

Manejo del dolor crónico en el síndrome post. Poliomiélico, reporte de un caso

Chronic pain management in post-polio syndrome. Poliomyelitic syndrome, a case report

Johanna Priscila Ávila Vinueza, Tania Lorena Avila Vinueza, Mesa Cano Isabel Cristina

Resumen

El dolor crónico es una afección compleja que persiste durante un periodo prolongado, a menudo definido como un dolor que dura más de tres meses. A diferencia del dolor agudo, que sirve como señal de alarma de una lesión o enfermedad, el dolor crónico puede aparecer sin una causa clara y continuar incluso después de que la lesión inicial se haya curado. Este tipo de dolor puede repercutir significativamente en la vida diaria de una persona, afectando a su bienestar físico y emocional. Identificar los aspectos más importantes del caso clínico un paciente con dolor crónico secundario a poliomiéлитis para proveer un enfoque integral de cuidado paliativo y manejo del dolor para mejorar el bienestar y recuperación de la salud del paciente. El estudio de caso clínico de tipo descriptiva, retrospectivo. La técnica empleada para la recolección de la información del caso será mediante la revisión de historia clínica y para la descripción de la patología será mediante la recopilación de artículos extraídos de bases de datos reconocidas como: Scopus, PorQuest, Pubmed, web of science, lilacs. Como criterio de inclusión: artículos publicados en los últimos 5 años, en español e inglés. adjuntando el consentimiento informado del paciente. Paciente masculino de 41 años que consulta por dolor en región lumbar, paciente con antecedente de poliomiéлитis a los 6 años, que realiza terapia neurorrehabilitadora por 3 años, dejando como secuela hemiparesia izquierda, vejiga neurogénica flácida y constipación y dolor. El dolor crónico representa un desafío significativo tanto para quienes lo padecen como para los profesionales de la salud. Su impacto va más allá de la sensación física, afectando la calidad de vida, las relaciones interpersonales y el bienestar emocional de los individuos, por lo que requiere un enfoque multidisciplinario, integral y personalizado. Palabras claves: Dolor Crónico; Síndrome Postpoliomiéлитis; Medicina Preventiva; Cuidados Paliativos.

Johanna Priscila Ávila Vinueza

Universidad iberoamericana (UNIBE) | Cuenca | Ecuador | johanna.avila@ucacue.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0003-2264-6876>

Tania Lorena Avila Vinueza

Universidad iberoamericana (UNIBE) | Cuenca | Ecuador | johanna.luzuriaga@ucacue.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0001-8544-2964>

Mesa Cano Isabel Cristina

Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador | imesac@ucacue.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0003-0429-8716>

<http://doi.org/10.46652/rgn.v10i44.1365>
ISSN 2477-9083
Vol. 10 No. 44 enero-marzo, 2025, e2501365
Quito, Ecuador

Enviado: octubre 13, 2024
Aceptado: diciembre 22, 2024
Publicado: enero 08, 2024
Publicación Continua



Abstract

Chronic pain is a complex condition that persists for an extended period of time, often defined as pain lasting more than three months. Unlike acute pain, which serves as a warning sign of injury or illness, chronic pain can appear without a clear cause and continue even after the initial injury has healed. This type of pain can significantly impact a person's daily life, affecting their physical and emotional well-being. Identify the most important aspects of the clinical case of a patient with chronic pain secondary to poliomyelitis to provide a comprehensive approach to palliative care and pain management to improve the patient's well-being and health recovery. The clinical case study was descriptive, retrospective. The technique used for the collection of the information of the case will be through the review of clinical history and for the description of the pathology will be through the collection of articles extracted from recognized databases such as: Scopus, PorQuest, Pubmed, web of science, lilacs. Inclusion criteria: articles published in the last 5 years, in Spanish and English, attaching the patient's informed consent. A 41-year-old male patient with a history of poliomyelitis at the age of 6 years, who underwent neurorehabilitation therapy for 3 years, leaving as sequelae left hemiparesis, flaccid neurogenic bladder and constipation and pain. Chronic pain represents a significant challenge for both sufferers and health professionals. Its impact goes beyond physical sensation, affecting the quality of life, interpersonal relationships and emotional well-being of individuals, requiring a multidisciplinary, comprehensive and personalized approach.

Keywords: Chronic Pain; Pospoliomyelitis Syndrome; Preventive Medicine; Palliative Care.

