



1. Valoración fisioterapéutica y objetivos fisioterápicos

- Conceptos
- Valoración fisioterapéuticos
- Objetivos fisioterápicos

2. Artropatías inflamatorias

- Tipos de artropatías inflamatorias
- Artritis reumatoide
 - Clínica
 - Problemas articulares específicos
 - Tratamiento fisioterápico

3. Reumatismos degenerativos: artrosis

- Tipos de artrosis
- Clínica y problemas articulares específicos
- Tratamiento

4. Periartritis escápulo-humeral

- Tipos de periartritis escápulo-humeral
- Clínica
- Tratamiento fisioterápico

5. Síndromes dolorosos

- Cervicalgias
- Dorsalgias
- Lumbalgias

1. VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA Y OBJETIVOS FISIOTERÁPICOS

1.1. Conceptos

Distinguimos en fisioterapia reumatológica dos conceptos diferentes:

- Enfermedad reumática: Son un grupo de entidades nosológicas que tienen como denominador común el dolor en la articulación y la inflamación de la misma.
- Reumatismo: Se denomina sí a las artropatías crónicas no inflamatorias y degenerativas, debidas a alteraciones del cartílago, proliferación del tejido subcondral y lesiones sinoviales.

El reumatismo se puede clasificar en agudo o crónico. Sus causas pueden ser mecánicas, metabólicas y hormonales y también influye el factor hereditario. Las manifestaciones clínicas son dolor mecánico, deformación y limitación articular.

La fisioterapia, por lo tanto, tratará de aliviar el dolor, evitar deformaciones y mejorar las limitaciones articulares que se produzcan en estas patologías.

1.2. Valoración fisioterapéutica

Se precisa un conocimiento y comprensión claros de la anatomía y biomecánica. El propósito del examen es lograr un cuadro completo de la incapacidad del paciente y reconocer las estructuras anatómicas involucradas para dirigir el tratamiento.

Realizaremos un **examen subjetivo del dolor** que siente el paciente y como lo describe, ya que es un buen revelador de las condiciones que lo provocan (para más información sobre examen del dolor, remitirse al tema 11 sobre algias crónicas). Así tendremos distintos tipos de dolor:

- Hueso: Dolor profundo que puede irradiarse.
- Ligamentos: Dolor local y profundo.
- Músculo: Dolor sordo y localizado.

Otro **examen objetivo** contendrá los siguientes ítems:

- Observación de la postura
- Balance articular
- Balance muscular
- Pruebas neurológicas:
 - Alteraciones de la fuerza y sensibilidad
 - Reflejos osteotendinosos
 - Temperatura y sudoración
- Palpación de relieves y partes blandas para descubrir contracturas, hipertonía o flaccidez.
- Pruebas funcionales para observar el comportamiento de los distintos segmentos.
- Examen de las articulaciones y los músculos periféricos.

1.3. Objetivos fisioterápicos

- Combatir el dolor y la inflamación.
- Luchar contra la sobrecarga articular.
- Recuperar y/o mantener la movilidad articular.
- Luchar contra las retracciones y evitar las deformidades.
- Mantener y recuperar la fuerza de los músculos periarticulares.
- Enseñar un régimen de vida de economía articular.

2. ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS

2.1. Tipos de artropatías inflamatorias

Son numerosas las enfermedades que podemos encontrar entre las artropatías inflamatorias, destacamos las siguientes:

Tipo	Artropatía inflamatoria
Enfermedades del tejido conectivo	Artritis reumatoide
	Artritis reumatoide juvenil
	Lupus eritematoso sistémico
	Dematomiositis-polimiositis
Artritis inducidas por cristales	Gota
	Pseudogota
Artritis infecciosas	Bacteriana
	Vírica
	Por hongos
	Tuberculosa
Artritis seronegativa	Espondilitis anquilopoyética
	Artritis psoriásica
	Enfermedad de Reiter
	Enfermedad inflamatoria intestinal

La artritis reumatoide va a ser tomada como modelo para estudiar la afectación articular y el tratamiento fisioterápico común a todas estas enfermedades inflamatorias articulares.

