



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

“TÉCNICA DE JONES VS TRATAMIENTO TRADICIONAL Y SU EFICACIA EN LA INHIBICIÓN DEL DOLOR CERVICAL DE ORIGEN MECÁNICO EN PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE REHABILITACIÓN FÍSICA Y RELAJACIÓN BENDICIONES”

Requisito previo para optar por el Título de Licenciado en Terapia Física.

Autor: Escalante Anja, Jorge Fernando.

Tutora: Lcda. Tello Moreno, Mónica Christina

Ambato – Ecuador

Noviembre, 2014

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“TÉCNICA DE JONES VS TRATAMIENTO TRADICIONAL Y SU EFICACIA EN LA INHIBICIÓN DEL DOLOR CERVICAL DE ORIGEN MECÁNICO EN PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE REHABILITACIÓN FÍSICA Y RELAJACIÓN “BENDICIONES” de Jorge Fernando Escalante Anja estudiante de la Carrera de Terapia Física, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejos Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Julio del 2014

LA TUTORA

.....
Lic. Tello Moreno, Mónica Christina

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación **“TÉCNICA DE JONES VS TRATAMIENTO TRADICIONAL Y SU EFICACIA EN LA INHIBICIÓN DEL DOLOR CERVICAL DE ORIGEN MECÁNICO EN PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE REHABILITACIÓN FÍSICA Y RELAJACIÓN “BENDICIONES”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Julio del 2014

EL AUTOR

.....
Escalante Anja, Jorge Fernando

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que se haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Julio del 2014

EL AUTOR

.....
Escalante Anja Jorge Fernando

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“TÉCNICA DE JONES VS TRATAMIENTO TRADICIONAL Y SU EFICACIA EN LA INHIBICIÓN DEL DOLOR CEVICAL DE ORIGEN MECÁNICO EN PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE REHABILITACIÓN FÍSICA Y RELAJACIÓN “BENDICIONES”** de Jorge Fernando Escalante Anja, estudiante de la Carrera de Terapia Física.

Ambato, Noviembre del 2014

Para constancia firman

.....
PRESIDENTE/A

.....
1er VOCAL

.....
2do VOCAL

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de tesis a Dios y a mi Familia.

A Dios por darme la vida y la fuerza para estudiar, iluminar el largo camino y regalarme una gran familia pilar fundamental en mi vida estudiantil.

Mis padres que con su apoyo incondicional y su confianza en cada reto que se me presentaba, el ánimo brindado tanto en los buenos como en los malos momentos.

Mi triunfo es de ustedes y para ustedes.

Fernando Escalante

AGRADECIMIENTO

La presente tesis es un trabajo en el cual han colaborado y participado varias personas directa o indirectamente, opinando dando ideas brindando su apoyo y su ánimo en momentos difíciles a quien de todo corazón agradezco.

A mi tutora de tesis la Lic. Mónica Tello por su paciencia y gentileza de brindarme su ayuda y conocimiento científico, darme la confianza, amistad, pilares fundamentales en la ejecución de este trabajo.

Un agradecimiento especial a la Licenciada María Belén Camino propietaria del Centro de Rehabilitación Bendiciones, por permitir el desarrollo de esta tesis en sus instalaciones.

Fernando Escalante

ÍNDICE GENERAL

| | |
|--|------|
| PORTADA..... | i |
| APROBACIÓN DEL TUTOR..... | ii |
| AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO | iii |
| DERECHOS DE AUTOR..... | iv |
| APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR | v |
| DEDICATORIA | vi |
| AGRADECIMIENTO..... | vii |
| ÍNDICE GENERAL..... | viii |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS | 11 |
| RESUMEN..... | xii |
| SUMMARY | xiii |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| CAPÍTULO I..... | 2 |
| TEMA: | 2 |
| 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: | 2 |
| 1.2.1 Contextualización..... | 2 |
| 1.2.2. ANÁLISIS CRÍTICO..... | 4 |
| 1.2.3. PROGNOSIS..... | 5 |
| 1.2.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA | 5 |
| 1.2.5. PREGUNTAS DIRECTRICES. | 5 |
| 1.2.6. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA | 6 |
| 1.3. JUSTIFICACIÓN. | 6 |
| 1.4 OBJETIVOS | 7 |

| | |
|---|----|
| CAPITULO II | 8 |
| MARCO TEÓRICO..... | 8 |
| 2.1 Antecedentes investigativos..... | 8 |
| 2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA..... | 13 |
| 2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL..... | 14 |
| 2.4. CATEGORÍAS FUNDAMENTALES | 17 |
| 2.4.1. Fundamentación de las Variables..... | 18 |
| VARIABLE INDEPENDIENTE | 18 |
| 2.4.1.1. TERAPIA FÍSICA..... | 18 |
| 2.4.1.2. KINESIOTERAPIA..... | 19 |
| 2.4.1.3. TERAPIA MANUAL | 21 |
| 2.4.1.4. TÉCNICA JONES | 22 |
| VARIABLE DEPENDIENTE | 41 |
| 2.4.2.1. Biomecánica cervical | 41 |
| 2.4.2.2. CERVICÁLGIA..... | 44 |
| 2.4.2.3. Síndrome postural | 47 |
| 2.4.2.4. CERVICÁLGIA DE ORIGEN MECÁNICO..... | 51 |
| 2.5 HIPÓTESIS..... | 52 |
| 2.6SEÑALAMIENTO DE VARIABLE..... | 53 |
| 2.6.1. Variable dependiente..... | 53 |
| 2.6.2. Variable Independiente..... | 53 |
| CAPÍTULO III..... | 54 |
| METODOLOGÍA | 54 |
| 3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN..... | 54 |
| 3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN..... | 54 |
| 3.3 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN..... | 54 |

| | |
|--|----|
| 3.4. Población y Muestra..... | 55 |
| 3.5 OPERALIZACION DE LAS VARIABLE..... | 57 |
| 3.6 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN | 59 |
| 3.7. Procesamiento y Análisis | 59 |
| CAPÍTULO IV..... | 60 |
| ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS | 60 |
| 4.1. Interpretación de datos | 60 |
| 4.1.1. Escala de Valoración de Discapacidad por Dolor Cervical Inicial | 61 |
| 4.1.2. Escala de Valoración de Discapacidad por Dolor Cervical Final | 62 |
| 4.1.3. Escala de EVA Inicial | 63 |
| 4.1.4. Escala de EVA Final | 64 |
| CAPÍTULO V..... | 68 |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 68 |
| 5.1. Conclusiones | 68 |
| 5.2. Recomendaciones..... | 68 |
| CAPÍTULO VI..... | 69 |
| PROPUESTA..... | 69 |
| 6.1. Datos informativos | 69 |
| 6.2. Antecedentes de la propuesta | 70 |
| 6.3. Justificación..... | 70 |
| 6.4. Objetivos | 71 |
| 6.4.1. Objetivo general | 71 |
| 6.4.2. Objetivos específicos | 71 |
| 6.5. Análisis de la factibilidad..... | 72 |
| 6.6. Fundamentación científico - técnica | 72 |
| 6.7. Modelo operativo | 74 |

| | |
|--|----|
| 6.8. Administración de la propuesta..... | 75 |
| 6.9. Previsión de la evaluación..... | 75 |
| 6.9.1. Plan de monitoreo de la propuesta | 75 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 77 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 77 |
| LINKOGRAFÍA | 77 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 4. Como se trata un Punto Doloroso. | 38 |
| Tabla 5 Músculos de la columna cervical en todos sus planos. | 47 |
| Tabla 6. Escala de Valoración de Discapacidad del Dolor Cervical Inicial | 63 |
| Tabla 7 Escala de Valoración de Discapacidad del Dolor Cervical Final | 64 |
| Tabla 8 Escala de EVA Inicial | 65 |
| Tabla 9 Escala de EVA Final | 66 |
| Tabla1 Algunos de los efectos de la compresión mantenida. | 30 |
| Tabla2 Algunos de los efectos de la compresión mantenida..... | 34 |
| Tabla3 Como se trata un Punto Doloroso. | 36 |

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

| | |
|---|----|
| Ilustración 1 CHAITOW, LEÓN (2008) | 40 |
| Ilustración 3 CHAITOW, LEÓN (2008) | 40 |
| Ilustración 4 CHAITOW, LEÓN (2008)..... | 47 |
| Ilustración 5 CHAITOW, LEÓN (2008) | 47 |
| Ilustración 6 movilización cervical | 49 |
| Ilustración 7 CHAITOW, LEÓN (2008)..... | 50 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 2 Escala de Valoración de Discapacidad del Dolor Cervical Inicial | 72 |
| Gráfico 3. Escala de Valoración de Discapacidad del Dolor Cervical Final | 73 |

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

“TÉCNICA DE JONES VS TRATAMIENTO TRADICIONAL Y SU EFICACIA EN LA INHIBICIÓN DEL DOLOR CERVICAL DE ORIGEN MECÁNICO EN PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE REHABILITACIÓN FÍSICA Y RELAJACIÓN BENDICIONES”

Autor: Escalante Anja, Jorge Fernando

Tutora: Lcda. Tello Moreno, Mónica Christina

Fecha: Julio del 2014

RESUMEN

El presente trabajo investigativo tuvo como objetivo principal comparar dos tratamientos para el manejo e inhibición del dolor cervical de origen mecánico, cuyo origen se da por una falta de hábitos posturales adecuados que poco a poco conllevan a un sinnúmero de síndromes musculares dolorosos siendo el de situación cervical el objeto de este estudio. Parte desde la vivencia diaria donde fisioterapeutas reciben a pacientes, que esperan se les pueda brindar un tratamiento eficaz y de pronto alivio a sus dolencias musculares. La técnica de Jones es una alternativa nueva de tratar diferentes desordenes musculares de una manera rápida con resultados positivos en el menor tiempo posible.

El enfoque de la investigación fue cualicuantitativo, aplicando una investigación de campo a nivel exploratorio, se usó 30 pacientes divididos en dos grupos de 15 (grupo control y experimental) para determinar la eficacia de la técnica de Jones vs el tratamiento tradicional usado en cervicálgia de origen mecánico.

PALABRAS CLAVES:

SÍNDROME, INHIBICIÓN, DOLOR, CERVICALGIA, HÁBITOS POSTURALES.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
CAREER OF PHYSICAL THERAPY

**"TREATMENT TECHNIQUE TRADITIONAL AND JONES VS
EFFICACY ON INHIBITION OF CERVICAL PAIN OF MECHANICAL
ORIGIN IN PATIENTS ATTENDING THE PHYSICAL
REHABILITATION CENTER OF BLESSINGS AND RELAXATION"**

Author: Escalante Anja, Jorge Fernando

Tutor: Lic. Taylor Moreno, Monica Christina

Date: July 2014

SUMMARY

This research work was mainly aimed to compare two treatments for the management and inhibition of neck pain of mechanical origin, the origin is given by a lack of proper postural habits that gradually lead to a number of painful muscle syndromes being the situation cervical the object of this study. Part from the daily experience where physiotherapists are patients who expect they can receive effective treatment and prompt relief your muscle ailments. Jones technique is a new alternative for treating various musculoskeletal disorders in a quick manner with positive results in the quickest time possible.

The research focus was quality-quantitative, applied field research to exploratory level, 30 patients divided into two groups of 15 (control and experimental) was used to determine the effectiveness of the technique of Jones vs. traditional treatment used for neck pain mechanical origin.

KEYWORDS: SYNDROME, PAIN INHIBITION, NECK PAIN, HABITS POSTURAL.

INTRODUCCIÓN

La Técnica de Jones es un tipo de tratamiento que tiene por objetivo la inhibición del dolor de cualquier estructura osteomioarticular usando los denominados puntos dolorosos a la palpación los mismos que se presentan en situaciones de tensión, estrés y cualquier trastorno funcional.

Es el tratamiento más básico e incruento de forma coherente, mediante el método de disfunción somática que determino “Tensión y contra tensión” (TCT).

La eficacia de la tensión/contratensión tuvo lugar en un paciente que no respondía a un tratamiento, el que no podía dormir por el intenso dolor que presentaba, Jones intento encontrar una postura cómoda para que el paciente pudiera dormir, en veinte minutos de intentos fallidos logro encontrar una postura en la que se pudo inhibir el dolor, al observar que el dolor disminuyo tras permanecer el paciente breves momentos , Jones se sorprendió que el paciente era capaz de abandonar la postura inadecuada y adopta una postura cómoda erguida, en el que el dolor desapareció y el paciente se recuperó sin ninguna complicación.

La posición de relajación que Jones identifico para este paciente era una exageración de la posición en la que se producía el espasmo, lo que permitió a Jones determinar los mecanismos implicados en la lesión.

La importancia primordial de este trabajo investigativo es abordar al paciente con cervicálgia mecánica y de los beneficios y eficacia que otorga la aplicación de la técnica de Jones que nos ayude a obtener mejores resultados con la inhibición del dolor y en el menor tiempo posible, así vamos aplicar una técnica innovadora de tratamiento fisioterapéutico el mismo que tendrá gran aceptación con buenos resultados

CAPÍTULO I

TEMA:

"Técnica de Jones vs tratamiento tradicional y su Eficacia en la Inhibición del dolor cervical de origen mecánico en pacientes que acuden al Centro de Rehabilitación Física y Relajación Bendiciones"

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

1.2.1 Contextualización.

Macro

En el Ecuador según el INEC El dolor lumbar y el cervical son las causas más frecuentes de las visitas al médico por el inmenso dolor que ocasiona entre las edades de 28-50 años, cifras que van en aumento y que empeora más con el paso de la edad entrando a los 45 a 50 años alcanza una incidencia de 55% de la población general, pudiendo llegar a un 50 a 80% de la población laboral activa del país.

En ocasiones cuando presentan dolor leve cervical no es tomado muy en cuenta, por las personas que lo padecen, sin recibir atención pronta lo que origina el empeoramiento del cuadro patológico, siendo asociada a los estilos de vida, trabajos en el que se encuentra involucrada directamente las posturas inadecuadas y actividades con esfuerzos físicos repetitivos, provocando incapacidad y dolor constante y persistente o con gran irradiación lo que genera una gran prevalencia.

A demás del tratamiento medicamentoso la atención fisioterapéutica es necesaria para mejorar la funcionabilidad y disminuir el dolor que provoca una cervicálgia mecánica y mejorar su estilo de vida.

La Cervicalgia afecta aproximadamente al 10% de la población. , siendo el origen mecánico el responsable del 90% de los casos. *INEC (2010)*

Meso

En la provincia de Tungurahua de acuerdo con los datos del INEC existen 678 casos mensuales con problemas cervicales, presentándose con mayor frecuencia en personas que realizan actividades que exigen mantener una misma posición por tiempos prolongados, provocando dolor y contracturas musculares, desencadenando un cuadro agudo de incapacidad.

En consultas fisioterapéuticas son atendidas gran cantidad de pacientes con problemas cervicales, en el que las recidivas de los síntomas se agudizan asociándolo en su mayoría a stress laboral y malas posturas.

En un 45% los pacientes que presentan dolor cervical acude a varios centros de la ciudad en los cuales se trata la sintomatología, pero sin saber la causa que los ocasiona y muchas veces no reciben el tratamiento fisioterapéutico adecuado impidiendo una recuperación total.

INEC (2010)

Micro

En Ambato, en la ciudadela Presidencial se encuentra el "Centro de Rehabilitación Física y Relajación Bendiciones" es una entidad de salud que trata a todo tipo de pacientes tanto con afecciones de tipo neurológico como traumatológico, en el cual se encontró 9 casos de cervicgia de origen mecánico y un promedio de 25 niños con trastornos neurológicos. Luego de realizar un estudio minucioso 21 madres de estos niños por el mismo ajetreo con ellos en conjunto con las actividades laborales de su diario vivir han desarrollado este tipo de síndrome cervical, siendo remitidos por el profesional en traumatología al campo de fisioterapia para un pertinente tratamiento.

La columna cervical forma una gran dinámica y estática de lo que le hace una zona vulnerable para lesionarse ya que sus tejidos pueden desencadenar varias molestias.

La Técnica de Jones no a sido aplicada por desconocimiento, y simplemente se a utilizado un protocolo de tratamiento tradicional basado en agentes físicos y coadyuvantes, logrando aliviar el dolor pero no curarlo de manera definitiva, lo que a desencadenado en el paciente recidivas y un trastorno en el bienestar bio-psico-social obteniendo varios ausentismos laborales.

Los datos obtenidos se concretaron mediante entrevista realizada a los pacientes del centro de rehabilitación bendiciones

1.2.2. ANÁLISIS CRÍTICO

La presente investigación se tomara como referencia la dolencia a nivel cervical, que es un problema que puede evolucionar, ser temporal, permanente o recidivante, tiene su origen en muchos factores, como la postura que es importante para la columna cervical. La cabeza y la columna vertebral tienen que estar en equilibrio en la línea de gravedad. La mala postura, la obesidad y debilidad muscular cambian la estática de la columna, aumentando las curvas normales. Los trabajos que requieren encorvar la espalda y flexionar el cuello producen mayor tensión y fatiga muscular.

Es frecuente que el dolor cervical comience siendo de causa muscular y por ello aparece en personas que adoptan posiciones inadecuadas. La cervicalgia de origen mecánico afecta a las personas laboralmente activas, en todos los estratos sociales y en todas las ocupaciones, situación que conlleva a una disminución del rendimiento físico y mental del individuo.

Para ayudar al paciente a recuperar la movilidad debemos inhibir el dolor y mejorar posturas inadecuadas donde aplicaremos la técnica de Jones. Con el uso de este tratamiento vamos a beneficiar al paciente del consultorio Bendiciones y así tengan una recuperación pronta mejorando su estado de salud, evitando que tengan recidivas, logrando con ello una mejor calidad de vida y así puedan realizar sus actividades cotidianas y laborales normales.

1.2.3. PROGNOSIS

La falta de aplicación de un tratamiento fisioterapéutico adecuado y a tiempo, en pacientes con cervicálgia de origen mecánico genera limitación funcional y social, por lo que su cronicidad traería complicaciones. La Técnica de Jones es un tipo de tratamiento que tiene por objetivo la inhibición del dolor de cualquier estructura osteomioarticular usando los denominados puntos dolorosos a la palpación los mismos que se presentan en situaciones de tensión, estrés y cualquier trastorno funcional. Basados en lo descrito es necesario localizar esos puntos dolorosos ya que de no ser situados ni encontrados correctamente por el fisioterapeuta no se podrá llevar a cabo la técnica de la cual esta siendo objeto nuestro estudio y no se podrá tener un tratamiento adecuado para los pacientes que sufren dolores cervicales lo que conllevara a una cronicidad y a la aparición de recidivas, las que en conjunto generan malas posturas, rigidez articular, ocasionando una falta de bienestar y desarrollo normal de las actividades de la vida diaria.

