
	GUIA CLINICA DOLOR CERVICAL- SÍNDROME MIOFASCIAL CERVICAL		Código	
			GS-DC-021	
	Fecha Vigente	18/11/2020	Versión 1	Página 1 de 11

TABLA DE CONTENIDO

1.	DEFINICIÓN DE LAS PATOLOGÍAS	2
2.	OBJETIVO	3
3.	ALCANCE	3
4.	RESPONSABILIDAD	3
5.	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	4
6.	GUÍA DE MANEJO	4
	6.1 Enfoque General	4
	6.2 Procedimientos	4
	6.2.1 Evaluación.	6
	6.2.2 Identificación de signos de alarma.	6
	6.2.3 Listado de necesidades específicas.	7
	6.2.4 planteamiento del objetivo retador.	7
	6.2.5 Planteamiento de objetivos por disciplina	7
	6.2.6 Abordaje por fases de rehabilitación.	8
	6.3 Criterios de Egreso	9
	6.4 Criterios de educación postural y causas de origen.	9
	6.5 Criterios de falla y exclusión	10
7	BIBLIOGRAFIA	10

	GUIA CLINICA DOLOR CERVICAL- SÍNDROME MIOFASCIAL CERVICAL		Código	
			GS-DC-021	
	Fecha Vigente	18/11/2020	Versión 1	Página 2 de 11

GUÍA DE MANEJO

Dolor Cervical- Síndrome Miofascial cervical

1. DEFINICIÓN DE LA PATOLOGÍA

El dolor cervical (cervicalgia) es un dolor que se manifiesta principalmente en la zona cervical. Abarca desde un leve malestar hasta un fuerte e intenso dolor en cuello que se extiende por la estructura muscular de la espalda y brazos. La cervicalgia puede ser debido a una lesión, a un problema muscular o mecánico, a un pinzamiento nervioso causado por la protrusión de uno de los discos situados entre las vértebras o debido a una cervico-artrosis. Si el dolor es agudo -repentino e intenso- se denomina cervicalgia aguda, síndrome facetario, reumatismo muscular o simplemente dolor cervical agudo. Si el dolor dura más de tres meses, se denomina "síndrome miofascial cervical". El dolor cervical es cuadro muy común que se da con más frecuencia en mujeres que en hombres. La mayoría de las personas tendrán dolor cervical en algún momento de su vida. En personas sin dolencias cervicales previas, acostumbra a manifestarse como consecuencia de un brusco movimiento de la zona cervical durante un accidente de mediana o alta energía.


Se estima que el 35%¹ de la población puede padecer dolor cervical en algún momento de su vida.

En Aficenter las afecciones cervicales representan el 5,0% de las principales causas de consulta, siendo evidente en 65 casos incidentes durante el 2019²

2. OBJETIVO

¹Osorio Gonzales S. Guía de manejo Cervicalgia. Hospital san Rafael ESE Ebejico 2015. Disponible en: http://www.hospitalebejico.gov.co/home/wp-content/uploads/2015/07/doc_Gu%C3%ADa-de-Manejo-Cervicalgia.pdf

² Estadística descriptiva, año 2019 AFICENTER, principales causas de consulta.

	GUIA CLINICA DOLOR CERVICAL- SÍNDROME MIOFASCIAL CERVICAL		Código	
			GS-DC-021	
	Fecha Vigente	18/11/2020	Versión 1	Página 3 de 11

Facilitar la rehabilitación integral del usuario con diagnóstico de cervicalgia y síndrome miosfacial cervical, generando un incremento en la funcionalidad dentro de las actividades de la vida diaria en las que se desempeña y su participación en los diversos contextos.

3. ALCANCE

- Brindar al personal clínico terapéutico y demás integrante del grupo rehabilitador, una orientación para el manejo y seguimiento de los pacientes con patología de cervicalgia y síndrome miosfacial cervical.
- Conocer los signos de alarma en el paciente con patología de cervicalgia y síndrome miosfacial cervical.
- Dar a conocer los criterios de falla y exclusión del tratamiento desde rehabilitación para el paciente con patología de cervicalgia y síndrome miosfacial cervical.
- Plantear criterios de egreso y pautas de educación postural – prevención de causas de origen.


