

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN
EN EL TRATAMIENTO DE PUNTOS GATILLO
MIOFASCIALES (PGM) CON
TÉCNICA INVASIVA - PUNCIÓN SECA-

2013

- **FECHA DE REALIZACIÓN: 9 DE MAYO DE 2008**
- **FECHA DE REVISIÓN: 10 DE MAYO DE 2015**

AUTORES

- Gregorio Martínez Santa.
- Alfonso Girona López.
- Orlando Mayoral del Moral.

CONTENIDO:

Página

- Síndrome de dolor miofascial (SDM) y puntos gatillo miofasciales (PGM).....3
- Tratamiento.....3
 - A. Punción superficial (técnica de Baldry).....5
 - B. Punción profunda.....6
- Particularidades en la práctica de la PS.....8
- Destinatario, usuario del procedimiento.....9
- Objetivos.....9
- Indicaciones.....9
- Contraindicaciones, peligros y complicaciones.....9
- Autores.....11
- Bibliografía.....11
- Anexo I13
- Documento de consentimiento informado para el tratamiento de puntos gatillo miofasciales (PGM) con técnica invasiva -“Punción Seca”- Actualización 2013..

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE PUNTOS GATILLO MIOFASIALES (PGM) CON TÉCNICA INVASIVA –“PUNCIÓN SECA”-

SINDROME DE DOLOR MIOFASCIAL (SDM) Y PUNTOS GATILLO MIOFASIALES (PGM)

El síndrome de dolor miofascial (SDM) es el conjunto de signos y síntomas producidos por los puntos gatillo miofasciales (PGM). Un PGM es una zona hiperirritable del músculo asociada a un nódulo hipersensible que se localiza dentro de una banda tensa de fibras musculares. Esta zona resulta dolorosa a la compresión directa, al estiramiento, y/o a la contracción del músculo que la alberga. El PGM puede dar lugar a un dolor referido característico, disfunciones motoras, y fenómenos autonómicos, relacionados directamente con las estructuras musculares afectadas. Los PGM pueden clasificarse clínicamente en “activos” y “latentes”. Se consideran “activos” aquellos que causan dolor referido de manera espontánea. Por otra parte, se dice que un PGM es “latente” si no produce dolor referido de manera espontánea. Ambos tipos pueden causar en los músculos afectados diferentes tipos de disfunción como restricción de la movilidad, debilidad, fatiga, inhibición propia y referida, coactivación deficiente de los antagonistas, así como alteraciones de los patrones de activación motora, entre otras.

TRATAMIENTO

En primer lugar, cabe destacar que es prioritario que aquellos fisioterapeutas que opten por la técnica invasiva de punción seca (PS), como pauta de tratamiento, habrán debido adquirir previamente la formación adecuada que garantice su aplicación, y que, consiguientemente, dispongan de la correspondiente acreditación. Actualmente, la resolución **05/2011 del Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España (CGCFE)** establece la competencia profesional de los fisioterapeutas en el uso de las técnicas de punción seca.

La técnica de fisioterapia invasiva denominada “punción seca”, adquiere esta denominación de la traducción literal del término inglés “*dry needling*”; una expresión que enfatiza en el hecho de que en su aplicación no se introduce ni se extrae ningún tipo de sustancia. El tratamiento se realiza utilizando una aguja filiforme y maciza, como las que se utilizan en acupuntura o similares, con la que previa asepsia de la zona a tratar, se abordan y estimulan los PGM identificados, con el fin de desencadenar respuestas de espasmo local (REL) que atenúen y/o eliminen sus síntomas. Para obtener una buena desinfección cutánea se recomienda el uso de digluconato de clorhexidina al 0.5% ó 2%, en solución alcohólica, o la aplicación de otros productos alternativos que garanticen igualmente dicha limpieza. Además, con el fin de alcanzar una mayor higiene y protección, se recomienda realizar la terapia con guantes de látex o de nitrilo, preferentemente con una talla que quede ajustada, para obtener un mejor dominio de las agujas. Antes de iniciar la terapia es imprescindible disponer de una copia del documento de consentimiento informado específico para PS firmado por el paciente, con el propósito de obtener su autorización para poder aplicársela. No obstante, es conveniente no sólo informar al paciente de cómo será el desarrollo de la pauta, sino también de aquellos síntomas que podría sentir después de haber concluido su sesión de fisioterapia, como es el caso del posible dolor postpunción, que podría suscitarle cierto estado de inquietud e incertidumbre, de no advertirle previamente sobre dichos aspectos. Por otra parte, para que la técnica sea segura y eficaz, es primordial: tener unos buenos conocimientos de anatomía e identificación palpatoria de los PGM, haber adquirido una habilidad adecuada en la manipulación de las agujas, así como de las diferentes maniobras de abordaje, en las que siempre se tendrá en cuenta que el paciente se encuentre lo más cómodo y relajado posible en el momento de aplicarle el tratamiento, siendo obligatorio, que la PS se lleve a cabo con éste en posición de decúbito, para prevenir un posible síncope vasovagal y sus consecuencias.

