



Tienda eFisioterapia.net
<http://www.efisioterapia.net/tienda>
Compra en la web nº1 de Fisioterapia

Tens y electroestimuladores: electroestimulación al mejor precio, camillas de masaje, mecanoterapia, electroterapia, ultrasonidos... y mucho más. Visítanos en <http://www.efisioterapia.net/tienda>

EL KINESIOTAPING APLICADO A ALUMNOS CON NEE: EXPERIENCIA EN UN CENTRO EDUCATIVO

AUTORA: *Isabel Jiménez Mata*

Fisioterapeuta del CPEE Miguel de Unamuno

RESUMEN:

El kinesiotaping es una técnica relativamente reciente y cada vez son más los fisioterapeutas interesados en ella. No hay publicados todavía buenos estudios comparativos sobre su utilidad, pero su uso continúa incrementándose, sobre todo en campos de traumatología, fisioterapia deportiva...

Con este artículo tan sólo pretendo exponer mi experiencia con pacientes pediátricos con alteraciones neurológicas y dentro del ámbito educativo. Es una experiencia muy reciente, ya que llevo trabajando con este método 8 meses y, aunque los resultados han sido en general muy positivos, será necesario continuar investigando y valorando resultados más a largo plazo.

Añado también como ejemplo y de forma esquemática, un caso clínico.

ABSTRACT:

Kinesiotaping is a relatively recent technique and every time they are plus the physiotherapists interested in her. It does not have still published good comparative studies on his utility, but its use continues being increased, mainly in fields of orthopedic surgery, sport physiotherapy...

With this article I only try to set out my experience with paediatric patients with neurological alterations and within the educative scope. It is a very recent experience, since I take working with this method 8 months and, although the results have been generally very positive, will be necessary more in the long term to continue investigating and valuing results.

I also add as example and of schematic form, a clinical case.

PALABRAS CLAVE: neurología, pediatría, vendaje elástico.

KEY WORKS: neurology, paediatrics, elastic bandage.

INTRODUCCIÓN:

El presente trabajo se ha desarrollado en un centro de educación especial, lo que conlleva que la edad de los pacientes ha oscilado entre 3 y 13 años (etapas de infantil y EBO). Nuestros alumnos tienen asociada deficiencia mental de moderada a severa (2,3) y presentan la patología propia de su enfermedad, así como los trastornos asociados que pueden padecer (deficiencias auditivas, visuales,...), los cuales van a requerir un manejo específico y multidisciplinar (4-8)

MATERIAL Y MÉTODO:

Se ha utilizado cinta Kinesio Tex Gold. La forma de colocarlas, así como la tensión aplicada se ha ceñido al método de kinesiotaping (www.kinesiotaping.com)

El kinesiotaping se ha usado para potenciar-mejorar habilidades motrices concretas que refuercen las

capacidades del alumno que vamos a trabajar con los métodos de estimulación sensoriomotriz (concepto Bobath, le Métayer, Levitt...)(9-13).

Tras hacer una valoración del nivel de evolución motriz del alumno, se establecen los objetivos del tratamiento fisioterápico (14-18).

Basándonos en estos objetivos, se plantean habilidades motrices básicas que nos ayuden a conseguirlo y luego debemos priorizar la función en la que queremos actuar con el kinesiotaping. Recordar también que el método de kinesiotaping tiene sus test de valoración (linder test) que también nos serán de utilidad para establecer la zona en la que aplicarlo. Según mi experiencia debemos tener en cuentas varios aspectos:

- Buscar **objetivos concretos orientados a la funcionalidad** (según un estudio publicado en 2002 (19) que evaluaba la efectividad de la terapia bobath en un grupo de pacientes con PCI, cuando se establecen objetivos funcionales concretos en la terapia, los resultados mejoran)

- **Minimizar en la medida de lo posible el número de tiras de kinesiotaping utilizadas** cada vez, ya que cada una de ellas proporciona un estímulo propioceptivo que el SNC tendrá que integrar, por lo que no hay que saturar el número de informaciones.

-Debido a las **características de la piel de los niños** y aunque las reacciones alérgicas no son frecuentes, deberemos ser más cautos, estar atentos a posibles reacciones cutáneas y tener más cuidado a la hora de retirarlo.

