

Guías de gestión asistencial
Accidentes de trabajo
Cervicalgia
Cervicobraquialgia

Guías de gestión asistencial

Accidentes de trabajo

Cervicalgia

Cervicobraquialgia

Dirección de Asistencia Sanitaria

Asepeyo. Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº 151

Equipo redactor 2003

Dr. Miguel Gifreu Sánchez
Dr. Ferran Cabañó Ruíz
Dr. Francisco Conesa Hernández
Dr. Joaquim Raventós Paucirerol
Dra. Eugenia Sarsanedas Castellanos

Revisión 2012

Dr. Francisco Javier Sánchez Benítez. Unidad de Columna del Hospital Asepeyo Coslada (Madrid).

Diseño y maquetación

Dirección de Comunicación.

www.asepeyo.es

Índice

1. Presentación	3
2. Tipos de cervicalgia	4
3. Algoritmo cervicalgia tipo I	6
4. Algoritmo cervicalgia tipo II	7
5. Algoritmo cervicalgia tipo III	8
6. Algoritmo latigazo cervical	9
7. Cronograma cervicalgia tipo I	10
8. Cronograma latigazo / esguince cervical	11
9. Anexos	12

1. Presentación

El objetivo de esta guía es mejorar la asistencia de los enfermos afectados de cervicalgia y cervicobraquialgia que se atienden en nuestra red asistencial, sincronizando al mismo tiempo los procesos asistenciales para evitar circuitos redundantes o tiempos muertos.

Con esta guía pretendemos ayudar al médico asistencial en la toma de decisiones para el manejo de estos enfermos, teniendo presente que tanto la individualidad de cada paciente y el sentido común del médico están por encima de cualquier guía o protocolo.

Definición de cervicalgia

Denominamos cervicalgia al dolor referido por el paciente en la región cervical. La literatura diferencia 3 tipos de este dolor, el denominado dolor axial, que puede irradiarse a cabeza, hombros y zonas escapulares, el dolor radicular que irradia a extremidades superiores (EESS), siguiendo un patrón metamérico específico, y el dolor mielopático. Es muy importante diferenciar en la primera visita qué tipo de dolor cervical presenta el paciente. En nuestro medio, el tipo más frecuente será el dolor axial.

2. Tipos de cervicalgia

En la primera asistencia y por medio de la anamnesis, la exploración y la radiología de frente y perfil cervical, estos tres aspectos los debemos realizar siempre a todos los pacientes, ya que pondrán de manifiesto los denominados signos de alarma roja, las fracturas, patológicas o no, las malformaciones congénitas, etc. En base a todo ello, podemos diferenciar cuatro tipos de pacientes con cervicalgia:

Tipo I: Cervicalgia postural / funcional / miofascial

Viene definida por cervicalgia con dolor axial en pacientes jóvenes < de 30 años, más frecuente en mujeres. No suele haber un antecedente traumático claro, con dolor difuso cervical, puntos gatillo bilaterales en trapecios, angulares. No hay signos de afectación radicular ni de mielopatía, aunque sí pueden referir entumecimiento o pesadez en EESS.

Los signos radiológicos también son negativos, aunque se puede observar una pérdida o inversión de la lordosis cervical. En estos pacientes hay que valorar su estática, actitud de los hombros y hacer un diagnóstico diferencial con la fibromialgia, reacciones de estrés y síndromes ansioso-depresivos coadyuvantes.

(Anexo 1)

Tipo II: Cervicalgia discógena/osteoarticular

Vendría representada por aquellos pacientes que suelen manifestar un antecedente de sobreesfuerzo o traumatismo de baja energía. En realidad nos será difícil determinar el origen del dolor. Si es producido por una lesión discal o de las articulares posteriores, las dos estructuras producen un dolor axial y suelen presentar contractura manifiesta de los músculos paravertebrales, si bien hay unos parámetros que nos pueden orientar hacia su diagnóstico.

El dolor articular suele ser mecánico y unilateral, y la movilidad está limitada en algunos arcos de movimiento pero no globalmente. El esquema de Dwyer nos ayuda a identificar la articulación afecta en relación a la región dolorosa del paciente. El dolor discal suele ser más central que el articular, más continuo, la movilidad globalmente más disminuida y suele mejorar con la distracción.

