



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
TERAPIA MANUAL ORTOPÉDICA INTEGRAL

ENCUESTA ONLINE APLICADA A FISIOTERAPEUTAS QUE
EJERCEN EN CENTROS CLÍNICOS EN ECUADOR, PARA
INVESTIGAR PROTOCOLOS DE EVALUACIÓN Y
TRATAMIENTO EN DOLOR LUMBAR CRÓNICO.

AUTORES

PATRICIO DÍAZ

ADRIANA PAREDES

AÑO - 2023



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
TERAPIA MANUAL ORTOPÉDICA INTEGRAL

ENCUESTA ONLINE APLICADA A FISIOTERAPEUTAS QUE
EJERCEN EN CENTROS CLÍNICOS EN ECUADOR, PARA
INVESTIGAR PROTOCOLOS DE EVALUACIÓN Y
TRATAMIENTO EN DOLOR LUMBAR CRÓNICO.

Trabajo de titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos para
optar por el título de Magister en Terapia Manual Ortopédica Integral

AUTORES
PATRICIO DÍAZ
ADRIANA PAREDES

AÑO - 2023

DECLARACIÓN DEL DOCENTE METODOLÓGICO

“Declaro haber revisado este trabajo, Protocolo de evaluación y tratamiento para tratar dolor lumbar, aplicados por fisioterapeutas que ejercen en centros clínicos a través de una encuesta online en Ecuador en el 2023; de Patricio Hernán Díaz Guevara y Adriana de los Angeles Paredes Ramos, dando el cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.



Héctor Joaquín Gutiérrez Espinoza

F49799250

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaramos que este trabajo es original, de nuestra autoría, que se han citado las fuentes correspondientes que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigente”

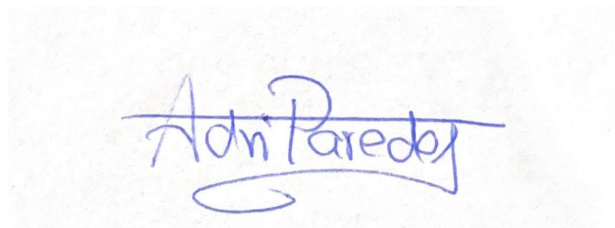
A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Patricio Hernán Díaz Guevara', written in a cursive style with several overlapping loops and strokes.

Patricio Hernán Díaz Guevara

1804333951

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaramos que este trabajo es original, de nuestra autoría, que se han citado las fuentes correspondientes que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigente”

A handwritten signature in blue ink, reading "Adriana Paredes Ramos". The signature is written in a cursive style with a horizontal line underlining the name.

Adriana de los Angeles Paredes Ramos

1804917860

AGRADECIMIENTOS

“Mi agradecimiento a Dios y mis padres quienes me han dado fortaleza y me han guiado para seguir adelante a pesar de todo, a mi familia por su comprensión, cariño y apoyo incondicional para lograr mis objetivos personales y académicos.”

Adriana

“En primer lugar agradezco a mis padres que me han brindado su apoyo incondicional para poder cumplir todos mis objetivos personales y académicos. Ellos con su cariño me han impulsado siempre a perseguir mis metas y nunca abandonarlas frente a las adversidades. A mis hermanos, primos, tíos por su impulso y ánimos presentes. Finalmente, a mi pareja y complemento en todos mis proyectos por su constante presencia en este largo recorrido.”

Patricio

DEDICATORIA

Este logro se lo dedico a Dios por ser mi compañía por llenarme de sabiduría, capacidad y por brindarme la fortaleza para seguir adelante en el camino a pesar de los obstáculos. A mis padres y hermanas ya que gracias a ellos he logrado subir un escalón más en mi vida profesional, por enseñarme a que las buenas personas somos más y que todos podemos lograr cumplir metas y sueños si nos lo proponemos.

Adriana

Quiero dedicar este trabajo investigativo está dedicado a mi familia, mis padres, hermanos e hija. Una dedicatoria especial a mi pareja Victoria quien me acompañó en todo el camino de este proceso académico.

Patricio

ÍNDICE DE CONTENIDO

Contenido

RESUMEN.....	9
ABSTRACT.....	11
1. INTRODUCCIÓN.....	13
2. MATERIAL Y MÉTODOS.....	15
2.1 Consideraciones Éticas	15
2.2 Diseño de estudio.....	15
2.3 Participantes.....	15
2.4 Diseño de la encuesta	16
2.5 Análisis estadístico	17
3. RESULTADOS.....	18
Tabla 1. Primera sección: Datos demográficos de fisioterapeutas que aplicaron encuesta	18
Tabla 2. Frecuencia de respuestas: Pregunta, área clínica en la que se desenvuelve. ...	20
Tabla 3. Frecuencia de respuestas: Pregunta, área clínica en la que se desenvuelve. ...	22
Tabla 4. Segunda sección: Evaluación	22
Tabla 5. Tercera sección: Tratamiento	27
Tabla 6. Cuarta sección: Evidencia científica.....	32
Tabla 7. Frecuencia de respuestas a la pregunta 27: ¿Qué base de datos científica utiliza usted para información basada en evidencia?.....	38
4. DISCUSIÓN.....	39
5. CONCLUSIONES	44
6. REFERENCIAS	46
7. ANEXOS.....	51
Anexo 1. Validación de contenido del primer evaluador	51
Anexo 2. Validación de contenido del segundo evaluador	60

RESUMEN

Introducción: El dolor lumbar crónico (DLC) es uno de los trastornos más frecuentes, se estima que afecta a millones de personas a nivel mundial, generando desequilibrio muscular, deficiencias de control motor, alteraciones estructurales entre otros. Además, se acompaña de un gran impacto socioeconómico, familiar y enorme carga social. Durante los últimos años surgieron guías clínicas y sistemas de tratamiento no quirúrgico y farmacológico para tratar el dolor lumbar crónico basado en evidencia clínica. Con la información obtenida se busca establecer la línea base sobre el actual manejo fisioterapéutico del dolor lumbar crónico en nuestro país, además de identificar la problemática sobre el uso de guías clínicas y el acceso a la evidencia, para ser abordada por instituciones públicas y privadas de salud, educativas y profesionales.

Objetivo general: Investigar los protocolos de evaluación y tratamiento para dolor lumbar aplicadas por fisioterapeutas que ejercen en centros clínicos a través de una encuesta online de Ecuador.

Material y métodos: Estudio de diseño transversal y los datos necesarios obtenidos a través de una encuesta online. La Encuesta consta de 47 de preguntas de tipo cerradas con respuestas tipo Likert, con dos tipos de preguntas (normales y distractoras) en las secciones correspondientes a evaluación, tratamiento y acceso a la evidencia. Se subdivide en cuatro secciones: primera sección (7 preguntas), datos demográficos; segunda sección: protocolos de evaluación del Dolor Lumbar Crónico (DLC), (10 preguntas); tercera sección: protocolos de tratamiento (14 preguntas);

cuarta sección: acceso a evidencia (13 preguntas). Para la elaboración de las secciones dos y tres, nos basamos en las guías clínicas de la American College of Physicians and the American Pain Society (ACP/ APS). Mismas guías que fueron seleccionadas tras un panel de la CPLA (Change Pain Latin América) y están enfocadas en el manejo del DLC basado en evidencia.

Resultados: La muestra (n= 101) fueron excluidas 3 encuestados consiguiendo (n= 98) respuestas, donde incluyó fisioterapeutas en diferentes provincias del Ecuador, que ejercen en centro de atención públicos y privados. Del total de preguntas no distractoras (normales = 12), 11 tienen relación con las recomendaciones para el manejo del DLC de la guía clínica. Sin embargo, en las preguntas distractoras, solo 4 de 12 obtuvieron respuestas que validan las preguntas normales. Con respecto al acceso a evidencia el 83.7% del total de respuestas indica que hay una preferencia por Pubmed o Medline como base de datos. Y la frecuencia de lectura y búsqueda de contenido científico es baja, con una tendencia a acceder mensualmente.

Conclusiones: Nuestros hallazgos sugieren que los fisioterapeutas de Ecuador, necesitan mejorar sus protocolos de evaluación y tratamiento. Por lo tanto, recomendamos que se basen en guías clínicas basadas en evidencia actual.

Palabras claves: dolor lumbar crónico, fisioterapeutas, encuesta, guías prácticas clínicas, protocolo y tratamiento, basada en evidencia.

ABSTRACT

Introduction: Chronic low back pain (CLP) is one of the most frequent disorders, it is estimated that it affects millions of people worldwide, generating muscle imbalance, motor control deficiencies, structural alterations, among others. Furthermore, it is accompanied by a great socioeconomic and family impact and an enormous social burden. In recent years, clinical guidelines and non-surgical and pharmacological treatment systems have emerged to treat chronic low back pain based on clinical evidence. With this information, we seek to establish the baseline on the current physiotherapy management of chronic low back pain in our country, in addition to identifying the problems regarding the use of clinical guidelines and access to evidence, to be addressed by public and private health institutions, educational and professional.

General objective: To investigate the evaluation and treatment protocols for low back pain applied by physiotherapists who practice in clinical centers through an online survey in Ecuador.

Material and methods: Cross-sectional design study and the necessary data obtained through an online survey. Survey consists of 47 closed-type questions with Likert-type answers, with two types of questions (normal and distracting) in the sections corresponding to evaluation, treatment and access to evidence, in order to validate the answer in relation to the evidence. It is subdivided into four sections: first section (7 questions), demographic data; second section: evaluation protocols for Chronic Low Back Pain (CLP), (10 questions); third section: treatment protocols (14 questions); fourth section: access to evidence (13 questions). To prepare sections two and three,

we based ourselves on the clinical guidelines of the American College of Physicians and the American Pain Society (ACP/APS). The same guides that were selected after a panel from the CPLA (Change Pain Latin America) and are focused on the management of DLC based on evidence

Results: The sample (n= 101) was excluded, 3 respondents obtained (n= 98) responses, which included physiotherapists in different provinces of Ecuador, who practice in public and private care centers. Of the total number of non-distracting questions (normal = 12), 11 are related to the clinical guide's recommendations for the management of DLC. However, in the distracting questions, only 4 out of 12 obtained answers that validate the normal questions. Regarding access to evidence, 83.7% of the total responses indicate that there is a preference for Pubmed or Medline as a database. And the frequency of reading and searching for scientific content is low, with a tendency to access it monthly.

Conclusions: Our findings suggest that physiotherapists in Ecuador need to improve their evaluation and treatment protocols. Therefore, we recommend that they be based on clinical guidelines based on current evidence.

Keywords: chronic low back pain, physiotherapists, survey, clinical practice guidelines, protocol and treatment, evidence-based.

