

César Fernández de las Peñas: "La fisioterapia es más inmediata para tratar cuadros de dolor"

César Fernández de las Peñas es director del Departamento de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Rehabilitación y Medicina Física de la URJC y su actividad investigadora está centrada en las ciencias biomédicas. Su área de especialización radica en el dolor y su evaluación en sujetos con dolor crónico. Es coordinador de una red internacional en la que colaboran cinco países (Estados Unidos, Dinamarca, Inglaterra, Australia y España) y director del laboratorio del dolor de la URJC. Actualmente dirige el proyecto "Ensayo clínico aleatorizado de la efectividad de la fisioterapia en mujeres con síndrome del túnel del carpo", financiado por el Instituto de Salud Carlos III.

2

¿Qué es el síndrome del túnel del carpo?
¿Qué síntomas presenta?

Recomendar

Twitter

5

Es un conjunto de síntomas en la mano que se relacionan con el dolor y el hormigueo sobre todo en los tres primeros dedos, pulgar, índice y corazón, y generalmente

aumenta por la noche. Una de las características es que las personas que padecen estos síntomas tienen que sacudir mucho las manos para despertarlas porque se les quedan dormidas e incluso se les llegan a caer objetos, ya que con el paso del tiempo se pierde fuerza. Además, con el paso del tiempo se puede desarrollar atrofia, es decir, se pierde la musculatura de las manos.



César Fernández de las Peñas

Autor: madri+d

¿A qué porcentaje de la población afecta y por qué hay una mayor incidencia en mujeres entre los 40 y los 60 años?

La incidencia está por debajo de un 6% y su aparición está relacionada con la ocupación que las personas desempeñan. Suele afectar más a las mujeres entre 40 y 50 años, generalmente amas de casa, y a personas que trabajan con ordenadores. Junto con los dolores en el cuello, los de las manos son los más frecuentes, ya que están muy relacionados con las posturas en el trabajo y el sedentarismo.

¿La aparición de este síndrome se puede prevenir?

Se puede prevenir mediante ejercicios para estirar todos los músculos que están relacionados con el nervio, ya que queda atrapado por ciertos músculos de la mano que son los que se utilizan, por ejemplo, durante el manejo del ratón del ordenador. Aunque no existe un programa oficial de salud y prevención de riesgos laborales, en el Campus de Alorcón hemos detectado algunos compañeros con riesgo de padecerlo y les estamos enseñando estos ejercicios. Con estos ejercicios se podría llegar a prevenir bastante la aparición de los síntomas, hasta en un 60% de los casos. A su vez, la prevención engloba la adaptación del puesto de trabajo, punto especialmente importante también.

En el proyecto que actualmente diriges, ¿qué tratamientos estáis investigando?

Llevamos trabajando varios años y se han hecho varias tesis doctorales para evaluar los mecanismos del dolor porque anteriormente se pensaba que el nervio se atrapaba en el túnel del carpo y los cirujanos liberaban solo esa zona para la mejora de los pacientes. Sin embargo, se ha comprobado que un 40% de las personas que se opera todavía no obtiene las mejoras que se esperan. Por tanto, lo que hemos observado estos años es que el problema es más complejo y hemos diseñado un sistema de fisioterapia tratando todas las estructuras relacionadas con el nervio mediano de la mano para facilitar su funcionamiento. En la actualidad estamos comparando los resultados de la cirugía de pacientes operados en el Hospital Universitario Fundación Alorcón con los de un grupo que se están sometiendo a sesiones de fisioterapia para comprobar la eficacia y evolución de ambos programas durante un año de seguimiento.

¿Qué conclusiones preliminares podéis exponer?

Hemos evaluado a 110 pacientes y estamos prácticamente terminando porque nuestro objetivo es llegar a 120. Hasta ahora los resultados son bastante positivos porque ambos programas mejoran notablemente al cabo de un año, pero a corto plazo los resultados de la fisioterapia son más inmediatos y se notan antes ya que los pacientes que se someten a cirugía necesitan más tiempo para recuperarse. Algo muy importante para nosotros es que los pacientes reciben tratamiento fisioterápico no cogen baja laboral, mientras que los que se someten a cirugía tienen una media de un mes de baja laboral para su recuperación.

También es experto en el síndrome del Dolor Miofascial. ¿Qué relación y qué diferencias presenta respecto a otros cuadros similares como la Fibromialgia?

Nos hemos obsesionado con establecer una etiqueta diagnóstica para todos los dolores, cuando todos estos cuadros de dolor con diagnósticos concretos parecen que tienen un denominador común en las alteraciones de la transmisión del dolor. El Dolor Miofascial es de origen muscular en unas estructuras concretas, denominadas puntos de gatillo, donde se forma un nódulo que genera un dolor a distancia o dolor diferido. Hoy en día se está relacionando con la Fibromialgia, que es un dolor generalizado y que lo padecen principalmente mujeres. Sin embargo, el origen de la Fibromialgia no es siempre un dolor miofascial, ya que también influyen algunos problemas que ya presentan estas mujeres, como pueden ser los hormonales, psicológicos, endocrinos, viscerales, laborales o sociales. En definitiva, la Fibromialgia y el Dolor Miofascial son los dos extremos de una misma línea, pero que no tienen por qué ser uno causa del otro.

¿Se conoce el origen de estos cuadros del dolor? ¿Qué agentes externos pueden influir como la alimentación, el estrés o el ejercicio físico que se practique?

Todo influye. Los fisioterapeutas decimos que estos cuadros afectan al músculo y que con ejercicio se puede recuperar y, de hecho, la evidencia científica ha demostrado que la fisioterapia es muy eficaz. Pero, por ejemplo, los nutricionistas han observado que la celiaquía también tiene relación con la Fibromialgia y los neurólogos lo atañen a problemas crónicos como el de la apnea del sueño. En definitiva, son las diferentes piezas de un mismo puzzle que debemos intentar engranar dentro de un abordaje multidisciplinar.