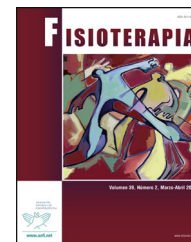




Fisioterapia

www.elsevier.es/ft



ORIGINAL

Fiabilidad interexaminador de la exploración de puntos gatillo miofasciales en la musculatura de las regiones cervical y lumbar

E.J. Poveda-Pagán^{a,*}, I. Catalán García^{a,b}, A. Santa Lozano^b, J.V. Segura Heras^{a,c}
y C. Lozano-Quijada^a

^a Área de Fisioterapia, Departamento de Patología y Cirugía, Centro de Investigación Traslacional en Fisioterapia, Universidad Miguel Hernández, Elche, Alicante, España

^b Ejercicio libre de la profesión

^c Centro de Investigación Operativa, Universidad Miguel Hernández, Elche, Alicante, España

Recibido el 25 de julio de 2016; aceptado el 14 de julio de 2017

PALABRAS CLAVE

Punto gatillo miofascial;
Fiabilidad;
Umbral del dolor;
Dolor de espalda

Resumen

Objetivo: Conocer el grado de concordancia y la correlación interexaminadores al realizar la exploración manual de las características de banda tensa, banda sensible, dolor referido, dolor familiar, la respuesta de espasmo local y la algometría en los puntos gatillo explorados.

Material y método: Estudio observacional prospectivo con 30 sujetos, 8 hombres (media: 36,55 años; desviación estándar: 7,21) y 22 mujeres (44,53 años; desviación estándar: 0,81). Los examinadores fueron 2 fisioterapeutas noveles (N1 y N2) y un examinador experto (E1). Los músculos explorados: esternocleidomastoideo, trapecio superior, elevador de escápula, infraespinoso, cuadrado lumbar, glúteo medio y piramidal.

Resultados: Kappa sustancial o casi perfecto entre examinadores para el lado dominante, excepto el dolor referido en el músculo piramidal con 0,35 (intervalo confianza -IC-95%: 0 a 0,92) entre N1 frente a N2, 0,20(0 a 0,66) entre E1 frente a N2 y 0,27(0 a 0,77) entre E1 frente a N1 y la respuesta de espasmo local con 0,34(0 a 0,70) entre N1 frente a N2 para el músculo infraespinoso y 0(0,13 a 0,80) para el músculo trapecio superior. La correlación intraclass ha sido buena o muy buena para todos los músculos explorados, exceptuando el músculo elevador de escápula entre E1 frente a N1 con 0,68(0,44 a 0,83) y entre E1 frente a N2 con 0,69(0,45 a 0,84).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ejpoveda@goumh.umh.es (E.J. Poveda-Pagán).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ft.2017.07.003>

0211-5638/© 2017 Asociación Española de Fisioterapeutas. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Conclusiones: Obtenemos valor Kappa sustancial y/o casi perfecto entre examinadores, exceptuando en el dolor referido y la respuesta de espasmo local en algún músculo. Por otro lado, en el CCI para los valores de algometría, muestran una correlación buena o muy buena para todos los músculos a excepción del elevador de escápula.

© 2017 Asociación Española de Fisioterapeutas. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Myofascial trigger point pain;
Reliability;
Pain threshold;
Back pain

Inter-examiner reliability of the examination of trigger points in the cervical and lumbar spine regions

Abstract

Objective: To determine the level of agreement and inter-rater reliability when performing the manual examination of the characteristics of taut band, sensitive edge, referred pain, familiar pain, local twitch response, and the algometry explored.

Methods: A prospective observational study was conducted on 30 subjects including 8 men (mean: 36.55 years, standard deviation: 7.21) and 22 women (44.53 years old, standard deviation: 0.81). The examiners were 2 non-expert physiotherapists (N1 and N2) and an expert examiner (E1). Muscles explored: sternocleidomastoid, upper trapezius, levator scapula, infraspinatus, lumbar square, gluteus medius, and piriform.

Results: Kappa was substantial or almost perfect between examiners for the dominant side, except pain referred to in the piriform muscle with 0.35 (confidence interval -95% CI: 0 - 0.92) between N1 vs. N2, 0.20 (0 - 0.66) between E1 vs. N2 and 0.27 (0 - 0.77) between E1 vs. N1 and local twitch response with 0.34 (0 - 0.70) between N1 vs. N2 for the infraspinatus muscle and 0 (0.13 - 0.80) for the upper trapezius muscle. Intraclass correlation was good or very good for all explored muscles, except for the levator scapula muscle between E1 vs. N1 with 0.68 (0.44 to 0.83) and between E1 vs. N2 with 0.69 (0.45 to 0.84).

Conclusions: A substantial and/or almost perfect agreement (Kappa value) was obtained between examiners, except in the referred pain and local twitch response in some muscles. On the other hand, intraclass correlation for algometry values showed a good or very good correlation for all muscles except the levator scapula.

© 2017 Asociación Española de Fisioterapeutas. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El dolor de espalda representa un importante problema de salud pública en las sociedades occidentales por su alta prevalencia y repercusión socioeconómica, generando un alto número de consultas a diferentes profesionales y, por tanto, una elevada utilización de los servicios sanitarios. Según la Encuesta Europea de salud 2014 en España¹, los dolores lumbar y cervical son el problema de salud crónico más frecuente. En muchas ocasiones, uno de los responsables de este dolor son los puntos gatillos miofasciales (PGM), reconocidos por muchos clínicos como una de las causas más comunes de dolor y disfunción en el sistema musculoesquelético a nivel cervical y lumbar. En particular, la activación de los músculos de la región cervical esternocleidomastoideo (ECOM), elevador de escápula, trapecio superior e infraespinoso, puede generar un patrón de dolor referido hacia la zona cervical y hombro muy característico². Por otro lado, la activación de la musculatura de la zona lumbar cuadrado lumbar, musculatura glútea y piramidal, puede generar el patrón de dolor referido en la región lumbar y glútea³.

Este dolor se asocia comúnmente con incapacidad, con una pérdida de productividad por bajas laborales y los correspondientes altos costes para la sociedad⁴. Por otro lado, el trabajo frente a pantallas de visualización de datos demanda actividad física y mental, pudiendo provocar una mayor activación de PGM en los músculos de la región cervical⁵⁻⁷ debido al aumento de tensión producido⁷. De igual modo, la posición sedente durante períodos prolongados puede afectar a los tejidos blandos activando PGM en la zona lumbar⁸.

En relación a la fiabilidad entre examinadores encontrada en la identificación del PGM, en algunos trabajos es pobre^{9,10}. Además, existen pocos estudios de fiabilidad entre examinadores con un claro diseño¹² para el diagnóstico de PGM^{13,14}. De este modo, Gerwin y Shannon¹⁵, resaltan la necesidad de estandarizar el proceso de exploración, considerando a la banda tensa el elemento fundamental para encontrar un PGM e indicando que la respuesta de espasmo local (REL) es la característica más difícil de obtener dependiendo mucho del músculo explorado. Por lo tanto, una segura y correcta palpación es un requisito necesario para realizar un diagnóstico válido^{9,10,16}.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8558706>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8558706>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)