1. INTRODUCCIÓN

El dolor lumbar crónico (DLC) es uno de los trastornos más frecuentes, se estima que afecta a millones de personas a nivel mundial¹, generando desequilibrio muscular, deficiencias de control motor, alteraciones estructurales entre otros ². Asociados a factores de riesgo psicológicos y físicos ³. En la actualidad es uno de los trastornos más frecuentes, que afecta a la especie humana ¹. El DLC se localiza entre el borde inferior de las últimas costillas y el pliegue inferior glúteo ². Varios episodios son de carácter inespecífico por lo que no motivan a consultas médicas ¹. Se estima que el DLC afecta a 632 millones de personas a nivel mundial ⁴. De un 60% a 70% de adultos presentan un episodio de dolor lumbar a lo largo de su vida, siendo una de las principales causas de limitaciones físicas, en varios casos se remite en pocos días, semanas o puede llegar a ser crónico ⁵. Además, se acompaña de un gran impacto socioeconómico, familiar y enorme carga social ⁶. Identificar el diagnóstico, pronóstico y el tratamiento adecuado ha sido un tema necesario de investigación desde años atrás ¹⁰.

Durante los últimos años surgieron guías clínicas y sistemas de tratamiento no quirúrgico y farmacológico para tratar el dolor lumbar crónico basado en evidencia clínica ¹¹. Sin embargo, existe la necesidad de saber si estos conocimientos son aplicados por los fisioterapeutas en su práctica clínica habitual, con el fin de disminuir el riesgo de sesgos diagnósticos y aplicar tratamientos poco efectivos y sin evidencia¹⁷. Existen varias investigaciones donde se menciona que esta información es empleada en pacientes diariamente ^{17 18 19 20}. En contraste, existen estudios que evidencian que los profesionales no utilizan guías clínicas por varios factores como:

ambientales, sistémicos, socioeconómicos, personales, expectativas y culturales ^{11 12}
^{13 22}. También hay que mencionar que los profesionales evaluados perciben que tanto en su formación inicial, o a lo largo de su desarrollo profesional, no se les fue inculcada la confianza, ni habilidades necesarias para tratar o abordar con éxito las presentaciones multidimensionales del dolor lumbar crónico ²¹. A nivel de Latinoamérica y Ecuador no existe evidencia sobre este tipo de investigaciones ¹⁶.

Con el objetivo de investigar los protocolos de evaluación y tratamiento para dolor lumbar crónico (DLC), aplicados por fisioterapeutas que ejercen en centros clínicos de Ecuador y conocer si están o no justificados en guías clínicas basadas en evidencia. Se creó un proyecto investigativo con diseño transversal, para la obtención de estos datos a través de una encuesta online que será enviada a los fisioterapeutas. Con esta información se busca establecer la línea base sobre el actual manejo fisioterapéutico del dolor lumbar crónico en nuestro país, además de identificar la problemática sobre el uso de guías clínicas y el acceso a la evidencia, para ser abordada por instituciones públicas y privadas de salud, educativas y profesionales ¹⁶.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 Consideraciones Éticas

Con el fin de salvaguardar y garantizar los derechos y confidencialidad de los participantes de la investigación, en la encuesta no se pedirá información como nombres ni apellidos de los participantes. Con el fin de mantener la privacidad de los mismos, los documentos estarán preservados por los investigadores.

2.2 Diseño de estudio

Estudio de diseño transversal y los datos necesarios obtenidos a través de una encuesta online, validada por 2 expertos y revisada a través de una prueba piloto realizada el 11 de agosto del 2023. La población estudiada serán fisioterapeutas que ejercen en centros de rehabilitación públicos y privados de varias provincias del Ecuador. La encuesta fue compartida de manera pública en redes sociales de organizaciones profesionales relacionados a la práctica y educación en fisioterapia del Ecuador (SEF / entre otras). Y además fue enviada a los correos privados de los miembros de dichas organizaciones, con la autorización de sus respectivas directivas.

2.3 Participantes

Para poder llenar la encuesta, los participantes debían cumplir los siguientes criterios: graduados con título de licenciatura en fisioterapia o terapia física, con un título superior o una especialidad, con un año mínimo de experiencia profesional, que

ejercen en instituciones públicas o privadas, que realicen evaluación y tratamiento en dolor lumbar crónico (DLC).

2.4 Diseño de la encuesta

La encuesta consta de 47 de preguntas de tipo cerradas con respuestas tipo Likert, además se subdivide en cuatro secciones (anexo 1): primera sección (7 preguntas), Datos demográficos: fecha de nacimiento, país de procedencia, país donde se tituló, ejerce como fisioterapeuta, provincia en donde ejerce, años de práctica clínica, área de práctica clínica.

Segunda sección: protocolos de evaluación del Dolor Lumbar Crónico (DLC), (10 preguntas); tercera sección: protocolos de tratamiento del DLC (14 preguntas). Para la elaboración de estas secciones, nos basamos en las guías clínicas de la American College of Physicians and the American Pain Society (ACP/ APS). Mismas guías que fueron seleccionadas tras un panel de la CPLA (Change País Latin América) donde participantes de todos los países de Latinoamérica y algunos de Europa fueron parte. Es importante mencionar que esta guía también fue avalada por un representante de Ecuador. Finalmente, la cuarta sección: Acceso a evidencia (13 preguntas). Sobre el acceso a contenido de evidencia científica, tiempo aproximado de acceso, barreras y tipo de contenido al que acceden.

La encuesta fue diseñada para recolectar información sobre protocolos, tratamientos usados por fisioterapeutas en pacientes con dolor lumbar crónico y el acceso a evidencia. Las preguntas fueron realizadas en tipo escala Likert porque es considerada una de las más populares entre las encuestas, la misma que mide los

rasgos de los encuestados, tiene tres o más categorías de respuesta simples y sencillas donde el encuestado selecciona la mejor. Su estilo de respuesta son las tendencias sistemáticas de los encuestado ²³.

2.5 Análisis estadístico

Se utilizó estadística descriptiva para describir las características de todas las secciones de la encuesta dirigidas a fisioterapeutas. El análisis estadístico se realizó con el software SPSS IBM Statistics 23.

3. RESULTADOS

Tabla 1. Primera sección: Datos demográficos de fisioterapeutas que aplicaron encuesta

Características	Fisioterapeutas (n=98)
País de Procedencia	
Cuba	1(1)
Ecuador	97(99)
País donde se tituló	
Cuba	1(1)
Ecuador	97(99)
Ejerce como fisioterapeuta	
Si	98 (100)
No	

Provincia en donde ejerce	
Azuay	3(3.1)
Cañar	1(1)
Cotopaxi	13(13.3)
El Oro	1(1)
Guayas	14(14.3)
Imbabura	1(1)
Loja	1(1)
Los Ríos	2(2.0)
Manabí	4(4.1)
Morona Santiago	1(1)
Napo	1(1)
Pastaza	3(3.1)
Pichincha	22(22.4)
Santa Elena	1(1)
Tungurahua	30(30.6)
Años de Práctica Clínica	
1-5 años	70 (71.4)
6-10 años	13(13.3)
11-15 años	11(11.2)
16-20 años	1(1.0)
21-más	3(3.1)

Tabla 1.- De los 98 fisioterapeutas que aplicaron la encuesta, en la primera sección, datos demográficos se obtuvo los siguientes resultados del país de procedencia el 1% es de Cuba y el 99% de Ecuador; del país donde se tituló el 1% en Cuba y el 99% en Ecuador; Ejercen como fisioterapeutas, el 100% si ejercen; En qué provincia ejercen, el 3.1% Azuay, 1% Cañar, 13.3% Cotopaxi, 1% El Oro, 14.3% Guayas, 1% Imbabura, 1% Loja, 2% Los Ríos, 4.1% Manabí, 1% Morona Santiago, 1% Napo, 3.1%Pastaza, 22.4% Pichincha, 1% Santa Elena, 30.6% Tungurahua; Años de práctica clínica, el 71.4% 1-5 años, 13.3% 6-10 años, 11.2% 11-15 años, 1% 16-20 años, 3.1% 21- más años; Área de práctica clínica el 32.9% ejerce en el área de musculoesquelética, seguido del 19.5 %, que trabajan en el área deportiva. Hay que destacar que solo el 13 % menciona que trabaja con pacientes con dolor crónico.

Tabla 2. Frecuencia de respuestas: Pregunta, área clínica en la que se desenvuelve.

Área de práctica clínica	Respuestas		Porcentaje de casos
	N	Porcentaj e	
Cardiorácica	4	1,4%	4,1%
Dolor crónico	36	13,0%	36,7%
Respiratoria	14	5,1%	14,3%
Piso pélvico	3	1,1%	3,1%

Musculoesquelética	91	32,9%	92,9%
Neurología	31	11,2%	31,6%
Oncología	3	1,1%	3,1%
Ortopedia	41	14,8%	41,8%
Deportiva	54	19,5%	55,1%
Total	277	100,0%	282,7%

Tabla 2.- Los resultados de esta pregunta se presentan por separado, ya que los participantes podían seleccionar más de una respuesta a la vez. Existieron 277 respuestas, de las cuáles el 92.9 % se dirigieron al área musculoesquelética, 55% a deportiva., seguido de 41% a ortopedia y 36.7% a dolor crónico como resultados más relevantes.

Tabla 3. Frecuencia de respuestas: Pregunta, área clínica en la que se desenvuelve.

Nº de área	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
1	26	26,5	26,5
2	20	20,4	20,4
3	18	18,4	18,4
4	20	20,4	20,4
5	7	7,1	7,1
6	6	6,1	6,1
7	1	1,0	1,0
Total	98	100,0	100,0

Tabla 3.- Mientras tanto de los 98 fisioterapeutas encuestados, solo 26 (26.5%) se desenvuelven en una sola área; 20 en dos áreas (20.4%); 51 de los participantes trabaja en 3 o más áreas (53.1%).

