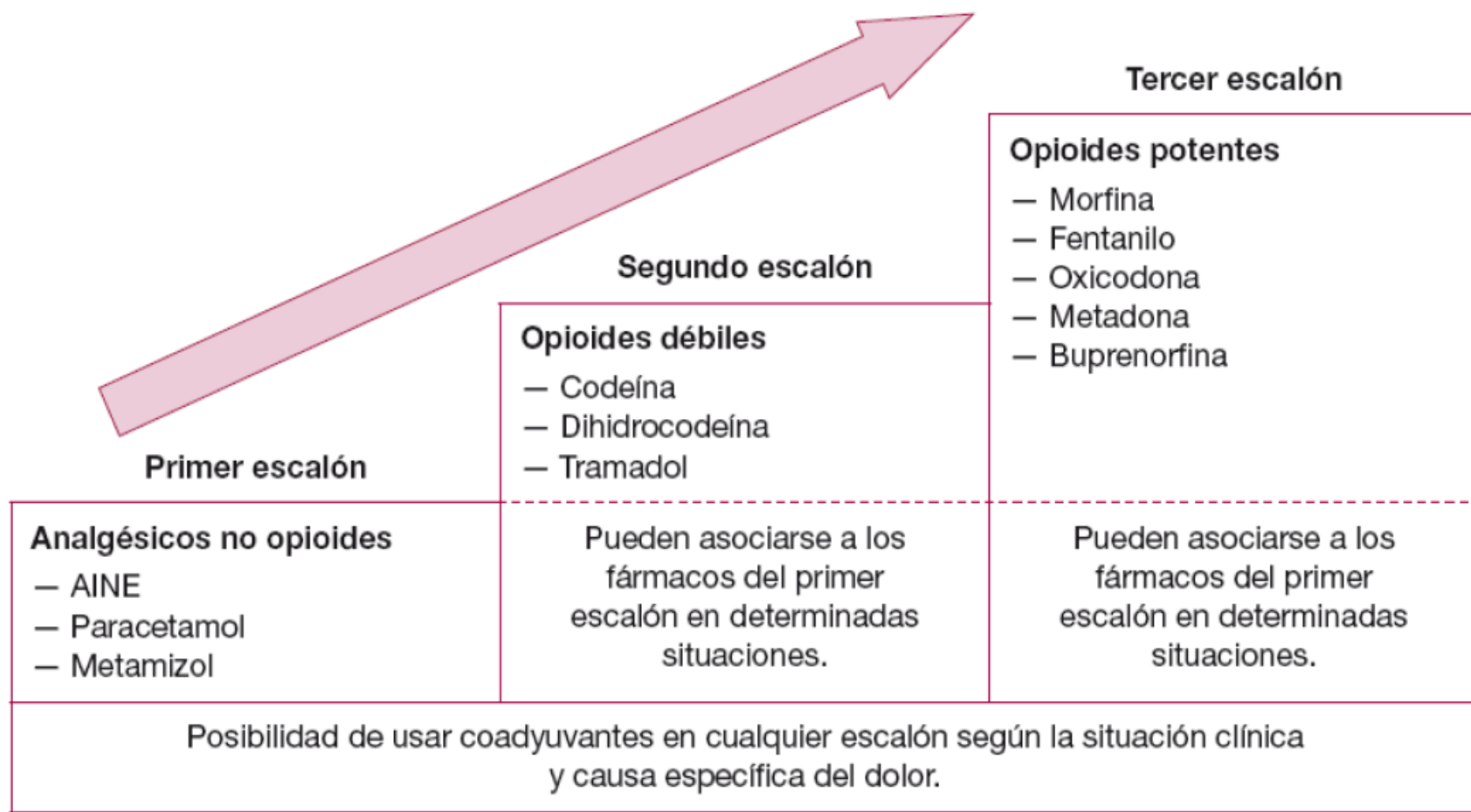


PATOLOGIA OSTEOARTICULAR:
epicondilitis
dolor lumbar
hombro doloroso

Carmelo Fernandez García
Servicio de Rehabilitación HCV



MANEJO DEL DOLOR





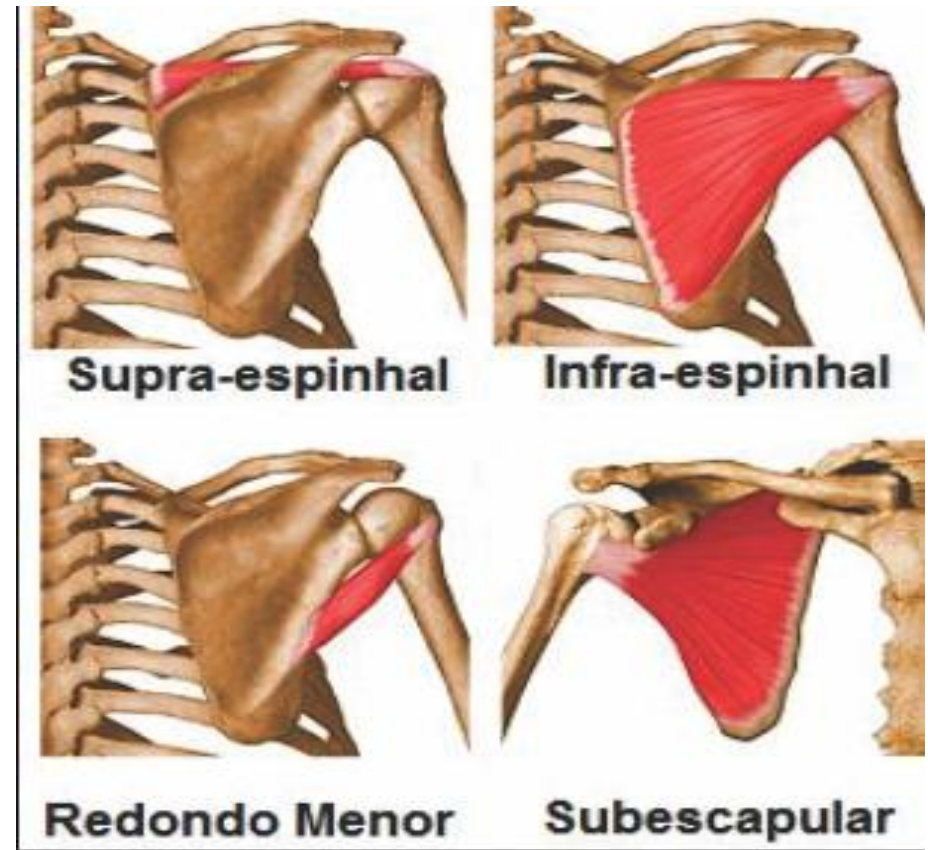
HOMBRO DOLOROSO

- **7%** de las consultas de atención primaria
- **4º MOTIVO** entre la patología músculoesquelética.

1. Frau-Escales P, Langa-Revert Y, Querol-Fuentes F, Mora-Amérigo E, Such-Sanz A. Trastornos músculo-esqueléticos del hombro en atención primaria. Estudio de prevalencia en un centro de la Agencia Valenciana de Salud. *Fisioterapia*. 2013;35(1):10-7.
2. De Alba Romero C, Martín Calle MC, Prieto Marcos M. Dolor de hombro en la consulta de atención primaria. *FMC*. 2014;21(7):404-10.



HOMBRO DOLOROSO





El dolor anterolateral del hombro agravado al alcanzar la cabeza es un patrón de dolor común.

- síndrome de pinzamiento
- ,tendinopatía calcificada crónica
- tendinopatía del manguito rotador



- Capsulitis



