



## II Jornada d'atenció compartida en dolor:

### Patologia de raquis

**Dra. C.Closa**  
**Metge rehabilitador**  
**Direcció Assistencial Corporació Fisiogestió**  
**Centre de Rehabilitació CF Tres Torres**

**Dr. Ll. Gallardo**  
**Metge de Família**  
**EAP Sarrià**



## II Jornada d'atenció compartida en dolor:

### Cas clínic senzill

De què parlem?

Mal d'esquena d'origen mecànic





## Perfils clínics

**Diferenciem 4 condicions clíniques en el mal d' esquena mecànic\***

1. Lumbàlgia/Cervicàlgia no complicada. (Inclou àlgies amb dolor referit a EI.)
2. Lumbàlgia/Cervicàlgia associada a trauma menor i /o osteoporosi i/o edat >70a
3. Lumbàlgia/Cervicàlgia associada a radiculopatia;dolor amb distribució dermatòmica
4. Lumbàlgia/Cervicàlgia associada a cirurgia prèvia.

*\*De Solà-Morales O, Galimany J. Lumbàlgia crònica:utilització apropiada de les proves de diagnòstic pel la imatge.  
Barcelona:*

*Agència d'informació, Avaluació i Qualitat. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010*



## Durada del dolor

### Com el definim?

(van Tulder 1997)

Dolor agut  $\leq$  6 setmanes

Dolor subagut entre 6 set-3 mesos\*

Dolor crònic  $\geq$  3 mesos

- \* Fase en la que el deteriorament biopsicosocial comença a desenvolupar-se per aquells pacients que no es recuperen de la fase aguda (Cochrane 2008)



***Pacient  $\geq 20$  anys o  $\leq 65$  anys, el 1r episodi***

***Dolor mecànic cervical/lumbar, amb o sense dolor referit a braç o cara lat. de la cuixa***

***Inici progressiu de 4 set d'evolució, no ho relaciona amb cap esforç, Intensitat EVA...***

***Observar (actitud antiàlgica al caminar, al pujar a camilla, al desvestir-se...)***

***Dolor a la palpació.... Contractura paravertebral/trapezis, mobilitat restringida.***

***No dolor de repòs, no dolor quan estossega, maniobres d'estirament radicular –  
Exploració neurològica normal.***



**Proves complementàries?**



## Proves complementàries:



En la lumbàlgia no complicada i sense signes d'alerta, els experts\* aconsellen  
**no fer cap prova.**

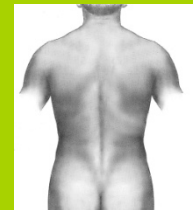
\* *Evidence-based management of musculoskeletal pain. Australian guidelines.2004*

## Cas clínic

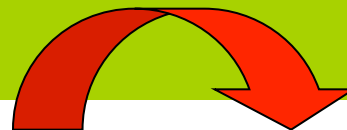
***Pacient  $\geq 20$  anys o  $\leq 65$  anys, el 1r episodi***

***Dolor mecànic a nivell cervical o lumbar amb o sense dolor referit fins a V Deltoidea del braç o cara lat. de la cuixa***

***Inici progressiu, INTENSITAT DEL DOLOR EVA\*?***



***No dolor de repòs, no dolor quan estosesga, maniobres d'estirament radicular -***



**Tractament ?**

\* R.H Dworkin et al: Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. Pain 113 2005; 9-19



## Protocol de tractament farmacològic del dolor



### Dolor lleu (EVA<3)

-Paracetamol: 1 g/ 8 h

### Dolor moderat (EVA 3-7)

-Paracetamol 1g/ 8h

- AINE:

Ibuprofè: 400-600 mg/8h

Diclofenac: 50 mg/8- 12h oral

Naproxen: 500 mg/8-12h. Té millor perfil de seguretat que els altres AINE amb pacients amb risc cardiovascular.

No hi ha evidència que la via IM sigui millor que la via oral.



## Protocol de tractament farmacològic del dolor

### Dolor intens (EVA>7)



-Paracetamol 1g/8h

- Opiacis menors: tramadol 50 mg/ 8 hores, fins 300 mg/ dia de manera Progressiva

- o Precaució l' associació amb antidepressius ISRS i antidepressius tricíclics per augment del risc de toxicitat del SNC. Intentar evitar-ne l' ús concomitant

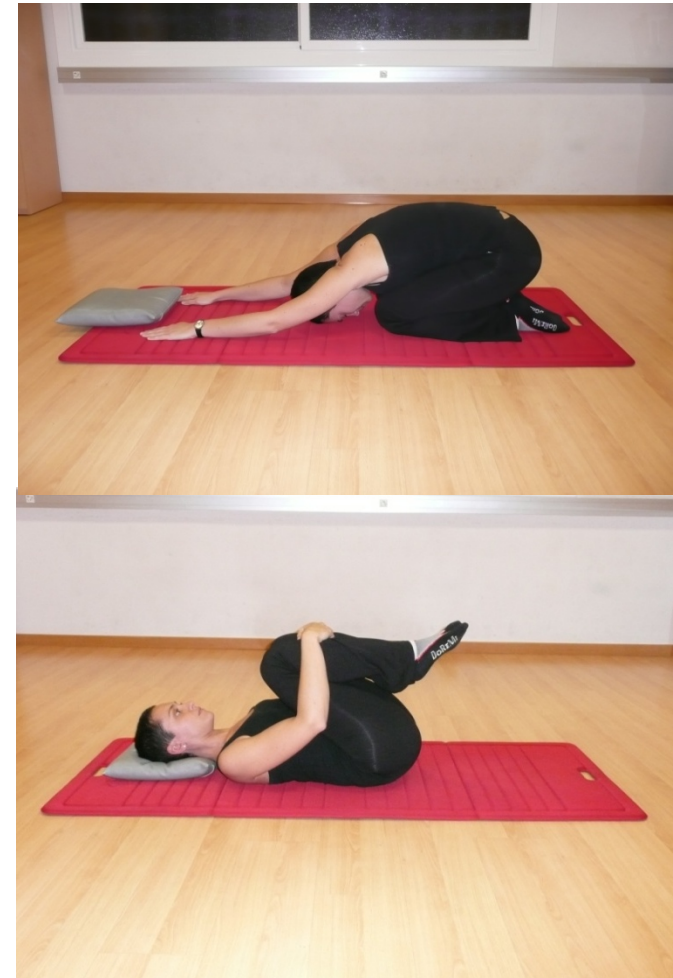
- AINE, de rescat, en cas de reagudització.