Tabla 4. Segunda sección: Evaluación

1.-Durante la evaluación inicial ¿usted considera la duración de los síntomas del paciente?	
Nunca	0
Raramente	2(2)
A veces	1(1)
Frecuentemente	29(29.6)

Siempre	66(67.3)
2.- ¿Cuál considera usted una bandera roja en pacientes con dolor lumbar crónico?	
Estrés laboral	13(13.3)
Traumatismos	29(29.6)
Parestesias	39(39.8)
Síntomas psiquiátricos	10(10.2)
Desconozco de banderas rojas	7(7.1)
3.- ¿Usted evalúa para descartar la presencia de síntomas radiculares o espinales?	
Nunca	0
Raramente	4(4.1)
A veces	11(11.2)
Frecuentemente	39(39.8)
Siempre	44(44.9)
4.- ¿Qué pruebas utiliza para diferenciar síntomas radiculares en dolores lumbares crónicos?	
Lasegue	78(79.6)
Patrick Faber	5(5.1)
Spurling	6(6.1)

Faddir	2(2)
Desconozco de pruebas	7(7.1)
5.- ¿Usted evalúa la presencia de posibles déficits neurológicos en pacientes con dolor lumbar crónico?	
Nunca	2(2)
Raramente	15(15.3)
A veces	29(29.6)
Frecuentemente	31(31.6)
Siempre	21(21.4)
6.- ¿Qué evaluaciones neurológicas utiliza para los pacientes con dolor lumbar crónico?	
Reflejos	18(18.4)
Movilidad pasiva	8(8.2)
Sensibilidad	44(44.9)
Movilidad activa	22(22.4)
Desconozco de pruebas	6(6.1)
7.- ¿Usted evalúa la presencia de factores psicosociales?	
Nunca	4(4.1)
Raramente	7(7.1)
	24(24.5)

A veces	29(29.6)
Frecuentemente	34(34.7)
Siempre	
8.- ¿Utiliza cuestionario de funcionalidad en pacientes con dolor lumbar crónico?	
Hip Disability and Osteoarthritis Outcome Score	
Foot and Ankle Disability Index	9(9.2)
Oswestry Disability Index	4(4.1)
Western Ontario and McMaster Universities	14(14.3)
Osteosthristis Index	4(4.1)
Desconozco de cuestionarios	67(68.4)
9.- Ante la presencia de alguna condición de riesgo alto, ¿usted remite a un especialista?	
Nunca	0
Raramente	9(9.2)
A veces	27(27.6)
Frecuentemente	62(63.3)
Siempre	
10.- ¿Qué pruebas complementarias de imagen considera necesarias en la evaluación de dolor lumbar	

crónico?	2(2.0)
Ecografía	21(21.4)
Radiografía	9(9.2)
TAC	64(65.3)
Resonancia Magnética	2(2.0)
Desconozco de pruebas complementarias de imagen	

Tabla 4.- En la segunda sección de evaluación se obtuvieron los siguientes resultados correspondiente a la pregunta 1, el 67.3% siempre considera la duración de los síntomas del paciente; pregunta 2, el 39.8% consideran a la parestesia como una bandera roja en pacientes con dolor lumbar crónico; pregunta 3, el 44.9% siempre evalúan para descartar síntomas radiculares y espinales; pregunta 4, el 79.6% utilizan la prueba de lasegue para diferenciar los síntomas radiculares; pregunta 5, el 31.6% frecuentemente evalúan la presencia de posibles déficit neurológicos; pregunta 6, el 44.9% consideran usar la evaluación neurológica de sensibilidad para pacientes con dolor lumbar crónico; pregunta 7, el 34.7% siempre evalúan la presencia de factores psicosociales, preguntan 8, el 68.4% desconocen de cuestionarios de funcionalidad, pregunta 9, el 63.3% siempre remite a un especialista en presencia de alguna condición de riesgo alto; pregunta 10, el 65.3% considera a la resonancia magnética como una prueba complementaria necesaria en la evaluación del dolor lumbar crónico.

Tabla 5. Tercera sección: Tratamiento

<p>11.- ¿Usted recomendaría actividades de autocuidado en casa para pacientes con dolor lumbar crónico?</p> <p>Nunca</p> <p>Raramente</p> <p>A veces</p> <p>Frecuentemente</p> <p>Siempre</p>	<p>0</p> <p>0</p> <p>4(4.1)</p> <p>28(28.6)</p> <p>66(67.3)</p>
<p>12.- ¿Cuál de estas actividades de autocuidado en casa usted recomienda a los pacientes?</p> <p>Aplicación de calor superficial</p> <p>Mantenerse activo</p> <p>Mantenerse en reposo</p> <p>Libros y folletos</p> <p>No recomiendo ninguna actividad</p>	<p>11(11.2)</p> <p>81(82.7)</p> <p>6(6.1)</p> <p>0</p> <p>0</p>
<p>13.- ¿Usted informa a los pacientes sobre los riesgos y beneficios del abordaje terapéutico?</p> <p>Nunca</p> <p>Raramente</p> <p>A veces</p>	<p>0</p> <p>2(2.0)</p> <p>10(10.2)</p>

Frecuentemente	22(22.4)
Siempre	64(65.3)
14.- En qué momento del proceso de rehabilitación ¿usted comunica los riesgos del tratamiento fisioterapéutico?	72(73.5)
Al inicio	0
Al final	7(7.1)
Si el paciente pregunta	4(4.1)
Nunca lo mencionó	15(15.3)
Durante la terapia	
15.- ¿Usted utiliza terapias alternativas para el tratamiento del dolor lumbar crónico?	
Nunca	8(8.2)
Raramente	21(21.4)
A veces	41(41.8)
Frecuentemente	18(18.4)
Siempre	10(10.2)
16.- ¿Qué terapia recomendaría como uso de tratamiento alternativo del dolor lumbar crónico?	25(25.5)

AINES (antiinflamatorios no esteroideos)	7(7.1)
Medicamentos	10(10.2)
Terapia psicológica	47(48)
Terapia de ejercicio	9(9.2)
Desconozco de tratamiento alternativo	
17.- ¿Usted informa a su paciente sobre las características del dolor lumbar crónico?	
Nunca	0
Raramente	5(5.1)
A veces	9(9.2)
Frecuentemente	39(39.8)
Siempre	45(45.9)
18.- ¿Cuál de las siguientes características clínicas es fundamental informar al paciente con dolor lumbar crónico?	
Síntomas dolorosos que duran más de 3 meses	36(36.7)
Presenta síntomas neurológicos referidos al miembro inferior	41(41.8)
Síntomas dolorosos que duran más de 6 meses	19(19.4)
Desconozco las características clínicas	2(2.0)

<p>19.- ¿Usted reevalúa el dolor y la funcionalidad del paciente?</p> <p>Nunca</p> <p>Raramente</p> <p>A veces</p> <p>Frecuentemente</p> <p>Siempre</p>	<p>1(1.0)</p> <p>5(5.1)</p> <p>14(14.3)</p> <p>38(38.8)</p> <p>40(40.8)</p>
<p>20.- ¿Cada cuánto tiempo reevalúa la funcionalidad del paciente?</p> <p>Reevaluar cada 2 a 4 semanas</p> <p>Reevaluar cada sesión</p> <p>Reevaluar cada 2 meses</p> <p>Nunca realizó reevaluación al paciente</p>	<p>46(46.9)</p> <p>45(45.9)</p> <p>3(3.1)</p> <p>4(4.1)</p>
<p>21.- ¿Refiere al especialista para estudios de imagen más específicos si los síntomas persisten en la reevaluación?</p> <p>Nunca</p> <p>Raramente</p> <p>A veces</p> <p>Frecuentemente</p> <p>Siempre</p>	<p>0</p> <p>2(2.0)</p> <p>24(24.5)</p> <p>39(39.8)</p> <p>33(33.7)</p>

<p>22.- ¿Cuándo considera enviar a estudios de imagen?</p> <p> Cuando presenta síntomas persistentes radiculares</p> <p> Envío imágenes de manera rutinaria</p> <p> Cuando existen síntomas de origen mecánico</p> <p> No considero enviar estudios de imagen</p>	<p>77(78.6)</p> <p>7(7.1)</p> <p>11(11.2)</p> <p>3(3.1)</p>
<p>23.- ¿Considera necesaria la colaboración de un equipo multidisciplinario si los síntomas persisten en el paciente?</p> <p> Nunca</p> <p> Raramente</p> <p> A veces</p> <p> Frecuentemente</p> <p> Siempre</p>	<p>0</p> <p>4(4.1)</p> <p>13(13.3)</p> <p>24(24.5)</p> <p>57(58.2)</p>
<p>24.- ¿Cuál considera usted que debería ser el enfoque del equipo multidisciplinario?</p> <p> Componentes físicos, vocacionales y de comportamiento</p> <p> Componentes psicológicos y de comportamiento</p> <p> Componente biomédico y alternativo</p> <p> No considero el enfoque multidisciplinario</p>	<p>45(45.9)</p> <p>30(30.6)</p> <p>23(23.5)</p> <p>0</p>

--	--

Tabla 5.- En la tercera sección de tratamiento se obtuvieron los siguientes resultados correspondiente a la pregunta 11, donde el 67.3% siempre recomiendan actividades de autocuidado en casa; pregunta 12, el 82.7% mantenerse activo como actividad de autocuidado; pregunta 13, el 65.3% siempre informa de riesgos y beneficios del abordaje terapéutico; pregunta 14, el 73.5% comunica al inicio el riesgo del tratamiento; pregunta 15, el 41.8% a veces utiliza terapias alternativas; pregunta 16, el 48% recomiendan terapia de ejercicio como tratamiento alternativo; pregunta 17, el 45.9% siempre informa las características de la patología; pregunta 18, el 41.8% consideran que el presentar síntomas neurológicos referidos al miembro inferior es una característica clínica que debe informar al paciente; pregunta 19, el 40.8% siempre reevalúa el dolor y la funcionalidad; pregunta 20, el 46.9% reevalúa la funcionalidad cada 2 a 4 semanas; pregunta 21, el 39.8% frecuencia refiere a especialistas para estudios de imagen específicos; pregunta 22, el 78.6 % considera enviar estudios de imagen cuando persisten los síntomas radiculares; pregunta 23, el 58.2% siempre consideran necesaria la colaboración de equipo multidisciplinario; pregunta 24, el 45.9% consideran los componentes físicos , vocaciones y de comportamiento como enfoque de un equipo multidisciplinario.

Tabla 6. Cuarta sección: Evidencia científica

25.- ¿Considera de importancia el uso de información basada en evidencia?	
---	--

Nunca	0
Raramente	3(3.1)
A veces	3(3.1)
Frecuentemente	31(31.6)
Siempre	61(62.2)
26.- ¿Con qué frecuencia hace uso de base de datos científica para tratar pacientes con dolor lumbar crónico?	
Diariamente	4(4.1)
Semanalmente	19(19.4)
Mensualmente	49(50)
Anualmente	21(21.4)
Nunca	5(5.1)
28.- ¿Con qué frecuencia leo artículos científicos completos?	
Nunca	3(3.1)
Raramente	13(13.3)
A veces	54(55.1)
Frecuentemente	26(26.5)
Siempre	2(2.0)

<p>29.- ¿Considera que sus horarios de trabajo son una barrera para acceder a la evidencia?</p> <p>Nunca</p> <p>Raramente</p> <p>A veces</p> <p>Frecuentemente</p> <p>Siempre</p>	<p>8(8.2)</p> <p>16(16.3)</p> <p>41(41.8)</p> <p>19(19.4)</p> <p>14(14.3)</p>
<p>30.- ¿En su lugar de trabajo promueven el acceso a la evidencia?</p> <p>Nunca</p> <p>Raramente</p> <p>A veces</p> <p>Frecuentemente</p> <p>Siempre</p>	<p>15(15.3)</p> <p>19(19.4)</p> <p>21(21.4)</p> <p>27(27.6)</p> <p>16(16.3)</p>
<p>31.- ¿Considera que el acceso a evidencia influye en la toma de decisiones clínicas?</p> <p>Nunca</p> <p>Raramente</p> <p>A veces</p> <p>Frecuentemente</p> <p>Siempre</p>	<p>0</p> <p>4(4.1)</p> <p>15(15.3)</p> <p>34(34.7)</p> <p>45(45.9)</p>

