

Reumatología

Guías clínicas
para terapeutas musculoesqueléticos



RHEUMATOLOGY.PHYSIO

ONLINE.



Incluye:
Espondiloartritis
Poliartritis reumatoide
Osteoporosis
Lupus eritematoso sistémico
y OTROS...

Autor: Jack March – Fisioterapeuta. Reumatología

Prefacio

He visto muchos pacientes durante mi carrera como fisioterapeuta. Una gran mayoría de entre ellos los he recibido en Reumatología o como terapeuta de Atención Primaria, como se le denomina actualmente.

Siempre he escrito estudios de casos y, gracias a ello he acumulado bastantes. Fui calificando en distintos niveles de detalle los estudios de caso que me parecían interesantes, inusuales o, a veces, incluso “típicos”.

En los últimos años, he tenido la suerte de ganarme una pequeña reputación como alguien a quien se le puede preguntar sobre temas y casos de reumatología, y me he dado cuenta de que varios de ellos son recurrentes.

Por eso he decidido adaptar algunos de estos estudio de caso para este folleto. Espero que ayude a contextualizar la información que difundo en mis blogs y que enseñe en mis clases.

Estos estudios de casos se basan en pacientes reales, los he adaptado para que concuerden con el estilo del folleto y para crear herramientas de aprendizaje útiles.

Probablemente remarcaréis que existen muchas zonas grises. Incluso podríais pensar en otros diagnósticos como una posible causa de los síntomas presentados, y eso es bueno. Aferraos a estos patrones de pensamiento.

Espero que este folleto os resulte útil para vuestra práctica y que os recuerde a algunos de aquellos pacientes que os han causado dificultades.

¡Disfrutad de su lectura!

Jack.



Sobre el Autor



Jack March

Fisioterapeuta en Reumatología

Jack es fisioterapeuta, se graduó en el 2008 en la Universidad de Plymouth y, tras varias rotaciones en puestos diferentes, se instaló en reumatología, convirtiéndola en su especialidad desde el 2011. Ha impartido seminarios, ponencias en congresos y formaciones presenciales sobre el tema de la reumatología, cubriendo principalmente los conceptos de Detección, Investigación y Tratamiento. Fueron destinadas a profesionales paramédicos (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, enfermeras/os, etc.) pero también estuvieron presentes colegas de medicina general y sus comentarios fueron positivos.

Además de la formación continua, sus funciones actuales son:

Responsable Clínico en Reumatología en Chews Health

Director de Operaciones en The Physio Matters Podcast y Chews Media.



@Physiojack



@rheumatology.physio

Contenido

	Introducción	Página 6
01	Espondiloartritis	Página 8
02	Poliartritis reumatoide	Página 17
03	Osteoporosis	Página 24
04	Gota	Página 29
05	Lupus eritematoso sistémico	Página 34
06	Síndrome de Sjogren	Página 38
07	Polimialgia Reumática	Página 41
08	Artritis reactiva	Página 44
09	Autoevaluación	Página 51
10	Correo para derivar	Página 54

Introducción

¡Buenos días! Gracias por el tiempo que vais a dedicar a la lectura de este folleto. Fue diseñado para ayudaros a pensar en la complejidad y en el proceso de razonamiento clínico que engloba a las afecciones reumatológicas.

Este folleto está destinado a los clínicos que atienden a pacientes antes de que éstos reciban cualquier examen médico, como por ejemplo, los profesionales de atención primaria (PAP) o quienes trabajan en la privada. Debemos estar seguros de ser minuciosos en nuestras exploraciones, considerar todas las posibles causas de los síntomas y asegurarnos de saber qué hacer con esta información.

Este folleto espera llenar un vacío en el proceso de razonamiento para los clínicos: la reumatología, un conjunto complejo, difícil y a veces intimidante de patologías. Desafortunadamente, el retraso en el diagnóstico de esta cohorte puede tener consecuencias terribles, por lo que no podemos darnos el lujo de ser complacientes.

En reumatología, cuando fallamos en el diagnóstico y los pacientes tienen que esperar a ver a un especialista, los resultados son malos a todos los niveles.

Como terapeutas, ya no podemos escondernos más detrás del triaje médico previo o tras la ignorancia, ya que estamos situados cada vez más cerca del comienzo del proceso terapéutico del paciente. Debemos asumir nuestra responsabilidad y asegurarnos de que somos

los mejores clínicos posibles para el paciente que viene a vernos.

Esto también se aplica a los terapeutas que reciben pacientes después de un examen médico. No deis por asumido que éste estará completo. Haced vuestra propia evaluación general y vuestra propia opinión clínica. El propósito de este folleto es ayudaros con esto.

Por muchas razones, incluida la brevedad del folleto, «no he querido salirme del camino». A medida que trabajéis en los estudios de caso, os daréis cuenta que no he abordado la evaluación de las banderas rojas, de los síntomas neurológicos y otras áreas de cuestionamiento. Esto permite que los estudios de caso sean de una duración aceptable, ahorrándome años a la hora de escribirlo.

Estoy seguro de que conocéis los otros requisitos previos del examen en caso de dolor espinal, el dolor articular múltiple y las patologías sistémicas. Espero que seáis indulgentes cuando no exponga toda la información con respecto al dolor radicular, de la función de la vejiga o intestinal, etc.

Las secciones de evaluación de este folleto tendrán valor en función de lo que hagáis con ellas. Puede que no respondáis a las preguntas y que vayáis directamente a ver cuál creo que es la respuesta, pero pienso que os estaríais perdiendo algo importante. Verdaderamente creo que sumergirse en estos guiones simulados os ayudará en el mundo real.

Introducción

Antes de que esta introducción sea más larga que el folleto, quisiera tener una última consideración.

Veréis que os propongo lo que deberíais hacer en ciertos casos. Dado que sospechamos problemas "médicos" en estos pacientes, inevitablemente los derivamos fuera de la terapia. Pensad en qué otros valores podríais agregar a vuestra consulta.

No nos conformemos con la satisfacción de haber identificado con éxito una patología relativamente rara y haberlos enviado directamente al lugar apropiado. Reflexionemos mejor a "¿cómo podría mejorar sus resultados?" Intervenciones y consejos muy simples pueden marcar una gran diferencia. Sé que el tiempo y los recursos son limitados, pero usándolos solo un poco para asegurar y tranquilizar, la educación y el asesoramiento podrían hacer la diferencia a largo plazo para estas personas.

Este folleto no contiene todas las respuestas. Hago algunas conclusiones presuntuosas y apresuradas con respecto a los conocimientos previos. No dudéis en utilizar un motor de búsqueda o poneos en contacto conmigo si necesitáis aclaraciones. También podéis utilizar mis otros contenidos de formación continua (la mayoría son gratuitos, soy malo en negocios) para ayudaros sobre la marcha.

Para ayudarme, por favor dejadme vuestra opinión, y si creéis que es genial, ¡comparte con tus colegas!

Es hora de detenerme y de dejaros continuar con este folleto.

Espero poder conoceros algún día a través de las redes sociales o en algún evento presencial.

¡Ahora conectad las neuronas de reflexión y vamos!



1

Espondiloartritis

La Espondiloartritis (EpA) es un término general que abarca patologías autoinmunes que afectan al esqueleto axial (raquis y articulaciones sacroilíacas) y/o entesis periféricas (tendón de Aquiles, fascia plantar, inserciones de epicóndilos laterales). Las patologías de este término general incluyen la Espondiloartritis Axial y el Reumatismo Psoriásico. Existen vínculos familiares para estas patologías y una fuerte asociación de 85-95% de positividad a la HLA-B27.

Espondiloartritis

Guion 1

Paciente

John es un hombre de 25 años que lleva 3 meses padeciendo dolor torácico. No tiene antecedentes médicos ni ha realizado ninguna consulta terapéutica musculoesquelética. No toma medicación.

Información Subjetiva Adicional

Inicio repentino de dolor torácico hace 3 meses con dolor bilateral localizado en los glúteos la mayor parte del tiempo. Sin antecedentes de dolor raquídeo, lesiones o molestias musculoesqueléticas. Ningún cambio de hábitos, trabajo o circunstancias antes de que aparezcan los síntomas. No ha estado enfermo ni ha tomado antibióticos.

Patrón sobre 24 horas

Se siente muy rígido cuando se despierta por la mañana con dolor raquídeo severo. Esto dura aproximadamente 1 hora. El dolor y la rigidez vuelven tras haber estado sentado en su escritorio durante más de una hora, y tiene que caminar para que pase. No tiene ningún problema durante el día si no está trabajando, porque puede seguir moviéndose.

Se duerme fácilmente pero se despierta alrededor de las 2 de la madrugada todas las noches con dolor y rigidez. Se levanta, hace algunos estiramientos y luego puede volver a dormirse.

Factores agravantes / mejora

Sentarse en su escritorio durante mucho tiempo, conducir o mirar la televisión empeora su dolor de espalda. Nada empeora el dolor en los glúteos; está presente cuando se despierta por la mañana y se calma al cabo de una hora. El Ibuprofeno alivia sus síntomas, lo toma regularmente durante el día. Ir al gimnasio no empeora sus síntomas, incluso puede sentirse peor los días que no lo hace.

Antecedentes

No tiene ningún problema de salud. No ha ido a su médico de cabecera (MC) durante los últimos 5 años. No tiene medicación prescrita. Dice que no tiene ninguna infección de transmisión sexual y no consume esteroides. Se siente bien pero un poco cansado debido al sueño interrumpido. Dice que no se siente deprimido ni ansioso.

No tiene antecedentes personales o familiares de psoriasis, iritis / uveítis, enfermedad de Crohn / colitis o artropatías inflamatorias.

Factores sociales

Trabaja en una oficina creando programas. Le gusta ir al gimnasio, donde sigue un programa muy completo. No fuma, ocasionalmente bebe alcohol y tiene un IMC de 24. Cree que su dolor se debe probablemente a su postura en el trabajo.

Actividad de razonamiento clínico

A partir de esta presentación, anotá los elementos que os hagan pensar que John pudiera tener una EpA axial

Espondiloartritis

Guion 1

John presenta un inicio clásico de espondiloartritis axial

- Aparición insidiosa de dolor raquídeo y glúteos desde hace 3 meses
- Dolor y rigidez por la mañana durante > 60 min.
- Peor en reposo, mejor en actividad
- Se despierta en la segunda mitad de la noche, se levanta de la cama para aliviar los síntomas.
- Aliviado gracias a los AINE

Próximas Etapas

Explicar a John que el cuadro clínico revela una causa inflamatoria de sus síntomas, por lo que es necesario derivarlo a un reumatólogo para una mayor investigación. El objetivo de esta consulta es confirmar o excluir un diagnóstico específico e iniciar un tratamiento adecuado si fuera necesario.

Tranquilizar a John diciéndole que el pronóstico de estas patologías es bueno cuando se diagnostican y tratan a tiempo. Él ya tiene un estilo de vida saludable y debe continuar así tanto como sea posible para mejorar sus posibilidades de obtener buenos resultados. Considerar un tratamiento terapéutico específico si se reportan déficits funcionales.

