

**Universidad FASTA**  
**Facultad de Ciencias Médicas**  
**Licenciatura en Kinesiología**

**Eficiencia de la técnica Punción seca, en  
paciente con cervicalgia**

**Cedrés Facundo**

Tutor: Lic. Graciela Tur

Asesoramiento metodológico: Dra Mg Vivian Minnaard

2023

*“Compite contra ti mismo, no contra otros”*

Shopia Amoruso.(2020)

## **Dedicatoria**

Este trabajo de investigación final y finalización de carrera va dedicado a mi Papá, que el me guía desde el cielo y me ayuda espiritualmente a poder ser profesional.

La dedicatoria es para mi Mama, ya que es indispensable en mi vida y dedico mucho tiempo y dinero para poder ayudarme a terminal la carrera.

A mis otros dos ángeles en el cielo que son mi abuelo Sigfredo y abuela Chiquita.

La dedicatoria también es para mis hermanos, compañeros y amigos de la vida que siempre anhelamos a recibirnos de lo que estamos estudiando.

Por ultimo a mis amigos de toda la vida, a mis amigos de carrera - ciudad y a mi novia, siempre me ayudaron y me alentaron a terminal la carrera.

## **Agradecimientos**

Muy orgullosos de poder hacer mención de todos a quienes agradezco el poder llegar al cumplimiento de esta meta tan anhelada que es mi título profesional a través de este trabajo de tesis. En honor a tal orgullo deseo expresar mis agradecimientos con los siguientes:

Quiero agradecer en primer lugar a mi Madre, que ella me brido el apoyo para podes estudiar, siempre me alentó a buscar un buen futuro con trabajo, estudio y esfuerzo.

En segundo lugar, agradecer a la Familia Vittar, ya que me brindaron la oportunidad de poder obtener una beca arancelaria en la Universidad Fasta y me dieron la posibilidad de poder trabajar como Profesor de Educación Física – Preceptor de Nivel secundario de Colegio Fasta SVP Mar del Plata.

Agradezco a la Universidad Fasta, especialmente a docentes, ya que me brindaron los conocimientos y la calidad Humana Religiosa para poder desempeñarme en el campo profesional de la kinesiología.

Por ultimo agradezco a mis Hermanos, amigos, a mi novia y a mis compañeros, ya que son un gran pilar en mi vida y estuvieron acompañándome a lo largo de mi carrera.

## Resumen

La cervicalgia es un síntoma que se manifiesta por dolor en la zona cervical de la columna. Ciertos factores laborales y el mantenimiento de posturas, como la flexión de tronco, la posición de sentado con flexión de cuello o parado de manera prolongada o inadecuada generan una gran incidencia de esta patología. Mediante la técnica punción seca, se identifican los puntos gatillos que generen el dolor cervical para desactivarlos y buscar mejorar la calidad de vida del paciente.

**Objetivo:** Determinar cuál es el grado de aceptación de la técnica Punción seca, en paciente de 42 años de edad con cervicalgia y los cambios identificados en el grado de dolor a lo largo de 8 sesiones de kinesiología, en la ciudad de Mar del Plata durante el año 2022?

**Material y métodos:** La investigación es descriptiva ya que se miden y evalúan una serie de cuestiones por separado para luego describir estas situaciones y características. Según su temporalidad, se considera una investigación longitudinal ya que se desarrolla a lo largo de 8 sesiones de kinesiología en un consultorio con un paciente con dolor cervical crónico, en la ciudad de Mar del Plata. Se considera un estudio de caso dado que pretende describir y explicar la aceptación de la técnica punción seca en un solo paciente determinado y evaluar los cambios de dolor que se producen a lo largo del tratamiento en el sujeto.

## Resultados

El paciente presenta mucho dolor cervical durante todo el día, con fuertes dolores de cabeza y mareos. Los factores que más lo afectaron fueron la antigüedad laboral, la carga horaria, la falta de descanso, y las posturas inadecuadas en el trabajo frente a su computadora. Además la postura que intensifica el dolor es la de sentado con flexión de cuello y la falta de actividad física. Luego de las primeras sesiones de trabajo el alivio fue inmediato, reduciendo así de forma gradual el dolor y los mareos.

## Conclusión:

La punción seca es una técnica novedosa en Argentina utilizada por los profesionales de la salud, es muy eficaz para desactivar los puntos gatillos dolorosos. En una patología como la cervicalgia, su utilización, da resultados positivos,

Palabras claves: sedentarismo, cervicalgia, posturas inadecuadas, punción seca.

## Índice

Introducción.....	7.
Estado de la cuestión.....	10.
Materiales y métodos.....	20.
Resultados.....	22.
Conclusiones.....	36
Bibliografía.....	39

# Introducción

La cervicalgia es una patología muy atendida en los centros de atención primaria, la misma es causa de un alto porcentaje de ausentismo laboral (Jerez 2012)<sup>1</sup>. La actualidad clínica demuestra que son cada vez más aquellos pacientes que acuden a los diversos servicios de prestación sanitaria aquejados de dolor en la columna vertebral y, en especial, en la columna cervical; la presencia de dolor en esta región, viene a englobar un amplio abanico de alteraciones que, como causa o efecto, tienen su ubicación en las partes posterior y posterolaterales del cuello, con o sin irradiación a las zonas y segmentos adyacentes (Kazemi y otros, 2013)<sup>2</sup>. El dolor cervical, luego del dolor lumbar es la causa más frecuente de consulta entre los 26-35 años, cifra que va aumentando con la edad hasta que pasados los 45 años alcanza una incidencia del 50% de la población general pudiendo llegar a un 40 y 70% de la población laboral (Jerez, 2012)<sup>3</sup>. Rodríguez Fuentes (2012)<sup>4</sup>, señala que el 70% de la población sufrirá en algún momento de su vida de dolor cervical; y que la prevalencia anual oscila entre el 15% y el 50% de la población. Aunque la mayoría de las cervicalgias se resuelven antes de las 6 semanas, hasta una tercera parte de los pacientes sufrirán una cronificación de sus síntomas; el índice de recaídas se sitúa en torno al 25% de los casos. Según Farenga (2014)<sup>5</sup>, los trabajadores en la informática (frente a una computadora) consultaron en forma significativamente mayor por lesiones que afectaban la región topográfica del raquis (58%) y en menor cantidad lesiones en miembros inferiores (17%) y miembros superiores (12%). Dentro de las lesiones del raquis, el mayor porcentaje correspondió al raquis cervical (64%), seguido del raquis lumbar (28%). Los resultados de estas investigaciones apuntan a la necesidad del abordaje multidisciplinar de las algias vertebrales en el ámbito laboral, con la utilización de diferentes técnicas de rehabilitación, tanto preventivas como terapéuticas. Es necesario que la persona tome conciencia de su cuerpo y de las posturas correctas que le ayuden a mejorar. Es un verdadero trabajo reeducar a un

---

<sup>1</sup> En esta investigación la autora establece varios tipos de causas, e indica que el dolor puede ser primario cuando el origen de la patología se encuentra en la columna vertebral, o secundario cuando es referido desde otro sector.

<sup>2</sup> El objetivo de este estudio es determinar cuáles son las causas más comunes del dolor en la región cervical. Además pretende demostrar la relación causa-efecto.

<sup>3</sup> En el desarrollo de la investigación, el autor observó que con frecuencia el personal de enfermería adopta posturas incorrectas; las que obligan a la columna a soportar una carga asimétrica, lo que aumenta el riesgo de padecer dolores, sin embargo pocas zonas del cuerpo realizan tantas compensaciones como la zona cervical ya que cualquier desviación de la columna o miembros inferiores repercute en la región cervical.

<sup>4</sup> Tesis doctoral realizada en el 2012, donde el autor investigó la efectividad de la terapia de liberación miofascial en el tratamiento de la cervicalgia mecánica en el ámbito laboral.

<sup>5</sup> En este estudio se describen las variables sexo, edad y región topográfica de consulta de los pacientes que asistieron al servicio de Kinesiología y Fisioterapia de la Universidad Nacional de San Luis durante los años 2012 y 2013; observando la región topográfica dolorosa en una muestra compuesta por 80 analistas de sistemas, ingenieros en informática, programadores, entre otros.

adulto para que tenga un movimiento suelto y sepa mantener la postura de la mejor manera. Para ayudar a aliviar los síntomas de la cervicalgia, existe un método novedoso en Argentina llamado punción seca. La punción seca la podemos denominar como fisioterapia invasiva, porque mediante agujas de acupuntura, se busca estimular la zona y desactivar los puntos gatillos activos intramuscular que producen que la fascia se tense, dando irritación, nódulos, contracturas, dolor referido, disfunción motora <sup>6</sup>

Por lo tanto, entendiendo que la cervicalgia da dolor miofascial, entendemos que la técnica punción seca puede ayudar a erradicar la patología, es aquí que se plantea el siguiente problema de investigación:

¿Cuál es el grado de aceptación de la técnica Punción seca, en paciente de 42 años de edad con cervicalgia y los cambios identificados en el grado de dolor a lo largo de 8 sesiones de kinesiología , en la ciudad de Mar del Plata durante el año 2022?

El objetivo general planteado es el siguiente:

- Identificar cuál es el grado de aceptación de la técnica Punción seca, en paciente de 42 años de edad con cervicalgia y los cambios identificados en el grado de dolor a lo largo de 8 sesiones de kinesiología , en la ciudad de Mar del Plata durante el año 2022

Los objetivos específicos son:

- Examinar el grado de aceptación de la técnica Punción seca
- Determinar los factores de riesgos propios de la profesión del paciente predisponentes de la cervicalgia.
- Analizar los cambios identificados en el grado de dolor a lo largo de 8 sesiones

---

<sup>6</sup>Rigidez y disminución de amplitud en movimiento.

