

Efectividad del tratamiento fisioterapéutico y kinesiotape para esguince cervical de II grado

SÁNCHEZ-BARRERA, Eréndira*†, SEVILLA-TERRAZAS, Yadira, VÁZQUEZ-CHACÓN, Verónica, CHÍO-AUSTRIA, Rosa María, AHUMADA-MEDINA, Albino, CORTÉS-MÁRQUEZ, Sandra y SUBERVIER-ORTÍZ, Laura

Recibido 7 de Junio, 2017; Aceptado 6 de Septiembre, 2017

Resumen

Objetivos: Determinar la efectividad del tratamiento fisioterapéutico y la aplicación de Kinesiotape en pacientes con diagnóstico de Esguince cervical

Metodología: longitudinal y diseño cuasi-experimental.

Contribución: La efectividad del tratamiento fisioterapéutico y kinesiotape para acortar el tiempo de recuperación, eliminar el dolor, aumentar el rango de movilidad y mejorar la calidad de vida.

Kinesiotaping, Esguince cervical

Abstract

Objectives: To determine the effectiveness of the physiotherapeutic treatment and the application of Kinesiotape in patients with cervical spine

Methodology: longitudinal and quasi-experimental design.

Contribution: The effectiveness of physiotherapy and kinesiotape treatment to shorten recovery time, eliminate pain, increase mobility range and improve quality of life.

Kinesiotaping, Cervical sprain

Citación: SÁNCHEZ-BARRERA, Eréndira, SEVILLA-TERRAZAS, Yadira, VÁZQUEZ-CHACÓN, Verónica, CHÍO-AUSTRIA, Rosa María, AHUMADA-MEDINA, Albino, CORTÉS-MÁRQUEZ, Sandra y SUBERVIER-ORTÍZ, Laura. Efectividad del tratamiento fisioterapéutico y kinesiotape para esguince cervical de II grado. Revista de Fisioterapia y Tecnología Médica. 2017, 1-1: 16-22

*Correspondencia al Autor (Correo Electrónico: erendis@upp.edu.mx)

† Investigador contribuyendo como primer autor.

Introducción

En los tiempos actuales a esta patología día a día se enfrentan numerosos profesionales de la salud: médicos de urgencias, de atención primaria, médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, peritos médicos, etc.

Pocas afecciones en medicina generan tanta controversia cómo las lesiones asociadas al esguince cervical.

En los últimos años, diversos estudios validados demuestran mayor prevalencia de esta patología en los países industrializados y en desarrollo, estableciendo que la causa más frecuente del esguince cervical ocurre en la colisión por alcance de automóviles, sin embargo, puede ser ocasionado por otros factores, como son caídas y las lesiones generadas durante la práctica deportiva (sobre todo en deportes de contacto).

Las lesiones cervicales pueden tener sintomatología parecida a otras patologías de mayor gravedad.

Por esto es de gran importancia realizar un correcto diagnóstico y seguimiento basado en la clínica, usando una amplia anamnesis del paciente y la exploración física del enfermo, y así permitir otorgar un tratamiento de mayor efectividad.

La fisioterapia, es una disciplina de la salud que ofrece una alternativa no farmacológica y como opción de tratamiento deberá ser específico en utilizar las herramientas que mayor beneficio aporten para la recuperación y readaptación del paciente.

El vendaje neuromuscular conocido mundialmente como Kinesiotaping o kinesiotape es un revolucionario dispositivo terapéutico que desde los años setenta ha venido introduciendo un nuevo concepto dentro de todos los sistemas de vendajes, así como también se ha ido abriendo campos de aplicación desde sus inicios en el rendimiento deportivo hasta una gran cantidad de afecciones músculoesqueléticas, en el campo de la medicina física y la rehabilitación.

El esguince cervical es una patología complicada por los trastornos que asocia. Los factores que provocan la cronicidad de los síntomas, son con frecuencia desconocidos, como por ejemplo en el dolor crónico y la limitación de la movilidad cervical.