Investigaciones

Si es adecuado y está disponible, derivar para:

- Resonancia magnética de todo el raquis y de las articulaciones sacroilíacas según el protocolo para una EpA
- Análisis de sangre: HLA-B27, VS, CRP

Próxima reorientación

Remitir a reumatología siguiendo el circuito sanitario habitual para realizar una investigación adicional de los síntomas que sugieren Espondiloartritis

Puntos clave

El patrón de los síntomas, junto con los factores agravantes y de mejora son clave para la detección en el caso de John.

Transmitir seguridad y consejos de estilo de vida en esta etapa temprana son un apoyo importante, además de derivarlo rápidamente.

La EpA axial debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de las personas jóvenes (<45) con dolor raquídeo que dura > 3 meses

Espondiloartritis

Guion 2

Paciente

Jane es una mujer de 35 años que padece un inicio insidioso de dolor bilateral de los talones durante las últimas 6 semanas. No toma medicación habitualmente. Tiene antecedentes de psoriasis tratada con emolientes. Vio a un fisioterapeuta el año pasado debido a un trastorno músculo-esquelético de la mano.

Información Subjetiva Adicional

Inicio insidioso de dolor bilateral de los talones hace 6 semanas. Se despertó una mañana y no pudo soportar el peso de su cuerpo sobre sus talones. Mejoró tras unos minutos y luego no le dió más importancia. Ha ido empeorando gradualmente a lo largo de las últimas 6 semanas y ahora le resulta difícil caminar durante las 2 primeras horas de la mañana. Ningún cambio de hábitos, trabajo o circunstancias previas al inicio de los síntomas. No ha estado enferma ni ha tomado antibióticos.

Tiene psoriasis desde hace 10 años y la trata con emolientes. El año pasado presentó dolor e hinchazón en las articulaciones interfalángicas (IF) de los dedos índice y medio de su mano derecha, diagnosticados como trastornos musculoesqueléticos. Esto mejoró gracias a la fisioterapia y la ergonomía durante unos meses y se resolvió por completo a los 6 meses. Tuvo una epicondilopatía lateral hace 5 años que duró 2 años y fue bastante incapacitante.

Patrón sobre 24 horas

Dolor intenso por la mañana al levantarse que tarda 2 horas en mejorar. Vuelve en menor grado durante el día después de estar sentada o caminar durante mucho tiempo. Sin consecuencias en el sueño.

Factores agravantes / mejoría

Sus dolores en los talones empeoran tras haber estado sentada / conducir, sin importar el tiempo. Se mejora después de un período de tiempo proporcional al tiempo que pasa sentada, desde unos minutos hasta algunas horas.

Antecedentes

No tiene ningún otro problema de salud que no sea la psoriasis. Vió a su médico por los síntomas de su mano el año pasado y anteriormente por su codo de tenista. No está tomando ningún medicamento recetado. Dice que no tiene ninguna infección de transmisión sexual y no consume esteroides. Se siente bien y dice que no se siente ansiosa ni deprimida, sino que se siente cansada todo el tiempo.

No tiene antecedentes personales o familiares de iritis / uveítis o enfermedad de Crohn / colitis. Su padre tiene reumatismos psoriásicos. Ella no presenta cambios del lecho ungueal.

Espondiloartritis

Guion 2

Factores sociales

Tiene un trabajo de oficina como agente inmobiliaria y a menudo conduce para ver las propiedades. Le gusta pasear con su perro 5-6 km al día, esto normalmente no es un problema. Fuma 10 cigarrillos al día y tiene un IMC de 32.

Estaba preocupada con respecto al reumatismo psoriásico cuando desarrolló los síntomas en su mano, pero se tranquilizó cuando se fueron.

Actividad de razonamiento clínico

A partir de esta presentación, anota los elementos que indiquen que Jane pudiera tener una EpA axial

Jane presenta una posible Espondilitis Periférica; probablemente Reumatismo Psoriásico.

Inicio insidioso de tendinopatía bilateral (fascitis plantar)

- Síntomas por la mañana durante >60 min.
- Antecedente de epicondilopatía lateral, edema y dolor en las articulaciones IF
- Psoriasis diagnosticada
- Su padre tiene un Reumatismo Psoriásico.
- Alto índice de masa corporal y fumadora

Próximas Etapas

Explicar a Jane que el cuadro clínico nos hace sospechar una causa inflamatoria de sus síntomas, que requieren derivación a un reumatólogo para una mejor evaluación. El objetivo de esta consulta es confirmar o excluir un diagnóstico específico e iniciar un tratamiento adecuado si es necesario.

Discutir con Jane de su salud general, ya que su alto índice de masa corporal y su tabaquismo ayudarán a aumentar el nivel de inflamación sistémica. Esto puede aumentar la probabilidad de desarrollar un Reumatismo Psoriásico o diferentes patologías clínicas. Si se le diagnostica Reumatismo Psoriásico, estos factores también promoverán peores resultados. Tener en consideración iniciar un tratamiento terapéutico específico para el dolor bilateral de los talones cuando se excluya la posibilidad de Reumatismo Psoriásico.

Una prueba de toma de medicamentos antiinflamatorios puede ser relevante para evaluar el impacto sobre los síntomas.

Investigaciones

Si es adecuado y está disponible, derivar para:

- Ecografía para buscar entesitis de inserción
- Análisis de sangre: HLA-B27, VS, CRP, factor reumatoide.

Espondiloartritis

Guion 2

Próxima reorientación

Remitir a reumatología siguiendo el circuito sanitario habitual para realizar una investigación adicional de los síntomas que sugieren Espondiloartritis Periférica.

Puntos clave

La EpA Periférica debe tenerse en cuenta en presencia de psoriasis y tendinopatía incluso si uno de los dos ya ha pasado

La existencia de antecedentes familiares de patologías inflamatorias añade una fuerte sospecha clínica y reduce el umbral de derivación.

Los consejos sobre hábitos saludables en esta etapa temprana se asocian de manera importante al hecho de realizar derivaciones rápidas, en relación con los resultados a corto y largo plazo, sea cual sea el diagnóstico final.

En este escenario, es posible que Jane tenga múltiples patologías clínicas distintas. No es posible excluir la EpA Periférica, y esto justifica la derivación a un especialista para profundizar las investigaciones.

Espondiloartritis

Guion 3

Paciente

Adam es un hombre de 45 años que padece dolor lumbar desde hace 3 años. Tiene colitis ulcerosa tratada con azatioprina.

Información Subjetiva Adicional

Hace 3 años, Adam estuvo cargando cajas en el trabajo. Al día siguiente sintió que su espalda estaba rígida, empeoró conforme iban pasando los días y se volvió bastante dolorosa. Estuvo de baja durante 1 mes en ese momento. Se mejoró lo suficiente como para poder volver al trabajo. Desde entonces ha tenido dolor lumbar de intensidad variable y vio a un fisioterapeuta, a un osteópata y a un quiropráctico que aliviaron los síntomas a corto plazo. Aún siendo desagradable, su dolor lumbar no le molesta a diario.

Sin embargo, recientemente tuvo una crisis dolorosa y fue dado de baja nuevamente durante 2 semanas. No ve ningún desencadenante para estas crisis.

Recuerda que padeció otros dolores, entre los cuales se encuentran una tendinopatía del tendón de Aquiles hace 2 años, una epicondilopatía bilateral el año pasado y dolor lateral de cadera hace 5 años que duró 1 año antes de ser calmado por infiltración de esteroides.

Además de las diversas radiografías de la pelvis y la columna lumbar, hace 6 meses le hicieron una resonancia magnética de la columna lumbar que mostró un pequeño abombamiento discal en el lado izquierdo y degeneración del disco.

Nunca tuvo dolor radicular ni síntomas de tipo neurológico.

Su dolor de espalda depende de la actividad: cuanto más ocupado está con el trabajo, mayor es el dolor. Mucho mejor si está descansando o si está de vacaciones. Comenzó a correr para mejorar su estado físico el año pasado. Tiene dolor de espalda durante y después, pero no es peor que los otros días.

A veces tiene dificultad para conciliar el sueño porque siente que le incomoda la espalda. No se despierta por la noche. Dice que su espalda está rígida durante unos minutos por la mañana, pero nunca durante un período prolongado.

Factores agravantes / mejoría

Sostener cargas en el trabajo empeora su dolor de espalda. Si tiene que cargar muchas cosas pesadas, su dolor de espalda se deteriorará durante el día. A veces toma paracetamol para aliviarlo. Por lo general, aún si el dolor empeora en el trabajo, al día siguiente se sentirá lo suficientemente bien como para volver. El único cambio es la aparición de una crisis dolorosa más intensa que ocurre cada 6 meses.

Espondiloartritis

Guion 3

Antecedentes

Tiene colitis ulcerosa y el equipo de gastroenterología lo sigue desde hace 20 años. Está estable y bien tratada mediante Azotiaprina . Se siente bien pero frustrado con la espalda. Dice que no se siente ansioso ni deprimido.

No tiene antecedentes personales o familiares de psoriasis, iritis/uveítis o artropatías inflamatorias.

Factores sociales

Trabaja como repartidor y la intensidad del trabajo es variable, los días menos intensos son mejores. Corre una vez a la semana. Tiene una buena higiene alimenticia, no fuma y presenta un IMC de 26.

Actividad de razonamiento clínico

A partir de esta presentación, anota los elementos que indiquen que Adam pudiera tener una EpA axial

Adam presenta una posible Espondiloartritis Axial (probablemente enteropática)

- Raquialgia crónica con crisis agudas insidiosas
- Colitis ulcerosa, controlada en gastroenterología
- 4 problemas tendinosos anteriores

Próximas Etapas

Explicar a Adam que sus síntomas pueden explicarse y relacionarse con una patología inflamatoria. Aunque ninguno de sus síntomas es realmente de naturaleza inflamatoria (es decir: su dolor de espalda no es un cuadro típico), la patología que hace el vínculo es la colitis ulcerosa. Una alta proporción de personas con esta patología desarrollan una artropatía inflamatoria asociada.

Anteriormente recibió tratamiento que, aunque calmó las crisis agudas, nunca curó el dolor persistente de espalda. Aunque previamente le habían hecho un examen de imágenes de su espalda, no hubo un impacto suficiente como para determinar si había signos radiológicos presentes.

Es apropiado redirigirlo a reumatología para investigaciones más especializadas con el fin de excluir la Espondiloartritis Axial como causa de su dolor de espalda y problemas tendinosos previos. También es razonable iniciar el tratamiento en paralelo de la reorientación en reumatología para calmar la crisis, ya que resultó eficaz para él en el pasado.

Espondiloartritis

Guion 3

Investigaciones

Si es adecuado y está disponible, derivar para:

- Resonancia magnética de todo el raquis y de las articulaciones sacroilíacas según el protocolo para una EpA
- Análisis de sangre: HLA-B27, VS, CRP

Próxima reorientación

Remitir a reumatología siguiendo el circuito sanitario local apropiado para una investigación adicional de los síntomas que sugieren Espondiloartritis Axial.

Los antecedentes familiares de patologías inflamatorias conllevan una fuerte sospecha clínica y reducen el umbral para la derivación

Puntos clave

La derivación a reumatología está justificada en este caso, aunque el dolor de espalda no sea de naturaleza inflamatoria. El hecho de que sea crónico y la asociación con la colitis ulcerosa son suficientes para alcanzar el umbral de reorientación.

El umbral de derivación para este tipo de casos es bajo. El umbral es apropiado porque la incidencia de la EpA en pacientes con colitis ulcerosa es importante, así como el tiempo de espera actualmente para poder ver a un especialista y tener un diagnóstico.

