esto disminuye el dolor el test resulta positivo indicando que el nervio ciático es culpable de la sintomatología.

El test de slump siempre se había empleado como una herramienta de valoración, pero recientemente ha empezado también a sugerirse como técnica de tratamiento. Aun así, existe limitada evidencia que apoye su efectividad.

## **8.6 Tipos de técnicas:**

**Técnicas de carga tensil:** en las cuales el estímulo mecánico empleado es la carga tensil; así, mediante el movimiento activo o pasivo de determinados segmentos corporales se consigue modificar la dimensión longitudinal del continente musculoesquelético del tejido nervioso. El objetivo de estas técnicas es “restablecer u optimizar la capacidad de tolerancia del tejido nervioso frente a movimientos y posiciones que elongan el lecho neural correspondiente”.

**Técnicas de movilización con deslizamiento:** en las cuales se realizan movimientos alternos de dos o más articulaciones; el movimiento de una de

las articulaciones tenderá a incrementar la tensión neural (aumentando la dimensión del lecho neural) mientras que el movimiento de la otra articulación realizado simultáneamente tenderá a disminuir la tensión (acortando la dimensión del lecho neural). Este tipo de técnicas pretenden generar movimientos de excursión entre el sistema nervioso y las estructuras no neurales que lo rodean.

## **8.7 Precauciones y contraindicaciones**

**Contraindicaciones absolutas:** cualquier afección maligna que implique el sistema nervioso o la columna vertebral, o infección inflamatoria aguda, señales neurológicas recientes o que empeoran, lesiones de la cola de caballo, lesión de la médula espinal.

**Contraindicaciones relativas:** mareos, situaciones de mucha irritabilidad.

## **8.8 Estado actual sobre la movilización neuromeníngea**

La movilización del sistema nervioso ha ido ganando adeptos recientemente como un método efectivo de valoración y tratamiento de los síndromes dolorosos.

La maniobra de slump ha sido utilizada como una herramienta diagnóstica para la identificación de alteraciones neurodinámicas, y recientemente se ha sugerido también como una posible técnica de tratamiento, aunque existe limitada evidencia que apoye su efectividad.

## 9. Discusión

Algunas de las razones que hacen que el diagnóstico correcto y por ende el tratamiento de las lumbociatalgia crónica sea habitualmente difícil de establecer son por un lado, el hecho de que la etiología de la ciática crónica puede ser múltiple y por otro la conclusión constatada por diversos trabajos y por nuestra práctica diaria, de que no siempre imagen y clínica van de la mano en el dolor crónico.

Los resultados de la búsqueda en las diferentes bases de datos acerca de la evidencia científica de la movilización neuromeníngea en la ciatalgia crónica han ido evolucionando históricamente, pasando de ser una alternativa viable para el tratamiento del dolor y sus disfunciones raquídeas a una forma terapéutica recomendable en el tratamiento de la lumbociática crónica, estudios más recientes ya contemplan cierto grado de evidencia en la aplicación de la movilización neuromeníngea, si bien comienzan por señalar que la propia definición del término "dolor lumbar" ya constituye un problema crucial en el planteamiento de la evidencia científica sobre el tratamiento de ésta dolencia.

## 10. BIBLIOGRAFIA

*Amir Medicina.* (2013). Madrid: Marbàn.

Avilés, F. E. (2014). Aplicación de la técnica de stretching en pacientes con cervicalgia de 30 a 40 años. *PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR*, 4.

Avilés, Freddy Erick. (2014). Aplicación de la técnica de stretching en pacientes con cervicalgia de 30 a 40 años. *PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR*, 4.

Brust, J. (2013). *Diagnostico y tratamiento en Neurología.* Mexico: McGraw-Hill.

Cyriax, J. (2001). *Tratamiento por manipulación masaje e inyección.* Madrid: Marban.

Kisner; Colby. (2010). *Ejercicio terapéuticos fundamentos y técnicas.*

Morillo, Martinez. (1998). *Manual de Medicina Física.*

Sánchez, N. D. (2010). EFECTIVIDAD DE LA MOVILIZACIÓN . *Universidad de Alcalà*, 1.

Simons; Travell. (2014). *Dolor y disfunción miofascial.*

Suros, Juan. (2014). *Semiología Médica y Técnica Exploratoria.* Barcelona: Elsevier-Masson.

Ylinen, Chaitow, Hill & López Leal. (2009). *Estiramientos Terapéuticos.* Àmsterdam: Elsevier-Masson.