La limitación funcional, cuando es severa, puede llevar al paciente a la incapacidad laboral, e incluso dificultar su autonomía para las actividades básicas de la vida diaria. La intensidad del dolor y la incapacidad laboral, son las características que más se repiten en pacientes que presentan una pobre recuperación.

La aplicación de un tratamiento fisioterapéutico oportuno y efectivo en la patología del esguince cervical va encaminado a otorgar una pronta recuperación en cuanto a los síntomas que esta genera; mediante esta investigación se muestra la efectividad del ultrasonido terapéutico, la corriente interferencial y el kinesiotape para eliminar el dolor y aumentar rango de movimiento de la zona cervical, y lograr mejorar la calidad de vida del paciente con esguince cervical de II grado.

Definición

El esguince cervical es una lesión traumática de partes blandas, principalmente ligamentos de la columna cervical, ocasionando dolor asociado a rigidez del cuello. Esta lesión musculoesquelética se produce mediante el mecanismo de lesión por flexión, extensión, flexión-extensión, flexión lateral y rotación.

Clasificación

En relación a la severidad del esguince cervical y las alteraciones asociadas al mismo, el estudio realizado por el grupo Quebec, lo divide en cinco grupos:

GRADO	MANIFESTACIONES CLÍNICAS	PATOLOGÍA
0	No existen molestias en el cuello, ausencia de signos físicos.	
I	Dolor cervical con rigidez o molestias vagas, ausencia de signos físico.	Lesión microscópica de partes blandas. Presentación médica a las 24 horas.
II	a) Molestias cervicales y signos osteomusculares y puntos dolorosos con movilidad normal. b) Igual que en IIa pero con limitación del movimiento.	Lesión de cápsulas, ligamentos, tendones. Presentación antes de las 24 horas.
III	Molestias cervicales y signos neurológicos: disminución o ausencia de reflejos tendinosos profundos, parestesias en una o ambas extremidades superiores, déficit sensorial o debilidad.	Contusión del sistema nervioso o disco herniado. Presentación al momento de la lesión.
IV	Molestias cervicales y presencia de fracturas y/o luxaciones cervicales.	Lesión ósea. Presentación en el momento de la lesión.

Tabla 1. Clasificación del esguince cervical, según el grupo Quebec.

Etiología

Se presenta con mayor frecuencia en accidentes automovilísticos, datos actuales reportan que entre el año 2000 a 2009 se presentaron 235/100 000 habitantes por año, así mismo puede ser causado por caídas y lesiones deportivas.

Aproximadamente el 20% de las personas involucradas en un accidente automovilístico refiere síntomas en la región cervical y 25% de esta proporción presenta dolor crónico en la región. El grado de lesión más frecuente por latigazo es el de Quebec II.

Cuadro Clínico

Los síntomas comúnmente reportados son: dolor cervical (síntoma más frecuente), cefalea, reducción del rango de movilidad (síntomas cardinales en la etapa aguda), parestesias en manos, rigidez cervical, dolor de hombros, dolor o entumecimiento del brazo o disfagia.

En menor proporción: dolor de espalda, vértigo, debilidad, alteraciones visuales y auditivas, fotofobia, fatiga, ansiedad, depresión, irritabilidad, náuseas, problemas de concentración e insomnio.

El dolor cervical es de mal pronóstico, si aparece en un tiempo menor a una hora, generalmente se presenta entre 6 hasta 72 horas tras el accidente.

El dolor aumenta con los movimientos activos y pasivos de la columna cervical, los cuales están limitados y son dolorosos.

Metodología

Este trabajo es de tipo longitudinal y diseño cuasi-experimental.