Proponer un tratamiento terapéutico para los déficits funcionales y el manejo del dolor también es relevante durante el período de crisis para ayudar a Adam a regresar al trabajo. Si no estuviera en un período de crisis, le daría la opción de comenzar otra fase de tratamiento, si cree que esto puede ayudarle.

2

Poliartritis Reumatoide

La Poliartritis Reumatoide es una poliartropatía inflamatoria caracterizada por una sinovitis aguda, que se da con más frecuencia en las articulaciones MCF y MTF, aunque cualquier articulación sinovial puede verse afectada. La sinovitis persistente conduce a un exceso de infiltrado inflamatorio en la articulación que, si no se trata, provoca erosiones irreversibles. A largo plazo, otros sistemas corporales pueden verse afectados, y existe un mayor riesgo de patologías clínicamente importantes como enfermedades cardiovasculares y osteoporosis.

Poliartritis Reumatoide

Guion 1

Paciente

Mary es una mujer de 20 años que se ha estado quejando de dolor y edemas bilaterales en las manos, localizados a nivel de las articulaciones metacarpofalángicas (MCF), desde hace 2 semanas. No está tomando ningún medicamento.

Información Subjetiva Adicional

Inicio insidioso de dolor bilateral y edema en las manos a nivel de las articulaciones MCF desde hace 2 semanas. Tiene dificultad para realizar todas las tareas funcionales debido a la reducción de la amplitud de movimiento en ambas manos; las articulaciones están muy rígidas y le duele sostener las cosas. Existe un edema constante y las articulaciones a veces pueden estar calientes y rojas. También notó que estaba muy cansada todo el tiempo desde la aparición de los síntomas. Necesita tomar paracetamol e ibuprofeno para calmar el dolor. Está de baja desde la aparición de los síntomas.

Patrón sobre 24 horas

Las articulaciones de sus manos están rígidas todo el día, sin variación. El dolor es peor por la mañana y cede muy levemente alrededor del mediodía. Tiene dificultad para conciliar el sueño por la noche debido al dolor y se despierta con frecuencia. Poner las manos en agua caliente y hacer algunos movimientos suaves puede liberarlas por la mañana.

Factores agravantes / mejoradores

Cualquier forma de actividad con las manos empeora el dolor. La rigidez empeora tras un período de descanso y se atenúa con la actividad, aunque ésta sea también dolorosa. La actividad parece empeorar la hinchazón, el enrojecimiento y el calor en las articulaciones MCF.

Antecedentes

No tiene ningún problema de salud conocido y no está tomando ningún medicamento. Dice que no tiene ninguna infección de transmisión sexual y no consume esteroides. Se siente bien, pero muy cansada, y lo achaca a que no duerme lo suficiente. Se siente un poco ansiosa por sus síntomas porque son muy restrictivos. Dice que no se siente deprimida.

No tiene antecedentes personales o familiares de psoriasis, iritis / uveítis, enfermedad de Crohn / colitis o artropatías inflamatorias. No ha tenido problemas ni lesiones en las articulaciones o tejidos blandos en el pasado. El squeeze test (pruebas de compresión) de la articulación MCF es positivo bilateralmente, y el squeeze test de la articulación MTF es positivo en el pie derecho.

Factores sociales

Trabaja como diseñadora, lo que requiere trabajo con ordenador y trabajo artístico. Ha estado sin trabajar desde la aparición de los síntomas. Normalmente va al gimnasio con regularidad para mantenerse en forma. No fuma ni bebe alcohol y su IMC es 22.

Poliartritis Reumatoide

Guion 1

Actividad de razonamiento clínico

A partir de esta presentación, anota los elementos que indiquen que Mary podría presentar una Poliartritis Reumatoide:

Mary presenta un inicio clásico de Poliartritis Reumatoide (PR)

- Inicio agudo e insidioso de edema, rigidez, enrojecimiento, calor y dolor bilateral en las MCF
- Dolor y rigidez a lo largo del día.
- Despertares nocturnos con dolor y rigidez articular
- Rigidez reducida por la actividad
- Mujer
- Squeeze test positivo de MCF y MTF

Próximas Etapas

Explicar a Mary que sus síntomas concuerdan con una Poliartritis Reumatoide, que requiere una reorientación en reumatología para realizar investigaciones especializadas y el establecimiento de un tratamiento médico adecuado.

Tranquilizar a Mary diciéndole que el pronóstico es bueno en caso de Poliartritis Reumatoide cuando se diagnostica y trata precozmente, y que el 50% de las personas están en remisión clínica 1 año después del diagnóstico. Su buen estado de salud general hace que esta eventualidad sea aún más probable. Considerar el tratamiento específico por parte de un especialista de la mano para los déficits funcionales que describe.

Investigaciones

Si es adecuado y está disponible, derivar para:

- Ecografía de MCF y MTF para detectar sinovitis
- Análisis de sangre: Anti-CCP, VS, CRP, Factor Reumatoide

Próxima reorientación

Derivar a reumatología a través del circuito de Artritis Inflamatoria Inicial si existe localmente.

Poliartritis Reumatoide

Guion 1

Puntos clave

La aparición insidiosa de síntomas bilaterales en las articulaciones periféricas suscita la sospecha de artritis inflamatoria en personas jóvenes

En el caso de Mary, los síntomas son claramente de naturaleza inflamatoria (hinchazón, enrojecimiento, calor, rigidez articular prolongada)

La reorientación en reumatología a través de un circuito de acceso rápido es la acción prioritaria

Transmitir seguridad y consejos de estilo de vida saludable en esta etapa temprana son un apoyo importante, además de una derivación rápida.

Poliartritis Reumatoide

Guion 2

Paciente

Andrew es un hombre de 60 años que padece dolor y edema en la rodilla derecha desde hace 3 meses. No presenta ninguna otra patología médica y no toma ningún medicamento.

Información Subjetiva Adicional

Andrew dice que se le inflamó la rodilla derecha después de sus vacaciones. Anduvo mucho y le empezó a doler la rodilla tras uno de esos días. Después de su regreso, permaneció bastante dolorido y edematoso. A veces la rodilla estaba caliente a la palpación, pero no había enrojecimiento. De vez en cuando la encuentra rígida, pero mejora con el movimiento.

Funcionalmente, tiene dificultad con las escaleras, especialmente por la mañana. Si ha estado sentado en el coche durante mucho tiempo, caminar le resulta difícil antes de que pase la rigidez. Andrew cree que actualmente sufre de artritis, ya que padeció varias lesiones de rodilla a causa del fútbol cuando era joven y ha tenido algunas cirugías de menisco.

No sufre ningún otro dolor en las articulaciones, se siente bien y no ha necesitado ver a su médico de cabecera o fisioterapeuta durante 5 años. Siente que el ibuprofeno le ayuda.

Patrón sobre 24 horas

Su rodilla está rígida y dolorida por la mañana durante aproximadamente 30 minutos.

Sus síntomas reaparecen si pasa mucho tiempo sentado o conduciendo. Puede caminar sin demasiada dificultad, excepto después de un período de descanso.

A veces, su rodilla dolorida lo despierta por la noche, en las primeras horas de la mañana. El dolor aparece menos marcado si toma ibuprofeno antes de acostarse.

Agravación / mejoría

Mantener la rodilla inmóvil empeora la rigidez y el dolor cuando comienza a moverla nuevamente. Las escaleras son difíciles por la mañana, por el contrario la rodilla no le molesta demasiado. El ibuprofeno mejora sus síntomas.

Antecedentes

Está en forma y con buena salud, y no está tomando ningún otro medicamento. Dice que no tiene ninguna infección de transmisión sexual y no usa esteroides. Se siente bien, no está cansado y afirma no tener signos de depresión o ansiedad.

No tiene antecedentes personales o familiares de psoriasis, iritis / uveítis, enfermedad de Crohn / colitis. Su abuela y su hermana sufren de poliartritis reumatoide.

Factores sociales

Es policía jubilado, le gusta la jardinería, leer y ver películas. Fuma 15 cigarrillos al día, bebe alcohol casi todos los días y su IMC es 32.

Poliartritis Reumatoide

Guion 2

Actividad de razonamiento clínico

A partir de esta presentación, anotá los elementos que indiquen que Andrew podría presentar una Poliartritis Reumatoide :

Andrew presenta potencialmente un inicio de poliartritis reumatoide (PR)

- Inicio insidioso (sin lesiones) de dolor en la rodilla derecha con edema y rigidez.
- Dolor y edema por la mañana que dura 30 minutos.
- Camina de noche con dolor y rigidez en las articulaciones.
- Empeora en reposo
- Mejora con AINE
- Importantes antecedentes familiares

Próximas Etapas

Explicar a Andrew que sus síntomas concuerdan con una Poliartritis Reumatoide, que requiere una reorientación en reumatología para realizar investigaciones especializadas y el establecimiento de un tratamiento médico adecuado.

Abordar el hecho de que sus síntomas pueden ser causados por la artrosis, pero debido a la fuerte presencia de PR en sus antecedentes familiares, es importante poder descartar esta causa. Paralelamente al desenlace final de la exploración, una disminución de su IMC, su consumo de alcohol y su tabaquismo aumentarían significativamente sus posibilidades de obtener un buen resultado.

Considerar una reorientación hacia diferentes servicios para facilitar este proceso.

Empezar un programa de ejercicio gradual para su rodilla, según las preferencias de Andrew. Será beneficioso independientemente del diagnóstico.

Investigaciones

Si es posible y está disponible, redirigir hacia:

- Una resonancia magnética, que es lo más útil para hacer una exploración de la articulación y la membrana sinovial.
- Análisis de sangre: Anti-CCP, VS, CRP, Factor Reumatoide

Reorientación

Derivar a reumatología a través del circuito de Artritis Inflamatoria Inicial si está presente localmente.

Poliartritis Reumatoide

Guion 2

Puntos clave

Los síntomas de Andrew son compatibles con la artrosis, pero los antecedentes familiares importantes, incluso en presencia de inflamación moderada, justifican la derivación a reumatología.

Su estilo de vida puede tener un impacto significativo en su inflamación sistémica, contribuyendo al cuadro inflamatorio que padece.

Las intervenciones que se inician en esta etapa (p. ej., pérdida de peso, abandono del hábito de fumar, programa físico gradual) tienen posibilidades de ser eficaces independientemente del diagnóstico.

El pico de aparición de la PR se sitúa entre los 40 y los 60 años, por lo que se encuentra en este rango de edad.

3

Osteoporosis

La osteoporosis es la combinación de una disminución de la masa ósea y una disminución de la calidad del hueso que da como resultado un aumento de la fragilidad de la estructura ósea. Estos cambios implican una mayor predisposición a las fracturas, típicamente después de un traumatismo menor (como en la muñeca o el cuello del fémur) o de forma patológica y, en ocasiones, asintomática en la columna.

Osteoporosis

Guion 1

Paciente

June es una mujer de 85 años que presenta una fractura de muñeca a causa de una caída. Aparte de eso, se siente muy bien y goza de buena salud.

Información Subjetiva Adicional

Hace seis semanas, June entró en su cocina y cayó sobre su brazo derecho extendido. Se rompió la muñeca. Le pusieron un yeso. No necesitó reducción quirúrgica de su fractura ni fijación interna. Desde que le quitaron el yeso, su muñeca está rígida y le falta fuerza. En general, no le duele.

