

EJERCICIO TERAPÉUTICO EN EL MANEJO DEL DOLOR DEL SÍNDROME DE IMPINGEMENT DE HOMBRO. REVISIÓN SISTEMÁTICA.

Armada-Codes, MJ; Verdejo-Herrero A; Verdejo-Herrero J.

Introducción

El Síndrome de Impingement de Hombro (SIS) es una afección dolorosa causada por el estrechamiento del espacio subacromial. Según estudios, el síndrome subacromial representa el 39.19% de las patologías de hombro no traumáticas, siendo una de las principales causas de dolor músculo-esquelético.

La incidencia anual es de 5 por cada 1000 habitantes, con diagnósticos comunes como tendinitis y bursitis. Este síndrome tiene un impacto significativo en los días de trabajo perdidos y en los costes sanitarios, especialmente en casos tratados quirúrgicamente.

El tratamiento incluye opciones conservadoras, como antiinflamatorios y fisioterapia convencional (criterapia, electroterapia y terapia manual), y procedimientos quirúrgicos cuando hay fallos en el manejo no invasivo o rupturas del manguito rotador.

El ejercicio terapéutico sobre el SIS se enfoca en el fortalecimiento de los músculos del manguito rotador y la corrección de desequilibrios musculares.

Objetivo

Analizar el efecto sobre el dolor de la aplicación del ejercicio terapéutico en pacientes con síndrome de impingement de hombro.

Metodología

P	I	C	O	S
Sujetos con Síndrome de Impingement de Hombro	Ejercicio terapéutico	Fisioterapia convencional, ejercicio convencional	Dolor	Estudios Clínicos Aleatorizados



Palabras clave: "motor control", "motor control exercise".
Términos MeSH: "exercise therapy" y "shoulder impingement syndrome"

Resultados

Estudio	N (Edad media ± SD)	Intervención	Duración (semanas)	Sesiones por semana	Evaluación (semana)	Herramientas de medida	Resultados
Dilek, B et al., 2016	n = 61 GC = 30 (48,20 ± 9,74) GE = 31 (50,06 ± 10,83)	GC = Fisioterapia convencional GE = Fisioterapia convencional + ejercicios propioceptivos.	6	3	T ₀ = 0 T ₁ = 6 T ₂ = 12	EVA	No hubo resultados estadísticamente significativos entre grupos (p > 0,05). Mejoría intragrupal del dolor.
Heron, SR et al., 2016	n= 120 GE1= 40 (49,5) GE2= 40 (50,4)	GE1= Ejercicios rango de movimiento GE2= Ejercicios Cadena Cinética Abierta GE3= Ejercicios Cadena Cinética Cerrada	6	NR	T ₀ = 0 T ₁ = 6	SPADI	No hubo resultados estadísticamente significativos entre grupos (p = 0,60)
Hotta, GH et al., 2020.	n= 60 GE1= 30 (47 ± 10) GE2= 30 (51 ± 8)	GE1= Ejercicios Fortalecimiento Periescapular GE2= Estabilización Escapular	8	3	T ₀ = 0 T ₁ = 4 T ₂ = 8 T ₃ = 16	NPRS	No hubo resultados estadísticamente significativos entre grupos (p > 0,05)
Moezy, A et al., 2014	n = 68 GC = 35 (47,77 ± 7,85)- GE = 33 (48,15 ± 13,81)	GC = Fisioterapia convencional GE = Ejercicios estabilización escapular	6	3	T ₀ = 0 T ₁ = 6	EVA	No hubo resultados estadísticamente significativos entre grupos (p > 0,05). Mejoría intragrupal del dolor.
Moslehi, M et al., 2020.	n= 75 GC= 25 (38,2 ± 4,1) GE1= 25 (38,3 ± 7,4) GE2= 25 (37,5 ± 8,1)	GC = Sin tratamiento GE1 = Ejercicio centrado en la escápula con feedback GE2 Ejercicio centrado en la escápula sin feedback	8	NR	T ₀ = 0 T ₁ = 8	EVA	Hubo cambios estadísticamente significativos en ambos grupos de intervención sobre el grupo control, siendo superior en el grupo de intervención con feedback sobre el grupo de intervención sin feedback (p= 0.04).
Santello, G et al., 2020	n= 60 (54,3 ± 13,8)	GE = Autoestiramiento, movilidad articular y fortalecimiento. GC = Automasaje / educación 3 veces por semana durante 2 meses (1 sesión al principio y 1 al final)	8	NR	T ₀ = 0 T ₁ = 8	SPADI y NPRS	Hubo cambios estadísticamente significativos en el grupo intervención sobre el grupo control (p<0,05).
Vallés-Carrascosa, E et al., 2017	n = 22 GC = 11 (57,0) GE = 11 (60,0)	GC = Ejercicio excéntrico sin provocar dolor, ejercicios escápula, estiramiento GE = Ejercicio excéntrico con dolor, ejercicios escápula, estiramiento	4	5	T ₀ = 0 T ₁ = 4	EVA	No hubo resultados estadísticamente significativos entre grupos (p > 0,05). Mejoría intragrupal del dolor.

Conclusión

El uso de ejercicio terapéutico en el tratamiento del dolor de hombro muestra un impacto positivo en la reducción del dolor y la mejora de la funcionalidad, aunque los resultados no son consistentemente significativos en todos los estudios revisados. A pesar de esta variabilidad, la tendencia general apoya la viabilidad de incluir el ejercicio terapéutico como complemento a la fisioterapia convencional, sugiriendo su potencial para ofrecer enfoques de intervención personalizados que mejoren la calidad de vida y el bienestar funcional de los pacientes.

Bibliografía

