

AUTOR

LIC. DAVID GARCÍA



Kinesiólogo Fisiatra UBA

Coordinador KINESIOEDU

Terapista Manual Certificado USA

Instructor Theraband Academy

ESTABILIZACION DEL CORE... ¿O NO? UNA MIRADA DESDE LAS NEUROCIENCIAS

Resumen

La estabilización del core es un concepto que atrae a muchos. Sin embargo, no siempre está claro lo que eso significa y cuán relacionada está la estabilización del core o sus déficits, con conceptos como dolor, funcionalidad y discapacidad.

El control motor, quizás un término mucho más apropiado, parece ser parte indispensable en el proceso de restaurar la funcionalidad en pacientes con afecciones de columna. Sin embargo, podría no ser todo, ya que la presencia de dolor es una experiencia multifactorial y debe ser abordada como tal.

Palabras claves

Dolor; Función; Discapacidad; Neurociencias; Core; Estabilización; Biopsicosocial

Introducción

El dolor de columna es la segunda causa de consulta médica después de un simple cuadro gripal afectando al 80 % de la población mundial.^{1,2}

Una de las opciones de tratamiento ante este fenómeno clínico es la utilización de ejercicios para “estabilizar al core”, o al menos, así se dice.

Es posible que la estabilización del core (EC) como idea o concepto se haya practicado desde largo tiempo atrás, utilizando distintos ejercicios para promover la salud espinal (**Figura 1**).



E-mail: valpospine@yahoo.com

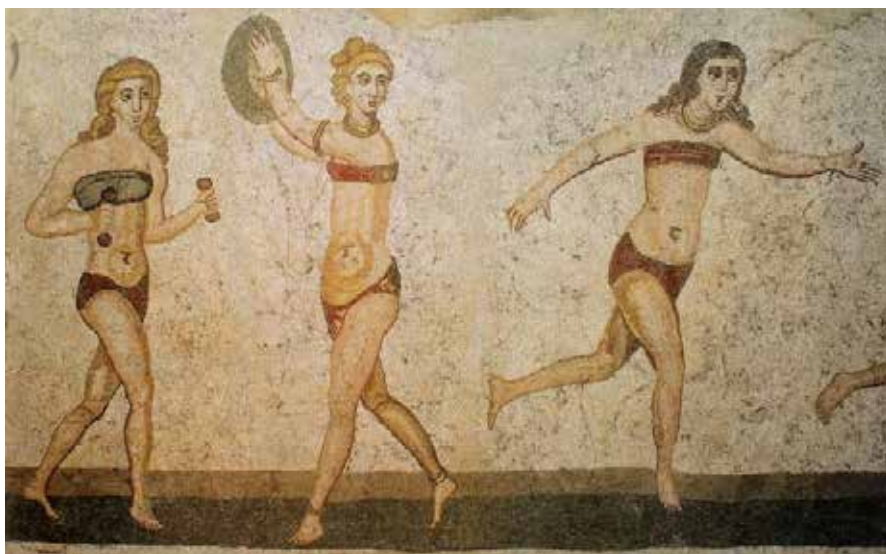


FIGURA 1

HACIENDO HISTORIA

La EC ha evolucionado y quizás también, involucionado a la vez como concepto desde la década del 80'. Se promueven diferentes opiniones, pero, ¿Qué sabemos al respecto en base a la evidencia científica? ¿Qué son las alteraciones de control motor? ¿Son identificables? ¿Cuan relacionadas estan con los sintomas que el paciente experimenta? ¿Qué hacemos al respecto? ¿Existe un ejercicio mejor que el otro? Y por último, ¿No habrá algo más al respecto que tan solo el aspecto biomecanico?

Desde el comienzo, como menciona Peter O'Sullivan sería bueno sentirse comodo con un "diagnóstico no preciso" ya que el 90% del dolor lumbar es inespecífico. Dentro de esta categoria, el 30% responde a procesos de sensibilizacion central, banderas amarillas o influencias psicossociales.

Es decir, no siempre es facil identificar a la estructura en falta y quizás, tampoco sea necesario, aunque nuestra naturaleza lo crea diferente. Un estudio de Chad Cook concluye que solo el 4% de los testeos que usamos en la clínica presenta significancia.³ Entonces, ¿Cuánto importan las fuerzas y la biomecanica?