SÁNCHEZ-BARRERA, Eréndira, SEVILLA-TERRAZAS, Yadira, VÁZQUEZ-CHACÓN, Verónica, CHÍO-AUSTRIA, Rosa María, AHUMADA-MEDINA, Albino, CORTÉS-MÁRQUEZ, Sandra y SUBERVIÉ-ORTÍZ, Laura. Efectividad del tratamiento fisioterapéutico y kinesiotape para esguince cervical de II grado. Revista de Fisioterapia y Tecnología Médica. 2017

La muestra quedó constituida por 11 pacientes, 6 mujeres y 5 hombres, con edad entre 25 y 41 años, de 56 que fueron seleccionados en primera instancia, conformados por derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar N°32 del IMSS, pacientes del Hospital General de Pachuca de Soto y del Centro de Rehabilitación Integral Hidalgo (CRIH) con diagnóstico de esguince cervical e ingresados durante el periodo del mes de marzo y abril de 2017.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes con diagnóstico de II grado en estadio agudo o subagudo, ambos géneros, mayores de edad y que estuvieran de acuerdo con consentimiento informado y lo firmaran.

Las variables de evaluación fueron: calidad de vida evaluada mediante cuestionario de salud SF-36; grado de incapacidad, con escala de Oswestry; intensidad de dolor mediante Escala Analógica Visual (EVA) y rango de movimiento utilizando un goniómetro.

Se llevó a cabo una historia clínica junto con exploración física y pruebas clínicas.

Posteriormente se aplicó tratamiento fisioterapéutico basado en ultrasonido terapéutico y corrientes interferenciales, finalizando con aplicación de Kinesiotape; con duración de 10 sesiones, aproximadamente 30 a 40 min cada una, tres veces por semana (lunes, miércoles y viernes).

Resultados

Las variables de evaluación: calidad de vida, grado de discapacidad, intensidad del dolor y grado de movimiento se valoraron al inicio y termino del tratamiento.

El cuestionario SF-36 utilizado para valorar calidad de vida, donde la puntuación mínima es 0, indicando peor estado de salud y 100 el máximo, indicando el mejor estado de salud; al inicio se obtuvieron valores entre 48 y 62 puntos, al término del tratamiento se logró un aumento entre 82 y 90 puntos demostrando buen estado de salud, manifestando mejoría en todos los ítems, los cuales son: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

Con la escala de Oswestry utilizada para medir grado de incapacidad, al inicio arrojaron valores entre 42 y 58 puntos indicando grado de discapacidad intenso, al finalizar el tratamiento los valores fueron entre 14 y 20 puntos, es decir solo limitación funcional mínima.

En escala de EVA teniendo valores de 0 a 10, donde 0 indica ausencia de dolor y 10 dolor máximo; al inicio los valores obtenidos fueron entre 9 y 6, finalizando con puntuaciones entre 3 y 0.

Escala	Valoración inicial/puntos	Valoración final/ puntos
SF-36	48 y 64	80 y 90
Escala de Oswestry	44 y 58	14 y 20
Escala EVA	9 y 6	3 y 0

Tabla 2. Resumen de valores obtenidos de escala SF-36, escala de Oswestry y EVA

Por último, se evaluó rango de movimiento del raquis cervical, mostrándose en la siguiente tabla los resultados obtenidos en la valoración inicial y final del tratamiento, así como el rango óptimo de cada movimiento:

Movimiento	Valoración inicial	Valoración final	Rango normal
Flexión	17° a 25°	32° a 43°	45°
Extensión	17° a 23°	32° a 40°	45°
Inclinación derecha	20° a 25°	34° a 40°	45°
Inclinación izquierda	20° a 25°	33° a 42°	45°
Rotación derecha	45° a 50°	61° a 70°	60/80°
Rotación izquierda	45° a 50°	59° a 71°	60/80°

Tabla 3. Valores obtenidos de los movimientos de raquis cervical.

Conclusiones

Los pacientes lograron mejorar a partir de la tercera y cuarta sesión de tratamiento dónde refirieron que el dolor iba en descenso, arcos de movilidad aumentaron y realizaban actividades de la vida diaria con menor dificultad; al término de las 10 sesiones todos los pacientes lograron obtener rangos de movimientos dentro de los valores normales tanto en flexión, extensión, inclinación derecha e izquierda y rotación derecha e izquierda, el dolor se eliminó completamente sólo en un paciente, el resto seguían presentando dolor según escala de EVA en 0 y 3, en cuanto a la calidad de vida y grado de incapacidad todos manifestaron poder realizar sus actividades diarias con mínima dificultad.