Introducción

El dolor crónico es una afección compleja que persiste durante un periodo prolongado, a menudo definido como un dolor que dura más de tres meses. A diferencia del dolor agudo, que sirve como señal de alarma de una lesión o enfermedad, el dolor crónico puede aparecer sin una causa clara y continuar incluso después de que la lesión inicial se haya curado. Este tipo de dolor puede repercutir significativamente en la vida diaria de una persona, afectando a su bienestar físico y emocional. Puede dificultar la realización de las actividades cotidianas y contribuir a generar sentimientos de frustración, ansiedad y depresión. El dolor crónico no es sólo una sensación física; puede alterar la percepción que una persona tiene de su cuerpo y su capacidad para relacionarse con el mundo que le rodea. Entender el dolor crónico requiere un enfoque holístico, que tenga en cuenta tanto los aspectos físicos como psicológicos de la experiencia (Okonkwo et al., 2019).

El dolor crónico es una afección compleja y polifacética que persiste más allá del curso habitual de una enfermedad o lesión aguda, a menudo durante meses o incluso años. Puede deberse a diversas causas subyacentes, como lesiones, enfermedades o incluso factores psicológicos. El dolor crónico no es un mero síntoma; puede repercutir significativamente en la calidad de vida de una persona, afectando a su bienestar físico, emocional y social. El tratamiento del dolor crónico requiere a menudo un enfoque global, que integre varias modalidades de tratamiento para abordar los diversos aspectos de la afección. Esto incluye la fisioterapia, que desempeña un papel crucial para ayudar a los pacientes a recuperar sus funciones y mejorar su calidad de vida en general. Al centrarse en programas terapéuticos individualizados dirigidos a la fuerza muscular, la flexibilidad y la movilidad funcional, los fisioterapeutas pueden ayudar a los pacientes a controlar el dolor de forma más eficaz. El objetivo es facilitar el restablecimiento funcional, reducir los niveles de dolor

y mejorar las tasas de reincorporación al trabajo, lo que en última instancia se traduce en una mejor calidad de vida para las personas que sufren dolor crónico (Averna & Chang Chien, 2017).

El dolor crónico puede existir sin una causa clara y continuar incluso después de que la lesión inicial se haya curado. Hay diferentes tipos de dolor: Dolor nociceptivo: Este tipo de dolor es el resultado de un daño en el tejido corporal y suele describirse como agudo, punzante o palpitante. Puede dividirse a su vez en: Dolor somático: Se origina en la piel, los músculos y las articulaciones. Suele estar localizado y puede identificarse fácilmente. Dolor visceral: se origina en los órganos internos y suele ser más difuso y difícil de localizar (Sharma et al., 2014).

Siguiendo con la descripción de los tipos el dolor neuropático: Este dolor se produce debido a daños o disfunciones en el sistema nervioso. Suele describirse como quemazón, hormigueo o dolor punzante. Afecciones como la diabetes, la esclerosis múltiple o la neuralgia postherpética pueden provocar dolor neuropático. Dolor psicógeno: En este tipo de dolor influyen factores emocionales, psicológicos o conductuales. Puede no tener una causa física clara, pero puede ser muy real y debilitante para la persona que lo experimenta. Dolor mixto: Muchos individuos pueden experimentar una combinación de dolor nociceptivo y neuropático, lo que hace que el diagnóstico y el tratamiento sean más complejos (Sharma et al., 2014).

La fisioterapia desempeña un papel crucial en el tratamiento del dolor crónico, ya que ofrece diversos beneficios que pueden mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes. He aquí algunos puntos clave que destacan su importancia: Técnicas de tratamiento del dolor: Los fisioterapeutas utilizan una serie de técnicas para ayudar a controlar el dolor, como la facilitación neuromuscular del movimiento, la acupuntura y la electroterapia. Estos métodos pueden ayudar a aliviar el dolor y mejorar la función en pacientes que sufren afecciones crónicas. Comprensión de los mecanismos del dolor: La fisioterapia implica educar a los pacientes sobre los mecanismos del dolor, incluida la nocicepción y los mecanismos centrales del dolor. Esta comprensión puede ayudar a los pacientes a controlar su dolor de forma más eficaz y reducir la ansiedad relacionada con su enfermedad. Apoyo psicológico: El dolor crónico suele tener componentes psicológicos. Los fisioterapeutas pueden abordar estos aspectos proporcionando apoyo y estrategias para afrontar los retos emocionales asociados al dolor crónico, lo que puede mejorar los resultados generales del tratamiento. Programas de ejercicio personalizados: Los programas de ejercicio a medida diseñados por fisioterapeutas pueden ayudar a mejorar la fuerza, la flexibilidad y la resistencia. La actividad física regular es esencial para controlar el dolor crónico y prevenir nuevas lesiones. Ergonomía y modificaciones del estilo de vida: Los fisioterapeutas pueden asesorar sobre la ergonomía y los cambios en el estilo de vida que reducen la tensión en el cuerpo, lo que es particularmente importante (Wells et al., 1988).

