

Aplicación del masaje para lumbalgia ocupacional en empleados de Enfermería

Talita Pavarini Borges¹

Julia Maria D'Andrea Greve²

Ana Paula Monteiro³

Rodrigo Emmanuel Sabbag da Silva³

Arlete Mazzini Miranda Giovani⁴

Maria Júlia Paes da Silva⁵

Se trata de ensayo clínico con el objetivo de verificar la eficiencia del masaje para apocar la lumbalgia ocupacional y su influencia en el desempeño de las actividades laborales y de vida, en el equipo de Enfermería. La muestra fue compuesta por 18 empleados, que recibieron de 7 a 8 sesiones después del plantón. Por la escala numérica de dolor, hubo mejora significativa estadísticamente entre la 3ª y 1ª evaluación ($p=0,000$) y entre la 3ª y 2ª ($p=0,004$), por la prueba de Wilcoxon. Sobre la evaluación funcional de Owesstry, en la prueba T pareado, se observó diferencia estadística ($p=0,02$) entre el primer momento, con media del 21,33% y el según (18,78%), y se mantuvo entre la segunda y tercera evaluación (16,67%). Fueron encontrados 18 puntos (medio riesgo) para escala de evaluación del riesgo en el movimiento y transferencia. Se concluye que el masaje fue eficiente en la disminución de la lumbalgia ocupacional, así como trajo mejoría en las actividades de trabajo y vida. Clinical Trials Identifier: NCT01315197.

Descriptores: Dolor de la Región Lumbar; Masaje; Terapias Complementarias; Enfermería.

¹ Alumna del curso de graduación en Enfermería, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Brasil.

² Médica PhD, Instituto de Ortopedia e Traumatologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Brasil. Profesor Asociado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Brasil.

³ Fisioterapeutas, Instituto de Ortopedia e Traumatologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Brasil.

⁴ Enfermera MSc, Instituto de Ortopedia e Traumatologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Brasil.

⁵ PhD, Profesor Titular, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Brasil

Correspondencia:

Maria Júlia Paes da Silva
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem
Rua Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro Cerqueira César
CEP 05403-000, São Paulo, SP, Brasil
E-mail: juliaps@usp.br

Aplicação da massagem para lombalgia ocupacional em funcionários de Enfermagem

Trata-se de ensaio clínico com o objetivo de verificar a eficiência da massagem para diminuir a lombalgia ocupacional e sua influência no desempenho das atividades laborais e de vida, na equipe de Enfermagem. A amostra foi composta por 18 funcionários, que receberam de 7 a 8 sessões após o plantão. Pela escala numérica de dor, houve melhora significativa estatisticamente entre a 3ª e 1ª avaliação ($p=0,000$) e entre 3ª e 2ª ($p=0,004$), pelo teste de Wilcoxon. Sobre a avaliação funcional de Oswestry, no teste T pareado, observou-se diferença estatística ($p=0,02$) entre o primeiro momento, com média de 21,33% e o segundo (18,78%), e se manteve entre a segunda e terceira avaliação (16,67%). Foram encontrados 18 pontos (médio risco) para escala de avaliação do risco na movimentação e transferência. Conclui-se que a massagem foi eficiente na diminuição da lombalgia ocupacional, assim como trouxe melhoria nas atividades de trabalho e vida. Clinical Trials Identifier: NCT01315197.

Descritores: Dor Lombar; Massagem; Terapias Complementares; Enfermagem.

Massage application for occupational low back pain in nursing staff

This is a clinical trial which aims to evaluate the efficiency of massage in the reduction of occupational low back pain, and its influence on the performance of work and life activities for the nursing team. The sample consisted of 18 employees who received seven to eight sessions after their work period. From the Numerical Pain Rating Scale, significant improvements were found between the 3rd and 1st evaluations ($p=0.000$) and between the 3rd and 2nd ($p=0.004$), using the Wilcoxon test. Regarding the Oswestry Disability Index, the paired t test showed a statistical difference ($p=0.02$) between the baseline, with a mean of 21.33% and the second evaluation (18.78%), which was also seen between the second and third evaluation (16.67%). The score for the Handling and Transfer Risk Evaluation Scale was 18 points (medium risk). It is concluded that massage was effective in reducing occupational low back pain, and provided improvement in activities of work and life. Clinical Trials Identifier: NCT01315197.

Descriptors: Low Back Pain; Massage; Complementary Therapies; Nursing.

Introducción

Las cuestiones de trabajo y salud no pueden ser desvinculadas. El profesional de Enfermería que desea asistir, tratar y cuidar del otro necesita también de atenciones, haciéndose necesario que sus condiciones de salud física, mental y espiritual estén en equilibrio. Delante de eso, la finalidad de este estudio es verificar cual la eficacia del uso de práctica complementar, el masaje, en el tratamiento de problemas que acometen la columna lumbar de aquéllos que trabajan en hospitales.

Problemas relacionados a la salud del trabajador afectan la calidad de la asistencia y su ejecución propiamente dicha. El nivel de falta de concentración

suele ser alto y se encuentran números relevantes de alejamiento debido a que problemas osteo-musculares, que alcanzan todo el equipo de Enfermería⁽¹⁻²⁾.