La radiología puede ser normal o mostrar signos de discopatía o de artropatía posterior.

(Anexo 2)

Tipo III: Cervicobraquialgia radicular / mielopática

Viene definida por pacientes que presentan a la exploración clínica signos de radiculopatía o de mielopatía. Ambos suelen ser pacientes con antecedentes previos de cervicalgia. El origen de la radiculopatía cervical en la mayoría de los casos es la hernia discal cuyo nivel más afecto es el C5-C6, seguido del C6-C7 (75% de las hernias cervicales).

La edad de máxima incidencia está entre los 35-44 años. El origen de la mielopatía cervical suele ser por espondilosis degenerativa avanzada, en pacientes por encima de la 5ª década de vida. En ambos casos, el estudio Rx mostrará signos de discopatía y/o de espondilosis degenerativa. La aparición de signos de mielopatía en un paciente joven debe hacernos sospechar una hernia discal masiva.

(Anexo 3)

Tipo IV: Síndrome del latigazo cervical

Viene definido por el mecanismo de producción, “dolor de la columna cervical que surge de fuerzas de inercia aplicadas a la cabeza, en el curso de un accidente de vehículo de motor”.

Suele manifestarse como una cervicalgia tipo I y II y mucho más raramente como una tipo III (alteraciones neurológicas). Las tipo I y II presentan algunas particularidades como son su cronificación. Así, el 75% mejoran a los dos meses, el 25% presentan dolor cervical crónico a los 10 años del accidente y de éstos, en un 10% el dolor crónico es invalidante.

Si tenemos en cuenta que la edad promedio de estos pacientes es de 30 años nos podemos hacer una idea de la magnitud del problema. En general, el contexto sintomático es muy manifiesto y suelen responder mal a los tratamientos establecidos.

La exploración neurológica y la Rx suelen ser normales. Factores de mal pronóstico son la edad y haber tenido accidentes previos.

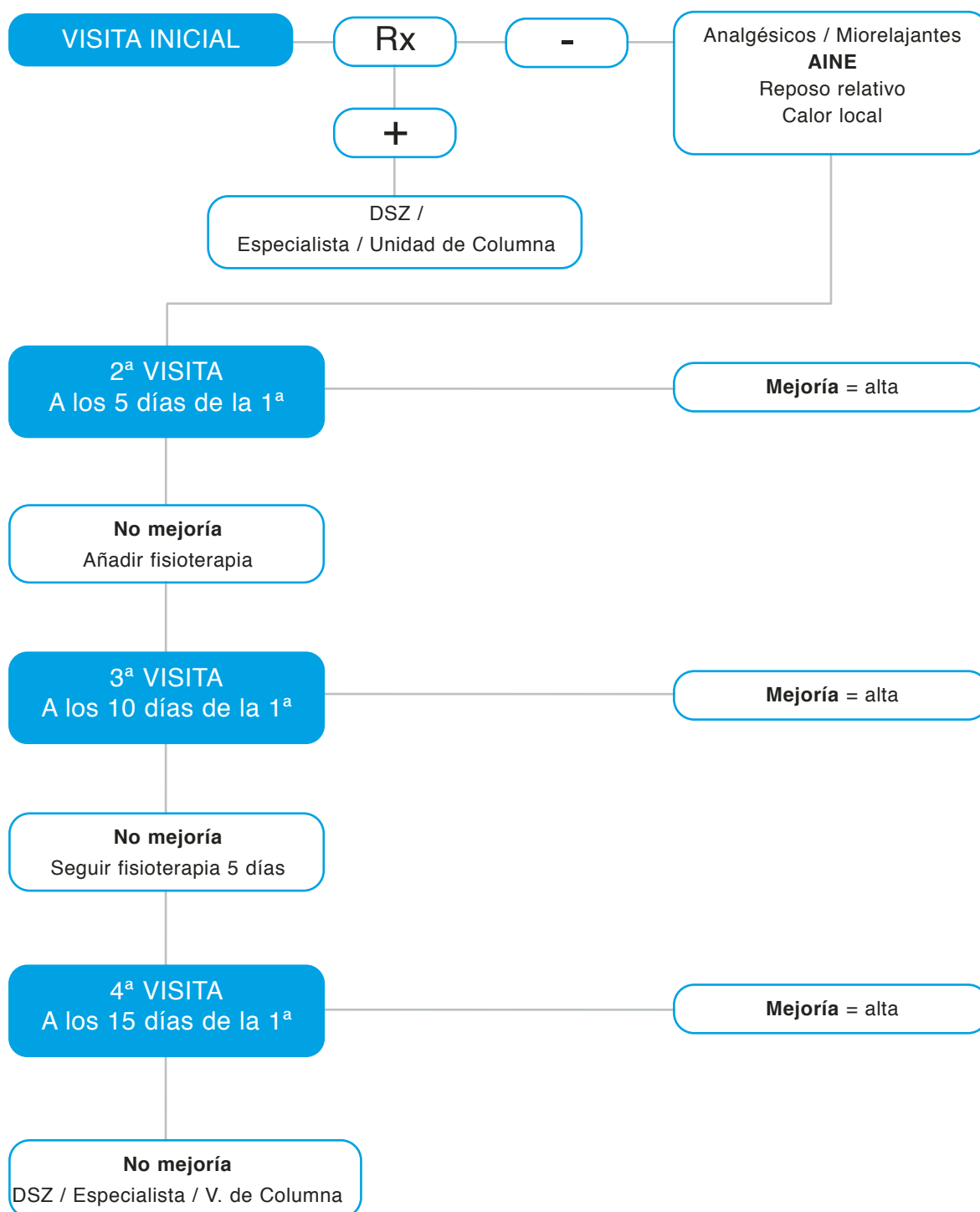
(Anexo 4)

