JORNADAS DE PATOLOGÍA LUMBAR Y CONDICIONES DE TRABAJO

"LUMBALGIA LÍMITES ENTRE ACCIDENTE LABORAL Y ENFERMEDAD"





Dr Eduardo M. Álvarez Irusteta

NO EXISTEN ENFERMEDADES CON EL NOMBRE DE “LUMBALGIA O CIÁTICA¨

Estamos hablando de **SÍNTOMAS.**

La lumbalgia

- Alta prevalencia en población actual
  - Constituye la 1ª causa de incapacidad laboral
  - Principal causa de limitación de la actividad en menores de 45 años.
  - Patología más prevalente en mayores de 65 años

- Repercusiones económicas, sociales y laborales de enorme alcance.

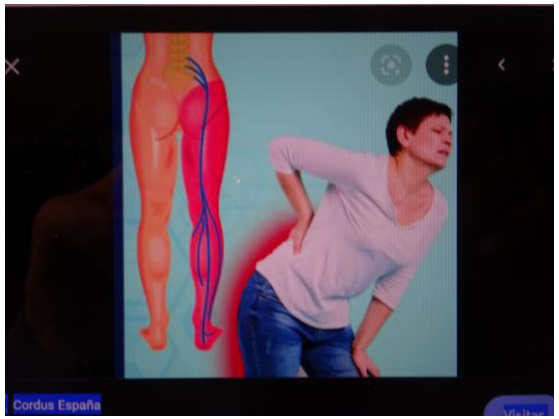
La verdadera transcendencia de las lumbalgias radica en la repercusión laboral y los costes de las incapacidades originadas.

Definido como ¨MAL DEL SIGLO¨o ¨MAL DE NUESTRA CIVILIZACIÓN¨.

Aquellos que padezcan pocas complicaciones psicológicas o que su trabajo le suponga una situación creativa o estimulante, o aquellos que la pérdida de su trabajo por dolor lumbar les suponga y una pérdida importante económica, es probable que se mejoren con un tratamiento adecuado de sus afecciones.







La lumbalgia produce en un paciente consecuencias clínicas que son las que caracterizan los efectos de la enfermedad: por una parte produce **dolor** y por otra **discapacidad.**

Definición de DOLOR (IASP) *¨Experiencia sensorial y emocional asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de tal daño¨.*

Definición de DISCAPACIDAD (OMS*) ¨Un término global que incluye impedimentos, limitaciones de actividad y restricciones a la participación¨*

El dolor es una experiencia multidimensional que integra la propia sensación dolorosa, junto con aspectos emocionales y cognitivos. Dolor y discapacidad son constructos relacionados pero independientes.

La lumbalgia es la mayor causa de discapacidad en todo el mundo, muy por encima de cualquier otra enfermedad. Es una enfermedad muy discapacitante propia de los llamados ¨países más desarrollados¨.

El 11,4 % DE LAS INCAPACIDADES TEMPORALES en España se debe a lumbalgias con una media de duración estimada en 17,6 días.

El gasto tanto asistencial como laboral oscila entre el 1,7% y el 2,1% del PIB. La cifra en gastos de unos 16 millones de euros anuales.

Lumbalgia común

- Es muy frecuente (80-90% de la población presenta lumbalgias a partir de los 50 años)
- Solo el 8% de los pacientes se convertirán en crónicos, tras un episodio de lumbalgia.
- Existen factores de riesgo físicos y psicosociales (laborales…) en el paso a la cronicidad.

- El 15-12-99, 48 expertos multidisciplinares de 14 paises analizan 74 guias de práctica clínica y 871 revisiones sistemáticas y estudios clínicos sobre lumbalgia. Este trabajo dio como resultado una guia práctica clínica:
  - ¨COST B13¨ (cooperación en ciencia y tecnología Europea)
    - Define: -Estándares de prevención
      -Diagnóstico
      -Tratamiento

CLASIFICACIÓN LUMBALGIAS

- AGUDA : menor de 6 semanas
- SUBAGUDA : entre 6-12 semanas
- CRÓNICA : mayor de 12 semanas
- RECIDIVANTE
  - 3 agudas al año : se considera crónica!!

