

CERVICALGIA AGUDA

EASY



[@EASY_FISIOTERAPIA](https://www.instagram.com/EASY_FISIOTERAPIA)

CERVICALGIA AGUDA

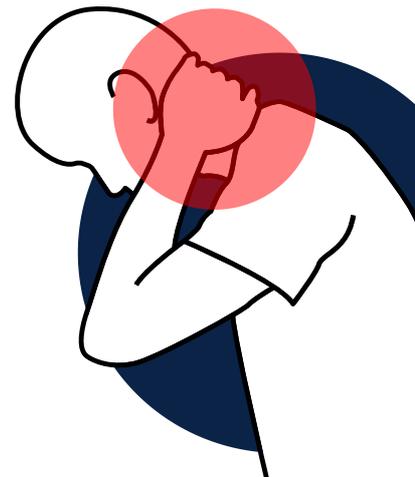
El último paciente que tuve ayer fue Rodrigo, acudía con una cervicalgia aguda de 2 semanas de evolución. Este perfil de paciente puede que tú también lo hayas tratado alguna vez.

Te adelanto algo... saldrán adelante solo si conoces cómo valorarlos adecuadamente para extraer su fuente real de síntomas, y a partir de ahí, pautar un tratamiento centrado en el abordaje activo EL EJERCICIO.

Las pautas que te vamos a dar marcarán la diferencia en los resultados de tratamiento. Si las sigues, estarás más cerca del éxito.

Hoy voy a resumirte el paso a paso basado en la evidencia más actualizada para que tú también logres alcanzar la excelencia en pacientes con cervicalgia aguda.

Además, te animo tras leer la entrada de hoy, a pasarte por el vídeo que os dejamos al final de la misma, con el podrás fijar a la perfección parte importante de los conceptos que tratemos a lo largo de esta lectura.



SI NO QUIERES PERDERTE NADA, ENTRA EN NUESTRA LISTA DE EMAIL.



CERVICALGIA AGUDA

RAZONAMIENTO CLÍNICO EN CERVICALGIA AGUDA

El razonamiento clínico es la habilidad que todo fisioterapeuta debería desarrollar al máximo y cuanto antes. Maitland lo describió como “una pared de ladrillos permeable, a un lado de la pared encontraríamos la experiencia del clínico y al otro el conocimiento teórico que este posea.

Vamos a comenzar sentando las bases teóricas de la cervicalgia aguda y posteriormente aportaremos una hoja de ruta a seguir en consulta con vuestros pacientes.

La mejor clasificación para dividir los cuadros clínicos de una cervicalgia aguda en función de la presentación del dolor son:

- Dolor neuropático: Aquella en la que predomina un dolor derivado de algún daño neural. Aproximadamente el 7% de los casos.
- Dolor no neuropático: Aquella en la que predomina un dolor de características nociceptivas. Aproximadamente el 43% de los casos.
- Dolor mixto: Aquellos casos donde la presentación del dolor reúne características tanto neuropáticas como nociceptivas. La presentación más común suponiendo el 50% de los casos.

En esta clasificación cabría incluir la detección de banderas rojas, que es un concepto utilizado en fisioterapia para aunar casos sospechosos de patología grave que salen fuera de nuestras competencias y necesitan derivación.

SI NO QUIERES PERDERTE NADA, ENTRA EN NUESTRA LISTA DE EMAIL.

CERVICALGIA AGUDA

RAZONAMIENTO CLÍNICO EN CERVICALGIA AGUDA

Características principales para sospecha de bandera roja:

Fiebre

Pérdida de peso sin motivo aparente

Náuseas y vómitos

Rigidez cervical

Síntomas neurológicos (ataxia, pérdida de visión, incontinencia, dolores severos de cabeza, fotofobia...)

Traumatismo

Alteraciones en análisis de sangre que indiquen daño o inflamación.

Ante pacientes que presenten estas condiciones tenemos que prestar atención y extremar precauciones. Es en estos casos y ante sospecha de patología estructural cuando sí se recomiendan pruebas de imagen. Más adelante hablaremos por qué el uso indiscriminado de pruebas de imagen carece de sentido.



SI NO QUIERES PERDERTE NADA, ENTRA EN NUESTRA LISTA DE EMAIL.