Estado de la

Cuestión

La columna vertebral constituye el pilar central del tronco. En su porción cervical, el raquis soporta el cráneo y debe situarse lo más próximo posible a su centro de gravedad. En su porción torácica, los órganos del mediastino, especialmente el corazón, lo desplazan hacia atrás. Sin embargo en su porción lumbar soporta el peso de toda la parte superior del tronco, recuperando una posición central. Además de esta función de soporte del tronco, desempeña un papel protector del eje nervioso (Jesus seco calvo, 2016).<sup>7</sup>La columna cervical está compuesta por siete vértebras, superpuestas y articuladas entre sí. Cada una de ellas está formada por un cuerpo, dos pedículos, dos láminas, una apófisis espinosa, dos apófisis articulares, dos apófisis trasversas y un agujero vertebral (Rouviere y Delmas, 2012).<sup>8</sup>Según Guyton & Hall (2013) <sup>9</sup>la unión de dos o más piezas óseas se denomina articulación. Esta es el punto de apoyo sobre el que se mueven los huesos bajo la acción de los músculos. La función articular está íntimamente relacionada con la orientación y formas de las superficies articulares así como la solidez y disposición de los ligamentos correspondientes, según expresa la ley general biológica del movimiento. El raquis cervical está constituido por dos partes anatómicas y funcionalmente distintas; una superior o suboccipital, que contiene la primer vértebra o atlas, y la segunda vértebra o axis; unidas entre sí además con el hueso occipital con tres ejes y tres grados de libertad; y la inferior que se extiende desde la meseta inferior del axis hasta la meseta superior de la primera vértebra torácica; con dos tipos de movimientos, por un lado de flexoextensión y por otro una combinación de inclinación-rotación. Funcionalmente estos dos segmentos se complementan entre si para realizar movimientos puros de rotación, de inclinación o de flexoextensión de la cabeza (JesusSecoCalvo, 2016).<sup>10</sup>

El cuello consta de músculos y articulaciones las cuales van a permitir los movimientos anteriormente mencionados, el deterioro de estos mismos son los que van a causar

---

<sup>7</sup> 1 Ex Jefe de Clínica Auxiliar de los Hospitales de París. Miembro de la Sociedad Francesa de Ortopedia y Traumatología, realiza una investigación sobre las diferentes cargas que soporta la columna vertebral.

<sup>8</sup> En este libro los autores hacen referencia a las características específicas de cada vértebra cervical. 3 Los cuerpos de las vértebras cervicales están unidos entre sí por un disco intervertebral análogo a los de otras regiones de la columna vertebral y por las articulaciones uncovertebrales.

<sup>9</sup> 3 Los cuerpos de las vértebras cervicales están unidos entre sí por un disco intervertebral análogo a los de otras regiones de la columna vertebral y por las articulaciones uncovertebrales.

<sup>10</sup> Es la parte más móvil del raquis. Tiene como función orientar la cabeza en un sector del espacio de aproximadamente 180°, tanto en sentido vertical como transversal. De esta forma es tan móvil como frágil

dolor (Rocha, 2012)<sup>11</sup>. Los problemas crónicos de cuello pueden darse como resultado de posturas defectuosas de la columna cervical. Por ende se localizará una contractura muscular la cual puede llegar a ser crónica si no se trata a su tiempo. Se reconoce a la cervicalgia como un dolor localizado entre el occipucio y la tercera vértebra dorsal. Es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una afectación tisular importante (Meseguer Henarejos y otros, 2014)<sup>12</sup>. Como en el dolor de cualquier otra localización, el origen anatómico puede ser miofascial, ligamentoso, óseo, neurológico, cutáneo o visceral. La causa puede ser la compresión de estructuras neurológicas; procesos inflamatorios, neoplásicos, infecciosos o degenerativos; trastornos estáticos o funcionales; o la disrupción de los tejidos secundaria a un traumatismo; o bien un desorden de origen psicosomático (Jerez, 2012)<sup>13</sup>. Esta afección puede manifestarse aisladamente o involucrar a una o varias estructuras neurovasculares y musculoesqueléticas como nervios, ganglios, raíces nerviosas, articulaciones uncovertebrales, articulaciones intervertebrales, discos, huesos, periostio, músculos y ligamentos; pudiéndose presentar con o sin irradiación hacia los brazos o la cabeza, produciendo en ocasiones braquialgias o cefaleas respectivamente. Igualmente es causa a su vez de vértigo con origen cervicogénico, por lo que es un proceso en el que, además de la lesión que se produce a nivel de las distintas estructuras implicadas en esta patología, hay que sumarle la alteración emocional que podría conllevar el dolor cervical. Este puede manifestarse por diversos tipos de lesiones, que producen síntomas parecidos, por ello es preciso identificar la causa en concreto de cada paciente para poder aplicar un tratamiento adecuado para el origen del problema y no sólo tratar los síntomas que produce, para evitar que la lesión empeore y se cronifique. Este tipo de algias generalmente es de origen mecánico, ocasionado por posturas mantenidas de cabeza y/o brazos, por sostener o cargar pesos de forma estática, realizar movimientos repetitivos de la columna cervical o los miembros superiores, y también por no realizar pausas o descansos en el trabajo (Saavedra Hernández, 2012)<sup>14</sup>.

---

<sup>11</sup> En esta investigación el autor detalla la cervicalgia, enfocándose en su rehabilitación fisioterapéutica. Así, aclara que una de las causas más comunes son la tensión o distensión muscular, limitando el rango articular cervical.

<sup>12</sup> Estos autores indican que las profesiones de mayor incidencia son las vinculadas al estrés y las que exigen permanencias prolongadas en determinadas posiciones y posturas. En los docentes observan asociaciones entre el dolor cervical y los movimientos repetitivos, ausencias de pausas en el trabajo, cargas estáticas y posturas mantenidas con la cabeza o los brazos.

<sup>13</sup> En el desarrollo de la tesis doctoral, la autora establece varios tipos de causas, e indica que el dolor puede ser primario cuando el origen de la patología se encuentra en la columna vertebral, o secundario cuando es referido desde otro sector.

<sup>14</sup> En este estudio el autor analiza la eficacia de la terapia manipulativa y el kinesiotaping en la cervicalgia crónica de origen mecánico.

Roig Escofet (2013)<sup>15</sup> hace referencia a la cervicalgia mecánica como el dolor localizado exclusivamente en la región cervical; pudiendo extenderse hasta la región dorsal alta y zona del deltoides. Se presenta de tres formas diferentes; de forma aguda o torticólis, de manera subaguda, y finalmente crónica. La forma aguda, es una manifestación donde el dolor se instala de manera brusca o rápida y se acompaña de una notable limitación de los movimientos de la cabeza, sobre todo hacia un lado. Cualquier intento de forzar el movimiento exacerba el dolor. La duración del dolor y la incapacidad funcional es de 0-3 semanas y luego remite totalmente. En los antecedentes es frecuente comprobar la existencia de uno o de varios episodios ocurridos años antes. Además se puede presentar en forma subaguda, donde la aparición del dolor es lenta, su intensidad es siempre moderada, a veces una simple molestia, se extiende hasta la región dorsal alta, dura de 4-12 semanas y luego desaparece y puede acompañarse de una discreta limitación de la movilidad, ligeramente más acentuada hacia un lado, además puede experimentar recidivas con grandes intervalos sin molestias. Y finalmente de manera crónica, donde la afección supera los 3 meses de duración; el dolor es de intensidad moderada o leve pero continuo, puede durar años. Prácticamente no tiene períodos de remisión total aunque puede oscilar la intensidad. Cuando la movilidad se presenta como escasa o nula, al realizar movimientos extremos, esta acción puede presentar dolor.

En muchos casos no se encuentran las lesiones radiográficas que se exigen para la producción del cuadro y, sin embargo, la sintomatología acusada por el paciente es rica. La radiografía cervical no aporta pues, ningún dato positivo en la mayoría de los casos para el diagnóstico, que es esencialmente clínico. A pesar de ello, ante una cervicalgia, deben practicarse radiografías estándar de la columna cervical, que servirán para descartar cualquier proceso específico (Saiach, 2015)<sup>16</sup>. Es común que el paciente manifieste dolor de huesos o dolor de articulaciones y el médico asuma que en realidad se trata de un problema intrínsecamente articular, pero tanto el dolor como otros síntomas musculoesqueléticos como la rigidez, debilidad, dificultad o limitación para los movimientos, y la parestesias se pueden originar en una diversidad de estructuras extraarticulares como los músculos, tendones, entesis, bursas, ligamentos, fascias, nervios; no sólo en las articulaciones. La distinción se hace de varias maneras, pero la más importante es la información indirecta y directa que se

---

<sup>15</sup> Obra de reumatología básica donde el autor, entre otras cosas, describe los síndromes cervicales, dorsales, lumbares, y hombro doloroso.