La fisioterapia desempeña un papel crucial en el tratamiento del dolor crónico en pacientes con antecedentes de poliomiéltis, en particular los que padecen el síndrome postpolio. He aquí algunos puntos clave que destacan su importancia: Fortalecimiento y funcionalidad muscular: La fisioterapia ayuda a mejorar la fuerza muscular y la funcionalidad. En el informe del caso, el paciente mostró una mejora significativa de la fuerza muscular tras un programa estructurado

de fisioterapia, que incluía ejercicios de resistencia y entrenamiento de la marcha. Este enfoque es esencial para los pacientes que experimentan debilidad muscular progresiva debido a la poliomielitis. Tratamiento del dolor: El dolor crónico es una queja común entre los pacientes con síndrome post-polio. La fisioterapia puede proporcionar técnicas para controlar el dolor de forma eficaz. El informe del caso indicaba que el paciente experimentó una reducción del dolor en el cuello y el brazo después de participar en un programa de ejercicios adaptado, lo que sugiere que la fisioterapia puede aliviar las molestias asociadas a afecciones crónicas. Educación y asesoramiento: Un componente crítico de la fisioterapia es educar a los pacientes sobre su enfermedad y la importancia de los cambios en el estilo de vida. El informe del caso enfatizó la necesidad de asesoramiento para ayudar a los pacientes a entender las causas de sus síntomas y la necesidad de modificar sus rutinas de ejercicio para prevenir una mayor debilidad muscular (Twist & Ma, 1986).

El artículo revisa sistemáticamente diversas intervenciones farmacéuticas disponibles para el tratamiento del dolor crónico, incluidos los opioides, los AINE y otros analgésicos. Este enfoque exhaustivo ayuda a los clínicos a comprender el abanico de opciones disponibles para tratar el dolor crónico de forma eficaz. El metaanálisis revela hallazgos significativos sobre la eficacia de los distintos tratamientos. Por ejemplo, destaca que los AINE muestran una reducción significativa de las puntuaciones de dolor crónico en comparación con los opiáceos no esteroideos y el placebo. Esta información es crucial para los médicos a la hora de decidir los planes de tratamiento (Shetty & Deng, 2024).

Material y métodos

Revisión y análisis de caso clínico. Historia clínica del caso clínico de interés. En toda la redacción del caso clínico se usará para referenciar el estilo Vancouver; para la descripción de la patología, la estructura a utilizar será: definición de la patología, fisiopatología, factores de riesgo, diagnóstico, pronóstico, signos y síntomas, consecuencias, plan de atención de enfermería y tratamiento médico.

Para la descripción del caso clínico se utilizará la siguiente estructura: motivo de consulta, enfermedad actual del paciente al ingreso, impresión diagnóstica (IDX), antecedentes, medicamentos de uso habitual del paciente, examen físico, laboratorios iniciales tomados al paciente, plan de manejo terapéutico, exámenes complementarios.

Se realizó una revisión de publicaciones científica y regional para la construcción del marco teórico, el informe seguirá los principios generales de redacción en salud, relacionados con la estructura y el estilo Vancouver: definición de la patología, fisiopatología, factores de riesgo, diagnóstico, pronóstico, signos y síntomas, consecuencias, plan de atención de enfermería y tratamiento médico.

Resultados

Paciente masculino de 41 años que consulta por dolor en región lumbar como resultado de la anamnesis: paciente con antecedente de poliomyelitis a los 6 años, que realiza terapia neuro rehabilitadora por 3 años, dejando como secuela hemiparesia izquierda, vejiga neurogénica flácida y constipación. Paciente que al momento acude a valoración debido que tras valoración por neurología se envían exámenes complementarios y es diagnosticado de Síndrome post poliomiélico. Paciente indica que presenta dolor de extremidades inferiores y en región lumbar de cuatro años de evolución. Que no responde a los fármacos instaurados (paracetamol, ibuprofeno, meloxicam, tramadol). Motivo por el cual ha visitado a múltiples especialidades sin mejoría, por parte de neurología paciente al momento en tratamiento con carbamazepina 200mg am y 400 mg pm, amitriptilina 25 mg vía oral a las 7 pm, buprenorfina parches de 35umg una vez a la semana, fluoxetina 20 mg am y es referido a este servicio.

Indica el paciente que presenta un dolor urente que se irradia desde la región lumbar a las puntas de los dedos de extremidades inferiores de intensidad 8/10 en la escala numérica del dolor. Indica además sensaciones disestesicas que se intensifican durante la noche lo que no le permite tener un sueño reparador. Paciente con polaquiuria urgencia y nicturia desde los 16 años; constipación desde hace varios años; disfunción sexual eréctil; labilidad emocional y trastornos del sueño. Paciente ha sido referido al servicio de psiquiatría, sin embargo, se niega a asistir, realiza terapia con psicología de forma inconstante, indica que la terapia física y neuro rehabilitadora empeora el dolor por lo que no acude, no tiene buena adherencia al tratamiento ya que indica que no dispone de recursos económicos para la adquisición de los parches.