2.2. Artritis reumatoide

También llamada poliartritis crónica progresiva, es una enfermedad sistémica de origen desconocido, cuyo signo característico es la sinovitis persistente de las articulaciones distables, de distribución generalmente simétrica. Aparece entre la cuarta y quinta década de la vida con predominio en mujeres en proporción 3:1. Su **etiología** como decíamos es desconocida pero la existencia del aloantígeno HLA-DR4 en el 70% de los pacientes y la demostración en los mismos de autoanticuerpos frente a ciertas sustancias, sugiere la intervención de procesos genéticos e inmunológicos.

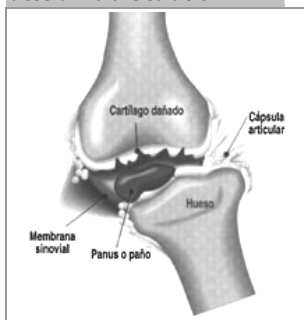
La **evolución** de esta patología es muy variable: en algunos pacientes las manifestaciones son discretas, mientras que en otros la enfermedad progresa rápidamente hacia la incapacidad grave. El 70% de los pacientes siguen un curso crónico, y un 15% de éstos siguen una forma incapacitante grave.

Clínica

Las manifestaciones clínicas de la artritis reumatoide pueden ser articulares, extraarticulares y sistémicas:

- **Manifestaciones articulares:** La reacción inflamatoria sinovial se perpetúa por fenómenos inmunológicos, dando lugar a la formación del tejido de granulación proliferativo y destructivo (pannus). Se extiende a la superficie articular infiltrándola y provocando erosión del cartílago y del hueso, a lo que se añade la afectación de la cápsula, tendones y ligamentos. Todo ello provocará dolor de tipo inflamatorio, movilidad articular limitada, debilidad muscular, deformidad en estados avanzados e incluso anquilosis con restricción

El pannus puede llegar a destruir la articulación



total del movimiento articular. El comienzo es generalmente bilateral, simétrico y poliarticular a nivel de las pequeñas articulaciones de las manos, carpos y pies, aunque puede afectar a cualquier articulación.

- **Manifestaciones extraarticulares:** Aparición de nódulos reumatoideos, linfadenopatías, lesiones oculares, pleuritis, pericarditis y neuropatías.
- **Manifestaciones sistemáticas:** Rigidez matutina, astenia y anorexia, éstos síntomas son proporcionales al grado de inflamación articular.

Problemas articulares específicos

En la mano encontramos:

- Desviación cubital de las articulaciones metacarpofalángicas, pudiendo provocar subluxación o luxación articular con dificultad para realizar la prensión.
- Dedo en cuello de cisne: Hiperextensión interfalángica proximal con flexión interfalángica distal y la metacarpofalángica. Afecta la pinza y prensión, se da sobre todo en el 2º y 3er. Dedo.
- Dedo en ojas o en "boutoniere". Afecta sobre todo al 4º y 5º dedos. Flexión de la interfalángica proximal con hiperextensión de interfalángica distal.
- Dedo en martillo: flexión de la interfalángica distal.
- Pulgar en z: Hiperextensión de la interfalángica, pérdida del movimiento de oposición.
- Pugar aducto: Unido a luxación trapezometacarpiana con el primer metacarpiano hacia arriba y en aducción. Pérdida funcional en pinzas del pulgar con el resto de los dedos y también de la prensión.

En la muñeca:

- Artritis radiocubital inferior: luxación dorsal de la extremidad distal del cúbito, da lugar al signo de tecla de piano.
- Artritis radiocarpiana: Tumefacción en la muñeca asociada a atrofia dorsal de la mano.
- Subluxación o luxación anterior del carpo: debido a afectación capsuloligamentosa radiocarpiana y por desequilibrio muscular a favor de los flexores.
- Anquilosis

También puede encontrarse sinovitis y tendinitis en el hombro y espasmo de la musculatura flexora y aductora de la cadera.

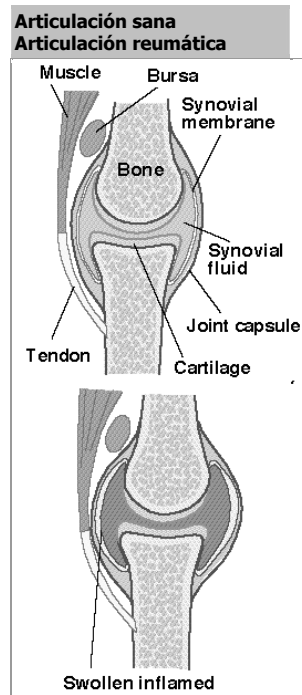
Tratamiento fisioterápico

El tratamiento debe ser individualizado y comenzar lo más precozmente posible. En función del estado inflamatorio, se utilizan múltiples medidas terapéuticas encaminadas a conseguir una capacidad funcional que permita al paciente desarrollar con independencia las actividades de la vida diaria y la práctica de su actividad en el mundo laboral.

