

CASO CLÍNICO

DISFUNCIÓN CERVICAL EN TRABAJADORA DE ESCRITORIO DE ORIGEN EMOCIONAL

Silvia Rodríguez Ríos
Universidad Adventista de Bolivia

Introducción

En la actualidad existe un alto índice de problemas en la región del cuello asociados al uso de las nuevas tecnologías, entrando en el análisis y la visión de la postura desde los jóvenes adolescentes del siglo veinte padeciendo con dolores de cuello. De esta manera estos asociados a sedentarismo y adicción del uso de las nuevas tecnologías como actividades de recreación.

En las entidades laborales de escritorio, así como muestra el estudio de *Paksaichol A, Janwantanakul P, Purepong N, Pensri P, van der Beek AJ Occupational exposures do not seem to be related to nonspecific neck pain in office workers Occup Environ Med. 2012; 69:610-8, que dice* tras el proceso de selección, se incluyeron cinco

estudios de cohorte prospectivos de alta calidad y dos de baja calidad, que investigaron la influencia de 47 factores de riesgo de aparición de dolor de cuello no específico en trabajadores de oficina, clasificados en: individuales, y factores de carga física y psicosociales relacionados con el trabajo.

Se encontró una evidencia fuerte de que ser mujer y tener una historia previa de molestias cervicales, son factores predictores de la aparición de dolor en el cuello. También se encontró evidencia fuerte y moderada de la no existencia de una relación con factores habitualmente mencionados en la literatura como factores de riesgo para el dolor cervical, como la elevada actividad física en

tiempo de ocio, el bajo apoyo social y el alto estrés psicosocial; ni con la altura del teclado o la mala posición percibida del ordenador. Mediante el cual se confirma prevalencia del dolor en el cuello en trabajadores de escritorio con mayor incidencia de sexo femenino.

Presentación del caso

Paciente de sexo femenino de 38 años de edad, de ocupación administrador de empresas, se presenta al servicio de fisioterapia por dolor en la región del cuello desde hace dos meses irradiándose hasta los dedos y adormeciéndose a cualquier hora del día, tratándose este con medicamentos; la paciente refiere que aparte del dolor del cuello presenta dolores de cabeza, trastornos de sueño, estados asténicos durante el día, pérdida de apetito, cuadros ansiosos de tabaco consumiendo más de una cajetilla durante un día. Se le realizaron distintas pruebas de estudios complementarios como radiografías, resonancia magnética, ecografía, niveles

sanguíneos determinando de esta manera ninguna alteración de las estructuras.

Cuando se realizó la evaluación tomando en cuenta los siguientes aspectos:

Postura:

Movilidad activa. Se determina la propiocepción de la movilidad, identificación de disfunción muscular u articular en este caso de la región del cuello y la columna dorsal. Cantidad y calidad de movimiento.

Movilidad pasiva. Se perciben las sensaciones finales que se conocen como patológicas y fisiológicas de esta manera teniendo mejor idea de la estructura anatómica afectada.

Test o pruebas específicas.

Importante a tomar en cuenta para esta afección test de AVB (ARTRIA VERTEBRO BASILAR), slump tes, teste de cierre y apertura de las cervicales altas, pruebas de irritación meníngea, teste para músculos intrínsecos de cuello.

Tratamiento se enfocó con técnicas manuales miofasciales y articulares durante las primeras sesiones, la función en los movimientos activos y pasivos mejoraba mucho; pero la paciente refería seguir sintiendo el mismo dolor. Ante un análisis de no mejorar los síntomas se procede a la aplicación de medios físicos como corrientes TENS y microcorrientes refiriendo la paciente tener aún más dolor y alteraciones del sueño.

Llama la atención e incide preocupación acerca del caso de la paciente hasta que las últimas sesiones después de dos semanas de tratamiento la paciente estalla en llanto por la sintomatología y empezó a manifestar problemas personales que estaba pasando y asocia el aumento del dolor en el cuello durante el mismo periodo que comenzaron las molestias en la región del cuello. Posteriormente se realiza el tratamiento con técnicas manuales y kinésicas. Al día siguiente la paciente refiere sentirse sin el molesto dolor y

pudo conciliar el sueño sin interrupción.

Discusión

Se realizaron diversos estudios acerca de la efectividad de los distintos medios físicos y técnicas manuales para disfunciones del sistema musculoesquelético en la Universidad de Alcala Efectividad de la Terapia Manual frente al TENS (Estimulación Eléctrica Transcutánea del Nervio) en el Estado Funcional de los Pacientes con Cervicalgia Mecánica Belén Díaz Pulido octubre 2011. Un total de 90 pacientes fueron incluidos en el estudio, 47 en el grupo Terapia Manual y 43 en el grupo TENS. De los 47 pacientes incluidos en el grupo de Terapia Manual el 95,7% (45 pacientes) completó el tratamiento y se les realizó la valoración después del mismo y el 78,7% (37 pacientes) fue valorado a los seis meses de finalizada la intervención. En el grupo TENS, de los 43 pacientes que comenzaron el estudio, el 97,7% (42 pacientes) finalizó el

tratamiento y se les pudo realizar la valoración a corto plazo y el 81,4% (35 pacientes) pudo ser valorado también a medio plazo.

Por lo cual, era preocupante en el intento de mejorar sintomatología del paciente con cervicalgia y en la combinación de distintos medios físicos o manuales tenían efecto de poca duración o al contrario empeoraban el cuadro presente.

Conclusión

Podemos llegar a la siguiente conclusión teniendo como principal dato, así como menciona el Andrezej Pilat el sistema musculoesquelético puede sufrir alguna disfunción debido a tres mecanismos importantes: el trauma, la postura y las emociones.

En el libro "Physical Therapy Of The Low Back Pain", Maitland escribe: "mi concepto no es solamente la aplicación de la técnica, sino también la profunda interrelación entre el terapeuta y el paciente, por ello es difícil

describirlo correctamente e si n demostraciones clínicas". Al fisioterapeuta capaz de aplicar éste concepto, Maitland lo caracteriza como una persona de mente abierta y una gran habilidad y disciplina mental, ligada a la facilidad de razonar de una manera metódica el proceso causaefecto.

Maitland utiliza diferentes expresiones para describir la forma de como el terapeuta debería comunicarse con el paciente: Saber interpretar las informaciones verbales y no verbales transmitidas por el paciente. Creer en el paciente, en su historia, saber escucharlo y agrega: "escuchar es, por supuesto, un arte: y aquí la diferencia entre escuchar y oír. Oír es pasivo, escuchar es activo. Oír es involuntario, escuchar requiere atención. Oír es natural, escuchar es una habilidad adquirida". Saber realizar las preguntas. Uno de los ejemplos es el adecuado uso de la voz. Por lo cual era de vital importancia en el presente caso clínico. "Cada

paciente contiene una verdad, el clínico debe adoptar una humildad consiente no hacia el paciente sino hacia la verdad oculta del paciente” (Cyriax 1982).

Bibliografía

1. BIENFAIT, Marcel (2015), Bases fisiológicas de la terapia manual y de la osteopetía. Barcelona: Paidotribo
2. Concepto Maitland y su aplicacion en fisioterapia, Editorial Panamericana Fundamentos de Terapia Manual, editorial panamerina
3. Fisiología articular; Kapandji, editorial Panamericana.
4. Induccion miofascial; Andrezej Pilat, editorial paidotribo