Epidemiología de las cervicalgias y cervicobraquialgias en Asepeyo

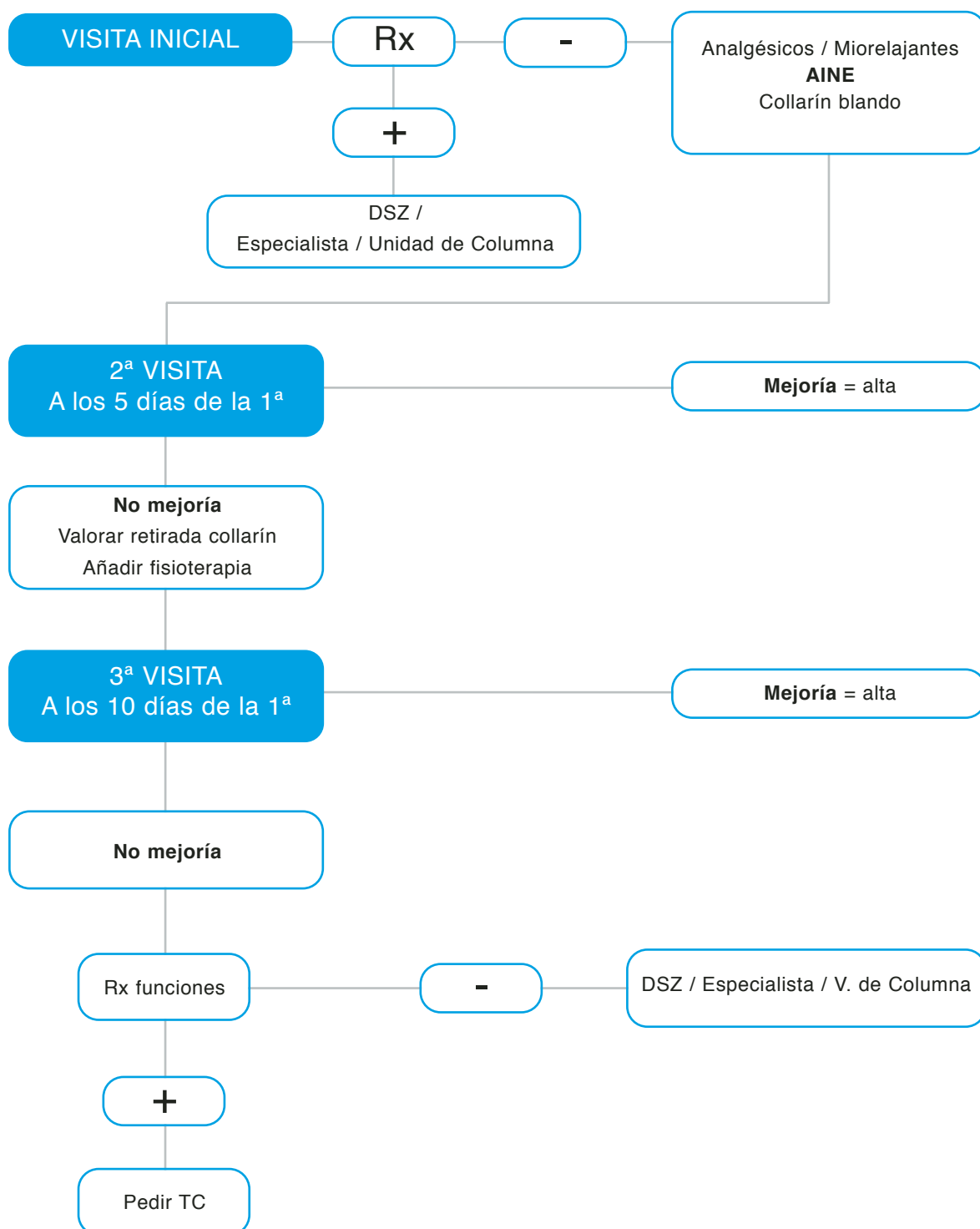
Durante el 2011, Asepeyo ha prestado asistencia sanitaria por el diagnóstico de cervicalgia y cervicobraquialgia a un total de 23.675 casos, de los cuales 18.304 han cursado baja laboral.