1.2.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué técnica es más eficaz, la técnica de Jones o el tratamiento tradicional en la inhibición del dolor cervical de origen mecánico en pacientes que acuden al Centro de Rehabilitación Física y Relajación Bendiciones?

1.2.5. PREGUNTAS DIRECTRICES.

¿Cómo se aplica la técnica de Jones y el tratamiento tradicional en los grupos seleccionados?

¿Qué tratamiento da mejores resultados en la inhibición del dolor de la cervicálgia de origen mecánico?

¿Qué técnica es necesario proponer como tratamiento para pacientes con dolor

cervical de origen mecánico?.

1.2.6. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

- **Campo:** Terapia física
- **Área:** kinesioterapia
- **Aspecto:** Cervicálgia Mecánica.
- **Espacial:** Centro de Rehabilitación Bendiciones
- **Temporal:** Septiembre 2013- Febrero 2014

1.3. JUSTIFICACIÓN.

La investigación tiene gran interés en buscar una forma alternativa de tratar la cervicálgia de origen mecánico de los pacientes que acuden al Centro de Rehabilitación Física y Relajación Bendiciones. A través de la Técnica de Jones se pretendería lograr la recuperación con la inhibición del dolor mejorando la funcionabilidad con la disminución de las recidivas. Además de un tratamiento preventivo y curativo restableciendo la armonía del cuerpo con posturas adecuadas.

La importancia primordial de este trabajo investigativo es abordar al paciente con cervicálgia mecánica y de los beneficios y eficacia que otorga la aplicación de la técnica de Jones que nos ayude a obtener mejores resultados con la inhibición del dolor y en el menor tiempo posible, así vamos aplicar una técnica innovadora de tratamiento fisioterapéutico el mismo que tendrá gran aceptación con buenos resultados, pero sin embargo en nuestro medio profesional existe falta de información ocasionando que no se aproveche el buen uso de esta técnica.

La investigación es factible por que cuenta con la colaboración de información, la accesibilidad de información mediante las historias clínicas que cuenta el Centro de

Rehabilitación Física y Relajación Bendiciones, y el contacto directo con los pacientes para poder desarrollar la técnica y de su tratamiento fisioterapéutico, además de acceso a la información a libros y páginas de internet sobre la técnica. Además de contar con el financiamiento por parte del investigador y colaboración del personal del centro donde tendrá lugar la investigación.

1.4 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la eficacia de la técnica de Jones vs el tratamiento tradicional en la inhibición del dolor en pacientes con cervicálgia de origen mecánico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aplicar la técnica de Jones y el tratamiento tradicional al grupo de estudio.
- Comparar los resultados obtenidos con la Técnica de Jones y el tratamiento tradicional utilizado en cervicálgia de origen mecánico.
- Implementar la técnica que mejores resultados obtuvieron para pacientes con cervicálgia de origen mecánico en el Centro de Rehabilitación Física y Relajación Bendiciones.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO.

2.1 Antecedentes investigativos.

Estudio comparativo entre la aplicación de la Técnica de Energía Muscular y Técnica de Jones en pacientes con bruxismo

Bruxismo

Según Guillermo Galín Licenciado en Fisioterapia el bruxismo es la manifestación involuntaria caracterizada por hiperactividad de los músculos masticadores que consiste en oprimir, apretar y hacer rechinar los dientes. El bruxismo tiene como consecuencia que los dientes se resientan o se tornen débiles y se aflojen, llegando incluso a la pérdida de una o varias piezas, producto de exceso de presión y desgaste de las piezas. El bruxismo puede llegar a romper el hueso que soporta al diente y generar problemas en las articulaciones.

Objetivo:

Comparar los resultados obtenidos en amplitud de apertura de la boca y disminución del umbral de dolor a la presión entre la aplicación de la técnica de Energía Muscular y técnica de Jones en músculos masticadores de pacientes con diagnóstico de bruxismo.

Material y métodos

Se estudiaron 30 personas de ambos sexos comprendidos entre los 18 y 40 años (adulto joven) con diagnóstico de bruxismo. Las personas fueron distribuidas de manera aleatoria en tres grupos: un primer grupo al que se le aplicó técnica de Energía Muscular para músculo masetero, temporal y pterigoideo interno; un segundo grupo se le aplicó técnica de Jones para iguales músculos; un tercer

grupo llamado grupo control al que se le realizó efecto placebo en dichos músculos. Se realizaron mediciones con un calibre, de la amplitud de la apertura de la boca pre y post intervención, así como también se evaluó mediante escala numérica el umbral de dolor a la presión o desconfort pre y post intervención de las técnicas, en cada punto gatillo encontrado en los músculos citados, tomando como dato final de evaluación para los resultados, la media entre éstos.

Como conclusión final se llegó a que para mejorar la amplitud bucal consideramos mejores resultados aplicando la técnica de Energía Muscular, mientras que para disminuir el umbral de dolor a la presión en puntos gatillos consideramos mejores resultados aplicando la técnica de Jones. (Galín, 2013)

Evaluación comparativa de la modificación de la técnica de Jones aplicada a “Tender (Atienza, 2006) Points” en el trapecio superior.

Según Albert Atienza osteópata de la escuela de osteopatía de Madrid la técnica de tensión/contra-tensión es una técnica pasiva de posicionamiento que tiene como objetivo relajar la musculatura afectada.

Objetivos: comparar la efectividad de la variación de la técnica de tensión/contra-tensión de Jones en el umbral de percepción dolorosa en tender point localizados en el músculo trapecio.

Material y métodos: se estudiaron 100 sujetos diagnosticados de “tender points” en las fibras anteriores y superiores del trapecio superior. Los sujetos fueron divididos de forma aleatoria en cinco grupos: grupo control, grupo tratado con la técnica original, y tres grupos tratados con la técnica modificada durante aplicaciones de 30, 45 y 90 segundos respectivamente.

Un evaluador desconociendo el tratamiento midió el dolor provocado por la aplicación de presión de unos 4.5kg con un algómetro, y la movilidad cervical en latero flexión contra-lateral al “tender point” mediante evaluación centimétrica. Se utilizaron test paramétricos (ANOVA test) para el análisis estadístico.

Resultados: la aplicación de la técnica modificada de Jones durante 30 segundos mostró obtener una mayor mejoría en la disminución del dolor ($p < 0,05$), mientras que la descripción clásica de la técnica de Jones aplicada durante 90 segundos obtuvo una mayor mejora en la movilidad cervical ($p < 0,05$). Finalmente, el grupo control no manifestó cambio alguno entre las distintas mediciones ($p > 0,05$).

Conclusiones: la modificación de la técnica de tensión / contra-tensión descrita por Jones aplicada durante 30 segundos provoca una mayor mejora en la sensibilidad dolorosa en sujetos diagnosticados con "tender points" en el trapecio superior.(Atienza, 2006)

Literature review of Jones Treatment

Objetivos: Encontrar respuesta a estas tres preguntas:

¿Hay evidencia clínica en el diagnóstico a través de la técnica de Jones?

¿Hay evidencia clínica de la bondad del tratamiento de determinadas patologías por medio de la técnica de Jones?

¿Existen datos fiables que expliquen o justifiquen razonablemente las bases fisiológicas de la técnica del strain-counterstrain?

Material y método:

Este estudio se ha realizado con una búsqueda exhaustiva de toda la bibliografía analizada. Esta búsqueda ha constado de dos partes. Una primera búsqueda en internet, en las bases de datos en relación a la osteopatía, la fisioterapia y las ciencias médicas, mediante palabras clave para hacer de filtro y discriminar la información no necesaria.

La segunda parte de la búsqueda se ha realizado contactando con el departamento de biblioteca de la Escuela de Osteopatía de Barcelona para aquellos artículos que

no eran de libre acceso y tenían que ser pedidos a otras universidades o revistas de acceso restringido.

Una vez realizada las búsquedas con las palabras claves en las bases de datos y webs relacionadas con la osteopatía, fisioterapia y medicina y reunidas las publicaciones, se ha realizado un análisis de cada una de ella para determinar si sirven para demostrar la validez del diagnóstico, del tratamiento o de las bases fisiológicas. Para llegar aquí, se han desglosado las publicaciones sobre temas, objetivos, número de las muestras, grados de eficacia, mecanismos de acción y resultados.

Una vez desglosadas y analizadas individualmente y colectivamente se dará respuesta a las preguntas de los objetivos para llegar finalmente a conclusiones sobre la técnica.

Esta recensión no ha podido realizar un análisis estadístico general por la variabilidad de estudios, muestras y parámetros a analizar. No obstante, se han analizado en el apartado de resultados los artículos de forma individual dividiendo los estudios en tres o cuatro partes (objetivo, material y método, resultados y conclusión) en función del guión original y de los datos obtenidos, ya que en parte de los mismos solamente se ha podido analizar el resumen de la publicación.

Resultados y Conclusión:

De esta recensión bibliográfica sobre la técnica de Jones se puede concluir que:

Hay evidencia en el diagnóstico en:

- La articulación temporomandibular
- La región cervical
- Costillas y tórax
- Lesiones del sacro en torsión

Además, uno de los puntos a favor del diagnóstico es la facilidad y fiabilidad de la valoración digital de los tender points comparativamente con el diagnóstico osteopático tradicional (TART).

2-En relación a la eficacia del tratamiento podemos concluir que hay disparidad de resultados:

2.1- Es eficaz para tratar:

- La región cervical, reduciendo el dolor y mejorando la movilidad, y para tratar los músculos trapecio superior y angular de la escápula
- Los músculos maseteros ayudando a aumentar la apertura de la boca
- Se ha comprobado su gran eficacia para tratar el músculo digástrico y el tinnitus.
- En las lumbares es eficaz para reducir el dolor pero esta mejora no perdura en el tiempo; aún así sirve para mejorar la flexibilidad y la movilidad lumbar y corregir las torsiones sacras.
- También sirve para reducir el dolor de la musculatura de la cadera como el glúteo medio, aductor largo, isquiotibiales y psoas-ilíaco y, en consecuencia, para mejorar la movilidad y aumentar la fuerza.
- En el tobillo y pie, reduce el dolor de las lesiones agudas, las fascitis plantares y aumenta la estabilidad dinámica de lesiones crónicas.
- Dolor miofascial

2.2- Efecto dudoso en relación con su eficacia en el tratamiento de:

- Disfunción neuromuscular
- Bandeletailiotibial
- Síndrome del dolor regional complejo
- Epicondilitis
- Tendinitis Aquileas
- Ayuda a reducir la estancia hospitalaria en pacientes con pancreatitis

2.3-El tratamiento con strain -counterstrain no solamente sirve para tratar los tender points regulando la disfunción somática sino que también puede utilizarse

para tratar los triggerpoints con buenos resultados comprobados para los músculos maseteros y el trapecio superior.

3-Para comprender las bases fisiológicas de la técnica del strain-counterstrain existen datos fiables que explican razonablemente que ambas respuestas, propioceptiva y nociceptiva, se pueden producir pueden suceder en los estados disfuncionales. Podríamos estar delante de un marco donde las dos teorías no estén confrontadas sino que convivan las dos juntas y que la disfunción somática pueda obedecer a distintos procesos fisiológicos. En el músculo, sería aceptable la teoría propioceptiva de Korr a través de los husos neuromusculares así como la nocicepción. Para las disfunciones viscerales y traumáticas tomaría más fuerza la teoría de la nocicepción de Richard L. Van Buskirk a la espera de nuevos estudios que hicieran aparecer otras respuestas fisiológicas que también podrían estar involucradas como la teoría de la circulación.

Sea cual sea el establecimiento, en un futuro, de una nueva teoría o la confirmación de una ya existente o la desestimación de otra, la técnica del strain-counterstrain continuará siendo la mejor opción para el tratamiento de la disfunción somática.

Para algunos de los autores, la importancia o utilidad de la técnica de Jones se debe a su versatilidad, ya que se puede tratar a todo tipo de personas con independencia de sus patologías, sin contraindicaciones y de una manera sencilla, eficaz y segura. Todo esto hace que bajo el punto de vista que se sostiene, el strain-counterstrain, sea una técnica altamente recomendable en el tratamiento manual para todos los osteópatas.(Foraster, 2011)

2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

Este proyecto investigativo tiene un enfoque predominantemente critico-propositivo relacionado con la aplicación de la Técnica de Jones en pacientes con

cervicálgia mecánica, se fundamenta en las siguientes ramas filosóficas:

Fundamento Ontológico.

Este proyecto está destinado al estudio integral del paciente con cervicálgia mecánica y la recuperación integral con la inhibición del dolor con la aplicación de la Técnica de Jones los que ayudara a mejorar la calidad de vida y disminuir la sensación de rigidez y dolor para restablecer las funciones normales para mejorar su calidad de vida.

Fundamento Epistemológico.

Desde una perspectiva dialéctica existen técnicas que se utilizan en los pacientes, lo cual implica la actualización de nuevos conocimientos para su correcta aplicación, al mismo tiempo que se genera cambios cualitativos.

Fundamento Axiológico.

La investigación pretende disminuir los signos y síntomas que ocasiona la cervicálgia mecánica logrando en el paciente: la inhibición del dolor que es uno de los limitantes principales de la patología su independencia mejorando la calidad de vida, una intervención pronta haciendo que el paciente logre desarrollar sus actividades optimizando su salud bio-psico-social logrando un excelente resultado en la aplicación de la Técnica de Jones en estos pacientes que lo padecen.

Fundamento Metodológico.

Este proyecto se va a realizar mediante la investigación de campo que nos permitirá identificar los movilizaciones que se deben incorporar para obtener una recuperación eficiente antes y después del proceso que ocasiona la cervicálgia mecánica.

2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL.

Constitución de la República del Ecuador (2008), sección séptima, Salud:

Art.32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se

vincula al ejercicio de otro derecho, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

Art.42.- El estado garantiza el derecho a la salud su promoción y protección por medios del desarrollo de la seguridad alimentaria la provisión de agua potable y saneamiento básico al fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario y a la posibilidad de acceso permanente e interrumpido a servicios de salud conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad calidad eficacia.

Art.43.- Los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos los servicios públicos de atención médica las serán para todas las personas que necesiten, por ningún motivo se negara la atención de emergencia en los establecimientos públicos y privados.

La ley de ejercicio y ética profesional de los fisioterapeutas:

Art.1.- la fisioterapia: es una profesión liberal del área de salud con formación superior, cuyos sujetos de atención son los individuos, la familia y la comunidad.

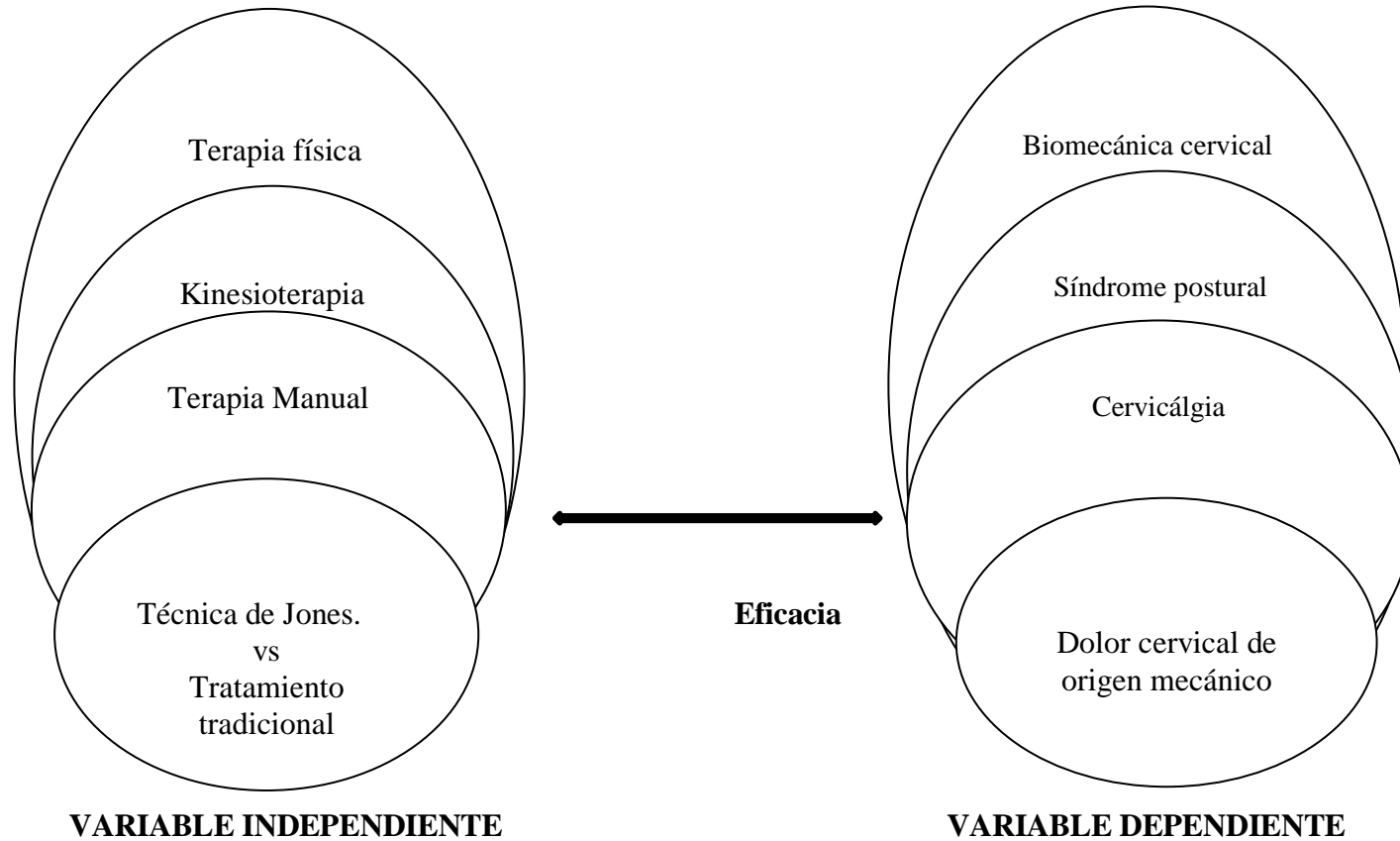
Art.2.- son funciones de los fisioterapeutas, entre otras, la aplicación de tratamiento con medios físicos que se presentan a los enfermos de todas las especialidades de medicina y cirugía donde sea necesaria la aplicación de dichos tratamientos, entendiéndose por medios físicos: eléctricos, térmicos, mecánicos, híbridos, manuales y ejercicios terapéuticos con técnicas especiales en: patologías respiratorias, parálisis cerebral, neurológica y neurocirugía, reumatológica y ortopedia, coronariopatías, lesiones medulares, ejercicios maternales pre y post parto y cuantas técnicas fisioterapéuticas puedan utilizarse en el tratamiento de enfermos o en la prevención y la promoción de la salud.