En los antecedentes patológicos se encontró: discapacidad física del 42%, poliomyelitis a los 6 años, colecistectomía en el año 2020, apendicetomía en el año 2020, vejiga neurogénica (flácida) diagnosticado en el 2018, nefrolitiasis bilateral, Ectasia pielo-calicial renal bilateral y Quiste simple parapielico izquierdo, hiperlipemia mixta: en tratamiento con alopurino 300 mg vía oral día, gemfibrozilo 6000 mg vía oral, simvastatina 40 mg vía oral, hemorroides desde hace 6 años, con fisura anal a repetición. hace 4 años, litiasis renal diagnosticada en el año 2020, dislipidemia y sobrepeso diagnosticada en el año 2020, infecciones del tracto urinario a repetición, trastorno ansioso depresivo desde hace 3 años con tratamiento que no cumple, no consume alcohol, ni fuma. Los no patológicos son dieta preferentemente hidrocarbonada, no realiza actividad física.

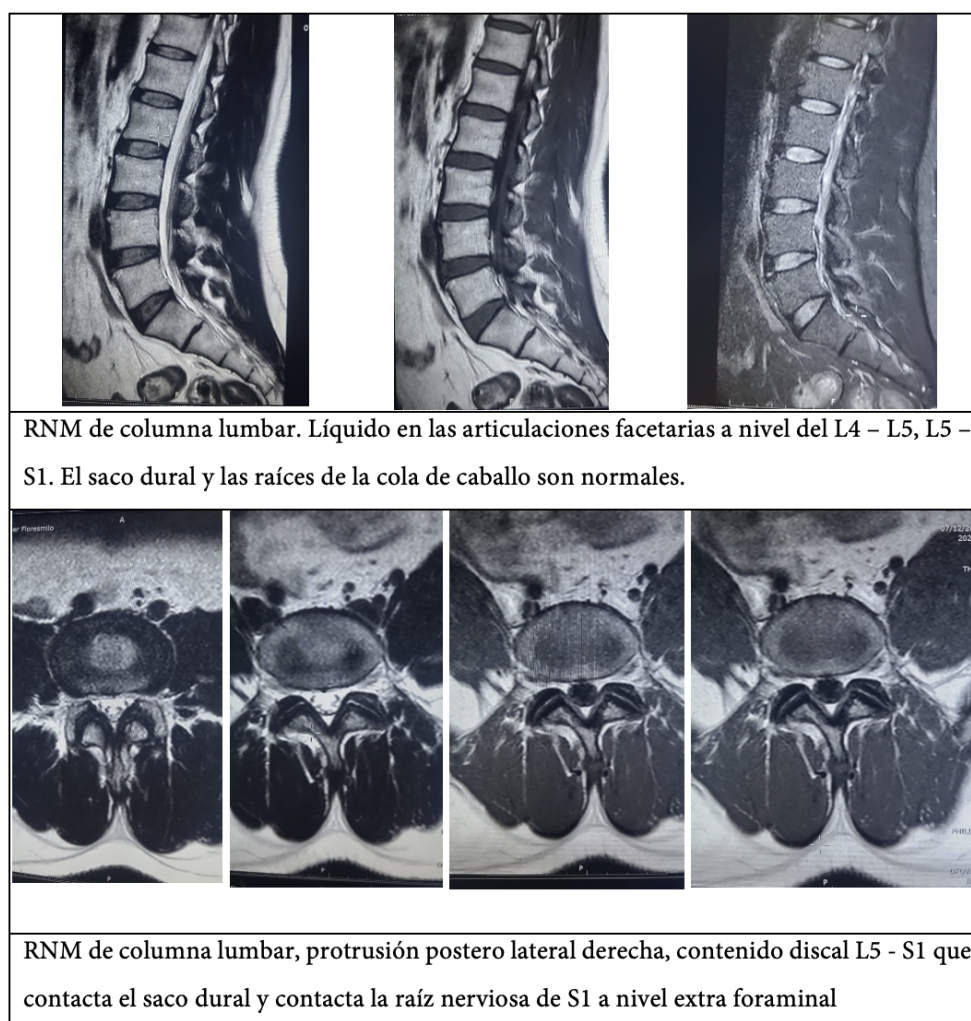
Al examen físico: TA: 110/70; FC: 84 X'; FR: 22x'; Temp: 36.4 °C, Sat O2: 93%. Con una apariencia general regular, actividad psicomotriz disminuida, facies álgidas, piel seca, con adecuada cantidad de panículo adiposo, cabello entrecano no desprendible a la tracción. Cabeza y cuello simétrica, nariz con desviación del tabique nasal a la izquierda, orejas simétricas de implantación, conducto auditivo externo permeable. Mucosas orales semihúmedas, lengua saburral, cuello con desviación cefálica a la izquierda (torticolis izquierdo), en tórax asimétrico, escoliosis con lateralización a la izquierda, aumento de lordosis. Claro pulmonar, murmullo vesicular conservado, Corazón: R1 y R2 de tono e intensidad conservados, sincrónicos con el pulso. Abdomen globuloso,