CAUSAS DE LUMBALGIA

- Mecánicas
  - Musculares
  - Discales
  - Ligamentosas
  - Óseas
- Degenerativas
- Metabólicas
- Inmunológicas
- Infecciosas
- Tumorales
- Paravertebrales (vasculares, renales, digestivas)

CAUSAS MECÁNICAS

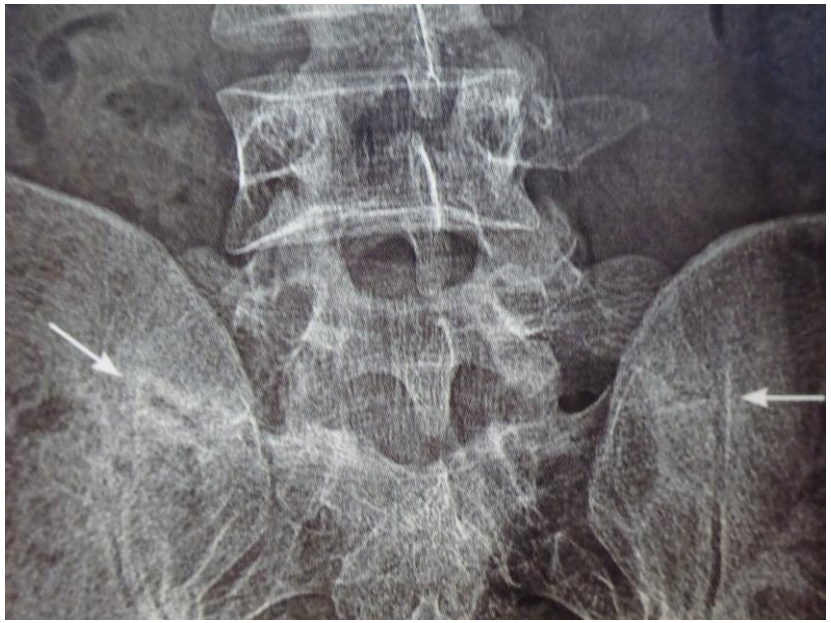
- Musculares (esguinces- posturas repetitivas..)
- Discales (degenerativas, hernias, protusiones..)
- Inestabilidades (lateral, angular, antero-post)
- Deformidades de ejes (axial, escoliosis..)

.....

- Deformidad de miembros inferiores (dismetrías, coxartrosis..)

- Dolor sacroilíaco
  - Puede deberse a patología sacroilíaca (procesos inflamatorios, infecciosos o tumorales).
  - Es más frecuente por irradiación de un dolor originado en la charnela lumbosacra.

- Síndrome de Bertolotti (1917) : dolor lumbar crónico, megaapófisis transversa de L5, cambios degenerativos L5-S1.



PATOLOGÍA NO ÓRGÁNICA

SIGNOS DE WADELL

Un paciente que, puede tener patología orgánica, además tiene otros problemas “funcionales” que pueden alterar la realidad, dificultar el diagnóstico, y especialmente obtener un buen resultado en el tratamiento.

No darse cuenta que tenemos un paciente de estas características puede hacer errar el número y tipo de exámenes complementarios que pedimos y el diagnóstico final.

En pacientes con dolor lumbar crónico.

Son 5 pruebas físicas diseñadas para identificar componentes no orgánicos o psicosociales. (como factores emocionales, estrés o miedo al movimiento). No sirven para identificar si un paciente está fingiendo.

SIGNOS DE WADDELL

- Dolor a la palpación superficial (hipersensibilidad exagerada).
- Pruebas de simulación:
  - Dolor lumbar al presionar axialmente la coronilla o cabeza del paciente.
  - Rotación simulada (rotar hombros y pelvis del paciente en bloque mientras está de pie, si refiere dolor lumbar).
- Pruebas de distracción.
  - Si existe ,por ejemplo, Signo de Lasègue al estar sentado o acostado.
- Alteraciones regionales no anatómicas.
  - Déficit sensitivo. Pérdida de sensibilidad que sigue un patrón extraño.
  - Debilidad muscular (en rueda dentada o cede de forma súbita).
- Reacción exagerada . (gestual, gritos, muecas extremas)

SIGNOS DE WADDELL (interpretación)

- Positivo cuando 3 o más de los 5 resultan significativas.
- Un resultado positivo no se traduce en que el paciente esté “mintiendo” o que no tenga una lesión física real. Se interpreta como un indicador de la presencia de factores de angustia psicológica, miedo al dolor o cronificación que requieren un enfoque médico multidisciplinar (rehabilitación , apoyo psicológico..).

  (Waddell G. et Al. 1980 . Nonorganic physical signs in low back pain. Spine, 5: 117-125)

- ----------
- Test de despistage : Maniobra de Hoover, Test de Mc Bride, Test de Bench, test de Mankopf,

SIGNOS DE ALARMA

- Déficit motor progresivo.
- Claudicación verdadera progresiva.
- Clínica neurológica bilateral.
- Hipoestesia o anestesia progresiva en silla de montar.
- Alteración en el control de esfínteres.