Zamorano Zàrate, Eduardo. (2013). *Movilización Neuromeningea.*

## BIBLIOGRAFÍA WEB

- Aguirre, J. (7 de Mayo de 2008). *DOLOR DE ESPALDA*. Obtenido de DOLOR DE ESPALDA:  
<http://chileapiterapia.blogspot.com/2008/05/dolor-de-espalda.html>
- apps.elsevier.es. (15 de Febrero de 2009). *Dolor lumbar como manifestación inusual en una valvulopatía: ejemplo de dificultad en el diagnóstico etiológico de las lumbalgias crónicas*. Obtenido de Dolor lumbar como manifestación inusual en una valvulopatía: ejemplo de dificultad en el diagnóstico etiológico de las lumbalgias crónicas: Recuperado de [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13140473&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=289&ty=149&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=289v16n05a13140473pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13140473&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=289&ty=149&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=289v16n05a13140473pdf001.pdf)
- Bautista, Paco. (Enero de 2013). *MOVILIZACIÓN NEUROMENÍNGEA Y NEURODINÁMICA*. Obtenido de MOVILIZACIÓN NEUROMENÍNGEA Y NEURODINÁMICA: Recuperado de <https://pacobautista.wordpress.com/2013/01/>
- Bautista, Paco. (23 de Enero de 2013). *MOVILIZACIÓN NEUROMENÍNGEA Y NEURODINÁMICA*. Obtenido de MOVILIZACIÓN NEUROMENÍNGEA Y NEURODINÁMICA: Recuperado de <https://pacobautista.wordpress.com/2013/01/23/movilizacion-neuromeningea-y-neurodinamica/>
- ClubEnsayos. (21 de Noviembre de 2012). *Lumbociatica*. Obtenido de Lumbociatica: Recuperado de <https://www.clubensayos.com/Informes-de-Libros/Lumbociatica/435065.html>
- Elsevier. (Junio de 2009). *Dolor lumbar como manifestación inusual en una valvulopatía: ejemplo de dificultad en el diagnóstico etiológico de las lumbalgias crónicas*. Obtenido de Dolor lumbar como manifestación inusual en una valvulopatía: ejemplo de dificultad en el diagnóstico etiológico de las lumbalgias crónicas: Recuperado de



<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-sociedad-espanola-del-dolor-289-articulo-dolor-lumbar-como-manifestacion-inusual-13140473>

es.scribd.com. (1 de Junio de 2009). *Dolor Lumbar Doctor*. Obtenido de Dolor Lumbar Doctor: <http://es.scribd.com/doc/15986476/Dolor-Lumbar-Doctor>

Noene. (1 de Julio de 2015). *Lumbociatalgia: causas, síntomas y posibles soluciones*. Obtenido de Lumbociatalgia: causas, síntomas y posibles soluciones: Recuperado de <http://www.noene-espana.com/lumbociatalgia/>

Scribd. (29 de Junio de 2001). *Dolor Lumbar Doctor*. Obtenido de Dolor Lumbar Doctor: Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/15986476/Dolor-Lumbar-Doctor>

Scribd. (Junio de 1 de 2009). *Dolor Lumbar Doctor*. Obtenido de Dolor Lumbar Doctor: Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/15986476/Dolor-Lumbar-Doctor>

Scribd. (27 de Septiembre de 2013). *Eunacom Preparacion Traumatologia Con Tips*. Obtenido de Eunacom Preparacion Traumatologia Con Tips: <http://es.scribd.com/doc/171503230/Eunacom-Preparacion-Traumatologia-Con-Tips>

Scribd. (23 de Septiembre de 2013). *Eunacom Preparacion Traumatologia Con Tips*. Obtenido de Eunacom Preparacion Traumatologia Con Tips: Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/171503230/Eunacom-Preparacion-Traumatologia-Con-Tips>

Scribd. (27 de Octubre de 2015). *Tesis Final Stretching en pacientes con cervicalgia de 30 a 45 años*. Obtenido de Tesis Final Stretching en pacientes con cervicalgia de 30 a 45 años: Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/287323638/Tesis-Final-Stretching-en-pacientes-con-cervicalgia-de-30-a-45-anos>

SlideShare. (21 de Febrero de 2011). *Lumbalgia 2 lumbociatica*. Obtenido de Lumbalgia 2 lumbociatica: Recuperado de <http://es.slideshare.net/ANALISIS/lumbalgia-2-lumbociatica-7006700>

SlideShare. (8 de Septiembre de 2013). *Síndrome lumbociática fulcheri renato*. Obtenido de Síndrome lumbociática fulcheri renato:  
Recuperado de <http://es.slideshare.net/ANALISIS/sindrome-lumbocitica-fulcheri-renato>