La preocupación con la salud del trabajador gana cada vez más espacio y trabajos importantes en el área. En trabajo realizado, asociándose los disturbios osteo-musculares a las condiciones de trabajo del equipo de Enfermería⁽³⁾, se verificó que la ocurrencia varia entre 80 y 93% en el ambiente hospitalario, con predominancia en las regiones cervical, hombros, lumbar y rodillas y destaque para lumbalgia. Se apunta para suma de factores que favorecen el apareamiento de los disturbios, como

“(des) organización del trabajo”, cuestiones relacionadas al ambiente y ergonomía. Se destacan el movimiento y transporte de pacientes, postura corporal no apropiada, falta de equipos adecuados, recursos humanos en número escaso, movimientos repetitivos y jornadas de trabajo prolongadas⁽²⁾. Se enfatiza, por tanto, la atención para esos problemas de columna, una vez que son limitantes e incapacitantes.

Según los descriptores de salud, la lumbalgia es un síntoma referente al dolor agudo o crónico en las regiones lumbar o sacral, pudiendo estar asociada a esguinces y distensiones de los músculos, de ligamentos, desplazamiento del disco intervertebral y otras condiciones.

Las posibilidades de tratamiento para lumbalgia son de interés mundial. Existen tratamientos farmacológicos y no farmacológicos propuestos para esa patología y, dentro de esos, el masaje es apuntado como tratamiento posible⁽⁴⁻⁷⁾, con beneficios para disminución de dolor y aumento del bienestar⁽⁸⁾. Indicado también por la directriz de práctica clínica conjunta del *American College of Physicians e American Pain Society*⁽⁹⁾.

En revisión sistemática, realizada en 2008, para actualización de la revisión de 2000, que relaciona masaje y lumbalgia, se concluye, en esa nueva etapa⁽⁸⁾, que el masaje es benéfica para la lumbalgia inespecífica, o sea, que no es proveniente de enfermedades, sea subaguda o crónica, y que también presenta efectos a largo plazo, de por lo menos un año después del término del tratamiento. Otros efectos del masaje son apuntados como alivio de dolores, tensiones musculares, relajamiento, promoviendo sensación de bienestar, además de promover atención y cariño⁽¹⁰⁾.

Masaje, según los descriptores en Ciencia de la Salud, es el conjunto de manipulaciones sistemáticas y científicas de las telas corporales de mejor eficiencia, hecha con las manos, con el propósito de influenciar los sistemas nervioso y muscular y la circulación general⁽¹¹⁾.

En Brasil, existe número relevante de pesquisas en esa área, en Enfermería, pero éstas presentan fallos metodológicos⁽¹²⁾, como ausencia de la descripción de la secuencia de la técnica de masaje⁽¹³⁻¹⁴⁾, la no descripción de cual el tipo de masaje que es realizado, tiempo de duración de la técnica⁽¹⁵⁻¹⁶⁾; datos fundamentales que imposibilitan la replicación de los estudios, así como el análisis de que tales resultados podrían ser extrapolados para otras poblaciones/muestras. En otros países una crítica recurrente es la utilización del masaje como control y no intervención⁽¹⁷⁾. Se justifica, por tanto, que más investigaciones puedan ser realizadas en ese campo y área de conocimiento, para que las prácticas integrativas y complementarias se configuren como parte del cuidado, en beneficio de mayor número de personas, apuntando

claramente la descripción de la técnica y trayendo el masaje como principal intervención hecha. Ése fue el factor motivador que justifica el presente estudio.

Hay respaldo legal para el uso del masaje en el servicio de la población del municipio de São Paulo, a través de la Ley nº13.717, de 2004, a cual dispone sobre la implementación de las Terapias Naturales en la Secretaría Municipal de Salud⁽¹⁸⁾, con destaque para masoterapia, acupuntura, entre otras.

El COFEN - Consejo Federal de Enfermería - estableció desde 1997, la Resolución nº197, que reconoce enfermeros expertos en prácticas complementarias a la salud, desde que cumplidas las exigencias del Ministerio de la Educación para los cursos de especialización⁽¹⁹⁾.

Objetivos

Verificar cual la eficiencia del masaje para apocar la lumbalgia ocupacional.

Verificar la influencia de la técnica criada en el desempeño de las actividades laborales y de vida.

Casuística y Método

Tipo de pesquisa. Se trata de estudio de campo, semi-experimental, ensayo clínico del tipo antes y después. *Local de estudio.* La pesquisa fue desarrollada en el Instituto de Ortopedia del Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, con profesionales del Equipo de Enfermería de la Unidad de Lesionado Medular. *Aspectos éticos y legales.* El proyecto de pesquisa fue aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa del Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo (Proceso nº 0237/10) y atendió a la Resolución 196/1996, del Consejo Nacional de Salud, al envolver seres humanos en la pesquisa, con la utilización de un término de consentimiento libre y esclarecido (TCLE) presentado a los sujetos participantes, a fin de se lograr, antepasadamente, su autorización. Fueron garantizados anonimato y confiabilidad de los datos. *Muestra.* Para definir la muestra, se convidaron todos los empleados del sector de Lesionado Medular que referían tener dolores en la región de las espaldas relacionadas a actividades laborales. A los interesados, los fisioterapeutas participantes de la pesquisa aplicaron la escala numérica de dolor⁽²⁰⁾ y el cuestionario traducido de evaluación funcional de Oswestry⁽²¹⁾. Todavía, apenas los individuos que puntuaron en la escala numérica de dolor⁽²⁰⁾ graduación mayor que 0 (cero) y en el cuestionario traducido de evaluación funcional de Oswestry⁽²¹⁾ puntuación mayor que 15 hicieron parte del muestreo. *Criterios de inclusión.*