Tras la patología lumbar se trata del diagnóstico más prevalente, por lo que resulta necesario unificar criterios de tratamiento y de seguimiento asistencial.

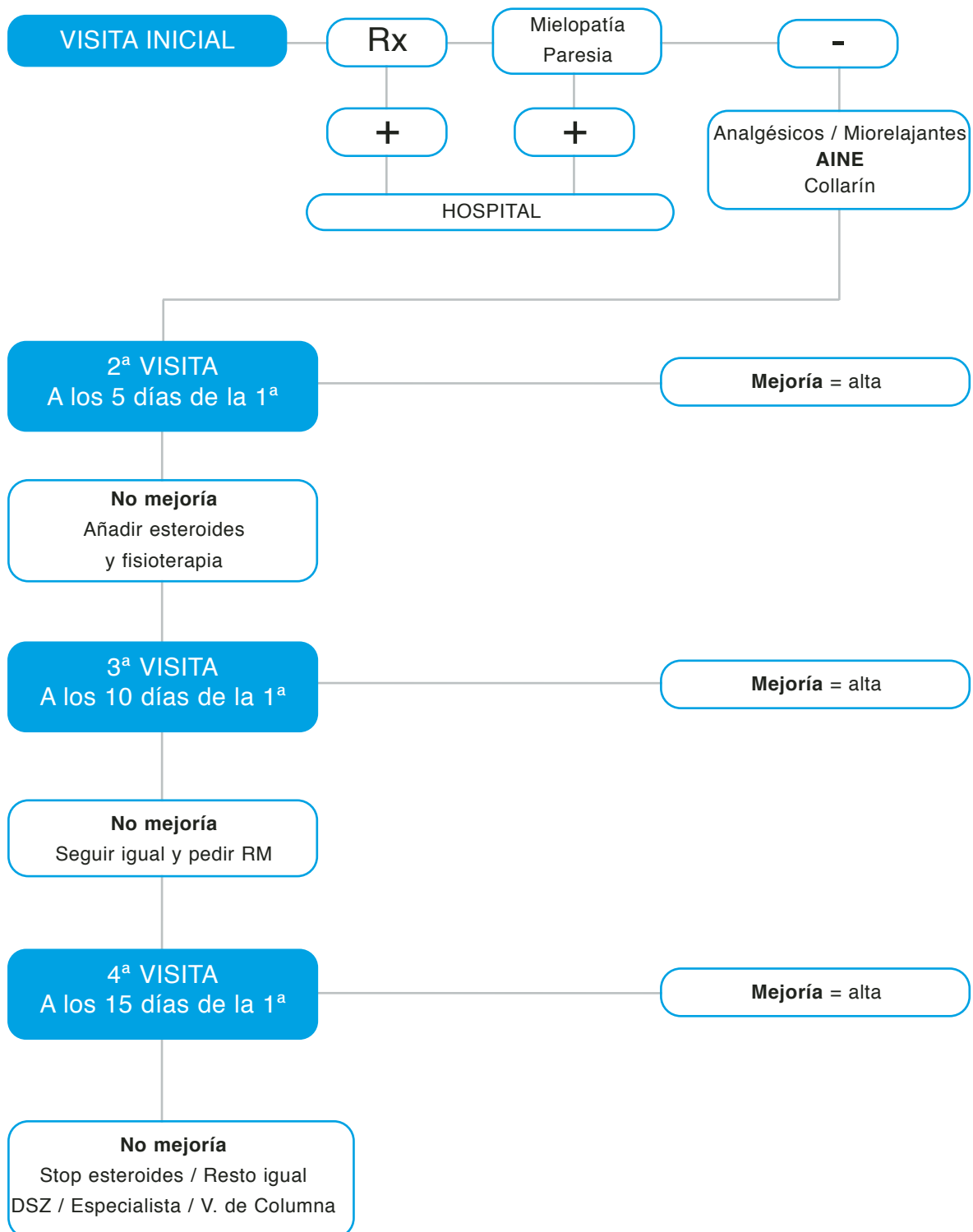
3. Algoritmo cervicalgias tipo I



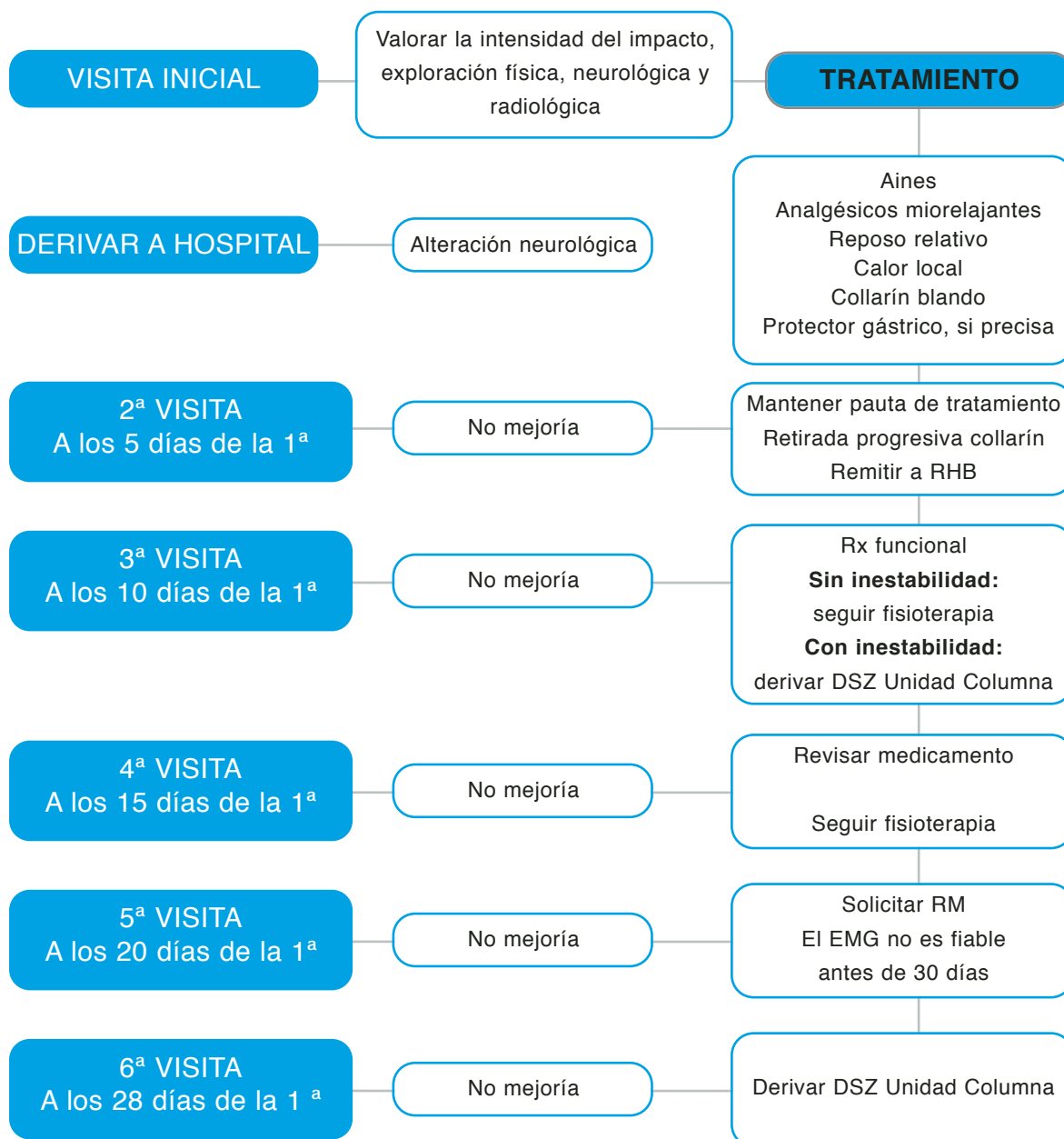
4. Algoritmo cervicalgias tipo II



5. Algoritmo cervicalgias tipo III



6. Algoritmo latigazo cervical



7. Cronograma cervicalgias tipo I

CIE: 723.1

-
- Día 1:** Historia clínica.
Examen físico.
Examen neurológico.
Rx: Frente y perfil columna cervical.
Tratamiento: Analgésicos/miorrelajantes, antivertiginosos (si sintomatología vertiginosa), AINE y protector gástrico si procede (ver recomendación)¹, reposo relativo y calor local. Baja laboral, si procede.