<p>32.- ¿Considera que el dinero es una barrera para acceder a la evidencia?</p> <p>Nunca</p> <p>Raramente</p> <p>A veces</p> <p>Frecuentemente</p> <p>Siempre</p>	<p>15(15.3)</p> <p>20(20.4)</p> <p>37(37.8)</p> <p>17(17.3)</p> <p>9(9.2)</p>
<p>33.- ¿Considera que otras responsabilidades dentro del área clínica son una barrera para acceder a la evidencia?</p> <p>Nunca</p> <p>Raramente</p> <p>A veces</p> <p>Frecuentemente</p> <p>Siempre</p>	<p>9(9.2)</p> <p>14(14.3)</p> <p>46(46.9)</p> <p>23(23.5)</p> <p>6(6.1)</p>
<p>34.- ¿Considera que las creencias del paciente son una barrera para acceder a la evidencia?</p> <p>Nunca</p> <p>Raramente</p> <p>A veces</p>	<p>13(13.3)</p> <p>16(16.3)</p> <p>30(30.6)</p> <p>24(24.5)</p>

Frecuentemente Siempre	15(15.3)
35.- ¿Considera que es difícil mantenerse al tanto de la evidencia en la actualidad?	
Nunca	16(16.3)
Raramente	20(20.4)
A veces	34(34.7)
Frecuentemente	18(18.4)
Siempre	10(10.2)
36.- ¿Considera que los fisioterapeutas de generaciones pasadas son una barrera para acceder a la evidencia?	
Nunca	12(12.2)
Raramente	20(20.4)
A veces	37(37.8)
Frecuentemente	20(20.4)
Siempre	9(9.2)
37.- ¿Considera que su formación universitaria es una barrera para acceder a la evidencia?	
Nunca	37(37.8)

Raramente	20(20.4)
A veces	19(19.4)
Frecuentemente	16(16.3)
Siempre	6(6.1)

Tabla 6.- En la cuarta sección de evidencia científica se obtuvieron los siguientes resultados correspondiente a la pregunta 25, el 62.2% siempre consideran importante el uso de información basada en evidencia; pregunta 26, el 50% la frecuencia de uso de base de datos es mensualmente; pregunta 27, el 84.2% usan Pubmed o Medline como base de datos para obtener información basada en evidencia; pregunta 28, el 55.1% a veces leen artículos científicos completos; pregunta 29, el 41.8% consideran que a veces el trabajo es una barrera para acceder a la evidencia; pregunta 30, el 27.6% frecuentemente en su lugar de trabajo promueven en acceso a evidencia; pregunta 31, el 45.9% consideran que siempre el acceso a evidencia influye en la toma de decisiones clínicas; pregunta 32, el 37.8% consideran que frecuentemente el dinero es una barrera para acceder a la evidencia; pregunta 33, el 46.9% consideran que a veces otras responsabilidades son una barrera para acceder a la evidencia; pregunta 34, el 30.6% consideran que a veces las creencias del paciente son una barrera para acceder a la evidencia; pregunta 35, el 34.7% consideran que a veces es difícil mantenerse al tanto de la evidencia científica en la actualidad; pregunta 36, el 37.8% consideran que a veces que los fisioterapeutas de generaciones pasadas son una barrera para acceder a la evidencia; pregunta 37, el 37.8% consideran que nunca su formación universitaria es una barrera para acceder a la evidencia.

Tabla 7. Frecuencia de respuestas a la pregunta 27: ¿Qué base de datos científica utiliza usted para información basada en evidencia?

BASE DATOS UTILIZADO	Respuestas		Porcentaje de casos
	N	Porcentaje	
Pumed / Medline	82	64,1%	83,7%
CINAHL / PEDro	21	16,4%	21,4%
Cochrane / Scopus	17	13,3%	17,3%
Web of science /Embase	4	3,1%	4,1%
No uso base de datos	4	3,1%	4,1%
Total	128	100,0%	130,6%

Tabla 7.- De igual forma que la tabla 2, los participantes podían escoger más de una opción con respecto a las bases de datos a las cuales acceden. Obteniendo los siguientes resultados; de las 128 respuestas, 83.7 % fueron dirigidas a Pubmed / Medline como base de datos para acceso a evidencia usada por los fisioterapeutas. Mientras que 21.4 % a CINAHL /PEDro; 17.3% Cochrane /Scopus; 4.1% Web of Science /Embase; y finalmente 4.1 % no utilizan bases de datos.

4. DISCUSIÓN

Investigamos los protocolos de evaluación, tratamiento para dolor lumbar crónico (DLC) y uso de evidencia científica aplicadas por fisioterapeutas que ejercen en centros clínicos en Ecuador. A través de una encuesta online que consta de 47 preguntas divididas en cuatro secciones relacionadas al manejo del DLC y acceso a evidencia. Además, que está basada en las recomendaciones de la guía clínica de la ACP/ APS para el manejo de esta compleja condición. A esta encuesta respondieron 101 profesionales a lo largo de 4 semanas, mismo que pertenecen a diferentes provincias del Ecuador como: Azuay, Cañar, Cotopaxi, El Oro, Guayas, Imbabura, Loja, Los Ríos, Manabí, Morona Santiago, Napo, Pastaza, Pichincha, Santa Elena y Tungurahua. De los cuales 98 participantes cumplieron los criterios de inclusión. Los clínicos que ejercen de 1 a 5 años fueron un total de 70, que representa un 71.4%, 13 participantes de 6 a 10 años de práctica clínica que es el 13.3% y 11 participantes de 11 a 15 años de práctica. Por lo tanto, consideramos que la mayor parte de los clínicos tiene experiencia en fisioterapia para manejar un protocolo de tratamiento y evaluación. Además, hay que mencionar que 91 participantes equivalente al 92.9% de la muestra, trabaja en áreas clínicas de musculoesquelética o están relacionados con ella.

Al comparar y analizar los resultados de la segunda sección (evaluación) con la guía clínica de tratamiento del DLC de la ACP/ APS. Encontramos que 5 de las 5 preguntas de normales (no distractoras) obtuvieron una respuesta positiva en relación con las recomendaciones de la guía. Pero al verificar la relación con su respectiva pregunta distractora, 1 de las 5 preguntas distractoras tiene sentido con la pregunta normal por lo tanto; De los evaluados sólo el 29.6% identifica una bandera roja del DLC; el

79.7% realiza la prueba de lasegue para descartar síntomas radiculares, pero solo el 53% evalúa siempre la presencia de déficits neurológicos; el 63.3% conoce la evaluación neurológica en el DLC; el 64.3% evalúa la presencia de factores psicosociales; solo el 14.3% conoce o aplica el cuestionario Oswestry , mientras que el 68.4% no conoce sobre los cuestionarios de funcionalidad en DLC; el 90.9% remite a especialistas si los síntomas persisten y el 65.3% reconoce como la mejor opción de imagen a la resonancia magnética en estos casos.

Con respecto a la tercera sección de tratamiento del DLC, 6 de 7 preguntas normales (no distractoras) tiene un alto porcentaje de respuesta con relación a la guía clínica. Mientras que solo 3 de 7 preguntas distractoras obtuvieron respuestas que tienen sentido con las recomendaciones solicitadas en las preguntas normales. Por lo tanto; el 95.5% de los encuestados recomienda actividades de autocuidado como mantenerse activo; el 87.7% siempre informa sobre los riesgos y beneficios del tratamiento y lo hace al inicio del proceso; con respecto al uso de terapias alternativas, solo el 28.6 % las utiliza, pero el 58.3% reconocen al ejercicio terapéutico y la terapia psicológica como opciones válidas; el 85.7% informa al paciente sobre las características clínicas del DLC, pero solo el 36.7% identifica las características propias de la condición; el 79.6% menciona que reevalúa el dolor y la funcionalidad del paciente, pero solo el 46.9% lo hace con la frecuencia recomendada por la evidencia; el 73.5% menciona que si durante la reevaluación persisten los síntomas iniciales o existen síntomas radiculares, se debe remitir a un estudio de imagen; el 82.7% de participante menciona que considera la colaboración de un equipo multidisciplinario, pero solo el 45.9% identifica la verdadera utilidad de dicho equipo.

En la cuarta y última sección de la encuesta se evaluó el acceso y uso de evidencia científica. Gran parte de los encuestados manifiestan que es importante el uso de evidencia científica 93.8 %(si), además que el acceso a la misma puede influir en la toma de decisiones clínicas 45.9 % (si), Pero llama la atención que la frecuencia acceso sea muy baja, ya que la mayoría acceden mensualmente 50%, además mencionan que no leen artículos científicos de manera habitual 55.6 % (av). Identifican que las creencias del mismo paciente, influyen en la utilización de la evidencia 24.5% (fr). Con respecto al uso de bases de datos el 83.7 % utiliza Pubmed / Medline, como elección para encontrar información. Con respecto a las barreras de acceso a la evidencia hay que resaltar que la mayoría de profesionales cree que los horarios de trabajo, las otras responsabilidades dentro del área clínica y los profesionales de generaciones anteriores son consideradas actualmente barreras para el acceso a evidencia. Sin embargo, gran parte de los encuestados menciona que en el lugar de trabajo promueven el acceso a la misma. Con respecto a si el dinero es considerado una barrera, los resultados son muy ambiguos para declarar si lo es o no, puede que sea una respuesta situacional 37.8% (av). De acuerdo a los resultados 37.8% de los profesionales, respondió que la formación universitaria no es una barrera y que es difícil mantenerse al tanto de la evidencia actual, es decir actualizarse constantemente.

Pese a que nuestra muestra no es representativa de la población de fisioterapeutas en Ecuador, algunos de los datos nos dan una visión superficial de los protocolos de evaluación y tratamiento del DLC. Existen resultados discrepantes en ciertas secciones de la encuesta, cuando hablamos de evaluación en base a estos resultados, consideramos que gran parte de los fisioterapeutas no usa evidencia

actual para llegar a un diagnóstico. Con respecto al tratamiento podemos decir que hay mayor cantidad de profesionales que sí utilizan evidencia en sus protocolos, sin embargo, existen características complejas del tratamiento de DLC que no son consideradas, como el uso de ejercicio, terapias alternativas, el apoyo de un equipo multidisciplinario y el seguimiento de la funcionalidad del paciente. Finalmente, con respecto al uso de evidencia, el hallazgo principal es que, pese a que los fisioterapeutas identifican y valoran las fuentes de información científica, el acceso a la mismas es bajo. Además, es claro que existen barreras en el campo profesional que limitan esta actividad como las mencionadas anteriormente. Hay que destacar que solo el 26.5% de los encuestados se desenvuelve en una sola área, mientras que el 53.1 % se desenvuelve en más de 3 áreas clínicas. Esto puede ser interpretado como otra barrera que interfiere en el aprendizaje, el dominio y la aplicación de conocimientos basados en lesiones o condiciones específicas.

También llama la atención que gran parte de los fisioterapeutas consideren que la formación universitaria no sea una barrera. Esto consideramos que es contradictorio a los resultados, cuando hablamos de acceso a la evidencia. Pese a que la mayoría de profesionales menciona en la encuesta que utilizan bases de datos o que conocen de las mismas. No hay resultados que avalen este argumento ya que las respuestas no son concisas y existen ciertos errores en la evaluación y tratamiento del DLC, que nos indican que gran cantidad de fisioterapeutas no utilizan bases científicas. Además, que logramos comprobar que la frecuencia y lectura de conocimiento científico es baja, también existen muchas otras barreras de acceso al conocimiento. Estos conocimientos deben ser inculcados en los programas formativos en las instituciones educativas y en base a nuestro criterio, no están del todo inculcadas a

varias generaciones de fisioterapeutas. Sin embargo, también consideramos que se debe hacer un estudio más exhaustivo con respecto a utilización de bases científicas y su relación con la formación universitaria para poder crear programas o proyectos que brinden soluciones.