(1) Participación voluntaria en el estudio de empleados de ambos los sexos con disponibilidad de hora para sometimiento a las sesiones. (2) No estar embarazada. (3) Realizar plantón de, por lo menos, 6 horas diarias. (4) No entrar de vacaciones o licencia médica durante el período del estudio. (5) Presentar lumbalgia auto-referida o constatada por diagnóstico médico. (6) No presentar espondilolistesis, hernia de disco y lombociatalgia auto-referida o constatada por diagnóstico médico. (7) No hacer uso de anti-inflamatorios. (8) Individuos que presentaron grado mayor que 0 (cero) en la escala numérica de dolor⁽²⁰⁾ y puntuación mayor que 15 en el cuestionario traducido de evaluación funcional de Oswestry⁽²¹⁾. *Criterios de falta de continuidad/exclusión.* (1) Empleados que faltaron a más de una sesión. (2) Empleados que abandonaron el estudio.

Procedimientos para la recogida de datos. Después de la definición de la muestra, fueron rellenados el TCLE y el cuestionario de datos sociodemográficos. La aplicación del TCLE y la aclaración de la pesquisa fueron realizadas por la encuestadora ejecutante. Enseguida, hubo aplicación de la escala numérica de dolor⁽²⁰⁾, cuestionario traducido de evaluación funcional de Oswestry⁽²¹⁾ y escala de evaluación del riesgo en el movimiento y transferencia⁽²²⁾ por los coautores fisioterapeutas, con re-aplicación de los mismos en la 2ª semana (4ª sesión de tratamiento) y en el fin de la pesquisa (7ª ó 8ª sesión), al término de cada sesión.

En el cuestionario de datos sociodemográficos se verificaron: edad, sexo, cargo, tiempo de trabajo en la unidad, existencia de enfermedad de base y tiempo de dolor lumbar.

La escala numérica de dolor⁽²⁰⁾ evalúa la intensidad de esa en el momento y a clasifica en tres categorías, con numeración de 1 a 3 para dolor leve, 4 a 6 para dolor comedido y 7 a 10 para peor dolor posible.

En el cuestionario traducido de evaluación funcional de Oswestry⁽²¹⁾ existen 10 sesiones de preguntas con 6 alternativas, que puntúan de 0 a 5 puntos. La determinación de la puntuación es hecha a través de la expresión: total de puntos x 100 ÷ 50. El resultado es clasificado según la puntuación: 0 a 20% incapacidad mínima; 21 a 40% incapacidad comedita; 41 a 60% incapacidad grave; 61 a 80% inválidos y 81 a 100% individuos acamados y con síntomas exagerados.

La escala de evaluación del riesgo en el movimiento y transferencia es un instrumento validado en Brasil, que evalúa el riesgo de profesionales desarrollar lumbalgia ocupacional relacionada a diversos factores relacionados al trabajo⁽²²⁾. Comprende 8 tópicos, con 3 alternativas cada, con valores de 1 a 3, que deben ser rellenados por un trabajador del área de la salud. Los tópicos son: peso,

altura, nivel de conciencia y psicomotricidad, movilidad en la cama, transferencia de la cama/maca o cama/silla y vice-versa, deambulación, catéteres y equipos utilizados por el cliente y ambiente. El resultado es clasificado en poco riesgo (8 a 12), medio riesgo (13-18) y mucho riesgo (19-24).

Los participantes recibieron entre 7 y 8 sesiones de masaje (2 por semana), con duración de 30 minutos para cada sesión, después del período de trabajo/plantón, realizadas por la encuestadora ejecutante, enfermera (primera autora del estudio).

Las técnicas utilizadas están apuntadas a continuación.

1. Alisamiento: movimiento somero, leve, continuado, realizado con toda la superficie palmar, con ambas las manos. Realizado 3 veces de manera rápida, iniciando en la región torácica, moviéndose verticalmente hasta el inicio de la región lumbar; finalizándose con movimiento horizontal en la lumbar, de manera centrípeta.
2. Acupresión: realizada con la punta del pulgar, la presión debe ser fuerte el suficiente para el individuo sentir algún dolor. La duración de la presión es de 3 segundos, con dirección vertical.
3. Amasamiento: manipulación en la que los músculos y telas subcutáneas son alternadamente comprimidos y liberados. Realizado con la punta del pulgar, los movimientos son circulares, siendo realizadas 3 vueltas en el mismo punto, duración de 3 segundos cada.

Protocolo de masaje: el protocolo de masaje, base teórica y metodológica en el presente estudio, fue dibujado juntándose los conocimientos de masaje y los textos/libros base de acupuntura. La localización de los puntos y sus meridianos, así como la función de cada de ellos, fueron extraídos de la acupuntura⁽⁹⁾. Los movimientos de alisamiento, amasamiento y presión son del masaje⁽⁸⁾. La presión ejerce papel fundamental en el protocolo, pues es principalmente a través de ella que se consigue el efecto de la analgesia⁽²³⁻²⁴⁾.

Primero fue hecho el alisamiento. La presión y amasamiento fueron realizados conforme las técnicas descritas, una vez en cada punto. Para la localización correcta fueron usados los puntos de acupuntura descritos en la Figuras 1 - A y B, así como su meridiano.