Encontramos dos grandes apartados: el reposo y la cinesiterapia.

En cuanto al **reposo** es importante que el paciente afecto de artritis reumatoide mantenga un equilibrio entre el reposo y la actividad, a pesar de que las clásicas recomendaciones de alternar breves períodos de reposo durante el día (1 hora de reposo a media mañana y otra a media tarde) son, en muchas ocasiones, incompatibles con la vida laboral del paciente.

El reposo correcto se realizará en cama dura, con una almohada o rodillo bajo en cuello, los brazos en ligera abducción, el antebrazo en semiflexión y pronación, las manos en prolongación con el antebrazo sin inclinaciones radial ni



cupital, los dedos en semiflexión y el pulgar en abducción. En los miembros inferiores las caderas se colocan en extensión y ligera rotación externa, las rodillas en extensión y el pie en ángulo recto.

Pueden ser necesarias férulas para ayudar a mantener las posturas y asegurar la inmovilización, favoreciendo la rápida resolución de los fenómenos inflamatorios y previniendo deformidades irreductibles.

La **cinesiterapia** debe ser progresiva y se desarrollará de acuerdo al grado de inflamación articular, a la intensidad de la debilidad muscular y en relación con las alteraciones biomecánicas existentes.

- Movilizaciones que serán pasivas cuando hay debilidad muscular o severa en fase aguda, sino serán activas.
- Isométricos que se pueden emplear también en la fase aguda.
- Estiramientos: Tras aplicar termoterapia (calor en la fase no aguda, como la parafina) para evitar contracturas y mantener la amplitud articular.
- Ayudas técnicas, órtesis y adaptaciones que compensarán las limitaciones del movimiento articular.
- Terapia ocupacional: para desarrollar las actividades de la vida diaria.
- Educación del paciente: tendente a desarrollar normas de protección articular (como evitar posturas deformantes y mantener posturas correctas) y para disminuir el consumo energético (intercalar períodos de reposo durante el día, utilizar ropa adecuada, y desarrollar un buen diseño domiciliario).

3. REUMATISMOS DEGENERATIVOS: ARTROSIS

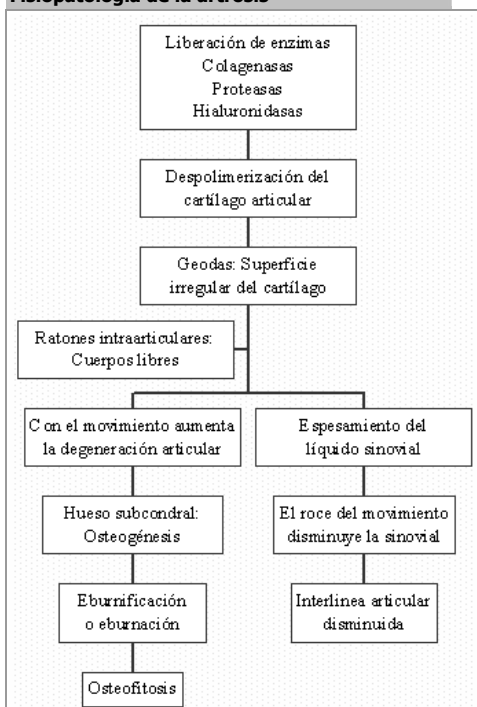
3.1. Tipos de artrosis

Las artrosis, artropatías crónicas no inflamatorias, se caracterizan por alteraciones del cartílago articular, proliferación del tejido óseo subcondral y lesiones congestivas y fibrosas sinoviales.

Podemos clasificar las artrosis en:

- **Primaria:**
 - Artrosis localizada
 - Artrosis generalizada
 - Artrosis erosiva
- **Secundaria:**
 - Incongruencia mecánica articular
 - Enfermedades inflamatorias previas
 - Enfermedades endocrinas
 - Enfermedades metabólicas
 - Artropatías neuropáticas
 - Otras: necrosis avascular, hemartros asociados a enfermedades hemáticas, etc.

