



ORIGINAL

Tratamiento de fisioterapia de la escoliosis idiopática: Schroth versus gimnasia Abdominal Hipopresiva

C. Rami-Colás y A.M. Martín-Nogueras*

Área de Fisioterapia, Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Salamanca, Salamanca, España

Recibido el 22 de octubre de 2014; aceptado el 14 de enero de 2015

PALABRAS CLAVE

Escoliosis;
Fisioterapia;
Rehabilitación;
Progresión de la
enfermedad

Resumen

Introducción: Actualmente se discute sobre la efectividad de los diferentes tratamientos para modificar la evolución natural de las escoliosis idiopáticas (EI). El objetivo de este trabajo es describir la evolución de una serie de casos con EI juvenil o del adolescente que han realizado dos protocolos distintos de tratamiento de fisioterapia: Schroth versus gimnasia abdominal hipopresiva (GAH).

Material y métodos: Se describe la evolución de 29 sujetos con EI, 13 hombres y 16 mujeres, con edad media de 12,41 años (DT 2,16), que realizaron tratamiento distribuidos en dos grupos: Schroth y GAH. Se determinaron parámetros de magnitud y estructuración de la curva, así como diferentes factores de riesgo (signo de Risser, patrón de curva, desequilibrio frontal, ángulo íleo-lumbar) para evaluar su evolución.

Resultados: El grupo Schroth realizó tratamiento durante una media de 17,37 meses (DT 11,64); el 42,1% (n=8) de los casos evolucionaron hacia la corrección, el 21,1% (n=4) hacia la estabilización y el 36,8%(n=7) hacia la progresión; el índice de efectividad fue de 0,42 [IC 95% 0,20-0,64]. El tiempo de tratamiento del grupo GAH fue de 12,60 meses (DT 7,18); el 30% (n=3) evolucionó hacia la corrección, el 20% (n=2) hacia la estabilización y el 50% (n=5) hacia la progresión; el índice de efectividad fue de 0,30 [IC 95% 0,02-0,58]. No se registraron diferencias estadísticamente significativas en la evolución entre grupos.

Conclusiones: El tratamiento fisioterápico basado en las técnicas de Schroth y gimnasia hipopresiva, debe contemplarse como una estrategia de tratamiento conservador en el abordaje de la EI.

© 2014 Asociación Española de Fisioterapeutas. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anamar@usal.es (A.M. Martín-Nogueras).

KEYWORDS

Scoliosis;
Physical therapy
modalities;
Rehabilitation;
Disease progression

Physiotherapy treatment of idiopathic scoliosis: Schroth versus hypopressive gymnastics

Abstract

Introduction: The effectiveness of different treatments to modify the natural history of idiopathic scoliosis (IS) is currently under discussion. This paper has aimed to describe the evolution of a case series with juvenile or adolescent IS subjects who participated in two different physiotherapy treatment protocols: Schroth versus abdominal hypopressive gymnastics (AHG). **Material and methods:** Evolution of 29 subjects with IS (13 men and 16 women, with mean age of 12.41 years (SD 2.16), who participated in two different groups -Schroth and AHG, is described. Magnitude parameters and curve structure were determined as well as different risk factors (Risser sign, curve type, C7-S1 balance, ileo-lumbar angle) to evaluate the evolution. **Results:** The Schroth group was treated during a mean of 17.37 months (SD 11.64) and 42.1% (n=8) of the cases progressed to correction, 21.1% (n=4) to stabilization and 36.8% (n=7) to progression. The effectiveness index was 0.42 [95% CI 0.20 to 0.64]. Treatment time of the AHG group was 12.60 months (SD 7.18). A total of 30% (n=3) progressed to correction, 20% (n=2) to stabilization and 50% (n=5) to progression. The effectiveness index was 0.30 [95% CI 0.02 to 0.58]. No statistically significant differences were observed between groups. **Conclusions:** The Schroth and the abdominal hypopressive gymnastics, as a physiotherapy treatment should be considered a useful conservative treatment for idiopathic scoliosis.
© 2014 Asociación Española de Fisioterapeutas. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La escoliosis idiopática (EI) definida como deformidad tridimensional de la columna vertebral sin causa conocida¹⁻⁵ afecta al raquis en crecimiento y, según la edad de inicio, se clasifica en: infantil, juvenil y del adolescente^{2,4,6,7}. Su prevalencia es variable según la localización geográfica⁵ estimándose en Europa entre el 1,2 y el 1,7%⁸ en niños de 2 a 14 años.

La contradicción de datos que aportan los diferentes estudios respecto a la etiopatogenia y la historia natural de la EI generan una dificultad para establecer su pronóstico evolutivo⁹⁻¹¹. Los factores de riesgo (FR) predictivos de progresión de la EI reflejados con más frecuencia en la literatura son: tipo de curva, valor angular de la curva y, sobre todo, estimadores de madurez esquelética (edad cronológica, puberal y ósea)^{6-10,12}.

Las opciones terapéuticas para la EI recomendadas por la Scoliosis Research Society varían según la madurez esquelética y la magnitud de la curva (observación, tratamiento ortopédico o quirúrgico)^{2,4,7}. La International Scientific Society on Scoliosis Orthopaedic and Rehabilitation recomienda la fisioterapia como tratamiento conservador de las curvas mayores de 15° Cobb, así como fisioterapia coadyuvante a ortesis en EI de 25 a 45° de magnitud¹³.

Existen diferentes técnicas de fisioterapia cuyo objetivo principal es frenar la progresión de la escoliosis y, a la vez, mejorar la flexibilidad, la postura, el control neuromotor, la función respiratoria y las algias¹⁴. Las revisiones publicadas hasta el momento muestran controversia respecto a la eficacia de la fisioterapia para modificar la evolución natural

de la EI^{2,13-15}. No existe ninguna evidencia para recomendar el uso de una técnica en concreto¹⁴.

La técnica Schroth fue desarrollada por Katharina Schroth en Alemania a principios del siglo xx como método de corrección tridimensional (3D) de la escoliosis. Se define como técnica de base sensorio-motor-cinestésica que procura la corrección del «falso equilibrio escoliótico»^{14,16-18}. Sus principios de corrección 3D de la escoliosis se realizan mediante: autoestiramiento, enderezamiento sagital asimétrico (destorsión) junto con correcciones activas en el plano frontal (deflexión del tronco), respiración desrrrotatoria y facilitación (estímulos propioceptivos y exteroceptivos)¹⁶⁻¹⁸.

La gimnasia abdominal hipopresiva (GAH) fue diseñada en Bélgica a finales de los años 80 por Marcel Caufriez con el objetivo de conseguir una tonificación abdominal en el posparto sin riesgo de alterar la estática pelviana¹⁹⁻²¹. Se define como técnica postural corporal y sistémica que provoca una disminución de la actividad tónica del diafragma torácico y como consecuencia disminuye la presión intratorácica e intraabdominal²⁰⁻²². Según Caufriez, la EI es un «síndrome de deficiencia postural», en el cual existe una respuesta inadaptada del control postural y la presencia de tensiones musculares a nivel de los músculos antigravitatorios y parietales. Considera que la escoliosis torácica es debida esencialmente a un desequilibrio de la actividad tónica postural entre las cúpulas del diafragma torácico²².

El objetivo de este trabajo es describir la evolución de pacientes con EI juvenil o del adolescente que han realizado dos protocolos distintos de tratamiento de fisioterapia: Schroth versus GAH.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2617583>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2617583>

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