La terapia requiere que una vez haya concluido el número de sesiones indicado, se establezca un periodo de descanso de al menos dos meses antes de volver a iniciarla de nuevo, con el fin de evitar la acomodación del paciente a la terapia aplicada, y a su vez, poder dar tiempo suficiente a que sus efectos ofrezcan unos resultados apreciables. El proceso terapéutico comprende dos fases de actuación:

- Fase 1: Identificación e inactivación de los PGM responsables de la sintomatología.
- Fase 2: orientada especialmente a eliminar y hacer comprender al paciente cuales han sido especialmente los factores etiológicos y perpetuadores que desencadenaron la activación de dichos PGM, y su sintomatología.

A pesar de que existen diversos tipos y modalidades de PS, la clasificación más habitual se establece atendiendo al criterio de que al introducir la aguja se alcance o no el PGM. De este modo, se habla de punción seca superficial cuando ésta no lo alcanza, y de punción seca profunda cuando sí lo atraviesa. La aplicación de una u otra modalidad la establece el fisioterapeuta que la prescribe, en función del cuadro clínico a tratar y de la preferencia/tolerancia del paciente.

A- Punción Seca Superficial (técnica de Baldry):

En la técnica de Baldry, la aguja no llega a alcanzar directamente el PGM, y queda en sus tejidos suprayacentes, a una profundidad aproximada de 1cm.

Se realiza el siguiente procedimiento:

- 1) Explicar en qué consiste la técnica al paciente y presentarle un documento de consentimiento informado para que lo firme y obtener su autorización para poder aplicársela.
- 2) Examen y localización de los posibles PGM responsables de su problema.
- 3) Colocación del paciente en una posición cómoda y apropiada en decúbito para el abordaje del PGM y limpieza cutánea de la zona a

- tratar. Esta modalidad de punción requiere la selección de agujas de poco calibre.
- 4) Se incide con la aguja en el punto donde se localiza el PGM, y se mantiene clavada entre 10 y 15 minutos, durante los cuales se puede manipular varias veces mediante giros, con la intención de provocar un estímulo ligeramente doloroso en el paciente.
 - 5) Transcurrido este tiempo, se extrae la aguja y se aplica una ligera presión sobre el punto de punción.
 - 6) Se realizan estiramientos pasivos del músculo tratado acompañados de barridos de *spray* frío o de pistola de crioterapia.
 - 7) Aplicar calor húmedo en la zona durante 10 minutos, tras lo cual se le solicita al paciente que realice varias series de ejercicios activos de estiramiento, con el fin de que los aprenda con soltura y los repita en su domicilio.
 - 8) Finalmente, se le indicarán normas de higiene postural para evitar posibles factores de activación y de perpetuación de los PGM.
- ✓ Se establece una programación de 9 sesiones a días alternos. Si después de la 3ª sesión el paciente no encuentra mejoría se recomienda pasar al tratamiento con punción seca profunda.

B- Punción seca profunda:

En esta modalidad de PS, la aguja sí alcanza y atraviesa el PGM, Atendiendo al modo de abordaje y manipulación de la aguja, se puede optar por tipos de abordaje:

- Una punción directa sobre el PGM hasta conseguir una REL que confirme que la aguja lo ha alcanzado. A continuación se hace girar la aguja en ambos sentidos hasta que el ligero dolor que causan estos giros desaparezca
- Una punción con entradas y salidas rápidas de la aguja, con la que se incide varias veces en el PGM sin llegar a extraerla totalmente. Se provocan tantas REL como sea posible hasta lograr que se extingan, dentro de la tolerancia que presente el paciente a los estímulos dolorosos que puedan aparecer. Es lo que se conoce como técnica de entrada y salida rápidas de Hong.