<sup>16</sup> La radiografía se utiliza para evaluar lesiones y entumecimiento, dolor o debilidad del cuello que no desaparecen. Otros exámenes, como una resonancia magnética, se pueden emplear para buscar problemas en los discos o los nervios.

recopila a través del interrogatorio y la exploración física detallada e intencionada, respectivamente. Es crucial identificar el patrón de aparición o desaparición del dolor y sus factores precipitantes, agravantes y atenuantes. Es común que haya inflamación, pero ésta ocurre usualmente en áreas poco extensas o localizada, por ejemplo, en vainas tendinosas, inserciones tendinosas o bursas. Los síndromes dolorosos de los tejidos blandos pueden coexistir con problemas inflamatorios articulares, lo que podría complicar la situación, pero el estudio sistemático del paciente permitirá discriminar entre unos y otros. Puede haber lesiones resultantes de un solo evento o debidas a una sobrecarga repetitiva; en este sentido debe interrogarse también acerca de la ocupación, hábitos de ejercicio que determinen el tono ya sea una atrofia o hipotrofia por desuso; o condicionamiento muscular y físico en general, actividades repetitivas o la presencia de factores que contribuyan a disfunción mecánica, tales como obesidad, posturas viciosas, desigualdad de la longitud de las extremidades, entre otros. La edad es otro factor contribuyente ya que con el paso del tiempo los tendones se hacen menos flexibles y elásticos, por lo que se hacen más susceptibles de sufrir alguna lesión (Prioretto, 2013)<sup>17</sup>. La etiología más frecuente se debe al estrés y a posturas mantenidas, estas producen dolor de cuello, porque es ahí donde se acumula la tensión, contracturando los músculos cervicales (Rocha, 2012)<sup>18</sup>. El estrés mental contribuye al comienzo o sostenimiento del dolor cervical, ya que está documentado que ante situaciones de estrés se producen tensiones o contracciones duraderas de la musculatura que puede llegar a producir dolor. Se ha observado en personas con síndromes de dolor cervical una elevada actividad electromiográfica de la musculatura del cuello ante situaciones de estrés psicológico, así como una elevada actividad del trapecio en el caso de personas sanas enfrentadas a estrés mental. En relación con los factores de riesgo mecánicos que pueden causar dolor también se han observado asociaciones entre la cervicalgia y los movimientos repetitivos, ausencias de pausas en el trabajo, cargas estáticas y posturas mantenidas con la cabeza o los brazos. El mecanismo patogénico es todavía incierto. En relación al músculo la teoría más conocida que trata de explicar la afectación es el modelo de la gamma motoneurona. Éste describe que las tensiones musculares pueden generar isquemia o daño tisular, lo cual conlleva a una mayor producción de metabolitos y con ello a una mayor estimulación de las aferencias musculares, generando un círculo vicioso que genera

---

<sup>17</sup> El autor analiza la incidencia de la cervicalgia de origen no articular en las actividades de la vida diaria.

<sup>18</sup> Las actividades laborales pueden exigir posiciones de la cabeza que causen problemas de alineamiento y de desequilibrio muscular; así mismo el estrés emocional puede causar la aparición aguda de dolor con calambres en los músculos del cuello. El problema puede ser solamente temporal, aunque el estrés puede perdurar y producir problemas crónicos.

dolor. Bajo este modelo se explica la presencia de signos como sensibilidad local, rigidez, dolor y presencia de puntos gatillo. Dentro de este contexto es posible detectar a veces síndromes regionales miofasciales y, en muchos otros casos, dolores inespecíficos no clasificables (Meseguer Henarejos, 2013)<sup>19</sup>. Una contractura muscular es una contracción sostenida e involuntaria de algunas fibras o fascículos musculares, en la que no existe lesión anatómica. No desaparece con el estiramiento. No existe limitación de la capacidad contráctil aunque la tensión resultará dolorosa, si presenta limitación clara del estiramiento. En estado de reposo el dolor es prácticamente inapreciable, aunque ello dependerá de la gravedad de la contractura. La causa más frecuente de la contractura muscular es la sobreutilización de un determinado paquete fibrilar en ausencia de la necesaria recuperación. Dicha sobreutilización puede darse, no sólo en el ámbito deportivo, sino también en el laboral o el cotidiano, donde se realizan posturas no anatómicas repetitivas y forzadas; por ejemplo, sujetar el teléfono con la oreja y el hombro dando una contractura del músculo esternocleidomastoideo y músculo trapecio, estudiar con la cabeza muy agachada contracturando los músculos paravertebrales dorsales y cervicales. Esfuerzos de escasa magnitud pero repetidos con gran frecuencia pueden superar la capacidad de adaptación del músculo. Aunque cualquier músculo es susceptible de sufrir una sobrecarga, los más afectados son los trapecios, los músculos del cuello, y los erectores o paravertebrales de la columna (Prioretto, 2012)<sup>20</sup>. Según JesusJoseCalvo (2012)<sup>21</sup> los problemas musculares que implican dolor en la región cervical posterior se dividen principalmente en dos grupos, uno relacionado con la tirantez muscular y el segundo tipo relacionado con la distensión muscular. El dolor de cuello y de cabeza asociados a tirantez de los músculos cervicales posteriores se observan con mayor frecuencia en las personas con el hábito postural de colocar la cabeza adelantada y la espalda arqueada. La posición compensadora en la postura de espalda arqueada da lugar a una extensión o rectificación de la columna cervical, en un primer momento. Las alteraciones mecánicas que acompañan a este proceso consisten principalmente en una comprensión indebida posterior sobre las carillas articulares y superficies posteriores de los cuerpos vertebrales, una debilidad por estiramiento de los flexores cervicales anteriores y una tirantez de los extensores del cuello, incluyendo al trapecio, y el

---

<sup>19</sup> Cuando las capacidades funcionales como la fuerza, la movilidad, y la propioceptividad son inferiores a las demandas biomecánicas del medio, las estructuras musculoesqueléticas se pueden sobrecargar a nivel de donde se sitúan los receptores de dolor. Así, varios déficit de la función musculoesquelética están asociados a la cervicalgia

<sup>20</sup> En este trabajo de investigación se observó que con frecuencia el personal de enfermería adopta posturas incorrectas, aumenta el riesgo de padecer dolores.

<sup>21</sup> Los síntomas y pautas de tratamiento varían dependiendo del problema subyacente. Ambos tipos son muy frecuentes. En el caso de la tirantez muscular, los síntomas aparecen de manera gradual, mientras que en la distensión el comienzo suele ser agudo.

esplenio de la cabeza. El dolor de cuello asociado a la distensión se observa generalmente tras un movimiento que combine un estiramiento hacia un lado, por ejemplo para alcanzar un objeto, y la inclinación de la cabeza en dirección opuesta; así, el músculo desarrolla un espasmo segmentario o calambre.

Según Martín Cordero (2013)<sup>22</sup> los problemas musculares que implican dolor en la región cervical posterior se dividen principalmente en dos grupos, uno relacionado con la tirantez muscular y el segundo tipo relacionado con la distensión muscular. El dolor de cuello y de cabeza asociados a tirantez de los músculos cervicales posteriores se observan con mayor frecuencia en las personas con el hábito postural de colocar la cabeza adelantada y la espalda arqueada. La posición compensadora en la postura de espalda arqueada da lugar a una extensión o rectificación de la columna cervical, en un primer momento. Las alteraciones mecánicas que acompañan a este proceso consisten principalmente en una compresión indebida posterior sobre las carillas articulares y superficies posteriores de los cuerpos vertebrales, una debilidad por estiramiento de los flexores cervicales anteriores y una tirantez de los extensores del cuello, incluyendo al trapecio, y el esplenio de la cabeza. El dolor de cuello asociado a la distensión se observa generalmente tras un movimiento que combine un estiramiento hacia un lado, por ejemplo para alcanzar un objeto, y la inclinación de la cabeza en dirección opuesta; así, el músculo desarrolla un espasmo segmentario o calambre. La disfunción cervical se debe a una contracción muscular inapropiada ocasionada por los husos musculares, los cuales alteran su funcionamiento debido a posturas inapropiadas, fatiga, estrés, sobrecargas entre otras. De esta forma, la cervicalgia engloba un amplio abanico de alteraciones que, como causa o consecuencia, tienen su localización en el cuello (Chacón, 2013)<sup>23</sup>.

La etiología de la cervicalgia no está clara, aunque existe una fuerte asociación entre el dolor cervical y los factores psicosociales y la existencia de episodios previos. El trabajo repetitivo, las altas demandas laborales, las posturas mantenidas y sedentarias, la inseguridad laboral, el bajo soporte social y una baja satisfacción laboral pueden aumentar el riesgo de cronificación del proceso. La prevalencia es mayor entre la población trabajadora y, dentro de ésta, destacan quienes desarrollan trabajos repetitivos. Aumenta con la edad, existiendo un pico hacia la sexta década de la vida, siendo mayor en las mujeres. La posición adelantada de la cabeza es uno de

---

<sup>22</sup> Los síntomas y pautas de tratamiento varían dependiendo del problema subyacente. Ambos tipos son muy frecuentes. En el caso de la tirantez muscular, los síntomas aparecen de manera gradual, mientras que en la distensión el comienzo suele ser agudo.

<sup>23</sup> El objetivo de este trabajo de investigación es identificar la influencia de la electrocinesis manual en la cervicalgia de origen mecánico en los pacientes de 25 -50 años del centro de traumatología y artroscopia La Merced de la ciudad de Latacunga.

los tipos más comunes e importantes de alteración postural observables en los sujetos con dolor cervical. Es tan frecuente que la pérdida de lordosis cervical ha dejado de considerarse un hallazgo patológico. No obstante, la protrusión de la cabeza se ha asociado con un aumento de la incidencia del dolor cervical, interescapular y de cabeza. Además, se ha establecido una relación directa entre el grado de alteración postural y la severidad de la cervicalgia; a mayor protrusión de la cabeza, mayor grado de discapacidad (Rodríguez Fuentes, 2012)<sup>24</sup>. Este dolor mecánico cervical representa, para cualquier país, un importante problema de salud. Ha sido evidenciado que tanto la prevalencia como la duración de este, es igual de importante que el dolor lumbar. En el periodo de un año su rango oscila entre el 16,7% y el 75,1% con una media del 37,2%. Un número importante de estos pacientes se recupera antes de las seis semanas. Aproximadamente el 44% de los pacientes que han padecido dolor, van a desarrollar síntomas crónicos, y muchos continuaran presentando discapacidad moderada a largo plazo (Saavedra Hernández, 2012)<sup>25</sup>. Según Rodríguez Fuentes (2012)<sup>26</sup> este desorden musculoesquelético, es responsable de una significativa proporción de absentismo laboral y baja productividad, y una de las causas más comunes de discapacidad. Se estima que el 70% de la población la sufrirá en algún momento de su vida. La prevalencia anual oscila entre el 15% y el 50% de la población. El dolor cervical produce a menudo una discapacidad importante, además el coste económico asociado al tratamiento de fisioterapia, fármacos, ausencias en el trabajo, indemnizaciones es muy elevado. Además, se ha confirmado consistentemente que la prevalencia del dolor de cuello se incrementa con la edad y que es más alta en mujeres que en hombres. El hecho de que la persona que presenta la cervicalgia esté de baja puede hacer que exagere o simule su dolor, con el fin de prolongar la baja laboral. Por otra parte, existe acuerdo acerca de que ante un mismo problema, algunas personas se curan rápidamente y otras necesitan mucho más tiempo. Por este motivo, sería muy útil conocer los factores que nos permitan predecir qué pacientes presentan un mayor riesgo de sufrir estos trastornos persistentes; aunque la detección de la simulación del dolor es difícil, ya que es una experiencia subjetiva que puede ser simulada fácilmente mediante la exageración y expresión de emociones.