El rescat de fàrmacs ha estat utilitzat com a mesura de resultat, incluyent la dosi utilitzada i el temps de consum. (IMMPACT recommendations. Pain 113 2005; 9-19)

-A valorar associar relaxants musculars: Diazepam 5-10 mg/nit (evidència I de igual efectivitat que el placebo, no mes efectivitat que els AINEs)

## Protocol de tractament NO farmacològic del dolor

- Evitar fer repòs al llit més de dos o tres dies. (evidència I-II)
- Calor: després de les 48h, manta elèctrica ( no més de 15 minuts ) o bossa d'aigua calenta.
- Recomanació d'estar actiu: (evidència II)  
Procurar realitzar les activitats de la vida quotidiana  
  
Iniciar exercici de forma suau i progressiva: Estiraments.
- Disminució de pes si fos necessari.



*No sols ha d'utilitzar tècniques per disminuir el dolor, sinó que ha de contemplar la promoció de l'autocura. Pla de Salut*

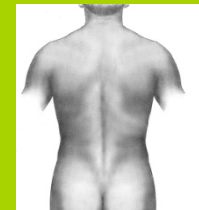


## Cas clínic: evolució

### Control en 7-10 dies?

**Si el dolor lumbar subagut evoluciona favorablement no és necessària la prova d'imatge i pot ser alta**

**No existeix evidència de que l'escola d'esquena sigui preventiva per un proper episodi, encara que sí que s'aconsella donar instruccions educacionals i d'exercicis**



*Evidence-based management of musculoskeletal pain. Australian guidelines.2004*



## **Cas clínic: evolució**

### **Control en 7-10 dies?**

***Segueix amb dolor, reducció < 30%***

***Segueix amb contractura***

***Segueix amb mobilitat restringida***

***- Comprovem que no hi simptomatologia afegida !***

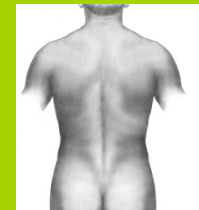
***Factors psicològics i socioeconòmics que poden modificar l'evolució en les àlgies vertebrals:***

***Presència de símptomes de depressió i/o ansietat***

***Situació laboral:***

***Insatisfacció laboral***

***Pendent de resolució/indemnització***





## Proves complementàries:



Rx simple ?

### “PROS”

Ho permet l' evidència

Tranquil·litat del metge?  
Diagnòstic diferencial

Tranquil·litat del pacient?.....

### “CONTRES”

Allargament de baixa

Perill de sostenibilitat?

Informació limitada

Endarreriment de la derivació a Rhb



## Proves complementàries:



Rx simple ?

Enviem a rehabilitació i/o demanem RX



## Proves Complementaries:



**Rx simple ?**

La detecció d'alteracions a la columna lumbosacra com ara  
espondilosi  
raqúisquisi  
anomalies de transició  
alteracions en les articulacions facetàries  
discopatia lleu- moderada  
escoliosi lleu (10è Coob), o malaltia d' Scheuerman,

Resultant irrellevant en pacients amb lumbàlgia sense signes d'alerta

Es detecten amb la mateixa freqüència en subjectes asimptomàtics.



## Proves complementàries:



La normalitat radiològica i en els resultats d'una analítica pràcticament descarta l'existència de malalties sistèmiques subjacents

La prescripció de proves d'imatge més complexes (RNM/gammagrafia/TAC) s'ha de reservar per als pacients que presenten signes d'alerta, que es volen derivar per cirurgia o davant la sospita d'alguna malaltia sistèmica

Nivell A.



## Tractament:



- Revisar pauta farmacològica

No hi ha evidència dels relaxants en fase crònica  
Valorar tractar problemes de depressió/ansietat (els nous antidepressius serotoninèrgics no son més efectius)

- Derivació a REHABILITACIÓ: Criteris

Lumbàlgia subaguda: (4-6 setmanes de l' inici del dolor) – Derivació preferent-  
Lumbàlgia crònica: En casos de reiteració - derivació ordinària - un cop l' any com a màxim.



## CONCLUSIONS

El mal d'esquena no complicat es considera una patologia on el primer tractament ha de ser conservador.

En la lumbàlgia no complicada s' aconsella **no fer cap prova d'imatge d'entrada, a valorar a partir de les 6 setmanes.**

**No es recomana RNM/TAC** en les àlgies inespecífiques sense signes d'alerta.

La derivació a **rehabilitació per tractament antiàlgic**, s' aconsella no demorar-la i preferentment en la fase subaguda.

Existeix **evidència nivell I** de l' efectivitat de l' **escola d'esquena** en la fase subaguda i crònica