

Materiales y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo, analítico, de intervención, cuasiexperimental, evaluando variables universales como edad, género, diagnóstico de ingreso, evolución de la intensidad del dolor mediante la Escala Verbal Numérica (EVN), en los cinco principales motivos de consulta. Se inició un protocolo específico para cada patología y se interrogó la intensidad del dolor mediante EVN a cada paciente, antes y después de cada sesión (mínimo de 3 sesiones y un máximo de 5 sesiones) como medida de control y de evaluación de resultados.

Resultados: Fueron tratados un total de 119 pacientes, 69,09 % femeninas y 30,91 % masculinos, con un intervalo de edades comprendido entre 20-39 años (14,69 %), 40-59 años (60,14 %), 60-79 años (24,48 %), ≥ 80 años (0,70 %). Observamos una mejoría de la intensidad del dolor, principalmente entre el inicio y posterior a la tercera sesión. Evaluamos los principales motivos de consulta: fasciopatía plantar: 63 pacientes (13 masculinos, 50 femeninos), edad media de 54,6 años, EVN media pretratamiento 7,05, EVN media postratamiento 3,68, diferencia $p < 0,01$. Tendinopatía de miembro superior (excepto codo): 16 pacientes (7 masculinos, 9 femeninos), edad media de 43,5 años, EVN media pretratamiento 6,44, EVN media postratamiento 3,49, diferencia significativa $p < 0,01$. Epicondilitis lateral: 15 pacientes (4 masculinos, 11 femeninos), edad media de 46,7 años, EVN media pretratamiento 6,53, EVN media postratamiento 3,13, diferencia significativa $p < 0,01$. Síndrome miofascial: 15 pacientes (4 masculinos, 11 femeninos), edad media de 52,1 años, EVN media pretratamiento 6,86, EVN media postratamiento 3,00, diferencia significativa $p < 0,01$. Tendinopatía aquilea: 10 pacientes (4 masculinos, 6 femeninos), edad media de 56 años, EVN media pretratamiento 7,8, EVN media postratamiento 3,1, diferencia significativa $p < 0,01$.

Discusión: La aplicación de TOCH en patologías de origen musculoesquelético refractarias a tratamiento se ha venido desarrollando desde hace casi dos décadas. Su uso principal se centra en patologías que no mejoran tras tratamiento conservador, luego de 3 a 6 meses de este. Existen pocas complicaciones asociadas a esta herramienta (aumento del dolor, hematomas), al igual que pocas contraindicaciones (niños, eje neurológico, embarazadas, pacientes en mal estado general). Actualmente la aplicación es habitual en tratamiento de la fasciopatía plantar, tendinitis calcificada del supraespinoso, epicondilitis tanto lateral como medial, tendinopatía rotuliana, tendinopatía aquilea, síndrome miofascial y síndrome del trocánter mayor y otras tendinopatías. De acuerdo con el trabajo de Reilly y cols. (1) la literatura reporta efectos positivos y beneficiosos, con pocas complicaciones.

Los resultados tienden a ser positivos, pero tal como sugieren Ioppolo y cols. (2), debemos expresar que no todos los resultados son consistentes. La respuesta individual, el diagnóstico adecuado, la aplicación técnica (protocolo, localización, número de impulsos, energía y frecuen-

cias aplicadas, intervalo entre sesiones), el tipo de equipo, de cabezal y de ondas de choque (radial o focal), patologías asociadas, el tratamiento previo, el tratamiento coadyuvante y la experiencia del facultativo son factores a tomar en cuenta por cada paciente y por cada condición. De la misma manera, ante el fracaso del tratamiento rehabilitador conservador y otras técnicas, la TOCH es una herramienta fiable antes de iniciar procedimientos más invasivos.

Conclusiones: La terapia con ondas de choque radiales resulta ser una herramienta efectiva y segura para el tratamiento de múltiples patologías musculoesqueléticas. Esta terapia es no invasiva, con amplio respaldo sobre su efectividad en la literatura médica. Recomendamos considerar incluirla en el protocolo de tratamiento de estas patologías y evaluar el costo-beneficio en comparación con otras modalidades.

Bibliografía:

1. Reilly J, Bluman E, Tenforde A. Effect of shockwave treatment for management of upper and lower extremity musculoskeletal conditions: A narrative review. *PM R*. 2018;10(12):1385-403.
2. Ioppolo F, Rompe JD, Furla JP, Cacchio A. Clinical application of shock wave therapy (SWT) in musculoskeletal disorders. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2014;50(2):217-30.

P-037 INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR INDIVIDUALIZADA CON PACIENTES CON DOLOR ARTICULAR PARA LA RECUPERACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Mateos González¹, S. Martínez Rodríguez², R. Wojcikiewicz Golebska², D. Molina García-Mora³, E. Reig Ruigomez²

¹Centro de Psicología Positiva Mente Psicólogos, Madrid;

²Clínica del Dolor de Madrid, Madrid; ³Centro de readaptación funcional y deportiva Analítica Muscular, Madrid

Palabras clave: multidisciplinar, musculoesquelético, psicología, readaptación física, ejercicio físico.

Introducción: El dolor articular es una sensación dolorosa procedente de las articulaciones, producida por artrosis, artritis, trastornos biomecánicos, dolor postquirúrgico o fibromialgia.