ANAMNESIS

- Muy importante!
- Edad.
- Antecedentes patológicos del paciente. (Lumbalgias y/ o ciatalgias previas, alergias medicamentosas, enfermedades previas, intervenciones quirúrgicas…)
- Tipo de actividad laboral, características del trabajo. (si le gusta su trabajo o datos de conflictividad laboral o con compañeros).
- Cómo se inició el cuadro álgico.
- Si existe claudicación a la marcha.

EXPLORACIÓN

- Actitud antálgica . Si el paciente esta “envarado” o no .
- Características de la marcha o si precisa bastones.
- Si dolor en extensión (pensar en facetas) , si dolor en flexión o bipedestación firme pensar en dolor discógeno.
- Si ciatalgia o no. Si cruralgia o no.
- Se palpa contractura paralumbar. Tb se observa con el paciente en bipedestación .
- Dolor al presionar apófisis espinosas (listesis o inestabilidad?)
- Signo de Laségue lumbar y/o ciático. Signo de Bragard.
- Explorar cadera.
- ROT ms infs .
- Pérdida de fuerza . Atrofias musculares.
- Alteraciones esfinterianas.
- Valorar circulatorio distal.

ESTUDIOS A SOLICITAR.

- Múltiples guias aseguran que se solicitan desmesuradamente. (Jenkins HJ et als. 2018 Imaging for low back pain: is clinical use consistent with guidelines? A systematic review and meta-análisis. Spine J.). El mal uso de las pruebas diagnósticas conlleva mayor gasto sanitario y un aumento de la ausencia laboral.
- Intentaremos diferenciar:
  - Un problema mecánico
    - Sin clínica radicular : Rx lumbar en 2 p (en carga)
      - En carga porque podremos ver un pinzamiento discal, listesis, osteofitosis, deformidad articulaciones, ocasionalmente espondilólisis).
      - Duda de espondilólisis : Rx oblicuas, TAC (istmo) RMN.
    - Radiculalgia. Valorar RMN.
  - Un proceso inflamatorio, reumático o infeccioso o dudas de enf tumoral : pruebas básicas analíticas (VSG, hemograma, Pruebas reumáticas, HLA, aglutinaciones o proteinograma – Mieloma)

ESTUDIOS

- Estudios neurofisiológicos (EMNG, Vde conducción, PESS).
  - Descartar afectaciones radiculares, en ciatalgia o cruralgia.
    - Agudas o crónicas
  - Descartar polineuropatías (pueden simular ciatalgias o cruralgias).

ESTUDIOS

- Ganmagrafía
  - Muy valiosa. Decisiva para descartar problemas o para orientar nuevos estudios.
    - Discrimina situaciones agudas o crónicas. (sind facetario, LISTESIS o ESPONDILOLISIS).
    - Infecciones.
    - Tumores.
- TAC y RMN
  - TAC mejor valoración de tejido óseo.
  - RMN Exploración prínceps en :
    - Radiculopatías (Hernia discal, gangliones, estenosis foraminales, tumoraciones neurales)
    - Tumores, Infecciones (discitis óseas).
    - Lumbalgias persistentes.
    - Puede diferenciar estadios agudos o crónicos.
    - Nos puede a ayudar en diagnósticos de causas extraraquideas (ANEURISMA, TUMORACIONES RENALES, TUMORACIONES PELVICAS, RETROPERITONEALES..)



OTRAS CAUSAS DE LUMBALGIA-LUMBOCIÁTICA

- Polineuropatías (diabética..).
- Herpes Zooster
- Síndrome del Piramidal (compresión del ciático entre Músculo piramidal y gémino) Se trata de una compresión nerviosa, no de un músculo dolorido.
- Trocanteritis. Podemos estar ante un cuadro radicular o una inflamación local de la bursa trocantérica.
- Sacroilitis o compromiso neural a nivel pélvico.
- Síndrome del canal del Tarso.

EN TODAS NOS AYUDA EL ESTUDIO NEUROFISIOLÓGICO.

CONCLUSIONES

- Las sobrecargas mecánicas generan lesiones microscópica en los discos que van a acelerar su degeneración. El componente más vulnerable del disco es la placa cartilaginosa que al someterse a compresiones puede llegar a fracturarse y así afectarse la nutrición del disco.