con aumento del panículo adiposo, blando depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, con hemorroides grado III. Fuerza muscular disminuida 4/5 en hemicuerpo izquierdo, 4+/5 en extremidad inferior derecha. Reflejos osteotendinosos disminuidos en las cuatro extremidades. hipoestesia de manera disto proximal para todas las modalidades sensitivas en las cuatro extremidades. Atrofia muscular en miembros inferiores, predominante de miembro inferior izquierdo y extremidad superior izquierda. Marcha con aumento del área de sustentación, limitada por el dolor. Taxia y praxia conservada. Respecto al dolor se identifica como neuropático, 7/10 en la escala numérica del dolor.

Paciente jornalero vive en departamento rentado, de ladrillo con su esposa y dos hijos; al trabajar presenta dolor intenso en región dorsal lo que lo llevo a perder varios empleos en los últimos dos años. Esposa del paciente indica que espera que le quiten el dolor para que el esposo pueda trabajar.

En exámenes complementarios se encontró:

Figura 1. Exámenes complementarios

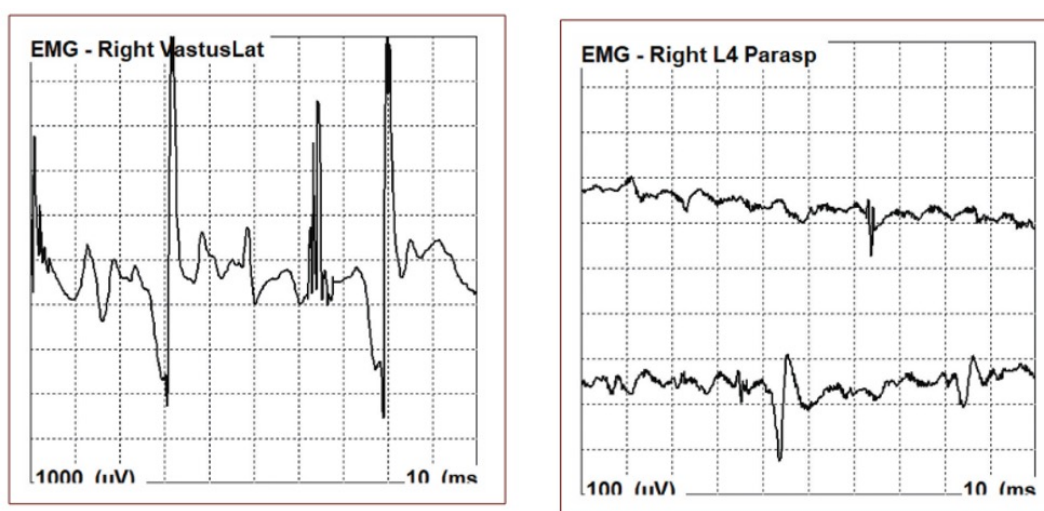


Fuente: elaboración propia

Electromiografía y estudio de velocidad de conducción: (2022) presencia de PUM polifásicos gigantes entre 20 y 40 μV que se presentan no solo en los músculos afectados. Durante el reposo se observa fibrilaciones y fasciculaciones en los músculos atroficos. Disminución en la inserción y reclutamiento muscular marcadamente reducido especialmente en miembro pélvico izquierdo. Conclusiones: neuropatía motora del n. mediano derecho de tipo desmielinizante secundariamente axonal de grado moderado con datos de denervación activa de carácter crónico compatible con síndrome de túnel del carpo derecho. Neuropatía motora del nervio peroneo izquierdo de tipo axonal de grado moderado de carácter crónico.

Compatible con secuelas postpoliomielitis.