Como ha sido evidenciado en múltiples estudios, la importancia de la práctica de ejercicio físico es fundamental como parte del tratamiento, pero la prescripción idónea de ejercicio físico depende de la dosis de tolerancia de cada paciente. La recomendación genérica de ejercicio físico sin seguimiento tiene efectos adversos en pacientes con sensibilización central aumentando su frustración (1).

Por lo tanto, el apoyo médico, psicológico y de especialistas en ejercicio permite guiar al paciente a retomar la actividad física con menor riesgo de recidiva asociada a dicha actividad, superando progresivamente los miedos.

Caso clínico: Paciente de 39 años con antecedentes personales sin interés, excepto una hemilaminectomía L5-S1 izquierda por una voluminosa hernia discal con compromiso de la raíz S1 izquierda. Presenta dolor lumbociático postquirúrgico residual de intensidad leve-moderada. Consulta por dolor mecánico en ambos pies de predominio derecho, por sobrecarga por la alteración de la marcha con importante limitación funcional para la deambulación. El tratamiento de rehabilitación convencional y AINE ha resultado ineficaz. Asimismo, presenta altos niveles de ansiedad secundarios al dolor crónico y la incapacidad.

Se realizó una evaluación multidisciplinar con los siguientes resultados:

- En la exploración se observaba: dolor a la presión en el primer, segundo y tercer espacio entre las cabezas de metatarsianos en ambos pies, sin alteración de la sensibilidad ni de los reflejos. La RMN informaba de una bursitis en los espacios interdigitales en el primer, segundo y tercer espacio de pie bilateral. El EMG fue normal en ambos MMII. Se ha descartado patología reumatológica y vascular.
- A nivel psicológico presenta un trastorno de ansiedad reactiva al dolor con nosofobia, kinesiofobia, fobia a las consultas médicas y bajo estado de ánimo.
- A través de la evaluación de movilidad activa, se explora los movimientos de columna con el objetivo de encontrar asimetrías funcionales y reforzar percepciones mecánicas perdidas. Se ha podido iniciar las rotaciones con menor resistencia para iniciar la actividad. Y posteriormente, se continuó con los movimientos de flexión-extensión de columna y flexión lateral dentro de rango activo de bienestar.

Posteriormente se elaboró un plan de tratamiento individualizado multidisciplinar, de acuerdo con la paciente, favoreciendo así su implicación en la intervención y adherencia al tratamiento.

El tratamiento consistió en:

- Tratamiento farmacológico: un ciclo corto de corticoides por vía oral y posteriormente el tratamiento pautado con celecoxib. Posteriormente se realizó el tratamiento por radiofrecuencia Pulsada en el primer, segundo y tercer espacio interdigital en ambos pies, conjuntamente con el bloqueo con anestésicos locales y corticoides de depósito.
- Mediante técnicas cognitivo conductuales se promovieron estrategias adaptativas de afrontamiento al dolor, reestructuración cognitiva de los pensamientos anticipatorios de incremento del dolor ante el ejercicio, manejo de las emociones como miedo y ansiedad y refuerzo de la motivación de la incorporación al ejercicio físico

identificando los obstáculos para la autorregulación que facilitaron la realización del ejercicio físico pautado.

- Readaptación física: prescripción de ejercicio físico condicionada a contenido de las sesiones. Se prescribieron ejercicios isométricos, de mínima intensidad, manteniendo posiciones de bienestar y máximo acortamiento en la musculatura asociada, para incrementar las percepciones sensoriales de función mecánica y la dosis de tolerancia posicional-postural.

Se realizó coordinación y seguimiento a lo largo de todo el proceso. En las visitas sucesivas la paciente refería una mejoría progresiva hasta la desaparición de la sintomatología dolorosa y la limitación funcional. Anímicamente estable, la paciente pudo suspender el tratamiento, estando al alta asintomática.

Discusión: A pesar del tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas y la refractariedad a los tratamientos previos, la combinación de los tratamientos médicos, psicológicos y de entrenamiento individualizado de ejercicio físico, la limitación funcional de la paciente ha desaparecido, pudiendo realizar todas las actividades de la vida diaria con normalidad. En el caso de esta paciente, todo indica que el tratamiento multidisciplinar incluyendo el ejercicio físico adaptado a sus necesidades tiene mejores resultados que el tratamiento convencional.

Conclusión: El tratamiento médico junto con el psicológico y de readaptación física individualizado cubre áreas fundamentales para facilitar la recuperación de las actividades de la vida diaria, de ejercicio físico, estabilidad emocional y afrontamiento del dolor.

Bibliografía recomendada:

- Searle A, Spink, M, Ho A, Chuter V. Exercise interventions for the treatment of chronic low back pain: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Clin Rehabil. 2015;29(12):1155-67.

FIBROMIALGIA

P-039 ESTIMULACIÓN MAGNÉTICA TRANSCRANEAL REPETITIVA (EMTr) EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO REFRACTARIO Y FIBROMIALGIA: COMPARACIÓN DE DOS PROTOCOLOS DE ALTA FRECUENCIA

L. Cánovas Martínez, R. López, J. Carrero, N. González, E. López, P. Seoane

Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense

Palabras clave: estimulación magnética, fibromialgia, dolor crónico, depresión.