Art. 3.- el fisioterapeuta tendrá como principios:

- a. Un profundo respeto por la dignidad de la persona humana por sus derechos individuales, sin detención de edad, sexos, razas, posición económica, política, cultura o nacionalidad.
- b. Dar atención y contribuir en la recuperación y bienestar de las personas, no implica garantizar los resultados exitosos de una intervención profesional, hacerlo constituye una falta ética que debe ser sancionada de acuerdo con lo provisto de esta ley.
- c. La atención personalizada y humana del fisioterapeuta constituye un deber profesional y ético permanente con los usuarios de los servicios, así como, transmitir sus conocimientos y experiencias al paso que ejerce la profesión, o bien en función de la cátedra en instituciones universitarias u otras entidades, cuyo funcionamiento está legalmente autorizado.

CONSTITUCIÓN DEL ECUADOR (2008)

2.4. CATEGORÍAS FUNDAMENTALES



2.4.1. Fundamentación de las Variables.

VARIABLE INDEPENDIENTE

2.4.1.1. TERAPIA FÍSICA.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) en 1968 define la

Fisioterapia como: “El arte y la ciencia del tratamiento físico por medio del ejercicio terapéutico, calor, frío, luz, agua, masaje y electricidad. Además, la Fisioterapia también incluye la ejecución de pruebas eléctricas y manuales para determinar el valor de la afectación de la inervación y fuerza muscular, pruebas para determinar las capacidades funcionales, la amplitud del movimiento articular y de la capacidad vital, así como ayudas diagnósticas para el control de la evolución”.

La definición de la O.M.S. aportó en su momento una visión más global que se refiere a la Fisioterapia en relación a los “medios” que emplea, esto es, los diferentes agentes físicos, con la inclusión de nuevos matices: ayudas diagnósticas y el control de la evolución.

Según Javier Jimeno doctor y profesor de la Universidad de Murcia la terapia física puede definirse como el tratamiento de pacientes con invalidez secundaria a lesiones o pérdida de una parte del cuerpo, utilizando agentes físicos como el calor, frío, luz, electricidad, agua y movimiento, a fin de preservar la máxima movilidad y el alivio del dolor.

Esta forma de tratamiento es útil para los pacientes con enfermedades ortopédicas, neurológicas, degenerativas, en el pre y postoperatorio de enfermedades, para los que sufren parálisis cerebral, lesiones de nervios periféricos o de la medula espinal, enfermedades cerebrales, amputaciones, accidentes, lesiones deportivas, o

para personas que sufran de algún malestar del sistema musculoesquelético, como podría ser un desgarro, esguince o contractura.

Los objetivos de la fisioterapia dependen de la enfermedad a tratar, si bien muchos factores influyen en la decisión del tipo de fisioterapia que se usará.

En general todos los objetivos se establecen en función de aumentar o restablecer la capacidad del cuerpo del paciente o de cualquiera de sus partes para realizar actividades funcionales normales, y a eliminar el dolor o malestar que cause la lesión. Corrección de la Postura

Los objetivos de la fisioterapia incluyen:

- Disminuir el dolor.
- Disminuir la inflamación.
- Disminuir el espasmo y espasticidad muscular.
- Aumentar y mantener la fuerza y elasticidad.
- Aumentar la movilidad de las articulaciones
- Aumentar la coordinación
- Favorecer la curación de lesiones de tejidos blandos
- Evitar la formación de contracturas y deformidades
- Disminuir las alteraciones de la marcha
- Corregir las desviaciones posturales
- Aumentar la independencia del paciente para realizar sus actividades de la vida diaria
- Reeducar la marcha y postura de acuerdo a cada lesión
- Enseñar a los pacientes y familiares como realizar en forma correcta los procedimientos de fisioterapia en el hogar del paciente.(Jimeno J. , 2005)

2.4.1.2. KINESIOTERAPIA

Según Leroy es el arte y la ciencia del tratamiento de enfermedades y lesiones a través del movimiento, que se engloba en el área del conocimiento de la

fisioterapia.

La kinesioterapia es una de las formas en las que se aplican terapéuticamente los conocimientos de la Kinesiología, la que estudia el movimiento, la anatomía y fisiología de la biomecánica del cuerpo, de este modo, se ocupa también de estudiar los problemas que surgen de malformaciones, enfermedades, lesiones y accidentes, y a través de esta disciplina, mejorar en forma terapéutica todos estos problemas, convirtiéndose en parte fundamental de los procesos de rehabilitación para aliviar y curar mediante el movimiento.

La kinesioterapia participa en la rehabilitación a través del mejoramiento de las condiciones del movimiento por medio del ejercicio físico, favoreciendo también las capacidades fisiológicas y psicológicas del paciente en tratamiento, intentando reducir a la mínima expresión posible su discapacidad a través del potenciamiento de todas sus capacidades.

Etiológicamente la palabra Kinesioterapia parte de dos voces griegas que significa: kinesis (movimiento) y terapia (cuidado).existiendo una relación con el enfermo, dividiéndose en kinesioterapia Pasiva y la Activa. Para evitar inconvenientes debemos explicarle al paciente que antes de realizar una sesión de kinesioterapia, es necesario que tome conciencia de ciertos factores de riesgo. Lo primero es determinar si la terapia que se va a llevar a cabo, será activa o pasiva.

En la kinesioterapia activa, el paciente realiza el movimiento aunque sea de forma aislada. Contraindicada para las personas que estén atravesando por procesos infecciosos o inflamatorios, como pueden ser las hemopatías graves o los tumores malignos.

En la kinesioterapia pasiva el paciente no realiza el movimiento, es la más empleada para dolor articular y deberán abstenerse en casos de osteotomías, artrodesis, derrames articulares o anquilosis establecidas. De sentir dolor en las articulaciones durante una sesión, sea esta pasiva o activa, deberá suspenderse inmediatamente.

Entre los beneficios de la kinesioterapia podemos destacar:

- Creación ósea.
- Aumento muscular.
- Disminución del riesgo de padecer artrosis.
- Mejora de los nervios periféricos.
- Aumento de temperatura corporal.
- Aumento de oxígeno en el organismo.
- Disminución del riesgo de enfermedades cardíacas.
- Mejora de la circulación.(Leroy., 2000)

2.4.1.3. TERAPIA MANUAL

Para Francisco Minaya y Fermín Valera fisioterapeutas la terapia manual es la aplicación de las manos sobre el cuerpo con fines curativos, y las herramientas que utiliza evidentemente son las manos del terapeuta el que tiene una formación académica integral, con una experiencia y la práctica para poder detectar anomalías orgánicas que producen el dolor, restricción de movimiento, pérdida de función permitiendo la aplicación de técnicas adecuadas para calmar y disminuir las dolencias.

Entre las técnicas que se utiliza para el tratamiento de las partes blandas es el estiramiento y para las articulaciones encontramos fundamentalmente las manipulaciones o técnicas articulatorias que son más suaves.

En los últimos años ha existido un gran desarrollo científico de los métodos utilizados por la terapia manual, basándose en los resultados positivos y en la

demanda social que suscita.

Las técnicas de Terapia Manual son técnicas específicas para el tratamiento del dolor y otros síntomas de disfunción neuro-músculo-esquelética de la columna vertebral y de las extremidades, que se caracterizan por ser aplicadas manualmente y/o de forma instrumental. Las técnicas de Terapia Manual tienen como principales objetivos recuperar el movimiento cuando las articulaciones presentan alguna restricción en el mismo, aliviar el dolor articular, muscular, y de forma inmediata mejorar la funcionalidad del individuo.(Valera F. , 2010)

2.4.1.4. TÉCNICA JONES

Para Chaitow es el tratamiento más básico e incruento de forma coherente, mediante el método de disfunción somática (corresponde a un funcionamiento disminuido o alterado de partes del cuerpo que funcionan en conjunto, como por ejemplo las estructuras esqueléticas, articulares y miofasciales, al mismo tiempo que las estructuras que las acompañan como los sistemas linfáticos, vasculares y nerviosos). (Jones, 1981) que determinó “Tensión y contra tensión”(TCT).

La observación de Jones de la eficacia de la tensión/contratensión tuvo lugar en un paciente que no respondía a un tratamiento, el que no podía dormir por el intenso dolor que presentaba, Jones intentó encontrar una postura cómoda para que el paciente pudiera dormir, en veinte minutos de intentos fallidos logró encontrar una postura en la que se pudo inhibir el dolor, al observar que el dolor disminuyó tras permanecer el paciente breves momentos, Jones se sorprendió que el paciente era capaz de abandonar la postura inadecuada y adopta una postura cómoda erguida, en la que el dolor desapareció y el paciente se recuperó sin ninguna complicación.

La posición de relajación que Jones identificó para este paciente era una exageración de la posición en la que se producía el espasmo, lo que permitió a Jones determinar los mecanismos implicados en la lesión.

A lo largo de los años, desde que Jones observo por primera vez que una posición que exageraba una distorsión del paciente podía proporcionar la oportunidad de liberar el espasmo y la hipertonicidad, han aparecido numerosas variaciones de esta técnica.

Base común.

Uno de los aspectos comunes de muchos de estos métodos consiste en que se aleja al paciente o a los tejidos afectados de cualquier barrera de resistencia y se le lleva hacia posiciones cómodas.

Los términos usados para estos dos extremos son “fijación” y “relajación”, los cuales se reconoce como descriptores extremadamente aptos para cualquier persona que haya manipulado el cuerpo. La necesidad de conocer las numerosas variaciones es obvia.

Los diferentes medios clínicos requieren la disponibilidad de distintos métodos terapéuticos.

El método de Jones utiliza la respuesta verbal del paciente relacionado con el dolor, la palpación de un “punto doloroso a la palpación” que se está usando como monitor, y que el médico/terapeuta está palpando mientras intenta encontrar la posición de relajación.

Se puede imaginar situaciones en las que el uso del método Jones de los “puntos dolorosos como monitor”, sería inadecuado o incluso imposible, por ejemplo, en el caso de alguien que ha perdido su capacidad para comunicarse verbalmente, o que no habla el mismo idioma, o que es demasiado joven o está demasiado enfermo para proporcionar una respuesta verbal en este caso, es evidente que se necesitaría un método que permitiera al médico/terapeuta lograr los mismos objetivos sin comunicación verbal.

Esto es posible, tal y como se mostrará, mediante métodos “funcionales” o métodos de liberación posicional facilitada, que implica a que el terapeuta encuentre una posición de relajación máxima únicamente mediante la palpación,

con la valoración del estado de “relajación” en los tejidos.

Por lo tanto el alivio del dolor o el aumento de la movilidad pueden ser solo temporales o parciales en estos casos, se observara que esto posee un valor especial en la desactivación de los puntos gatillos miofaciales mediante el uso de una combinación de métodos manuales en una secuencia conocida como técnica de inhibición neuromuscular integrada.

Exageración de la Distorsión.

Es un aspecto de la metodología de la TCT (tensión contra tensión) consiste en un espasmo, en el que la persona presentaría una molestia o dolor importante y distorsión postural, cualquier intento por parte de la persona de enderezarnos hacia una postura más normal desde el punto de vista fisiológico produciría un aumento del dolor y gran resistencia, aquí tratamos de generar el alejamiento de la zona de barrera de la restricción en dicha situación no es un problema, colocándolo en una postura de relajación.

Replicación de la posición de tensión.

Aquí se observa la postura que utiliza la persona cuando requiere realizar una determinada actividad, utilizamos posturas inadecuadas generando tensión, y quizás un espasmo, generando en el paciente un bloqueo en posición de distorsión antialgica, para aliviar el dolor.

Puntos Dolorosos a la Palpación y Posición de Relajación.

El descubrimiento de Jones de casi todas las distensiones somáticas poseen zonas asociadas de dolor a la palpación que, a menudo, sólo producen dolor cuando se palpan o exploran, permito que se dieran cuenta de que la articulación o la zona se posicionara en una forma adecuada para aliviar el dolor en estos puntos normalmente disminuía la hipertensión o el espasmo asociados a la postura inadecuada.

Jones afirma que probablemente, al principio se invertirían varios minutos en localizar el punto gatillo miofascial y la posición correcta de liberación. Cuando el

principiante observa como un médico experto localiza un punto doloroso al a palpación en algunos segundos y una posición de relajación en algunos segundos más, puede obtener una falsa impresión de sencillez.

Es posible que al principio se inviertan más de unos minutos en localizar los puntos dolorosos a la palpación; sin embargo, los métodos de palpación precisos, como el método de “arrastre”, por lo general se puede aprender con rapidez si se practica en forma regular.

¿Qué sucede a continuación?

- Una vez localizado, el punto doloroso a la palpación, tenso, se debe palpar con un grado de presión menor que el necesario para producir dolor en el tejido normal.
- El dolor/la sensibilidad debe ser evidente, tanto para el terapeuta como para el paciente.
- Mediante la orientación cuidadosa de la articulación (otro tejido) mientras se palpa de forma constante el punto doloroso a la palpación(o mediante la exploración intermitente del mismo), finalmente se logra una monitorización del progreso hacia la posición normal ideal (disminución del dolor o ausencia del mismo en la articulación palpada)
- El terapeuta percibe y evalúa la disminución (deseada) o el aumento (no deseado) de los niveles de tensión muscular en los tejidos palpados además de notificación del paciente del aumento o la disminución de los niveles de sensibilidad/dolor en el punto.
- Estos indicadores se usan para guiar (“ajuste”)al terapeuta hacia la posición en la que finalmente se produce una sensación de relajación relativa de los tejidos blandos, junto con una disminución importante del dolor en el punto doloroso a la palpación (lo ideal es que sea al menos del 70%).
- Una ausencia de “fijación” y también, lo que es más importante, la notificación del paciente de que el dolor ha disminuido de forma considerable son los indicadores deseados.

Jones (1981) afirma:

“El punto de relajación máxima, acompañado de un aumento repentino de la movilidad articular, con un arco muy pequeño, es el punto móvil”.

Posicionamiento para lograr la relajación.

Como ya vimos, Jones descubrió un nuevo uso de los puntos gatillo, aparte de la presión y punción de los mismos.

El mantenimiento de un nivel de presión suficiente sobre este punto permite que el paciente sea capaz de notificar el nivel de dolor que se produce mientras el paciente se (re) posiciona, con lo que se convierte en el monitor y una guía para el terapeuta. La desaparición o al menos una disminución importante del dolor producido al ejercer presión, tras mantener la articulación en la posición de relajación durante el periodo prescrito es un dato instantáneo que indica el éxito del procedimiento.

Podría pensarse que esta respuesta es ambigua dado que no se refiere a la posibilidad de un resultado final terapéutico debido al uso de la presión sobre el punto doloroso a la palpación sino que solo afirma la intensidad de dicha presión.

Se puede suponer que, en realidad, cierto efecto terapéutico procede de la presión inhibitoria mantenida (conocida como isquemia) sobre un punto doloroso a la palpación que aparece de forma tan espontánea.

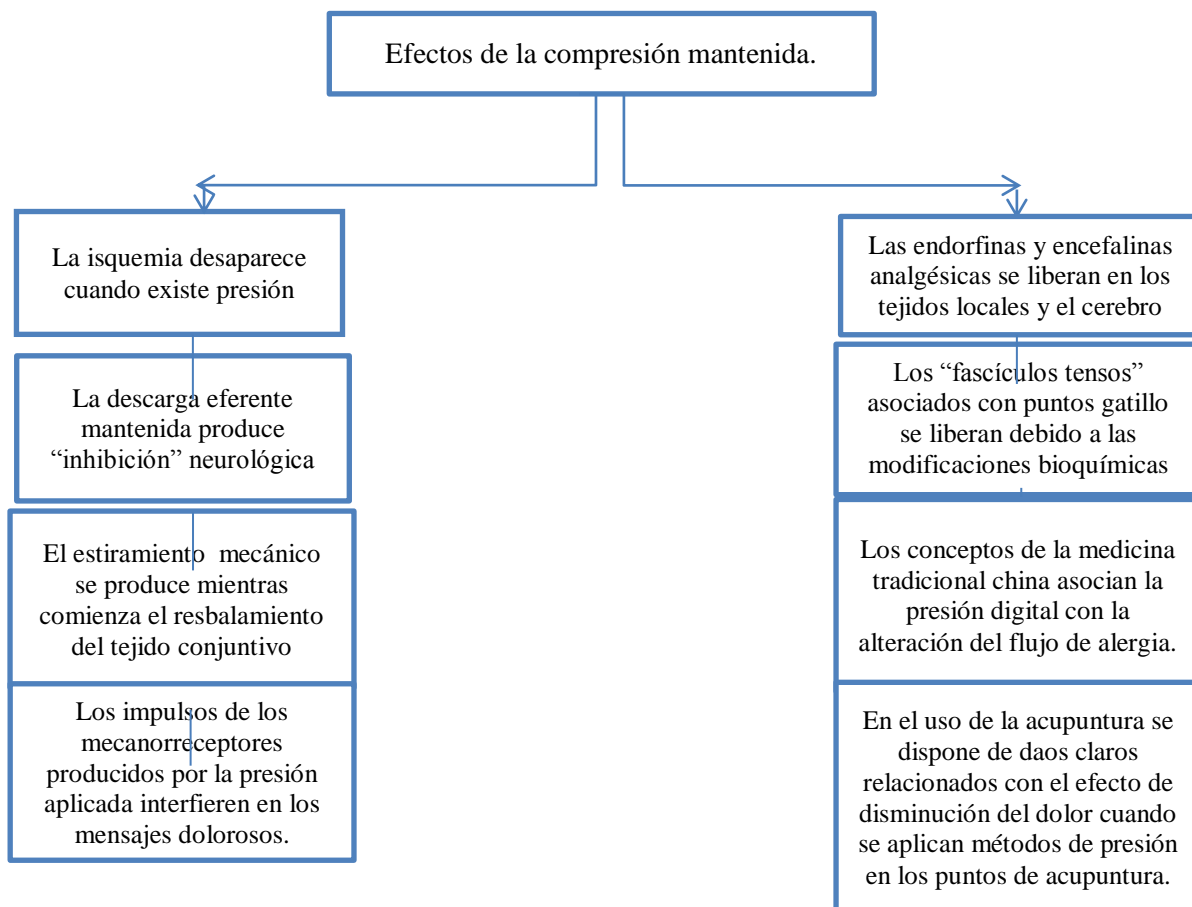


Tabla 1 Algunos de los efectos de la compresión mantenida.