- Importante : EL ESTADO FÍSICO DEL PACIENTE

  NUTRICIÓN (no exceso bebidas alcohólicas, no fumar)

  HIGIENE POSTURAL Y ERGONOMÍA

  CONTROLES PREVENTIVOS

  ESCUELA DE ESPALDA

"Historia clínica del paciente compartida":

- Mutua
- Médico de Empresa
- Médico Osakidetza





62 AÑOS. Trabajadora en la limpieza.
No refiere haber consultado por lumbalgias desde hace muchos años. Si dolor tomaba paracetamol o ibuprofeno e iba tirando.
Tras levantar un peso importante, en su lugar de trabajo nota lumbalgia aguda limitante.
Acude al Servicio de Urgencia de su Mutua.
- Pauta analgésica, reposo relativo, ILT.
- Tras 3 semanas con mínima mejoría, ACTITUD??



Paciente de 38 años, trabaja desde hace 15 años de soldador en empresa de montajes.
Lumbalgias de repetición desde hace 3 años, tratadas en Osakidetza.
Nueva lumbalgia aguda, acompañada de dolor ciático de predominio derecho tras permanecer mucho rato en una postura, en su trabajo. Mejoría trás tratamiento habitual durante 6 semanas.
Persiste clínica álgica a determinados esfuerzos o posturas.

Actitud terapéutica.
Enfermedad profesional ?
Accidente laboral?
Trabaja en astillero, valorar otro puesto de trabajo.

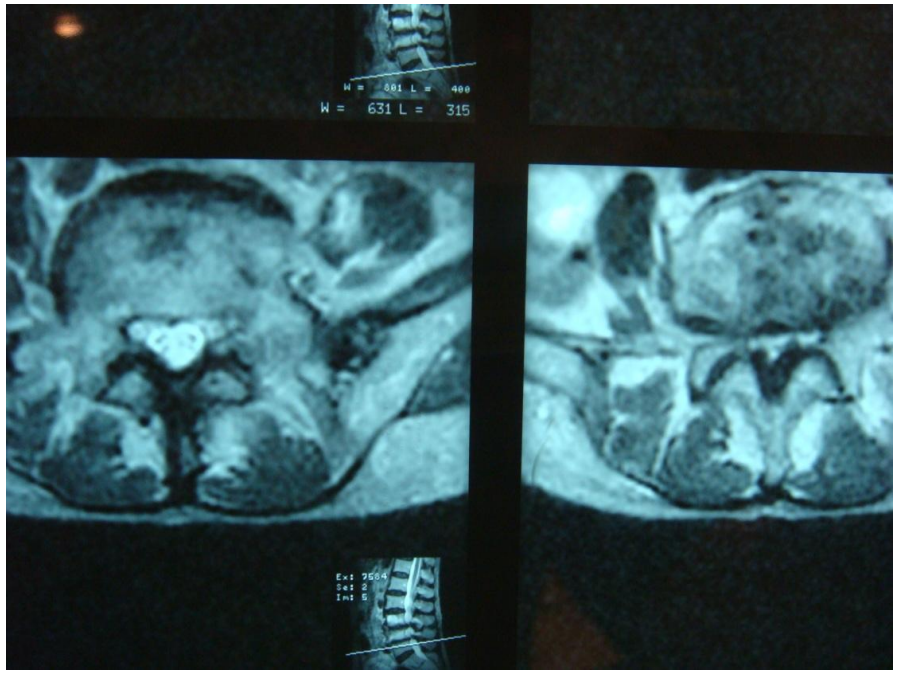
43 años. Trabaja en la construcción desde hace muchos años.
Lumbalgias previas relacionadas con esfuerzos o posturas, tratado por su Medico de familia (requirió 2 ILT, de menos de un mes).
Dolor ciático al levantar un peso y lumbalgia.
Enviado a Osakidetza desde su Mutua, por no mejoría y aparición de ganglión articular. Dónde es intervenido.
Es accidente laboral ? Enfermedad profesional? Invalidez?







52 AÑOS.Trabaja en oficina previo cambio laboral POR LUMBALGIAS.
Lumbociatica y claudicación a la marcha progresiva, refiere un esfuerzo previo a reagudización del dolor. Atendido en Urgencias de su Mutua. No mejoría trás tratamiento (reposo, AINES, corticoides, rehabilitación, infiltraciones facetarias.)
Enviado a Osakidetza y alta en su Mutua. Denuncia a la Mutua!.



EZKERRIK ASKO



OSALAN
Laneko Segurtasun eta Osasunerako Euskal Erakundea
Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales

ACADEMIA DE CIENCIAS MEDICAS DE BILBAO
FACIAM VT POTERO