

## SINDROME RAICOLAR

El dolor lumbar y el cervical son entidades nosológicas definidas con variabilidad en la presentación clínica, aunque la historia natural demuestra benignidad, los resultados a largo plazo confunden por su heterogeneidad.

## DESCRIPCION SINDROMATICA

El síntoma más frecuente y que orienta hacia un compromiso radicular, es la presencia de dolor neuropático, descrito como sensación de quemadura, pinchazos o alfiler, que se irradia desde el esqueleto axial hasta el territorio de distribución del miotoma correspondiente a dicho nivel. Este se puede asociar con síntomas sensitivos positivos (principalmente parestesias) en la zona de distribución radicular. Existe un estrecho vínculo entre dermatomas y miotomas adyacentes, por lo que un elemento importante para el diagnóstico es la diferenciación entre dolor neuropático y mecánico, originado por otras entidades globales.

### DOLOR NEUROPATICO

- Característica: Entumecimientos, quemazón, quemadura
- Distribución: miotoma-dermatoma
- Dolor de M. Inferior: fijo
- Deficit neuropático: Occasional

### NOCICEPTIVO - MECANICO

- Característica: Punzante, agudo
- Distribución: Dolor más localizado - referido en territorio no claramente definido.







Y en accidentes originan la reducción foraminol. Si quedan con  
con a Diabetes Mellitas e infecciones. La mielografía es más  
frecuente, con indicaciones por las dimensiones del canal espinal  
a este nivel. Después de la gaiterista dorsal y la extensión mi-  
tral, siguen de lejos las lesiones tumorales y las infecciones,  
las cuales producen irritación del nervio y además también, cuando lo colap-  
so de.

La principal infección espinal es gástrica, causada por el examen-  
ción hematogena. El *Mycobacterium tuberculosis* es el microorganismo  
más aislado, sin olvidar micobacterias y hongos, frecuentes en  
la población inmunodeprimida. La causa del compromiso re-  
dudado es la extensión directa de la infección al canal espinal  
o foramen, con compresión por tejido discal o óseo desglazado,  
secundario a osteomielitis intervertebral, deístis, abrase espinal. Los  
síntomas de alarma son fiebre, escalofrío, sedación y pérdida de  
peso. Dentro de los antecedentes se incluyen procedimientos quirur-  
gicos recientes, infecciones bacterianas, inmunocompromiso, uso de  
drogas IV. y DM.

## CLINICA

Lo habitual es encontrar un examen físico normal.

La exploración debe llevar un orden metodológico, además gentes  
o resaltar son:

- 1.- Inspección: en busca de hiperreflexia de algunos segmentos ca-  
rales.
- 2.- Palpación: es importante explorar la región que rodea la g-  
resión en busca de masa o hiperbambabilidad.
- 3.- Rangos de movilidad: La exploración de rangos de mov.



edad, sexo y altura del segmento axial y grandezas geométricas, su comparación en el estudio de gestiones estáticas y dinámicas en diferentes direcciones que concuerdan o no con los síntomas, con parámetros asociados a las condiciones dinámicas del disco intervertebral.

4. Evaluación de la Fuerza: Incluye la evaluación de la simetría y de los grupos musculares con dispositivos mecánicos en busca de debilidad axial.

5. Reflejos miotendinosos: Busca la asimetría en los reflejos generalmente la arreflexia unilateral.

6. Evaluación sensorial: Dibuja índice sensibilidad a pinchazo (Pin prick), tacto superficial y vibración.

7. Exageración de signos de motoneurona superior: Se debe buscar en reducir la fuerza de motoneurona superior, la cual puede causar síntomas sensoriales agudizados de debilidad e hipotrofia.

8. Test giroscópicos: Estos gestos han sido ampliamente utilizados y se cree que en demuestran la reproducibilidad de los síntomas con gestiones o gestiones asociadas a ciertos mecanismos.

## DIAGNOSTICO

1. Radiografía espinal anteroposterior y lateral
2. Resonancia magnética
3. En el caso de compromiso infeccioso o tumoral
4. Tomografía axial computarizada
5. Gammagrafía ósea con tecnecio
6. Los exámenes electrofisiológicos.

a) Ayudan a definir el compromiso radicular



b. Excluir otras causas de síntomas neurológicos como neuropatías, migrañas + enfermedades de la neurona motora.

c. Obtener mayor correlación con síntomas neurológicos.