La principal trayectoria de meridiano utilizada en ese protocolo es el de la vejiga (Pang Guang) por su localización y puntos que actúan en el tratamiento de la lumbalgia, ya descritos en literatura por su eficacia⁽²⁶⁾. Fueron utilizados los puntos que bajan a lo largo de los músculos paravertebrales, desde la región torácica, pasando por la espalda, región sacroiliaca, en la nalga,

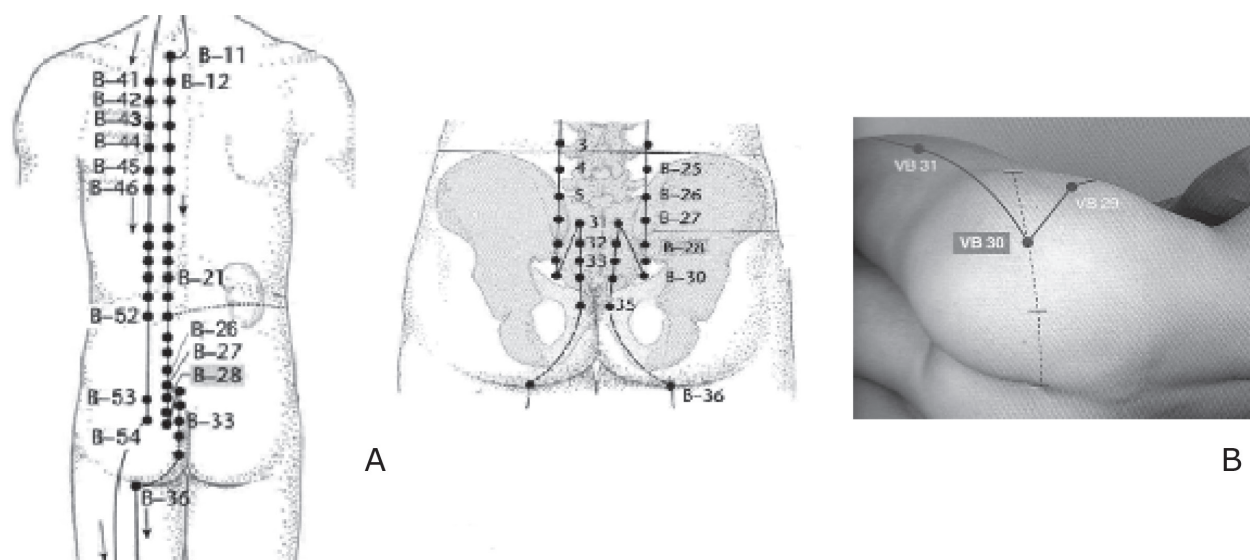


Figura 1 - A - Imagen modificada de puntos del protocolo⁽²⁵⁾. São Paulo, 2010. B - Punto VB30⁽²⁵⁾. São Paulo, 2011.

hasta el punto B36, en el pliegue del glúteo. También el punto vesícula biliar 30, atrás de la región trocanteriana. Los puntos de la primera línea de la vejiga fueron los puntos B11 hasta B35 y los puntos de la segunda línea de la vejiga de B41 hasta B54 y finalmente B36, en el pliegue del glúteo. Además de los puntos B23 hasta B26, de la primera línea, B52 a B54, de la segunda línea, los puntos del orificio sacral (B31, 32, 33, 34) y VB30, todos localizados en la región lumbar y sacral⁽²⁶⁾.

El punto B23 es el punto Shu de los riñones y entre sus principales indicaciones están el dolor lumbar crónico, contracciones musculares en la región lumbar⁽²⁶⁾. Los puntos B24 a 26 se localizan abajo del B23, acompañando las vértebras lumbares. Tienen entre sus principales funciones fortalecer las partes inferiores de la espalda, lumbar y rodillas y poseen indicaciones específicas para lumbalgia y ciatalgia⁽²⁶⁾.

Los puntos B31, 32, 33 y 34 son puntos localizados en los orificios sacrales. Entre sus principales funciones está a de fortalecer la región lombo-sacral y rodillas. El punto B36, en el margen inferior del músculo glúteo máximo y en el punto medio del doblez de la piel de las nalgas, es utilizado para relajar los tendones y para lumbalgia y ciatalgias. Los puntos de la segunda línea del meridiano de la vejiga de B52 a 54 también son utilizados, entre otras funciones, para reforzar la lumbar⁽²⁶⁾.

El punto VB30 (Huntiao) es un punto que se encuentra entre el tercio medio y el tercio lateral de la distancia entre el punto más saledizo del trocánter mayor y el hiato sacral. La elección también de ese punto se relaciona a sus funciones, como la de fortalecer la región de la columna lumbar y los miembros inferiores. Relaja los tendones, músculos y articulaciones de la pierna y nalga⁽²⁶⁾.

Resultados

Todo el equipo de Enfermería de la unidad fue invitada a participar de la pesquisa. De los 22 empleados del cuadro, cuatro fueron excluidos del proyecto, pues: 1 no poseía lumbalgia, 2 no tenían disponibilidad de hora por trabajar en dos empleos y 1 no aceptó la terapia. En el total, por tanto, la muestra del estudio contó con 18 empleados, siendo 15 auxiliares de enfermería y 3 enfermeros. Ninguno de ellos realizaba actividad física regular.