Podemos resumir el **PROCEDIMIENTO DE TRATAMIENTO** de la siguiente manera:

1. ANÁLISIS DEL MOVIMIENTO Y LA POSTURA: valoraremos diferentes aspectos:
 - Cómo se realiza el movimiento normal.
 - Músculos principales, agonistas, antagonistas, sinérgicos
 - Músculos que limitan el patrón funcional normal y causas (espasticidad, hipotonía, retracciones...)
 - Movilidad articular y alteraciones osteoarticulares que limitan la función
 - Valorar los Linder Test.
2. ESTABLECER LA ACTUACIÓN PRIORITARIA EN BASE A LOS OBJETIVOS DE TRATAMIENTO
3. SELECCIONAR EL TRATAMIENTO CON KINESIOTAPING para facilitar o inhibir la función muscular, realizar una corrección mecánica...
4. MANTENER EL KINESIOTAPING 3-5 DÍAS Y CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO.
5. REEVALUAR POSTURA Y MOVIMIENTO TRAS LA RETIRADA DEL KINESIOTAPING.

Como **MÉTODOS DE EVALUACIÓN** yo he utilizado según casos : la ejecución del movimiento (posibilidad y calidad del mismo), medidas goniométricas, registros fotográficos o audiovisuales.

EJEMPLO: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO:

Paciente de 3 años con retraso psicomotor. Hidrocefalia secundaria con válvula de drenaje. Trastorno visual asociado (retinopatía). Frecuentes trastornos respiratorios. Presenta hipotonía de tronco, hemiplejía izquierda con mayor espasticidad (flexora) en MI. Gatea pero la pierna afecta queda rezagada, pasa a de pie con ayuda y da pasos con apoyo, pero con equino y cruce en adducción de la pierna izquierda. El miembro superior está menos afectado.

Fig1.



En esta foto podemos observar cómo evade el apoyo y la carga en el MII. En el apoyo, no realiza extensión completa de rodilla. Camina con el pie en equino.

En la movilización pasiva, no hay limitación en ninguna articulación del MI.

- OBJETIVO PRIORITARIO DE TRATAMIENTO: bipedestación y marcha.

En base a este objetivo, colocamos el KT para mejorar el apoyo del MII: en cuádriceps (para mejorar su contracción) y en tríceps sural (para inhibirlo)



Fig. 2, 3 y 4: Colocación de las tiras de kinesiotaping.

Se observa que sólo tras colocarlas, la extensión de la rodilla y el apoyo del pie ha mejorado. Durante los días que se mantiene el KT, se intensifica el tratamiento propioceptivo, la corrección del apoyo y el paso a la bipedestación (sin abandonar el tratamiento de reeducación cerebromotriz).



Fig. 5, 6 y 7: Los ejercicios propioceptivos en plataformas móviles e inestables, corrigiendo el apoyo e inhibiendo la garra, nos ayudarán a intensificar la acción del kinesiotaping. Los ejercicios de sentarse y levantarse también serán útiles para mejorar el apoyo y el tono muscular.

Tras la retirada, volvemos a valorar el apoyo y la realización de los pasos, e insistiremos en el tratamiento si sigue siendo necesario (es lo más frecuente, ya que con patologías neurológicas la evolución es lenta).

Fig.8: Valoración del apoyo y los pasos tras la retirada:



No es conveniente (sobre todo por la integridad de la piel) volver a colocar el kinesiotaping en el mismo lugar si acabamos de retirarlo.



Fig. 9, 10 y 11: Tras reevaluar establecemos prioritario inhibir la garra en el pie para facilitar el apoyo y la extensión del MII, por lo que colocamos una cinta de Kinesio.

A medida que el niño mejora en sus aprendizajes motrices, iremos reevaluando el tratamiento.

DISCUSION/CONCLUSION:

Desde septiembre de 2008, he tenido ocasión de utilizar el kinesiotaping con un grupo de alumnos. Mi experiencia ha sido muy positiva y considero que en el campo de la neurología pediátrica el KT puede ser muy útil.

En cualquier caso, hay que partir de una buena valoración, utilizar el ensayo-error, y como decía al principio, hacer una investigación más a largo plazo.

Las referencias bibliográficas sobre el método de kinesiotaping con las que contamos actualmente, son escasas y más todavía en el campo de la pediatría (1), por eso siempre es interesante conocer experiencias y animar a nuestra profesión a realizar estudios científicos al respecto.

En el ámbito educativo, los recursos con los que contamos los fisioterapeutas suelen ser mínimos, por eso, como desventaja, el kinesiotaping es un vendaje caro y no siempre contamos con el apoyo económico del centro para realizar estudios más científicos (por ejemplo, aportando medidas de electromiografía de superficie...)

Como principal ventaja, quiero exponer que al tratarse de niños (y con deficiencia mental asociada), cuando al colocar el kinesiotaping se observa un cambio postural o mejor calidad del movimiento, reducimos la posibilidad de que el paciente pueda estar "falseando" la eficacia, ya que los niños desconocen totalmente la terapia o lo que pretendemos con ella.

AGRADECIMIENTOS:

A los profesionales que día a día trabajan y colaboran para que nuestros alumnos progresen. A las familias que se han prestado al estudio que estoy realizando y a los niños que día a día nos motivan.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- *Kinesitaping in Pediatrics. Fundamentals and whole body taping. Kinesiotaping association. 2008.*
- *Schrager, Orlando L.; Soto, R. "Terapia psicomotriz en discapacidad del aprendizaje", Psicomotricidad (1991), núm. 37*
- *Yagüe, M.P.; Marcén Román, Y; Yagüe Sebastias, M.M. "Fisio-psicomotricidad en el deficiente mental". Fisioterapia Vol. 19, (1997), núm. 2*
- *Macías M. Lourdes, Fagoaga Joaquín. Fisioterapia en Pediatría. McGraw-Hill/Interamericana de España. 2002*
- *Downnie, Patricia A. Neurología para fisioterapeutas. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 1989.*
- *Cahuzac, Maurice. El niño con trastornos motores de origen cerebral. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 1985*
- *Rosa Rivero, A., Montero García-Celay, I. y García Lorente M. C. (1993). El niño con parálisis cerebral: enculturación, desarrollo e intervención. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia (C.I.D.E.)*
- *Phephs, Judith A. Physical management of multiple handicaps: a professional's guide. Baltimore: Paul H. Brookes, 1987.*
- *Le Métayer M. Reeducción cerebromotriz del niño pequeño. Educación terapéutica. Editorial Masson. ASPACE (Barcelona y Navarra). 1995.*
- *Levitt, S. Tratamiento de la parálisis cerebral y del retraso motor. Madrid. 3ª Edición. Médica Panamericana. 2000*
- *Bobath, B. y Bobath, K. Desarrollo motor en distintos tipos de parálisis cerebral Buenos Aires: Panamericana. 1987.*
- *Gilbert Thomson, PT. Children with Severe Disabilities and the MOVE Curriculum. East River Press, 359 Gibson Hill Road, Chester, NY 10918 ISBN: 0-9759183-0-3. 2005*
- *Vöjta V. "Alteraciones Motoras Cerebrales Infantiles. Diagnóstico y tratamiento precoz". Edit. Atampaideia. Madrid 1991.*
- *Marta Elena Valverde, Mª Pilar Serrano "Terapia del neurodesarrollo. Concepto de Bobath". Plasticidad y restauración neurológica. Nuevos horizontes en la restauración neurológica. Vol 2 N° 2, Julio-Diciembre 2003. Edigraphic.com*
- *Helbrugge T". Diagnostico funcional del desarrollo durante el primer año de vida". Ed. Mástil. Alcoy 1985.*
- *Dra. Mariana Weitzman "Terapias de rehabilitación en niños con o en riesgo de PC". Revista pediatría, vol 2, n° 1, abril 2005 ISSS N 0718-0918*
- *Papazian O. Alfonso I. "Rehabilitación motora de los niños con PC". Revista neurología clínica 2001 2: 236-248.*
- *Cobos Alvarez, P. El desarrollo psicomotor y sus alteraciones. Manual práctico para evaluarlo y favorecerlo. Madrid: Pirámide. 1995*
- *Knox V. Lloyd Evans A. "Evaluation of the effects o a course of Bobath therapy in children with cerebral palsy; a preliminary study" Dev. Med. Chil Neurol. 2002 44: 447-480.*



Tienda eFisioterapia.net

<http://www.efisioterapia.net/tienda>

Compra en la web nº1 de Fisioterapia

Tens y electroestimuladores: electroestimulación al mejor precio, camillas de masaje, mecanoterapia, electroterapia, ultrasonidos... y mucho más. Visítanos en

<http://www.efisioterapia.net/tienda>

© <http://www.efisioterapia.net> - portal de fisioterapia y rehabilitacion