---

<sup>24</sup> Dado que la incorrecta posición de la cabeza suele ser una postura compensadora de la cifosis dorsal, la cual, puede ser consecuencia de desviaciones posturales de la región lumbar o de la pelvis, con frecuencia resulta necesario comenzar el tratamiento corrigiendo las alteraciones asociadas.

<sup>25</sup> En este trabajo de investigación, el tamaño muestral ha estado constituido por 243 sujetos con dolor mecánico cervical, con una edad comprendida entre 18 y 60 años.

<sup>26</sup> El objetivo de este trabajo es evaluar el impacto que obtiene un programa de intervención fisioterápica de liberación miofascial en el tratamiento de pacientes con cervicalgia mecánica en el ámbito laboral.

El síndrome del dolor miofascial se define, como síntomas sensoriales, motores y autonómicos ocasionados por los puntos gatillos miofasciales. La musculatura voluntaria (esquelética) constituye el mayor órgano del cuerpo humano y representa casi el 50% del peso corporal. Aun así, los puntos gatillos (PG) y los músculos reciben poca atención como una de las grandes fuentes de dolor. Los tejidos musculares contráctiles constituyen la principal causa de los desgastes de la actividad de la vida diaria.

Los puntos gatillos miofasciales pueden definirse desde el aspecto clínico como: zona hiperirritable en un músculo esquelético que se asocia con un nódulo palpable hipersensible, que se localiza en una banda tensa. La zona dolorosa a la compresión puede dar lugar a dolor referido característico, hipersensibilidad a la presión referida, disfunción motora y fenómenos autonómicos.

*“Podemos definir el Síndrome de Dolor Miofascial (SDM) como un trastorno no inflamatorio que se manifiesta por dolor localizado, rigidez y cuya característica primordial es la presencia de puntos gatillo (PG)”*(Mayoral O, 2015)<sup>27</sup>. El sistema muscular comprende más de 650 músculos y se puede considerar el órgano más grande del cuerpo humano pues representa aproximadamente entre el 40% del peso corporal de un individuo. Por tanto, si “cualquiera” de los músculos del cuerpo humano puede producir Síndrome de Dolor Miofascial, la importancia del conocimiento sobre las patologías que afectan al mismo se hace imprescindible.

La teoría más aceptada explica que estos dolores se deben a la exagerada actividad neurológica de los llamados “puntos gatillo” (triggerpoints). Estos puntos gatillo se desarrollan en diferentes tejidos (músculo, fascia, periostio), en respuesta a una sobrecarga mecánica sostenida combinada con la presencia de factores metabólicos e histológicos complejos.

El dolor miofascial (DM) tiene tres componentes: Una banda palpable en el músculo afectado, un punto gatillo, un dolor referido característico.

Se presenta en ambos sexos y a cualquier edad aunque es más frecuente en mujeres entre los 30 y 55 años que realizan trabajos sedentarios y poca actividad física. El dolor miofascial por (PG) puede llegar a ser de mucha intensidad. En cambio, sí suele constituir un grave compromiso para la calidad de vida. Frecuentemente es causa de

---

<sup>27</sup> Mayoral O. Tratamiento fisioterápico invasivo de los puntos gatillo miofasciales 2015.

alteraciones generales en el equilibrio psicológico y en el estado de ánimo (Carolina Tejada 2019)<sup>28</sup>.

La técnica de Punción Seca (PS) o “dryneedling” se define como la técnica invasiva por la cual se introduce una aguja de acupuntura en el cuerpo sin introducir sustancia alguna. Al no emplear ningún agente químico, se considera que este estímulo mecánico constituye un agente físico que permite clasificar la técnica como fisioterapia invasiva. Las técnicas de punción seca se pueden clasificar en función de que la aguja alcance o no al PGM y la banda tensa. De esta forma se puede diferenciar entre técnicas de punción seca superficial, cuando la aguja se queda en los tejidos cercanos al PGM (punción simple), o técnicas de punción seca profunda, cuando la aguja atraviesa el PGM. La profundidad de la punción depende de la localización de la estructura corporal diana que se quiere estimular, de la constitución del paciente (personas delgadas, atléticas o pícnicas) y de la técnica invasiva que se vaya a aplicar(Mayoral, 2015)<sup>29</sup>.

---

<sup>28</sup> Estudio realizado para el síndrome del dolor miofascial, capacitación en punción seca 2019.

<sup>29</sup> Mayoral O, Romay H. Fisioterapia conservadora del síndrome de dolor miofascial. Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología.

## Materiales y métodos

La investigación es descriptiva ya que se miden y evalúan una serie de cuestiones por separado para luego describir estas situaciones y características. Según su temporalidad, se considera una investigación longitudinal ya que se desarrolla a lo largo de 8 sesiones de kinesiología en un consultorio con un paciente de 42 años con dolor cervical crónico, en la ciudad de Mar del Plata. Se realizó una investigación de tipo cualitativa. Por lo tanto se considera un estudio de caso dado que pretende describir y explicar la aceptación de la técnica punción seca en un solo paciente determinado y evaluar los cambios de dolor que se producen a lo largo del tratamiento en el sujeto. La unidad de análisis es un paciente que presenta dolor cervical crónico actualmente no está realizando actividad física complementaria

Las variables son:

Grado de aceptación según sesión

Cambios en el nivel de dolor

Rango articular

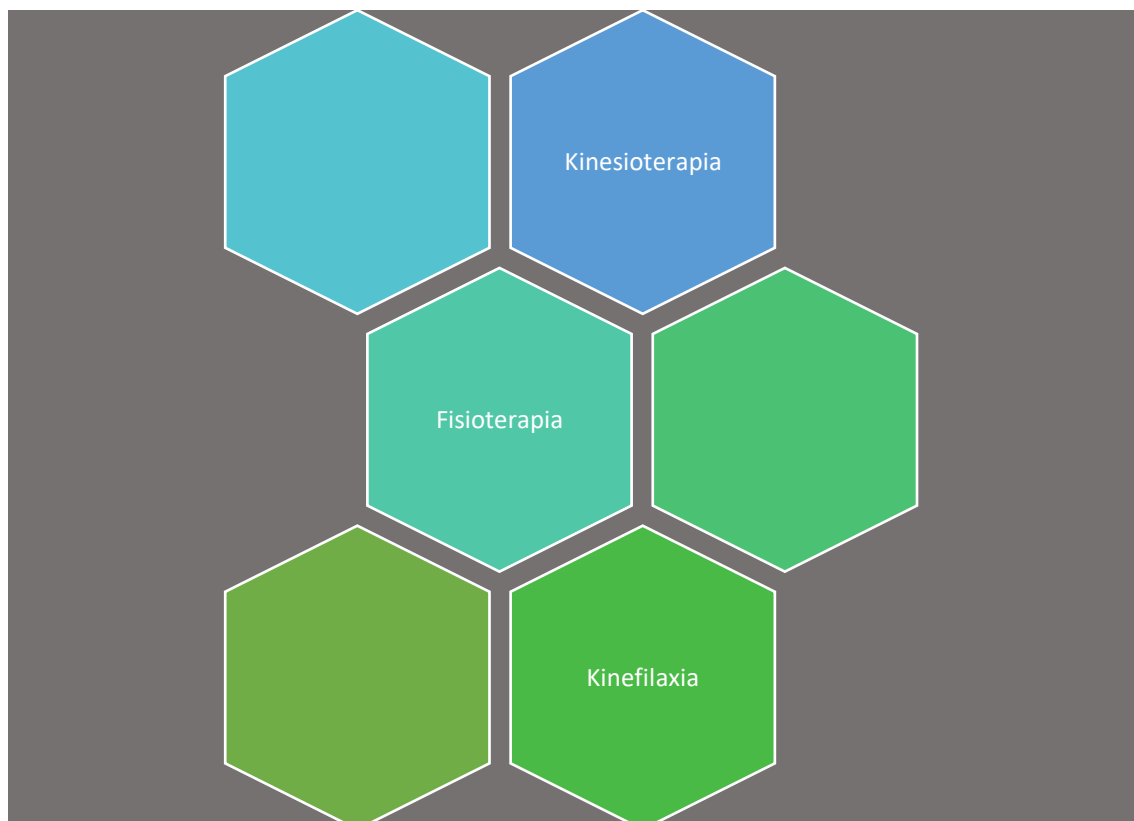
Intensidad del dolor según sesión

Grado de flexibilidad

## Resultados

Se presentan las características del paciente al momento de la anamnesis .El tratamiento se realizó en 10 sesiones, de las cuales se integraron las 3 áreas de la KinesiologíaSe intercalaron las sesiones entre la kinesiología tradicional y la técnica punción seca invasiva – ventosas.