Si cervicalgia tipo II (discógena/osteoarticular): + collarín blando.
Si cervicalgia tipo III (radicular/mielopática): + collarín. Si paresia o mielopatía: Derivar a DSZ/ especialista/Unidad de Columna.
-
- Día 5:** **Mejoría:** Alta laboral con recomendaciones físicas.
Persistencia dolor: Analgésicos/miorrelajantes, antivertiginosos (si sintomatología vertiginosa), AINE y protector gástrico si procede (ver recomendación)¹, reposo relativo y calor local. Iniciar fisioterapia (no si persiste sintomatología vertiginosa).
Si cervicalgia tipo III: + esteroides
-
- Día 10:** **Mejoría:** Alta laboral con recomendaciones físicas.
Persistencia dolor sin signos de alarma: cambio de medicación, seguir fisioterapia 5 días más.
Si cervicalgia tipo III: solicitar RM (el EMG no está indicado antes de los 30 días).
-
- Día 15:** **Mejoría:** Alta laboral con recomendaciones físicas.
Persistencia dolor:
Si cervicalgia tipo I: Derivar a DSZ/ especialista/Unidad de Columna.
Si cervicalgia tipo II: Solicitar Rx funcionales:
+ : Pedir TC y derivar a DSZ/ especialista/Unidad de Columna.
- : Retirar collarín. Revisar medicación. Derivar a DSZ/ especialista/Unidad de Columna.
Si cervicalgia tipo III: Stop esteroides. Derivar a DSZ/ especialista/Unidad de Columna.
-