Cree que su equilibrio es bastante bueno y, aunque dice tener miedo de volver a caer, ha seguido saliendo, comprando y manteniendo una vida social.

Antecedentes

June está sana y en forma a pesar de su reciente fractura. No toma ningún medicamento y nunca ha necesitado esteroides. Está un poco preocupada por su equilibrio desde la caída, pero no está realmente ansiosa. Se rompió la tibia y el peroné hace 2 años tras una caída en unos escalones.

Nos dice haberse recuperado bien.

No padece ningún problema de absorción, de intestino delgado o grueso, y sigue una dieta variada.

No tiene antecedentes familiares de osteoporosis y no cree que sus padres hayan tenido fracturas.

Factores sociales

June es una maestra jubilada. Le gusta salir con sus amigos y no realiza ninguna actividad física formalmente. No fuma ni bebe y su IMC es 19.

Actividad de razonamiento clínico

A partir de esta presentación, anotá los elementos que indiquen que June pueda tener osteoporosis.

Osteoporosis

Guion 1

Las investigaciones por osteoporosis en el caso de June están justificadas por:

- 2 fracturas en los últimos 2 años
- IMC en la parte baja del rango normal
- Mujer de 85 años

Siguientes pasos

Explicar a June que sería aconsejable hacerse una prueba de densidad ósea debido a sus 2 últimas fracturas. La osteoporosis es común en la población de edad avanzada y se puede controlar bien gracias a una protección ósea combinada con un programa de ejercicios de carga.

Proporcionarle un programa de ejercicios gradual que incluya trabajo de equilibrio y carga. Manejar correctamente los déficits funcionales de la muñeca.

Investigaciones

Realizar una evaluación del riesgo de pérdida de densidad ósea (la puntuación FRAX está validada)

Si es posible y está disponible, redirigir hacia:

- Un escaner DEXA

Reorientación

Enviar de nuevo al médico de cabecera si los resultados del DEXA muestran osteoporosis o una osteopenia, O si la puntuación FRAX justifica la aplicación de una protección ósea.

Puntos clave

La osteoporosis está probablemente infradiagnosticada en la población

La edad avanzada y el hecho de ser mujer aumentan significativamente el riesgo.

La evaluación del riesgo de fractura es simple y rápida.

La actividad física puede mejorar la densidad ósea y reducir el riesgo de caídas y se debe recomendar encarecidamente.

Osteoporosis

Guion 2

Paciente

Mark es un hombre de 50 años con poliartritis reumatoide (PR) desde hace tiempo. Está en tratamiento biológico y posee una distancia limitada a la hora de andar.

Información Subjetiva Adicional

Las capacidades funcionales de Mark son bajas, tiene un perímetro de marcha limitado y se cansa rápidamente. Le diagnosticaron una PR a la edad de 20 años y tomó muchos medicamentos durante ese tiempo, entre los cuales se encontraban los esteroides, recetados en varias ocasiones para controlar los síntomas de su artritis.

Sufre de dolores y deformidades multiarticulares.

Antecedentes

Mark se cansa fácilmente y toma Ramipril para su hipertensión arterial, productos bio, Metotrexato para la PR y codeína para el dolor. Efectuó varias tomas de esteroides en dosis altas, la última el año pasado, con 40 mg durante 4 semanas antes de que fueran ajustadas.

No tiene problemas de absorción, ni problemas del intestino delgado o grueso, y dice que sigue una dieta variada.

No tiene antecedentes familiares de osteoporosis y no recuerda que sus padres hayan tenido ninguna fractura.

Factores sociales

Mark no trabaja desde que le diagnosticaron la PR. No sale mucho y su nivel de actividad es bajo. Fuma 15 cigarrillos al día, bebe 2 vasos de vino al día y su IMC es 26.

Actividad de razonamiento clínico

A partir de esta presentación, anotá los elementos que indiquen que Mark pueda tener osteoporosis.

Osteoporosis

Guion 2

Una investigación más en profundidad a la búsqueda de una osteoporosis en el caso de Mark está justificada:

- Una artropatía inflamatoria prolongada aumenta el riesgo de osteoporosis.
- Los esteroides en dosis altas aumentan el factor de riesgo de osteoporosis.
- Su nivel general de actividad es bajo y su estado general de salud es precario, combinando alcohol y tabaquismo.

Siguientes pasos

Explicar a Mark que tiene varios factores de riesgo de baja densidad ósea y que sería conveniente realizar pruebas adicionales. La osteoporosis se puede controlar bien combinando la protección ósea con un programa de ejercicios con carga, y la densidad ósea es más fácil de mantener si se hace de forma precoz.

Discutir un programa de ejercicio gradual, que incluya componentes de carga y equilibrio, que se adapte a su propia condición. .

Abordar sus hábitos sanitarios. El alcohol y el tabaco son perjudiciales para la densidad ósea, y también para la PR. Tener en cuenta la derivación para ayudarle a gestionar mejor estos puntos.

Intentar determinar las circunstancias que causan un nivel tan bajo de actividad. La ansiedad, la depresión y / o la soledad pueden ser barreras para incrementar su actividad. Una consulta social podría ser beneficiosa en su caso.

Investigaciones

Realizar una evaluación FRAX del riesgo de pérdida de densidad ósea (la puntuación FRAX está validada)

Si es posible y a disposición, redirigir hacia:

- Un escáner DEXA

Próxima reorientación

Enviar de nuevo al médico de cabecera si los resultados del DEXA muestran osteoporosis o una osteopenia, o si la puntuación FRAX justifica la aplicación de una protección ósea.

Puntos clave

Las artropatías inflamatorias aumentan el riesgo de baja densidad ósea de muchas formas.

Se debería realizar un FRAX para cada paciente con artropatía inflamatoria.

Una salud general deficitaria, así como por la salud mental, pueden hacer aumentar el riesgo y contribuir a niveles bajos de actividad.

Detectar a las personas con riesgo de tener una densidad ósea baja antes de que sufran una fractura es de suma importancia



4

La Gota

La gota es una forma de artritis inflamatoria. Se caracteriza por brotes agudos de dolor, enrojecimiento, edema y calor en la articulación. El inicio de los síntomas a menudo ocurre por la noche y alcanzará su punto máximo dentro de las 12 a 24 horas. El dolor es severo y los síntomas hacen que las personas vayan a urgencias. La gota ha superado a la poliartritis reumatoide como la patología reumatológica con más visitas anuales a urgencias.

Las punciones articulares a menudo revelan cristales de urato, que son la causa de la sinovitis. La formación de estos cristales puede deberse a un exceso de urea en el cuerpo (90%), o una capacidad reducida para producir urato (que metaboliza la urea).

Gota

Guion 1

Paciente

Arnold es un hombre de 65 años que se queja de dolor episódico en el dedo gordo del pie derecho con edema. Toma Ramipril debido a su hipertensión.

Información subjetiva adicional: Arnold dice que ha experimentado aproximadamente 5 episodios de dolor severo en el dedo gordo del pie derecho en el último año. Una vez el dolor fue tan intenso que pensó que se lo había roto y fue a urgencias. La radiografía no reveló ninguna fractura.

Actualmente no le duele, el episodio más reciente se calmó mientras esperaba esta consulta. El último episodio se desarrolló de manera insidiosa, con dolor, enrojecimiento, edema y calor en la articulación Metatarso -Falángica (MTF) del dedo gordo. Puede presentar dificultad para caminar, siendo el dolor punzante, impidiéndole dormir. Los episodios dolorosos duran aproximadamente de 4 a 6 días y luego mejoran.

Arnold está preocupado por la cantidad de episodios dolorosos y recurrentes, aunque no cree que los esté desencadenando de ninguna manera.

Patrón sobre 24 horas

Durante estos episodios dolorosos, el dedo gordo del pie duele constantemente hasta que el problema desaparece.

No hay mejoría ni empeoramiento por la noche, por la mañana o durante el día.

Factores agravantes / mejoría

No comprende qué es lo que está causando la aparición de un episodio. Cuando hay síntomas, la carga, el contacto con las sábanas, tocarse el dedo del pie o mover la articulación empeora el dolor.

Antecedentes

Tiene hipertensión arterial y está tomando Ramipril . No está tomando ningún otro medicamento. Dice que no tiene ninguna infección de transmisión sexual y no consume esteroides. Se siente bien y no sufre de ansiedad ni depresión.

No tiene antecedentes personales o familiares de psoriasis, iritis / uveítis, enfermedad de Crohn / colitis o artritis inflamatoria.

Factores sociales

Es cajero en un supermercado y camina más de un kilómetro entre idas y venidas. Lleva fumando 20 cigarrillos al día desde hace 40 años. Se bebe entre 2 y 4 botellas de vino por la noche los fines de semana y su IMC es de 36.

Actividad de razonamiento clínico

A partir de esta presentación, anotá los elementos que os hagan pensar que Arnold pueda estar sufriendo de gota:

Gota

Guion 1

Arnold tiene los signos típicos de la gota.

- La articulación más comúnmente afectada es la 1^{era} MTF
- Episodios dolorosos severos con edema, enrojecimiento y calor.
- La gota es más común en los hombres y el riesgo aumenta con los problemas vasculares, el tabaquismo, el alcohol y un IMC alto.
- Está caracterizada por un dolor severo, las personas describen el dolor como el peor que han experimentado.

Siguientes pasos

Explicar a Arnold que sus síntomas son típicos de un episodio agudo de gota. Su estado de salud general y el consumo de alcohol hacen que sea propicio a nuevos episodios.

Discutir de las estrategias para mejorar la salud general. Reducir su IMC, el alcohol y el tabaco, y aumentar su nivel de actividad son puntos importantes con respecto a la hipertensión y la gota. También sería apropiada una evaluación del riesgo cardiovascular.

El tratamiento inicial de la gota debe ser realizado por el médico de cabecera.

Investigaciones

Si es apropiado y está disponible, pedir:

- Análisis de sangre: ácido úrico, VS, CRP

Próxima reorientación

Derivar al médico de cabecera para establecer el tratamiento.

Puntos clave

La mala salud general y ser hombre son factores de riesgo importantes para desarrollar gota

La 1^{era} MTF es el zona habitual donde se dan los síntomas de la gota.

La ingesta de alcohol y el tabaquismo aumentan el riesgo de desarrollar gota

Las crisis periódicas son habituales

Un dolor severo y una inflamación son síntomas característicos.

Gota

Guión 2

Paciente

Chris es un hombre de 40 años que padece un dolor y edema en el tobillo desde hace 4 días tras una sesión de crossfit muy intensa. Es insulino dependiente debido a su diabetes tipo 1.

Información subjetiva adicional: Hace 5 días Chris hizo una sesión de crossfit con muchos más saltos en la caja (boxjump), de los que está acostumbrado. Hace crossfit 5 veces a la semana y nunca antes había tenido tales problemas. No recuerda haberse lesionado y le fue bien en la sesión. El dolor comenzó en mitad de la noche. Se despertó con dolor en el tobillo alrededor de las 3 a.m. y luego empeoró. Estuvo pensando ir a urgencias debido al dolor a la mañana siguiente. El tobillo se había hinchado, estaba caliente y enrojecido y le costaba trabajo poner peso sobre él. Pensó en una fractura pero el dolor mejoró un poco y decidió esperar.