Fisiopatología de la artrosis



Las **causas** locales son mecánicas, es decir, agotamiento articular en el que la presión articular desempeña un papel muy importante. Se citan numerosas causas generales como factores favorables al desarrollo de la artrosis: Edad, herencia, ciertos trastornos metabólicos endocrinos y circulatorios...

3.2. Clínica y problemas articulares específicos

La **sintomatología** es esencialmente dolorosa de tipo mecánico y de formación y limitación articular, con repercusión funcional invalidante. Se produce un reblandecimiento del cartílago

que irá desintegrándose con figuración y erosiones y posteriormente un adelgazamiento y denudación completa del mismo. Se producirán alteraciones del hueso subcondral con esclerosis, formación de quistes, proliferación ósea, con formación de osteofitos y sinovitis ocasional.

Los **problemas articulares** específicos de esta patología se encuentran a distintos niveles:

- Hombro: La artrosis de la articulación glenohumeral es posible, pero rara.
- Codo: Secundaria la artrosis generalmente a traumatismos.
- Manos: Pueden aparecer los nódulos de Heberden en interfalángicas distales y nódulos de Bouchard en interfalángicas proximales.
- Columna vertebral: Se suelen formar osteofitos que causan compresión mecánica de la raíz nerviosa, médula y rara vez de los vasos.
- Cadera: Coxartrosis cuyo dolor se localiza en la ingle o cara interna del muslo.
- Rodilla: La gonartrosis es muy frecuente.
- Pie: Se suele afectar la primera articulación metatarsal-falángica.

3.3. Tratamiento

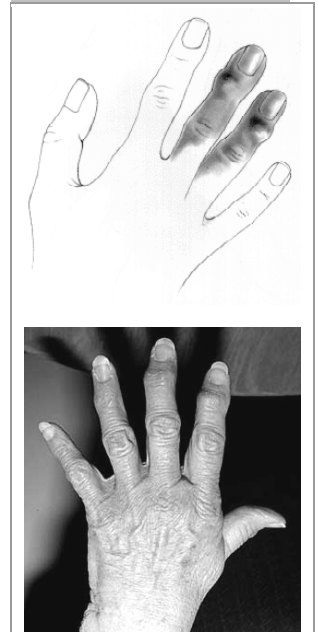
Son fundamentales las medidas de **economía articular**, evitando el ejercicio innecesario en carga, sobre todo en condiciones desfavorables como marchas por terrenos irregulares o trabajos en flexión vertebral. Es importante **evitar la obesidad** y realizar un régimen de vida, al igual que en la artritis, alternando períodos de reposo con períodos de actividad. Se han de **evitar las almohadas** debajo de las rodillas pues favorecen el flexo de cadera y rodilla.

En la cama o en otro modo de descarga se realizan ejercicios simples de máximo recorrido articular, para mantener los movimientos funcionales, así como para favorecer la nutrición del cartílago, que no se consigue por la inmovilización. Puede ser preciso suprimir la carga en articulaciones de apoyo mediante el uso de un bastón contralateral.

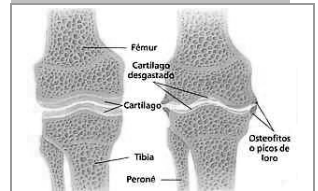
El dolor artrósico puede ser aliviado mediante los **agentes físicos** en bastantes ocasiones: masaje muscular sedante y relajante; termoterapia (parafina en manos), hidroterapia...

Para preservar la función articular contamos con la **cinesiterapia** y con la **terapia ocupacional**.

Nódulos de Heberden



Gonartrosis



4. PERIARTRITIS ESCÁPULO-HUMERAL

4.1. Tipos de periartritis escápulo-humeral

El concepto PEH es poco preciso y no se ajusta a una afección bien determinada, pero en la actualidad se emplea corrientemente y tiene el mérito de agrupar toda una serie de afecciones reumáticas del hombro.

Las dos grandes patologías responsables son la patología capsular y la patología tendinosa. El examen de estos dos grupos patológicos permite distinguir:

- Hombro simple: tendinitis.
- Hombro agudo hiperálgico.
- Hombro pseudoparalítico: Ruptura del manguito rotador.
- Hombro bloqueado: Capsulitis retráctil.
- Hombro mixto: Asociación de una capsulitis y una tendinitis.