4. RESPONSABILIDAD

- Fisioterapeuta
- Terapeuta Ocupacional
- Auxiliar de rehabilitación
- Demás integrantes del grupo rehabilitador (psicólogo, trabajador social, etc.)

5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

5.1 Criterios de Contra referencia: son los indicadores clínicos valorados que debe presentar un paciente una vez finalice el tratamiento fisioterapéutico, también pueden ser llamados criterios de egreso.

5.2 Criterios de Falla: Son los signos o síntomas presentados por el paciente en el proceso de rehabilitación, que obligarían a detener o abortar el tratamiento.

	GUIA CLINICA DOLOR CERVICAL- SÍNDROME MIOFASCIAL CERVICAL		Código	
			GS-DC-021	
	Fecha Vigente	18/11/2020	Versión 1	Página 4 de 11

5.3 Escala Análoga del Dolor (EAD): Herramienta empleada para medir la intensidad del dolor, con calificación de 0 a 10, donde: 0 no presencia de dolor, 10 dolor máximo.

5.4 Escala FIM: Escala de medición porcentual de la funcionalidad del nivel de independencia y participación en las actividades de la vida diaria

6. GUÍA DE MANEJO


6.1 Enfoque General

El enfoque de abordaje será el enfoque sistémico ecológico, donde se buscará la potenciación de cadenas musculares, la reeducación de cadenas cinéticas funcionales y la recuperación de la función articular de la columna cervical, así como su involucración en las actividades que requieran la participación del cuello y las extremidades superiores; favoreciendo el aumento de la participación en el contexto laboral, social y familiar.

El abordaje de la rehabilitación cervical bajo el METODO AFICENTER, considera como pilar de la intervención el ENTRENAMIENTO AEROBICO y el fortalecimiento de la CINTURA ESCAPULAR como pivote para el movimiento de las extremidades superiores. Dentro de los principios generales tenemos que: El control motor y postural cefálico con motivo de favorecer la alineación de los segmentos con relación al centro de gravedad, juega un papel preponderante. La oxigenación tisular a través del entrenamiento de tipo aeróbico y la movilización de tejidos blandos cervicales complementan la intervención. El fortalecimiento se progresara inicialmente con ampliación del rango de movimiento y posteriormente el aumento de cargas externas desde la cintura escapular (proximal) hacia distal según los principios de las palancas biomecánicas, que deberán ajustar los brazos de palanca de acuerdo al estadio clínico y respuesta al tratamiento por parte del usuario. La educación sobre la patología y empoderamiento del usuario de su plan de tratamiento favorecerán el éxito de la rehabilitación.

6.2 Procedimientos

Evaluación, identificación de signos de alarma, listado de necesidades específicas, planteamiento de objetivos, planteamiento de objetivos por disciplina, abordaje por fases de rehabilitación, egreso con recomendaciones, seguimiento al egreso (de ser necesario).

	GUIA CLINICA DOLOR CERVICAL- SÍNDROME MIOFASCIAL CERVICAL		Código	
			GS-DC-021	
	Fecha Vigente	18/11/2020	Versión 1	Página 5 de 11

6.2.1 Evaluación.

Observación: Asimetría trofismos musculares, presencia de edema, postura estática y dinámica, cambios tróficos o crónicos en la piel, presencia de cicatrices, asimetría en escotadura supraclavicular.

Palpación: Espasmos peri articulares, edema en fascia cervical, tumefacción tisular, puntos gatillo, zonas con alteración de la sensibilidad.

Examen de la movilidad articular: Identificación de movimiento limitado y cuantificación del ángulo de limitación empleando goniometría en región cervical, determinación de la movilidad en función de hombro y columna torácica y lumbar.

