

## VÍAS CLÍNICAS

### 1. Patología no traumática de partes blandas

La patología de partes blandas es una de las causas más frecuentes de consulta en reumatología. En gran medida están implicados mecanismos de sobrecarga, ya sea en el ámbito laboral, doméstico, deportivo o de ocio.

Se refiere a patología local, con sintomatología generalmente a nivel de una articulación o a su alrededor, ocasionalmente con irradiación a distancia.

Las zonas que se afectan con mayor frecuencia son: hombro (periartritis), codo (epicondilitis o codo de tenista, bursitis olecraniana), muñeca (tendinitis de Quervein, tendinitis flexores/extensores), cadera (trocanteritis), rodilla (bursitis anserina, bursitis pata de ganso),

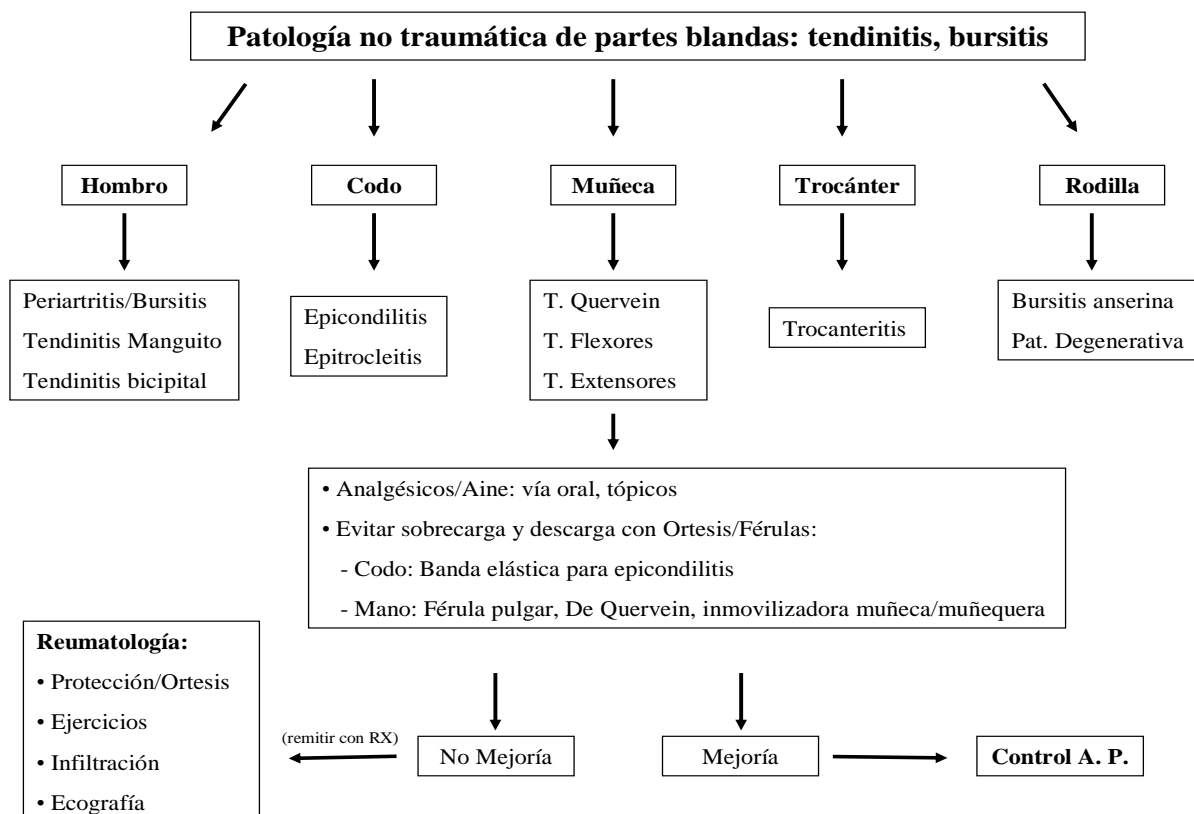
La **evaluación diagnóstica en Atención Primaria**, se basa en comprobar la naturaleza del proceso y descartar la presencia de patología inflamatoria articular (artritis).

El **enfoque terapéutico inicial en Atención Primaria**, se basa en:

- 1) Inicio de tratamiento con analgésicos (paracetamol, metamizol, tramadol, capsicina) y/o AINE por vía oral y tópica.
- 2) Evitar mecanismos de sobrecarga.
- 3) Medidas protectoras con ortesis (Ortopedia): banda elástica en epicondilitis, férula pulgar en tendinitis del extensor del pulgar, férula de Quervein, etc.

**Remitir a Reumatología:** ante no respuesta al tratamiento sintomático descrito durante 4 semanas, aportando radiografía de la zona afecta.

**Remitir a Traumatología:** en caso de sospecha de meniscopatía en rodilla o para valoración de indicación de cirugía en cualquier caso.



## 2. Patología del pie adulto no quirúrgico

La patología del pie es motivo frecuente de consulta en Atención Primaria. Si bien puede aparecer a cualquier edad, suele predominar en mujeres y en pacientes de edad avanzada.