- Posterior dolor de hombro es el patrón menos común de las condiciones intrínsecas que afectan el hombro. La tendinopatía del manguito rotador que involucra a los rotadores externos (redondo menor e infraespinoso) puede causar dolor focal o, a veces, dolor referido sobre la escápula. El dolor más difuso sobre el área general del trapecio superior puede derivarse de la columna cervical



HOMBRO DOLOROSO

DIAGNOSTICO: exploración física

Tabla 1. Sensibilidad y especificidad de las diferentes maniobras diagnósticas (McGee S, 2007; Hughes PC, 2008; May S, 2010; House J, 2010).

Zona de exploración	Maniobra	Sensibilidad	Especificidad
Espacio Subacromial	Arco doloroso	33-74%	81%
	M. de Neer	68-89%	30-69%
	M. de Hawkins-Kenedy	72-92%	24-66%
	M. de Yocum	23-79%	40-82%
Tendón supraespinoso	M. de Jobe	41-89%	50-98%
	Signo del brazo caído	10-35%	88-100%
Tendón infraespinoso	M. de Patte	92%	30%
	Rotación externa contra resistencia	42-98%	54-98%
Tendón subescapular	Signo de Napoleón	25%	98%
	M. de Gerber	17-92%	60-98%
Tendón de la porción larga del biceps	M. de Speed	40-80%	35-97%
	M. de Yergason	32%	87%
	Signo de Popeye	No evaluado	No evaluado
Articulación acromioclavicular	Test de O'Brien	16-95%	90-95%
	Compresión activa de la articulación	96%	10%