Dado que el cuadro clínico será semejante en todos ellos, el tratamiento será generalizado.

4.2. Clínica

Dos grandes conceptos aúnan la clínica de estas patologías del hombro:

- **Anquilosis:** Cuando predomina ésta suele ser un hombro bloqueado. Se debe a capsulitis retráctil, que limita la abducción y ambas rotaciones. Los movimientos de la cintura escapular son normales, por lo que se puede suplir a los movimientos de la escápulo-humeral. El único movimiento que no se puede suplir es el de la rotación de hombro.
- **Dolor:** Si predomina éste suele denominarse hombro doloroso; se debe a una inflamación (de origen reumático o traumático) preferentemente de tendones del infraespinoso y de la porción larga del bíceps.

4.3. Tratamiento fisioterápico

En la **fase aguda** además de tratamiento médico a base de infiltraciones y corticoides, se adoptará posición de reposo.

En la **fase subaguda** se realizará el siguiente tratamiento fisioterapéutico:

- Movilización pasiva progresiva: fijando la escápula con la mano para conseguir verdaderos movimientos escápulo-humerales y evitar así compensaciones.
- Ejercicios activos y pasivos: Los ejercicios pasivos se realizan en las primeras fases, luego después ya ejercicios activos, cuando ha disminuido la rigidez o se ha obtenido movimiento pasivo con más de 45° de abducción; aplicamos ejercicios de Codman y ejercicios de poleoterapia contra resistencia.
- Lucha contra las contracturas: a través de masaje decontracturante, hidroterapia caliente, electroterapia de elección...

El **pronóstico** suele ser bastante bueno, aunque depende bastante de la etiología de la PEH. La recuperación casi siempre es total, y, en algunas ocasiones, puede prolongarse esta evolución hasta 4 meses.

5. SÍNDROMES DOLOROSOS

Los dolores vertebrales, y más concretamente las algias lumbosacras son los problemas más frecuentes dentro de la Fisioterapia y conlleva grandes repercusiones económicas en horas de trabajo, pensiones por invalidez... todo esto unido a la facilidad con que suelen cronificarse hacen que tengamos que tener una atención especial con este tipo de patologías y las estudiemos en este capítulo aparte.

Aproximadamente el 40% de los pacientes con dolor lumbar se recuperan en una semana. Aunque la duración del dolor es imprevisible, se ha estimado la media de una incapacidad por lumbalgia en 2,4 semanas y para una ciática en 3,6 semanas.

5.1. Cervicalgias

Las cervicalgias representan el segundo motivo de consulta por detrás de la lumbalgia, la edad más frecuente es desde los 25 a los 45 años, y se suelen sensibilizar al dolor las vértebras, los ligamentos longitudinales anterior y posterior,

las articulaciones interapofisiarias posteriores, las raíces nerviosas, los ligamentos interespinosos, los músculos y la duramadre.

Las **causas** son de lo más variado:

Causas mecánicas (frecuentes)	Cervicoartrosis: que puede llegar a producir en casos raros una neuralgia cervicobraquial y una mielopatía cervical
	Cervicalgias comunes que son de origen estático y/o mecánico
Causas poco frecuentes	Postraumático: hernia discal, latigazo cervical, fractura
	Inflamatorio: artritis reumatoide, espondilitis anquilosante
	Neoplasias o malformaciones congénitas
Dolores referidos	Enfermedad coronaria
	Migraña
	Hernia hiatal

El **tratamiento de las cervicalgias mecánicas** en la fase aguda es el reposo, uso de collarín blando en posición neutra, analgésicos, relajantes musculares; cuando mejora ligeramente puede añadirse calor local y movilizaciones cervicales suaves.

Ya en la fase subaguda y crónica podemos hacer uso de las tracciones cervicales, seguimos utilizando el calor y las movilizaciones cervicales en las que vamos aumentando el arco de movimiento, añadimos masoterapia más superficial en las primeras sesiones y profundizando progresivamente. También podemos potenciar la musculatura mediante contracciones isométricas cervicales aplicando resistencias en todos los planos de movimiento.

Añadimos finalmente unas medidas higiénicas para su vida habitual como un atril para leer, evitar posiciones en flexión forzada del cuello y movilizaciones activas al acostarse y al levantarse diariamente del descanso nocturno.