CERVICALGIA AGUDA

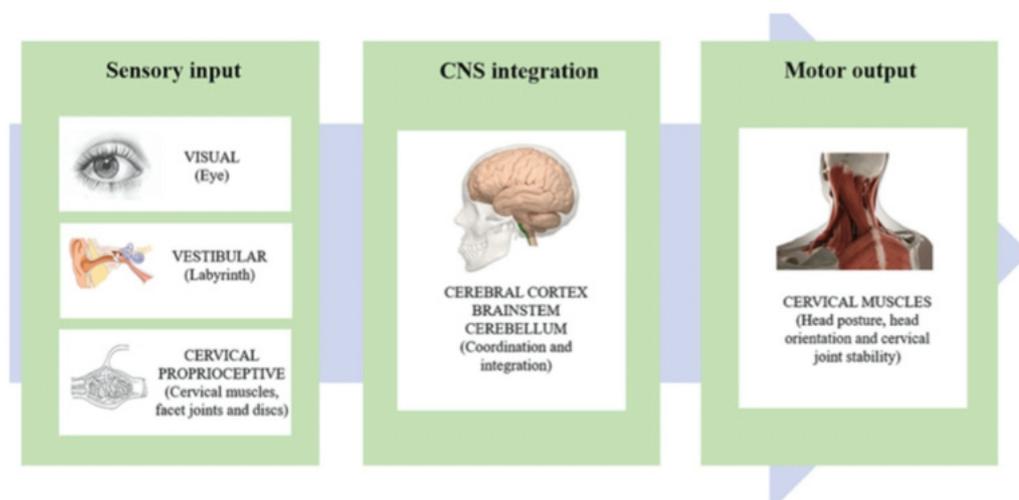
CONTROL SENSORIMOTOR EN UNA CERVICALGIA AGUDA

Para entender qué es el control sensorimotor hay que saber primero que tenemos por un lado los estímulos aferentes (inputs), aquellos que llegan del exterior, y los estímulos eferentes (outputs), que son las respuestas que da nuestro organismo como consecuencia a la valoración de nuestra situación tras un proceso de integración central.

El control sensoriomotor está compuesto por estos dos pilares:

-Los inputs (tanto de nuestro propio cuerpo a través del sistema nervioso periférico como del contexto vital en el que nos desenvolvemos).

-Y los outputs que son la respuesta generada por nuestro organismo tras el proceso de integración central del conjunto de los estímulos aferentes.



SI NO QUIERES PERDERTE NADA, ENTRA EN NUESTRA LISTA DE EMAIL.

CERVICALGIA AGUDA

CONTROL SENSORIMOTOR EN UNA CERVICALGIA AGUDA



El dolor genera alteraciones del control sensorimotor como respuesta protectora para no estimular más el tejido doloroso, a corto plazo esto es un mecanismo de protección positivo. Sin embargo, si es mantenido en el tiempo puede generar conductas de movimiento maladaptativas que perjudiquen la salud del individuo.

A largo plazo, lo que ocurre a menudo es que los pacientes se enfrascan en un bucle de dolor y no movimiento que se retroalimenta de forma negativa fragilizando al paciente durante el proceso. Llegando incluso a predisponer a estos pacientes a padecer nuevos episodios de cervicalgia aguda.

Es necesario tener en cuenta que si atendemos al modelo biopsicosocial para abordar a nuestros pacientes, existe una distinción entre nocicepción, dolor y sufrimiento. Sin entrar mucho en materia, ya que daría para otro blog completo, la mala relación de una persona entre los inputs nociceptivos de su organismo y su output en forma de dolor pueden elevar el problema a un sufrimiento personal que se vuelve difícil de controlar.

Lo importante desde el primer momento es restablecer el control sensoriomotor a través de tres claves que tienes completamente desarrolladas en el siguiente apartado y forman el grueso de una rehabilitación de cervicalgia aguda.

SI NO QUIERES PERDERTE NADA, ENTRA EN NUESTRA LISTA DE EMAIL.

CERVICALGIA AGUDA

PROPUESTA DE TRATAMIENTO PARA CERVICALGIA AGUDA

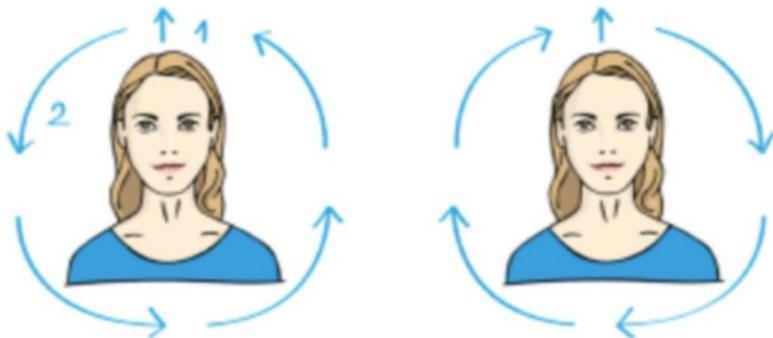
Las 3 claves para una rehabilitación exitosa de cervicalgia aguda son las siguientes:

Ejercicios de acoplamiento ojo-cabeza

Trabajo de fuerza que implique la zona cervical de manera directa e indirecta

Movilidad y trabajo de la zona torácica

La propuesta de tratamiento además de estar centrada en estos tres conceptos la vamos a dividir en fase de movilización, fase de activación y fase de integración cuyo hilo conductor va a ser el movimiento y el ejercicio. Esta estructura estoy seguro que te resultará familiar si eres un lector habitual de nuestro blog.