PATOLOGIA OSTEOARTICULAR DE MIEMBROS SUPERIORES



HOMBRO DOLOROSO

DIAGNOSTICO: exploración física

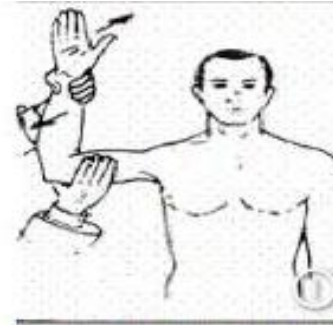
Hawkins = impingement subacromial



Test Jobe = SE



M. Patte = Infraespinoso



M. Gerber = subescapular



Biceps = M. Speed

PATOLOGIA OSTEOARTICULAR DE MIEMBROS SUPERIORES



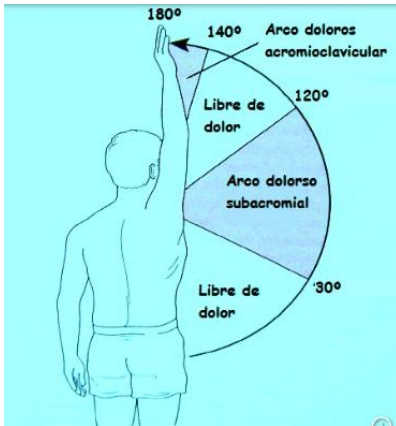
Hospital General de Villalba

Comunidad de Madrid



HOMBRO DOLOROSO

DIAGNOSTICO: exploración física



PATRON CAPSULAR



FISIOTERAPIA AP



CAPSULITIS



SERVICIO DE REHABILITACION

PATOLOGIA OSTEOARTICULAR DE MIEMBROS SUPERIORES



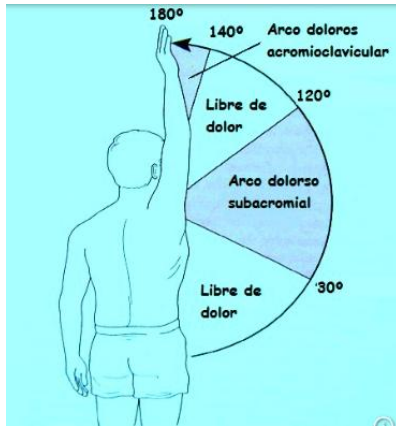
Hospital General de Villalba

Comunidad de Madrid



HOMBRO DOLOROSO

DIAGNOSTICO: exploración física



Claves para el tto de fisioterapia

- acortamiento del pectoral
- hombro redondo
- Acortamiento infraespinoso
- Debilidad escapular

PATOLOGIA OSTEOARTICULAR DE MIEMBROS SUPERIORES



Hospital General de Villalba

Comunidad de Madrid



HOMBRO DOLOROSO

DIAGNOSTICO: Pruebas complementarias.

- ~~Rx simple de hombro: Disminución del espacio subacromial < 1 cm en proyección de abducción de 90° .~~
- **Ecografía: limitaciones**
- TAG
- RMN solo si hay planteamiento quirurgico
- ~~ARTROGRAFIA~~
- ~~Gammagrafia.~~

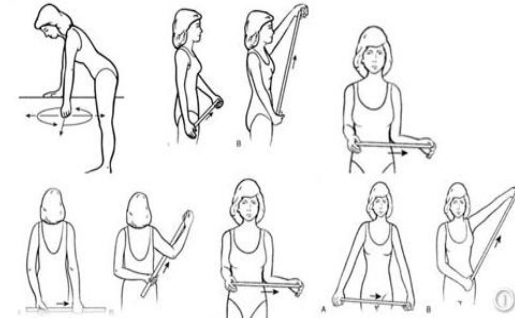
1. Khan Y, Nagy MT, Malal J, Waseem M. The painful shoulder: shoulder impingement syndrome. Open Orthop J. 2013;7:347-51.
2. Lenza M, Buchbinder R, Takwoingi Y, Johnston RV, Hanchard NC, Faloppa F. Magnetic resonance imaging, magnetic resonance arthrography and ultrasonography for assessing rotator cuff tears in people with shoulder pain for whom surgery is being considered. Cochrane Database Syst Rev. 2013;9
3. Linaker CH, Walker-Bone K. Shoulder disorders and occupation. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2015;29(3):405-23.
4. Modarresi S, Jude C. Radiologic evaluation of the painful shoulder. UpToDate; 2015



HOMBRO DOLOROSO



TRATAMIENTO :



Tratamiento FST
Hombro libre: Enseñanza grupal + infiltración
Capsulitis: periodos de autotratamiento + tecnicas