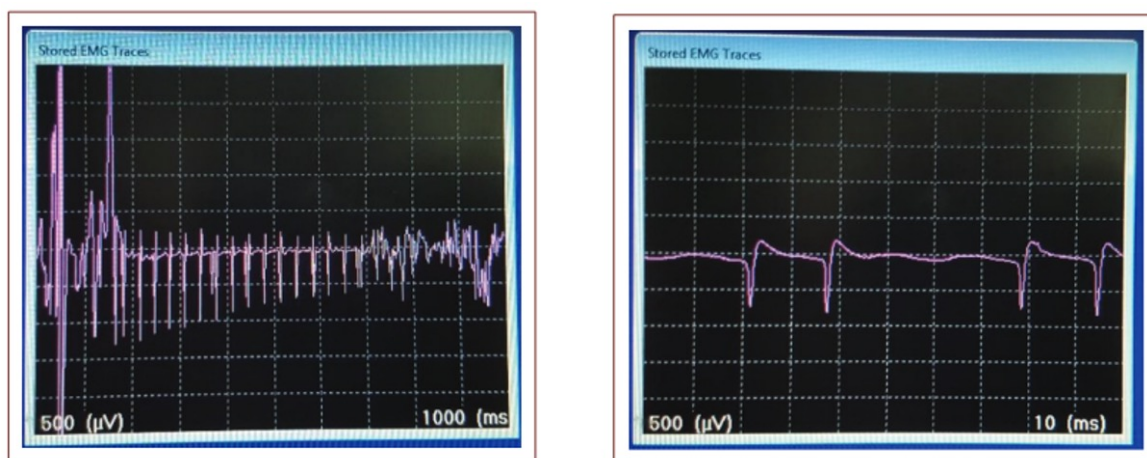
Figura 2. Electromiografía



Fuente: elaboración propia

Nota. Electromiografía muestra signos de denervación aguda con PUM de larga duración y polifásicos.

Figura 3. Electromiografía



Fuente: elaboración propia

Nota. Electromiografía muestra signos de denervación aguda, con PAUM polifásicos y de larga duración, presencia de descargas pseudomiótónicas (Mafla-Ayub et al., 2022).

RX. De columna muestra una densidad ósea conservada. No se observan curvas de escoliosis. Lordosis rectificada. Altura y morfología de los cuerpos vertebrales normales. Se observa irregularidad del borde antero superior de L3 a L5, asociada a esclerosis subcondral, la posibilidad de vertebras limbo debe considerarse. Espacios Inter somáticos de amplitud normal. Pedículos, apófisis y articulaciones facetarias sin alteración.

Ecografía renal (2020) Los riñones son normales en tamaño, situación y ecogenicidad, relación corteza-medula conservados. A nivel del seno renal en forma bilateral presencia de varias imágenes sugestivas de litos, los mayores de 5 mm, se asocia la presencia de leve ectasia pielocalicial renal bilateral. Riñón derecho mide: 11.2 x 5.3 x 6.1 cm. Riñón izquierdo mide: 10.5 x 5.5 x 4.9 cm. Presencia de un quiste Parapielico de 15 mm. Vejiga de paredes delgadas, de buena capacidad, con un volumen de 582cc y un residuo postmiccional de 20cc. conclusiones: Nefrolitiasis bilateral. Ectasia pielo-calicial renal bilateral. Quiste simple parapielico izquierdo.

Biometría y química sanguínea: (02/03/2023). Biometría, perfil hepático, renal, glucosa, perfil tiroideo, dentro de parámetros normales. Colesterol Total 269.1; Triglicéridos 179.5 mg/dl. CPK: Normal.

Estudio de piso pélvico: vejiga con volumen de 800cc, aumentado en 300cc.conclusion: vejiga flácida, vejiga neurogénica.

En la evaluación del dolor paciente cuyo dolor no ha respondido a los tratamientos instaurados, al momento se inicia tratamiento con morfina vía venosa, sin embargo, debe ser reevaluado para considerar una vez controlado el dolor pasar a morfina vía oral, parches de buprenorfina o en su defecto desescalar el tratamiento a opioides menos potentes. En el caso de este paciente se ha utilizado la fluoxetina buscando una acción dual es decir mejorar su trastorno depresivo y al mismo tiempo para potenciar el tratamiento para dolor neuropático, ya que la fluoxetina junto con la amitriptilina potencia la acción neuromodulador contra el dolor neuropático. Además, las disestesias han respondido de forma favorable por lo que, si bien la gabapentina y la pregabalina son opciones terapéuticas en este paciente, no amerita cambio porque está estable con la carbamazepina. Cuando se habla de dolor total es importante recalcar que, si bien el tratamiento medicamentoso es fundamental, la estabilidad emocional junto con el tratamiento no farmacológico es indispensables para lograr los objetivos terapéuticos propuestos en el plan de manejo integral del paciente.

Discusión

El manejo del dolor crónico en pacientes con síndrome pospoliomielítico (SPP) representa un desafío clínico significativo, especialmente cuando las terapias analgésicas convencionales no proporcionan alivio adecuado. En el caso de un hombre de 41 años con antecedentes de poliomielitis en la infancia y diagnóstico reciente de SPP, se observa una persistencia de dolor neuropático en las extremidades inferiores y la región lumbar, con una intensidad de 8/10 en la escala numérica

del dolor. Este dolor ha mostrado resistencia a múltiples tratamientos farmacológicos, incluyendo analgésicos no opioides y opioides, lo que ha llevado al paciente a buscar atención en diversas especialidades sin lograr mejoría significativa.