Imagen 1 Areas de la Kinesiología seleccionadas en el tratamiento del paciente



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

Cuadro 1: Anamnesis

El paciente indica trabajar con una computadora en los últimos 20 años Pasa largas horas sentado frente a un monitor, por lo que esto le genera una vida muy sedentaria, ya que tampoco realiza actividad física. Se trata de un paciente con una contextura física dentro de los parámetros normales y no presenta factores de riesgo relevantes que interfieran en el abordaje kinésico.El paciente arroja un valor 8 en escala visual análoga (EVA) por lo que tiene un dolor muy intenso. Los rangos articulares del cuello se ven limitados en todos sus planos de movimiento en flexión- extensión, inclinación y rotación ya que la zona se encuentra muy tensa y voluminosa.En cuanto a la palpación, se le detectaron varios puntos del dolor con digitopuntura “Puntos gatillos activos” más activos en trapecio superior y medio.El paciente presenta dolor de cabeza.En cuanto a la fuerza muscular se observa una puntuación de 4 en la escala de Daniels, (movimiento con resistencia parcial) con musculatura hipertensa he irritada.

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

No se observan estudios complementarios.

### Primera sesión

Evaluación postural      **Características de los músculos de cuello y espalda**

Presento una posición asténica cifótica      Hipertensos e irritados con puntos dolorosos al realizar digitopuntura.

Rango articular en Flexión de cuello:      Muy poco movimiento con dolor. 20°

Rango articular en Extensión de cuello:      Muy poco movimiento acompañado de dolor. 32°

Rango articular en Inclinación lateral Izquierdo de cuello:      Muy poco movimiento acompañado de dolor. 22°

Rango articular en inclinación lateral derecha de cuello:      Muy poco movimiento acompañado de dolor 20°

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

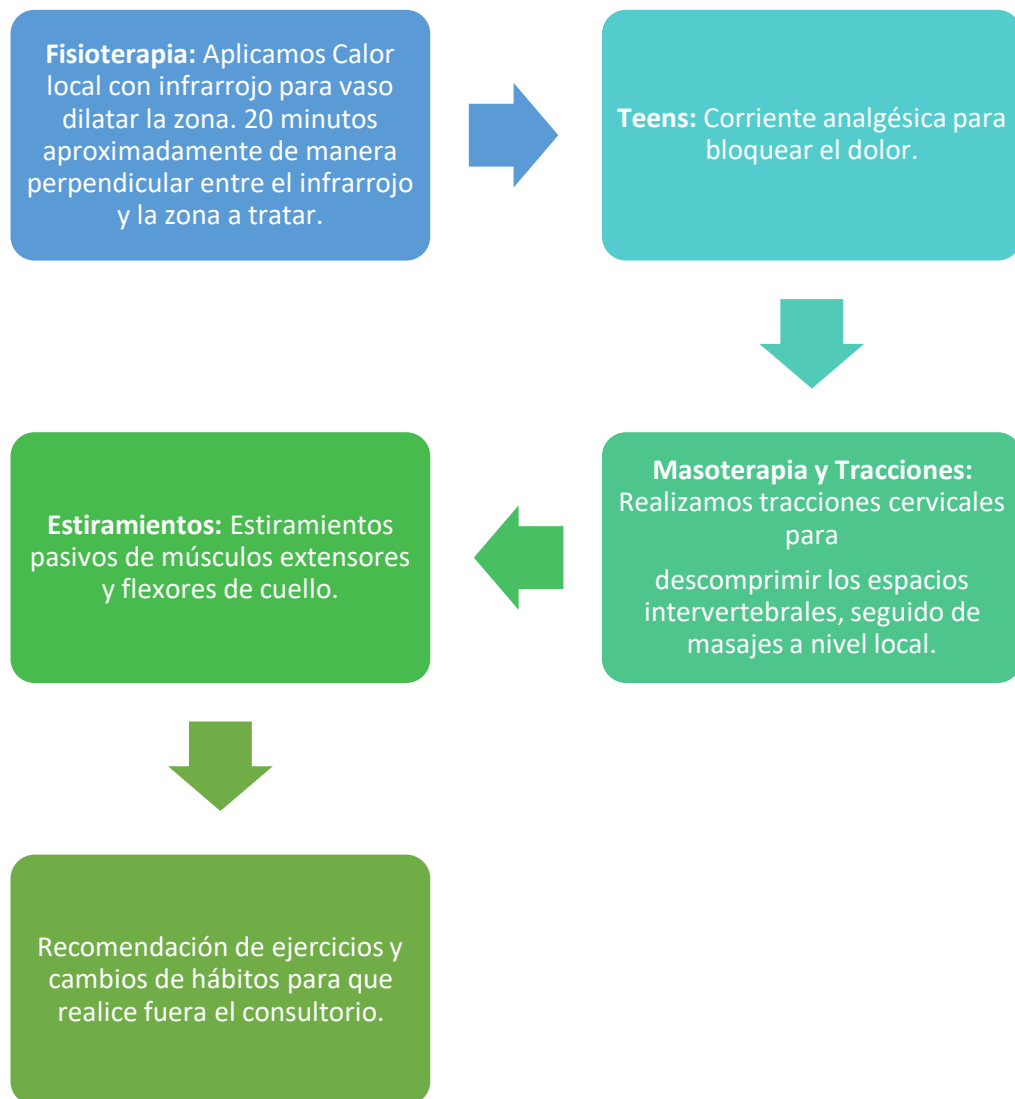
### Escala del Dolor EVA

Dolor muy fuerte: 8



Fuente: Por Lorena Gutierrez, Escuela Fisiobym, Enero de 2017.

## Secuencia realizada en la primera sesión del tratamiento



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

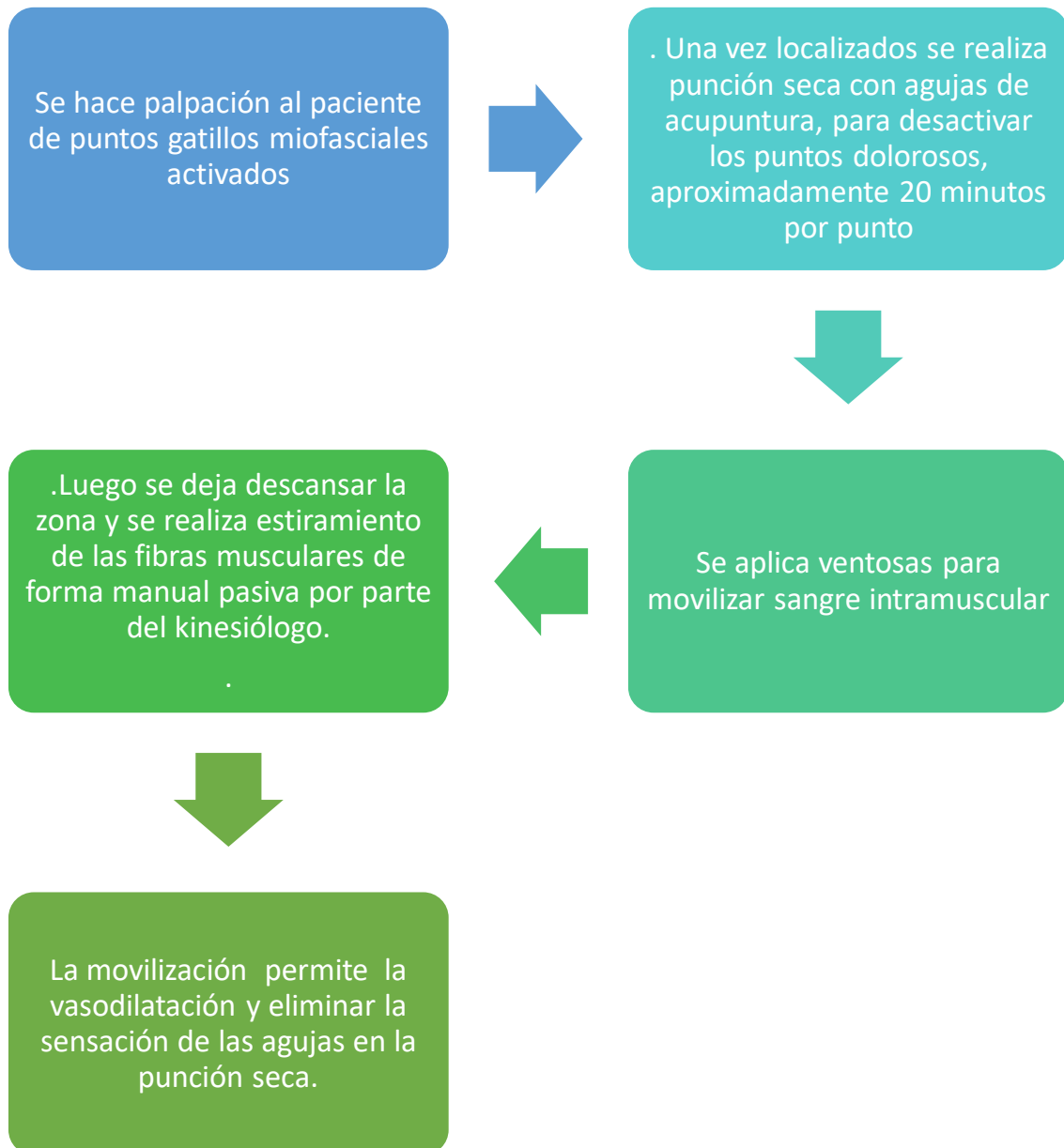
Utilizamos la Kinesioterapia que es la ciencia que busca rehabilitar mediante el movimiento (Los estiramientos pasivos y activos, tracciones, masoterapia). Mediante la Fisioterapia el kinesiólogo, con agentes físicos ayuda y acelera los procesos fisiológicos de curación (Calor con lámpara infrarrojo, Teens). Para prevenir y que se exacerbe la patología, acudimos a la Kinefilaxia, donde se busca que el paciente mantenga una calidad de vida adecuada mediante el movimiento (Recomendación de ejercicios fuera del consultorio, cambios de hábitos y posturas ergonómicas). En la sesión de tratamiento aplicamos la para infrarroja para vasodilatar y aumentar de forma superficial la temperatura de la zona obteniendo una mejor circulación sanguínea. Aproximadamente utilizamos 20 minutos de esta terapia para lograr

conseguir un adecuado efecto. Posterior la lámpara infrarroja, aplicamos la terapia de Tens (Electroestimulación Nerviosa Transcutánea). La función es enviar estímulos eléctricos al musculo para conseguir un aumento de la actividad metabólica y así disminuir las señales del dolor, generando un efecto analgésico en la zona tratada.

Una vez teniendo la zona del cuello y la espalda vasodilatadas e irrigadas, realizamos masajes descontracturantes para reducir el dolor, bajar la inflamación y tensión muscular. Para que el sistema nervioso trabaje de forma óptima sin interferencias, evitando las compresiones vertebrales, se realizó tracciones cervicales manuales, aumentando la distancia entre vertebras y así liberamos el canal donde pasan los nervios raquídeos. Los músculos de cuello y espalda al estar contracturados, buscamos estirarlos de forma pasiva (con ayuda del kinesiólogo) y activa (sin ayuda del kinesiólogo), dando aumento de la flexibilidad, disminuyendo la tensión muscular y mejorando los rangos de movimientos cervicales. Para finalizar se le recomendó al paciente que cambie su almohada, porque al estar en una altura inadecuada, le genero mucha flexión de cuello mientras dormía, acentuando una mala postura. También se le recomendó utilizar una silla de oficina computadora y elevar su monitor, ya que el mismo le hacía mantener en flexión el cuello por largos periodos. El paciente al tener na vida sedentaria, se le aconsejo comenzar a realizar actividad física fuera del consultorio, comenzando por caminar de 20 a 30 minutos de duración por dia, seguido por comenzar natación, ya que al nadar, no hay impacto en las articulaciones y en las técnicas de nado le favorecerán a fortalecer toda la musculatura general.

## Segunda sesión

### Secuencia realizada en la segunda sesión del tratamiento



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

Las sesiones siguientes se trato de la misma manera intercambiando la terapia no invasiva con terapia invasiva.

## Tercera sesión

Durante la sesión se realizan una serie de interrogantes

Interrogantes	Resultados
¿Presentó dolor muscular en los puntos tratados con las agujas?	El paciente presento dolor durante las primeras 24horas. Músculos tratados Hipertónicos y rígidos durante este periodo consecuencia del tratamiento invasivo. A partir de las 48 hs sintió un alivio inmediato.

¿Qué nivel de tolerancia tiene el paciente respecto a las agujas y/o tratamiento?

- No tolera las agujas
- Tolera muy poco el dolor las agujas
- Acepta el dolor de la agujas
- No percibe dolor con las agujas.

Rango articular en Flexión de cuello: 32°

Rango articular en Extensión de cuello: 43°

Rango articular en Inclinación lateral

Izquierdo de cuello:

Rango articular en inclinación lateral 28°

derecha de cuello:

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

**Escala del Dolor EVA**

Dolor Fuerte: 6

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

## Cuarta sesión



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

Las sesiones siguientes se trato de la misma manera intercambiando la terapia no invasiva con terapia invasiva.

## Quinta sesión

Interrogantes	Resultados
¿Presentó dolor muscular en los puntos tratados con las agujas?	El paciente presento dolor durante las primeras 24horas. Músculos tratados Hipertónicos y rígidos durante este periodo consecuencia del tratamiento invasivo. A partir de las 48 hs sintió un alivio inmediato.

A diferencia de la 3er sesión,

¿Qué nivel de tolerancia tiene el paciente respecto a las agujas y/o tratamiento?

Acepta el dolor de las agujas.

- No tolera las agujas
- Tolera muy poco el dolor las agujas
- Acepta el dolor de la agujas
- No percibe dolor con las agujas.

Rango articular en Flexión de cuello: 45°

Rango articular en Extensión de cuello: 60°

Rango articular en Inclinación lateral Izquierdo de cuello: 32°

Rango articular en inclinación lateral derecha de cuello: 37°

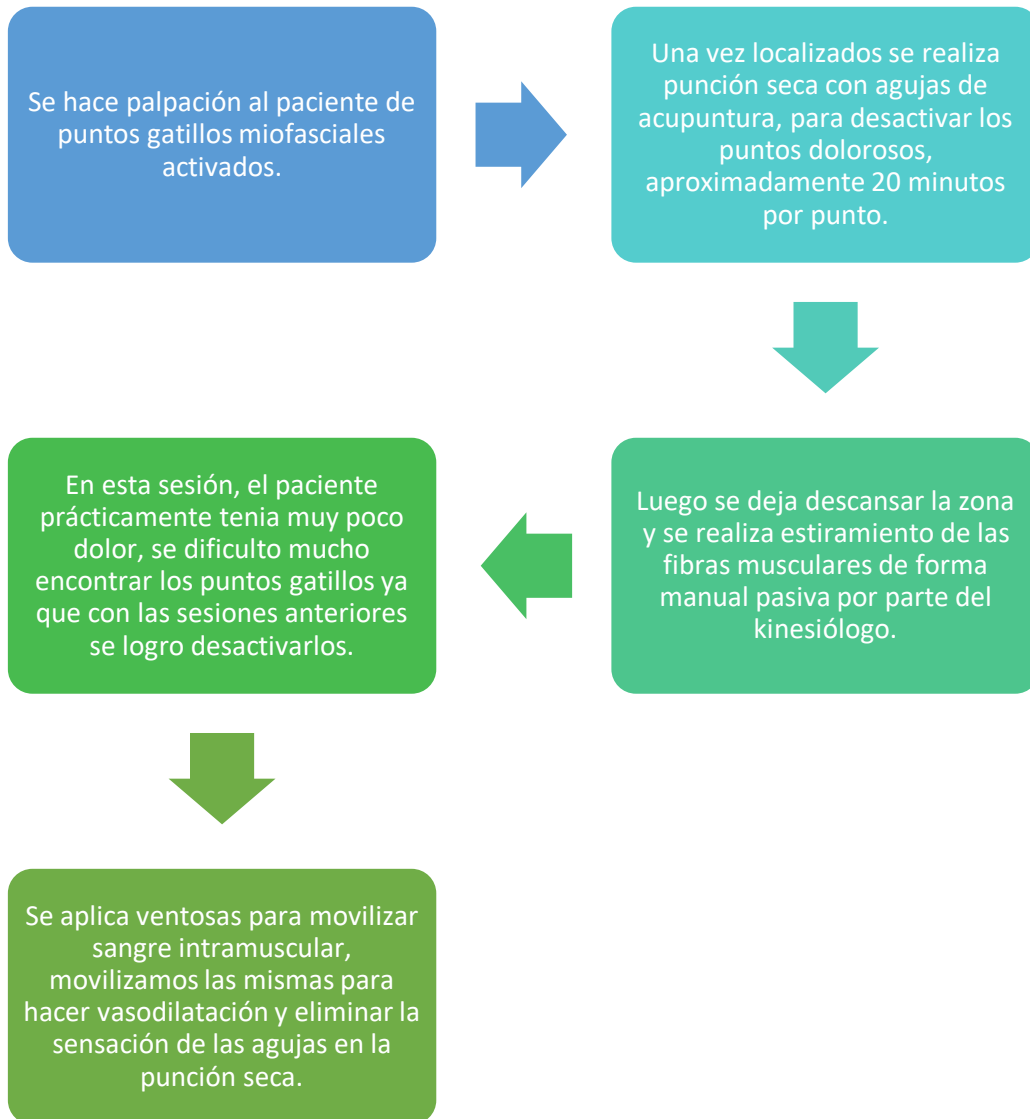
Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