Examen muscular: Valoración de la fuerza muscular comparando los siguientes pares musculares:


- Flexores cervicales vs extensores cervicales.
- Flexores capitales vs extensores capitales.
- Inflexores laterales derechos vs inflexores laterales izquierdos.
- Pectorales vs interescapulares.

Para la evaluación de la fuerza, se empleara el examen muscular manual de Daniels³ calificando x/5.

Examen de la flexibilidad. Valoración de la flexibilidad en los siguientes músculos:

- Flexores cervicales.
- Extensores cervicales.
- Flexores capitales.
- Extensores capitales
- Inflexores laterales derechos e izquierdos.
- Pectorales.

³ Daniels L, Catherine Worthingham. 2014. Pruebas Funcionales Musculares. Tomado de:
<http://es.slideshare.net/iPhysioEdu/pruebas-funcionales-musculares-lucille-daniels-catherine-worthingham>

	GUIA CLINICA DOLOR CERVICAL- SÍNDROME MIOFASCIAL CERVICAL		Código	
			GS-DC-021	
	Fecha Vigente	18/11/2020	Versión 1	Página 6 de 11

- Interscapulares.

La valoración se registrara en índice de flexibilidad porcentual (rango obtenido/rango de movilidad esperado x 100).

Examen de la función: Evaluar el desempeño del cuello y las extremidades superiores en las siguientes actividades: peinarse el cabello, digitar en el computador, coser, manipular cargas por encima de los hombros y gesto laboral/deportivo.

Además se evaluará (Para terapia ocupacional solamente)

Patrones de movimiento globales: Los patrones de empujar, halar, cargar / levantar, transportar, lanzar con propulsión y lanzar rudimentario. Alcances en el plano alto, medio y bajo.

Patrones de movimiento funcionales: Patrón mano-cabeza, mano-boca, mano-espalda, mano-cadera, mano-rodilla y mano-pie. Negación y afirmación con la cabeza.

Los calificativos son: Funcional – Semifuncional – Disfuncional.

Examen del Desempeño Ocupacional: Evaluar en nivel de independencia en las actividades de autocuidado, productivas o del trabajo y de ocio/tiempo libre, teniendo en cuenta la limitación en la actividad y la restricción en la participación. (Lo anterior está relacionado con lo descrito en la CIF)


Pruebas especiales⁴: Maniobra de Neri, Lasague del cuello, maniobra de Jostes, Manobra de compresión, maniobra de Spurling, maniobra de Adson.

6.2.2 Identificación de signos de alarma.

Posterior a la valoración se identificara la presencia de signos de alarma y condiciones que no son de manejo para rehabilitación integral desde el diagnostico de Dolor Cervical- Síndrome Miofascial cervical; tales como:

- Plexo Patía braquial, síndrome doloroso regional complejo.
- Hernia discal cervical
- Síndrome del desfiladero salida torácico.
- Inestabilidad vertebral cervical

⁴ Gerstner J. 2011 Semiología del aparato locomotor. Cali. Colombia.13 edicion. Editorial Celsus.

	GUIA CLINICA DOLOR CERVICAL- SÍNDROME MIOFASCIAL CERVICAL		Código	
			GS-DC-021	
	Fecha Vigente	18/11/2020	Versión 1	Página 7 de 11

- Síndrome del Latigazo.
- Inflamación ganglionar cervical.

6.2.3 Listado de necesidades específicas.

Partiendo de la evaluación exhaustiva se hará un listado de necesidades específicas, las cuales se solucionaran con la intervención; como ejemplo se anota:


1. *Edema en fascia cervical, que genera disimetría.*
2. *Inclinación cervical der, flexión cervical y extensión capital.*
2. *Espasmo GII en trapecio superior derecho*
3. *Retracción de trapecio superior derecho, generando una asimetría en su índice de flexibilidad correspondiente al 40 %*
4. *Asimetría muscular en par de fuerzas flexores cervicales (4/5) – extensores cervicales (-3/5)*
6. *Limitación para realizar lectura o mantener postura sedente con cabeza alineada por espacios superiores a 20 minutos con la(s) mano(s) afectada(s).*

6.2.4 Planteamiento del objetivo retador.

Partiendo de la evaluación, de la identificación de las necesidades, y de las expectativas del paciente y su familia, se diseñara un objetivo general e interdisciplinar que oriente el proceso de rehabilitación.