Fuente; Jorge Fernando Escalante Anja.

La técnica de Jones y el uso de los puntos doloroso a la palpación permitirá al fisioterapeuta con experiencia en las técnicas de palpación percibir la tensión y/o el edema, además del dolor a la palpación, que es el signo más valioso para el principiante.

Jones propuso mantener el dedo que palpa sobre el punto doloroso para monitorizar los cambios esperados en el dolor a la palpación mientras que con otra mano posicionaba al paciente en una postura cómoda y relajada.

Además describió que su técnica podría ser eficaz simplemente preguntando al paciente en relación con la comodidad, disminución del dolor, etc., a medida que se explora de forma intermitente mientras se desplazaba hacia la posición de relajación, si se alcanzaba la posición de relajación el paciente notificaba una

disminución del dolor a la palpación en la zona.

Mediante la palpación profunda intermitente, mientras ajustaba el posicionamiento, Jones monitorizaba el punto doloroso a la palpación y buscaba la posición ideal en la que se producía al menos una disminución del dolor a la palpación del 70%.

La clave para la monitorización con éxito mediante este método parece consistir en alcanzar la posición de relajación máxima de la articulación, en la que el punto doloroso a la palpación llega a ser mucho menos sensible a la presión de la palpación. Lo que es más importante, el retorno posterior a la posición inicial de reposo, tras mantener la articulación en esta posición de relajación durante un periodo de 90s o superior, se realiza de forma muy lenta, sin este procedimiento lento, cabe la posibilidad de un retorno repentino a un estado de acortamiento de las estructuras previamente alteradas.

Mapas.

Las habilidades propioceptivas y el uso cuidadoso de la palpación permitirá adquirir la técnica necesaria, las posiciones sugeridas de relajación se relacionan con los datos obtenidos por Jones durante numerosos años, y aunque son muy precisas, es posible percibir la relajación de los tejidos, en lugar de confirmar en la respuesta verbal del paciente relacionada con el nivel de molestia en el momento en el que los tejidos se posicionan y reposicionan.

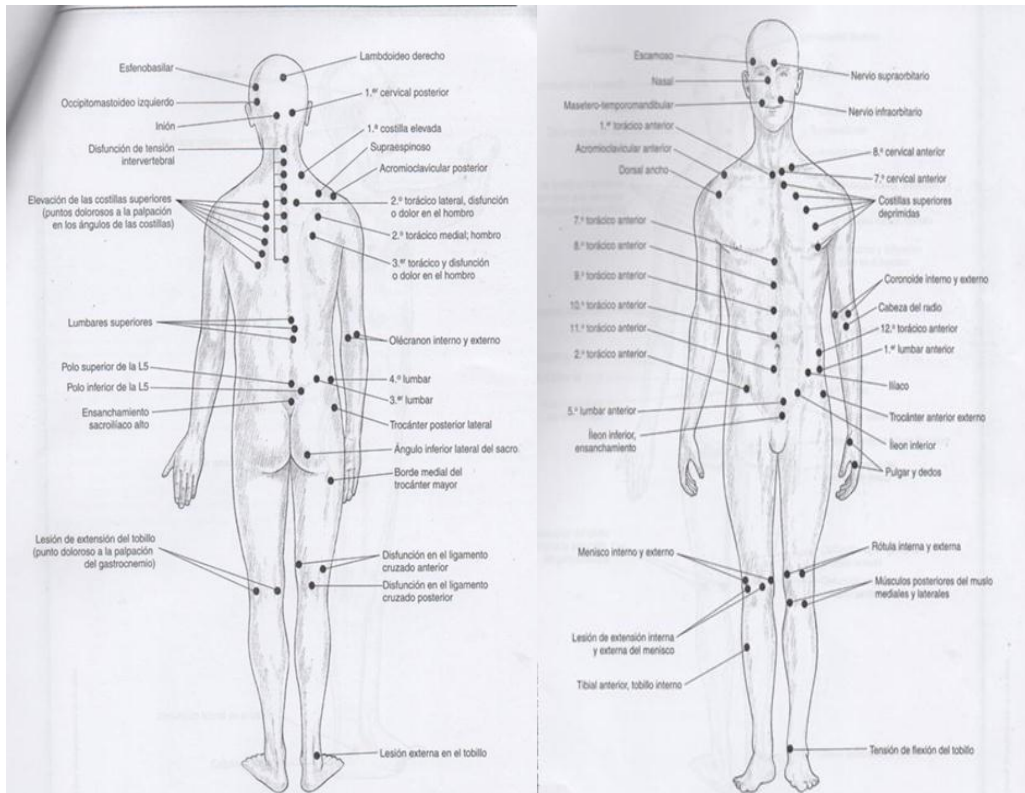


Ilustración 1 CHAITOW, LEÓN (2008)

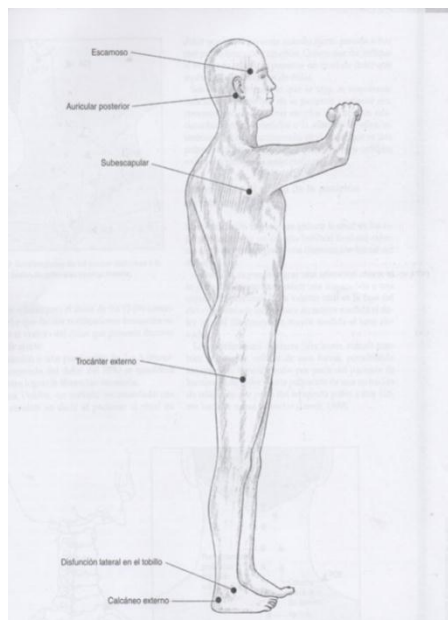
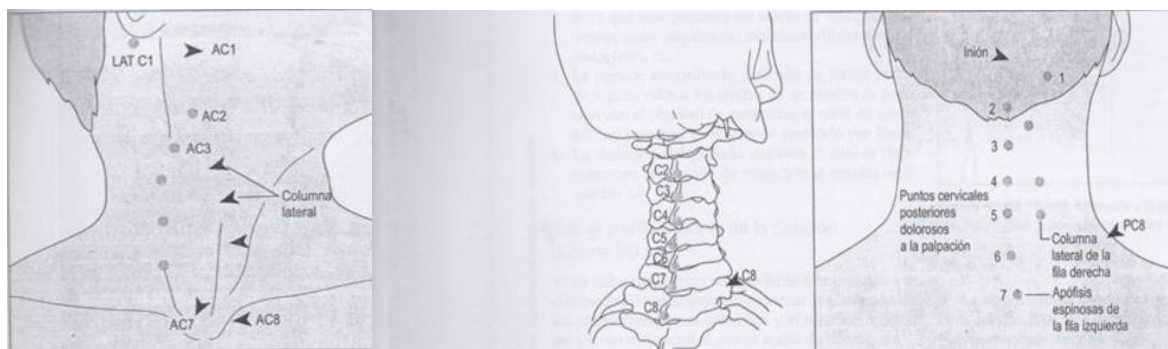


Ilustración 2 CHAITOW, LEÓN (2008)

Ilustración 3 CHAITOW, LEÓN (2008)



Recordatorio sobre posicionamiento.

Recuerde que, a la hora de posicionar/ajustar el cuerpo entero o únicamente la parte en cuestión (codo, rodilla, etc.), normalmente se observa que los puntos gatillo de la superficie anterior del cuerpo requieren flexión y los de la superficie posterior requieren extensión como primera parte del proceso de disminución del dolor o el tono excesivo.

Cuando más externo es el punto en relación con la línea media, mayor es el grado de flexión lateral y/o rotación necesario para lograr la relajación.

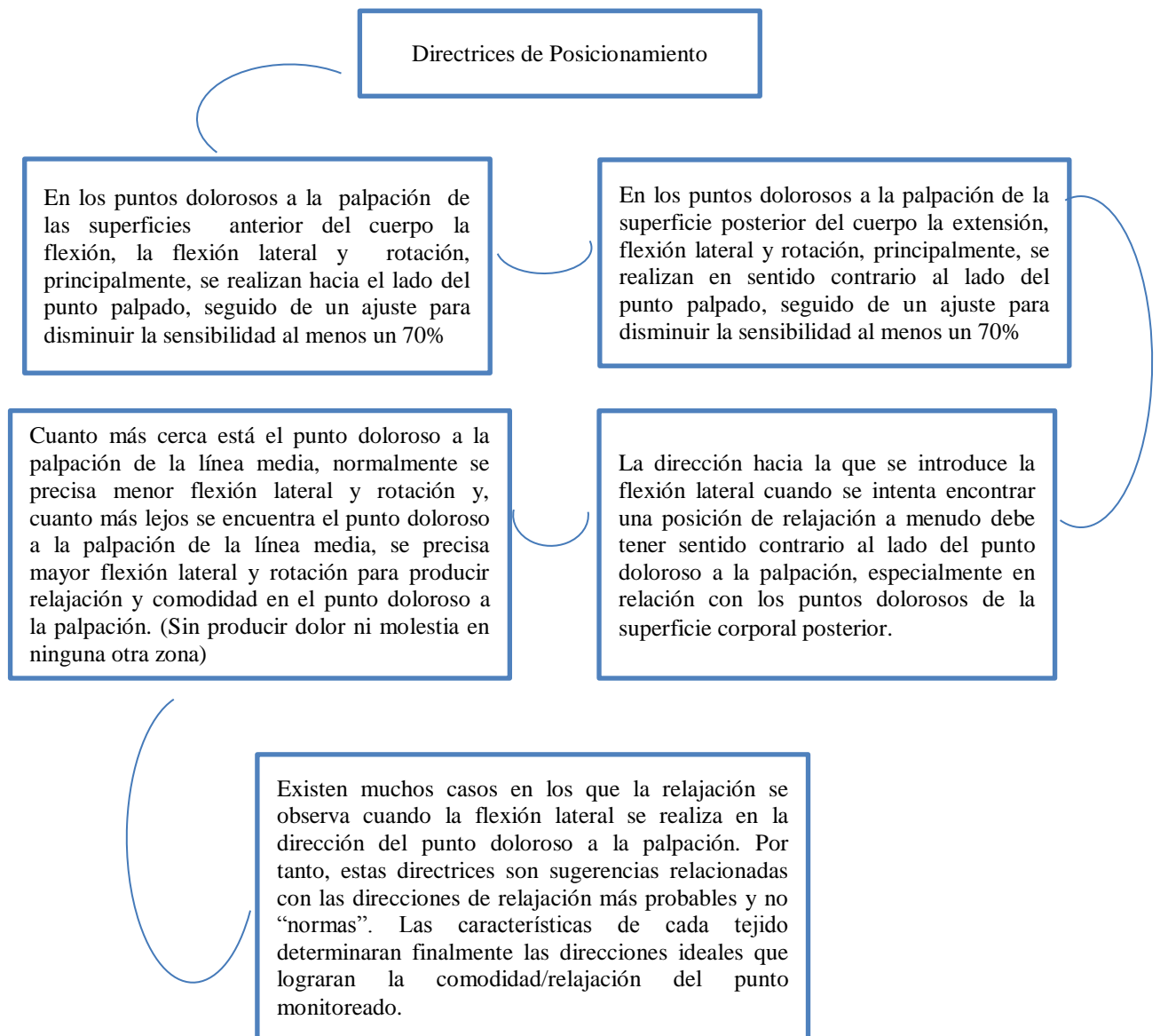


Tabla 2 *Algunos de los efectos de la compresión mantenida.*

Elaborado por Fernando Escalante.

Notas sobre la priorización de los puntos para el tratamiento.

A la hora de seleccionar un punto doloroso a la palpación para su uso como monitor en el tratamiento mediante la tensión contracción tensión (CTC), a menudo existe una cantidad poco clara de posibilidades, la selección se debe basar

en las siguientes prioridades:

- En primer lugar, se debe tratar el punto más sensible encontrado en la zona que presente el mayor número de puntos dolorosos a la palpación.
- Si existen varios puntos dolorosos a la palpación de intensidad similar, se debe elegir el más proximal y/o interno de ellos.
- Si existe una “línea” de puntos evidente, se debe elegir el que se encuentre próximo al centro de la cadena en “representación” de los demás.
- La experiencia clínica indica que no se pueden tratar más de cinco puntos gatillo en una sesión para evitar la sobrecarga adaptativa y que, por lo general, un tratamiento semanal es suficiente. Estas “normas” se basan en la experiencia más que la investigación.

Notas sobre la respuesta del paciente.

Para obtener una respuesta instantánea sobre el grado de dolor/sensibilidad/molestia producido al palpar el punto doloroso a la palpación resulta útil pedir al paciente que “clasifique” el dolor de 0 a 10 (0= ausencia de dolor) y que facilite mitificaciones frecuentes en relación con el “valor” del dolor que presenta durante el proceso de ajuste.

Consejos y comentarios sobre el posicionamiento de relajación.

1. NO debe producirse un aumento del dolor en ninguna otra zona corporal durante el tratamiento.
2. No es necesario mantener la presión, que posiblemente produce dolor, en el punto doloroso a la palpación durante todo el proceso, aunque es casi seguro que esto presenta un efecto de “acupresión” (compresión isquémica/inhibición/liberación de endorfinas, etc., etc.)
3. La presión intermitente, aplicada de forma periódica, para valorar los efectos de un cambio de posición con el objetivo de garantizar el nivel de sensibilidad presente, es el método preferido por Jones.
4. La duración del periodo durante el cual se debe mantener la posición de relajación. *CHAITOW, LEÓN (2008)*

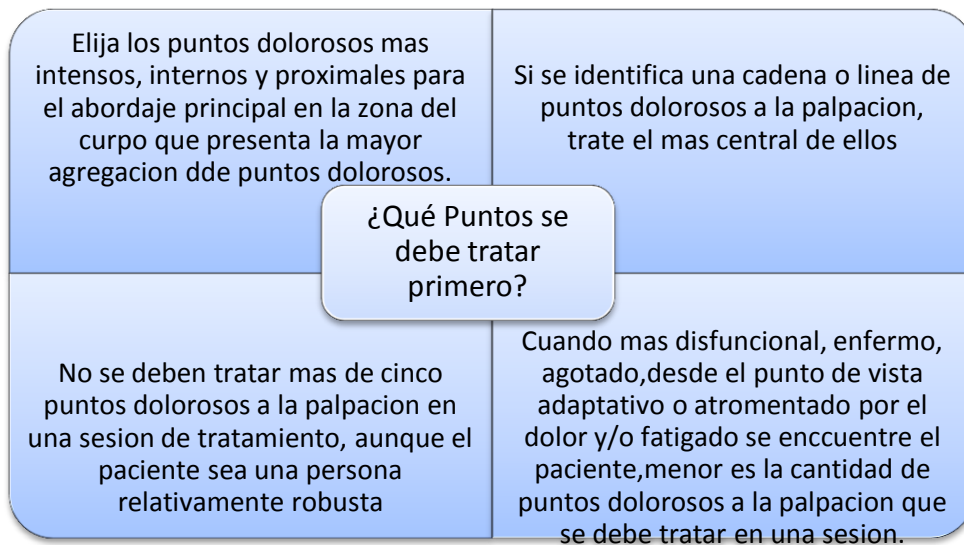


Tabla3 Como se trata un Punto Doloroso.

Fuente: Jorge Fernando Escalante Anja.

Tras el mantenimiento de la posición durante 90s

- Se debe realizar un retorno lento a la posición inicial (neutral) con el objetivo de evitar la activación de los propioceptores balísticos y el restablecimiento del patrón disfuncional que se acaba de liberar.
- Se debe aconsejar al paciente que evite las actividades agotadoras durante los días siguientes.
- La nueva valoración del punto doloroso a la palpación debe indicar una disminución de la sensibilidad previa al menos del 70%.
- El dolorimiento postratamiento es un fenómeno frecuente y se debe advertir al paciente que este puede aparecer y debe desaparecer al cabo de 48h, aproximadamente, sin necesidad de más cuidados. *CHAITOW, LEÓN (2008)*

Cuidados del Paciente.

Una variación final que considera el autor y que merece la pena mencionar es la aplicación de suficiente presión en el punto doloroso a la palpación para percibir dolor.

En numerosos casos, especialmente en los espacios intercostales, se ha observado

que esto es muy útil ya que permite la libertad de movimiento del terapeuta mientras se lleva a cabo el proceso de posicionamiento y, en algunos casos, lo que es más significativo, permite que el paciente se aplique el mismo presión en zonas de sensibilidad extrema cuando este sea incapaz de tolerar la aplicación de presión por parte del terapeuta.

Indicaciones y Contraindicaciones.

Las contraindicaciones para el uso de la Técnica de Jones son muy escasas pero algunas se detallan a continuación:

| Contraindicaciones y Precauciones | Indicaciones de la tensión contratensión de Jones. |
|---|---|
| Se debe prestar especial atención en la aplicación de la tensión contra tensión en caso de tumores malignos, aneurisma y trastornos inflamatorios agudos. | Músculos y articulaciones doloridas y limitadas independientes de la causa. |
| Las alteraciones cutáneas pueden hacer que la aplicación de presión en el punto doloroso a la palpación no sea aconsejable. | Alteraciones degenerativas de la columna vertebral y las articulaciones, incluida la artritis. |
| El espasmo protector no se debe tratar a menos que las alteraciones subyacentes se consideren suficientemente peligrosas (osteoporosis, hernias discales y fracturas) | Dolor y disfunción postquirúrgica. |
| El traumatismo o la cirugía mayor reciente impiden el uso de otros métodos que no sean la liberación posicional suficiente suave. | Osteoporosis. |
| Las enfermedades infecciosas exigen precaución y cuidados. | Dolor y disfunción postraumática, como lesiones deportivas, hiperextensión cervical, esguince, etc. |
| Cualquier aumento del dolor durante el | |

| | |
|--|--|
| <p>proceso de posicionamiento muestra que se está empleando una dirección, un movimiento o una posición no aconsejada.</p> | <p>Disfunciones por sobreuso repetitivo.</p> |
| <p>Las sensaciones como el entumecimiento o el dolor pueden aparecer durante el mantenimiento de la posición de relajación y siempre que esta sean moderadas y no intensas se debe recomendar al paciente que se relaje y considere la sensación como transitoria y parte de la producción de los cambios convenientes</p> | <p>Dolor de la fibromialgia Cefalea.</p> |
| <p>Se debe ser cauto a la hora de colocar el cuello en extensión , también se debe mantener comunicación verbal con el paciente en todo momento y pedirle que mantenga los ojos abiertos para que se pueda observar cualquier signo de nistagmo</p> | <p>Trastornos respiratorios que podrían beneficiarse de la normalización de las limitaciones de los músculos respiratorios principales y accesorios, las costillas y de la columna vertebral torácica.</p> |
| | <p>Alteraciones pediátricas como torticollis. Trastornos neurológicos como disfunción tras los accidentes cerebrovasculares (ictus), la lesión de la columna vertebral o cerebral o los trastornos nerviosos degenerativos, como la esclerosis múltiple.</p> |

Tabla 4. Como se trata un Punto Doloroso.