## Diagnóstico diferencial

1.- Sistema Nervioso periférico: neuropatías complejizadas de nervio mediano, ulnar, peroneo + femorocubital lateral.

2.- Sistema nervioso central: presencia de mielopectia, lesión sensorial síntomas neurológicos bilaterales, signos de motoneuronas inferiores + compromiso de esfínteres, generalmente sin dolor neuropático.

3.- Sistema del músculo - esquelético: Enfermedad febril, gotosis articular en hombros, caderas, epicondilitis, síndrome de miofascia, sacroileitis, síndrome del glómulo, fibromiálgia.

4.- Sistema cardiovascular: Enfermedad coronaria, síntomas trópicos con irradiación a la extremidad superior, (isofrías arterial periférica con episodios de claudicación intermitente).

## PRONOSTICO

1.- Start Back Tool. Es una herramienta multidimensional útil, costo efectiva, con importante reproducibilidad y adecuada consistencia interna, que ha demostrado correlación con herramientas unidimensionales.

2.- Clasificación de Quebec Task Force: Fz de clasificación para definir prioridades y facilitar la toma de decisiones.

3.- Predictores de resultados positivos:

a. Presencia de signos de lesión

b. Presencia de remineración química o alteración.

A: Afectaciones de resultados químicos

a. Dominancia de color en las rocas

b. Electromicrografías anormal con respecto a resultado factible en aplicación de estereoisómeros epiteliales.

## TRATAMIENTO

ETAPA AGUDA: manejo conservador en las etapas tempranas del paciente con radiografía.

1: manejo de sedación y control del dolor.

a. manejo farmacológico

- ANMIS: por grandes cortes de tiempo (5000h)
- Relectura microscópica
- Esteroides orales
- Analgésicos opioides: en dosis bajas y corto tiempo

b. Intervención por fisioterapia

- medidas físicas
- Electroterapia
- técnicas de masaje

c: manejo conductual

- Hábito de postura
- conciencia para posturas
- Técnicas de relajación.

d. Manipulación espinal: aplicación de fuerza exterior

e. Traction.

f. Osteosis

G. contraindicaciones en espacio epidural.



2.- Corrección de las alteraciones en flexibilidad y fuerza

3.- mantener el acondicionamiento cardiovascular

4.- Reintegración a las actividades físicas.

## Etapa crónica

1.- Control de dolor:

a. Estrategias farmacológicas

- Evitar el uso frecuente o crónico de antiinflamatorios (AINES)

- Radiación en el caso de opioides

- Neuromoduladores

b. Ortesis

c.- Esteroides epidurales

d.- Radiofrecuencia guiada

e.- adhesiolisis

2.- Intervención de salud mental.

3.- manejo quirúrgico

4.- Intervención ocupacional

5.- Plan de mantenimiento.



09.21

## REHABILITACION EN OSTEOARTRITIS Y ARTRITIS REUMATOIDE

La osteoartritis y la artritis reumatoide son causas frecuentes de consulta en atención primaria y especializada.

### Aproximación diagnóstica de la enfermedad articular

La semiología detallada del dolor es oro de los físicos para el correcto abordaje de estas condiciones. En la OA el dolor es de características mecánicas, sin embargo, en algunos pacientes puede existir un componente inflamatorio. En la AR predomina el dolor de tipo inflamatorio. El principal factor modificable es el control del peso. Entre los factores no modificables se encuentran la edad, la raza, el género. Tratándose de una condición autoinmune, en la AR es importante investigar sobre los antecedentes familiares de esta u otras enfermedades de etiología similar. Las protecciones rododísticas recomendadas para OA de cadera y rodilla están definidas. En OA de rodilla se recomienda la integración de los cambios imagenológicos descritos en la Clasificación de Kellgren Lawrence modificados. A nivel axial, el engrosamiento facetario, uncoarticular y del disco intervertebral es característico. El dolor axial es un síntoma cardinal y se debe ser de caracterización y generación reconocida. Son características clínicas de la AR la oligoartritis simétrica, la rigidez matutina y los nódulos queratósicos, que orientan pero que, tomados individualmente, no definen el diagnóstico. Los criterios de AR son clasificatorios, más no diagnósticos y permiten diferenciar