Las lesiones musculoesqueléticas, como lo es el esguince cervical, exige de manera constante otorgar un tratamiento efectivo que garantice la mejora de los síntomas que esta genera, debido a que cada vez va en ascenso el número de personas que llegan a padecer esta patología y al gran impacto de salud pública que esta genera.

Se debe seguir investigando sobre las demás opciones de tratamiento que ofrece la fisioterapia para poder brindar tratamientos efectivos a la multitud de lesiones musculoesqueléticas que día a día se enfrentan en el área de la salud.

Referencias

Aguirre T, Achalandabaso M. (2009). *Kinesiology Tape Manual. Aplicaciones prácticas: Biocorp Europa S.L.*

Aguirre T. (2010). In *Kinesiology Taping. Teoría y Práctica.: Biocorp Europa S.L.*

BA V. (2010). Mecanismos de producción, lesiones y sintomatología del síndrome de latigazo cervical. *Rev Fisioter (Guadalupe).* 9(1).

Baños AV. (2009). Epidemiología y repercusiones socioeconómicas del Síndrome de Latigazo Cervical. *Rev fisioter (Guadalupe).* 8(2).

Beatriz ÁG. (2009). Esguince cervical. Propuesta de tratamiento. *Medigraphic. Mar-Abr; 23(2).*

Buckup K. (2007). Pruebas clínicas para patología ósea, articular y muscular. 3rd ed. Barcelona, Espana: Elsevier Masso.

Calero PA, Cañón GA. (2012). Efectos del vendaje neuromuscular: una revisión bibliográfica. *Rev Cienc Salud.* 10(2).

Cameron MH. (2013). Agentes Físicos en Rehabilitación. De la investigación a la práctica. 4th ed. Barcelona: Elsevier.

Castillo C. (2013). Consideraciones médico legales del esguince cervical. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 51(3).

SÁNCHEZ-BARRERA, Eréndira, SEVILLA-TERRAZAS, Yadira, VÁZQUEZ-CHACÓN, Verónica, CHÍO-AUSTRIA, Rosa María, AHUMADA-MEDINA, Albino, CORTÉS-MÁRQUEZ, Sandra y SUBERVIÉ-ORTÍZ, Laura. Efectividad del tratamiento fisioterapéutico y kinesiotape para esguince cervical de II grado. *Revista de Fisioterapia y Tecnología Médica.* 2017