El tobillo todavía está ligeramente hinchado, caliente y doloroso. Está rígido la mayor parte del tiempo. El dolor es relativamente constante sin importar cuánta actividad esté realizando. El ibuprofeno lo alivia un poco.

Patrón sobre 24 horas

El dolor y la rigidez empeoran por la mañana y mejoran después de aproximadamente 1 hora.

La rigidez vuelve a aparecer cuando descansa y tiene problemas para dormir por la noche debido al dolor en el tobillo.

Factores agravantes / mejoría

El reposo empeora sus síntomas cuando intenta caminar de nuevo y su tobillo está muy rígido. La actividad no empeora los síntomas excepto después de 30 minutos de descanso.

Antecedentes

Tiene diabetes tipo 1 y se inyecta insulina. Su diabetes está bien controlada y tiene un seguimiento regular. No está tomando ningún otro medicamento. Dice que no tiene ninguna infección de transmisión sexual y no consume esteroides. Se siente bien, aunque un poco cansado por sus noches agitadas. No se siente ansioso ni deprimido.

No tiene antecedentes personales o familiares de psoriasis, iritis / uveítis, enfermedad de Crohn / colitis. Su padre y su tío tenían gota.

Factores sociales

Es ingeniero mecánico. Practica crossfit con regularidad y se describe a sí mismo como muy en forma. No fuma ni bebe alcohol y su IMC es 24. Le preocupa que sea una fractura por estrés.

Gota

Guión 2

Actividad de razonamiento clínico

A partir de esta presentación, anota los elementos que os hagan pensar que Chris pueda estar sufriendo de gota:

Chris muestra posibles síntomas de gota.

- Inicio de dolores nocturnos, empeorando y llegando a su clímax a las pocas horas.
- Dolor y rigidez por la mañana durante > 1 min.
- Peor en reposo
- Importantes antecedentes familiares y diabetes tipo 1
- Mejorado por AINE

Siguientes pasos

Explicar a Chris que sus síntomas concuerdan con un episodio de gota. Su diabetes y sus antecedentes familiares lo hacen susceptible de que lo sea.

Sus síntomas no concuerdan con una fractura por estrés, y no hubo lesiones obvias durante su sesión. Tranquilizarlo diciéndole que él ya tiene un estilo de vida muy saludable y que debe continuar tanto como sea posible para tener más probabilidades de una buena recuperación. El tratamiento inicial debe realizarse por medio del médico de cabecera.

Investigaciones

Si es apropiado y está disponible, pedir:

- Análisis de sangre: ácido úrico, VS, CRP

Próxima reorientación

Derivar al médico de cabecera para el tratamiento inicial de las crisis de gota.

Puntos clave

La aparición de los síntomas es importante en este caso, ya que el momento y el desarrollo inicial dan pistas sobre el diagnóstico.

La gota es la artritis inflamatoria más prevalente y los hombres se ven más afectados

Las enfermedades crónicas como la diabetes aumentan el riesgo de desencadenar gota



5

Lupus Eritematoso Sistémico

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune, multisistémica y muy variable. Puede afectar a diferentes órganos, con diferente gravedad y cronología. Es más común en mujeres y más prevalente en la población afrocaribeña. Los síntomas musculoesqueléticos son difusos y vagos, los dolores articulares y musculares suelen ir acompañados de fatiga intensa. Las erupciones cutáneas características son clínicamente importantes. El LES a menudo se confunde con otras patologías como la fibromialgia.

Lupus sistémico eritematoso

Guión

Paciente

Mary es una mujer de 30 años con dolor difuso en todo el cuerpo. No toma ningún medicamento.

Información Subjetiva Adicional

Mary sufre de dolor difuso por todo el cuerpo desde hace 6 semanas. La intensidad y la ubicación son variables y parecen estar relacionadas con su nivel de fatiga. Nunca ha dormido bien, pero durante las últimas 6 semanas su fatiga ha empeorado. Se siente bastante mal y cansada, pero no presenta síntomas específicos como náuseas, mareos o fiebre.

Anteriormente estaba en forma y sana. Siempre ha dormido mal, pero eso no afectaba a sus capacidades. Ahora tiene problemas para concentrarse y se siente letárgica.

El dolor físico no afecta realmente a sus funciones, pero está lo suficientemente presente como para alterar su estado de ánimo. Está cansada de no sentirse bien y no tener una respuesta.

Patrón sobre 24 horas

Mary está permanentemente cansada. Los dolores y molestias generales son más graves cuando no está concentrada en otra cosa, lo que dificulta que concilie el sueño. Ella siempre se ha despertado por la noche y no piensa que hoy en día sea peor.

Cuando se despierta, el nivel de dolor es similar al de antes de dormirse.

No hay un patrón claro durante el día. El dolor mejora cuando se concentra en otra cosa.

Antecedentes

Mary no tiene otros problemas médicos, ya sea de corazón, tiroides, problemas neurológicos, asma o diabetes. No ha estado enferma durante el último año, no ha contraído ninguna enfermedad de transmisión sexual y nunca ha tomado esteroides. No se siente ansiosa, pero su ánimo ha estado bajo últimamente debido a sus síntomas.

Mary también dice que ha tenido 3 abortos espontáneos en los últimos 7 años. Ella y su esposo están tratando de tener un bebé. También tuvo una erupción cutánea en la cara durante las últimas 6 semanas que no le dolía ni le picaba. No aparece visible durante la consulta de hoy.

Factores sociales

Mary se mudó de Jamaica hace 3 años para venir al Reino Unido con su esposo. No trabaja, pero pasa su tiempo cocinando, limpiando y viendo a sus amigos. Su esposo trabaja en un banco y regresan a Jamaica cada 3 meses por trabajo o por la familia.

Mary no fuma ni bebe alcohol. Su IMC es 26.

Lupus sistémico eritematoso

Guión

Actividad de razonamiento clínico

A partir de esta presentación, anota los elementos que os hagan pensar que Mary pueda estar sufriendo de LES:

Está justificado solicitar investigaciones complementarias en caso de sospecha de un LES.

- Dolor difuso y fatiga
- Las mujeres corren mucho más riesgo de desarrollar LES
- Las poblaciones afrocaribeñas tienen mayor riesgo de desarrollar LES
- Los abortos espontáneos repetidos pueden indicar la existencia de un síndrome anti-fosfo-lipídico a veces asociado con el LES
- La edad de desarrollo se sitúa en el período reproductivo (15-44 años).

Siguientes pasos

Explicar a Mary que sus síntomas requieren una investigación más detallada en reumatología a la búsqueda de un LES. Este es el mejor lugar para diagnosticar y descartar otras causas potenciales. Explicar también que el hecho de que sea mujer y de origen afrocaribeño aumenta considerablemente el riesgo de desarrollar esta patología, aunque sea rara. Abordar las estrategias de modulación de la actividad que podrían ayudar a controlar los síntomas de la fatiga durante el día.

Animarla para que mantenga su nivel de actividad tanto como sea posible, ya que ésto será beneficioso a largo plazo y podrá paliar su pérdida de forma física.

Su estilo de vida ya es muy saludable, así que animarla a continuar tanto como sea posible.

Investigaciones

Análisis de sangre: (personalmente dejaría decidir al departamento de reumatología)

AAN (anticuerpos antinucleares)

Próxima reorientación

Derivarla a reumatología para una mayor investigación y el inicio del tratamiento adecuado.

Lupus Sistémico Eritematoso

Guión

Puntos clave

El LES imita una gran cantidad de patologías musculoesqueléticas , por lo que es fácil diagnosticarlo como fibromialgia u otra patología similar.

Comprender la implicación de sistemas múltiples es importante para reconocerlo. Comprobad si hay problemas renales, trastornos sanguíneos, erupciones cutáneas, serositis , artritis.

Mucho más prevalente en mujeres (ratio 10: 1 aprox.) y mayor riesgo entre los afrocaribeños.

Un punto importante para recordar. Las erupciones cutáneas aparecen explicadas en los libros sobre pieles caucásicas. No son idénticas en pieles no caucásicas y, a menudo, son más discretas. Tenedlo en cuenta cuando busquéis cambios en la piel y enfermedades.

6

Síndrome de Sjogren

El síndrome de Sjogren es un trastorno inflamatorio del tejido conectivo que afecta a las glándulas secretoras, como las de la boca y los ojos. Los síntomas musculoesqueléticos suelen ser vagos y difusos y se asocian con fatiga. Es mucho más prevalente en mujeres con un inicio entre los 50 y 60 años. El síndrome de Sjogren puede ser la patología inicial o puede ser secundaria a otra afección inflamatoria como la PR o el LES.

Síndrome de Sjogren

Guión

Paciente

Anna es una mujer de 40 años con dolores musculares difusos en las piernas. Actualmente no tiene ningún medicamento prescrito.

Información Subjetiva Adicional

Anna sufre dolor muscular difuso en las piernas desde hace aproximadamente 6 meses. No hubo ningún evento desencadenante, ni ningún cambio en sus hábitos. Se ha sentido cansada permanentemente durante las últimas 4 a 6 semanas. Duerme bien pero nunca se siente descansada.

El dolor muscular no parece estar relacionado con lo que está haciendo y no cambia en intensidad, ya sea en reposo o en actividad. No influye en sus habilidades, pero se siente un poco deprimida debido al dolor constante. La fatiga se vuelve problemática porque tiene dificultades para concentrarse en el trabajo y ya no desea practicar más sus actividades de ocio.

No ha sufrido lesiones previas. En los 6 meses anteriores, tuvo dolores ocasionales en las manos y los pies que se parecían al dolor actual, pero que remitieron en 6 horas o al día siguiente.

Patrón sobre 24 horas

Tiene la sensación de que el dolor es un poco más fuerte por la mañana, pero no es significativo. No tiene dificultad para dormir y los síntomas no la despiertan.

Está cansada cuando se despierta, independientemente de la cantidad de horas que duerma.

Antecedentes

Anna no sufre de ningún otro problema médico ya sea de corazón, tiroides, neurológico, asma o diabetes. Se sintió bien el año pasado, niega la posibilidad de haber contraído una enfermedad de transmisión sexual y nunca ha tomado esteroides. Dice que no sufre de ansiedad ni depresión.

Anna describe tener los ojos secos. Utiliza lágrimas artificiales con regularidad a lo largo del día y tiene la boca muy seca. No ha notado ningún cambio de sequedad vaginal. Siempre tiene una botella de agua con ella y bebe regularmente durante nuestra consulta.

Su madre sufre de poliartritis reumatoide. No existe otra patología inflamatoria en los antecedentes familiares

Factores sociales

Anna es contable y trabaja en una oficina. Le gusta jugar al tenis con regularidad, pero no ha podido ir recientemente debido a su fatiga.

Anna no fuma ni bebe alcohol. Su IMC es 24.

Síndrome de Sjogren

Guión

Actividad de razonamiento clínico

Teniendo en cuenta esta presentación, anotad los elementos que indicarían que Anna puede estar padeciendo un síndrome de Sjogren :

Está justificado que Anna realice exámenes con respecto a su síndrome de Sjogren debido a:

- Dolor muscular (mialgia) y fatiga con dolor en las manos y los pies potencialmente en las articulaciones (artralgia)
- Las mujeres tienen mayor riesgo de desarrollar un síndrome de Sjogren
- Los ojos secos y la boca seca son característicos del síndrome de Sjogren
- Hay antecedentes familiares de artropatía inflamatoria.
- Su aparición varía entre los 40-60 años.