8. Cronograma latigazo / esguince cervical

CIE: 847.0

-
- Día 1:** Historia clínica. Valorar la intensidad del impacto.
Examen físico.
Examen neurológico.
Rx: Frente y perfil columna cervical.
Tratamiento: Analgésicos/miorrelajantes, antivertiginosos (si sintomatología vertiginosa), AINE y protector gástrico si procede (ver recomendación)¹, reposo relativo, calor local y collarín blando. Baja laboral, si procede.
-
- Día 5:** **Mejoría:** Alta laboral con recomendaciones físicas.
Persistencia dolor: Analgésicos/miorrelajantes, antivertiginosos (si sintomatología vertiginosa), AINE y protector gástrico si procede (ver recomendación)¹, reposo relativo y calor local. Valorar retirada collarín. Iniciar fisioterapia (no si persiste sintomatología vertiginosa).
-
- Día 10:** **Mejoría:** Alta laboral con recomendaciones físicas.
Persistencia dolor: Rx funcionales:
Sin inestabilidad: Retirar collarín. Seguir fisioterapia.
Con inestabilidad: Derivar a DSZ/ especialista/Unidad de Columna.
-
- Día 15:** **Mejoría:** Alta laboral con recomendaciones físicas.
Persistencia dolor: Revisar medicación. Seguir fisioterapia.
-
- Día 20:** **Mejoría:** Alta laboral con recomendaciones físicas.
Persistencia dolor: Solicitar RM (el EMG no está indicado antes de los 30 días). Seguir fisioterapia.
-
- Día 28:** **Mejoría:** Alta laboral con recomendaciones físicas.
Persistencia dolor: Derivar a DSZ/ especialista/Unidad de Columna.
-

¹ Está indicada la prescripción de inhibidores de la bomba de protones en pacientes en tratamiento con AINEs y riesgo de sangrado cuando cumplen alguna de las siguientes condiciones:

- Historia previa de úlcera péptica, hemorragia gastrointestinal o perforación gastroduodenal.
- Edad superior a 65 años.
- Uso concomitante de anticoagulantes orales o glucocorticoides.
- Comorbilidad grave (enfermedad cardiovascular, renal o hepática severa).
- Tratamiento prolongado con AINEs a dosis altas.
- Tratamiento simultáneo con ácido acetilsalicílico a dosis antiagregantes.

En pacientes en tratamiento con AINE pero sin factores de riesgo no se recomienda la gastroprotección con IBPs, ya que su beneficio es pequeño y no contrarresta los riesgos.

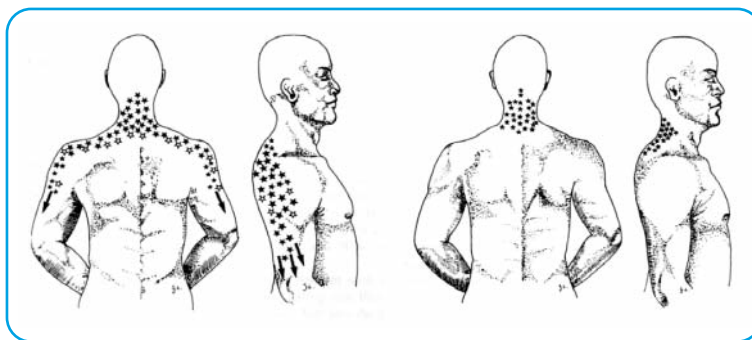
9. Anexos

Anexo I

CERVICALGIA TIPO I

Manifestaciones clínicas

- Jóvenes
- No antecedente traumático
- Dolor axial bilateral
- Puntos gatillo bilateral
- Rx normal o rectificación
- Exp. Neurológica: normal
- Entumecimiento EESS
- Alt. del sueño
- Alt. de la estática
- Alt. Sociolaborales



Tipo de dolor axial

DD con la fibromialgia. Debe haber al menos 11 puntos dolorosos de los 18 posibles

- Occipital
- Trapecio
- Supraespinoso
- Glúteo
- Trocánter mayor
- Rodilla cóndilo medial
- Epicóndilo
- Segunda costilla
- Ingle



Rectificación columna cervical

Anexo II

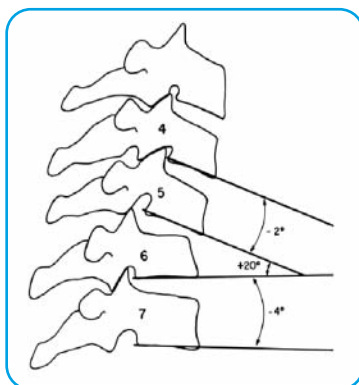
CERVICALGIA TIPO II

Clínica artropatía posterior

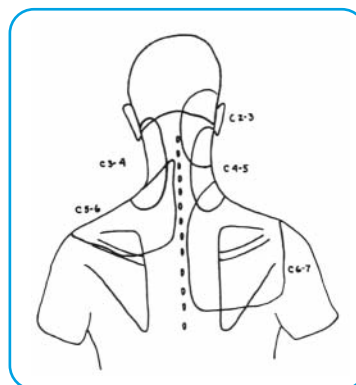
- Dolor axial lateralizado
- Dolor mecánico
- Dolor unilateral
- Limitación selectiva movilidad
- Esquema de Dwyer