1. Esparza Miñana JM, Londoño Parra M, Villanueva Pérez VL, De Andrés Ibáñez J. [New options in the treatment of painful shoulder syndrome]. *Semergen*. 2012;38(1):40-3.
2. Simons S, Bryan J. Physical examination of the shoulder. *UpToDate*; 2015 Linaker CH, Walker-Bone K. Shoulder disorders and occupation. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2015;29(3):405-23.
3. Khan Y, Nagy MT, Malal J, Waseem M. The painful shoulder: shoulder impingement syndrome. *Open Orthop J*. 2013;7:347-51.
4. Green S, Buchbinder R, Hetrick S. Physiotherapy interventions for shoulder pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(2)
5. Kukkonen J, Joukainen A, Lehtinen J, Mattila KT, Tuominen EK, Kauko T, et al. Treatment of non-traumatic rotator cuff tears: A randomised controlled trial with one-year clinical results. *Bone Joint J*. 2014;96-B(1):75-81

PATOLOGIA OSTEOARTICULAR DE MIEMBROS SUPERIORES



Hospital General de Villalba

Comunidad de Madrid



HOMBRO DOLOROSO

TRATAMIENTO :



20G X 38mm Amarilla



20G X 32mm Amarilla



21G X 32mm Verde



22G X 32mm Negra



23G X 25mm Azul



25G X 16mm Naranja



1. Esparza Miñana JM, Londoño Parra M, Villanueva Pérez VL, De Andrés Ibáñez J. [New options in the treatment of painful shoulder syndrome]. Semergen. 2012;38(1):40-3.
2. Simons S, Bryan J. Physical examination of the shoulder. UpToDate; 2015 Linaker CH, Walker-Bone K. Shoulder disorders and occupation. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2015;29(3):405-23.
3. Khan Y, Nagy MT, Malal J, Waseem M. The painful shoulder: shoulder impingement syndrome. Open Orthop J. 2013;7:347-51.
4. Green S, Buchbinder R, Hetrick S. Physiotherapy interventions for shoulder pain. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(2)
5. Kukkonen J, Joukainen A, Lehtinen J, Mattila KT, Tuominen EK, Kauko T, et al. Treatment of non-traumatic rotator cuff tears: A randomised controlled trial with one-year clinical results. Bone Joint J. 2014;96-B(1):75-81