a la AR de otros poliartritis autoinmunitarias o de otras enfermedades autoinmunes. Se deben considerar diagnósticos diferenciales como: poliartritis crónicas, artritis reactiva, gonocócica, gota, abatales, sarcoidosis, artrosis erosiva, enfermedades del tejido conectivo (LES, síndrome de Sjögren, síndrome de Sjögren, síndrome de Sjögren, entre otros) y fibromialgia. Ante la presencia de artritis persistente de tres o más articulaciones identificadas por el médico, es importante la valoración por reumatólogo en los primeros 3 meses, para confirmación diagnóstica.

## Evaluación de funcionalidad e impacto

Los pacientes con enfermedad articular degenerativa e inflamatoria muestran diversos niveles de discapacidad.

La AR se asocia a mayor riesgo de discapacidad y muerte prematura. Grava sufrimiento, deterioro de la calidad de vida y su intensidad se relaciona con la evolución de la enfermedad.

Se considera de mal pronóstico para AR, la presencia de Factor Reumatoide, Anticuerpos antígeno citocíclicos citocíclicos, actividad inflamatoria alta, impacto funcional de grado 3, inicio tardío del tratamiento terapéutico, manifestaciones extra articulares, nivel seroarticular alto y daño estructural con erosiones óseas. Los factores relacionados con la modificación favorable del pronóstico son: valoración temprana, cumplimiento adecuado, control terapéutico del proceso inflamatorio, identificación de



ninga oportuna los pacientes que no requieren de manejo quirúrgico con indicación de tratamiento quirúrgico.

## ES TRATEGIAS DE MANEJO EN REHABILITACION

La rehabilitación de estos pacientes está dirigida al control del dolor y de inflamación, mejorar el rango articular, goniación y optimizar la funcionalidad y la calidad de vida. Las estrategias de manejo incluyen medidas farmacológicas e intervenciones no farmacológicas, como educación, calor, modalidades físicas, órtesis y dispositivos de asistencia. En la AR el manejo implica un abordaje interdisciplinario, donde participan médicos de atención primaria, médicos familiares, reumatólogos, fisioterapeutas, personal de enfermería y de apoyo terapéutico, en el cual se deben incluir aspectos clínicos, psicológicos y psicosociales que afectan su capacidad funcional. Alcanzar los objetivos de tratamiento, requiere la aplicación coordinada de diferentes estrategias. El proceso de rehabilitación comprende 4 fases: valoración, definición de objetivos, intervención y reevaluación. La evaluación inicial requiere la identificación de la discapacidad y severidad y reevaluación, la limitación en la actividad, la restricción de la participación. Los factores pronósticos, deseos, la limitación en la actividad, la restricción en la participación, los factores pronósticos, deseos y expectativas del paciente, y las barreras arquitectónicas. Los instrumentos o métodos de evaluación descritos incluyen la Health Assessment Questionnaire, Core Outcome Set para la evaluación de la discapacidad de la OMS, SF36.



## manejo no farmacológico

**EJERCICIO:** El impacto del ejercicio en pacientes con OA ha sido estudiado ampliamente y en muchas las áreas de salud física, funciones sistémicas y mente-cualidad que han mostrado ser beneficioso. En AR el ejercicio, orientado al mantenimiento de la movilidad articular, la fuerza, la resistencia y la capacidad aeróbica, es fundamental en todos los estadios de la enfermedad. Se ha descrito un efecto beneficioso en el control del dolor, más no en la inflamación. Define el ejercicio terapéutico la prescripción del mismo (frecuencia, duración, etc.), según la actividad de la enfermedad y la condición clínica del paciente.

**APOYO TERAPÉUTICO:** Para la AR, la terapia física contribuye al control del dolor, pero no de la inflamación. Se utilizan técnicas de termoterapia, siendo más recomendado la crioterapia que el calor superficial o profundo.