Clínica discógena

- Dolor axial central
- Dolor continuo
- Dolor bilateral
- Limitación global movilidad
- Mejora con distracción



Criterio de inestabilidad:
Angulaciones sup 11°
Desplazamientos sup. 3,5 mm



Esquema de Dwyer para el dolor
referido de las articulares
posteriores

Signos Rx de espondilosis

- Disminución altura discal
- Osteofitos
- Esclerosis platillos
- Esclerosis art. posteriores

Anexo III

CERVICALGIAS TIPO III

Manifestaciones clínicas de las radiculopatías en EESS				
Raíz	Dermatoma EESS	Dolor referido en tórax y cuello	Reflejo	Miotoma
C4	No	Base cuello y ant. tórax	No	Diafragma
C5	Hombro	Unión cuello con hombro	No	Deltoides
C6	Pulgar e índice	Zona proximal escapular	Bicipital	Bíceps
C7	Dedo medio	Zona media escapular	Estiloradial	Tríceps
C8	Anular y meñique	Zona inferior escapular	No	Flexores 5º
T1	Borde cubital antebrazo	Inespecífico	No	Intrínsecos

Test sugestivos de radiculopatía

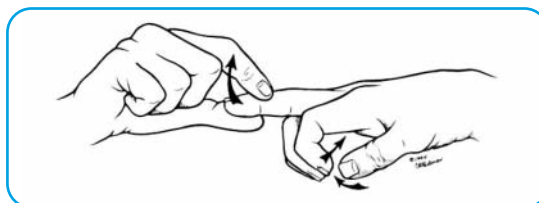
- Test de Spurling
- Test de Davidson
- Test de compresión axial

Signos de mielopatía

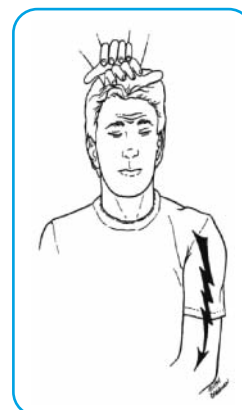
- Reflejo de Hoffman
- Signo de escape de los dedos
- Babinski
- Reflejo radial invertido
- Clonus
- Ataxia
- Signo de L'Hermitte
- Hiperreflexia



Test de Spurling



Reflejo de Hoffman



Test de Compresión

Anexo IV

CERVICALGIA TIPO IV

Clínica habitual del latigazo cervical

- Cervicalgia
- Vértigo
- Alt. visuales
- Cefalea
- Debilidad y fatiga en EESS
- Alt. cognitivas
- Parestesias en EESS

Clasificación del síndrome del latigazo cervical

- Grado 0: No molestias, no signos físicos
- Grado II: Cervicalgia + < movilidad
- Grado I: Cervicalgia, no signos físicos
- Grado III: Cervicalgia + alt. neurológicas
- Grado IV: Cervicalgia + fractura/luxación

Clasificación según severidad del latigazo cervical

- Grupo A: Libre de síntomas
- Grupo B: Los síntomas no impiden el trabajo ni el ocio
- Grupo C: Los síntomas restringen el trabajo y el ocio
- Grupo D: Los síntomas impiden el trabajo

Tratamientos de eficacia no probada en el latigazo cervical

- Electromagnetoterapia
- Cojines cervicales
- Collares blandos
- Entrenamiento postural
- Collares magnéticos
- Calor/frío
- Ultrasonidos
- Masoterapia
- Acupuntura
- Manipulaciones
- TENS
- Relajantes musculares
- Láser



ASEPEYO

MUTUA DE ACCIDENTES DE TRABAJO
Y ENFERMEDADES PROFESIONALES
DE LA SEGURIDAD SOCIAL N° 151

Urgencias 24 h
900 151 000

Servicio de Atención
al Usuario
902 151 002

www.asepeyo.es