PATOLOGIA OSTEOARTICULAR DE MIEMBROS SUPERIORES



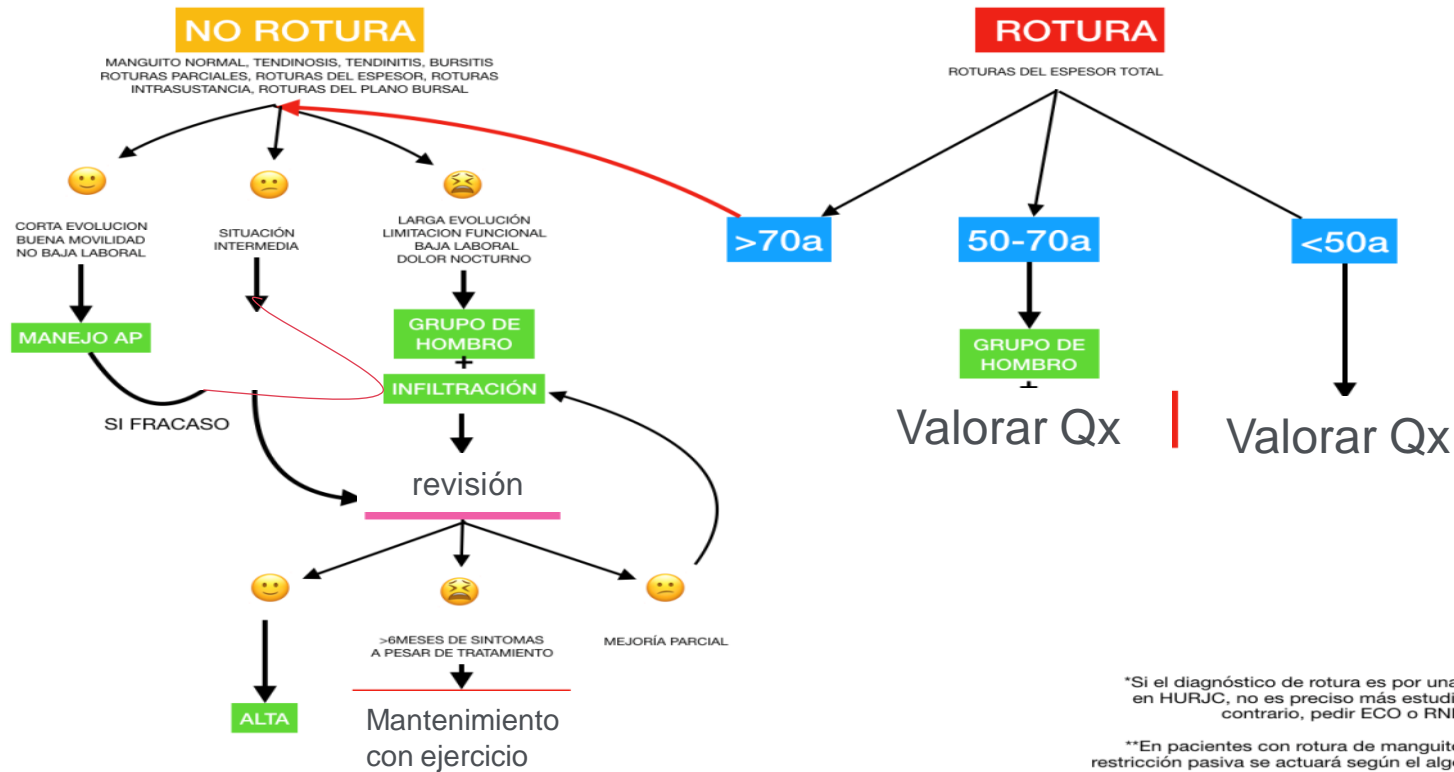
Hospital General de Villalba

Comunidad de Madrid



HOMBRO DOLOROSO

Tendinopatía Manguito Sin restricción Pasiva**





EPICONDILITIS

- Varones = mujeres.
- Brazo dominante
- 35-55 años.
- **pronación y supinación** de la mano con el codo en extensión.

1. Andreu JJ, Gómez-Reino JJ. Protocolos de diagnóstico en Reumatología (II). Barcelona: Sociedad Española de Reumatología; 1996
2. van Rijn RM, Huisstede BM, Koes BW, Burdorf A. Associations between work-related factors and specific disorders at the elbow: a systematic literature review. Rheumatology (Oxford). 2009 May;48(5):528-36.
3. Waersted M, Hanvold TN, Veiersted KB. Computer work and musculoskeletal disorders of the neck and upper extremity: a systematic review. BMC Musculoskelet Disord. 2010 Apr 29;11:79.



EPICONDILITIS

DIAGNOSTICO: exploración física

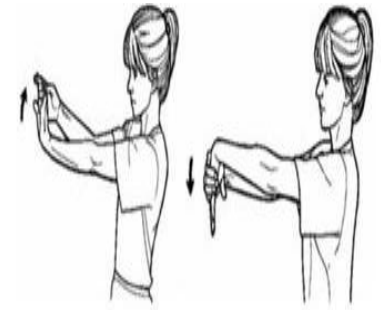
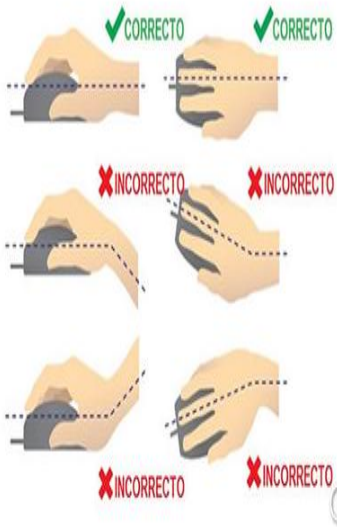
- Dolor en epicóndilo irradiado de forma difusa al antebrazo.
- Autolimitado con evolución cíclica.
- Desaparecen a los **12 meses** independientemente del tratamiento realizado.





EPICONDILITIS

TRATAMIENTO :



FISIOTERAPIA
A. PRIMARIA



1. Johnson GW, Cadwallader K, Scheffel SB, Epperly TD. Treatment of lateral epicondylitis. *Am Fam Physician*. 2007 Sep 15;76(6):843-8
2. Green S, Buchbinder R, Barnsley L, Hall S, White M, Smidt N, Assendelft W. Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) para tratar el dolor en la parte lateral del codo en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
3. Barr S, Cerisola FL, Blanchard V. Effectiveness of corticosteroid injections compared with physiotherapeutic interventions for lateral epicondylitis: a systematic review. *Physiotherapy*. 2009 Dec;95(4):251-65

PATOLOGIA OSTEOARTICULAR DE MIEMBROS SUPERIORES



Hospital General de Villalba

Comunidad de Madrid



EPICONDILITIS

TRATAMIENTO :



0.5 cc corticoide + 0.5 cc anestésico → a partir de 6 semanas → alto índice de recurrencias

1. Johnson GW, Cadwallader K, Scheffel SB, Epperly TD. Treatment of lateral epicondylitis. *Am Fam Physician*. 2007 Sep 15;76(6):843-8
2. Green S, Buchbinder R, Barnsley L, Hall S, White M, Smidt N, Assendelft W. Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) para tratar el dolor en la parte lateral del codo en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
3. Barr S, Cerisola FL, Blanchard V. Effectiveness of corticosteroid injections compared with physiotherapeutic interventions for lateral epicondylitis: a systematic review. *Physiotherapy*. 2009 Dec;95(4):251-65