Finalmente se consideró que existieron varias limitaciones en esta investigación como; respuestas subjetivas, baja cantidad de respuestas, encuesta muy larga, preguntas tipo Likert, preguntas distractoras, las preguntas son muy superficiales y no reflejan la complejidad de la clínica, los resultados son aproximados y son certeros, información condicionada por la formulación de las preguntas, no hay el control sobre el encuestado y sus respuestas, la probabilidad de respuesta es baja ya que puede que la información se pierda cuando este tipo de solicitudes son enviadas por correo. Sin embargo, existen varias fortalezas como: la población que respondió la encuesta fue específica es decir solo fisioterapeutas, gran distribución con respecto a las diferentes provincias del país, gran facilidad para estandarizar datos, menos costoso tanto en tiempo como en recursos, más didáctico y entretenido, fácil de comprender y no asociada a juicios de valor, se entiende con facilidad las preguntas, encuesta validada por expertos y facilidad de distribución.

5. CONCLUSIONES

Se concluye que, pese a las limitaciones del estudio, existen algunos elementos claves que nos ayudaron a investigar el estado actual de los protocolos de evaluación y tratamiento en el dolor lumbar crónico por fisioterapeutas en Ecuador. Al comparar los datos obtenidos con la guía clínica para el manejo de DLC recomendada por la (ACP/ APS), destacamos las siguientes recomendaciones:

- Gran cantidad de los encuestados tienen experiencia clínica lo que indica que en algún momento de su profesión encontraron pacientes con DLC. A pesar de esto no son capaces de evaluar e identificar las características más importantes para emitir un diagnóstico diferencial. El uso de cuestionarios de funcionalidad, la integración de otras disciplinas de salud complementarias, el trabajo multidisciplinario, la identificación de factores de riesgo y el aprendizaje de los elementos predisponentes de carácter no osteomuscular o físico que influyen en la condición del DLC (psicosociales), podría mejorar el criterio diagnóstico de los profesionales.
- Pese a que los profesionales identifican que el tratamiento del DLC es más funcional y que se debe disminuir la inactividad de un paciente con esta condición. Pocos consideran el uso de terapias alternativas para sosegar las presentaciones complejas de la misma. Por lo tanto, es necesario incluir en la formación inicial y continua de las fisioterapeutas nuevas alternativas para el manejo del DLC, que se adapten a la evidencia actual, como yoga, terapia psicológica y ejercicio terapéutico.

- Es necesario educar al paciente informando de las características, riesgos y beneficios del tratamiento. En el DLC es de total importancia las actividades de autocuidado como movimiento activo, ejercicios y donde se abarca un enfoque multidisciplinario, Además, incorpora evaluaciones mensuales y exámenes complementarios de imagen como la resonancia magnética si los síntomas persisten.
- Es importante el uso de información de evidencia científica para la práctica clínica y la toma de decisiones respecto al DLC, sin embargo, no hacen uso del mismo por varias barreras como lugares de trabajo, horarios, otro tipo de responsabilidades y creencia de los pacientes. Cuando no existe evidencia se debe ser cauto en la interpretación de la información derivada de la experiencia clínica y la intuición puesto que puede llevar a conclusiones falsas.

6. REFERENCIAS

1. Yu D, Missen M, Jordan KP, Edwards JJ, Bailey J, Wilkie R, et al. Trends in the annual consultation incidence and prevalence of low back pain and osteoarthritis in England from 2000 to 2019: Comparative estimates from two clinical practice databases. *Clin Epidemiol* [Internet]. 2022;14:179–89. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/CLEP.S337323>
2. Hartvigsen L, Kongsted A, Hestbaek L. Clinical examination findings as prognostic factors in low back pain: a systematic review of the literature. *Chiropr Man Therap* [Internet]. 2015;23(1):13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12998-015-0054-y>
3. Marin TJ, Van Eerd D, Irvin E, Couban R, Koes BW, Malmivaara A, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain. *Cochrane Libr* [Internet]. 2017;2017(6). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd002193.pub2>
4. Ozsoy G, Ilcin N, Ozsoy I, Gurpinar B, Buyukturan O, Buyukturan B, et al. The effects of myofascial release technique combined with core stabilization exercise in elderly with non-specific low back pain: A randomized controlled, single-blind study. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2019;14:1729–40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/cia.s223905>
5. (S/f). Gob.ec. Recuperado el 25 de noviembre de 2023, de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/02/GU%C3%8DA-DOLOR-LUMBAR_16012017.pdf
6. Hides JA, Belavý DL, Cassar L, Williams M, Wilson SJ, Richardson CA. Altered response of the anterolateral abdominal muscles to simulated weight-bearing

- in subjects with low back pain. *Eur Spine J* [Internet]. 2009;18(3):410–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00586-008-0827-2>
7. Fagundes Loss J, de Souza da Silva L, Ferreira Miranda I, Groisman S, Santiago Wagner Neto E, Souza C, et al. Immediate effects of a lumbar spine manipulation on pain sensitivity and postural control in individuals with nonspecific low back pain: a randomized controlled trial. *Chiropr Man Therap* [Internet]. 2020;28(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12998-020-00316-7>
 8. Petersen T, Laslett M, Juhl C. Clinical classification in low back pain: best-evidence diagnostic rules based on systematic reviews. *BMC Musculoskelet Disord* [Internet]. 2017;18(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12891-017-1549-6>
 9. Bastos RM, Moya CR, de Vasconcelos RA, Costa LOP. Treatment-based classification for low back pain: systematic review with meta-analysis. *J Man Manip Ther* [Internet]. 2022;30(4):207–27. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/10669817.2021.2024677>
 10. Willy RW, Hogle LT, Glaviano NR, Bolgla LA, Bazett-Jones DM. Survey of confidence and knowledge to manage patellofemoral pain in readers versus nonreaders of the physical therapy clinical practice guideline. *Phys Ther Sport* [Internet]. 2022;55:218–28. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ptsp.2022.04.009>
 11. Gleadhill C, Bolsewicz K, Davidson SRE, Kamper SJ, Tutty A, Robson E, et al. Physiotherapists' opinions, barriers, and enablers to providing evidence-based care: a mixed-methods study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2022;22(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-022-08741-5>

12. Nadia Corp, Mansell G, Stynes S, Wynne-Jones G, Morsø L, Hill JC, et al. Evidence-based treatment recommendations for neck and low back pain across Europe: A systematic review of guidelines. *Eur J Pain* [Internet]. 2021;25(2):275–95. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/ejp.1679>
13. Walston Z, Whelehan DF, Shea N. Clinical decision making in physical therapy- Exploring the 'heuristic' in clinical practice. *Musculoskeletal Science and Practice*. 2022;62.
14. No existe evidencia
15. Corp N, Mansell G, Stynes S, Wynne-Jones G, Morsø L, Hill JC, van der Windt DA. Evidence-based treatment recommendations for neck and low back pain across Europe: A systematic review of guidelines. *Eur J Pain*. 2021 Feb;25(2):275-295. doi: 10.1002/ejp.1679. Epub 2020 Nov 12. PMID: 33064878; PMCID: PMC7839780.
16. Ladeira CE, Cheng MS, da Silva RA. Clinical Specialization and Adherence to Evidence-Based Practice Guidelines for Low Back Pain Management: A Survey of US Physical Therapists. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2017 May;47(5):347-358. doi: 10.2519/jospt.2017.6561. Epub 2017 Mar 3. PMID: 28257618.
17. Shirado O, Arai Y, Iguchi T, Imagama S, Kawakami M, Nikaido T, Ogata T, Orita S, Sakai D, Sato K, Takahata M, Takeshita K, Tsuji T; Structured abstract preparation team. Formulation of Japanese Orthopaedic Association (JOA) clinical practice guideline for the management of low back pain- the revised 2019 edition. *J Orthop Sci*. 2022 Jan;27(1):3-30. doi: 10.1016/j.jos.2021.06.024. Epub 2021 Nov 23. PMID: 34836746.
18. Feldman R, Haleva-Amir S, Pincus T, ben Ami N. Physiotherapists' perceptions of implementing evidence-based practice for patients with low back pain

- through the Enhanced Transtheoretical Model Intervention: a qualitative study.
<https://doi.org/101080/0959398520222062690> [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 28]; Available from:
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09593985.2022.2062690>
19. Synnott A, O’Keeffe M, Bunzli S, Dankaerts W, O’Sullivan P, O’Sullivan K. Physiotherapists may stigmatise or feel unprepared to treat people with low back pain and psychosocial factors that influence recovery: a systematic review. *J Physiother.* 2015 Apr 1;61(2):68–76.
 20. Hubeishy MH, Rolving N, Poulsen AG, Jensen TS, Rossen CB. Barriers to the use of clinical practice guidelines: a qualitative study of Danish physiotherapists and chiropractors. *Disabil Rehabil* [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 28]; Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638288.2022.2157501>
 21. Jebb AT, Ng V, Tay L. A Review of Key Likert Scale Development Advances: 1995-2019. *Front Psychol.* 2021 May 4;12:637547. doi: 10.3389/fpsyg.2021.637547. PMID: 34017283; PMCID: PMC8129175.
 22. Amescua-Garcia C, Colimon F, Guerrero C, Jreige Iskandar A, Berenguel Cook M, Bonilla P, Campos Kraychete D, Delgado Barrera W, Alberto Flores Cantisani J, Hernandez-Castro JJ, Lara-Solares A, Perez Hernandez C, Rico MA, Del Rocio Guillen Nunez M, Sempertegui Gallegos M, Garcia JBS. Most Relevant Neuropathic Pain Treatment and Chronic Low Back Pain Management Guidelines: A Change Pain Latin America Advisory Panel Consensus. *Pain Med.* 2018 Mar 1;19(3):460-470. doi: 10.1093/pm/pnx198. PMID: 29025132.
 23. Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT Jr, Shekelle P, Owens DK; Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of

Physicians; American College of Physicians; American Pain Society Low Back Pain Guidelines Panel. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med.* 2007 Oct 2;147(7):478-91. doi: 10.7326/0003-4819-147-7-200710020-00006. Erratum in: *Ann Intern Med.* 2008 Feb 5;148(3):247-8. PMID: 17909209.

24. Sung YT, Wu JS. The Visual Analogue Scale for Rating, Ranking and Paired-Comparison (VAS-RRP): A new technique for psychological measurement. *Behav Res Methods.* 2018 Aug;50(4):1694-1715. doi: 10.3758/s13428-018-1041-8. PMID: 29667082; PMCID: PMC6096654.

7. ANEXOS

Anexo 1. Validación de contenido del primer evaluador

Validación de contenido por juicio de expertos. instrumentos cuantitativos

Respetable juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento de investigación que forma parte de la investigación denominada: Protocolos de evaluación y tratamiento para tratar dolor lumbar crónico, aplicados por los fisioterapeutas que ejercen en centros clínicos a través de una encuesta en Ecuador en el 2023.

