

Rev Soc Esp Dolor
2017; 25(1): 58-59

¿Sirve el taping patelar en pacientes con dolor crónico de rodilla?

DOI: 10/20986/resed.2016.3497/2016

Sr. Director:

La mayor causa de dolor de rodilla es la artrosis en sujetos mayores de cincuenta años, afectando el cartílago articular, hueso subcondral y toda la articulación tibiofemoral y patelofemoral (1). Asimismo, el dolor es uno de los síntomas principales, caracterizado por comienzo insidioso, agravado por movimientos de carga en la articulación (2). En la actualidad, el tape es uno de los tratamientos complementarios más utilizados en el último tiempo para patologías músculo-esqueléticas (3), y uno de los efectos más atribuidos es el manejo del dolor mediante la teoría del Gate Control (3,4). Es por esto, que el tape es usado frecuentemente para el manejo de los síntomas de esta condición (5).

Al realizar una búsqueda específica en la base de datos biomédica MEDLINE con los términos: "Chronic Knee Pain" AND "Taping", arroja 7 hits, de los cuales uno corresponde a una revisión sistemática (RS) con un metanálisis del tema, entendiendo que para tomar decisiones en salud y determinar la efectividad de alguna técnica o intervención, el mejor diseño son los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) o RS de ECA. Es por esto que escogeremos la RS de Warden 2008 (6) para analizar la evidencia con respecto a esta intervención.

El estudio corresponde a una revisión sistemática (RS) con metanálisis de estudios clínicos randomizados (ECR) y estudios Cross Over sobre la utilización del tape patelar en pacientes con dolor crónico de rodilla. La búsqueda de la RS se realizó desde 1980 en las siguientes base de datos: MEDLINE (1980-2006), CINAHL (1982-2006), Evidence Based Medicine (noviembre 2006), páginas web ISI de conocimiento transversal (1980-2006), SPORTDiscus (1980-2006), ASAP (1980-2006), y en la base de datos especializada de fisioterapia PEDro (noviembre 2006). No se realizaron búsquedas en disertaciones, conferencias y estudios que no fueran en idioma inglés. No se realizó contacto a expertos ni a estudios no publicados. De los 462 artículos, 398 se excluyeron por título y abstract. De los 64 artículos potencialmente elegibles, se excluyeron 48 por no evaluar dolor cuantitativamente. La aplicación de tape no era aislada, no correspondían a estudios clínicos, por estudios preventivos y duplicados. Se incluyeron finalmente 16

estudios que cumplieron con los criterios de elegibilidad. 7 estudios correspondían a estudios clínicos controlados y 9 eran estudios crossover. Una búsqueda bastante amplia por parte de la RS para responder a la interrogante planteada. Los estudios contemplaban un n de 212 pacientes en total, comparando en todos los estudios la aplicación del taping patelar media en comparación con placebo y la no aplicación del tape. Se realiza un análisis crítico de todos los estudios con la herramienta PEDro. A pesar de que corresponde a una escala cuantitativa, los autores hacen el esfuerzo por realizar la evaluación completa y explícita. Sin embargo, la mayoría de los estudios incluidos no presentaba ocultamiento de la randomización y un porcentaje no menor no presenta ciego de evaluadores, lo que se hace imprescindible sobre todo en outcomes subjetivos como el dolor, que es medido en estos estudios. Todo lo anteriormente descrito afecta a la validez de los resultados. Los criterios de inclusión/exclusión son claros y apropiados; no obstante, incluyen diseños crossover, que no es el mejor diseño para incluir en una RS de terapia según las menciones del Handbook de la Cochrane (7). Con respecto a los resultados, reportan el metanálisis para la variable dolor, siendo de -1,12 mm, IC 95 % (-1,84, -0,41) a favor del tape, con un 84 % de heterogeneidad. La magnitud de efecto reportada es pequeña, mostrando beneficios, pero no significativos. La excesiva heterogeneidad puede ser explicada por la inclusión de pacientes en los estudios con múltiples diagnósticos como dolor crónico de rodilla, osteoartritis de rodilla, etc., además de los tipos de intervención aplicada y el tiempo de duración de la intervención distinta entre los estudios, que si bien es cierto que el tape es del mismo tipo, puede influir la marca o la experiencia del terapeuta en la aplicación, sumando más bandas de anclaje y estabilidad, y logrando así una variación en la mecánica articular y repercutiendo en los resultados del outcome, perjudicando la aplicabilidad de la intervención.

En cuanto a eventos adversos la RS no reporta resultados. A pesar de las limitaciones metodológicas que presentan los ECR incluidos en la RS, y la misma RS con su análisis crítico y sin análisis de sensibilidad, la aplicación del tape como complemento podría ayudar a disminuir el dolor (1 mm en la escala de EVA) en pacientes con dolor crónico de rodilla. Sin embargo, se necesitan revisiones sistemáticas con mayor rigurosidad metodológica y estudios clínicos para dar una recomendación más categórica y determinar una mayor magnitud de efecto de la aplicación de tape patelar en este tipo de pacientes. En general, esta revisión, por sus defectos en cuanto al riesgo de sesgo, puede que tienda a sobreestimar o subestimar la efectividad de

la terapia. Finalmente, siempre es fundamental considerar los valores y preferencias de nuestros pacientes para tomar una decisión final.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

F. Araya Quintanilla

Kinesiólogo. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Kinesiología. Universidad de Las Américas. Chile

Correspondencia: Felipe Araya Quintanilla
fandres.kine@gmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Duncan RC, Hay EM, Saklatvala J, Croft PR. Prevalence of radiographic osteoarthritis: it all depends on your point of view. *Rheumatology (Oxford)* 2006;45:757-60. DOI: 10.1093/rheumatology/kei270.
2. American College of Rheumatology Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines. Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee: 2000 update. *Arthritis Rheum* 2000;43:1905-15.
3. Kase K, Tatsuyuki H, Tomoki O. Development of kinesio tape. In: *Kinesio taping perfect manual*. Kinesio Taping Association;1996:6-10, 117-18.
4. Halseth T, McChesney JW, DeBeliso M, Vaughn R, Lien J. The effects of kinesiotaping on proprioception at the ankle. *J Sports Sci Med* 2004;3:1-7.
5. Chen PL, Hong WH, Lin CH, Chen WC. Biomechanics effects of kinesio taping for persons with patellofemoral pain syndrome during stair climbing. In: Abu Osman NA, Ibrahim F, Wan Abas WAB, AbdRahman HS, Ting HN, editors. *Biomed 2008, Proceedings* 21. 2008. 395-7.
6. Warden SJ, Hinman RS, Watson MA Jr, Avin KG, Bialocerkowski AE, Crossley KM. Patellar taping and bracing for the treatment of chronic knee pain: a systematic review and meta-analysis. *Arthritis Rheum* 2008;15;59(1):73-83.
7. Higgins JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011. Available from www.cochrane-handbook.org.