Tratamiento cervicalgias

Collarín blando
Reposo
Analgésicos y relajantes
Movilizaciones suaves
Tracciones cervicales
Masoterapia
Isométricos cervicales
Medidas higiénicas

5.2. Dorsalgias

La dorsalgia es el dolor localizado en la espalda, desde la base del cuello hasta la cintura que corresponde, grosso modo, a las doce vértebras dorsales. Son menos frecuentes que las lumbalgias y que las cervicalgias.

Las **causas** más frecuentes de dorsalgias son:

- Dorsalgias benignas: llamadas también funcionales o posturales. Se trata de un dolor interescapular continuo y no irradiado hacia la cintura sino hacia el cuello. Es un dolor bastante frecuente y cuya exploración médica es negativa
- Mal de Pott: U otras espondilitis infecciosas
- Tumores: Mieloma o metástasis, angioma vertebral...
- Espondilitis anquilosante
- Espondiloartrosis
- Hernia discal dorsal: es de todas las hernias, la de aparición más infrecuente.

Para el **tratamiento** de las dorsalgias benignas, que son las que más nos interesan en este tema sobre algias crónicas el tratamiento lo orientaremos en 3 frentes distintos:

- Tratamiento del dolor: Ultrasonidos sobre todo cuando hay contracturas musculares y evitando las apófisis espinosas y los relieves óseos escapulares; Calor local con microondas que nos dará el efecto sedante a la profundidad que deseamos (3-4 cms).

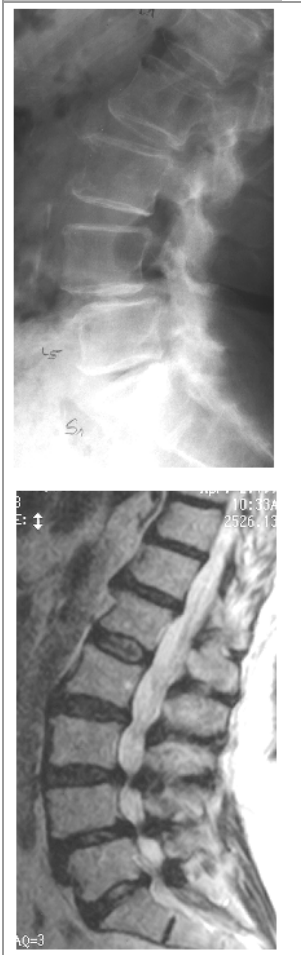
Tratamiento dorsalgias

Tratamiento del dolor
Ultrasonidos
Microonda
Flexib. y potenciación
Ejercicios de Klapp
Ejercicios analíticos
Poleoterapia
Medidas higiénicas

- Flexibilización y potenciación de la columna vertebral: Ejercicios de Klapp o derivados que se realizan a partir de la posición cuadrúpeda y potenciación de la musculatura escapular con poleoterapia o métodos kinesiterápicos analíticos.
- Higiene postural: Evitar cargar demasiado peso con los miembros superiores y evitar las posturas de flexión mantenida de la columna dorsal.

5.3. Lumbalgias

Radiografía y RMN lumbar



Es la causa más frecuente de dolor raquídeo. El 80% de la población refiere un episodio de dolor lumbar al menos una vez en la vida. Las **causas** que producen lumbalgia son innumerables, aunque las más frecuentes son de origen mecánico:

- El 90% de las causas de dolor lumbar son de origen mecánico: Distensión muscular, hernia del núcleo pulposo, espondilolistesis, lumbartrosis, estenosis espinal, fibrositis, osteitis condensante ileal.
- El 10% restante se produce por:
 - Enfermedades inflamatorias: espondilitis anquilosante...
 - Infecciosas: Osteomielitis, discitis...
 - Tumorales: Osteoblastoma, tumor de células gigantes...
 - Metabólicas: Gota, ocronosis...
 - Fracturas

El **tratamiento** que abarcaremos en este tema será, como en casos anteriores, el de la lumbalgia de origen mecánico; exceptuaremos en este caso el síndrome de compresión de cola de caballo o afectación neurológica progresiva, que requerirá, lógicamente de tratamiento quirúrgico.