La evaluación de los instrumentos cuantitativos de investigación por parte del Juicio de Expertos es de gran relevancia para lograr la validación de los resultados obtenidos, para tal fin se propone su revisión utilizando cinco criterios básicos para evaluar cada una de las interrogantes, estos son: suficiencia, claridad, coherencia, importancia y pertinencia, a efecto de asegurar el cumplimiento del objetivo propuesto. Agradecemos de antemano su valiosa colaboración.

Información sobre el Juez:

<i>Nombre y Apellidos del Juez:</i>	Victoria Estefanía Espín Pastor
<i>Formación Académica:</i>	Licenciada en Terapia Física
<i>Áreas de Experiencia Profesional:</i>	Fisioterapia deportiva
<i>Función Actual:</i>	Fisioterapeuta y docente universitaria
<i>Institución Académica:</i>	Universidad Técnica de Ambato

Información sobre la Investigación:

Tema de Investigación: Investigar los protocolos de evaluación y tratamiento para tratar dolor lumbar crónico, aplicados por los fisioterapeutas que ejercen en centros clínicos a través de una encuesta en Ecuador en el 2023.

Objetivo General

Investigar los protocolos de evaluación y tratamiento para dolor lumbar aplicadas por fisioterapeutas que ejercen en centros clínicos a través de una encuesta online de Ecuador en el 2023.

Objetivos Específicos

- *Analizar el proceso de evaluación y tratamiento clínica que los fisioterapeutas aplican en pacientes con dolor lumbar.*
- *Comparar la información obtenida con las guías de práctica clínica de la ACP/APS recomendadas por CPLA del 2018*
- *Relacionar los datos demográficos y los factores que influyen en la aplicación de evidencia de la práctica clínica*

Información sobre la guía en la que se basa la encuesta:

Recomendaciones importantes Basados en la Guía de la CPLA (American College of Physicians and the American Pain Society) para el manejo y tratamiento del DLC (dolor lumbar crónico).

Procesos de evaluación (evidencia moderada):

- **Recomendación 1:** Los médicos deben realizar una evaluación enfocada historia clínica y examen físico para ayudar a ubicar a los pacientes con lumbalgia en 1 de 3 categorías amplias: lumbalgia inespecífica dolor de espalda, dolor de espalda potencialmente asociado con radiculopatía o estenosis espinal, o dolor de espalda potencialmente asociado con otra causa espinal específica. La historia debe incluir la evaluación de los factores de riesgo psicosociales, que predicen el riesgo de dolor lumbar incapacitante.
- **Recomendación 2:** Los médicos no deben obtener imágenes u otras pruebas diagnósticas de forma rutinaria en pacientes con dolor lumbar inespecífico.
- **Recomendación 3:** Los médicos deben realizar diagnósticos imágenes y pruebas para pacientes con dolor lumbar, únicamente cuando déficits neurológicos severos o progresivos están presentes o cuando se sospechan condiciones subyacentes graves sobre la base de la historia y el examen físico.

- Recomendación 4: Los médicos deben evaluar a los pacientes con dolor lumbar persistente y signos o síntomas de radiculopatía o estenosis espinal con resonancia magnética (preferida) o tomografía computarizada solo si son candidatos potenciales para cirugía o esteroides epidurales inyección (por sospecha de radiculopatía).

Procesos de tratamiento (evidencia moderada):

- Recomendación 5: Los médicos deben proporcionar a los pacientes con información basada en la evidencia sobre el dolor lumbar con respecto a su curso esperado, aconsejar a los pacientes que permanezcan activos, y proporcionar información sobre opciones efectivas de autocuidado (recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada).
- Recomendación 6: Los médicos deben considerar el uso de medicamentos que han probado ser efectivos, junto con información sobre el cuidado de la espalda y el cuidado personal. Los médicos deben evaluar la gravedad del dolor inicial y déficits funcionales, beneficios potenciales, riesgos y relativa falta de eficacia y seguridad a largo plazo antes de iniciar el tratamiento. Para La mayoría de los pacientes, las opciones de medicamentos de primera línea son acetaminofén o medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE).
- Recomendación 7: Para pacientes que no mejoran con las opciones de autocuidado, los médicos deben considerar la adición de terapia no farmacológica con beneficios comprobados, para dolor lumbar, manipulación espinal. Mientras que para dolor lumbar crónico o subagudo, rehabilitación interdisciplinaria intensiva, terapia con ejercicios, acupuntura, terapia de masaje, manipulación espinal, yoga, terapia cognitivo-conductual o relajación progresiva.

Información sobre en Instrumento:

Recolección de Información: Cuestionario Dirigido

Técnica de Interrogación Empleada: Preguntas Cerradas con Escala de Likert

Finalidad de la Evaluación: Efectuar la validación de contenido del instrumento propuesto, a través de una revisión técnica- conceptual por parte del juicio de expertos, como elemento determinante en el proceso de fiabilidad de la investigación.

Lugar y Fecha de la Evaluación del Instrumento:

Ambato, 16 de agosto de 2023

Criterios de evaluación de un instrumento cuantitativo

Por favor llenar el siguiente documento con los siguientes ítems propuestos según corresponda.

NOTA: Ubicamos preguntas tipo Likert relacionados a las recomendaciones más importantes de la guía (N), pero además incluimos preguntas de tipo distractoras en esta encuesta (D). Dichas preguntas fueron ubicadas para disminuir el riesgo de sesgo.

CRITERIO	CALIFICACIÓN	INDICADOR
SUFICIENCIA	1. No cumple con el criterio 2. Bajo Nivel 3. Nivel Moderado 4. Alto Nivel	+ Los ítems no son suficientes para medir la dimensión + Los ítems miden algún aspecto de la dimensión, pero no corresponden con la dimensión total + Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente. + Los ítems son suficientes
Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de ésta.		
CLARIDAD	1. No cumple con el criterio 2. Bajo Nivel 3. Nivel Moderado 4. Alto Nivel	+ El ítem no es claro + El ítem requiere bastantes modificaciones o una revisión muy grande en el uso de las palabras, su redacción o complemento en la escritura + Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem + El ítem es claro, tiene la semántica y sintaxis adecuada
El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintaxis y semántica son adecuadas.		
COHERENCIA	1. No cumple con el criterio 2. Bajo Nivel 3. Nivel Moderado 4. Alto Nivel	+ El ítem no tiene relación lógica con la dimensión + El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión. + El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo. + El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.
El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.		
IMPORTANCIA	1. No cumple con el criterio 2. Bajo Nivel 3. Nivel Moderado 4. Alto Nivel	+ El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la comprensión de la dimensión + El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que éste evalúa. + El ítem es relativamente importante + El ítem es muy relevante y debe ser incluido
El ítem es esencial, significa que si contribuye a entender bien el objeto de estudio		
PERTINENCIA	1. No cumple con el criterio 2. Bajo Nivel 3. Nivel Moderado 4. Alto Nivel	+ El ítem puede ser eliminado sin que afecte el análisis o el cumplimiento de propósito del estudio + El ítem tiene alguna pertinencia, sin embargo, refleja de manera muy vaga su pertinencia con el propósito citado. + El ítem es relativamente pertinente en sus implicaciones + El ítem es altamente pertinente y debe ser incluido
El ítem es relevante por su estrecha relación con el propósito establecido		

Instrumento a ser validado.

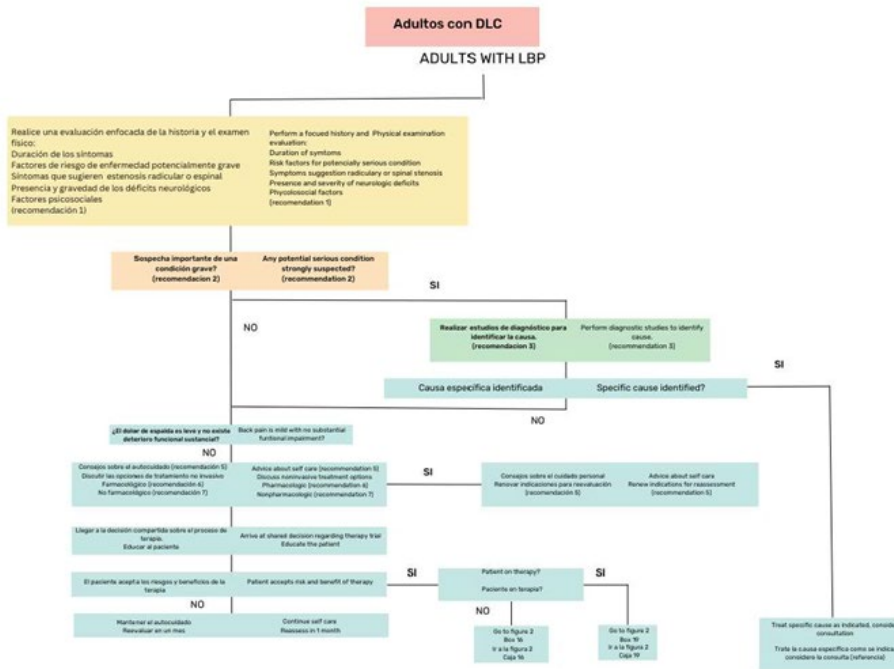
CATEGORIAS	TIPO DE PREGUNTA	ITEMS	SUFICIENCIA	CLARIDAD	COHERENCIA	IMPORTANCIA	PERTINENCIA	Observación
Datos demográficos		País de Procedencia	4	4	4	4	4	4
		País de Residencia	4	4	4	4	4	4
		Provincia	4	4	4	4	4	4
		Ciudad	4	4	4	4	4	4
		Años de Práctica Clínica	4	4	4	4	4	4
		Área de práctica clínica	4	4	4	4	4	4
Protocolos de Evaluación de dolor lumbar crónico	N	Durante la evaluación inicial ¿usted considera la duración de los síntomas del paciente?	4	4	4	4	4	4
	D	¿Cuál considera usted una bandera roja en pacientes con dolor lumbar crónico?	4	4	4	4	4	4
	N	¿Usted evalúa para descartar la presencia de síntomas radiculares o espinales?	4	4	4	4	4	4
	D	¿Qué pruebas utiliza para diferenciar síntomas radiculares en dolores lumbares crónicos?	4	4	4	4	4	4
	N	¿Usted evalúa la presencia de posibles déficits neurológicos en pacientes con dolor lumbar crónico?	4	4	4	4	4	4
	D	¿Qué evaluaciones neurológicas utiliza para los pacientes con dolor lumbar crónico?	4	4	4	4	4	4
	N	¿Usted evalúa la presencia de factores psicosociales?	4	4	4	4	4	4
	D	¿Utiliza cuestionario de funcionalidad en pacientes con dolor lumbar crónico?	4	4	4	4	4	4
	N	Ante la presencia de alguna condición de riesgo alto, ¿usted remite a un especialista?	4	4	4	4	4	4
	D	¿Qué pruebas complementarias de imagen considera necesarias en la evaluación de dolor lumbar crónico?	4	4	4	4	4	4
Protocolos de tratamiento de dolor lumbar crónico	N	¿Usted recomendar actividades de autocuidado en casa para pacientes con dolor lumbar crónico?	4	4	4	4	4	4