Siguientes pasos

Explicar a Anna que sus síntomas justifican la realización de exámenes especializados. Los ojos secos, la boca seca y los dolores y molestias pueden ser debidos a la misma enfermedad.

El hecho de que su madre tenga poliartritis reumatoide aumenta su riesgo de desarrollar una enfermedad inflamatoria.

Discutir las estrategias de modulación de la actividad que le ayudarán a controlar su fatiga durante el día. Animarla para que mantenga su nivel de actividad tanto como sea posible, ya que ésto será beneficioso a largo plazo y puede aliviar su pérdida de forma física.

Investigaciones

Podéis realizar el test de Schimer en la clínica si os sentís capaces. Puede dar una medida objetiva de la sequedad de la piel.

Próxima reorientación

Referir a reumatología para exámenes en profundidad y comenzar el tratamiento apropiado.

Puntos clave

Los síntomas musculoesqueléticos de un síndrome de Sjogrenson son a menudo vagos y difusos.

Es importante hacer preguntas sobre la fatiga y sus posibles causas.

Es vital hacer preguntas detalladas sobre las secreciones oculares, bucales y vaginales.

El síndrome de Sjogren es mucho más común en mujeres que en hombres (proporción aprox. 9:1)

7

Polimialgia Reumática

La polimialgia reumática es una patología inflamatoria caracterizada por dolor y rigidez en los hombros y / o cintura pélvica. La base del tratamiento es farmacológica, incluyendo generalmente esteroides. La aparición de los síntomas ocurre muy raramente antes de los 50 años, el pico es a los 65 años, afectando 3 veces más las mujeres que los hombres. No tiene por qué haber debilidad muscular en el cuadro clínico, pero probablemente presencia de sensibilidad a la palpación de los músculos proximales.

Polimialgia Reumática

Paciente

Sally es una mujer de 65 años con dolor bilateral en los hombros. No está tomando ningún medicamento.

Información Subjetiva Adicional

Sally sufre de dolor bilateral en los hombros desde hace unos 3 meses. Cree que comenzó después de ayudar a su hija a mudarse. Dice que en realidad no ha perdido amplitud, pero sus 2 hombros le parecen muy rígidos cuando intenta levantar los brazos por encima de la cabeza o poner la mano detrás de la espalda.

No ha tenido problemas musculoesqueléticos en el pasado. Su dolor y rigidez la limitan en su pasatiempo favorito, la jardinería, y se siente menos motivada debido a la molestia. Dice que actualmente no tiene ningún otro dolor o problema articular.

Patrón sobre 24 horas

Sus síntomas empeoran cuando se despierta y duran aproximadamente 1 hora, lo que realmente le dificulta vestirse, ya que sus hombros están muy rígidos y doloridos. Los síntomas mejoran hasta cierto punto tras esa hora, pero la incomodidad y la rigidez están presentes durante todo el día.

El dolor es bastante difuso en los hombros y entre las escápulas.

Los síntomas no la despiertan por la noche y no impactan en su sueño.

Antecedentes

Sally no sufre de ningún otro problema médico ya sea de corazón, tiroides, neurológico, asma o diabetes. Se sintió bien el año pasado, niega la posibilidad de haber contraído una enfermedad de transmisión sexual y nunca ha tomado esteroides. Ella dice que no está ansiosa pero que sufrió depresión durante varios años. Actualmente no toma la medicación que tomaba anteriormente para tratarla.

Sally dice que no tiene otros dolores articulares ni antecedentes familiares de patologías inflamatorias.

Factores sociales

Sally es una veterinaria jubilada. Le gusta hacer jardinería durante unas horas al día y se siente frustrada por no poder mantener este nivel de actividad.

Mary no fuma ni bebe alcohol. Su IMC es 30.

Actividad de razonamiento clínico

Teniendo en cuenta esta presentación, anota los elementos que indiquen que Sally podría tener polimialgia reumática:

Polimialgia Reumática

Está justificado solicitar investigaciones para diagnosticar una PMR:

- Dolor de hombros bilateral y rigidez
- Los síntomas empeoran por la mañana.
- Los síntomas son difusos en toda la cintura escapular.
- Mujer de 65 años con un IMC alto que concuerda con la demografía clásica para un inicio de PMR
- La depresión está relacionada con la PMR en muchos casos

Siguientes pasos

Explicar a Sally que sus síntomas pueden estar relacionados con la PMR y que se necesitan más pruebas para que pueda recibir el tratamiento adecuado y descartar otras causas de sus síntomas. Abordar el hecho de que sus características demográficas y su presentación de síntomas nos hacen sospechar esta patología.

Un programa de ejercicio gradual puede ser útil para mantener la función del hombro y mejorar la función actual. Desafortunadamente, esto no parece tener un impacto en el nivel de dolor o la sensación de rigidez. Discutir sobre su salud general, ya que su alto índice de masa corporal ayudará a aumentar la inflamación sistémica. Disminuirlo aumentará las posibilidades de resultados positivos independientemente del diagnóstico.

Investigaciones

Análisis de sangre:

- VS (> 40), CRP

Actualmente no existen imágenes relevantes excepto para excluir otras patologías involucradas.

Próxima reorientación

Derivar según el circuito sanitario local, ya sea al médico de cabecera o al reumatólogo.

Puntos clave

El dolor y la rigidez bilateral de los hombros es un síntoma clave de la PMR (90% de los casos)

Una VS > 40 casi siempre está presente en la PMR y un resultado negativo excluye la patología.

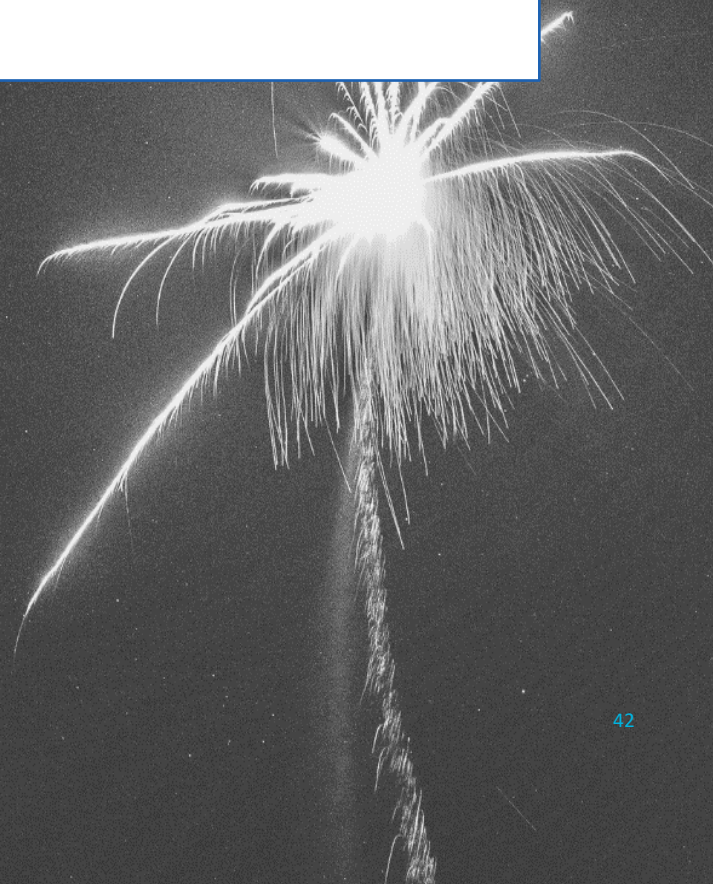
Los síntomas de la cintura pélvica también pueden estar involucrados y en el 10% de los casos serán los únicos síntomas del cuadro clínico.

El pico de aparición de los síntomas es a los 65 años, las mujeres tienen una incidencia más alta (aproximadamente 3: 1) y un IMC alto aumentará el riesgo de desarrollar la patología.

8

Artritis reactiva

La artritis reactiva es una patología variada desencadenada por una infección extra-articular, generalmente de origen gastrointestinal (GI) o genitourinario (GU). La artritis reactiva a menudo es clínicamente indistinguible de otras artropatías como la EpA axial o la PR. Identificar el evento desencadenante es clave. Aparece en la población caucásica joven de 20 a 40 años y un origen GU es más común en hombres que en mujeres. La prevalencia GI es equivalente. Los síntomas suelen aparecer de 2 a 6 semanas después de la infección.



Artritis Reactiva

Guion 1

Paciente

Dean es un varón caucásico de 20 años con dolor lumbar. No está tomando ningún medicamento.

Información Subjetiva Adicional

Dean se queja de dolor de espalda intenso y rigidez desde hace 6 semanas. No tiene antecedentes de dolor de espalda y no identifica un desencadenante de sus síntomas. Lleva 6 semanas de baja, desde que comenzaron los síntomas.

No ha estado enfermo durante los últimos 6 meses y, en general, está en forma y en buen estado de salud. Recientemente (hace 8 semanas) estuvo de vacaciones en Magaluf y mantuvo relaciones sexuales sin protección con varias personas allí. No ha considerado hacerse la prueba para una IST (infección sexualmente transmisible)

Patrón sobre 24 horas

Sus síntomas son intensos por la mañana. El dolor es mucho más intenso con rigidez significativa durante un máximo de 4 horas. Se siente mejor durante el día si está en movimiento. Si se sienta a ver la televisión o incluso a comer, su espalda se pone rígida nuevamente y tiene que caminar para aliviarla.

Se despierta en la segunda parte de la noche con dolor de espalda. Debe levantarse de la cama y caminar para poder aliviar el dolor lo suficiente, acostarse y volverse a dormir.

Antecedentes

Dean no sufre de ningún otro problema médico ya sea de corazón, tiroides, neurológico, asma o diabetes. No ha estado enfermo en el último año, dice que no tiene antecedentes de infecciones de transmisión sexual y nunca ha tomado esteroides. No sufre de ansiedad ni depresión.

Dean dice que no tiene otros dolores en las articulaciones, ni antecedentes de patologías inflamatorias. Su padre tiene Espondiloartritis Anquilosante

Factores sociales

Dean es albañil. Es muy activo, va al gimnasio casi todos los días después del trabajo y juega al rugby los fines de semana.

Dean fuma muy de vez en cuando y solo bebe alcohol durante las vacaciones. Su IMC es 25.

Actividad de razonamiento clínico

Teniendo en cuenta esta presentación, anota los elementos que os hagan pensar que Dean pudiera tener artritis reactiva:

Artritis Reactiva

Guion 1

Está justificado que se realicen pruebas adicionales para determinar si Dean presenta una artritis reactiva:

- Patrón severo de rigidez y dolor espinal inflamatorio.
- Riesgo de haber contraído una ITS y haber desarrollado síntomas 2 semanas después
- Sexo masculino y su padre tiene Espondiloartritis Anquilosante (alta probabilidad de HLA-B27 positivo)
- La artritis reactiva es frecuente entre los 20-40 años.

Siguientes pasos

Explicar a Dean que sus síntomas sugieren fuertemente dolor de espalda inflamatorio y, en su caso, artritis potencialmente reactiva debido al período de aparición. Aún no podemos estar seguros de que sea una EpA axial vs. reactiva debido a la falta de información. Ambas posibilidades requieren investigaciones en Reumatología.