-Movilización: El objetivo principal de esta fase es reducir el dolor y restaurar el movimiento, para ello nos apoyaremos en la terapia manual y ejercicios de acoplamiento ojo-cabeza. Los ejercicios ojo-cabeza se acoplan pidiendo a nuestro paciente que siga con los ojos algo, como por ejemplo, un ocho en la pared. Puede ser muy interesante fomentar el foco externo durante los ejercicios para desviar la atención del dolor. Dosis: 3 o 4 series de 30´´ a 1´ según la tolerancia del paciente.

SI NO QUIERES PERDERTE NADA, ENTRA EN NUESTRA LISTA DE EMAIL.

CERVICALGIA AGUDA

PROPUESTA DE TRATAMIENTO PARA CERVICALGIA AGUDA

-Activación: Aquí es donde se incluye el trabajo de movilidad torácica favoreciendo movimientos de rotación y extensión que activan de forma indirecta musculatura del cuello. Además, puede ser interesante el uso de retracciones cervicales contrarresistencia activando de forma más selectiva la musculatura profunda cervical. Dosis: Entre 2 y 3 series de 2 a 3 minutos con foco en la respiración.



-Integración: En esta última fase vamos a incluir ejercicios multiarticulares donde el trabajo cervical no sea el foco principal pero su participación se involucre de forma indirecta en actividades muy representativas de la vida diaria. Estos ejercicios son el peso muerto o los remos, especialmente interesantes estos últimos con mancuernas ya que el cuello trabaja desde una posición neutra, Dosis: La dosis de estos ejercicios es muy variable en función de nuestro paciente, es importante ajustarla en función de su dolor y capacidades.



SI NO QUIERES PERDERTE NADA, ENTRA EN NUESTRA LISTA DE EMAIL.

CERVICALGIA AGUDA

PRUEBAS DE IMAGEN “PATOLÓGICAS”



Es un tema muy machacado, así que me voy permitir la licencia de ser rotundo con esto. No se envían pruebas de imagen ante una cervicalgia aguda sin sospecha de patología grave. Repito, no se envían pruebas de imagen ante una cervicalgia aguda sin sospecha de patología grave.

Normalmente el blog tiene un tono menos tajante, sin embargo, a día de hoy esto no se puede consentir.

La evidencia acumulada en estudios observacionales y revisiones sistemáticas es clara, dolor y cambios estructurales asociados a daño no están correlacionados. Nos encontramos en un punto donde irradiamos a los pacientes en exceso, les angustiamos con etiquetas diagnósticas que carecen de relevancia clínica y entorpecemos un proceso que pasa de sencillo a farragoso, si me permitís la palabra.

La cervicalgia aguda es una patología que rara vez va a necesitar de pruebas de imagen. Seguir los pasos tanto teóricos como prácticos arrojados hasta ahora en el blog te va a ayudar a manejar mejor a estos pacientes.

¿Y si ya viene con la prueba de imagen realizada y la angustia del diagnóstico?

Pues querido compañero fisioterapeuta te toca ser conocedor de sí esa angustia es infundada. En caso de serlo, tendrás que tratar con cuidado los factores psicosociales que traiga cada paciente.

SI NO QUIERES PERDERTE NADA, ENTRA EN NUESTRA LISTA DE EMAIL.

CERVICALGIA AGUDA

CONCLUSIÓN



La cervicalgia aguda es una de las patologías más prevalentes que tratamos los fisioterapeutas en consulta. Es por ello que actuar de manera congruente con la información más actualizada es de vital importancia, tal como hemos expuesto a lo largo de la entrada de hoy.

Si te ha parecido interesante no dudes en ver el vídeo que tienes justo aquí abajo con recursos audiovisuales para concretar en profundidad la intervención sobre estos pacientes.

VÍDEO DE REGALO



SI NO QUIERES PERDERTE NADA, ENTRA EN NUESTRA LISTA DE EMAIL.

CERVICALGIA AGUDA

BIBLIOGRAFÍA

BIER, J.D., SCHOLTEN-PEETERS, G.G.M., STAAL, J.B., KOES, B.W., VERHAGEN, A.P., & VAN TULDER, M.W. (2018). EVIDENCE-BASED TREATMENT RECOMMENDATIONS FOR NECK AND LOW BACK PAIN ACROSS EUROPE: A SYSTEMATIC REVIEW OF GUIDELINES. EUROPEAN JOURNAL OF PAIN, 22(1), 16-30.

CÔTÉ, P., WONG, J.J., SUTTON, D., SHEARER, H.M., MIOR, S., RANDHAWA, K., ... & JACOBS, C. (2016). ADVANCES IN THE DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF NECK PAIN. BMJ, 358, 1-11.

NAKASHIMA, H., YUKAWA, Y., SUDA, K., YAMAGATA, M., UETA, T., & KATO, F. (2015). ABNORMAL FINDINGS ON MAGNETIC RESONANCE IMAGES OF THE CERVICAL SPINES IN 1211 ASYMPTOMATIC SUBJECTS. SPINE, 40(6), 392-398.