Elaborado por: Jorge Fernando Escalante Anja.

Ejercicios de Jones (Tensión Contra Tensión)

Ejercicio de la Caja. Directrices del ejercicio.

Nota: mientras se posiciona la cabeza y el cuello durante este ejercicio no se debe ejercer fuerza en absoluto.

- Cada posición adoptada no corresponde al punto más lejano al que los tejidos se pueden desplazar en cualquier dirección determinada, sino al punto en el que se presenta el primer signo de resistencia.
- La indicación de desplazar la cabeza y el cuello del paciente/modelo en flexión lateral y/o rotación derecha implicaría la orientación más leve posible hacia esa posición, sin ejercer fuerza ni realizar esfuerzo y sin que el paciente/modelo presente tensión ni dolor.
- A medida que se alcanza cada posición descrita en este ejercicio de caja se debe considerar tres elementos funcionales:
 1. ¿El paciente se siente cómodo/relejado en
 2. esta posición? si no es así usted está realizando demasiado esfuerzo o el paciente no está relajado.
 3. En esta posición, ¿los tejidos palpados son menos sensibles a la presión compresiva en esta colocación determinada de la cabeza/el cuello?
 4. ¿En esta posición disminuye el tono de los tejidos palpados, estos se encuentran más relajados, con signos de fijación.

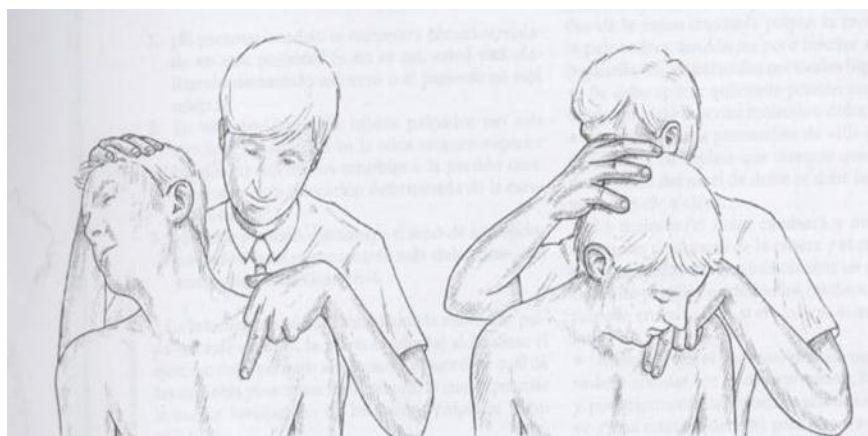


Ilustración 4 CHAITOW, LEÓN (2008))

La información obtenida mediante la mano que palpa al finalizar el ejercicio debe permitir al terapeuta determinar cuál de las distintas

posiciones de la cabeza/el cuello permitirá la mayor relajación de los tejidos palpados.

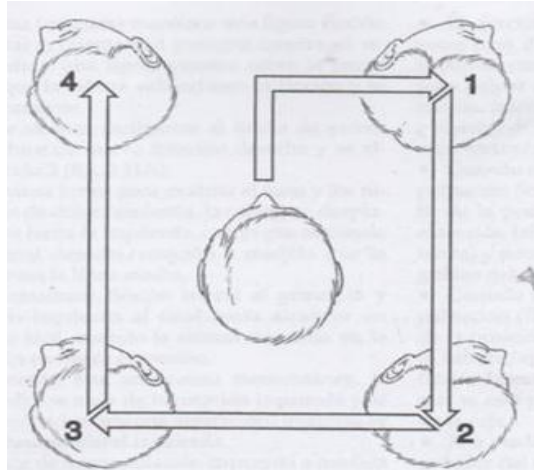


Ilustración 5 CHAITOW, LEÓN (2008)

Ejercicio de Jones en Flexión Cervical.

- El paciente se encuentra en decúbito supino, con la cabeza por fuera del extremo de la mesa y el terapeuta permanece en sedestación o bipedestación a la cadera de la mesa.
- Se busca un área de disfunción local mediante el uso de la forma adecuada de palpación como el contacto extremadamente ligero, con un único dígito, mediante golpes, con las zonas cutáneas que cubren las puntas de las apófisis transversas de la columna cervical.
- Al usar este método, se busca una sensación de “arrastre” que indica un aumento de la actividad sudomotora (simpática) y, por tanto, un lugar probable de disfunción, local o inducida de forma refleja.
- Cuando se percibe el arrastre, se introduce una leve compresión para identificar y determinar un punto de sensibilidad, un punto doloroso a la palpación, que en esta zona representa un punto de tensión previa.

- Se enseña al paciente el método necesario para describir el dolor durante la siguiente secuencia posicionamiento.
- El método del autor consiste en decir: quiero que usted atribuya al dolor producido por la presión que yo ejerzo antes de que empecemos a desplazar la cabeza un “diez” y que no me diga nada más que la puntuación en el momento. (0 a 10) que yo se lo indique.
- El objetivo consiste en alcanzar un índice descrito de tres o menor antes de concluir el proceso de posicionamiento.
- En la movilización lateral se ha localizado una zona de sensibilidad/dolor anterior al extremo de la apófisis transversa, a la derecha, y el pulgar derecho de la terapeuta la está palpando y monitorizando.
- Cuando se logra una disminución aproximada del índice de dolor del 50%, el ajuste se indica mediante la inducción de un nivel muy escaso de posicionamiento añadido (flexión Lateral, rotación, etc.) para encontrar la relajación máxima, un momento en el que el índice descrito debe disminuir al menos un 70%.



Ilustración 6 *movilización cervical*

CHAITOW, LEÓN (2008)

Ejercicio Jones en extensión Cervical.(Tensión contra Tensión.)

- El paciente se encuentra en decúbito supino, con la cabeza por fuera del extremo de la mesa y la terapeuta la sostiene, y busca la zona localizada de dolor mediante la palpación suave junto a los extremos de las apófisis espinosas de la columna cervical.
- Cuando se localiza un punto con dolor excesivo a la palpación se aplica compresión para producir cierto nivel de sensibilidad o dolor.

- Se pide al paciente que atribuyen una puntuación de “0 a 10” a este dolor a la palpación.
- La cabeza se desplaza de forma muy lenta hacia una ligera extensión, junto con flexión lateral y rotación, hasta que se logra una disminución de la sensibilidad descrita al menos del 50%.
- Al cabo de 90s, se realiza un retorno muy lento a la posición inicial (posición neutral) y el paciente reposa durante varios minutos.
- El punto doloroso se debe palpar de nuevo para determinar la sensibilidad, que puede haber disminuido de forma considerable, al igual que la hipertonía excesiva de los tejidos circundantes.

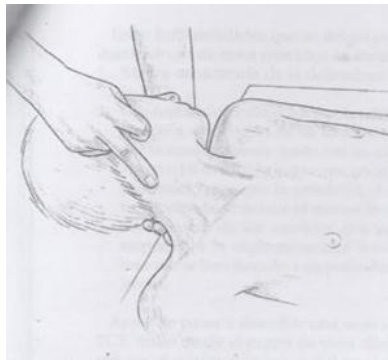


Ilustración 7 CHAITOW, LEÓN (2008)

Ejercicio Jones-Tensión contra Tensión de “Tensión Tisular”.

- se debe realizar de nuevo; sin embargo, esta vez, en lugar de basarse en la respuesta del paciente en relación con el nivel de sensibilidad que presenta en el punto doloroso a la palpación y usar esta respuesta como una guía que lleva al terapeuta hacia la posición inicial de la relajación, la palpación de los tejidos y su movimiento hacia la relajación se convierten en la guía del terapeuta.
- Se debe mantener un contacto ligero con el punto doloroso a la palpación tratado previamente, mientras se posiciona la cabeza y el cuello para lograr la “relajación” máxima.

- Lo importante es que se alcance una posición final que se aproxime en gran medida a aquella en la que se logró la disminución del dolor en los ejercicios previos.
- Este es un ejercicio previo que inicia un proceso de adquisición y perfeccionamiento de las habilidades de palpación que se ampliara en los ejercicios que implican la técnica funcional.

CHAITOW, LEÓN (2008)

Ejercicio Jones-Tensión contra Tensión que implica comprensión.

- Los ejercicios ya descritos se deben realizar de nuevo, pero esta vez, cuando el dolor/sensibilidad y /o la hipertonía hayan disminuido en un 70% mediante el posicionamiento y tras haber realizado el elemento de respiración para ayudar en este proceso, se introduce un nivel de “aglomeración” o comprensión mediante presión a la coronilla a lo largo del eje mayor de la columna vertebral.
- No se debe ejercer más de 500gr de presión; lo más frecuente es que sea menos de la mitad de esta cantidad.
- La respuesta habitual consiste en que le paciente describa un grado aun mayor de alivio del dolor y que el terapeuta perciba mayor “relajación” de los tejidos palpados.
- La escala temporal para la TCT cuando la aglomeración es una característica, normalmente se establece entre 5 y 20s.

Estos cinco primeros ejercicios, empezando por el ejercicio “de la caja”, proporcionan una oportunidad inicial para familiarizarse a la metodología de la Tensión contra Tensión.

Entre las habilidades que se deben perfeccionar mediante el uso de estos ejercicios se encuentran:

1. Mayor conciencia de la delicadeza del proceso de la TCT (tensión contra tensión)

2. Capacidad para localizar los puntos dolorosos a la palpación y, en función de su localización, de posicionar la zona en flexión junto con un ajuste (superficie anterior) o extensión junto con un ajuste (superficie posterior) hasta que la sensibilidad disminuye o el tono palpado reduce al menos en un 70%.
3. Conciencia de los cambios que se producen en respuesta a la “aglomeración” leve de los tejidos una vez sean llevado a su posición inicial de relajación.

VARIABLE DEPENDIENTE

2.4.2.1. Biomecánica cervical

En este apartado se aborda el concepto de la movilidad de la columna cervical desde el punto de vista biomecánico. Para ello se realizará primeramente una breve introducción a la fisiología de la columna cervical, para posteriormente profundizar en la biomecánica tanto del raquis cervical superior como inferior.

Introducción fisiológica del raquis cervical

El raquis cervical se sitúa en el tercio superior de la columna vertebral y posee una función triple de sustentación, movilidad y protección.

La columna cervical sostiene y permite dirigir el movimiento de la cabeza que es la parte del cuerpo que alberga la mayor parte de los órganos sensoriales, lo cual es de vital importancia para la realización de la mayoría de actividades de la vida diaria. Otra función es la de protección del eje nervioso que la atraviesa. Estas funciones hacen que la columna cervical deba conservar unas propiedades de resistencia mecánica y de flexibilidad que la doten para cumplir con su cometido.

El raquis cervical está constituido por dos fracciones anatómica y funcionalmente diferenciadas:

1. El raquis cervical superior, también denominado raquis suboccipital, compuesto por las dos primeras vértebras cervicales, C1 o atlas y C2 o axis. Estas piezas están unidas entre sí, además de con el hueso occipital.

2. El raquis cervical inferior, este se extiende desde la meseta inferior del axis hasta la meseta superior de la primera vertebra dorsal. Las vertebra cervicales son todas del mismo tipo, excepto el atlas y el axis, que difieren entre si y de las demás vértebras cervicales.

Biomecánica del raquis cervical superior

En la descripción de la biomecánica del raquis cervical superior debemos diferenciar dos articulaciones: occipito-atloidea y atloidoaxoidea.

1. Articulación Occipito-atloidea (Occipital-C1). Esta articulación forma la unión mecánica entre el atlas y el hueso occipital del cráneo y se produce a través de las dos carillas superiores situadas en las masas laterales del atlas y de las superficies de los cóndilos occipitales. Debido a su forma, la articulación occipito-atloidea puede considerarse como una articulación esférica con tres grados de libertad. El principal movimiento de esta articulación es la flexo- extensión. Se produce alrededor de un eje transversal que pasa perpendicularmente por el centro de giro. Este movimiento se lleva a cabo mediante el deslizamiento de los cóndilos occipitales sobre el atlas. Durante la flexión los cóndilos occipitales retroceden sobre las masas laterales del atlas, acompañándose este movimiento siempre de una flexión en la articulación atloidoaxoidea. También se puede observar como el arco posterior del atlas se aleja del arco posterior del axis.

La flexión está limitada por la tensión de las cápsulas y de los ligamentos posteriores. La extensión se ve limitada por el contacto de los elementos óseos; durante los movimientos de extensión forzada. La amplitud total de la flexo-extensión en la articulación occipito-atloidea es de aproximadamente 15o.

2. Articulación atloidoaxoidea (C1-C2). Esta articulación constituye la unión mecánica entre el atlas y el axis. Dicha unión está asegurada por tres articulaciones mecánicamente conectadas: Una articulación axial, la atloido-odontoidea, a la que la apófisis odontoides sirve de pivote; y dos articulaciones

laterales y simétricas, las atlóidoaxoideas, que establecen el nexo entre la cara inferior de las masas laterales del atlas y las superficies articulares superiores del axis.

El movimiento más importante de la articulación atlóidoaxoidea es el movimiento de rotación produciéndose el 50 % del movimiento de rotación de la columna cervical en este nivel. En la rotación, se produce un desplazamiento en las dos articulaciones atlóidoaxoideas derecha e izquierda, mecánicamente unidas. Como las superficies superiores del axis son convexas, el trayecto descrito por las masas laterales del atlas no es rectilíneo en un plano horizontal, sino curvilíneo de convexidad superior.

Biomecánica del raquis cervical inferior

Las articulaciones del raquis cervical inferior poseen dos tipos de movimientos: por una parte, movimientos de flexo- extensión; y por otra, movimientos mixtos de inclinación -rotación. Se ha seguido esta ordenación para explicar con detalle la biomecánica del raquis cervical inferior.

Flexo extensión en el raquis cervical inferior

En la posición neutra, los cuerpos vertebrales están unidos por un disco cuyo núcleo está en posición estable y en el que todas las laminillas del anillo fibroso están sometidas a la misma tensión. Además, las vértebras cervicales contactan a través de sus apófisis articulares, cuyas carillas están incluidas en un plano oblicuo hacia abajo y hacia atrás. En la parte baja del raquis cervical inferior, estas carillas poseen en el plano Para sagital una ligera curva cóncava hacia delante, que se corresponde a un centro de rotación situado a bastante distancia por abajo y hacia delante.

En el movimiento de extensión, el cuerpo de la vértebra supra yacente se inclina y se desliza hacia atrás. El movimiento de extensión está limitado por la tensión del ligamento vertebral común anterior y, sobre todo, por los topes óseos que se

producen entre las apófisis superiores de ambas vértebras y por el contacto de los arcos posteriores a través de los ligamentos.

Durante el movimiento de flexión, el cuerpo de la vértebra supra yacente se inclina y se desliza hacia delante. Como en el caso de la extensión, la flexión de la vértebra supra yacente se desplaza hacia arriba y hacia delante, a la par que se produce un movimiento hacia abajo y hacia atrás.

Rotación - Inclinación en el raquis cervical inferior

Los movimientos de rotación e inclinación en el raquis cervical inferior son movimientos que se producen de forma acoplada, es decir no existe un movimiento de rotación pura ni un movimiento de inclinación pura. Esto es debido a la orientación de las carillas de las apófisis articulares.

| Músculos del cuello | Plano superficial. | Plano profundo. |
|-------------------------------------|---------------------------|------------------------|
| Largo del cuello | Esternocleidomastoideo. | Esternotiroideo. |
| Recto anterior mayor de la cabeza. | Omoidohideo. | Genihioidei. |
| Recto anterior menor de la cabeza | Milohioideo. | Plano Medio. |
| Músculos escalenos. | | Digastrico. |
| Musculo recto lateral de la cabeza. | | Estilohioideo. |
| Recto anterior. | | |

Tabla 5 Músculos de la columna cervical en todos sus planos.

Elaborado: Jorge Fernando Escalante Anja.

2.4.2.2. CERVICÁLGIA

Según María Gallardo fisioterapeuta española Cervicalgia significa “dolor en la zona cervical de la columna”, por lo que no es un diagnóstico o nombre de ninguna patología en concreto, sino más bien un término descriptivo para referirse

a dolor de cuello.

Alrededor del 10% de la población adulta sufre en algún momento de su vida una cervicalgia, un dolor que habitualmente se presenta en la cara posterior o en las laterales de cuello.

Debido a que el dolor de cuello (cervicalgia) puede producirse por diversos tipos de lesiones distintas, que producen síntomas parecidos, es preciso identificar la causa en concreto de cada paciente para poder aplicar un tratamiento adecuado para el origen del problema y no sólo tratar los síntomas que produce, para evitar que la lesión empeore y se cronifique.

Etiología de Cervicalgia:

- ✓ Degenerativas
- ✓ Inflamatorias (Artritis Reumatoidea, Espondilitis anquilosante)
- ✓ Músculo tendinosas: Tensional, Fibromialgia, Sd Miofascial
- ✓ Traumáticas: Esguinces cervicales, fracturas, Sd latigazo
- ✓ Neurológicas: HNP, Raquiestenosis, Neuritis occipital, Tumores de médula espinal.
- ✓ Neoplásicas (primarias o metastásicas)
- ✓ Infecciosa
- ✓ Malformación congénita
- ✓ Otras: Meningitis, Sd del opérculo torácico, Linfadenitis cervical, Disfunción de ATM)

Gallardo María (2011)

CLASIFICACIÓN

El dolor cervical del tipo mecánico

Se relaciona con factores musculares y ligamentosos generalmente asociados a posturas inadecuadas en el trabajo sin modificaciones ergonómicas, estrés,

desbalance muscular. También puede ser resultado de adaptaciones posturales secundarias a cuadros crónicos de dolor: Síndrome de hombro doloroso, disfunción de articulación témporo mandibular, epicondilitis, etc. Clínicamente se caracteriza por dolor cervical intermitente de inicio agudo o insidioso, que se exagera con determinadas actividades físicas y alivian con reposo (no despierta por dolor), en el examen físico se constata dolor a la palpación y contractura muscular. Puede relacionarse con fenómenos degenerativos de columna cervical (espondilosis, espondiloartrosis) pero éstas provocan dolor cuando las alteraciones son moderadas a severas. La gran mayoría de las cervicalgias mecánicas se deben a contractura muscular. La mayoría de los pacientes mejoran a las 2 – 8 semanas, y a los tres meses el 80% estará asintomático.