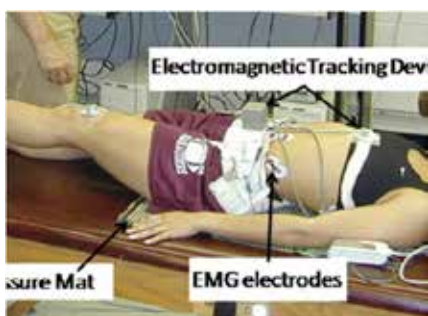


FIGURA 2

¿QUÉ SABEMOS?

Reeves en el 2007 mencionó que un sistema estable es el que puede tolerar una perturbación y volver a su estado original. Aunque, ¿Cuánta fuerza es necesaria para estabilizar a nuestra columna? Cholewicki afirmó que con 30 kilos sobre el hombro, solo del 5 al 10% de la contracción voluntaria isométrica maxima (CVIM) es necesaria. En el 2005 Paul Hodges describe que valores no mas altos que el 15% de la CVIM son suficientes. Entonces, pareciera que no se necesita demasiada fuerza.

¿ES IDENTIFICABLE?

Dos de las pruebas clínicas que gozan de mayor aceptación o soporte científico, son el test de extensión activa de la pierna recta (ASLR) y la presión posteroanterior en prono).^{4,5} (Figuras 2 y 3 respectivamente)

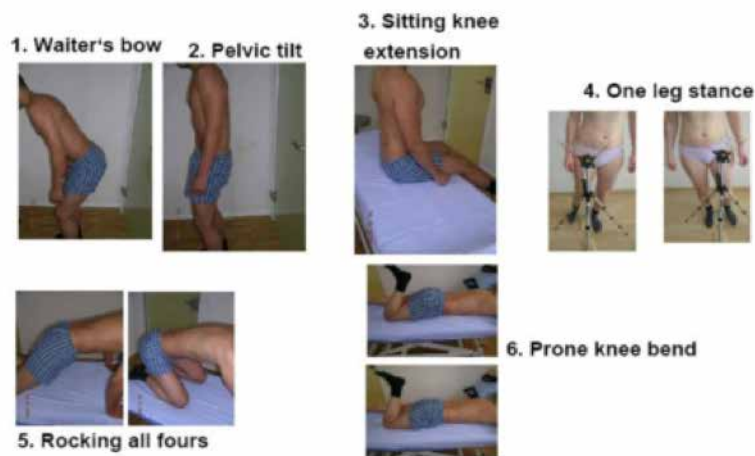


FIGURA 3

Cook propone descriptores subjetivos y objetivos para determinar que pacientes podría beneficiarse de un programa de estabilización.⁶ Luomajoki identifica un grupo de pacientes con alteraciones del control motor en los cuales se observan alteraciones sensorio-motoras y una distorsión en la representación del homúnculo. En la Figura 4 se muestran los testeos que este autor menciona para identificar este trastorno⁷.

Por otro lado, O'Sullivan (2008) refiere que el principal factor de discapacidad en los pacientes no es el factor biomecánico, sino el miedo a moverse y a experimentar dolor. Como terapeutas, deberíamos poner un freno a esto.⁸ Aquí se pondera la importancia de la educación del paciente y como dice Vagg, debemos tratar de romper con los virus del pensamiento.