Las causas más frecuentes de dolor en el pie adulto son: 1) Tobillo: dolor en áreas maleolares por tendinitis y/o patología degenerativa (descartar patología venosa, edemas); 2) Retropie: talalgias; 3) Antepie: metatarsalgia; 4) Deformidades en dedos, como hallus valgus y dedos en martillo.

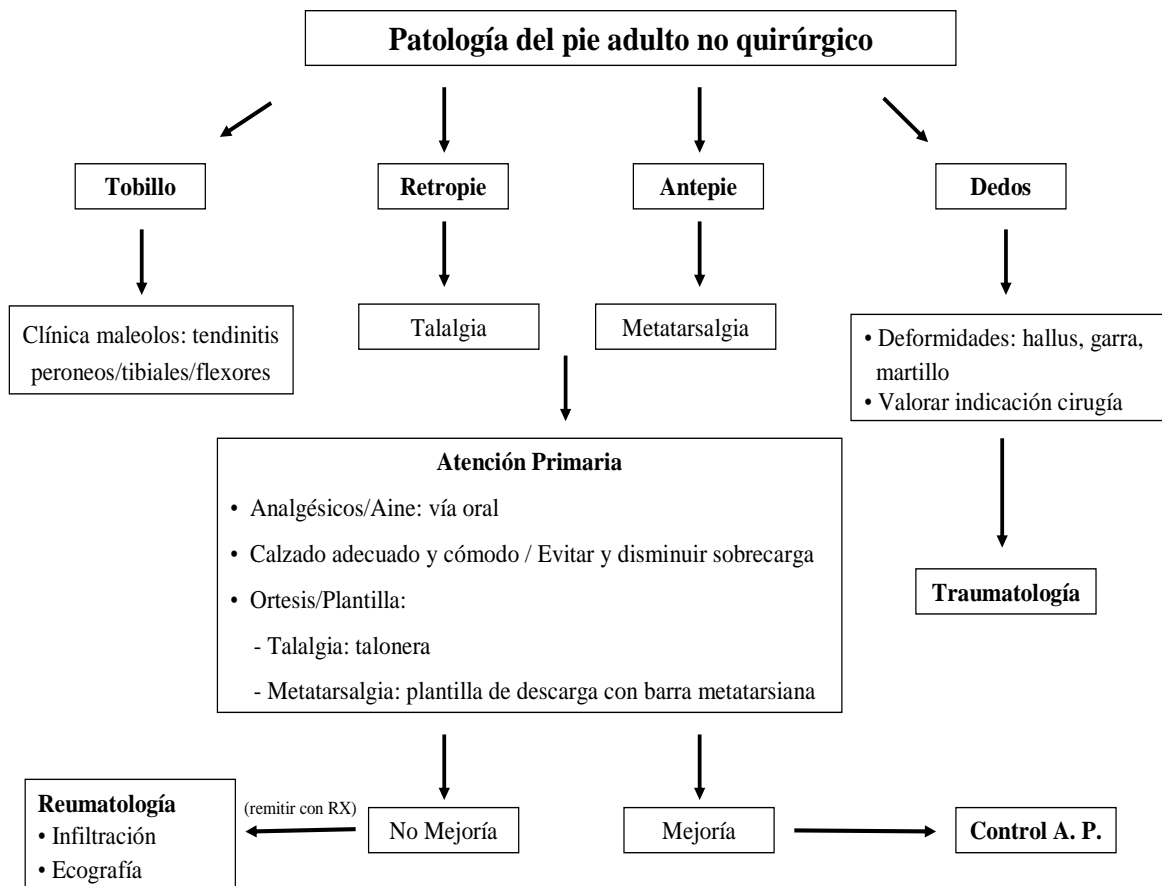
La **evaluación diagnóstica en Atención Primaria**, se basa en comprobar la naturaleza del proceso y descartar la presencia de patología inflamatoria articular (artritis) y de causas no articulares (patología venosa, edemas, etc)

El **enfoque terapéutico en Atención Primaria** se basa en:

- 1) Calzado adecuado, habitualmente de horma ancha
- 2) Uso de analgésicos/AINE por vía oral
- 3) Ortesis de descarga (Ortopedia): separadores/moldes de silicona/ortesis digitales en deformidades de dedos, plantilla de descarga con barra metatarsiana en metatarsalgia, talonera en talalgia, con o sin espolón calcáneo, etc.

**Remitir a Reumatología:** ante no respuesta al tratamiento sintomático descrito durante 4 semanas, dudas en el tratamiento local u ortopédico a aplicar. Se aportará siempre radiografía AP y/o lateral del pie afecto.

**Remitir a Traumatología,** pie plano, pie valgo, las deformidades de dedos que producen dolor e incapacidad y valoración de cirugía.