### MEDIOS FÍSICOS

**Termoterapia:** El efecto de la termoterapia en OA de rodilla muestra que los compresos fríos tienen un efecto estadísticamente significativo sobre la inflamación, el uso de movilidad y función articular, así como la reducción de dolor. Los compresos fríos reducen niveles de actividad.

**ULTRASONIDO:** El ultrasonido terapéutico tiene un grado de recomendación IB en los casos de prácticas clínicas en pacientes de 90U.



EDUCACION: Preservar informacion sobre la enfermedad del paciente, educar en higiene gasestral, postura del pie y actividades fisicas. **DISPOSITIVOS ORTESICOS Y ADITAMENTOS PARA LA MARCHA.**

Con los dispositivos ortesicos se busca introducir o segmento corporal que reduce, aduce, y la inestabilidad, alinear y estabilizar, reducir la gravedad de deformidades, mejorar apoyo para disminuir la carga.

## MANEJO FARMACOLOGICO

**ANALGESICOS OPIAES:** En el dolor por OA se usan entre los analgesicos del sistema, como los barbiticos de sintomatologia en el manejo del dolor. Los AINES contra indican en el manejo sintomatico de la inflamacion y el dolor articular, sin embargo se recomiendan los medicamentos.

El uso de opioides orales es controvertido, que tiene su clara indicacion para control del dolor, de modo adecuado a situacion con reevaluaciones de tiempo, por ciertos generos, cuando no hay respuesta a tratamiento con paracetamol, AINES e inhibidores de la COX-2. El mas utilizado es el tramadol, en dosis de 30 mg/dia. Mezclas analgesicas como opioide + acetaminofen + gabapentina + AINE se recomiendan en casos de resistencia con dolor crónico.



## MANEJO INTRA-ARTICULAR

La viscosuplementación en OA, como alternativa para el control del dolor, es una terapia bien centrada. El hidrato de sodio es el agente más usado.

La inyección intra-articular de esteroides en el dolor agudo se recomienda ante la evidencia clínica de inflamación y derrame articular.

## MANEJO QUIRÚRGICO

Con respecto al manejo quirúrgico de los OA, se recomienda que sea establecido bajo criterios clínicos y genéticos; de los que no incluye cirugía, farmacológica y no farmacológica, y cambio de articulaciones en imágenes, se siguen altamente estrictamente.

## ABORDAJE INTEGRAL

Incluye la gran variedad de intervenciones para abordar los factores de riesgo modificables, como el tabaquismo y el consumo de alcohol, la actividad física y la alimentación saludable. Otras intervenciones son la rehabilitación física, el manejo del dolor, la educación y el apoyo psicológico, la modificación de hábitos de vida, la mejora de la calidad de vida, la promoción de la salud y el bienestar social, así como la prevención de enfermedades infecciosas y enfermedades crónicas.



## FIBROMIALGIA

La fibromialgia proviene del latín fibra (tejido fibroso) + del griego míos (tejido muscular), algos (dolor) e ía (condición).

El enfoque terapéutico debe ser integral, dirigido al control de los síntomas más relevantes, que afectan al desempeño y la calidad de vida de estos pacientes. La gran ansiedad del tratamiento es lograr la participación activa del individuo en su manejo, a través de cambios en estilo de vida y adherencia a los recomendaciones farmacológicas y no farmacológicas.

## FISIOPATOLOGIA

Estudios actuales hablan de una distorsión en el equilibrio de neurotransmisores centrales del dolor, ya sea por deficiencia de neurotransmisores inhibitorios (serotonina, noradrenalina, encefalina) o por un aumento de los activadores (sustancia P, glutamato, bradiquinina). Esto sensibiliza el sistema central y periférico del dolor a diferentes niveles medulares y corticales, generando una percepción alterada, amplificada y perpetuada del dolor, sin una noxa evidente, generando cambios neuroquímicos a nivel de los nervios del asta anterior, aumentando su excitabilidad y haciéndolos hipersensibles al dolor. Alteraciones en eje hipotálamo - hipofisario - suprarrenal con distorsión de angiotensina y serotonérgica.



guardan ciertas similitudes en la generación de otros síntomas referidos. Al ser los afectos consistentes, que las manifestaciones fisiopatológicas de la depresión guardan las mismas que se dan en FM, dada su fuerte asociación. Estas distorsiones pueden ser sintóticamente determinadas + afectivas.