The 6 tests

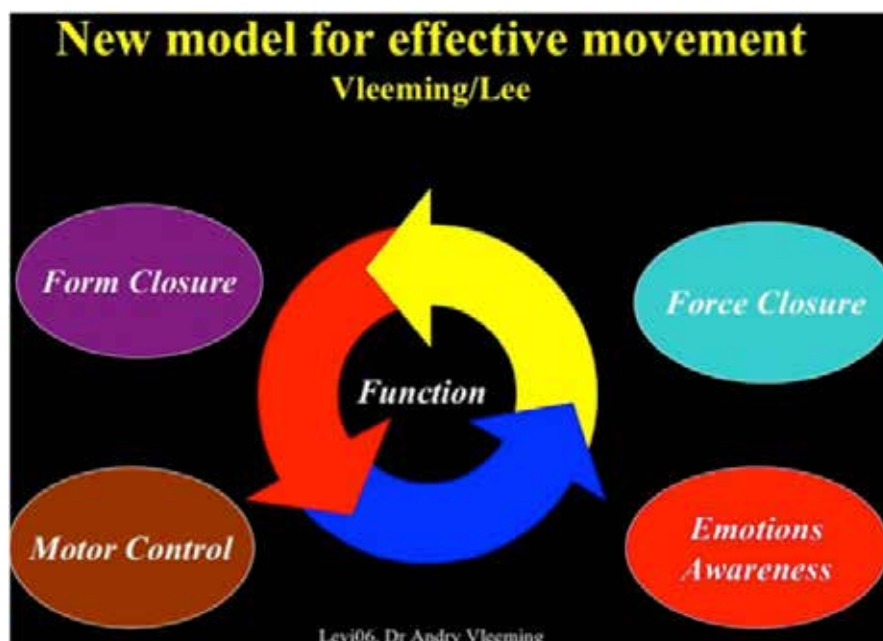


“Como menciona Peter O’Sullivan sería bueno sentirse cómodo con un “diagnostico no preciso” ya que el 90% del dolor lumbar es inespecífico.”

H. Luomajoki PhysioSwiss Genf 2012

FIGURA 4

En el proceso evaluativo, la clave pareciera ser “escuchar al paciente”. En promedio, los pacientes son interrumpidos luego de unos pocos segundos de haber iniciado su entrevista. Escuchar es terapia, así lo dice Kargela. Ya que esto sin duda, fortalecerá la “alianza terapéutica” y nos ayudará a dar un paso importante en el proceso del éxito terapéutico.¹⁰ Desde Panjabi en 1992, hemos considerados tres elementos necesarios para la estabilización del core. Luego, ese concepto fue evolucionando para mejor y ha sido denominado el “nuevo modelo para movimiento efectivo”, según Vleeming y Lee.



“En el proceso evaluativo, la clave pareciera ser “escuchar al paciente”.”

¿POR QUE TRABAJAR LA EC?

La respuesta a esta pregunta podría ser: “quizas por dolor”, sin embargo el paciente y los profesionales de la salud debemos entender que experimentar dolor es normal y protector. Aunque, vivir con dolor no lo es, como mencionó Louw en el 2014.

Ciertos cambios radiológicos parecieran no ser razón suficiente para ser relacionados con dolor o la disfunción que el paciente experimenta.¹¹ Tampoco cambios degenerativos parecen venir asociados a un aumento de actividad del Nucleo como posible mecanismo protector.¹²

ENTONCES, ¿QUE HACEMOS?

O’Sullivan afirma que el mecanismo o respuesta natural ante la presencia de dolor es el entumecimiento o “rigidez” del tronco producto del aumento de tono de la musculatura espinal. Ante esta situación, ¿Debemos estabilizar aún más?

Vale la pena aclarar que existen tendencias y no todos los músculos responden de la misma manera (Janda 1997). Algunos aumentan su tono y actividad, como los cuadrado lumbares y paraespinales, otros tienden a la atrofia o desuso, por ejemplo los múltifidos del raquis, piso pélvico, diafragma y trasverso del abdomen.¹³

PROGRAMA TERAPEUTICO

Macedo (2014) nos recuerda que los pacientes que se autoperciben inestables, responderán mejor a un programa de estabilización. Nuevamente, la confirmación que el factor biomecánico no parece ser ni el único, ni quizás el más importante, aun que tal vez a veces.¹⁴

Ante todo, deberíamos preguntarnos que es lo que el paciente necesita y que podría generar mayor adherencia terapéutica. En este caso, la respuesta parece ser simple, el mejor ejercicio es el que el paciente va a realizar (Cormack 2017).