	D	¿Cuál de estas actividades de autocuidado en casa usted recomienda a los pacientes?	4	4	4	4	4	4
	N	¿Usted informa a los pacientes sobre los riesgos y beneficios del abordaje terapéutico?	4	4	4	4	4	4
	D	En qué momento del proceso de rehabilitación ¿usted comunica los riesgos del tratamiento fisioterapéutico?	4	4	4	4	4	4
	D	¿Usted utiliza terapias alternativas para el tratamiento del dolor lumbar crónico?	4	4	4	4	4	4
	D	¿Qué terapia recomendaría como uso de tratamiento alternativo del dolor lumbar crónico?	4	4	4	4	4	4
	N	¿Usted informa a su paciente sobre las características del dolor lumbar crónico?	4	4	4	4	4	4
	D	¿Cuál de las siguientes características clínicas es fundamental informar al paciente con dolor lumbar crónico?	4	4	4	4	4	4
	N	¿Usted reevaluación del dolor y la funcionalidad del paciente?	4	4	4	4	4	4
	D	¿Cada cuánto tiempo reevalúa la funcionalidad del paciente?	4	4	4	4	4	4
	N	¿Refiere al especialista para estudios de imagen más específicos si los síntomas persisten en la reevaluación?	4	4	4	4	4	4
	D	¿Cuándo considera enviar a estudios de imagen?	4	4	4	4	4	4
	N	¿Considera la colaboración de un equipo multidisciplinario si los síntomas persisten en el paciente?	4	4	4	4	4	4
	D	¿Cuál considera usted que debería ser el enfoque del equipo multidisciplinario?	4	4	4	4	4	4
Acceso a la evidencia	N	¿Considera de importancia el uso de información basada en evidencia?	4	4	4	4	4	4
	N	¿Con qué frecuencia hace uso de base de datos científica para tratar pacientes con dolor lumbar crónico?	4	4	4	4	4	4
	D	¿Qué base de datos científica utiliza usted para información basada en evidencia?	4	4	4	4	4	4
	N	¿Con que frecuencia leo artículos científicos completos?	4	4	4	4	4	4
	N	¿Considera que sus horarios de trabajo son una barrera para acceder a la evidencia?	4	4	4	4	4	4
	N	¿En su lugar de trabajo promueven el acceso a la evidencia?	4	4	4	4	4	4

N	¿Considera que al acceso a evidencia influye a la toma de decisiones clínicas?	4	4	4	4	4	4
N	¿Considera que el dinero es una barrera para acceder a la evidencia?	4	4	4	4	4	4
N	¿Considera que otras responsabilidades dentro del área clínica son una barrera para acceder a la evidencia?	4	4	4	4	4	4
N	¿Considera que las creencias del paciente son una barrera para acceder a la evidencia?	4	4	4	4	4	4
N	¿Considera que es difícil mantenerse al tanto de la evidencia en la actualidad?	4	4	4	4	4	4
N	¿Considera que los fisioterapeutas de generaciones pasadas son una barrera para acceder a la evidencia?	4	4	4	4	4	4
N	¿Considera su formación universitaria es una barrera para acceder a la evidencia?	4	4	4	4	4	4

ANEXO 1.

Imagen adaptada de "Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society"



ANEXO 2.

Otros Estadísticos empleados para el Análisis de los Datos

Coeficientes	Escala de Datos	Información que Provee	Hipótesis Estadística	Rechazo de H0 e Interpretación
Coeficiente de Concordancia W de Kendall	Escala ordinal	El grado de concordancia entre varios rangos de n objetos o individuos. Aplicable a estudios de Inter-juicio o confiabilidad Inter-prueba.	H0: Los rangos son independientes, no concuerdan. H1: Hay concordancia significativa entre los rangos.	Se rechaza H0 cuando el valor observado excede al valor crítico (con un α de 0.05). El SPSS indica el nivel de significancia, y cuando es inferior al 0.05, se rechaza la H0 y se concluye que hay concordancia significativa entre los rangos asignados por los jueces. Además, se interpreta la fuerza de la concordancia, que aumenta cuando W se acerca a 1.
Estadístico Kappa (K) para datos en escalas nominales.	Escala nominal	El grado de acuerdo entre evaluadores	H0: El grado de acuerdo es 0, es decir no hay acuerdo. H1: Existe un acuerdo significativo entre evaluadores, es decir $K > 0$	Al igual que en el caso anterior se rechaza H0 cuando el valor observado excede al valor crítico (con un α de 0.05). El SPSS indica el nivel de significancia, y cuando es inferior al 0.05, se rechaza la H0 y se concluye que hay acuerdo entre los evaluadores, el valor de K brinda la proporción en la que están de acuerdo, quitándole aquellos valores que pueden darse por azar.

¿En su opinión, considera que existirá alguna otra dimensión o categoría que forma parte del constructo teórico, misma que también debería ser evaluada?, ¿Cuál?

(*) NOTA 2: Es muy importante registrar en la plantilla de evaluación todas las preguntas del instrumento, a fin de revisar si cada uno de los ítems cumple con los criterios establecidos.

Opinión sobre su aplicabilidad: Aplicable (X)

Aplicable Después de Corregir ()

No Aplicable ()



Nombre y Firma del Juez

Victoria Estefanía Espín Pastor

Anexo 2. Validación de contenido del segundo evaluador

Validación de contenido por juicio de expertos. instrumentos cuantitativos

Respetable juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento de investigación que forma parte de la investigación denominada: Protocolos de evaluación y tratamiento para tratar dolor lumbar crónico, aplicados por los fisioterapeutas que ejercen en centros clínicos a través de una encuesta en Ecuador en el 2023.

La evaluación de los instrumentos cuantitativos de investigación por parte del Juicio de Expertos es de gran relevancia para lograr la validación de los resultados obtenidos, para tal fin se propone su revisión utilizando cinco criterios básicos para evaluar cada una de las interrogantes, estos son: suficiencia, claridad, coherencia, importancia y pertinencia, a efecto de asegurar el cumplimiento del objetivo propuesto. Agradecemos de antemano su valiosa colaboración.

Información sobre el Juez:

<i>Nombre y Apellidos del Juez:</i>	Manolo Alexander Córdova Suárez
<i>Formación Académica:</i>	PhD
<i>Áreas de Experiencia Profesional:</i>	Energías, Prevención de riesgos.
<i>Función Actual:</i>	Investigador
<i>Institución Académica:</i>	Universidad Nacional de Chimborazo

Información sobre la Investigación:

Tema de Investigación: Investigar los protocolos de evaluación y tratamiento para tratar dolor lumbar crónico, aplicados por los fisioterapeutas que ejercen en centros clínicos a través de una encuesta en Ecuador en el 2023.

Objetivo General

Investigar los protocolos de evaluación y tratamiento para dolor lumbar aplicadas por fisioterapeutas que ejercen en centros clínicos a través de una encuesta online de Ecuador en el 2023.

Objetivos Específicos

- *Analizar el proceso de evaluación y tratamiento clínica que los fisioterapeutas aplican en pacientes con dolor lumbar.*
- *Comparar la información obtenida con las guías de práctica clínica de la ACP/APS recomendadas por CPLA del 2018*
- *Relacionar los datos demográficos y los factores que influyen en la aplicación de evidencia de la práctica clínica*

Información sobre la guía en la que se basa la encuesta:

Recomendaciones importantes Basados en la Guía de la CPLA (American College of Physicians and the American Pain Society) para el manejo y tratamiento del DLC (dolor lumbar crónico).

Procesos de evaluación (evidencia moderada):

- **Recomendación 1:** Los médicos deben realizar una evaluación enfocada historia clínica y examen físico para ayudar a ubicar a los pacientes con lumbalgia en 1 de 3 categorías amplias: lumbalgia inespecífica dolor de espalda, dolor de espalda potencialmente asociado con radiculopatía o estenosis espinal, o dolor de espalda potencialmente asociado con otra causa espinal específica. La historia debe incluir la evaluación de los factores de riesgo psicosociales, que predicen el riesgo de dolor lumbar incapacitante.
- **Recomendación 2:** Los médicos no deben obtener imágenes u otras pruebas diagnósticas de forma rutinaria en pacientes con dolor lumbar inespecífico.
- **Recomendación 3:** Los médicos deben realizar diagnósticos imágenes y pruebas para pacientes con dolor lumbar, únicamente cuando déficits neurológicos severos o progresivos están presentes o cuando se sospechan condiciones subyacentes graves sobre la base de la historia y el examen físico.

- Recomendación 4: Los médicos deben evaluar a los pacientes con dolor lumbar persistente y signos o síntomas de radiculopatía o estenosis espinal con resonancia magnética (preferida) o tomografía computarizada solo si son candidatos potenciales para cirugía o esteroides epidurales inyección (por sospecha de radiculopatía).

Procesos de tratamiento (evidencia moderada):

- Recomendación 5: Los médicos deben proporcionar a los pacientes con información basada en la evidencia sobre el dolor lumbar con respecto a su curso esperado, aconsejar a los pacientes que permanezcan activos, y proporcionar información sobre opciones efectivas de autocuidado (recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada).
- Recomendación 6: Los médicos deben considerar el uso de medicamentos que han probado ser efectivos, junto con información sobre el cuidado de la espalda y el cuidado personal. Los médicos deben evaluar la gravedad del dolor inicial y déficits funcionales, beneficios potenciales, riesgos y relativa falta de eficacia y seguridad a largo plazo antes de iniciar el tratamiento. Para La mayoría de los pacientes, las opciones de medicamentos de primera línea son acetaminofén o medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE).
- Recomendación 7: Para pacientes que no mejoran con las opciones de autocuidado, los médicos deben considerar la adición de terapia no farmacológica con beneficios comprobados, para dolor lumbar, manipulación espinal. Mientras que para dolor lumbar crónico o subagudo, rehabilitación interdisciplinaria intensiva, terapia con ejercicios, acupuntura, terapia de masaje, manipulación espinal, yoga, terapia cognitivo-conductual o relajación progresiva.

Información sobre en Instrumento:

Recolección de Información: Cuestionario Dirigido

Técnica de Interrogación Empleada: Preguntas Cerradas con Escala de Likert

Finalidad de la Evaluación: Efectuar la validación de contenido del instrumento propuesto, a través de una revisión técnica- conceptual por parte del juicio de expertos, como elemento determinante en el proceso de fiabilidad de la investigación.

Lugar y Fecha de la Evaluación del Instrumento:

Ambato, 16 de agosto de 2023

Criterios de evaluación de un instrumento cuantitativo

Por favor llenar el siguiente documento con los siguientes ítems propuestos según corresponda.

NOTA: Ubicamos preguntas tipo Likert relacionados a las recomendaciones más importantes de la guía (N), pero además incluimos preguntas de tipo distractoras en esta encuesta (D). Dichas preguntas fueron ubicadas para disminuir el riesgo de sesgo.