- Castillo MFJ. (2012). Bases y aplicaciones del vendaje neuromuscular: Formación Alacalá.
- Delgado MA. (2015). Cirugía Ortopédica y Traumatología. 3rd ed. Madrid, España: Médica Panamericana.
- Donald AN. (2007). Fundamentos de la rehabilitación física. Cinesiología del sistema musculoesquelético. Primera ed. Badalona: Paidotribo.
- Drake LR, Volg AW, Mitchel AWM. (2015). Gray Anatomía para estudiantes. 3rd ed. Madrid España: Elsevier.
- Dutton M. (2015). Ortopedia para el fisioterapeuta. Primera ed. Badalona (España): Paidotribo.
- Ferrari R. (2003). Myths of whiplash. The Surgeon. Abril. 1(2).
- Flórez GM, García PF, Echávarri PC, Alcántara BS. (2006). Escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry. Rehabilitación (Madr). 40(3).
- Forriol CF. (2010). Manual de Cirugía Ortopédica y Traumatología. 2nd ed. España: Médica Panamericana.
- Gálvez HL, Rodríguez OD, Del Río PY. (2016). Retroalimentación biológica para pacientes con esguince cervical agudo. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 54(4).
- García OM, García PMdC, García SM, González RS, Guzmán GJM. (2014). Atención del paciente con esguince cervical en el primer nivel de atención. Rev Med IMSS. Marzo.
- García ZR, Morales AC, González AR, et al. (2011). Traumatismos cervicales. Acta Otorrinolaringológica Esp. 63(1).
- HB S. (2014). Diagnóstico y tratamiento en ortopedia. 5th ed.: McGraw-Hill.
- Hernández SM, Sánchez AM, Solís RA, Yañez EM. (2013). Incapacidad por esguince cervical I y II y el uso del collarín. Rev Med Int Mex Seg Soc.51(3).
- Jull G, Sterling M, Falla D, Treveleaven J, OLeary S. (2009). Latigazo cervical, cefalea y dolor en el cuello. 1st ed. Elsevier, editor.
- Jurado BA, Medina PI. (2010). Manual de Pruebas Diagnósticas. Traumatología y Ortopedia. 2nd ed. Badalona, España: Paidotribo.
- Latarjet M, Ruíz LA. (2010). Anatomía Humana Tomo 2. 4th ed. Buenos Aires: Panamericana.
- Martín CJE. (2013). Rehabilitación. Agentes Físicos Terapéuticos La Habana: Ciencias Médicas.
- Moore KL, Dailey AF, Agur AMR. (2013). Anatomía con orientación clínica. 7th ed. Barcelona: Wolters Kluwer.
- Phillips LA, Carroll LJ, Cassidy JD, Cote P. (2010). Whiplash associated disorders: Who gets depressed? Who stays depressed? Eur Spine J. Jun; 19(6).
- Pineda VC, Bernal GA, Espinoza MR, et al. (2009). Principios Físicos Básicos del Ultrasonido. Rev. chil. reumatol. 25(2).

Regal RRJ. (2011). Síndrome del latigazo cervical. Características epidemiológicas de los pacientes evaluados en la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades de Madrid. Med Segur Trab (Internet). 57(225).

Rodríguez MJM. (2014). Electroterapia en Fisioterapia. 3rd ed. Buenos Aires, Madrid: Médica Panamericana.

Serrano-Atero MS, Caballero J , Cañas A , et al. (2002). Valoración del dolor (I). Rev. Soc. Esp. del Dolor. Marzo; 9(2).

Sijmonsma J. (2014). Manual de Taping Neuro Muscular (TNM). 4th ed. Portugal: Aneid Press.

Spitzer WO, Skyron ML, Salmi LR, et, al. (1995). Scientific monograph of the Quebec Task Force on Whiplash-Associated Disorders: redefining "whiplash" and its management. Spine. 20(1).

Styrke J, Stalnacke BM, Bylund PO, Sojka P, Bjornstig U. (2012). A 10-year incidence of acute whiplash injuries after road traffic crashes in a defined population in northern Sweden. PM R. Oct; 4(10).

Tortora GJ, Derrickson B. (2013). Principios de Anatomía y Fisiología. 13th ed. España: Panamericana.

Vernon HT, Humphreys BK , Hagino CA. (2005). A sistematic view of conservative treatments for a acute neck pain not due to whiplash. Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics. 28(6).

Vicente BA. (2009). Diagnóstico, tratamiento y pronóstico del Síndrome de Latigazo Cervical. Rev Fisioter (Guadalupe). 8(1).

Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, et al. (2005). El cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit. 19(2).

Villar P.L, et al. (2011). Revisión del Kinesio Taping o vendaje neuromuscular como forma de tratamiento fisioterapéutico. Cuest. fisioter. 40(1).

Villarroya LH. (2008). Revisión bibliográfica sobre el síndrome de latigazo cervical. Rev Fisioter (Guadalupe). Mayo; 7.

Villota CXM. (2014). Vendaje neuromuscular: Efectos neurofisiológicos y el papel de las fascias. Rev Cienc Salud. 12(2).

Zagalaz AN. (2013). Evidencia de los tratamientos fisioterapéuticos utilizados en el Sndrome de Latigazo Cervical. Una revisión bibliográfica. Rev Fisioter (Guadalupe). 12.