¿Por qué no control motor? Pareciera que sí, al menos en etapas tempranas del proceso o cuando se busque realizar ejercicios con baja carga y/o activación muscular, previa a integración. Más aún, la activación del trasverso esta asociada a descenso de dolor lumbar.¹⁵ Interesantemente, estos ejercicios también poseen beneficios en estados de dolor persistente.¹⁶

Sean necesarios o no, eso no debe terminar ahí. En el avance del proceso terapéutico es necesario incorporar cargas o mayores demandas, además de ejercicios funcionales que no solo se basen en antimovimiento o antirotación, sino que lo generen.¹⁷ Como refiere Hodges, la estabilidad del core es el equilibrio entre “movimiento y rigidez”.¹⁸

Más allá de eso, Luomajoki nos recuerda que quizás ningún ejercicio sea superior a otro, aunque es posible que algunos ejercicios posean mejoras significativas en distintos pacientes.¹⁹ Por eso, insiste en los beneficios de un abordaje activo por sobre pasivo, siempre entendiendo que los cambios se darán en forma progresiva.

Definitivamente, el abordaje de los pacientes debería ser individualizado, multimodal y muchas veces, la solución podría estar en regiones alejadas al dolor que considerábamos no significativas.^{20,21}

El objetivo final no debería ser solamente abolir el dolor, sino la restauración de la función y evitar que el paciente siga visitando distintos profesionales de manera incesante.

Como kinesiólogos, poseemos una interesante labor en evitar que el paciente llegue a ser sometido a abordajes no conservadores, innecesarios y en muchos casos, traumáticos.

Conclusión

No siempre el diagnóstico ni la causa son claros, pero debemos aprender a sentirnos cómodos con eso. Más allá de eso, poseemos un nivel de evidencia para realizar ciertos exámenes funcionales que seguramente contribuirán a la mejor decisión clínica.

No siempre la causa del dolor pareciera ser la biomecánica, al menos, no la única. Abordar al paciente desde el aspecto biopsicosocial es indispensable y requiere una mirada diferente. Esta debe comenzar entendiendo y escuchando al paciente y utilizando esa maravillosa herramienta que es la “educación” para desmistificar, reasegurar y promover cambios de hábitos que serán necesarios si lo que buscamos es modificar comportamientos que nos acerquen al éxito.

El proceso no parece ser necesariamente fácil ni tampoco claro, pero con seguridad, nosotros debemos contribuir al mismo no haciéndolo menos complejo aún. Entonces, es posible que programas de estabilización del core sean efectivos para algunos pacientes, pero no sabemos necesariamente que sean mejores a otros programas terapéuticos como la exposición gradual al movimiento. Insisto aquí con la aplicación de un abordaje individualizado y multimodal. ●

Bibliografía

1. Waddell, G. The Back Pain Revolution Second Ed. Elsevier 2004
2. Deyo, Ra. Back Pain Prevalence And Visit Rates. Spine Nov 2002
3. Cook, C. Orthopaedic Special Tests. Spine 2005
4. Liebenson, C. Pm & R. June 2008
5. Hicks, G. Archives Of Physical Medicine 2003
6. Cook, C. Subjective & Objective Descriptors. Manual Therapy 2008
7. Luomajoki, H. Physio Swiss G. 2012
8. O'Sullivan, P Vlayen, Jw. Fear Of Movement. Spine 2008
9. Kargela, M. Listening Is Therapy. Physiotherapy PractiCE 2012
10. Fuentes, C. Enhanced Therapeutic Alliance. Physiother. Practice 2014
11. O'Sullivan, K. Radiological Changes As A Factor. Spine 2016

“Abordar al paciente desde el aspecto biopsicosocial es indispensable y requiere una mirada diferente.”

12. Van Rijsbergen, M. Moderately Degenerated Lumbar Segments. Biomechanical J. April 2016
13. Janda, V. Muscle Testing & Function. Elsevier 1992
14. Macedo, L. Phys. Therapy Jul 2014
15. Unsgaard Tondel, M. Activation Of Transversus Abdominus. Br Journal Of Sports Medicine 2012
16. Bystrom, J. Motor Control Exercises For Persistent PAIN. SPINE 2013
17. Faigenbaum, A. Resistance Training. Br. Journal Of Sports Med. 2010
18. Hodges, P. Spinal Control Elsevier 2013
19. Luomajoki, J. Colfisio Kinesico. Spain 2017
20. Treleaven-O'Leary. Multimodal Approach. Spine 2012
21. Mintken, P. Short Term Response Of Hip Mobs In Spinal Pain Journal Of Manual & Manip Therapy 2011
22. Linton, P. Beliefs, Thoughts In Spinal Pain. Spine 2006
23. Lee, T. Zero Pain Not The Goal. Jama 2016