PATOLOGIA OSTEOARTICULAR DE MIEMBROS SUPERIORES



Hospital General de Villalba

Comunidad de Madrid



EPICONDILITIS

TRATAMIENTO :

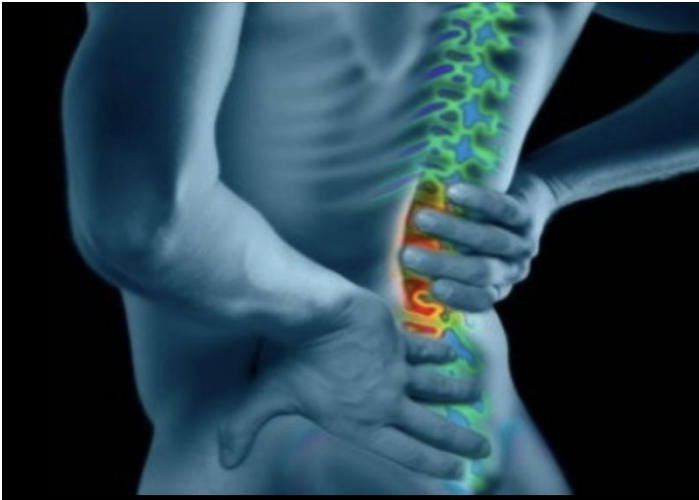


CIRUGIA = PUEDE SER
RESOLUTIVA (NO ESTUDIOS
CONCLUYENTES)

1. Johnson GW, Cadwallader K, Scheffel SB, Epperly TD. Treatment of lateral epicondylitis. Am Fam Physician. 2007 Sep 15;76(6):843-8
2. Buchbinder R, Green SE, Youd JM, Assendelft WJJ, Barnsley L, Smidt N. Tratamiento con onda de choque para el dolor lateral en el codo; 2005 (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)



Dolor lumbar



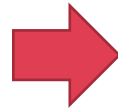
Problema salud pública en países industrializados, a nivel laboral catalogado como uno de los DESASTRES SIGLO XX Y XXI

Más del 50% de la población general padece dolor cervical

Viljanen .BMJ, 327(2003) 457--7



BUENA ANAMNESIS



DIAGNOSTICO DE SOSPECHA



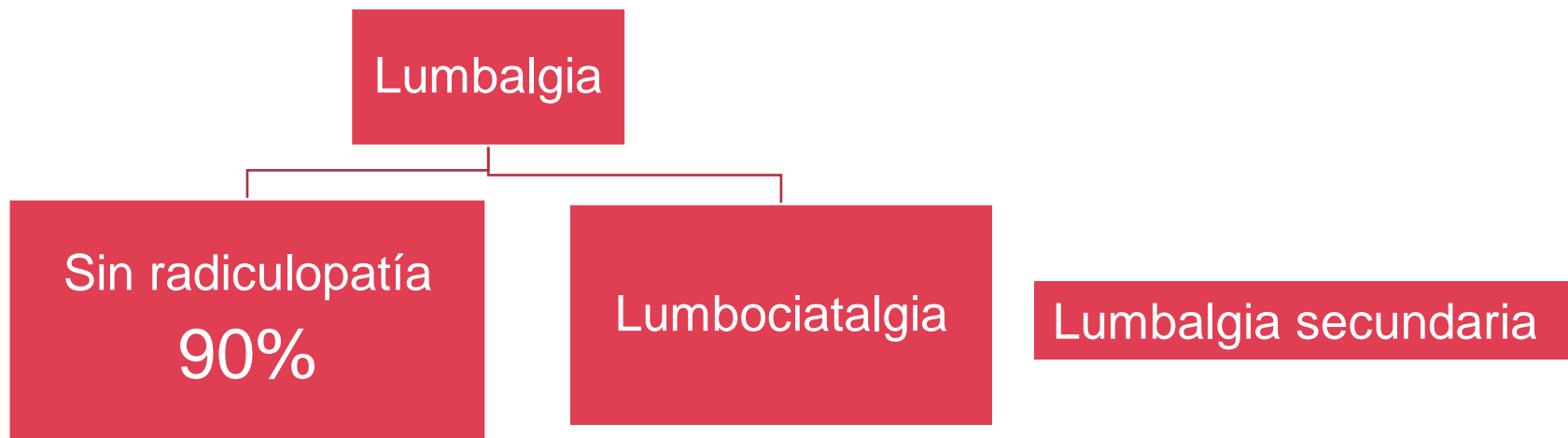
EXPLORACION FISICA
DIRIGIDA



CLASIFICAR
TIPO DOLOR Y TIPO DE PACIENTE



¿ Qué tipo de dolor tiene ?