El dolor cervical no mecánico

Es menos frecuente, e impone estudio orientado a los diagnósticos según la clínica: inflamatorio, neurológico, infeccioso, tumoral, traumático. Se debe derivar a especialista en forma inmediata en los siguientes casos (signos de alarma):

- ✓ Fiebre
- ✓ Compromiso del estado general
- ✓ Dolor intenso, que no responde a tratamiento
- ✓ Dolor nocturno
- ✓ Compromiso neurológico en extremidades superiores y/o extremidades inferiores
- ✓ Dolor posterior a trauma en región cervical

Las estructuras sensibles al dolor en cuello comprenden: ligamentos, raíces nerviosas, facetas y cápsulas articulares, músculos y duramadre.

Estructuras que producen dolor cervical referido

- Articulación acromio clavicular
- Enfermedades cardíacas y de arterias coronarias
- Ápex pulmonar, Tumor de Pancoast, Carcinoma broncogénico
- Diafragma

- Vesícula biliar
- Tumores de médula espinal
- Articulación témpro-mandibular
- Aorta
- Páncreas
- Nervios periféricos
- Sistema nervioso central (lesiones en fosa posterior)
- Hernia hiatal
- Úlcera gástrica.(Rodríguez, 2004)

2.4.2.3. Síndrome postural

Para Beatriz Rodríguez fisioterapeuta y kinesióloga el síndrome postural es el dolor y otros síntomas resultantes que se deriven de mantener una postura por mucho tiempo o por el mantenimiento de una postura inadecuada para los trayectos cortos de tiempo. Inicialmente vamos a notar algo de malestar después de un tiempo considerable en la postura, pero a medida que se persiste en mantener la posición el tiempo hasta la aparición del dolor y el malestar se hacen cada vez más corto. Finalmente, el tiempo hasta la aparición de síntomas puede ser muy corto de hecho, limitar la actividad en gran medida. Este problema se encuentra con más frecuencia en personas más jóvenes con una mala postura, ya que suelen pasar varias horas así- por su trabajo.

La evaluación de la fisioterapia es el primer paso en el tratamiento de este síndrome, ya que se entera cuando el dolor aparece y lo que la desencadena en términos de posiciones y el tiempo. En el ensayo de los movimientos repetitivos del cuello o la espalda baja, habrá poco o nada que encontrar, pero mantener a la persona en su postura típica por un período prolongado puede provocar los dolores típicos. Una mala postura al estar sentado, por lo general incluye la flexión lumbar, redondeada la columna torácica y los hombros, el cuello hacia adelante y con la barbilla hacia dentro. Esto coloca a la cabeza por encima del espacio vacío o en lugar de en la parte superior de la columna, lo que hace el trabajo mucho más duro para los músculos del cuello para poder mantener la posición.

Esta postura hace hincapié en la parte inferior del cuello y se extiende a todos los músculos de esta zona, obligando a la parte superior del cuello a extenderse para mantener el nivel de la cabeza y permitir que los músculos se acorten. En fisioterapia la educación postural es fundamental y el paciente debe persistir en la posición correcta.

Características Clínicas del Síndrome Postural Posición Anteriorizada de la Cabeza y Hombros Redondeados hacia Delante

Entre las características clínicas más importantes de este síndrome, se puede citar las siguiente

1. Los músculos suboccipitales, cervicales posteriores, trapecio superior y esplenio de la cabeza se contraen y se acortan para llevar la cabeza hacia la extensión y permitir así que los ojos miren hacia delante. Los músculos ECM y esplenio del cuello también aumentan su tensión.
2. La columna cervical puede estar hiperextendida, aunque lo más frecuente es observar una pérdida de la lordosis fisiológica, con un relativo aplanamiento de la curva.
3. También supone una tensión adicional de la articulación occipito-atloidea al encontrarse el occipital en una posición de extensión relativa con respecto a C1 (rotación posterior del occipital), lo que incrementa a su vez las posibilidades de patología compresiva en esta zona (arteria Vertebral, Nervio de Arnold).
4. Por delante, los músculos suprahioideos e infrahioideos se sitúan en posición de estiramiento, creando a su vez, ligeras fuerzas de tensión hacia abajo sobre la mandíbula, hueso hioides y lengua. Como consecuencia, los músculos elevadores de la mandíbula (masetero, temporal, y pterigoideo medial) se contraen reflejamente para contrarrestar las fuerzas de apertura bucal de dichos músculos (supra e infrahioideos), y mantener así la boca cerrada. Estas tensiones musculares pueden alterar a su vez, la posición de reposo de la mandíbula, aquella en la que el plano de Frankfort (Winkel Dos.) es horizontal, los músculos masticatorios están relajados, y existe un espacio libre de 2 a 3 mm. entre la mandíbula y el maxilar.
5. Esta posición adelantada de la cabeza, con actividad refleja de los músculos

elevadores también causa un incremento de presión intraarticular en las articulaciones temporo-mandibulares, lo cual puede precipitar leves discordancias internas en las articulaciones con compromiso discal. Por ejemplo, puede contribuir al desarrollo precoz de chasquidos, especialmente si el disco ya se encuentra ligeramente estrechado en su parte posterior.

6. El esfuerzo muscular aumentado causado por la postura excesivamente adelantada de la cabeza constituye un poderoso factor de perpetuación de los puntos gatillo de los músculos cervicales, de los músculos masticatorios y de los músculos superiores de la cintura escapular.

7. La postura de hombros “redondeados” hacia delante, que suele estar asociada a la posición interiorizada de la cabeza, constituye en sí misma un importante factor mecánico de tensiones y contracturas a nivel del pectoral mayor y pectoral menor; que a su vez perpetúan la postura. El acortamiento adaptativo del pectoral mayor puede provocar una sobrecarga dolorosa por sobre-estiramiento de los aductores de la escápula (trapecio medio, inferior, y romboides). Y el acortamiento del pectoral menor puede dar incluso síntomas neuro-vasculares debido al atrapamiento del paquete neuro-vascular: “síndrome de compresión coracoidea”.

8. Aumento de la actividad de la musculatura accesoria de la respiración debido a la pobre efectividad del diafragma., y exagerada elevación de la primera costilla debido a la hiperactividad de los escalenos; y limitación del movimiento anteroposterior de la primera costilla.

9. Junto con las tensiones de los tejidos musculares y fasciales de las regiones pectorales, estos pacientes también pueden desarrollar tensión de los tejidos de la región abdominal.

10. Reducción de la sensibilidad propioceptiva.

11. Como consecuencia última de todas estas alteraciones, el sistema descendente

del control dinámico de la postura podrá verse afectado.

Características clínicas del síndrome cruzado proximal (Proximal Crossed Síndrome) descrito a partir de la hipótesis de que existen “modelos de desequilibrio muscular típicos”

Entre las características clínicas más importantes de este síndrome, se puede citar las siguientes:

Una postura típica con elevación y antepulsión de los hombros y cabeza anteriorizada.

Tensión de los músculos pectoral mayor y menor, trapecio superior, elevador de la escápula, y ECM. Otros músculos que pueden estar en tensión son el masetero, el temporal, el digástrico, recto cervical y oblicuos.

Debilidad o inhibición de los estabilizadores inferiores de la escápula: serrato anterior, romboides, trapecio medio e inferior; también de los flexores profundos del cuello, suprahioides y milohioides.

Se produce una hiperextensión, y stress en la región cervico-craneal debido a la tensión de los extenso-res cortos del cuello causando dolor y sensibilidad en el arco posterior de C1 y a lo largo de las inserciones de estos músculos.

Se pueden desarrollar dos tipos de curvas anormales: o bien una curva con aumento de la lordosis en el raquis cervical superior hasta C4, que es la vértebra de transición, y con cifosis desde C5 hacia abajo; o bien una curva en la que todo el raquis cervical presenta una curva lordótica con el ápex en C5.

La estabilidad de las escápulas disminuye, y como consecuencia todos los movimientos de la extremidad superior pueden verse alterados.

Todo este desequilibrio tiene también una influencia negativa sobre la articulación temporomandibular, que modifica su mecánica articular y postural.

(Rodríguez, 2004)

2.4.2.4. CERVICÁLGIA DE ORIGEN MECÁNICO

La cervicálgia mecánica constituye hoy día un problema de salud bastante frecuente asociado a los hábitos de vida que acompañan a los tiempos modernos, de tal forma que la población sufrirá al menos un episodio de cervicálgia a lo largo de su vida.

Los factores mecánicos osteoarticulares y los factores ocupacionales son los principales y más habituales desencadenantes de la cervicálgia, distinguiéndose así la cervicálgia mecánica como la forma más frecuente de dolor cervical (dolor de cuello) producido por un espasmo muscular cuya causa exacta no es bien conocida hoy día, pero aparece frecuentemente asociada a factores posturales y corresponde a las categorías diagnósticas (hábitos de vida, factores ocupacionales) que agudizan el cuadro doloroso del cuello.

Las cervicálgia mecánica son dolores producidos en el cuello, en la cara posterior y caras laterales, se origina normalmente como consecuencia de una patología ósea, articular, muscular, o bien por la combinación de varias de ellas (traumatismos).

Etiología:

El dolor se originaria por patologías en la columna cervical(primario) o referido desde las partes del cuerpo(secundario). Como en el dolor de cualquier otra localización, el origen anatómico puede ser miofascial, ligamentoso, óseo, neurológico, cutáneo o visceral.

Las causas pueden ser la compresión de estructuras neurológicas, procesos inflamatorios, neoplasias, infecciosos, o degenerativos, o destrucción de los tejidos secundarios a un traumatismo.

La cervicálgia mecánica se clasifica de acuerdo al tiempo de evolución:

- Agudas: producidas de forma repentina, sin causa inicialmente sospechosa ni aparente como ejemplo la torticollis.
- Crónicas: permanentemente en el tiempo, si bien el dolor no es tan intenso como en la cervicálgia mecánica aguda, su resolución es más larga (artrosis cervical, discopatía vertebral, cifosis dorsal, giba de búfalo, fibromialgia).

Calcificación según las causas de origen:

- ✓ Psicósomáticas: Producidas por estados propios de ansiedad debido a problemas de salud o stress, o psicósomáticas propiamente dichas, en las que el paciente manifiesta muchos síntomas que el explorador médico le resulta imposible anatómicamente y funcionalmente.
- ✓ Por protrusión Discal: Debido a las contracturas musculares de la musculatura cervical que conforman uno de los síntomas de esta patología.
- ✓ Factores Mecánicos: traumatismos directos o indirectos, esfuerzos, movimientos que no se ejecutan con la coordinación precisa, posturas incorrectas.
- ✓ Traumáticas: por traumatismos directos, o indirectos tras accidentes de coches e que tras un esfuerzo brusco de la cabeza reacciona con un movimiento de vaivén violento (síndrome de latigazo cervical).
- ✓ Anomalías de la postura de la columna cervical: por rectificaciones o inversiones de la columna cervical.
- ✓ Giba de Búfalo: por acumulación de celulitis en la C7 (vértebra cervical) que prime las estructuras y raíces colindantes, produciendo así dolor.

La valoración y diagnóstico del paciente con cervicálgia mecánica, es global y se basa en la postura adquirida, además con la información emitida por el paciente se podrá identificar los problemas que ocasiona el dolor a nivel del cuello, sus síntomas, cefaleas , mareos y todos los trastornos funcionales que produce la cervicálgia mecánica.(Perez.D, 2011)

2.5 HIPÓTESIS

H1: La técnica de Jones es eficaz versus el tratamiento tradicional en la inhibición del dolor en pacientes que padecen cervicálgia de origen mecánico.

H2 :La técnica de Jones no es eficaz versus el tratamiento tradicional en la inhibición del dolor en pacientes que padecen cervicálgia de origen mecánico.

2.6 SEÑALAMIENTO DE VARIABLE.

2.6.1. Variable dependiente

Cervicalgia de origen Mecánico.

2.6.2. Variable Independiente.

Técnica de Jones vs tratamiento tradicional.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.

El enfoque de la investigación es de tipo cualicuantitativo por qué se va a tener un enfoque participativo, humanista, e interpretativa ya que utilizaremos escalas numéricas como la escala del dolor EVA y escala de valoración para discapacidad por dolor cervical con las cuales vamos a cuantificar los resultados obtenidos y compararlos entre los grupos de estudio y busca la comprensión de los fenómenos sociales, con un enfoque contextualizado, con el descubrimiento de la hipótesis y énfasis del proceso de investigación asumiendo con la realidad para un tratamiento adecuado y eficaz.

3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

Investigación de campo.- Es una investigación de campo porque el estudio se realiza en el Centro de Rehabilitación Física y Relajación Bendiciones, en esta modalidad el investigador entra en contacto directo con la población afectada, para obtener información adecuada a los objetivos del proyecto.

3.3 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN

Este trabajo es exploratorio ya que a través de el, realizamos una investigación sobre la Técnica de Jones y la familiarización directa con el tema y entorno con la problemática es de vital importancia para la concepción de la verdadera situación que se vive dentro de este marco.

Desde un punto de vista descriptivo la Técnica de Jones ha surgido como un innovador y efectivo método que ayuda al paciente que padece cervicalgia mecánica a conseguir una recuperación eficaz en el menor tiempo posible.

Asociación de variables.-Luego de la fundamentación de las variables la asociación permite predicciones y mide el grado de relación entre variables.

3.4. Población y Muestra.

En caso de esta investigación, se tomara a la población o universo en su totalidad para el estudio, por ser el caso de contar con pocos pacientes que presentan cervicalgia mecánica.

| No | INVOLUCRADOS | TOTAL |
|----|---|-------|
| • | Pacientes que sufren cervicalgia de origen mecánico | 30 |
| • | Pacientes tratados con le técnica de Jones | 15 |
| • | Pacientes tratados con tratamiento tradicional | 15 |

Pacientes incluyentes:

- ✓ Pacientes con disfunciones posturales
- ✓ Pacientes con tensión
- ✓ Pacientes con estrés

Pacientes excluyentes:

- ✓ Pacientes con neoplasias
- ✓ Pacientes con tumores
- ✓ Degeneración articular.

3.5 OPERALIZACION DE LAS VARIABLE

VARIABLE INDEPENDIENTE: Técnica de Jones vs tratamiento tradicional

| Conceptualización | Dimensiones | Indicadores | Ítems | Técnicas e instrumentos |
|--|--|---|--|---|
| <p>La Técnica de Jones es una técnica manual de liberación posiciona en la cual actúa la tensión/contratensión y busca posturas cómodas para inhibir el dolor.</p> <p>Tratamiento tradicional para tratar le cervicálgia de origen mecánico se basa en el uso de agentes físicos combinados con masoterapia en conjunto con movilidad pasiva y activa.</p> | <p>Técnica manual</p> <p>Agentes físicos</p> | <p>Relación con tensión aguda y crónica.</p> <p>Equilibrio de funciones propioceptivas.</p> <p>Termoterapia</p> <p>Tens</p> <p>Maniobras básicas de masoterapia</p> | <p>¿Cómo ayuda la Técnica manual a los pacientes con cervicálgia Mecánica?</p> <p>¿Cuál es el protocolo de aplicación del tratamiento tradicional?</p> | <p>Historias clínicas del Centro de Rehabilitación Bendiciones.</p> |

VARIABLE DEPENDIENTE: dolor cervical de origen mecánico.

| Conceptualización | Dimensiones | Indicaciones | Ítems | Técnicas e instrumentos |
|--|---|--|--|---|
| <p>La cervicálgia de origen mecánico es un problema de salud frecuente asociado a los hábitos de vida, los factores mecánicos osteoarticulares y los factores ocupacionales son los principales y más habituales desencadenantes de la cervicálgia, distinguiéndose así la cervicálgia mecánica como la forma más frecuente de dolor cervical (dolor de cuello) producido por un espasmo muscular cuya causa exacta no es bien conocida hoy día, pero aparece frecuentemente asociada a factores posturales</p> | <p>Alteraciones mecánicas osteoarticulares.</p> <p>Síndromes posturales</p> | <p>Movimientos alterados en las AVD,</p> <p>Restricción del movimiento en Flexión, extensión, lateralización del cuello.</p> <p>Movimientos repetitivos forzados, mal posicionamiento cervical</p> | <p>¿Cuáles son los problemas asociados a alteraciones mecánicas osteoarticulares?</p> <p>¿Cuáles son las alteraciones posturales que afectan a la región cervical?</p> | <p>Escala del dolor EVA y test de evaluación para el dolor cervical</p> |

3.6 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se realizara la investigación para determinar la eficacia de la técnica de Jones vs el tratamiento tradicional en la inhibición del dolor en pacientes con cervicálgia de origen mecánico que acuden al Centro de Rehabilitación Física y Relajación Bendiciones.

Por lo que es necesario acudir tres veces por semana a esta entidad de salud para identificar el grado de dolor y discapacidad que puede producir la cervicalgia de origen mecánico, el cual lo evaluaremos mediante la escala del dolor EVA y el “test de discapacidad de dolor cervical” para posteriormente efectuar la comparación de los resultados obtenidos con la aplicación de ambas técnicas en el dolor cervical de origen mecánico. Y finalmente elaborar un plan de tratamiento con el método que mejores resultados haya proyectado.

3.7. Procesamiento y Análisis

Revisión crítica de la información recogida, es decir limpieza de información defectuosa: contradictoria, incompleta no pertinente etc. Repetición de la recolección en ciertos casos individuales, para corregir fallas de contestación. Tabulación o cuadros según variables de la hipótesis. Manejo de información, reajuste de cuadros con casillas vacías o con datos tan reducidos cuantitativamente que no influyen significativamente en los análisis. Estudio estadístico de datos para presentación de resultados.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

4.1. Interpretación de datos

La interpretación de datos se la realiza mediante la prueba T de student, a partir de las escala del dolor y escala de valoración de discapacidad por dolor cervical, herramientas con las que se valora a las pacientes con dolor cervical de origen mecánico.