Aparte de estas circunstancias el tratamiento en fase aguda consistirá de antiinflamatorios, actividad física controlada que se iniciará a los pocos días y consiste más específicamente en reposo en cama con flexión de miembros inferiores en decúbito supino y lateral, evitando la sedestación y el decúbito prono durante largos períodos, se permite levantarse únicamente para comer e ir al baño; no se encontrará en reposo durante más de dos semanas, según vaya disminuyendo el dolor se permitirá que camine progresivamente.

Utilizaremos Crioterapia, aunque podemos hacer uso de hielo picado es conveniente una bolsa de criogel de venta en cualquier farmacia o gran superficie por su mejor adaptación a la zona a tratar. El frío ayudará a reducir la contractura, la inflamación, el dolor y el espasmo muscular. Tras las primeras 48 horas podemos hacer uso del calor superficial que aliviará en esta fase el dolor y el espasmo muscular.

En la fase subaguda y crónica, donde ya ha remitido el dolor agudo y tenemos un dolor moderado o leve, aplicaremos:

- Microondas: Penetra, al igual que en el tratamiento de las cervicalgias la profundidad que buscamos.
- Ultrasonidos: Son de mayor profundidad que las microondas y no se utilizan en la fase aguda porque provocaría un aumento de la inflamación. Las dosis oscilarán entre los 2-3 watos por cm², durante 10 minutos y por un período de 2 semanas.
- Ejercicios Williams: Los ejercicios de Williams están diseñados para evitar o disminuir los dolores en la zona lumbar producido por la sobrecarga de las carillas articulares posteriores y por tanto, evitar en lo posible la disminución del agujero de conjunción que conlleva lumbalgias, ciatalgias, etc. Se basa en fortalecer la musculatura abdominal y glútea que en estos casos suele encontrarse atrofiada, y elongar la musculatura paravertebral lumbar (además de isquiotibiales y los flexores de cadera) que se suele encontrar contracturada y retraída. Los ejercicios que se exponen a continuación se realizarán diariamente, comenzando por 10 repeticiones y aumentado en uno cada día,

hasta alcanzar un máximo de 25 repeticiones diarias de cada ejercicio; poniendo especial énfasis en realizar cada ejercicio con una adecuada sincronización respiratoria.

EJERCICIOS DE WILLIAMS	
Decúbito supino	Retroversión pélvica: Borramiento lordosis lumbar. Corrección postural flexionando las rodillas. Ejercicios respiratorios: Insp/Expiraciones. Isométricos abdominales: Empujar la zona lumbar contra el suelo. Potenciación de abdominales. Estiramiento paravertebrales: Llevar las rodillas hacia el abdomen y brazos hacia atrás por arriba de la cabeza. Estiramiento paravertebrales en sentido lateral: Estirar el brazo y flexionar la pierna del mismo lado. Estiramiento de isquiotibiales. Potenciación de glúteos: Levantando las caderas del suelo.
Decúbito prono	Corrección postural: Almohada debajo del abdomen.

- **Medidas higiénicas posturales:** El paciente debe ser instruido sobre las posturas que relajan la columna lumbar. Se basan principalmente en el control de la lordosis lumbar, mediante la contracción refleja y voluntaria de la musculatura abdominal y la posición de relajación del psoas → En decúbito supino con flexión de caderas y rodillas (Parecidos a los ejercicios de Williams). En cuanto a la posición de sedestación se debe evitar durante períodos prolongados, debiendo apoyarse la columna lumbar sobre el respaldo de la silla. En el caso de vientre prominente es beneficioso utilizar una faja lumbar termoelástica, sobre todo durante el período laboral.
- **Manipulación de cargas:** Hay que dar unas normas generales como son el disminuir el peso de carga, distribuyéndolas en cargas más pequeñas; disminuir asimismo las distancias de levantamiento de las cargas aumentando la altura en que comienza el levantamiento y reduciendo la altura en que se termina. También es preciso preparar la postura del cuerpo llevando la carga cerca del cuerpo y elevándola con la espalda recta. Los esfuerzos intensos deberán realizarse sin tirones y siempre se debe empujar la carga con todo el cuerpo, en lugar de arrastrarla.

Tratamiento lumbalgias
FASE AGUDA
Antiinflamatorios
Reposo en cama
Evitar sedestación y prono
Frio hasta las 48 horas
Termoterapia después
FASE SUBAGUDA
Microondas
Ultrasonidos
Ejercicios de Williams
Higiene postural
Higiene manipular cargas