Se realiza el siguiente procedimiento:

- 1) Se le explica al paciente en qué consiste la técnica y se le presenta un documento de consentimiento informado para que lo firme y obtener así su autorización para poder aplicarle el tratamiento.
 - 2) Examen y localización de los posibles PGM responsables de su problema.
 - 3) Se coloca al paciente en una posición de decúbito cómoda y apropiada para el abordaje del PGM. Se desinfecta la piel de la zona a tratar y se selecciona una aguja de una longitud que asegure el alcance del PGM a tratar.
 - 4) Con ayuda del tubo guía, se inserta la aguja en dirección al PGM. Con el fin de evitar alcanzar algún tejido nervioso que podría ocasionar un dolor desagradable, esta primera entrada se hace lentamente.
 - 5) Tras realizar la manipulación deseada de la aguja, se extrae la misma y se aplica presión local para promover la hemostasia.
 - 6) Se realizan estiramientos pasivos del músculo tratado acompañados de barridos de *spray* frío o de pistola de crioterapia.
 - 7) Aplicar calor húmedo en la zona durante 10 minutos y después se le solicita al paciente que realice varias repeticiones de ejercicios activos de estiramiento, con el fin de que los aprenda con soltura y los repita en su domicilio.
 - 8) En los casos en los que exista dolor postpunción, se puede aplicar laserterapia o corrientes tipo TENS para atenuarlo.
 - 9) Finalmente, se le indicarán normas de higiene postural para evitar posibles factores de activación y perpetuación de los PGM.
- ✓ Se establece una programación de un máximo de seis sesiones de PS profunda, con un intervalo mínimo de siete días entre cada sesión. Si tras la 3ª sesión el paciente no encuentra mejoría se suspende el tratamiento y se opta por otra técnica de fisioterapia alterativa. Por otra parte, con el propósito de obtener una mayor eficacia del tratamiento, se puede indicar que el paciente acuda, especialmente en sus tres primeras sesiones, dos veces por semana en días alternos con la siguiente pauta:

- PRIMER DÍA: Tratamiento de PS específico (véanse los pasos 1-9 más arriba).
 - SEGUNDO DÍA: Se realizan estiramientos del músculo o de los músculos tratados, acompañados de barridos de *spray* frío o pistola de crioterapia, aplicación de calor húmedo 10 minutos y realización de los ejercicios de autoestiramiento que se habían indicado previamente, supervisando su correcta ejecución.
- Es aconsejable anotar en la ficha del paciente aquellas observaciones que sean de utilidad en la evolución del tratamiento, así como el calendario de días en que acude a su sesión de fisioterapia.
 - En el caso de que la recuperación del paciente sea notablemente satisfactoria, se puede alargar el intervalo de días para realizar la siguiente sesión de PS.
 - No es necesario completar las seis sesiones establecidas; el tratamiento puede finalizar si el paciente se encuentra asintomático. No obstante, en tal caso, es conveniente citarle de nuevo en un mes, para revisarlo y darle de alta.

PARTICULARIDADES EN LA PRÁCTICA DE LA PS

- En el caso de tener que tratar un PGM de la cabeza, como pudiera ser el del músculo temporal, se coloca el tubo guía de la aguja sobre el cuero cabelludo del punto en cuestión, y se hace girar ligeramente en círculo con el fin de liberar lo más posible la zona de cabello.
- Es aconsejable en el caso de tratar un PGM bilateral, especialmente de miembro inferior, como podría ser el caso de los aductores o los gastrocnemios, no realizar la punción en los dos miembros en la misma sesión, con el fin de prevenir que el dolor postpunción dificulte la movilidad del paciente.

DESTINATARIO – USUARIO DEL PROCEDIMIENTO

- Fisioterapeutas del Área V del Servicio Murciano de Salud

OBJETIVOS

- El objetivo principal de estas técnicas es la inactivación o eliminación de los PGM desencadenantes de la sintomatología dolorosa y disfuncional de los pacientes aquejados del síndrome de dolor miofascial.

INDICACIONES

Dada la gran prevalencia del SDM en los pacientes con dolor de origen musculoesquelético, y la frecuente concomitancia de este síndrome con otros síndromes clínicos, este protocolo terapéutico se encuentra indicado en un gran número de situaciones clínicas muy frecuentes, como cervicalgias, lumbalgias, dorsalgias, artritis, capsulitis, artrosis, tendinopatías y/o entesopatía (epicondilitis, epitrocleitis, fascitis, etc.), radiculopatías, fibromialgia, gonalgias y un largo etcétera de patologías en las que los PGM juegan un papel relevante.

CONTRAINDICACIONES, PELIGROS Y COMPLICACIONES.