4.1.1. Escala de Valoración de Discapacidad por Dolor Cervical Inicial

| | Grupo Control | | Grupo Expermental T.Jones | |
|----------|---------------|------------|---------------------------|------------|
| | Fuente | Porcentaje | Fuente | Porcentaje |
| Muy bien | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Bien | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Regular | 4 | 26,7% | 4 | 26,7% |
| Mal | 11 | 73,3% | 11 | 73,3% |
| Muy mal | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Total | 15 | 100% | 15 | 100% |

Tabla 6. Escala de Valoración de Discapacidad del Dolor Cervical Inicial

Fuente: Fernando Escalante

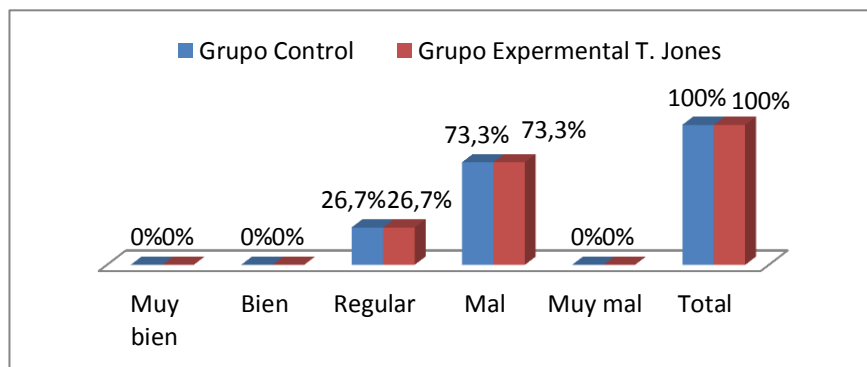


Gráfico 2 Escala de Valoración de Discapacidad del Dolor Cervical Inicial¹

Fuente: Fernando Escalante

Análisis

En el grupo control el 73,3% mal, el 26,7 regular y el muy mal, muy bien y bien se representan por el 0%. El grupo Expermental el 73,3% mal, el 26,7 regular y el muy mal, muy bien y bien se representan por el 0%.

Interpretación de Resultados

Según la escala de valoración de discapacidad del dolor cervical inicial se puede determinar que existe una predominancia de un mal estado funcional, además de un regular funcionalidad lo cual determina un factor de discapacidad tanto en el grupo Control, como el Expermental.

4.1.2. Escala de Valoración de Discapacidad por Dolor Cervical Final

| | Grupo Control | | Grupo Expermental T.Jones | |
|----------|---------------|------------|---------------------------|------------|
| | Fuente | Porcentaje | Fuente | Porcentaje |
| Muy bien | 5 | 33,3% | 8 | 53,3% |
| Bien | 10 | 66,7% | 7 | 46,7% |
| Regular | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Mal | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Muy mal | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Total | 15 | 100% | 15 | 100% |

Tabla 7 Escala de Valoración de Discapacidad del Dolor Cervical Final

Fuente: Fernando Escalante

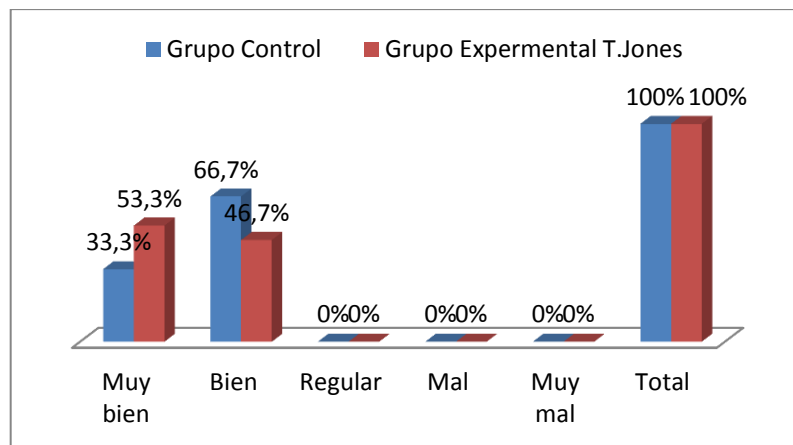


Gráfico 3. Escala de Valoración de Discapacidad del Dolor Cervical Final

Fuente: Fernando Escalante

Análisis

En el grupo control el 66,7% bien, el 33,3% muy bien, el 0% muy mal, mal y regular se representan por el 0%. El grupo Experimental el 53,3% muy bien, el 46,7% bien y el 0% muy mal, mal y regular se representan por el 0%.

Interpretación de Resultados

Según la escala de valoración de discapacidad del dolor cervical final se puede determinar que existe una disminución de discapacidad funcional donde el grupo Experimental supera al grupo control sobre un 20% más porque su funcionalidad

regresa a la normalidad

4.1.3. Escala de EVA Inicial

| Escala de Eva Inicial | | | | |
|-----------------------|---------------|------------|--------------------------|------------|
| Dolor | Grupo Control | | Grupo Experimental Jones | |
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Ausencia | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Leve | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Moderada | 15 | 100% | 15 | 100% |
| Total | 15 | 100% | 15 | 100% |

Tabla 8 Escala de EVA Inicial

Fuente: Fernando Escalante

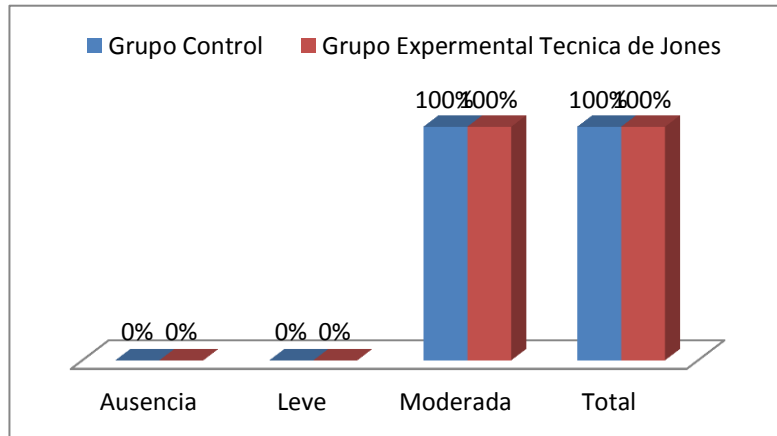


Grafico 4 Escala de EVA Inicial

Fuente: Fernando Escalante

Análisis

En el grupo control el 100% es el dolor moderado, mientras el 0% es representado por la ausencia al igual que el dolor leve. El grupo Experimental 100% es el dolor moderado, mientras el 0% es representado por la ausencia y dolor leve

Interpretación de Resultados

Tanto el grupo Control y el Experimental podemos determinar la incidencia en un

dolor moderado lo cual es un incapacitante funcional.

4.1.4. Escala de EVA Final

| Escala de EVA Final | | | | |
|---------------------|------------|------------|------------|------------|
| Dolor | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Ausencia | 6 | 40% | 9 | 60% |
| Leve | 9 | 60% | 6 | 40% |
| Moderada | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Total | 15 | 100% | 15 | 100% |

Tabla 9 Escala de EVA Final

Fuente: Fernando Escalante

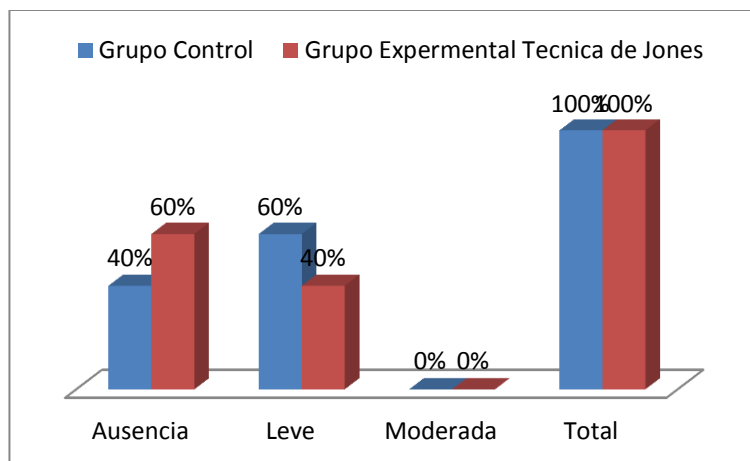


Grafico5 Escala de EVA final

Fuente: Fernando Escalante

Análisis

En el grupo control el 60% dolor leve, el 40% a la ausencia y el 0% moderado. El grupo Experimental el 60% a la ausencia, el 40% al dolor moderado y el 0% moderado.

Interpretación de Resultados

Según los datos obtenidos el grupo Experimentales superior al Control debido a que representa un mayor porcentaje en la disminución completa del dolor.

Verificación de la hipótesis

Estadísticos de grupo

| | Tratamiento | N | Media | Desviación típ. | Error típ. de la media |
|-----------------------------------|---------------------------|----|---------|--------------------|------------------------|
| Disminución de la discapacidad | Jones EXPERIMEN TAL | 15 | 22,7333 | 4,41534 | 1,14004 |
| | Tradicional CONTROL | 15 | 22,2667 | 3,15021 | ,81338 |
| | | | | | |
| Mejoría del dolor | Jones EXPERIMEN TAL | 15 | 8,2000 | ,77460 | ,20000 |
| | Tradicional CONTROL | 15 | 8,0000 | ,75593 | ,19518 |
| | | | | | |

| | | Prueba de Levene para la igualdad de varianzas | | | Prueba T para la igualdad de medias | | |
|---------------------------|-------------------------------------|--|------|------|-------------------------------------|---------------------|--------------|
| | | F | Sig. | t | Gl | Sig. (bilateral) | Diferencia m |
| Disminuir la discapacidad | Se han asumido varianzas iguales | 1,975 | ,171 | ,333 | 28 | ,741 | ,46667 |
| | No se han asumido varianzas iguales | | | ,333 | 25,320 | ,742 | ,46667 |
| Mejoría del dolor | Se han asumido varianzas iguales | ,399 | ,533 | ,716 | 28 | ,480 | ,20000 |
| | No se han asumido varianzas iguales | | | ,716 | 27,983 | ,480 | ,20000 |

Se planteó la hipótesis de que la técnica de jones es eficaz versus el tratamiento tradicional en la inhibición del dolor en pacientes que padecen cervicálgia de origen mecánico, para lo cual se estructuró dos grupos de pacientes con CERVICALGIA el grupo control recibió masajes TENS y termoterapia tres veces por semanas por cuatro semanas y el grupo experimental recibió la técnica de jones tres veces por semana por cuatro semanas, se tomó las medidas de dolor con la escala de EVA y se realizó el test de valoración de discapacidad por dolor cervical, en los dos grupos antes del tratamiento y después y se restó ambas medidas para encontrar el puntaje de mejoría en dolor y disminución de la discapacidad en los dos grupos, encontrando que el promedio de mejoría en dolor en el grupo control fue de 8,0, y del grupo experimental fue de 8,2 sin embargo con la aplicación de la prueba T de student se encuentra que esta diferencia no es estadísticamente significativa ($t(28)=0,716$, $p > 0,05$), por otro lado el promedio de disminución de la discapacidad en el grupo control fue de 22,2 , y en el grupo experimental 22,4 esta diferencia con la aplicación de Tstudent se encontró que no era significativa ($t(28)=0,333$, $p >0,05$), por lo que se comprueba parcialmente la hipótesis de que técnica de jones es eficaz versus el tratamiento tradicional en la inhibición del dolor porque el grupo que recibió la técnica de jones tuvo un mejor nivel de mejoría que el grupo control aunque esta diferencia no resulto estadísticamente significativa

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- La Técnica de Jones a demostrado ser tan eficaz como el tratamiento tradicional en pacientes que sufren dolor cervical de origen mecánico que acuden al Centro de Rehabilitación Física y Relajación Bendiciones.
- Se aplicó la técnica de Jones y el tratamiento tradicional tres veces por semana durante un mes, obteniendo resultados positivos.
- Al comparar los resultados obtenidos con la Técnica de Jones y el tratamiento tradicional utilizado en cervicálgia de origen mecánico, se encontró que no hay diferencia significativa en la disminución del dolor, ya que en los 2 casos se encontraron mejoría en porcentajes similares.

5.2. Recomendaciones

- Se recomienda implementarla Técnica de Jones junto con el tratamiento tradicional para las cervicálgia de origen mecánico, dado que las dos son eficaces y que en conjunto permitir resultados óptimos en un periodo de sesiones más corto.
- Se recomienda instruir al paciente sobre el método que se va a utilizar en el tratamiento a realizarse.
- En la ejecución de la Técnica de Jones se recomienda no tratar más de cinco puntos dolorosos en una sesión ya que no se obtendrán resultados positivos.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1. Datos informativos

Tema

Técnica de Jones como coadyuvante del tratamiento tradicional del dolor cervical de origen mecánico en pacientes que acuden al Centro de Rehabilitación Física y Relajación Bendiciones.

Institución ejecutora

Centro de Rehabilitación Física y Relajación Bendiciones.

Beneficios

Pacientes con dolor cervical de origen mecánico.

Ubicación

Ambato - Tungurahua

Persona responsable

Fernando Escalante

Tiempo estimado de ejecución

Un mes

Introducción

Hoy en día la Terapia física cuenta con varios métodos y técnicas que son de beneficio para los pacientes en el área de rehabilitación, tanto para el tratamiento de patologías como para su prevención.

En el centro de Rehabilitación Bendiciones existe una población de pacientes que padecen dolor cervical de origen mecánico, haciendo de esta patología un problema de índole muy frecuente, el mismo que no permite el completo bienestar del individuo. Razón por la cual es necesario intervenir de manera oportuna y evitar cronicidad en pacientes que aquejan este tipo de patología.

El contacto directo con los pacientes atendidos y la evolución de sus casos, tanto con el tratamiento tradicional y la técnica de Jones, ha demostrado en la investigación previa que se logra disminuir los síntomas en un corto periodo de tiempo, dado que los dos han demostrado ser eficaz en cuanto al abordaje de pacientes con dolor cervical de origen mecánico, ahora se proponen ambas técnicas para lograr un abordaje terapéutico integral de la patología.

6.2. Antecedentes de la propuesta

En la investigación previamente realizada, se establece al tratamiento tradicional como efectivo para el dolor cervical de origen mecánico. Por otra parte la Técnica de Jones puede ser un gran aliado pudiendo obtener resultados positivos en un periodo de tiempo más corto, por lo cual es importante encaminar esta propuesta a una implementación de ambas técnicas en dicha institución.

6.3. Justificación

Lo propuesto es de gran interés, ya que gracias a las valoraciones previamente efectuadas a las pacientes se concluye que es necesario aplicar el tratamiento tradicional en conjunto con la Técnica de Jones para obtener resultados positivos en el menor tiempo posible mejorando el desempeño en la vida diaria de los pacientes que acuden a la entidad donde se pondrá en práctica la propuesta.

La Técnica de Jones sirve de aporte, puesto que es una técnica nueva en combinación con un protocolo de tratamiento que se ha llevado de forma tradicional en la mayoría de los centros de rehabilitación, esta combinación garantizará la disminución del dolor en un periodo de tiempo más corto.

Desde el inicio de la investigación el apoyo de la directora del Centro de Rehabilitación Física y Relajación Bendiciones, la apertura de los profesionales y la colaboración de los pacientes han facilitado el desarrollo de la investigación, lo que ha permitido que esta propuesta sea factible.

En base a esta combinación de técnicas se crean nuevos criterios y protocolos de tratamiento, que garanticen un tratamiento fisioterapéutico eficaz para las diversas patologías que pueden presentarse en la región cervical.

6.4. Objetivos

6.4.1. Objetivo general

Elaborar un manual de tratamiento acerca de la Técnica de Jones como coadyuvante al tratamiento tradicional para el dolor cervical de origen mecánico en pacientes que acuden al Centro de Rehabilitación Física y Relajación Bendiciones.

6.4.2. Objetivos específicos

- Aplicar la combinación de la Técnica de Jones con el tratamiento tradicional en pacientes con dolor cervical de origen mecánico.
- Evaluar los resultados obtenidos después de la aplicación del tratamiento propuesto.

6.5. Análisis de la factibilidad

Político.- siendo una entidad privada el Centro de Rehabilitación Física Bendiciones tiene como principios e ideales garantizar y velar por el bienestar físico de cada paciente que llega a sus instalaciones, por lo que es factible la implementación de la Técnica de Jones como coadyuvante al tratamiento tradicional para lograr resultados óptimos en el menor tiempo posible.

Socio - cultural.- En este aspecto es importante recalcar que el tratar el dolor cervical de origen mecánico de una manera adecuada conllevara a las personas que lo padecen a un bienestar físico que permitirá un mejor desarrollo dentro de su vida diaria.

Legal.- Tanto el centro y la constitución cuentan con leyes y estatutos que promueven la salud como derecho de toda persona.

6.6. Fundamentación científico - técnica

Ficha médica

Antes de empezar el tratamiento, se debe analizar el estado actual del paciente mediante la observación y exploración para descartar posibles complicaciones durante la ejecución de la técnica y las variantes que presenta la misma.

Test de valoración

Es esencial llevar un registro que permita analizar la evolución de los pacientes al inicio durante y al final del tratamiento para así avanzar este, en conformidad a las necesidades del paciente. Por lo que es pertinente hacer uso de la escala del dolor EVA y la escala de valoración de discapacidad por dolor cervical.

Información previa a la ejecución de la Técnica de Jones combinada con el tratamiento tradicional

Mantener el dialogo en cada uno de los controles con la finalidad de proporcionar información acerca de ambas técnicas para que las pacientes.