La edad media de los sujetos fue de 38 años, variando de 21 a 58. Once personas eran del sexo femenino. Participaron empleados de los tres turnos (mañana, tarde y noche). El tiempo medio de trabajo en ese sector es de 13 años, variando de 1 año y 8 meses a 36 años. Las enfermedades de base que aparecieron fueron glaucoma, hipertensión arterial, hernia de disco cervical y úlcera gástrica. El tiempo percibido del dolor lumbar tuvo intervalo de 6 meses a 25 años, con 6,5 años en media.

El número de sesiones fue respetado en cuanto a los criterios de exclusión, siendo que 16 individuos (88,9%) de la muestra pasaron por 8 sesiones y 11,1%, 7 sesiones.

En la evaluación inicial de la escala numérica de dolor⁽²⁰⁾, predominó dolor comedido, con 55,5% (n=10) de la muestra. Hubo la siguiente distribución: 3 (16,6%) personas con dolor leve, 10 (55,5%) con dolor comedido y 5 (27,7%) intensa (peor dolor posible). En la segunda evaluación, 8 (44,4%) estaban sin dolor, 9 (50%) con dolor leve y 1 con dolor comedido. En la última evaluación, apenas 1 (5,5%) persona tuvo 2 en el score de intensidad (dolor leve) y los demás 17 (94,5%) sujetos estaban sin dolor.

En la prueba de Wilcoxon, se observó diferencia estadísticamente significativa entre la tercera y primera sesión, así como entre el tercero y lunes, conforme Tabla 1.

Tabla 1 - Distribución de los scores comparativos de dolor en los momentos de masaje. São Paulo, Brasil, 2010.

	n	Evaluación	p
3ª evaluación	18	Evaluación inicial (0 sesión)	0,00*
3ª evaluación	18	2ª evaluación (4ª sesión)	0,00†

*p<0,05 en la comparación entre la 3ª y la evaluación inicial.

†p<0,05 en la comparación entre la 3ª y la 2ª evaluación.

A través de la correlación no paramétrica de Spearman, se observó que el tiempo de lumbalgia no tiene relación, sea con la edad o con el tiempo de trabajo en la Unidad de Lesionado Medular ($p>0,05$), conforme Tabla 2. Hubo, sin embargo, diferencia estadísticamente significativa entre tiempo de lumbalgia y la segunda evaluación de la intensidad del dolor.

Tabla 2 - Correlación cuantitativa entre variables tiempo en la unidad y dolor. São Paulo, Brasil, 2010.

	n	Edad	Tiempo en la unidad (años)	Evaluación inicial (0 sesión)	2ª Evaluación (4ª sesión)	3ª Evaluación
Tiempo de lumbalgia (años) p	18	0,12	0,87	0,86	0,01*	0,47

*p<0,05 en la correlación entre tiempo de lumbalgia y la 2ª evaluación.

La Figura 2 apunta el potencial de la técnica utilizada, o curva de mejora, la cual se mantuvo aun después de la segunda evaluación, evidenciada por la mejora en ese período de tiempo, aunque ya con menor impacto, según puede ser observado.

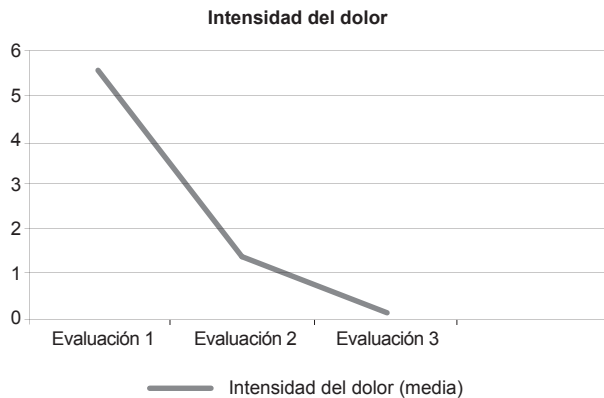


Figura 2 - Evaluación del dolor. São Paulo, Brasil, 2010.

Con la aplicación del cuestionario traducido de evaluación funcional de Oswestry⁽²¹⁾, el equipo estudiado demostró mayoritariamente incapacidad mínima. En la prueba T pareado, se observó diferencia estadísticamente significativa ($p=0,02$) entre el primer momento, con media del 21,33% y el según, 18,78%. La incapacidad mínima se mantuvo entre la segunda y la tercera evaluación, 16,67%, según observado en la Figura 3.

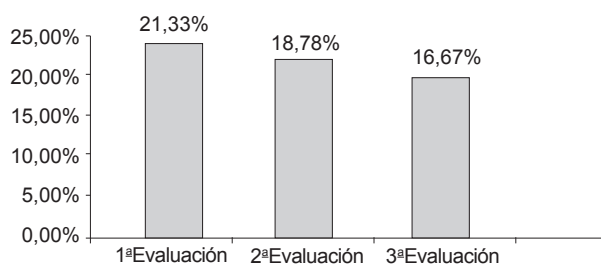


Figura 3. Evaluación funcional de Oswestry de los sujetos investigados. São Paulo, Brasil, 2010.