Abordar con Dean las estrategias que podrían ayudarlo a controlar sus síntomas a corto plazo, como ejercicios de movilidad o ejercicios de intensidad ligera a moderada. La balneoterapia también podría resultarle beneficiosa para hacer sus ejercicios en un ambiente relativamente cómodo. Esto podría ayudarlo a corto plazo y también limitar la pérdida de forma física a largo plazo.

Tranquilizarle diciéndole que si se diagnostica y se atiende a tiempo, las dos afecciones tienen una buena probabilidad de progresar favorablemente, y que el objetivo es que vuelva a sus funciones anteriores lo más rápidamente posible.

Investigaciones

Análisis de sangre: (si están disponibles y son relevantes)

- VS, CRP, HLA-B27

Imágenes: (si están disponibles y son relevantes)

- Resonancia magnética de todo el raquis y de las articulaciones sacroilíacas según el protocolo para una EpA

Próxima reorientación

Derivarlo a reumatología para una investigación en detalle y el inicio del tratamiento adecuado.

Derivar a Dean a un centro de salud sexual para un chequeo y averiguar si ha contraído una ITS.

Reorientar a balneoterapia si es necesario o darle consejos para que lo haga de forma autónoma

Artritis Reactiva

Guion 1

Puntos clave

La artritis reactiva a menudo no se distingue clínicamente de otras artropatías inflamatorias

La artritis reactiva inducida por clamidia es mucho más común en los hombres (aproximadamente 9: 1)

Los síntomas aparecen alrededor de 2 a 6 semanas después de la infección inicial.

El HLA-B27 es positivo en aproximadamente el 75% de los pacientes, por lo que los antecedentes familiares de patologías relacionadas son una buena pista.

La edad de aparición de la artritis reactiva es con mayor frecuencia alrededor de los 20-40 años, y se da más a menudo en caucásicos.

Artritis Reactiva

Guion 2

Paciente

Jennifer es una mujer de 30 años con dolor severo en su glúteo, cadera y talón derecho desde hace 3 meses. Vio a un osteópata sin mejoría. Tiene asma y utiliza un inhalador para ello.

Información Subjetiva Adicional

Jennifer tuvo un inicio repentino de dolor severo en su glúteo derecho, cadera derecha y talón derecho hace 3 meses. Anteriormente gozaba de buena salud y no tenía antecedentes de problemas musculoesqueléticos. Se despertó en medio de la noche hace 3 meses con este intenso dolor y nunca ha mejorado desde entonces.

Vio a su médico de cabecera, quien la derivó a un osteópata por un posible problema lumbar que se irradiaba hacia el glúteo y la cadera derecha. Hizo 4 sesiones pero sintió que se estaba deteriorando y decidió parar. Su médico le recetó Naproxeno para ver si podía ayudarla, pero tras 2 dosis tuvo una exacerbación severa de su asma. Piensa que el Naproxeno mejoró sus síntomas.

No puede quedarse sentada durante más de unos minutos debido al dolor en la cadera y el glúteo. El dolor de talón es intenso tras el reposo, y puede tardar unos minutos en desaparecer al caminar. Sus síntomas son mínimos al caminar, pero severos si intenta correr. Hay edema, calor y enrojecimiento en la parte posterior del talón.

Patrón sobre 24 horas

Jennifer se despierta casi todas las noches alrededor de las 3 de la madrugada con un dolor intenso en el glúteo derecho y la cadera. Sus síntomas empeoran cuando se despierta, durante unos 30 minutos. Su cadera y talón derechos están muy rígidos, y se vuelven más flexibles gracias a movimientos suaves.

Antecedentes

Jennifer no sufre de ningún otro problema médico ya sea de corazón, tiroides, neurológico, asma o diabetes. Tiene asma pero no usa sus inhaladores con mucha frecuencia. Asegura que no tiene ninguna infección de transmisión sexual y nunca ha tomado esteroides. No sufre de ansiedad ni depresión.

Jennifer tuvo una gastroenteritis hace unas 4 semanas antes de que comenzaran los síntomas.

Jennifer no tiene antecedentes personales o familiares de patologías inflamatorias.

Factores sociales

Jennifer es maestra y corre 2-3 veces por semana. Tiene cuidado con su alimentación y es vegetariana.

Jennifer no fuma y bebe alcohol los fines de semana. Su IMC es 23.

Artritis Reactiva

Guion 2

Actividad de razonamiento clínico

Teniendo en cuenta esta presentación, anotad los elementos que os hagan pensar que Jennifer pudiera tener artritis reactiva:

Está justificado que se realicen pruebas adicionales para determinar si Jennifer presenta una artritis reactiva:

- Patrón inflamatorio severo en el glúteo, cadera y talón derechos (¿Entesitis de inserción aquilea?)
- Gastroenteritis 4 semanas antes del inicio de los síntomas
- La artritis reactiva es frecuente entre los 20-40 años.
- Posible mejora con Naproxeno

Siguientes pasos

Explicar a Jennifer que sus síntomas son de naturaleza inflamatoria y, en su caso, podrían ser artritis reactiva debido al período de aparición. Esto requiere exámenes complementarios en reumatología para confirmar el diagnóstico y establecer un plan de tratamiento.

Discutir con Jennifer sobre las estrategias que podrían ayudarla a controlar sus síntomas a corto plazo, como la posición para sentarse y dormir, el ejercicio suave o un programa gradual para mantener la función.

Investigaciones

Análisis de sangre: (si están disponibles y son relevantes)

- VS, CRP, HLA-B27 (prefiero dejar eso en manos del departamento de reumatología en este caso)

Imágenes: (si están disponibles y son relevantes)

- Difícil ser específico en este caso, potencialmente para descartar otros diagnósticos diferenciales clínicamente importantes (prefiero dejar eso al departamento de reumatología en este caso)
- Se puede solicitar una resonancia magnética de las articulaciones sacroilíacas y la cadera derecha
- Ecografía del talón derecho en busca de entesitis de inserción aquilea

Próxima reorientación

Derivarlo a reumatología para una investigación en detalle y el inicio del tratamiento adecuado.

Artritis Reactiva

Guion 2

Puntos clave

La artritis reactiva a menudo no se distingue clínicamente de otras artropatías inflamatorias

La prevalencia de la artritis reactiva inducida por un problema gastro intestinal es equivalente entre hombres y mujeres.

Otras patologías clínicamente importantes (en este caso el asma) pueden agravar el cuadro clínico (no hay posibilidad de tomar medicamentos antiinflamatorios)

La edad de aparición de la artritis reactiva es con mayor frecuencia alrededor de los 20-40 años, y se da más a menudo en caucásicos.

9

Autoevaluación

No os preocupéis, esto no es la declaración de impuestos ...

Avanzad pregunta a pregunta. No son extremadamente difíciles, pero pensad en cómo los aspectos demográficos y las diferentes situaciones pueden afectar al resultado.

Autoevaluación

Una mujer de 40 años viene a veros con dolor bilateral y edema en las articulaciones MCF.

- ¿Qué preguntas adicionales le haríais sobre sus síntomas?
- ¿Qué sería relevante en sus antecedentes?
- ¿Qué test objetivo podríais hacer?
- Pensáis en una PR: ¿Qué análisis de sangre pediríais?

Un hombre de 20 años viene a veros con rigidez en la espalda y dolor bilateral en los glúteos.

- ¿Qué tipo de patrón sobre 24 horas aumentaría vuestra sospecha de que fuera una EpA axial?
- ¿Qué medicamentos mejorarían sus síntomas?
- ¿Qué imágenes podríais pedir?
- Dice que dio positivo por clamidia hace 8 semanas, ¿cambiaría eso vuestro diagnóstico diferencial?

Las patologías del tejido conjuntivo (p. ej., LES y síndrome de Sjogren) son difíciles de identificar

- ¿Son mas predominantes en hombres o en mujeres?
- Si vuestro paciente tiene 75 años, ¿es más o menos probable que presente una enfermedad del tejido conjuntivo?
- ¿Cuáles son los signos no musculoesqueléticos clásicos del síndrome de Sjogren ?
- En caso de LES, ¿qué síntomas cutáneos aumentarían vuestro nivel de sospecha?

La osteoporosis es asintomática hasta que se produce una fractura

- Anotad 3 características demográficas que aumentarían el riesgo de desarrollar osteoporosis.
- ¿Qué herramienta podríais utilizar para evaluar el riesgo de fractura?
- ¿A quién debéis derivar un paciente si sospecháis que tiene riesgo de presentar una densidad ósea baja?
- ¿Qué ideas de tratamiento podríais utilizar para ayudar al paciente?

Las patologías inflamatorias a menudo se ven afectadas por el estilo de vida del paciente.

- Nombrad 3 cosas que podrían afectar *negativamente* los resultados
- Nombrad 3 cosas que podrían afectar *positivamente* los resultados
- ¿Deberíamos animar a las personas con enfermedades inflamatorias a hacer ejercicio?
- ¿Importa la ubicación geográfica?

La Polimialgia reumática es una patología difícil de identificar por sus síntomas vagos y difusos.

- ¿Qué nivel de VS esperaríais?
- ¿Qué porcentaje de pacientes no presentan dolor y rigidez en la cintura escapular?
- ¿A qué edad encontramos el pico de aparición de los síntomas?
- ¿Cuánto tiempo pueden empeorar los síntomas por la mañana?

Autoevaluación

Una mujer de 40 años viene a veros con dolor bilateral y edema en las articulaciones MCF.

- Patrón sobre 24 horas, calor o enrojecimiento, otros problemas de las articulaciones, especialmente en las MTF, duración, aparición
- Otras patologías inflamatorias como psoriasis o colitis
- Squeeze test de MCF y MTF
- VS, PCR, factor reumatoide, anti-CCP

Un hombre de 20 años viene a veros con rigidez en la espalda y dolor bilateral en los glúteos.

- Los síntomas empeoran por la mañana durante > 30 minutos, se despierta en la segunda parte de la noche con síntomas.
- AINEs
- Resonancia magnética de todo el raquis y de las articulaciones sacroilíacas según el protocolo para una EpA
- Sí, eso os haría sospechar una artritis reactiva, aunque la clínica sugiere una EpA axial

Las patologías del tejido conjuntivo (p. ej., LES y síndrome de Sjogren) son difíciles de identificar

- Mujeres
- Es menos probable que el pico de aparición se produzca durante los años reproductivos.
- Sequedad de ojos, boca y / o vagina, fatiga.
- Erupción cutánea

La osteoporosis es asintomática hasta que se produce una fractura

- Edad, sexo femenino, IMC bajo
- El FRAX
- Su médico de cabecera
- Programa de carga gradual, programa de equilibrio.

Las patologías inflamatorias a menudo se ven afectadas por el estilo de vida del paciente.

- Tabaco, IMC alto, consumo excesivo de alcohol, bajo nivel de ejercicio, dieta poco saludable
- No fumador, IMC normal, dieta variada, ejercicio regular, bajo consumo de alcohol
- Sí, ayuda a mantener la función y puede ser antiinflamatorio.
- En determinadas condiciones sí, por ejemplo, la gota tiene una prevalencia geográfica diversa incluso dentro de los países.