- Las contraindicaciones de la PS son escasas, al igual que los peligros y las complicaciones. La mayoría de las contraindicaciones son relativas, aunque en algunos casos puntuales, éstas se consideran absolutas.
- Contraindicaciones absolutas:
 - Belonefobia (miedo insuperable a las agujas).
 - Punción seca profunda de músculos profundos inaccesibles a la palpación en personas con alteraciones de la coagulación, coagulopatías, o tratamiento con anticoagulantes.
 - Punción sobre zonas de la piel que presenten algún tipo de herida o cicatriz, enfermedades dérmicas como psoriasis o infecciones,

- Contraindicaciones relativas:
 - Miedo a las agujas.
 - Punción profunda en PGM de músculos superficiales de pacientes con coagulopatías o en tratamiento con anticoagulantes.
 - Inmunodepresión o inmunosupresión
 - Linfadenectomías,
 - Hipotiroidismo.
 - Niños, contraindicación vinculada directamente a la primera contraindicación citada en este apartado (miedo a las agujas).
 - Embarazadas; especialmente en los primeros tres meses de gestación.

- No siendo propiamente contraindicaciones, es aconsejable:
 - No indicar el tratamiento a personas que presentan problemas de dolor crónico generalizado, como es el caso de la fibromiálgia, si anteriormente ya se les había aplicado la técnica y no se obtuvo ningún tipo de mejoría.
 - Los peligros son limitados, la probabilidad de que se produzcan es escasa y resultan en su mayoría evitables si se toman las precauciones pertinentes. En este sentido se podría hablar de:
 - Neumotórax.
 - Lesión nerviosa.
 - Síncope vasovagal.
 - Mioedema.
 - Hemorragia.
 - Riesgo de infección cruzada del fisioterapeuta por punción accidental con una aguja contaminada.
 - En cuanto a las complicaciones, apenas existe documentación al respecto, pero se podrían citar:
 - Dermatitis de contacto.
 - Espasmo muscular.
 - Dolor postpunción.

AUTORES

- Gregorio Martínez Santa.
- Alfonso Girona López.
- Orlando Mayoral del Moral.

BIBLIOGRAFÍA

- Simons DG, Travell JG, y Simons LS. *Dolor y disfunción miofascial. el manual de los puntos gatillo. Vol. 1.* Editorial Médica Panamericana. Madrid, 2002.
- Travell JG, Simons DG. *Dolor y disfunción miofascial. El manual de los puntos gatillo. Vol. 2.* Editorial Médica Panamericana. Madrid, 2004.
- Mayoral O, Romay H. *Fisioterapia conservadora del síndrome de dolor miofascial.* Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología. 2005;8(1):11-6.
- Mayoral O. Fisioterapia invasiva del síndrome de dolor miofascial. *Fisioterapia.* 2005;27:69-75.
- Dommerholt J, Mayoral del Moral O, Gröbli C. Trigger Point Dry Needling. *The Journal of Manual & Manipulative Therapy.* 2006;14(4):E70 - E87.
- *Documentación del Curso “Síndrome del Dolor Miofascial”, y “Punción de Puntos Gatillo Miofasciales”.* Impartido por D. Orlando Mayoral Del Moral (Yecla-Murcia-29/09/06-23/01/07).
- Saavedra Lozano, J, Terrón Cuadrado M. *Antisépticos (v.1/2007). Guía ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea]* [actualizado el 21/11/2007; consultado el 10/03/2010]. Disponible en <http://infodoctor.org/gipi/>.

- *Fisioterapia invasiva y punción seca. Informe la eficacia de la punción seca en el tratamiento del síndrome del dolor miofascial y sobre su uso en fisioterapia.* O. Mayoral del Moral y M. Torres-Lacomba.. Cuest. fisioter. 2009, 38 (3): 206-217. Disponible en: <http://www.travellysimons.com/investigacionesypublicaciones/dladjuntoIYP.php?adjunto=fisioterapiainvasivaypuncionsecainformesobrelaeficiaciadelapuncionsecaeneltratamientodelsindromededolormiofascialysobresuusenfisioterapia.pdf>
- *Resolución 05/2011 del CGFCE sobre Punción Seca.* Disponible en: <https://www.cfisiomad.org/pdf/Resoluci%C3%B3n05-2011.pdf>

ANEXO I

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO DE PUNTOS GATILLO MIOFASCIALES (PGM) CON TÉCNICA INVASIVA –“PUNCIÓN SECA”- REVISIÓN 2013.