La escala de evaluación del riesgo en el movimiento y transferencia⁽²²⁾ presentó 18 puntos de media en las tres evaluaciones, con diferencia significativa entre la primera y tercera evaluación, logradas por la realización de la prueba de Spearman. La mayor parte de la muestra, 62,6%, presentó "riesgo medio", y, los demás, "mucho riesgo".

Discusión

La Unidad de Lesionados Medular puede ser comparada y posee características de actividades laborales semejantes a las Unidades de Terapia Intensiva, presentes en todos los otros hospitales que reciben pacientes que necesitan cuidado intensivo de Enfermería.

A todos los datos colectados fueron aplicados testes estadísticos. Llama la atención que datos como edad y el tiempo de trabajo en la unidad, cuando se realizan los mismos procedimientos diariamente, en un sector con gran carga de trabajo, no presentaron correlación positiva. Apenas hubo diferencia estadísticamente significativa entre tiempo de lumbalgia y la segunda evaluación de la intensidad del dolor, sugiriendo que tales variables caminaron juntas, pero no se puede determinar que tipo de influencia pueda haber ocurrido entre ambas.

Delante del expuesto, se utilizó la escala de evaluación del riesgo en el movimiento y transferencia⁽²²⁾, para que fuese posible evaluar los riesgos ergonómicos presentes en el movimiento y transferencia de pacientes rutinariamente internados en la unidad, independiente de la ergonomía correcta o no de los empleados. Los resultados trajeron la "necesidad de planificación (...) y de pequeños equipos (plásticos deslizantes, tablas, (...), tabla de transferencia, bloques de mano anti-deslizante)"⁽²²⁾ en la prestación de la asistencia.

Como el presente estudio fue realizado en unidad de internación con especificidad del tipo de paciente internado, no hubo cambio en el score del cuestionario a lo largo del estudio, siendo que el resultado va al encuentro

de estudio realizado en la UTI de un hospital universitario provincial en el interior de la Provincia de São Paulo⁽²²⁾.

El cuestionario traducido de evaluación funcional de Oswestry⁽²¹⁾ es un instrumento disponible para uso en Brasil, específico para investigar la presencia de lumbalgia, así como la interferencia de esa sobre las actividades diarias del entrevistado. La muestra estudiada presentó incapacidad moderada en el primer momento, siguiendo de incapacidad mínima en los siguientes, indicando que ese protocolo de masaje influencia el desempeño de las actividades laborales y de vida positivamente.

Aliándose este resultado al logrado en la evaluación del riesgo en el movimiento y transferencia⁽²²⁾, se llama la atención para la planificación de la asistencia a fin de evitar complicaciones del cuadro, aumento de la tasa de falta de concentración, recargo del equipo debido a las posibles ausencias y descontentamiento del empleado.

El dolor contestó de manera satisfactoria a la terapia durante todo el tiempo de tratamiento propuesto, en un primer momento, 1ª evaluación, con impacto más acentuado, manteniéndose decreciente en las otras evaluaciones, aunque ya con menor intensidad. Esa disminución puede ser atribuida a la mejora total del dolor presentado por los sujetos, ya que apenas un empleado terminó las sesiones propuestas con grado de intensidad leve. El número de sesiones mostró ser eficiente, incluso para los individuos que pasaron por 7 sesiones.

El Sistema Único de Salud (SUS) apunta que, en enero de 2011, hubo, solamente en la Provincia de São Paulo, el registro de 3.833 internaciones referentes a enfermedades del sistema osteo-muscular y del tejido conjuntivo (Grupo M de Cid-10)⁽²⁷⁾. La dorsalgia es el miércoles causa de accidentes del trabajo, entre 50 códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (Cid) más incidentes en el año 2007⁽²⁸⁾.

Un levantamiento realizado en el período de 1990 a 1997⁽²⁹⁾, en un hospital universitario identificó que, entre 531 accidentes notificados a través de la CAT - Comunicación de Accidentes de Trabajo, 7% (37 accidentes) se relacionaban a lesiones de columna vertebral. El tipo de profesional más acometido fue el auxiliar de enfermería (39,1%); 44% de los accidentes ocurrieron en el período de la mañana, 34,8% ocurrieron en el cuarto del paciente y la causa predominante fue el movimiento y transporte de pacientes.

Por medio de pesquisa realizada en un hospital universitario en la ciudad de São Paulo, se observó que, con relación a la falta de concentración de ese tipo de trabajador, la queja más común de falta abonada se refirió a problemas en el sistema osteo-muscular y del tejido conjuntivo (Grupo M de Cid-10). Ese grupo de enfermedad, sumado a trastornos mentales, fueron

responsables de 4.957 días de ausencia en el trabajo, siendo que trastornos de las telas muelles (M70-M79) y las dorsopatias (M50-M54) representaron más del 50% de las licencias verificadas en el estudio⁽³⁰⁾.

Este resultado corrobora datos encontrados en pesquisa realizada en un hospital de Campinas, SP, con auxiliares y técnicos de enfermería, en el cual la lumbalgia fue responsable de 13,3% de la tasa de falta de concentración encontrada en un período de 12 meses, y por la busca de auxilio médico del 25,7% de los 105 participantes⁽²⁾.