La evaluación clínica revela síntomas adicionales como disestesias nocturnas, trastornos del sueño, disfunción vesical y sexual, y alteraciones emocionales. Estos hallazgos son consistentes con las manifestaciones del síndrome postpoliomiéltico (SPP), que incluyen debilidad muscular progresiva, fatiga y dolor crónico. La electromiografía muestra signos de neuropatía motora crónica, lo que respalda el diagnóstico de SPP (Mayo Clinic, s.f).

El enfoque terapéutico actual para este paciente incluye la administración de carbamazepina y amitriptilina, fármacos con eficacia demostrada en el manejo del dolor neuropático. La combinación de antidepresivos tricíclicos y anticonvulsivantes ha mostrado beneficios en la reducción de la intensidad del dolor y la mejora de la calidad de vida en pacientes con SPP. Sin embargo, la adherencia al tratamiento es subóptima debido a limitaciones económicas y percepciones negativas sobre la eficacia de las terapias físicas y psicológicas (Scholz & Woolf, 2002).

Es fundamental abordar el manejo del dolor en el SPP desde una perspectiva multidisciplinaria que incluya intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. La terapia física adaptada, el apoyo psicológico y la educación del paciente son componentes esenciales para mejorar la funcionalidad y el bienestar general. Además, la optimización del tratamiento farmacológico, considerando opciones como la gabapentina o la pregabalina, podría ser beneficiosa en casos de dolor neuropático refractario (Koopman et al., 2015).

La resistencia del paciente a participar en terapias psicológicas y su inconstancia en la terapia física representan barreras significativas para el éxito del tratamiento. Es imperativo desarrollar estrategias de educación y motivación que promuevan la adherencia a las intervenciones terapéuticas, enfatizando la importancia de un enfoque integral para el manejo del dolor crónico en el SPP. La colaboración entre profesionales de la salud y el paciente es crucial para establecer objetivos realistas y mejorar los resultados clínicos (Oliveira & Santos, 2023).

El manejo del dolor crónico en pacientes con síndrome postpoliomiéltico (SPP) representa un desafío clínico significativo. Este síndrome se caracteriza por la aparición de nuevos síntomas neuromusculares, como debilidad muscular progresiva y dolor, en individuos que previamente habían superado la poliomiéltis. El dolor neuropático, común en estos pacientes, suele ser resistente a tratamientos analgésicos convencionales, lo que complica su abordaje terapéutico (Mayo Clinic, s.f).

El manejo del dolor crónico en pacientes con síndrome postpoliomiéltico (SPP) representa un desafío clínico significativo. Este síndrome se caracteriza por la aparición de nuevos síntomas neuromusculares, como debilidad muscular progresiva y dolor, en individuos que previamente habían superado la poliomiéltis. El dolor neuropático, común en estos pacientes, suele ser

resistente a tratamientos analgésicos convencionales, lo que complica su abordaje terapéutico (Centurión et al., 2024).

La evaluación integral del paciente es esencial, considerando no solo los aspectos físicos del dolor, sino también los factores psicológicos y sociales que pueden influir en su percepción y manejo. La negativa del paciente a asistir a consultas psiquiátricas y su inconstancia en la terapia psicológica destacan la importancia de abordar las barreras psicosociales en el tratamiento del dolor crónico. Intervenciones que integren apoyo psicológico y estrategias de afrontamiento pueden mejorar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida del paciente (Asociación de Polio y Síndrome Post-Polio de la Comunidad Valenciana, 2022).

Además, es fundamental considerar las comorbilidades presentes, como la vejiga neurogénica, constipación y disfunción sexual, que pueden exacerbar la experiencia dolorosa y limitar la efectividad de las intervenciones terapéuticas. Un enfoque interdisciplinario que incluya especialistas en neurología, rehabilitación, urología y salud mental es crucial para abordar de manera holística las múltiples dimensiones del SPP (Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares, 2023).

Conclusiones

En conclusión, el manejo del dolor crónico en el síndrome postpoliomielítico (SPP) exige un enfoque integral y multidisciplinario que aborde tanto los aspectos físicos como emocionales del paciente. La combinación de dolor neuropático y nociceptivo, junto con las diversas comorbilidades asociadas, hace que los tratamientos convencionales a menudo sean ineficaces. Es fundamental personalizar las estrategias terapéuticas, considerando las respuestas individuales al tratamiento y la adherencia a las terapias farmacológicas y no farmacológicas. Además, la intervención psicológica y el apoyo emocional juegan un papel crucial en la mejora de la calidad de vida de los pacientes, ya que las barreras psicosociales pueden limitar el éxito del tratamiento. La colaboración interdisciplinaria es esencial para optimizar los resultados clínicos, promoviendo una atención holística que considere todas las dimensiones del SPP.