CRITERIO	CALIFICACIÓN	INDICADOR
SUFICIENCIA	1. No cumple con el criterio 2. Bajo Nivel 3. Nivel Moderado 4. Alto Nivel	+ Los ítems no son suficientes para medir la dimensión + Los ítems miden algún aspecto de la dimensión, pero no corresponden con la dimensión total + Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente. + Los ítems son suficientes
Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de ésta.		
CLARIDAD	1. No cumple con el criterio 2. Bajo Nivel 3. Nivel Moderado 4. Alto Nivel	+ El ítem no es claro + El ítem requiere bastantes modificaciones o una revisión muy grande en el uso de las palabras, su redacción o complemento en la escritura + Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem + El ítem es claro, tiene la semántica y sintaxis adecuada
El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintaxis y semántica son adecuadas.		
COHERENCIA	1. No cumple con el criterio 2. Bajo Nivel 3. Nivel Moderado 4. Alto Nivel	+ El ítem no tiene relación lógica con la dimensión + El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión. + El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo. + El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.
El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.		
IMPORTANCIA	1. No cumple con el criterio 2. Bajo Nivel 3. Nivel Moderado 4. Alto Nivel	+ El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la comprensión de la dimensión + El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que éste evalúa. + El ítem es relativamente importante + El ítem es muy relevante y debe ser incluido
El ítem es esencial, significa que si contribuye a entender bien el objeto de estudio		
PERTINENCIA	1. No cumple con el criterio 2. Bajo Nivel 3. Nivel Moderado 4. Alto Nivel	+ El ítem puede ser eliminado sin que afecte el análisis o el cumplimiento de propósito del estudio + El ítem tiene alguna pertinencia, sin embargo, refleja de manera muy vaga su pertinencia con el propósito citado. + El ítem es relativamente pertinente en sus implicaciones + El ítem es altamente pertinente y debe ser incluido
El ítem es relevante por su estrecha relación con el propósito establecido		

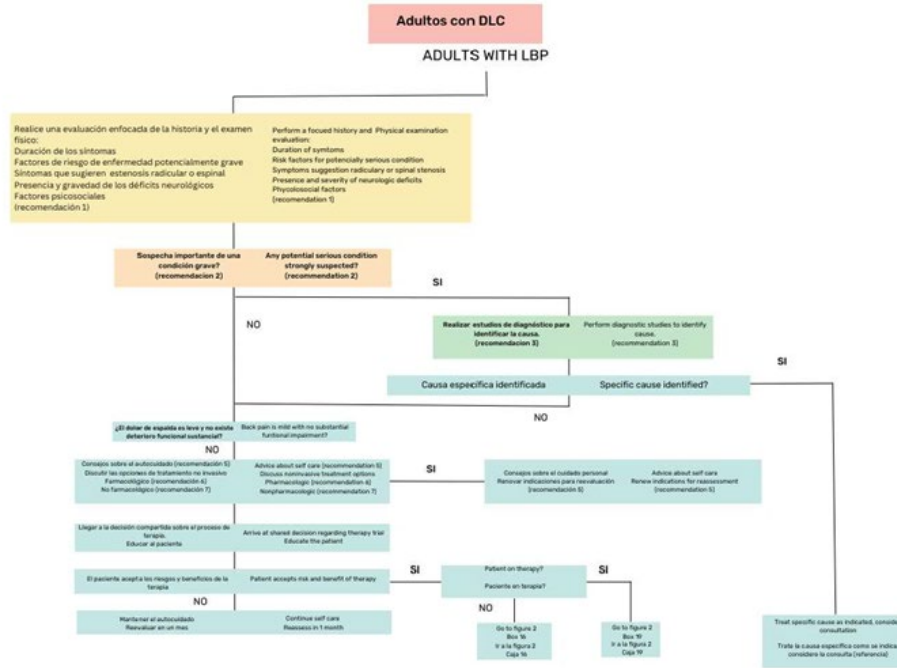
Instrumento a ser validado.

CATEGORIAS	TIPO DE PREGUNTA	ITEMS	SUFICIENCIA	CLARIDAD	COHERENCIA	IMPORTANCIA	PERTINENCIA	Observación
Datos demográficos		País de Procedencia	4	4	4	4	4	4
		País de Residencia	4	4	4	4	4	4
		Provincia	4	4	4	4	4	4
		Ciudad	4	4	4	4	4	4
		Años de Práctica Clínica	4	4	4	4	4	4
		Área de práctica clínica	4	4	4	4	4	4
Protocolos de Evaluación de dolor lumbar crónico	N	Durante la evaluación inicial ¿usted considera la duración de los síntomas del paciente?	4	4	4	4	4	4
	D	¿Cuál considera usted una bandera roja en pacientes con dolor lumbar crónico?	4	4	4	4	4	4
	N	¿Usted evalúa para descartar la presencia de síntomas radiculares o espinales?	4	4	4	4	4	4
	D	¿Qué pruebas utiliza para diferenciar síntomas radiculares en dolores lumbares crónicos?	4	4	4	4	4	4
	N	¿Usted evalúa la presencia de posibles déficits neurológicos en pacientes con dolor lumbar crónico?	4	4	4	4	4	4
	D	¿Qué evaluaciones neurológicas utiliza para los pacientes con dolor lumbar crónico?	4	4	4	4	4	4
	N	¿Usted evalúa la presencia de factores psicosociales?	4	4	4	4	4	4
	D	¿Utiliza cuestionario de funcionalidad en pacientes con dolor lumbar crónico?	4	4	4	4	4	4
	N	Ante la presencia de alguna condición de riesgo alto, ¿usted remite a un especialista?	4	4	4	4	4	4
	D	¿Qué pruebas complementarias de imagen considera necesarias en la evaluación de dolor lumbar crónico?	4	4	4	4	4	4
Protocolos de tratamiento de dolor lumbar crónico	N	¿Usted recomendar actividades de autocuidado en casa para pacientes con dolor lumbar crónico?	4	4	4	4	4	4

	D	¿Cuál de estas actividades de autocuidado en casa usted recomienda a los pacientes?	4	4	4	4	4	4
	N	¿Usted informa a los pacientes sobre los riesgos y beneficios del abordaje terapéutico?	4	4	4	4	4	4
	D	En qué momento del proceso de rehabilitación ¿usted comunica los riesgos del tratamiento fisioterapéutico?	4	4	4	4	4	4
	D	¿Usted utiliza terapias alternativas para el tratamiento del dolor lumbar crónico?	4	4	4	4	4	4
	D	¿Qué terapia recomendaría como uso de tratamiento alternativo del dolor lumbar crónico?	4	4	4	4	4	4
	N	¿Usted informa a su paciente sobre las características del dolor lumbar crónico?	4	4	4	4	4	4
	D	¿Cuál de las siguientes características clínicas es fundamental informar al paciente con dolor lumbar crónico?	4	4	4	4	4	4
	N	¿Usted reevaluación del dolor y la funcionalidad del paciente?	4	4	4	4	4	4
	D	¿Cada cuánto tiempo reevalúa la funcionalidad del paciente?	4	4	4	4	4	4
	N	¿Refiere al especialista para estudios de imagen más específicos si los síntomas persisten en la reevaluación?	4	4	4	4	4	4
	D	¿Cuándo considera enviar a estudios de imagen?	4	4	4	4	4	4
	N	¿Considera la colaboración de un equipo multidisciplinario si los síntomas persisten en el paciente?	4	4	4	4	4	4
	D	¿Cuál considera usted que debería ser el enfoque del equipo multidisciplinario?	4	4	4	4	4	4
Acceso a la evidencia	N	¿Considera de importancia el uso de información basada en evidencia?	4	4	4	4	4	4
	N	¿Con qué frecuencia hace uso de base de datos científica para tratar pacientes con dolor lumbar crónico?	4	4	4	4	4	4
	D	¿Qué base de datos científica utiliza usted para información basada en evidencia?	4	4	4	4	4	4
	N	¿Con que frecuencia leo artículos científicos completos?	4	4	4	4	4	4
	N	¿Considera que sus horarios de trabajo son una barrera para acceder a la evidencia?	4	4	4	4	4	4
	N	¿En su lugar de trabajo promueven el acceso a la evidencia?	4	4	4	4	4	4

N	¿Considera que al acceso a evidencia influye a la toma de decisiones clínicas?	4	4	4	4	4	4
N	¿Considera que el dinero es una barrera para acceder a la evidencia?	4	4	4	4	4	4
N	¿Considera que otras responsabilidades dentro del área clínica son una barrera para acceder a la evidencia?	4	4	4	4	4	4
N	¿Considera que las creencias del paciente son una barrera para acceder a la evidencia?	4	4	4	4	4	4
N	¿Considera que es difícil mantenerse al tanto de la evidencia en la actualidad?	4	4	4	4	4	4
N	¿Considera que los fisioterapeutas de generaciones pasadas son una barrera para acceder a la evidencia?	4	4	4	4	4	4
N	¿Considera su formación universitaria es una barrera para acceder a la evidencia?	4	4	4	4	4	4

ANEXO 1.
 Imagen adaptada de "Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society"



ANEXO 2.

Otros Estadísticos empleados para el Análisis de los Datos

Coeficientes	Escala de Datos	Información que Provee	Hipótesis Estadística	Rechazo de H0 e Interpretación
Coeficiente de Concordancia W de Kendall	Escala ordinal	El grado de concordancia entre varios rangos de n objetos o individuos. Aplicable a estudios de Inter-juicio o confiabilidad Inter-prueba.	H0: Los rangos son independientes, no concuerdan. H1: Hay concordancia significativa entre los rangos.	Se rechaza H0 cuando el valor observado excede al valor crítico (con un α de 0.05). El SPSS indica el nivel de significancia, y cuando es inferior al 0.05, se rechaza la H0 y se concluye que hay concordancia significativa entre los rangos asignados por los jueces. Además, se interpreta la fuerza de la concordancia, que aumenta cuando W se acerca a 1.
Estadístico Kappa (K) para datos en escalas nominales.	Escala nominal	El grado de acuerdo entre evaluadores	H0: El grado de acuerdo es 0, es decir no hay acuerdo. H1: Existe un acuerdo significativo entre evaluadores, es decir $K > 0$	Al igual que en el caso anterior se rechaza H0 cuando el valor observado excede al valor crítico (con un α de 0.05). El SPSS indica el nivel de significancia, y cuando es inferior al 0.05, se rechaza la H0 y se concluye que hay acuerdo entre los evaluadores, el valor de K brinda la proporción en la que están de acuerdo, quitándole aquellos valores que pueden darse por azar.

¿En su opinión, considera que existirá alguna otra dimensión o categoría que forma parte del constructo teórico, misma que también debería ser evaluada?, ¿Cuál?

Periodos de máxima carga de trabajo

(*) **NOTA 2:** Es muy importante registrar en la plantilla de evaluación todas las preguntas del instrumento, a fin de revisar si cada uno de los items cumple con los criterios establecidos.

Opinión sobre su aplicabilidad: Aplicable ()

Aplicable Después de Corregir ()

No Aplicable ()



Ing. Manolo Alexander Córdova Suárez
Nombre y Firma del Juez