En las culturas orientales, se apoya el uso del masaje para lumbalgia por sus efectos analgésicos potentes, especialmente se aplicada en los puntos de acupuntura, la acupresión⁽⁸⁾. Una pesquisa realizada en China, con foco en la lumbalgia, comparó la acupresión con terapia física convencional, demostrando, al término de ese trabajo, resultados positivos con la acupresión⁽³¹⁾. En otro estudio, se identificó la eficacia de esa técnica sobre la lumbalgia, desde la escala analógica visual, cuestionario de Roland y Morris y cuestionario traducido de evaluación funcional de Oswestry⁽²¹⁾.

Aun son pocos los estudios que posicionan el masaje como principal intervención en el tratamiento del dolor lumbar. Se encontraron apenas 2 trabajos abordando esa cuestión. Con publicación en 2011, una investigación⁽³²⁾ comparó dos tipos de masaje y tratamiento habitual para dolor lumbar crónico no específico, en 401 pacientes. Fueron comparadas masaje relajante con masaje estructural vuelta para la lumbalgia. El tratamiento habitual se refería al tratamiento que el propio individuo estaba haciendo, constituyéndose ése como grupo-control. Después de 10 semanas de tratamiento, y con *follow up* inmediatamente después del término, 26 y 52 semanas, se concluyó que diez sesiones de masaje terapéutico llevaron a más rápida mejora en el dolor lumbar de lo que las atenciones médicas habituales. No hubo diferencia aparente entre masaje relajante y técnica más especializada de masaje estructural.

El otro trabajo fue desarrollado en 2008⁽³³⁾, evaluando la disminución del score de dolor y mejora en los niveles de ansiedad en 101 individuos con dolor lumbar crónico no maligno, con intensidad de dolor de moderada a severa, después de la aplicación de una sesión de masaje por enfermeras. Hubo introducción de manera aleatoria en dos grupos: intervención (masaje) y grupo-control (conversa sobre el dolor). Fueron aplicados cuestionarios antes, inmediatamente después de la sesión, 1, 2, 3 y 4 horas después. Se concluyó que el grupo que recibió masaje tuvo disminución en el score de dolor y ansiedad después de la primera hora, apuntando esa técnica como posibilidad de tratamiento a corto plazo.

Durante la ejecución de la pesquisa, un de los individuos, después de la 5ª sesión, cayó en su domicilio, presentando intensidad de dolor intenso en la región lumbar, y la realización del masaje apocó significativamente el nivel de dolor en las sesiones subsiguientes no siendo considerado causa de exclusión de la pesquisa por tratarse de evento inesperado que puede ser tratado también con el masaje. Otro individuo presentó también, después de la 5ª sesión, crisis de dolor en la región cervical, debido a la presencia de hernia de disco en esa área, e hizo uso de anti-inflamatorio, hecho que puede interferir relativamente en los resultados de mejora con relación a la eficacia del masaje, una vez que refiere haber utilizado apenas una dosis del medicamento y, después de ese incidente, aun ocurrieron 3 sesiones.

Conclusión

Desde este estudio, se concluye que el protocolo de masaje utilizado en este estudio fue eficiente en la disminución de la lumbalgia ocupacional, apuntando la técnica descrita como terapia pasible de ser utilizada dentro de las instituciones hospitalarias, en beneficio de los empleados. Trajo mejoría de las actividades laborales y de vida para el equipo de Enfermería, además de el protocolo estar descrito detalladamente, propiciando la replicación de este estudio en futuras pesquisas en esa área. También la muestra estudiada presentó scores correspondientes a la incapacidad mínima y medio riesgo en el desarrollo de lumbalgia, indicando la necesidad de planificación rigurosa en las actividades pertinentes a la profesión de Enfermería.

Referencias

1. Magnago TSBS, Lisboa MTL, Griep RH, Kirchhof ALC, Camponogara S, Nonnenmacher CQ et al. Condições de trabalho, características sociodemográficas e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(2):187-93.
2. Gurgueira GP, Alexandre NMC, Filho HRC. Prevalência de sintomas músculo-esqueléticos em trabalhadoras de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2003;11(5):608-13.
3. Magnago TSBS, Lisboa MTL, Souza IEO, Moreira MC. Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem: associação com condições de trabalho. *Rev Bras Enferm.* 2007;60(6):701-5.
4. Last AR, Hulbert K. Chronic low back pain: evaluation and management. *Am Fam Physician.* 2009;79(12):1067-74.
5. Childs JD, Fritz JM, Flynn TW, Irrgang JJ, Johnson KK, Majkowski GR, Delitto A. A clinical prediction rule to

identify patients with low back pain most likely to benefit from spinal manipulation: a validation study. *Ann Intern Med.* 2004;141(12):920-8.

6. Licciardone JC, Stoll ST, Fulda KG, Russo DP, Siu J, Winn W, et al. Osteopathic manipulative treatment for chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Spine.* 2003;28:1355-62.

7. Nonpharmacologic Therapies for Acute and Chronic Low Back Pain: A Review of the Evidence for an American Pain Society/American College of Physicians Clinical Practice Guideline *Ann Intern Med.* 2007;147:492-504.

8. Furlan AD, Imamura M, Dryden T, Irvin E. Massage for low back pain: an updated systematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group. *Spine.* 2009;34(16):1669-84.

9. Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT Jr, Shekelle P, et al. 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;147(7):478-91.

10. Siqueira PH. Análise das alterações fisiológicas provenientes da massagem clássica em função do tempo de aplicação. *Rev PIBIC.* 2006;3(2):659-72.