- Dolor muscular/ miofascial (70%)

- Degeneración discal/alt facetarias
- Hernia discal
- Estenosis canal lumbar
- Espondilolistesis/ espondilolisis

- Neoplasias 0,7%
- Fractura 4%
- Infección 0,01%.
- Espondilitis anquilosante 0,3%
- Sd de la cauda equina 0,04%

¿red flags ?



1. Edad (<20 o >55 años)
2. Fiebre. (ADVP,VIH, qx recientes)
- 3 Pérdida de peso, inexistencia de apetito, anorexia.
- 4 Antecedentes de cáncer
5. Glucocorticoides, osteoporosis
6. Anestesia en extremidades inferiores, pérdida de orina
(síndrome de la cauda equina)
7. Dolor que empeora al levantarse, durante la noche , con las maniobras Valsalva y no mejora con dosis máximas antiinflamatorio
8. Deterioro neurológico progresivo

**PEDIR
RX Y RM**



Hospital General de Villalba



¿ Cuánto tiempo lleva ?

1. **Lumbalgia aguda** < 6 semanas
2. **Lumbalgia subaguda.** 6-12 sem
3. **Lumbalgia crónica.** >12 sem (2 - 7% dolor crónico)

Dolor lumbar recurrente clínica compatible con lumbalgia después de haber estado seis meses o más sin presentarla.



¿ El dolor limita sus AVD ?



Actividad deportiva
Baja laboral



Exploración física dirigida

Examen básico

1. Inspección
2. Movilidad activa lumbar
3. Palpación
4. Exploración caderas

Maniobras especiales

1. Pruebas irritación radicular
2. Exploración neurológica
3. Exploración sacroiliacas
4. Test de inclinación anterior (Adams)



Es necesario estratificar

Open access

Research

BMJ Open Can the STarT Back Tool predict health-related quality of life and work ability after an acute/subacute episode with back or neck pain? A psychometric validation study in primary care

Malin H Forsbrand,^{1,2} Birgitta Grahn,^{1,3} Jonathan C Hill,⁴ Ingemar F Petersson,^{1,5} Charlotte Post Sennehed,^{1,3} Kjerstin Stigmar^{5,6}

Yellow flags



Episodios previos de dolor lumbar
Reducción de los niveles de actividad. Actitud negativa frente al dolor
Ánimo bajo, depresión, ansiedad
Insatisfacción laboral
Tareas monótonas, repetitivas, trabajos demandantes
Exageración de los síntomas
Ganancia por compensación

1. KINESIOFOBIA
2. CATASTROFISMO



DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO

Manchikanti. Pain Physician, 2009 12(4):ES-35-70

¿ Qué tto haríais ahora ??

Autogestión

Proporcionar un asesoramiento que se adapte a sus necesidades y capacidades, para ayudarles a auto-administrar su dolor, en todas las fases del tratamiento, incluyendo:

1. Información sobre la naturaleza del dolor lumbar y la ciática
2. Estimulación para continuar con las actividades normales




Ejercicio

Considerar un programa de ejercicios en grupo (ejercicios funcionales, aeróbicos, gimnasias mente-cuerpo o una combinación de acciones conjuntas) teniendo en cuenta las necesidades específicas de las personas y sus preferencias





<p>Terapia Psicológica</p>	<p>Considerar las terapias psicológicas utilizando un <u>enfoque cognitivo conductual</u> solamente <u>como parte de un paquete de tratamiento</u>, incluyendo el ejercicio, con o sin terapia manual</p>	
<p>Combinación de programas físicos y psicológicos</p>	<p>Considerar programas combinados, incorporando un <u>enfoque cognitivo conductual</u> (preferiblemente en un contexto de grupo que tenga en cuenta las necesidades y capacidades específicas de una persona) siempre que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ Tengan importantes <u>obstáculos psicosociales</u> para su recuperación (por ejemplo, cuando hay creencias erróneas) ✦ Tratamientos previos no hayan sido efectivos 	
<p>Programas de retorno al trabajo</p>	<p>Promover y facilitar el <u>retorno al trabajo</u> o a las <u>actividades normales de la vida diaria</u></p>	



Agudo



Medicación
Información

Subagudo



Medicación
Información

Atención a riesgo alto
(fst?) centrada en ejercicio

Crónico



Educación en escuelas activas

Detección de banderas amarillas
y creación de grupos de
enfrentamiento activo



Aten Primaria. 2016;48(7):440-448



ELSEVIER

Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



ORIGINAL

Ensayo no aleatorizado de una intervención educativa basada en principios cognitivo-conductuales para pacientes con lumbalgia crónica inespecífica atendidos en fisioterapia de atención primaria[☆]



Juan Luis Díaz-Cerrillo^{a,*}, Antonio Rondón-Ramos^{b,c}, Rita Pérez-González^d y Susana Clavero-Cano^e