La Polimialgiareumática es una patología difícil de identificar por sus síntomas vagos y difusos.

- >40
- 10%
- 65 (a tener en cuenta, es muy raro antes de los 50 años)
- Más de 30 minutos

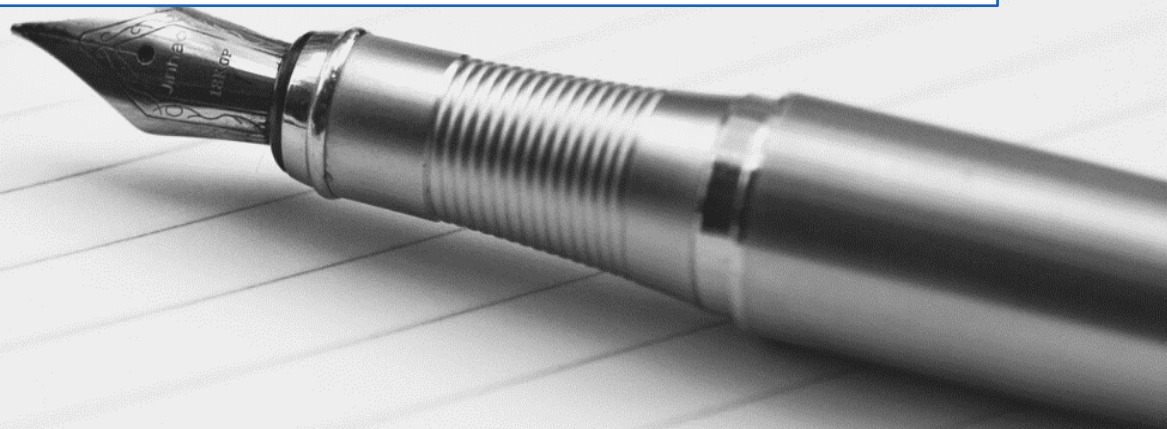
10

Correo para derivar

La comunicación es vital y estos pacientes son complejos. Es importante asegurarse de que los detalles proporcionados sean tanto comprensibles como útiles para nuestros colegas.

He creado dos correos en el que veréis el estilo que uso. Espero que os sean de utilidad.

¿Y por qué no escribir cartas para algunos de los guiones de este folleto?



Nombre

Dirección

Correo electrónico

Teléfono

Doctor

La consulta del médico de cabecera

Dirección

Respecto al Sr. John Smith; Dirección; fecha de nacimiento

Querido doctor,

Tuve el placer de recibir al Sr. John Smith en consulta el 22/03/2022. Se queja de dolor en el pecho que apareció insidiosa hace 3 meses. No ha habido lesiones ni cambios en sus hábitos que expliquen la aparición de sus síntomas.

El patrón de dolor sobre 24 horas es de naturaleza inflamatoria; rigidez de la columna y dolor que empeora por la mañana durante 60 minutos, mejora con la actividad y empeora con el descanso, también se despierta a las 3 de la mañana todos los días y tiene que levantarse para aliviar sus síntomas. El ibuprofeno alivia significativamente sus síntomas, por lo que lo toma con regularidad a lo largo del día.

No tiene otros problemas de salud ni antecedentes familiares de enfermedades inflamatorias como psoriasis, iritis / uveítis, enfermedad de Crohn / colitis o artropatía inflamatoria.

John trabaja en un despacho y se las arregla para continuar con su pasatiempo yendo al gimnasio con regularidad.

Los síntomas de John me hacen sospechar una espondilitis axial. Nos pusimos de acuerdo en que la mejor opción era derivar a reumatología para realizar exámenes adicionales. ¿Puedo pedirle su opinión y la derivación a reumatología? No creo que actualmente una investigación suplementaria cambie la necesidad de esta reorientación y, después de la evaluación, creo que es poco probable que haya otro diagnóstico clínicamente importante que explique sus síntomas.

Animé a John a que continuara con su programa de gimnasia tanto como pudiera tolerar, le aconsejé que no fumara ni bebiera alcohol. Por lo demás, está en forma y saludable.

John tiene mis datos de contacto si la situación cambia y lo recibiría con placer si es el caso. No dude en ponerse en contacto conmigo para obtener más información.

Gracias de antemano.

Saludos cordiales,

Médico de referencia

Nombre

Dirección

Correo electrónico

Teléfono

Doctor

La consulta del médico de cabecera

Dirección

Con respecto a la Sra. June Doe; Dirección; fecha de nacimiento

Querido doctor,

Tuve el placer de recibir a la Sra. June Doe en consulta el 22/03/2022. Se fracturó la muñeca derecha hace 6 semanas. Perdió un poco de función tras la inmovilización con un yeso. Hemos preparado un programa de rehabilitación para abordar estos déficits.

Después del interrogatorio, descubrimos que June también se fracturó el tobillo hace 2 años; pensé que sería prudente hacer una prueba FRAX para evaluar su riesgo de baja densidad ósea. Su puntuación es alta, con un riesgo de fractura mayor al 32%, y un riesgo de fractura de cadera del 23%, lo que indica la necesidad de iniciar el tratamiento. También derivé a June para que hiciera un escáner DEXA hoy.

June no tiene otros problemas de salud y no tiene antecedentes familiares de patología inflamatoria como psoriasis, iritis / uveítis, enfermedad de Crohn / colitis o artropatía inflamatoria, ni tiene antecedentes familiares de osteoporosis.

June cree que su equilibrio está bien, pero le preocupa el hecho de que se haya vuelto a caer. Decidimos establecer un programa de equilibrio y un programa de pérdida de peso gradual para reducir su riesgo de caídas y comenzar a cargar su sistema para mantener su densidad ósea.

Gracias por hacerse cargo del cuidado de June con respecto al riesgo de osteoporosis.

Recibiré a June periódicamente para evaluar su progreso siguiendo los programas presentados anteriormente. No dude en ponerse en contacto conmigo para obtener más información.

Gracias de antemano.

Saludos cordiales,

Médico de referencia

Otros recursos

[Rheumatology.physio](#) contiene una amplia variedad de recursos de formación continua

Blogs, vlogs y descargas gratuitas

Podcasts gratuitos





[Guías de referencia en un vistazo](#)

[Audiolibro](#)

Jack también da cursos de formación continua sobre Reumatología.

[En línea](#)

[Presenciales](#)

The Hand	Contents	Symptom Distribution
<p>AT A GLANCE</p>  <p>A QUICK REFERENCE GUIDE TO: Basal Thumb Arthritis De Quervain's Tenosynovitis Intersection Syndrome Cubital Tunnel Syndrome And More...</p>	<p>Page 3 Symptoms Distributions Page 4 Trigger Finger Page 5 Dupuytren's Disease Page 6 De Quervain's Tendonitis Page 7 Intersection Syndrome Page 8 FCR Tendinopathy Page 9 ECU Tendinopathy Page 10 FCU Tendinopathy Page 11 Basal Thumb Arthritis Page 12 Carpal Tunnel Syndrome Page 13 Cubital Tunnel Syndrome Page 14 Triangular Fibrocartilage Tear Page 15 Ganglion Cysts</p>	 <p>Debs Stanton</p>
Spinal Masqueraders	Contents	CES AT A GLANCE
<p>AT A GLANCE</p>  <p>A QUICK REFERENCE GUIDE TO: Cauda Equina Syndrome Metastatic Cord Compression Spinal Fracture Spinal Infection And More...</p>	<p>Page 3 Cauda Equina Syndrome Page 4 Spinal Infections Page 5 Metastatic Spinal Cord Compression Page 6 Multiple Sclerosis Page 7 Spinal Fractures Page 8 Multiple Myeloma Page 9 Abdominal Aortic Aneurysm Page 10 Stenosis or Intermittent Claudication Page 11 Cervical Artery Dysfunction Page 12 Axial Spondyloarthritis</p>	<p>Presenting Features Unilateral or Bilateral Radicular Pain – especially if progresses from unilateral to bilateral +/- sensation loss +/- reflexes +/- regional weakness Altered saddle sensation – light touch, pinprick Bladder/bowel/sexual – frequency, retention Bowel distal/obscure – usually more lateral, non-specific possible Hedonic anal tone Sexual dysfunction – inability to orgasm/achieve erection, loss of sensation during sex</p> <p>Comorbid/PMH F. D. Stenosis Spinal surgery</p> <p>Demographics >40 Years Old</p> <p>Investigations MRI <48 hrs to 1-2 or neural pathway</p> <p>Andrew Cuff</p>
Rheumatology	Contents	AxSpA AT A GLANCE
<p>AT A GLANCE</p>  <p>A QUICK REFERENCE GUIDE TO: Axial Spondyloarthritis Lupus Osteoporosis Rheumatoid Arthritis Gout And More...</p>	<p>Page 2 Axial Spondyloarthritis Page 3 Rheumatoid Arthritis Page 4 Osteoarthritis Page 5 Osteoporosis Page 6 Psoriatic Arthritis Page 7 Fibromyalgia Syndrome Page 8 Polymyalgia Rheumatica Page 9 Lupus Page 10 Sjogrens Page 11 Gout</p> <p>PLEASE REMEMBER – THIS GUIDE IS NOT A REPLACEMENT FOR CLINICAL REASONING. IF YOU ARE UNSURE GET ADVICE</p>	<p>Presenting Features Back pain >3/22 Age of onset <45 Early morning spinal stiffness >30 mins Better with activity, worse with rest Night pain in the second half of the night Good response to NSAIDs</p> <p>Comorbid/PMH Fiscleitis Iritis/uveitis Chronic colitis</p> <p>Demographics Age of onset <45 2:1 Male:Female</p> <p>Non-Axial Features Peripheral arthritis/synovitis 30% Peripheral Enthesitis 40% Dactylitis 7% Fatigue</p> <p>Family History Inflammatory atherosclerotic</p> <p>Bloods HLA B27 +ve (85-96) CRP and ESR – may be raised</p> <p>Imaging MRI Spine – SpA Protocol</p> <p>Jack March Rheumatology.Physio</p>

Otras cosas interesantes



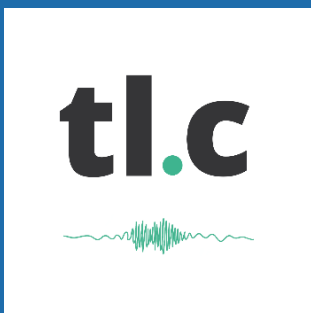
<https://www.uwholifestyle.co.uk> hace EL mejor café. ¡Deberías ir a ver si, como yo, no puedes hacer nada sin cafeína!



Imagino que ya lo sabéis pero os invito a que echéis un ojo a physio-matters.com para ver todo lo que ofrecemos en formación continua



Tengo la suerte de trabajar con gente increíble y HMDG son LOS MEJORES. ¿Quieres otra página web? Mantenme informado y os pondré en contacto.



¿Todavía no tenéis suficiente formación continua?
Que no cunda el pánico, tenéis mucho más en TherapistLearning.com

Gracias



RHEUMATOLOGY.PHYSIO

ONLINE.

Imágenes del capítulo - Varios: Unsplash

Imagen de portada - Angus Stanton

Relectura - Eli Tipney

Copyright – Jack March – July 2020

Traducción al Español: JuanFran Robles

Relectura: Albert Carrère

Autor: Jack March - Reumatología .Fisioterapeuta
