

del tejido neural lumbosacro. Se ha observado que existe una asociación negativa entre el DLCOC y una prueba de Lasègue positiva, por lo tanto, una prueba positiva indica que el tejido neural está involucrado en el dolor del paciente. Sin embargo, esta prueba no ha sido identificada como factor predictor del efecto de un bloqueo cigapofisario en el análisis multivariante. Esto puede deberse a que es poco específica, ya que además de la puesta en tensión neural, también se produce tensión en otros tejidos como la musculatura isquiosural. Para hacer la prueba más específica, se diseñó la prueba de slump, que es un procedimiento fisioterápico de valoración manual específico. Esta prueba se considera que es mejor ya que añade tensión sobre todas las raíces nerviosas lumbares e incluye el mecanismo de diferenciación estructural. La diferenciación estructural sirve para establecer un diagnóstico diferencial entre el dolor de origen musculoesquelético con uno de origen neural. Por lo tanto, consideramos que la prueba de slump permitiría predecir el efecto a largo plazo de un bloqueo cigapofisario terapéutico de la rama medial en pacientes con DLCOC.

Objetivo: Analizar la capacidad predictora de la prueba de slump del efecto a largo plazo en la disminución del dolor, de un bloqueo cigapofisario terapéutico de la rama medial en pacientes con DLCOC.

Material y método: Se realizó un estudio longitudinal prospectivo de cohortes en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Este estudio contó con 78 sujetos para la elaboración de modelos de predicción de la respuesta a una única sesión de bloqueo cigapofisario de la rama medial, mediante datos de la anamnesis (demográficos, intensidad, localización y duración del dolor, consumo de opioides y cirugía lumbar previa) y del examen físico (prueba de slump, de provocación y alivio, valoración del movimiento lumbar activo asintomático y palpación de los espacios interespinales lumbares) registrados antes de la intervención. En la prueba de slump, se registró si era positiva y el valor de la amplitud pasiva de extensión de la rodilla que faltaba para la extensión completa. Se estableció como variable dependiente la respuesta al bloqueo a largo plazo (6 meses), con dos posibles valores: éxito o fracaso. Se definió como criterio de éxito una reducción del dolor del paciente $> 50\%$ respecto al valor del inicio, y como criterio de fracaso, una reducción del dolor del paciente $\leq 50\%$ respecto al valor del inicio (medido con la escala EVA). Se utilizó el análisis de árbol de decisión CHAID para la elaboración de los modelos. Se realizó la curva COR con las probabilidades pronosticadas generadas y se calculó el AUC y la sensibilidad y la especificidad.

Resultados: El valor de la restricción en la amplitud de la extensión pasiva de la rodilla en la prueba de slump y el consumo de opioides potentes ($p = 0,007$ y $p = 0,023$) fueron factores predictores para el fracaso de la intervención a largo plazo. La segmentación en la restricción en la amplitud de la extensión pasiva de la rodilla para la prueba

de slump se estableció con los valores: $\leq 15^\circ$, 16° - 29° y $> 29^\circ$ ($p = 0,007$). El modelo tiene una sensibilidad del 84% y una especificidad del $71,7\%$.

Discusión: Una limitación en la amplitud del movimiento pasivo de extensión de la rodilla en la posición de slump está relacionada con un aumento de la mecanosensibilidad del tejido neural lumbosacro, a mayor restricción, mayor mecanosensibilidad. Por otra parte, el consumo de opioides potentes está relacionado con pacientes con patologías más complejas y con un dolor más resistente al tratamiento local. Por lo tanto, con un valor de la amplitud de extensión pasiva de la rodilla en la posición de slump $\geq 16^\circ$ y con el consumo de opioides potentes se identificaría de forma más precisa a pacientes con un dolor lumbar crónico de origen neural que no se benefician a largo plazo con un bloqueo cigapofisario terapéutico de la rama medial.

Conclusión: Una restricción en la amplitud pasiva de extensión de rodilla en la prueba de slump $\geq 16^\circ$ y el consumo de opioides potentes evaluados antes de la intervención predicen el fracaso a largo plazo de un bloqueo cigapofisario terapéutico de la rama medial en pacientes con DLCOC e incrementa la capacidad predictora de los modelos de pronóstico conocidos.

P-035 EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA POR ONDAS DE CHOQUE RADIALES EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN PATOLOGÍAS MUSCULOESQUELÉTICAS

E. A. Buloz Osorio, E. Oziel Zabner

Instituto Nacional de Rehabilitación Médica, Caracas, Venezuela

Palabras clave: ondas de choque, rESWT, dolor musculoesquelético, rehabilitación.

Introducción: Las ondas de choque radiales son ondas acústicas de presión positivas, de origen balístico, que producen efectos de neovascularización local, liberación de factores angiogénicos, diferenciación de células progenitoras mesenquimales, aumento de la expresión de factores de crecimiento y regulación de la expresión de mediadores inflamatorios, liberación de la sustancia P y regeneración tisular. El uso de la terapia por ondas de choque (TOCH) ha evolucionado de forma creciente durante los últimos años, principalmente por el beneficio terapéutico obtenido, tanto funcional como en disminución del dolor, observable durante y posterior al tratamiento de patologías musculoesqueléticas.

Objetivos: Determinar la efectividad de la terapia por ondas de choque radiales en la disminución del dolor en el tratamiento de patologías musculoesqueléticas.

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).