En resumen, el manejo del dolor en el síndrome postpoliomielítico (SPP) representa un desafío complejo que requiere de un enfoque terapéutico adaptado a las particularidades de cada paciente. La interacción entre los síntomas neuromusculares, el dolor crónico y las comorbilidades asociadas demanda una evaluación clínica exhaustiva y un tratamiento multimodal. Los avances en el manejo farmacológico, como el uso combinado de anticonvulsivos y antidepresivos, han mostrado beneficios en algunos pacientes, aunque la respuesta terapéutica sigue siendo limitada. Además, es esencial incorporar el apoyo psicológico y la terapia física dentro del plan de tratamiento, ya que la adherencia a estos tratamientos es clave para mejorar los resultados a largo plazo. La colaboración de un equipo de profesionales de diferentes disciplinas y la educación continua del paciente son fundamentales para mejorar la calidad de vida y el bienestar general de quienes viven con SPP.

Referencias

- Asociación de Polio y Síndrome Post-Polio de la Comunidad Valenciana. (2022). Síndrome Post-Polio: Conviviendo con el dolor crónico. <https://apipcv.org/?p=1588>
- Averna, J. F., & Chang Chien, G. C. (2017). Physical therapy in the management of chronic pain. En J. Pope, & T. Deer, (eds.). *Treatment of chronic pain conditions* (pp. 69–71). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-6976-0_19
- Centurión, E., Jiménez, Y. del V., Cataldo, M. G., Fabre, C., Torres, S., Robles, G., Freyre, C., Rey, R. D., & Bendersky, M. (2024). Poliomiélitis y síndrome pospoliomiélico en Argentina. *Neurología Argentina*, 16(3), 113–121. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2024.04.002>
- Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares. (2023). Síndrome postpoliomiélico: Un enfoque integral de manejo. <https://www.ninds.nih.gov/health-information/disorders/post-polio-syndrome>
- Koopman, F. S., Beelen, A., Gilhus, N., de Visser, M., & Nollet, F. (2015). Treatment for post-polio syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007818.pub3>
- Mafla-Ayub, K. A., Guzmán-Molano, L. F., Centanaro-Meza, G. A., & Mejia-Mójica, J. A. (2022). The legacy of polio: 2 cases of post-polio syndrome and review. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 23(3), 97–104. <https://doi.org/10.24875/rmn.20000147>
- Mayo Clinic. (n.d.). Post-polio syndrome. <https://lc.cx/QKbZzc>
- Mayo Clinic. (n.d.). Síndrome pospoliomiélico: Diagnóstico y tratamiento. <https://lc.cx/SZK4fj>
- Oliveira, A., & Santos, M. (2023). Estrategias motivacionales para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes con dolor crónico. *Revista Internacional de Salud Integrativa*, 45(2), 113–120.
- Okonkwo, U. P., Umunnah, J. O., & Ihegihu, C. C. (2019). A 3-year physiotherapy management of a case of spinal poliomyelitis referred at three months post paralysis. *Asian Journal of Pediatrics Research*, 2(1), 1–10.
- Scholz, J., & Woolf, C. J. (2002). Can we conquer pain? *Nature Neuroscience*, 5, 1062–1067. <https://doi.org/10.1038/nn942>
- Shetty, A., Delanerolle, G., Cavalini, H., Deng, C., Yang, X., Boyd, A., Fernandez, T., Phiri, P., Bhaskar, A., & Shi, J. Q. (2024). A systematic review and network meta-analysis of pharmaceutical interventions used to manage chronic pain. *Scientific Reports*, 14(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-023-49761-3>
- Sharma, S., Sheth, M. S., Vyas, N. J., & Patel, P. R. (2014). Case report of rehabilitation of a subject with post-polio syndrome. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 3(2), 241–242. <https://doi.org/10.5455/IJMSPH.2013.191120132>
- Twist, D. J., & Ma, D. M. (1986). Physical therapy management of the patient with post-polio syndrome: A case report. *Physical Therapy*, 66(9), 1403–1406. <https://doi.org/10.1093/PTJ/66.9.1403>
- Wells, P. E., Frampton, V., & Bowsher, D. (1988). *Pain management in physical therapy*. Appleton & Lange.

Autoras

Johanna Priscila Ávila Vinueza. Estudiante

Tania Lorena Avila Vinueza. Estudiante

Mesa Cano Isabel Cristina. Tutora Docente

Declaración

Conflicto de interés

No tenemos ningún conflicto de interés que declarar.

Financiamiento

Sin ayuda financiera de partes externas a este artículo.

Agradecimiento

Al Paciente que accedió a la publicación del caso, por su paciencia y apoyo al entregar los documentos que permitieron estructurar el caso para la elaboración de este artículo.

Nota

El artículo es original y no ha sido publicado previamente.