# **ANEXOS**

## 11. ANEXOS

### Anexos 1

#### Historia Clínica



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
CARRERAS DE TECNOLOGÍAS MÉDICAS  
ÁREA DE TERAPIA FÍSICA

#### HISTORIA CLÍNICA

Responsable: \_\_\_\_\_

Nº Ficha: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha de Elaboración: \_\_\_\_\_

#### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

##### ANAMNESIS

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Lugar/ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Nº Hijos: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

#### ANTECEDENTES DEL PACIENTE

##### ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES

Enfermedades previas: \_\_\_\_\_

Síntomas durante el último año: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

—

##### ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES

Patología Familiar: \_\_\_\_\_

##### ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS PERSONALES

Intervenciones quirúrgicas: \_\_\_\_\_

Fecha y tipo de intervención: \_\_\_\_\_

Implantes: \_\_\_\_\_

##### ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

La paciente está embarazada o cree que podría estarlo: \_\_\_\_\_ Embarazos:

Abortos: \_\_\_\_\_ Cesáreas: \_\_\_\_\_ Otros tratamientos:

### ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

El paciente es fumador: \_\_\_\_\_ Número de cigarrillos/día:

El paciente es ex -fumador: \_\_\_\_\_ Número de cigarrillos/día:

El paciente es bebedor habitual: \_\_\_\_\_ Durante días/semana:

Realiza ejercicio: si \_\_\_\_\_ Durante días/semana: 2 veces a la semana

### ANTECEDENTE FARMACOLÓGICO

El paciente tiene prescrito para el problema actual:

Especificaciones sobre la medicación: una vez al día

Se automedica con:

El paciente ha consultado a Fisioterapeuta/ Médico Especialista:

MOTIVO DE CONSULTA

EVOLUCION DEL PROCESO ACTUAL

EXAMEN GENERAL

Estado de conciencia: normal

Marcha: cojea un poco

Facies: normal

FC: \_\_\_\_\_ TA: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla:

Hallazgos relevantes (SOMA):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

EXAMEN FÍSICO: dinámico y estático

SITUACIÓN SOCIAL

El paciente convive con:

Su situación laboral es:

La ocupación es:

Para acceder a su vivienda habitual dispone de: comodidades  
Utiliza como ayuda/s técnica/s:

Nivel de funcionalidad: total

El paciente presenta dificultad para el auto-cuidado en:

El paciente presenta dificultad para las actividades del hogar en:

TEST MUSCULAR (Hoja anexa)

TEST GONIOMETRICO (Hoja anexa)

PROGRAMA DE FISIOTERAPIA


<b>OBJETIVOS</b>	<b>A CORTO PLAZO:</b>
	<b>A MEDIANO PLAZO:</b>
	<b>A LARGO PLAZO:</b>  _____

PLAN DE TRATAMIENTO

Firma del Estudiante e:

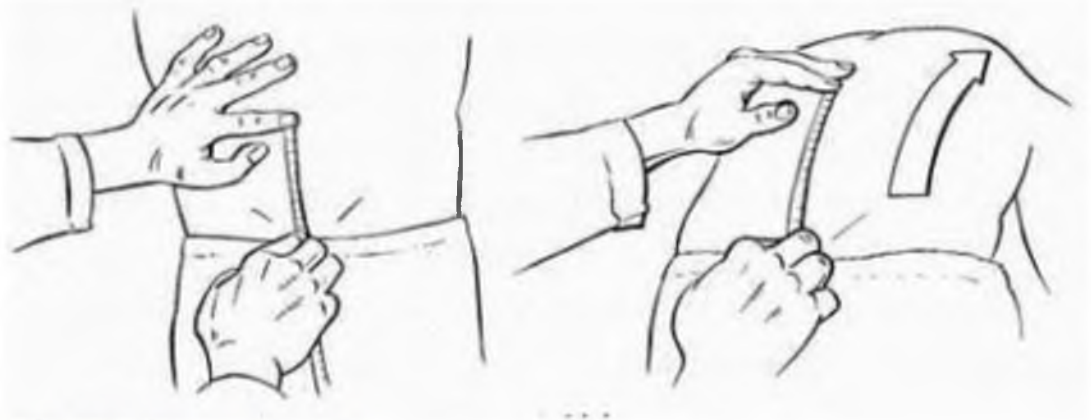
## Anexos 2

### Test Muscular / M. Inferiores

 <p>UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL</p> <h2 style="margin: 0;">TEST MUSCULAR / M. INFERIORES</h2>															
Nombres y Apellidos: <span style="float: right;">Diagnostico:</span> # Historia Clínica: <span style="float: right;">Fecha:</span>															
<b>NERV.</b>	<b>Raiz Nerv.</b>	<b>Músculos</b>		<b>DERECHO</b>		<b>IZQUIERDO</b>									
				0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
T E S T  M U S C U L A R	L2-L4	Sartorio													
	L2-L3	Psoas Iliaco													
	L2-L4	Cuadriceps													
	L4-S1	Tensor de la Fascia Lata													
	L4-S1	Gluteo Mediano													
	L5-S1	Gluteo Mayor													
	L5S2	Grupo de Rotadores Externos													
	L4-S2	Grupo de Rotadores Internos													
	L2-L4	Grupo de Aductores													
	L5S2	Biceps Crural													
	L5S2	Semi Membranoso													
	L5S2	Semitendinoso													
	L4-S1	Peróneo Lateral Largo													
	L4-S1	Peróneo Lateral Corto													
	L4-S1	Tibial Anterior													
	L4-S1	Extensor Común de dedos													
	L4-S1	Extensor Dedo Gordo													
	S1-S2	Gemelos													
	L5-S2	Sóleo													
	L5-S1	Tibial Posterior													
L5-S1	Flexor Largo de dedos														
L5-S1	Flexor Largo de dedo Gordo														

## Anexos 3

### Test de Schober



### **Schober test**

flexibiliteit rug meten



## Anexos 4

### Evidencia fotográfica



**Prueba de Lasègue**



**Prueba de Bragard**



**Prueba de Lasègue con  
rodilla en semiflexión**



**Prueba de Slump**

Ejecución de las pruebas de lasègue, Bragard y slump, realizadas en las instalaciones del Hospital Luis Vernaza. "Junta de Beneficencia de Guayaquil"



Ejecución de la movilización neuromeníngea en miembro inferior derecho realizada en las instalaciones del Hospital Luis Vernaza. "Junta de Beneficencia de Guayaquil"

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Romero Cáceres Juan José, con C.C: # 0919372391 autor/a del trabajo de titulación: estudio de caso: paciente con lumbociatalgia crónica derecha que asiste al hospital Luis Vernaza "Junta de Beneficencia de Guayaquil" previo a la obtención del título de **LICENCIADO EN TERAPIA FÍSICA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 26 de octubre de 2015

f. \_\_\_\_\_  
Nombre: Romero Cáceres Juan José  
C.C: 0919372391

## **REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

### **FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN**

<b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b>	estudio de caso: paciente con lumbociatalgia crónica derecha que asiste al hospital Luis Vernaza "Junta de Beneficencia de Guayaquil"		
<b>AUTOR(ES)</b> (apellidos/nombres):	Romero Cáceres Juan José		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b> (apellidos/nombres):	Sierra Nieto Víctor, Mgs.		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Facultad de Medicina		
<b>CARRERA:</b>	Terapia Física		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Licenciado en Terapia Física		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	23 de febrero de 2016	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	32
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Estudio de caso: Paciente con Lumbociatalgia Crónica Derecha		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Lumbociática crónica, dolor, alteraciones sensitivas, fisioterapia, rehabilitación.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):</b>			
<p>La lumbociatalgia crónica es una afectación de las raíces L4-L5, L5-S1 del nervio ciático, que se manifiesta con: dolor, alteraciones sensitivas motoras y reflejos, afecta al 40% de la población, con mayor prevalencia en mujeres y es causa frecuente de ausentismo laboral. El presente caso clínico corresponde a un paciente con diagnóstico de lumbociatalgia crónica derecha realizado entre los meses de, enero a febrero del 2016 que asiste al Hospital Luis Vernaza "Junta De Beneficencia De Guayaquil", la cual me permitió aplicar y evaluar diversas técnicas como: la entrevista, la inspección, con ayuda de diversos instrumentos, tipos de test y herramientas audio visuales. El resultado recabado mediante esta minuciosa evaluación permitió plantear objetivos más específicos en el tratamiento de la paciente y así poder mejorar su calidad de vida. Se diseñó un plan de tratamiento con diversas técnicas buscando obtener un resultado exitoso en el tratamiento de la lumbociatalgia crónica del paciente, sin embargo el verdadero trabajo del fisioterapeuta está en adaptar las técnicas, maniobras y conceptos a las necesidades del paciente, solo así se garantiza un buen tratamiento fisioterapéutico.</p>			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> 0993562635	E-mail: juanjosecarter@hotmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN: COORDINADOR DEL PROCESO DE UTE</b>	<b>Nombre:</b> Sierra Nieto Víctor, Mgs.		
	<b>Teléfono:</b> +593-4- 2206951		
	<b>E-mail:</b> victor.sierra@cu.ucsg.edu.ec		

#### **SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA**

<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>	
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>	
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>	