Aplicación de la Técnica de Jones en conjunto con el tratamiento tradicional

| Semana | Técnicas |
|---------------|--|
| 1 | Valorar el grado de dolor y discapacidad por el dolor cervical Aplicación de termoterapia superficial 15 minutos Aplicación de electroterapia TENS 15 minutos Realizar masoterapia con maniobras básicas Aplicación de la técnica de Jones |
| 2 | Valoración luego de la primera semana Aplicación de termoterapia superficial 15 minutos Aplicación de electroterapia TENS 15 minutos Realizar masoterapia con maniobras básicas Aplicación de la técnica de Jones |
| 3 | Valorar para ver en que medida a disminuido el dolor Aplicación de termoterapia superficial 15 minutos Aplicación de electroterapia TENS 15 minutos Realizar masoterapia con maniobras básicas Aplicación de la técnica de Jones |
| | Aplicación de termoterapia superficial 15 minutos |

| | |
|---|--|
| 4 | <p>Aplicación de electroterapia TENS 15 minutos</p> <p>Realizar masoterapia con maniobras básicas</p> <p>Aplicación de la técnica de Jones</p> <p>Evaluación final luego de las 4 semanas de tratamiento</p> |
|---|--|

6.7. Modelo operativo

| Fases | Etapas | Actividades | Responsables | Recursos | Tiempo | Metas |
|-----------------------------------|---------------|--|--|---|---------------|--|
| Evaluación del dolor | Inicial | Valoración según la escala del dolor EVA y test de valoración de dolor cervical. | <ul style="list-style-type: none"> • Autor • Fisioterapeutas | <ul style="list-style-type: none"> • Ficha médica | Semana 1 | Ubicar la población y evaluarla, y tratamiento |
| Aplicación de las técnicas | Aplicación | Aplicación de ambas técnicas. | <ul style="list-style-type: none"> • Autor • Fisioterapeuta | <ul style="list-style-type: none"> • tratamiento tradicional • técnica de Jones | Semana 2 – 3 | Disminuir el dolor y la discapacidad. |
| Evaluación | Final | Valoración | <ul style="list-style-type: none"> • Autor | <ul style="list-style-type: none"> • Ficha médica | Semana | Evaluar |

| | | | | | | |
|-------------------------------|--|---|-----------------|--|------|----------------------------------|
| n del dolor y la discapacidad | | ón según la escala del dolor EVA y Test de valoración del dolor cervical. | • Fisioterapias | | na 4 | los resultados de la aplicación. |
|-------------------------------|--|---|-----------------|--|------|----------------------------------|

6.8. Administración de la propuesta

| RECURSOS | COSTO |
|-------------------------|----------------|
| Material de consultorio | \$ 30,00 |
| Transporte | \$ 20,00 |
| Total: | \$50,00 |

6.9. Previsión de la evaluación

6.9.1. Plan de monitoreo de la propuesta

Es necesario evaluar la evolución de la aplicación de las técnicas para comprobar si se han cumplido los objetivos de la propuesta y así determinar si las fases del tratamiento están siendo aplicadas correctamente y de ser necesario realizar cambios de manera oportuna.

Esta evaluación se llevará a cabo semanalmente durante cuatro semanas, de la aplicación del tratamiento convencional y la Técnica de Jones.

| Semana | Fecha |
|---------------|----------------------|
| 1 | 2 de junio del 2014 |
| 2 | 9 de junio del 2014 |
| 3 | 16 de junio del 2014 |
| 4 | 23 de junio del 2014 |

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

- Bernhard,(2005), Fisioterapia en ortopedia y Traumatología Pág., 26.
- Cailliet,R. (2005). Disfunciones Musculo esqueléticas, Tratamiento Ortopédico conservador. Madrid- España.Pag 47-52.
- Chaitow, L (2008). Técnicas de Liberación Posicional Tercera Edición,pag 10-35, 45-92.
- Domínguez (2001). Descripción de los procedimientos de valoración fisioterápica de las cervicalgias mecánicas. Fisioterapia, 23(2), 89-97
- Leroy, (2000) Kinesioterapia técnicas pasivas y activas. Pag. 933-936, 947-952.
- Ramos. M (2005) (en español). Enfermedades autoinmunes sistémicas y reumatológicas. Elsevier, España.
- Ruiz, M, (2007). Dolor de origen muscular: dolor miofascial y fibromialgia. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 14(1), 36-44.
- Travell,J (1983) puntos Dolorosos Miofacialesvolumen1,pag.20,35
- Xhardez, Y. (2002). Vademecum de kinesioterapia y de reeducación funcional: técnicas, patología e indicaciones de tratamiento.

LINKOGRAFÍA

- Atienza, A. (2006). *scientific-european-federation-osteopaths*. Recuperado el 2014, de http://www.scientific-european-federation-osteopaths.org/articulos/evaluacion_comparativa_de_la_modificacion_de_la_tecnica_de_jones_aplicada_a_tende
- Foraster, R. (2 de 2011). *Osteopathic Research Web*. Recuperado el 2014, de http://www.osteopathic-research.com/?option=com_jresearch&view=publication&task=show&id=15348&Itemid=
- Galín, G. (7 de 11 de 2013). *efisioterapia.net*. Recuperado el 2014, de <http://www.efisioterapia.net/articulos/estudio-comparativo-aplicacion->

tecnica-energia-muscular-y-jones-pacientes-bruxismo

- Jimeno, J. (2005). <http://ocw.um.es/cc.-de-la-salud/fundamentos-de-fisioterapia/material-de-clase-1/1-concepto-fisioterapia.pdf>. Obtenido de <http://ocw.um.es/cc.-de-la-salud/fundamentos-de-fisioterapia/material-de-clase-1/1-concepto-fisioterapia.pdf>
- Jimeno, J. (2005). *ocw.um*. Recuperado el 2014, de (Jimeno, <http://ocw.um.es/cc.-de-la-salud/fundamentos-de-fisioterapia/material-de-clase-1/1-concepto-fisioterapia.pdf>)
- Jimeno, J. (s.f.). *ocw.um*.. Obtenido de <http://ocw.um.es/cc.-de-la-salud/fundamentos-de-fisioterapia/material-de-clase-1/1-concepto-fisioterapia.pdf>
- Leroy. (2000). *Kinesioterapia técnicas pasivas y activas* .
- oms. (2006). http://www.cofiga.org/adjuntos/adjunto_334.pdf. Obtenido de http://www.cofiga.org/adjuntos/adjunto_334.pdf
- Perez.D. (2011). *bvs.sld.cu*. Recuperado el 2014, de bvs.sld.cu/revistas/mfr/vol_3_2_11/mrf06311.htm
- Rodriguez, R. (2 de 12 de 2004). *Elsevier*. Recuperado el 2014, de <http://zl.elsevier.es/de/revista/revista-iberoamericana-fisioterapia-kinesiologia-176/articulo/sindromes-posturales-reeducacion-postural-los-13068872>
- Sn. (15 de 4 de 2012). *Wikipedia*. Recuperado el 2014, de <http://es.wikipedia.org/wiki/Fisioterapia>
- Valera, F. (2010). *Mi clinic*. Recuperado el 2014, de <http://www.mvclinic.es/tratamientos/terapia-manual>
- Valera, F. M. (2010). <http://www.mvclinic.es/tratamientos/terapia-manual>. Obtenido de <http://www.mvclinic.es/tratamientos/terapia-manual>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASE DE DATOS UTA

EBSCO HOST: Barrier, A. (12 de 2011). Obtenido de Post traumatic cervicalgia:

Case presentation.:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=34d68ed7-9ff6-41ee-9bd0->

[a13a86a4d06f%40sessionmgr4001&vid=0&hid=4112&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=69533463](http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=34d68ed7-9ff6-41ee-9bd0-a13a86a4d06f%40sessionmgr4001&vid=0&hid=4112&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=69533463)

EBSCO HOST: Caballero, E. (5 de 2012). Recuperado el 2014, de Gadget 2.0,

Ergonomía de doble filo.:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=60c302fb-231f-4f5a-a367->

[7e0c29f9b66b%40sessionmgr4002&vid=0&hid=4112&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=fua&AN=75378937](http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=60c302fb-231f-4f5a-a367-7e0c29f9b66b%40sessionmgr4002&vid=0&hid=4112&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=fua&AN=75378937)

EBSCO HOST: Manning, D. (8 de 2012). Recuperado el 2014, de Reliability of a

seated three-dimensional passive intervertebral motion test for mobility, end-feel, and pain provocation in patients with cervicalgia:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=97ad4128-79cd-48e5-bc38->

[535347a92ec1%40sessionmgr4004&vid=0&hid=4112&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=79624936](http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=97ad4128-79cd-48e5-bc38-535347a92ec1%40sessionmgr4004&vid=0&hid=4112&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=79624936)

EBSCO HOST: Weitten, T. a. (6 de 2010). Recuperado el 2014, de Cervicalgies

aiguës, hyperintenses et fébriles.:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=858c1255-1639-4519-9207->

[d24a9f5ce15e%40sessionmgr4002&vid=0&hid=4112&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=51835727](http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=858c1255-1639-4519-9207-d24a9f5ce15e%40sessionmgr4002&vid=0&hid=4112&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=51835727)

EBSCO HOST:Wessely. (3 de 2011). Recuperado el 2014, de Post-traumatic

refractory cervicalgia and headaches: Case presentation.:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=86447078-fbc4-403c-9965->

[09c612f6ba5a%40sessionmgr4002&vid=0&hid=4112&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=59327206](http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=86447078-fbc4-403c-9965-09c612f6ba5a%40sessionmgr4002&vid=0&hid=4112&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=59327206)

ANEXOS

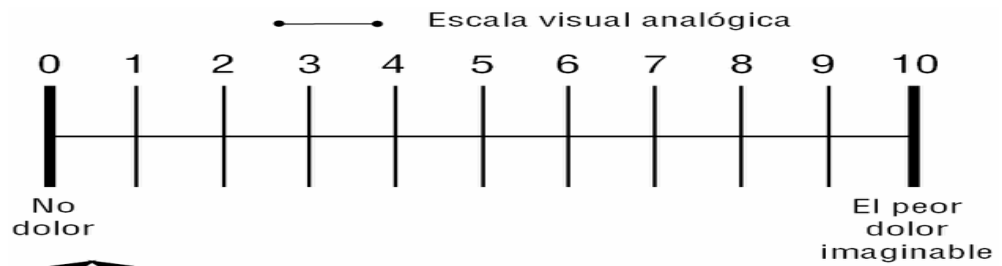
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| <p>Test de valoración de discapacidad por dolor cervical encaminado a evaluar como influye el dolor cervical en la vida diaria. El mismo que será evaluado de la siguiente forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 puntos muy bien • 1-10 puntos bien • 11-20 puntos regular • 21-30 puntos mal • 31-40 puntos muy mal <p>(cada pregunta se calificará de 0 a 4 puntos)</p> <p>Nombre:</p> | | | | |
| Por favor, conteste cada pregunta marcando con una X, una sola alternativa. | | | | |
| 1. - Intensidad del dolor cervical | | | | |
| - No tengo dolor en este momento | | | | |
| - El dolor es leve en este momento | | | | |
| - El dolor es moderado en este momento | | | | |
| - El dolor es severo en este momento | | | | |
| - El dolor es el peor imaginable en este momento | | | | |
| 2. - Dolor cervical y sueño | | | | |
| - El dolor no me altera el sueño | | | | |
| - El dolor ocasionalmente me altera el sueño | | | | |
| - El dolor regularmente me altera el sueño | | | | |
| - Duermo menos de 5 horas diarias a causa del dolor | | | | |
| - Duermo menos de 2 horas diarias a causa del dolor | | | | |
| 3. - Pinchazos u hormigueos en los brazos por la noche | | | | |
| - No tengo pinchazos u hormigueos por la noche | | | | |
| - Ocasionalmente tengo pinchazos u hormigueos por la noche | | | | |
| - Mi sueño es habitualmente alterado por pinchazos u hormigueos | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| - A causa de los pinchazos u hormigueos duermo menos de 5 horas diarias | | | | |
| -A causa de los pinchazos u hormigueos duermo menos de 2 horas diarias | | | | |
| 4. - Duración de los síntomas | | | | |
| - Mi cuello y brazos los siento normales durante todo el dia | | | | |
| - Tengo síntomas en el cuello y brazos cuando me despierto y me duran menos de 1 hora | | | | |
| - Tengo síntomas de forma intermitente durante un tiempo al dia de 1-4 horas | | | | |
| - Tengo síntomas de forma intermitente durante un tiempo al dia mayor de 4 horas | | | | |
| - Tengo síntomas continuamente todo el dia | | | | |
| 5. - Coger pesos | | | | |
| - Puedo coger objetos pesados sin que me aumente el dolor | | | | |
| - Puedo coger objetos pesados, pero me aumenta el dolor | | | | |
| - El dolor me impide coger objetos pesados, pero puedo coger objetos de peso medio | | | | |
| - Solo puedo levantar objetos de poco peso | | | | |
| - No puedo levantar ningún peso | | | | |
| 6. -Leer y ver la T.V. | | | | |
| - Puedo hacerlo tanto tiempo como quiero | | | | |
| - Puedo hacerlo tanto tiempo como quiero, si estoy en una postura cómoda | | | | |
| - Puedo hacerlo tanto tiempo como quiero, pero me produce aumento del dolor | | | | |
| - El dolor me obliga a dejar de hacerlo m-s pronto de lo que me gustaría | | | | |
| - El dolor me impide hacerlo | | | | |
| 7. - Trabajo | | | | |
| - Puedo hacer mi trabajo habitual sin que aumente el dolor | | | | |
| - Puedo hacer mi trabajo habitual, pero me aumenta el dolor | | | | |
| - Tengo que reducir mi tiempo de trabajo habitual a la mitad por el dolor | | | | |
| - Tengo que reducir mi tiempo de trabajo habitual a la cuarta parte por el dolor | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| - El dolor me impide trabajar | | | | | |
| 8. - Actividades sociales. | | | | | |
| - Mi vida social es normal y no me produce aumento del dolor | | | | | |
| - Mi vida social es normal, pero me aumenta el grado de dolor | | | | | |
| - El dolor ha limitado mi vida social, pero todavía soy capaz de salir de casa | | | | | |
| - El dolor ha limitado mi vida social ha permanecer en casa | | | | | |
| - No tengo vida social a causa del dolor | | | | | |
| 9. - Conducir | | | | | |
| - Puedo conducir sin molestias | | | | | |
| - Puedo conducir, pero con molestias | | | | | |
| - El dolor cervical o la rigidez me limita conducir ocasionalmente | | | | | |
| - El dolor cervical o la rigidez me limita conducir frecuentemente | | | | | |
| - No puedo conducir debido a los síntomas en el cuello | | | | | |
| 10.- Comparado con la última vez que contesto este cuestionario, su dolor de cuello esta | | | | | |
| Mucho mejor | | | | | |
| Algo mejor | | | | | |
| Igual | | | | | |
| Algo peor | | | | | |
| Mucho peor | | | | | |

| | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|
| Total | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|

Escala del dolor EVA, la cual valora el grado de dolor del “1 a 10”



**CENTRO DE REHABILITACIÓN FÍSICA Y RELAJACIÓN
“BENDICIONES”**

HISTORIA CLÍNICA

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA

N°

Fecha:



1.-DATOS DE FILIACIÓN

| | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nombres: | Apellido Paterno: | Apellido Materno: |
| Edad: | Sexo: | Estado civil: |
| Profesión/ Ocupación: | Dirección: | Teléfono: |

2.-MOTIVO DE CONSULTA

| |
|----------------------------------|
| |
|----------------------------------|

3.-DIAGNOSTICO

| |
|----------------|
| |
|----------------|

4.- EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

| |
|----------------|
| |
|----------------|

5.- EXAMEN FÍSICO

.....

.....

.....

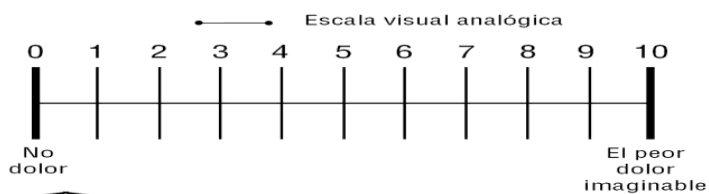
.....

.....

6. Métodos y técnicas de valoración:

| <i>Test Muscular y goniométrico</i> | |
|-------------------------------------|-------|
| <i>Columna</i> | |
| Movimiento | Grado |
| Flexión | |
| Extensión | |
| Lateralización izq | |
| Lateralización der | |
| Rotación | |

7. Escalas



Del dolor (EVA)

8. TRATAMIENTO

.....

.....

.....

.....

Manual de tratamiento acerca de la Técnica de Jones como coadyuvante al tratamiento tradicional

“Disfunción de flexión cervical a causa de dolor cervical con puntos dolorosos a la palpación en región del musculo ECM, trapecio fibras medias e inferiores“



Anexos 1. Aplicación de tens tipo bifásico durante 15 minutos con el paciente recostado en decúbito prono



Anexos 2. Aplicación de termoterapia (CQC) 15 minutos con el paciente colocado en decúbito prono



Anexos 3 Uso de maniobras básicas de masoterapia



Anexos 4. Posición de relajación para punto doloroso en el ECM

Paciente recostado en decúbito supino el fisioterapeuta se coloca en la parte posterior de la cabeza y con su mano izquierda palpa el punto doloroso y pregunta al paciente el grado de dolor que este produce a la palpación mientras con su mano derecha posiciona la cabeza de la manera más sutil con ligera flexión y lateralización hasta encontrar la posición máxima de relajación donde el dolor haya disminuido hasta menos de un 30 % , manteniéndola durante 90 segundos para posteriormente regresar a la posición inicial. Hay que señalar que el paciente no colabora con los movimientos sino que somos nosotros mismo quienes movemos en todo momento desde el inicio hasta el momento de regreso a la posición de partida.



Anexos 5. Posición de relajación en sedestación para el trapecio fibras medias

El paciente se va a situar en sedestación mientras el fisioterapeuta se va a posicionar en su parte posterior, y con su mano izquierda va a palpar el punto doloroso y preguntar al paciente el grado de dolor a la palpación, mientras con su mano derecha va a repositionar su cabeza con ligera lateralización hacia el lado del punto doloroso. En este caso para encontrar el punto de relajación de este punto doloroso hubo también la necesidad de abducir el brazo para lo que el fisioterapeuta flexiona su rodilla para permitir que al brazo del paciente repose sobre el. Una vez lograda dicha posición procedemos a mantener la presión del dedo monitor sobre el punto doloroso durante 90 segundos luego de lo cual vamos a ir soltándolo lentamente y regresando a la posición de partida sin que el paciente participe en el movimiento activamente ya que una acción muscular puede volver a tensionar el punto doloroso. Una vez que hayamos regresado a la posición inicial vamos a pedir al paciente que realice inspiraciones suaves pero profundas, y preguntaremos al paciente si el dolor a disminuido.



Anexos 6. Liberación de punto doloroso en trapecio fibras inferiores

Para tratar este punto doloroso el paciente va a posicionarse en decúbito prono, el fisioterapeuta va a estar a un lado y con su mano izquierda va a palpar el punto doloroso mientras con su otra mano va ir llevando el brazo del paciente hacia abducción mientras sigue moviendo la presión con el dedo monitor sobre el punto doloroso continua y vamos preguntando al paciente constantemente si el dolor va disminuyendo hasta encontrar la posición donde el dolor haya disminuido hasta menos de un 30%, una vez encontrada la posición de máximo confort para el punto doloroso la vamos a mantener durante 90 segundos siempre con el dedo monitor presionando el punto doloroso. Posteriormente vamos a regresar al punto de partida lentamente y pediremos inspiraciones lentas pero profundas al paciente para posteriormente preguntar si a disminuido el dolor sobre el punto doloroso.