## APROXIMACION DIAGNOSTICA

La FM es una entidad de exclusión, por lo tanto, se deben tener en cuenta diferentes diagnósticos diferenciales para la elaboración del constructo clínico o la definición de caso: hipotiroidismo, enfermedades autoinmunes (Lupus eritematoso, artritis reumatoide), enfermedades neuromusculares (polimiositis), ginecológicas (depresión) + síndrome premenstrual.

## Evaluación de funcionalidad e impacto

Los pacientes con FM reportan una amplia gama de síntomas somáticos + psicológicos que contribuyen a la generación de un síndrome funcional, generando múltiples incapacidades médicas, deterioro funcional, laboral + social, limitando incluso las actividades de autocuidado. Los criterios de expertos no recomiendan una escala en particular para la evaluación funcional + calidad de vida de estos pacientes. La categorización de expertos como "una orientación específica".



mente resistentes, dirigido a experiencias de "excesos o carencias", es una barrera en la medida de la salud y de la funcionalidad física en pacientes con dolor crónico. Es más prominente en pacientes con Fm, comparado con otros grupos de dolor crónico, generando conductas de evitación y miedo, que interfieren en la adherencia a los programas de ejercicio.

## APROXIMACION TERAPEUTICA

El tratamiento se centra en mejorar la vida manteniendo la funcionalidad y disminuir los síntomas. El manejo de la Fm depende de los síntomas prevalentes, generando de mayor impacto funcional. En general el tratamiento debe ser multimodal, incluyendo medidas no farmacológicas como terapia física, terapia cognitivo conductual y tratamiento farmacológico + integral. Es fundamental su educación acerca de la naturaleza de la enfermedad, los factores biopsicos + psicossociales que generan, activan o perpetúan los síntomas, el tratamiento y los resultados esperados. Esto busca reducir la ansiedad y facilita la participación activa en el plan de manejo, fomentando la habilidad.

### Manejo farmacológico

La amitriptilina tiene efecto en la estructura del axón y en la modulación del dolor por vía de la serotonina y noradrenalina. Esto ayuda en depresión y dolor neuropático.



tico crónico, es económico y de amplia distribución, recomendado por la OMS. Agentes de acción central como grelina y los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (duloxetina y milnacipán) son eficaces. Algunos medicamentos con utilidad discutida o evidencia deficiente siguen siendo utilizados. Debe hacerse el balance entre el alivio de los síntomas y los efectos adversos. El tramadol es uno de estos, siendo un opiáceo débil e inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina. El tapentadol tiene efectos similares al tramadol, pero con mayor efecto sobre la norepinefrina y como agonista opiáceo. La citalopram es un fármaco mesclador con estructura similar a los antidepresivos tricíclicos. En FM no se recomiendan los opiáceos fuertes. Ocupan el primer lugar de los medicamentos más perjudiciales, según reportes de pacientes en Alemania. Los AINES son de uso común en pacientes con FM, con o sin prescripción médica. En términos sencillos se consideran la pregabalina, el bupropión, milnacipán y amitriptilina dentro de las primeras alternativas de tratamiento. En segundo lugar, la duloxetina y la venlafaxina (inhibidores de la recaptación de serotonina, (duloxetina y venlafaxina)) + el tramadol, con o sin acetaminofén. La amitriptilina y pregabalina se recomiendan en alteraciones del sueño, la duloxetina en depresión.

manejo no farmacológico



Se recomiendan el manejo multimodal, incluyendo medidas de autocontrol, para comenzar el control de síntomas sin medicamento o con mínimas dosis a largo plazo.

**Ejercicio:** La actividad física ha sido altamente recomendada en casos crónicos de migrañas, como una de las principales intervenciones en pacientes con FM. Su incremento debe ser gradual y se debe mantener en el seis semanas continuas. Su incremento debe ser gradual y se debe mantener en el tiempo. Se recomiendan ejercicios de todo impacto como caminar o nadar.

#### TERAPIA ALTERNATIVA y COMPLEMENTARIA

Incluye Tai chi, Qigong yoga, entre otras modalidades de ejercicio menos conocidas. Se han reportado resultados positivos en la reducción del dolor.