**Escala del Dolor EVA**

Dolor Moderado: 4

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

## Sexta sesión



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

## Séptima sesión

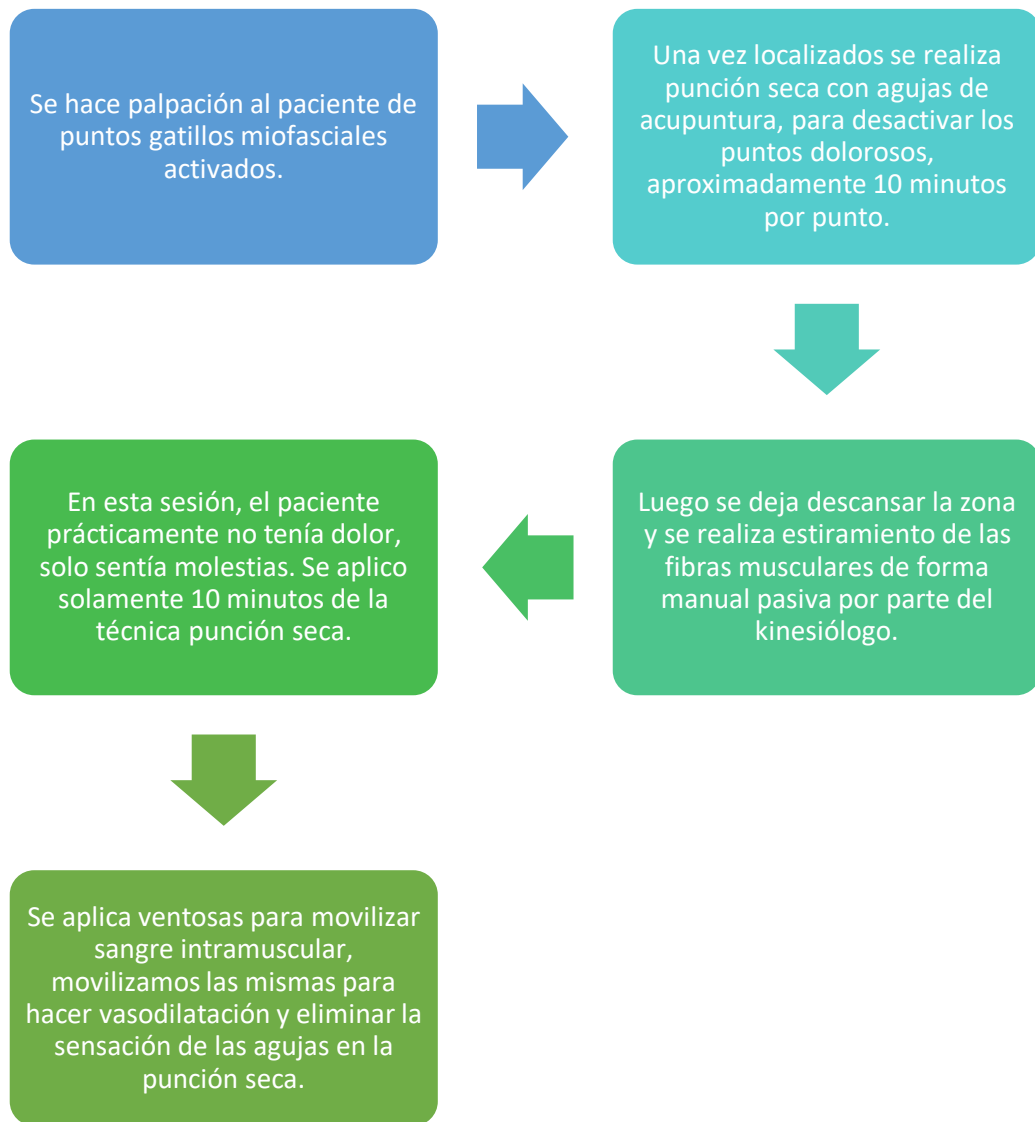
Interrogantes	Resultados
¿Presentó dolor muscular en los puntos tratados con las agujas?	El paciente no presento dolor, sintió una sensación de molestia al otro día del tratamiento.
A diferencia de la 3er sesión, ¿Qué nivel de tolerancia tiene el paciente respecto a las agujas y/o tratamiento?	Acepta el dolor de las agujas.
<ul style="list-style-type: none"><li>- No tolera las agujas</li><li>- Tolera muy poco el dolor las agujas</li><li>- Acepta el dolor de la agujas</li><li>- No percibe dolor con las agujas.</li></ul>	
Rango articular en Flexión de cuello:	50°
Rango articular en Extensión de cuello:	67°
Rango articular en Inclinación lateral Izquierdo de cuello:	39°
Rango articular en inclinación lateral derecha de cuello:	43°

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

<b>Escala del Dolor EVA</b>	Poco dolor: 2
-----------------------------	---------------

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

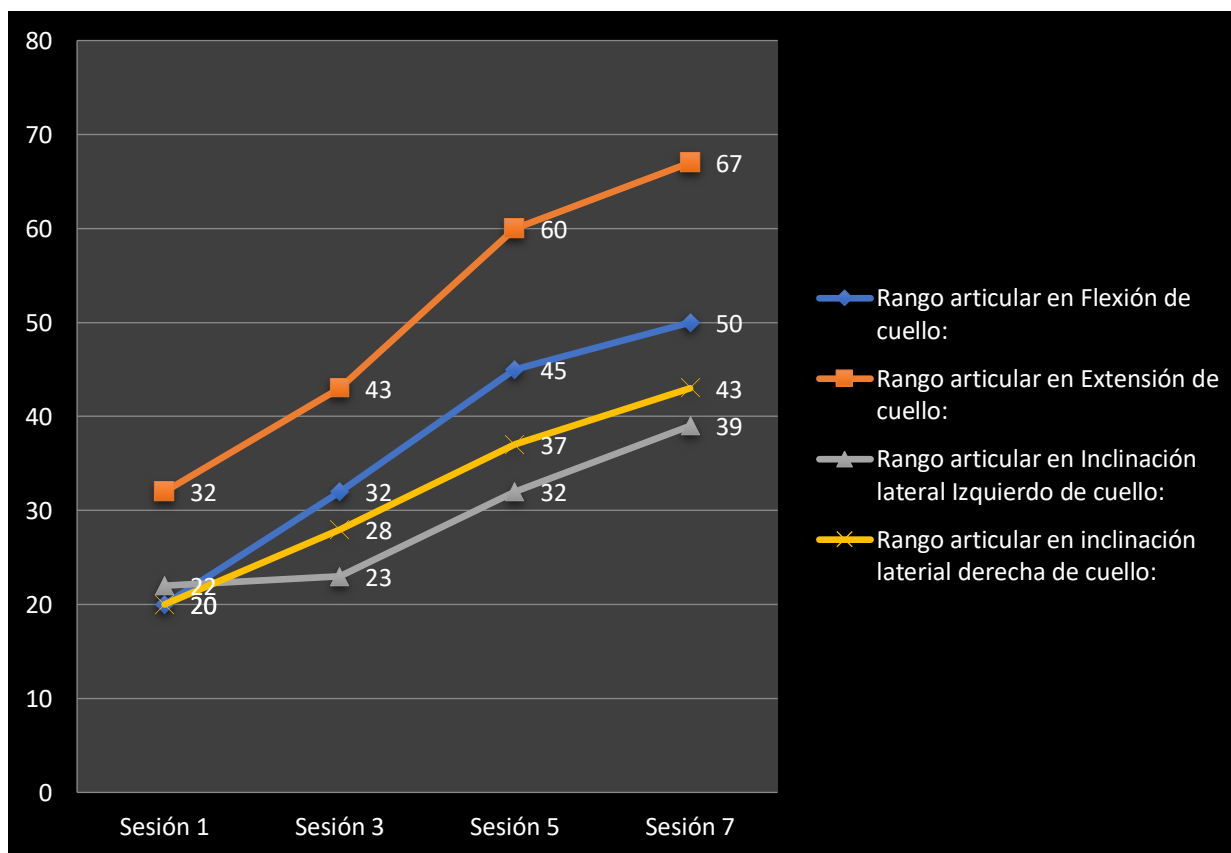
## Octava sesión



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

El paciente se sintió contento y cómodo, se le erradico el dolor de cabeza y se le recomendó hacer actividad física fuera del consultorio.

Gráfico 1 :Variación de Rango Articular durante las sesiones



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

Tabla 1 Variación los valores del Rango Articular durante las sesiones

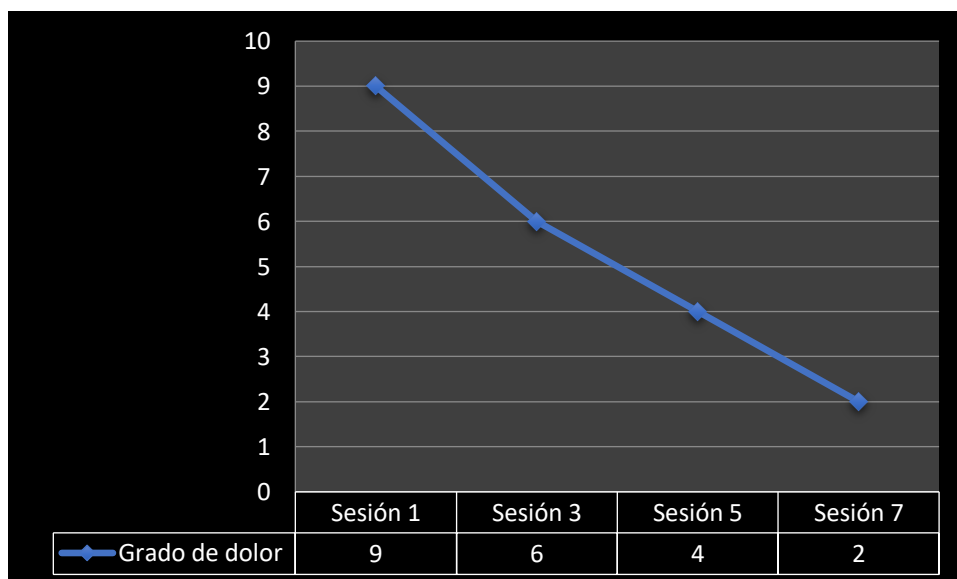
0	Sesión 1	Sesión 3	Sesión 5	Sesión 7
◆ Rango articular en Flexión de cuello:	20	32	45	50
■ Rango articular en Extensión de cuello:	32	43	60	67
▲ Rango articular en Inclínación lateral izquierdo de cuello:	22	23	32	39
✕ Rango articular en inclinación lateral derecha de cuello:	20	28	37	43

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

En cuanto al rango articular de movimiento el estudio de caso arrojo los siguientes valores:

- Rango articular en flexión de cuello: En la primera sesión al ser evaluado, arrojó un valor de 20°, progresando positivamente en la tercera sesión con un valor de 32°, en la quinta sesión su flexión de cuello fue de 45° y finalizando en la séptima sesión con un tope de rango articular de 50°.
- Rango articular en extensión de cuello: En la primera sesión al ser evaluado, arrojó un valor de 32°, progresando positivamente en la tercera sesión con un valor de 43°, en la quinta sesión su extensión de cuello fue de 60° y finalizando en la séptima sesión con un tope de rango articular de 50°.
- Rango articular en inclinación lateral izquierdo de cuello: En la primera sesión al ser evaluado, arrojó un valor de 22°, progresando positivamente en la tercera sesión con un valor de 23°, en la quinta sesión su inclinación de cuello fue de 32° y finalizando en la séptima sesión con un tope de rango articular de 39°.
- Rango articular de inclinación lateral derecho de cuello: En la primera sesión al ser evaluado, arrojó un valor de 20°, progresando positivamente en la tercera sesión con un valor de 28°, en la quinta sesión su inclinación de cuello fue de 37° y finalizando en la séptima sesión con un tope de rango articular de 43°.

Gráfico 2 . Variación de la percepción del grado de dolor según sesiones



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

Conclusiones

La patología cervicalgia hoy en día es muy frecuente en pacientes con trabajo de escritorio sedentario, cada vez son más los profesionales de informática que sufren esta patología. La punción seca es una técnica utilizada hace muchos años fuera de Argentina, pero hoy en la actualidad, es una herramienta muy novedosa y utilizada por los kinesiólogos para tratar el dolor miofascial y desactivar los puntos gatillos activos dolorosos. Por este motivo, se ha llevado a cabo este trabajo de investigación con el objetivo de Identificar cuál es el grado de aceptación de la técnica Punción seca, en paciente de 42 años de edad con cervicalgia y los cambios identificados en el grado de dolor a lo largo de 8 sesiones de kinesioterapia, en la ciudad de Mar del Plata durante el año 2022. El trabajo de campo es un estudio de caso, a lo largo de 8 sesiones de consultorio privado de rehabilitación kinésica con un paciente de 42 años de edad, profesional en la informática y que no realiza actividad física en la vida diaria, con una mala postura ergonómica frente a su computadora, sin estudios complementarios en el caso.

En primera instancia el paciente ingresa con mucho dolor al consultorio, con una escala análoga visual 8 Dolor muy Fuerte (EAV). A lo largo de las sesiones, la eficacia de la técnica punción seca y tratamiento convencional kinésico fue Positivo, reduciendo de forma progresiva la puntuación de la EAV, obteniendo en la tercera sesión una puntuación de 6 (dolor fuerte), en la quinta sesión una puntuación de 4 (Dolor moderado) y finalizando en la sesión 7, una puntuación de 2 (poco dolor). Por lo tanto, el paciente se fue del consultorio con una pequeña molestia, casi imperceptible, con poco dolor.

También un principio, al paciente le dieron miedo las agujas de acupuntura, por lo que también en la trayectoria del tratamiento, al comienzo en la segunda sesión tolero muy poco las agujas y en el resto de las sesiones acepta el dolor de las mismas. Se observo que perdió el miedo y se pudo continuar con el tratamiento.

El paciente luego de la terapia invasiva con agujas, presento dolor miofascial agudo 48 horas posteriores a estimular la zona, con musculatura hipertónica y rígida. Podemos afirmar que esto sucedió en la segunda y cuarta sesión del tratamiento. Posterior a la sexta sesión solo sentía una pequeña molestia luego de ser tratado con terapia invasiva intramuscular. Se puede afirmar por lo tanto que fue aumentando de forma progresiva su rango articular en flexión, extensión e inclinaciones laterales de cuello. También el tratamiento fue eficaz y aceptado por este paciente, sintiendo mejoras inmediatas y erradicando sus dolores de cabeza.

De esta investigación surgen nuevos interrogantes:

¿Qué beneficios traería proponer un programa de ejercicios y recomendaciones para la prevención de cervicalgias?

¿Cuál es el grado de información de la Terapia invasiva en los Kinesiólogos y para que patologías se puede aplicar?

¿Cuáles son las afecciones corporales más frecuentes en pacientes con un trabajo sedentario frente a una computadora?

## Bibliografía

Chacón Beltrán, B.A. (2013). *Aplicación de la técnica de electrocinesis manual en cervicalgia de origen mecánico en los pacientes de 25 a 50 años del centro de traumatología y artroscopia la merced de la ciudad de Latacunga, periodo marzo-agosto del 2012*. (Tesis doctoral). Centro de traumatología la merced, Universidad Técnica de Ambato, Ambato.

Kazemi. A., Muñoz Corsini. L., Martín Barallat. J., Pérez. M., & Henche. M. (2014). Estudio etiopatogénico de la cervicalgia en la población general basado en la exploración física. *Sociedad española del dolor*, 7 (4), 220-224.

Kapandji, I. (2013). *Fisiología articular*. (6ª ed.). Madrid: Medica Panamericana

Kendall, F. P., McCreary, E. K., Provance, P. G., Rodgers, M. M. & Romani, W. A. (2007). *Kendall's. músculos. pruebas funcionales. Postura y dolor*. (5ª ed.). España: Marbán.

Hall, J. E. (2013). Guyton & Hall. *Tratado de fisiología médica*. (12ª ed.). España: Elsevier.

Rodríguez Fuentes, I. (2012). *Efectividad de la terapia de liberación miofascial en el momento de la cervicalgia mecánica en el ámbito laboral*. (Tesis doctoral). Servicio médico asistencial de FREMAP, Universidad de Coruña, Coruña.

Rocha, S. (2012). *Aplicación de la técnica de stretching en pacientes con cervicalgia de 30 a 45 años en el departamento de fisioterapia del Hospital San Vicente de Paúl en la ciudad de Ibarra durante el periodo 2011-2012*. (Tesis doctoral). Hospital San Vicente de Paúl, Universidad Técnica del Norte, Ecuador.

Urbina. E., Sainz de Baranda. P. & Rodríguez Ferran. O. (2014). Instrumento de evaluación sobre higiene postural: opinión del profesor de educación física. *Revista Internacional de Medicina y Ciencia del Deporte*, 10 (40), 630-651.

Mayoral O, (2015) Fisioterapia conservadora del síndrome de dolor miofascial. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología*.

Romay Barrero (2019) *Fisioterapia en el síndrome de dolor miofascial*. Madrid: ONCE.

Simons DG, Travell JG, y Simons LS. (2017) *Dolor y disfunción miofascial. el manual de los puntos gatillo*. Vol. 1. Editorial Médica Panamericana. Madrid,

## REPOSITORIO DIGITAL DE LA UFASTA

### AUTORIZACION DEL AUTOR<sup>30</sup>

En calidad de TITULAR de los derechos de autor de la obra que se detalla a continuación, y sin infringir según mi conocimiento derechos de terceros, por la presente informo a la Universidad FASTA mi decisión de concederle en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado la autorización para:

- ✓ Publicar el texto del trabajo más abajo indicado, exclusivamente en medio digital, en el sitio web de la Facultad y/o Universidad, por Internet, a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.
- ✓ Permitir a la Biblioteca que sin producir cambios en el contenido, establezca los formatos de publicación en la web para su más adecuada visualización y la realización de copias digitales y migraciones de formato necesarias para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra.

#### 1. Autor:

Apellido y

Nombre \_\_\_\_\_

Tipo y N° de Documento \_\_\_\_\_

Teléfono/s \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Título obtenido \_\_\_\_\_

#### 2. Identificación de la Obra:

TITULO de la obra (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha de defensa \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

#### 3. AUTORIZO LA PUBLICACIÓN BAJO CON LALICENCIA Creative Commons (recomendada, si desea seleccionar otra licencia visitar <http://creativecommons.org/choose/>)



Este obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

<sup>30</sup> Esta Autorización debe incluirse en la Tesina en el reverso ó pagina siguiente a la portada, debe ser firmada de puño y letra por el autor. En el mismo acto hará entrega de la versión digital de acuerdo a formato solicitado.

**4. NO AUTORIZO: marque dentro del casillero [ ]**

NOTA: Las Obras (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación) **no autorizadas** para ser publicadas en TEXTO COMPLETO, serán difundidas en el Repositorio Institucional mediante su cita bibliográfica completa, incluyendo Tabla de contenido y resumen. Se incluirá la leyenda “Disponible sólo para consulta en sala de biblioteca de la UFASTA en su versión completa

---

Firma del Autor Lugar y Fecha

# Eficiencia de la técnica Punción seca, en paciente con cervicalgia

La cervicalgia es un síntoma que se manifiesta por dolor en la zona cervical de la columna. Ciertos factores laborales y el mantenimiento de posturas, como la flexión de tronco, la posición de sentado con flexión de cuello o parado de manera prolongada o inadecuada generan una gran incidencia de esta patología. Mediante la técnica punción seca, se identifican los puntos gatillos que generen el dolor cervical para desactivarlos y buscar mejorar la calidad de vida del paciente.

**Objetivo:** Determinar cuál es el grado de aceptación de la técnica Punción seca, en paciente de 42 años de edad con cervicalgia y los cambios identificados en el grado de dolor a lo largo de 8 sesiones de kinesiología, en la ciudad de Mar del Plata durante el año 2022?

**Material y métodos:** La investigación es descriptiva ya que se miden y evalúan una serie de cuestiones por separado para luego describir estas situaciones y características. Según su temporalidad, se considera una investigación longitudinal ya que se desarrolla a lo largo de 8 sesiones de kinesiología en un consultorio con un paciente con dolor cervical crónico, en la ciudad de Mar del Plata. Se considera un estudio de caso dado que pretende describir y explicar la aceptación de la técnica punción seca en un solo paciente determinado y evaluar los cambios de dolor que se producen a lo largo del tratamiento en el sujeto.

## Resultados

El paciente presenta mucho dolor cervical durante todo el día, con fuertes dolores de cabeza y mareos. Los factores que más lo afectaron fueron la antigüedad laboral, la carga horaria, la falta de descanso, y las posturas inadecuadas en el trabajo frente a su computadora. Además la postura que intensifica el dolor es la de sentado con flexión de cuello y la falta de actividad física. Luego de las primeras sesiones de trabajo el alivio fue inmediato, reduciendo así de forma gradual el dolor y los mareos.

## Conclusión:

La punción seca es una técnica novedosa en Argentina utilizada por los profesionales de la salud, es muy eficaz para desactivar los puntos gatillos dolorosos. En una patología como la cervicalgia, su utilización, da resultados positivos,