Región de Murcia
Consejería de Sanidad
y Consumo

Hospital Virgen del Castillo
ÁREA V DE SALUD
Avda de la Feria s/n 30510 Yecla (Murcia)
Telefax: 968 719806 Teléf: 968 719800



Nº de historia.....
1º Apellido:.....
2º Apellido:
Nombre:
Nº S S:..... **Sexo**:
Fecha de Nacimiento: **Edad**:
Teléfono:..... /

**SERVICIO DE;
REHABILITACIÓN**

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta información no es alarmarle ni liberar de responsabilidad al médico que se lo presenta, simplemente representa un esfuerzo para que usted conozca mejor los hechos y pueda tomar la decisión libre y voluntaria de autorizar o rechazar dicho procedimiento. Sepa que es norma de obligado cumplimiento por el médico que le atiende, informarle y solicitar su autorización siempre que la urgencia lo permita.

AUTORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE PUNTOS GATILLO MIOFASIALES (PGM) CON TÉCNICA INVASIVA - “PUNCIÓN SECA”-

¿Qué es un punto gatillo miofascial (PGM)?

Es una zona hiperirritable localizada dentro de una banda tensa muscular que resulta dolorosa a la compresión y que puede provocar un dolor referido característico, disfunción motora, y fenómenos autonómicos.

¿En qué consiste el tratamiento de puntos gatillo miofasciales con técnica invasiva –“punción seca”-?

Es un tratamiento que aplica un fisioterapeuta formado y acreditado para realizar la técnica en cuestión. Se lleva a cabo utilizando una aguja como las que se utilizan en acupuntura, con la que previa asepsia de la zona a tratar, se abordan y estimulan los puntos gatillo responsables del problema. Se planifica una pauta de seis sesiones a razón de una sesión semanal, estableciendo un intervalo mínimo de siete días entre cada una de ellas. Si después de su tercera sesión usted no encontrara ningún tipo de mejoría se le indicaría un tratamiento conservador alternativo.

¿Qué objetivos persigue esta técnica?

El objetivo principal de esta técnica es acabar con aquellos problemas ocasionados por patologías de tipo agudo o crónico originadas por puntos gatillo miofasciales (PGM).



¿Puedo tener efectos secundarios o alguna complicación al ser tratado con esta técnica?

Las contraindicaciones son escasas, al igual que los peligros y las complicaciones que podrían surgir, los cuales son evitables si se toman las precauciones y medidas adecuadas.

○ Las contraindicaciones pueden ser absolutas o relativas:

✓ Absolutas:

- Miedo insuperable a las agujas.
- Punción seca profunda de músculos profundos inaccesibles a la palpación en personas con alteraciones de la coagulación, coagulopatías, o tratamiento con anticoagulantes.
- Punción sobre zonas de la piel que presenten algún tipo de herida o cicatriz, enfermedades dérmicas como psoriasis o infecciones,

✓ Relativas:

- Miedo a las agujas.
- Punción profunda en músculos superficiales de pacientes con coagulopatías o en tratamiento con anticoagulantes.
- Inmunodepresión o inmunosupresión.
- Linfadenectomías.
- Hipotiroidismo.
- Niños.
- Embarazadas; Especialmente en los primeros tres meses de gestación.
- Fibromialgia. No siendo propiamente una contraindicación, no se aconseja indiar la técnica en pacientes con dolor crónico generalizado a los que anteriormente se indicó la el tratamiento y no se obtuvo ninguna mejoría.

○ Los peligros son limitados, cabe destacar:

- Neumotórax.
- Lesión nerviosa.
- Síncope vasovagal.
- Mioedema.
- Hemorragia.
- Riesgo de infección cruzada del fisioterapeuta por punción accidental con una aguja contaminada.

○ En cuanto a las complicaciones, apenas existe documentación al respecto, pero se podrían citar:

- Dermatitis de contacto.
- Espasmo muscular.
- Dolor postpunción.



RIESGOS PERSONALIZADOS

Estos riesgos están relacionados con el estado de salud previo del paciente, y los más significativos son:

.....
.....
.....

DECLARO:

Que he sido informado por el médico de los riesgos del tratamiento, que me han explicado las posibles alternativas y que sé que, en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Estoy satisfecho de la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En consecuencia doy mi consentimiento.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del médico que informa

.....
.....

.....
.....

Colegiado número.....

Firma:

Firma:

Fecha:.....

Nombre del representante legal en caso de incapacidad o minoría de edad del paciente con indicación del carácter con que interviene (padre, madre, tutor, etc.)

Nombre..... DNI.....

Firma:

REVOCACIÓN.

He decidido revocar mi anterior autorización y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha finalizada.

Firma: D.N.I.....

Fecha: