



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)



PONENCIAS

LA FISIOTERAPIA DE URGENCIA.....

Jose Antonio Martín Urrialde

Coordinador Nacional Sección Fisioterapia en el Deporte
Asociación Española de Fisioterapeutas.

Definir el concepto de "urgencia" en el entorno sanitario es fácil, ya que sabemos que se refiere a aquellas acciones encaminadas a estabilizar, asegurar y garantizar las constantes vitales de un sujeto, y por tanto, su supervivencia.

Nuestra profesión, ha estado exenta de la exigencia de acciones urgentes, apareciendo en la escena asistencial en momentos posteriores a la acción lesionante.

La máxima exigencia en el entorno fisioterápico es la conservación de las capacidades funcionales del sujeto, eliminando aquellos factores que pueden limitar las mismas dolor, rigidez articular, inflamación.

Si nos trasladamos al ámbito deportivo, la "urgencia" adquiere un tinte social: es urgente conseguir que el deportista se reincorpore a su actividad, ya sufra una lesión benigna, ya sea una lesión grave.

Por tanto es evidente que en nuestra área de actuación, deberíamos acotar el término "urgencia" y de ahí, deducir que acciones son propias de la atención urgente fisioterápica y sobre todo, que medios terapéuticos tienen la capacidad de una acción urgente o inmediata.

Urgencia fisioterápica, podríamos definirla como la actuación

terapéutica precoz, instaurada en el momento de la lesión, y que garantiza la eliminación o atenuación de síntomas que pueden afectar a la integridad funcional del sujeto, extendiéndose su empleo hasta la definitiva valoración clínica de la lesión.

De esta definición inferimos dos conceptos :

- Temporalidad
- Objetivos

La temporalidad de la actuación urgente.

La acción fisioterápica urgente (afu) es desarrollada por el profesional en el momento de la lesión, si estuviera presente, o en los momentos inmediatamente siguientes.

En ella, tras la valoración inicial, se debiera tomar la decisión de permitir seguir la competición, o bien ser retirado de la misma.

En el primer caso, la continuación de la competición, puede ser inmediata o diferida.

- Continuación inmediata: posiblemente nuestra actuación se limita a la simple valoración, no pudiendo hacer ninguna intervención técnica, salvo alguna aplicación local de frío en spray, si es una contusión benigna.

- Continuación diferida: según la gravedad de la lesión, deberemos trasladar al jugador al vestuario, botiquín, etc. y efectuar la actuación requerida.

En el caso de retirada, aparece una primera actuación urgente del fisioterapeuta: garantizar un traslado correcto hasta el punto de evacuación o valoración clínica.

Esta medida puede paliar efectos indeseables en lesiones musculares y tendinosas, siendo la regla de oro en estos casos, situar la zona lesionada en posición de acortamiento funcional como segunda regla de oro, para un traslado, tenemos el uso de la técnica cri.c.e.:

- Crioterapia: localizada en la zona lesionada mediante bolsa de hielo o similar y mantenida hasta la llegada al centro clínico.
- Compresión: aplicación de vendaje compresivo circunferencial, que a su vez puede fijar el medio crioterápico.
- Elevación: la situación de la extremidad lesionada por encima del nivel del corazón, disminuye el aporte sanguíneo, y por tanto reduce



la progresión de la inflamación.

Establecido el diagnóstico clínico, la actuación fisioterápica toma las pautas de actuación habitual, los objetivos de la atención urgente en fisioterapia es evidente que dos aspectos resaltan, como urgentes a la hora de actuar ante un deportista con una lesión aguda :

- Combatir el dolor.
- Controlar la inflamación.

Para ello, el fisioterapeuta debiera utilizar una serie de medios fisioterápicos, que reúnan las siguientes características:

- Rapidez de uso y aplicación.
- Selectividad de la acción terapéutica.

Con estos parámetros, podemos iniciar el análisis breve de las actuaciones más habituales empleadas para obtener los objetivos enumerados.

- Medidas analgésicas.

Tenemos tres técnicas comunes aplicables a las lesiones agudas del aparato locomotor:

- Crioterapia local

La aplicación de hielo local, es el medio más usado, como primera atención, su tiempo de aplicación varía desde unos minutos a varias horas, según la intensidad del traumatismo.

El método más común de aplicación es el denominado crice, que incluye la aplicación simultánea de crioterapia local, compresión y elevación de la extremidad lesionada es útil citar la existencia de equipos de crio-compresión, mediante los cuales es posible unir ambas técnicas, merced a un depósito, conectado a un manguito, en el cual se establece la circulación del agua enfriada con hielo.

En el mercado podemos hallar estos equipos, citando entre los más conocidos, crio-cuff (air-cast co.*), polar-care (health tech. co.*) y criomatic (chatannoga *).

Otra forma de empleo de la crioterapia, es la aplicación simultánea de frío estiramiento pasivo analítico de un músculo (spray-stretch, técnica de travell-rocabado) el uso del crio-estiramiento, se concreta en dos actuaciones :

- a) El tratamiento de "puntos gatillo" intramusculares mediante el



estiramiento pasivo del músculo afectado, tras ser vaporefrigerado por el aplicador de cloro-etilo, en el sentido de sus fibras.

Igualmente la aplicación de preso-puntura localizada, tras el enfriamiento ofrece un alivio de la sintomatología dolorosa.

b) En la atención instantánea de contracturas y espasmos localizados, aplicando tres conocidas técnicas.:

- Enfriamiento local mediante bolsa o compresa.
- Estiramiento pasivo analítico.
- Contracción -relajación isométrica

T.E.N.S.

La estimulación transcutánea, por medio de alta frecuencia y baja amplitud es uno de los métodos rápidos de actuación analgésica. Parámetros de 60 a 110 hz y amplitudes de 60 a 150msec con tiempos de aplicación del orden de los 45 a los 90 mins son aconsejables.

La colocación correcta de los electrodos impone el éxito de la terapia, pudiendo elegir dos modalidades :

1. Aplicación segmentaria: polo (+) en raíz de origen de la metamera a tratar, y polo (*) en punto doloroso.

2. Explicación miogénica : ambos polos se sitúan sobre el músculo, colocando el polo (-) sobre el punto doloroso.

- Limitación de movilidad dolorosa, mediante vendaje funcional.
- Sin duda, una de las causas de dolor agudo es la puesta en tensión de la estructura lesionada, de ahí, que la consecución de una posición anatómica de acortamiento funcional, elimine dicha causa, y mejore el estado general de la lesión.

El uso de vendajes funcionales elásticos, que evitan compromisos circulatorios, ante un eventual aumento de la inflamación, aparece como técnica de elección, si bien, es admisible el uso de vendajes funcionales no elásticos, por la rapidez en su aplicación, una alternativa rápida y eficaz es el uso de vendajes cohesivos, de carácter elástico, pero de muy fácil aplicación. En cualquier caso, el vendaje funcional aplicado, debe evitar las vueltas circulares completas, que podrían comprometer la circulación venosa.

No debemos olvidar una técnica electroterápica de gran utilidad,



como es la iontoforesis.

Gracias a ella, podremos introducir en la zonas lesionadas, siempre que sean accesibles, sustancias analgésicas, entre las cuales podemos citar:

- Tramadol*
- Clonixinato de lisina*
- Mepivacaina 3% *
- Pirazolona *

Una última aportación en la lucha contra el dolor, cuando éste es de origen muscular, por contracturas localizadas, es el uso de miorrelajantes locales, como el dantroleno *

MEDIDAS ANTI-INFLAMATORIAS

De nuevo el uso de la crioterapia, y en concreto de la técnica crice, aparece como técnica de primera mano, asociada al masaje evacuatorio local.

La iontoforesis, permite administrar sustancias de gran efectividad antiflogística :

- Diclofenaco*
- Indometacina*

Una aportación novedosa es la enzimoterapia proteolítica oral. La enzimoterapia como método homeopático naturalista, nacido en el presente siglo (wolff, 1902) administra principios activos (enzimas), que aceleran los procesos de resolución orgánica de la inflamación.

En concreto, con esta técnica, se asocian tres potentes enzimas proteolíticas:

- Bromelina
- Papaina
- Rutosido

Su administración en las primeras horas tras una lesión aguda del aparato locomotor, aumenta la actividad proteolítica, impidiendo la formación de enlaces proteicos, base de la inflamación.

La posología de administración varía, según la intensidad del traumatismo, peso del sujeto, etc, pero una dosis recomendable es de 5 a 10 comprimidos/día, acompañados de al menos 1 litro de agua, para



favorecer su total absorción en el tracto intestinal, y reforzar así su acción hidrolítica.

Estas acciones antes citadas, pueden componer el espectro de actuaciones urgentes, no dudando que otras terapias estructurales, como osteopatía, etc., puedan actuar de forma instantánea sobre los principales signos clínicos postraumáticos.