6.2.5 Planteamiento de objetivos por disciplina

Se diseñaran buscando que lleven al alcance del objetivo retador, deberá ser coherente con la solución de las necesidades específicas y deberá tener en cuenta la participación del paciente. Cada objetivo deberá ser medible con indicadores de mejoría.


	GUIA CLINICA DOLOR CERVICAL- SÍNDROME MIOFASCIAL CERVICAL		Código	
			GS-DC-021	
	Fecha Vigente	18/11/2020	Versión 1	Página 8 de 11

6.2.6 Abordaje por fases de rehabilitación.

La intervención se realizara buscando llevar el proceso de recuperación según las fases planteadas y reconociendo los indicadores respectivos para progresar en la fase de rehabilitación.

Total de sesiones estimadas para realizar 3 fases de la rehabilitación: 15 sesiones

FASE DE REHABILITACION	N° DE SESIONES	INDICADORES DE EVALUACION
FASE I	4	<ul style="list-style-type: none"> • Movilidad cervical y escapular completa • Movilidad glenohumeral completa • Dolor menor o igual a 5/10 en escala análoga subjetiva de percepción del dolor. • Incremento de flexibilidad en músculos cervicales en un 30% • Se debe haber identificado y corregido el factor causal externo (ergonomía en las AVD Y ABC) • El paciente debe conocer su error postural si lo tiene. • Tolerancia a la actividad aeróbica submaxima 65% fcmáx por 10 min • Subjetivamente refiere mejoría del 50 al 60%
FASE II	3	<ul style="list-style-type: none"> • Movilidad completa • Dolor menor o igual a 3/10 en escala análoga subjetiva de percepción del dolor. • Fuerza escapular mayor o igual 4/5 en el examen muscular manual. • Incremento de flexibilidad en un 60% • Conoce programa de flexibilidad fase II} • Tolerancia a la actividad aeróbica submaxima 70% fcmáx por 20 min • Subjetivamente refiere mejoría del 60 al 70% • No nauseas • Disminución de la frecuencia e intensidad de la cefalea

	GUIA CLINICA DOLOR CERVICAL- SÍNDROME MIOFASCIAL CERVICAL		Código GS-DC-021	
	Fecha Vigente	18/11/2020	Versión 1	Página 9 de 11

FASE III	3	<ul style="list-style-type: none"> No dolor en reposo. Fuerza escapular mayor o igual +4/5 en el examen muscular manual. Tolera actividad aeróbica con carga 70% durante 20 min. Fuerza estabilizadores primarios glenohumeral rotadores internos > -4/5 , rotadores externos > +3/5 Refiere mejoría de síntomas entre el 70 y el 100% Conocimiento de plan casero


6.3 Criterios de Egreso

- Identificar en la evaluación alguno de los **criterios de falla o exclusión** antes mencionados.
- El cumplimiento de 7/9 indicadores de fase III de rehabilitación
- Conocimiento del plan casero y prevención de causas de origen:** El paciente conoce y practica plan casero de ejercitación propuesto por grupo rehabilitador tratante. Así mismo el paciente conoce los criterios de educación postural y causas de origen.

6.4 Criterios de educación postural y causas de origen.

La educación básica que debe recibir un paciente que padece de un **Dolor Cervical-Síndrome Miofascial cervical** es la siguiente:


Recomendaciones	¿Para qué?
Evitar mantener posturas fijas durante periodos largos de tiempo (flexión y rotación).	Prevenir tensión y fatiga de los músculos de cuello.