11. Centro Latino Americano e do Caribe e de Informação em Ciências da Saúde (BIREME). Descritores em Ciências da Saúde (Decs). *Massagem.* [identificador único D008405 - descritor na internet]. São Paulo, 2009. [acesso 1 nov 2011]. Disponível em: http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/?IsisScript=../cgi-bin/decserver/decserver.xis&interface_language=p&previous_page=homepage&previous_task=NULL&task=start.

12. Borges TP, Silva MJP. *Massagem na Enfermagem: revisão bibliográfica.* Nursing (São Paulo). 2010;12(144):246-50.

13. Davi RMB, Torres GV, Caldas RM, Dantas JC. Enfermeiras obstétricas na humanização do alívio da dor de parto: um relato de experiência. *Nursing.* (São Paulo). 2008;11(124):424-9.

14. Crescêncio EP, Zanelato S, Leventhal LC. Avaliação e alívio da dor no recém-nascido. *Rev Eletr Enferm.* 2009;11(1):64-9.

15. Morita T, Imura C, Fujimoto K, Shishido H, Tei Y, Inoue S. Changes in medical and nursing care in cancer patients transferred from a palliative care team to a palliative care unit. *J Pain Symptom Manage.* 2005;29(6):595-602.

16. Sescato AC, Souza SRRK, Wall ML. Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. *Cogitare Enferm.* 2008;13(4):585-90.

17. Ernst E. Massage therapy for low back pain: A systematic review. *J Pain Symptom Manage.* 1999;17(1):65-9.

18. Lei n. 13.717, de 08 de janeiro de 2004. Dispõe sobre a implantação das terapias naturais na Secretaria Municipal de Saúde [legislação na Internet]. São Paulo; 2004. [acesso 1 nov 2011]. Disponível em: http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios_juridicos/cadlem/pesqnumero.asp?t=L&n=13717&a=&s=&var=0.
19. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (BR). Resolução COFEN-197/1997. Estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ ou qualificação do profissional de Enfermagem. In: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREn-SP). Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos, auxiliares. São Paulo; 2001. p.159-60.
20. Sousa FF, Silva JA. A métrica da dor (dormetria): problemas teóricos e metodológicos. Rev Dor. 2005;6(1):469-513.
21. Vigatto R, Alexandre NM, Correa HR Filho. Development of a Brazilian Portuguese version of the Oswestry Disability Index: cross-cultural adaptation, reliability, and validity. Spine. 2007;32(4):481-6.
22. Radovanovic CAT, Alexandre NMC. Desenvolvimento de um instrumento para avaliar a movimentação e transferência de clientes: um enfoque ergonômico. Rev Esc Enferm USP. 2002;36(3):231-9.
23. Bialosky JE, Bishop MD, Price DD, Robinson MR, George SZ. The Mechanisms of Manual Therapy in the Treatment of Musculoskeletal Pain: A Comprehensive Model. Man Ther. 2009;14(5):531-8.
24. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: A new theory. Science. 1965;150(699):971-9.
25. Focks C. Atlas de acupuntura: com seqüência de fotos e ilustrações, textos didáticos e indicações clínicas. São Paulo: Manole; 2005.
26. Martins EIS, Garcia EG. Pontos de acupuntura: guia ilustrado de referência. São Paulo: Roca; 2003.
27. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Estatísticas de Saúde: morbidade hospitalar. [texto na internet]. [acesso 1 nov 2011]. Brasília; 2011. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nisp.def>.
28. Previdência Social (BR). Anuário Estatístico da Previdência Social 2007. Tabelas. Quantidade de acidentes do trabalho, por situação de registro e motivo, segundo os 50 códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID) mais incidentes. [texto na Internet]. [acesso 15 mar 2011]. Brasília; 2011. Disponível em: <http://www.mpas.gov.br/conteudoDinamico.php?id=572>.
29. Parada EO, Alexandre NMC, Benatti MCC. Lesões ocupacionais afetando a coluna vertebral em trabalhadores de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2002 janeiro-fevereiro; 10(1):64-9.
30. Sancinetti TR, Gaidzinski RR, Felli VEA, Fuginin FMT, Baptista PCP, Ciampone MHT, et al. Absenteísmo - doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(2):1277-83.
31. Hsieh LL, Kuo CH, Lee LH, Yen AM, Chien KL, Chen TH. Treatment of low back pain by acupuncture and physical therapy: randomized controlled trial. BMJ. 2006;332:696-700.
32. Cherkin DC, Sherman KJ, Kahn J, Wellman R, Cook AJ, Johnson E, et al. A Comparison of the Effects of 2 Types of Massage and Usual Care on Chronic Low Back Pain. A Randomized Controlled Trial. Ann Inter Med. 2011;155(1):1-9.
33. Seers K, Crichton N, Martin J, Coulson K, Carroll D. A randomised controlled trial to assess the effectiveness of a single session of nurse administered massage for short term relief of chronic non-malignant pain. BMC Nurs. 2008;7:10.

Recibido: 25.3.2011

Aceptado: 19.12.2011

Como citar este artículo:

Borges TP, Greve JMD'A, Monteiro AP, Silva RES, Giovani AMM, Silva MJP. Aplicación del masaje para lumbalgia ocupacional en empleados de Enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. maio-jun. 2012 [acceso: ____/____/____];20(3):[9 pantallas]. Disponible en: _____

día
mes abreviado con punto
año

URL