^a Distrito Sanitario Costa del Sol, Servicio Andaluz de Salud, Junta de Andalucía, Málaga, España

^b U.G.C. Las Lagunas, Unidad de Fisioterapia, Distrito Sanitario Costa del Sol, Servicio Andaluz de Salud, Junta de Andalucía, Mijas-Costa, Málaga, España

^c Área de conocimiento de Fisioterapia, Departamento de Psiquiatría y Fisioterapia, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Málaga, Málaga, España

^d Unidad AME (IBIMA-FIMABIS), Málaga, España

^e U.G.C. Las Albarizas, Unidad de Fisioterapia, Distrito Sanitario Costa del Sol, Servicio Andaluz de Salud, Junta de Andalucía, Mijas-Costa, Málaga, España

Recibido el 6 de marzo de 2015; aceptado el 17 de octubre de 2015
Disponble en Internet el 24 de diciembre de 2015



Educación en neurociencia del dolor

La evidencia muestra que los pacientes que comprenden mejor su dolor y lo que realmente es su dolor , experimentan menos dolor, tienen menos miedo , se mueven mejor y cambian la cognición y la activación cerebral durante las experiencias de dolor.





Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Manual Therapy

journal homepage: www.elsevier.com/math



Professional issue

Exercise therapy for chronic musculoskeletal pain: Innovation by altering pain memories



Jo Nijs ^{a, b, c, *}, Enrique Lluch Girbés ^{a, d}, Mari Lundberg ^e, Anneleen Malfliet ^{a, b, c}, Michele Sterling ^f



JO NIJS

El cerebro del paciente con dolor musculoesquelético ha adquirido una “ **memoria de dolor protectora en relación al movimiento**”

Hay que reducir el peligro anticipado (nivel de amenaza) del ejercicio **racionalizando los miedo y aumentando la confianza** ...para ir exponiendo al paciente a las actividades diarias inocuas y así convencer a su cerebro del error

Widespread brain activity during an abdominal task markedly reduced after pain physiology education: fMRI evaluation of a single patient with chronic low back pain

G Lorimer Moseley



Pain 99 (2002) 485–491

PAIN

www.elsevier.com/locate/pain

Fear-avoidance beliefs and catastrophizing: occurrence and risk factor in back pain and ADL in the general population

Nina Buer^{a,b,*}, Steven J. Linton^c

^aNeurotec Department, Division of Physiotherapy, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden

^bDepartment of Health Promotion for Personnel, Örebro University Hospital, SE-701 85 Örebro, Sweden

^cDepartment of Occupational and Environmental Medicine, Örebro University Hospital, SE-701 85 Örebro, Sweden

Received 11 April 2002; accepted 21 June 2002

PHYSIOTHERAPY THEORY and PRACTICE

<http://informahealthcare.com/ptp>
ISSN: 0959-3985 (print), 1532-5040 (electronic)

Physiother Theory Pract, Early Online: 1–8
© 2013 Informa Healthcare USA, Inc. DOI: 10.3109/09593985.2013.856508

informa
healthcare

CASE REPORT

Use of Therapeutic Neuroscience Education to address psychosocial factors associated with acute low back pain: a case report

Kory Zimney, PT, DPT¹, Adriaan Louw, PT, MAPPSC, PhD², and Emilio J. Puentedura, PT, DPT, PhD^{2,3}

¹Mercy Business Health Services, Sioux City, IA, USA, ²International Spine Pain Institute, Story City, IA, USA, and ³Department of Physical Therapy, University of Nevada Las Vegas, Las Vegas, NV, USA

2041

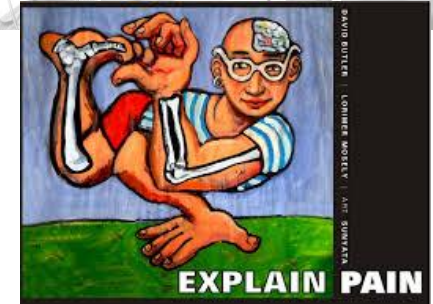
SYSTEMATIC REVIEW

The Effect of Neuroscience Education on Pain, Disability, Anxiety, and Stress in Chronic Musculoskeletal Pain

Adriaan Louw, PT, MAppSc, Ina Diener, PT, PhD, David S. Butler, PT, EdD, Emilio J. Puentedura, PT, DPT



Lorimer Moseley



www.bodyinmind.org



Arturo Goicoechea

“KNOW pain NO pain”



Hospital General de Villalba

Comunidad de Madrid



¿ Qué tto haríais ahora ??

ESCUELA DE ESPALDA



Muchas gracias



Hospital General de Villalba

 **Comunidad de Madrid**