	GUIA CLINICA DOLOR CERVICAL- SÍNDROME MIOFASCIAL CERVICAL		Código GS-DC-021	
	Fecha Vigente	18/11/2020	Versión 1	Página 10 de 11

Usar un colchón firme, no rígido. Almohada blanda y delgada (20cm)	Para mantener la curvatura fisiológica del cuello durante el descanso
La postura en decúbito prono (boca abajo) mantiene en tensión el cuello y debe evitarse.	Prevenir tensión y fatiga de los músculos de cuello.
La televisión o el computador debe situarse a la altura de los ojos, de modo que no sea necesario flexionar o extender el cuello para verla	Prevenir tensión y fatiga de los músculos de cuello.
Para leer, lo mejor es emplear asientos con reposabrazos para que el libro quede a una altura adecuada respecto de la cabeza	Prevenir tensión cervical y en los brazos.
En el automóvil, el borde superior del reposacabezas debe quedar a la altura de los ojos. Evitar viajes en fase de dolor, si fuera inevitable se realizaría con collarín blando y sin ser el conductor.	Evitar la agudización del dolor cervical
Evitar movimientos de extensión forzada del cuello.	Prevenir la compresión de nervios cervicales.

6.5 Criterios de falla y exclusión

- La identificación de cualquiera de los **signos de alarma** anteriormente descritos.
- El incremento del dolor con la intervención, cuantificado en 5 o más puntos en la Escala Análoga del Dolor (EAD).
- Disminución de la capacidad funcional con la intervención mayor o igual al 15% de la calificación en la escala FIM (Escala medida de Independencia Funcional).
- Apatía y mala actitud del paciente frente al proceso de rehabilitación.

	GUIA CLINICA DOLOR CERVICAL- SÍNDROME MIOFASCIAL CERVICAL		Código	
			GS-DC-021	
	Fecha Vigente	18/11/2020	Versión 1	Página 11 de 11

7. Bibliografía

- Ministerio de la Protección Social, Colciencias, Centro de Estudios e Investigación en Salud de la Fundación Santa Fe de Bogotá, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. Guía Metodológica para el desarrollo de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. Bogotá, Colombia 2010.
- Resolución número 1043 de 2006 ministerio de la protección social.
- Tornero J. Tratado de reumatología. Global Solution System .S.L. Madrid España 1999.
- Daniels L, Catherine Worthingham. 2014. Pruebas Funcionales Musculares. Tomado de: <http://es.slideshare.net/iPhysioEdu/pruebas-funcionales-musculares-lucille-daniels-catherine-worthingham>
- Gerstner J. 2011 Semiología del aparato locomotor. Cali. Colombia. 13 edición. Editorial Celsus
- Carrie M. Lori B. 2006. Therapeutic Exercise Moving Toward Function. Badalona (España). Editorial Paidotribo.
- Neira Reina Fernando. Ortega García. Tratamiento de las cervicalgias. Medio electrónico disponible en <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/reumatologia/dolor7voliii1.pdf>.
- Saavedra Hernández. Manuel. Tesis Doctoral. Fisioterapia en la cervicalgia Crónica: Manipulación vertebral y Kinesiotaping. Departamento de Fisioterapia. Universidad de Granada. Editorial Universidad de Granada. Artículo digital disponible en <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/22259/1/21005862.pdf>.
- Evidencia clínica concisa La mejor evidencia disponible a nivel internacional para una práctica clínica efectiva, segunda edición, mayo de 2003. Grupo Editorial Legis. Bogotá, Colombia, 2003. BMJ Publishing Group.
- Osorio Gonzales S. Guía de manejo Cervicalgia. Hospital san Rafael ESE Ebejico 2015. Disponible en: http://www.hospitalebejico.gov.co/home/wp-content/uploads/2015/07/doc_Gu%C3%ADa-de-Manejo-Cervicalgia.pdf
- Sergio Jacobelli. CERVICALGIAS. 2014. Disponible en : <http://escuela.med.puc.cl/publ/reumatologia/apuntes/4cervicalgia.html>