### 3. Paciente con lumbalgia

El dolor lumbar es un síntoma que afecta al 60%-80% de la población a lo largo de su vida. Sin embargo, la incidencia anual se estima entre 5%-25%. En el 90% de los casos la causa es estructural o mecánica y suele remitir con tratamiento sintomático. El 10% restante tiene gran interés puesto que puede ser la manifestación de patología inflamatoria, como las espondilitis anquilosante, o de procesos potencialmente graves como una neoplasia.

En la mayoría de los casos, el tratamiento lo asume el médico de atención primaria, con éxito. En casos crónicos, con dificultades diagnósticas o con sospecha de patología no mecánica, debe remitirse al especialista, para ser evaluado y si es necesario utilizar técnicas de imagen como la gammagrafía ósea, TAC o resonancia magnética. En este proceso es donde una adecuada coordinación en la derivación desde atención primaria a las distintas especialidades va a mejorar la eficiencia del sistema al conseguir evitar duplicidades de consultas y disminuir los tiempos de espera de los pacientes.

La **evaluación diagnóstica en Atención Primaria**, se basa en realizar una anamnesis dirigida y exploración adecuada, descartando datos de alarma. Si no hay mejoría rápida, se realizará una RX simple y analítica general con VSG.

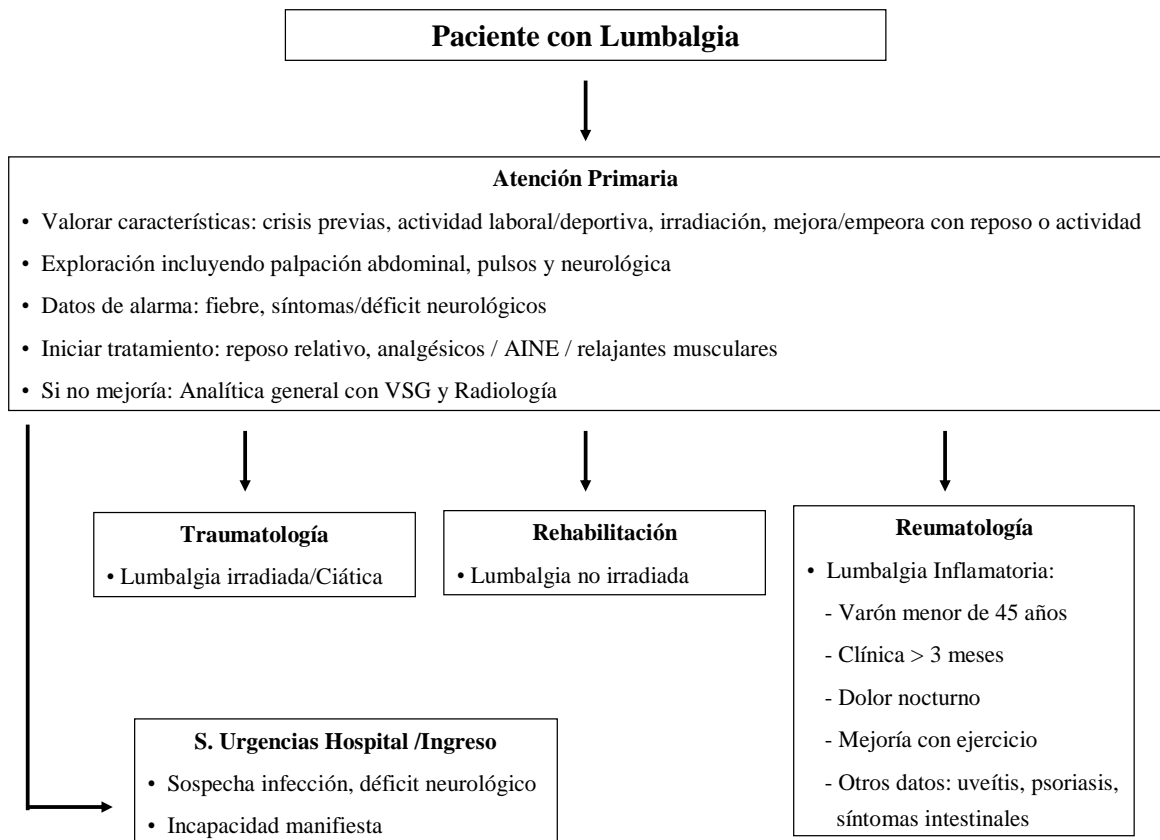
El **enfoque terapéutico en Atención Primaria** se basa en evitar la sobrecarga lumbar e iniciar un tratamiento sintomático, habitualmente con analgésicos, AINEs y relajantes musculares.

**Remitir a Reumatología**, en los casos en los que se sospeche una lumbalgia secundaria, especialmente inflamatoria.

**Remitir a Rehabilitación**, en los casos de lumbalgia mecánica no irradiada.

**Remitir a Traumatología**, en los casos de lumbalgia irradiada a miembros inferior o se requiera evaluación de indicación de cirugía.

**Remitir al Servicio de Urgencias Hospitalario**, ante sospecha de infección, neoplasia, déficit neurológico o incapacidad manifiesta de inicio reciente no filiada.



#### 4. Paciente con sospecha de osteoporosis

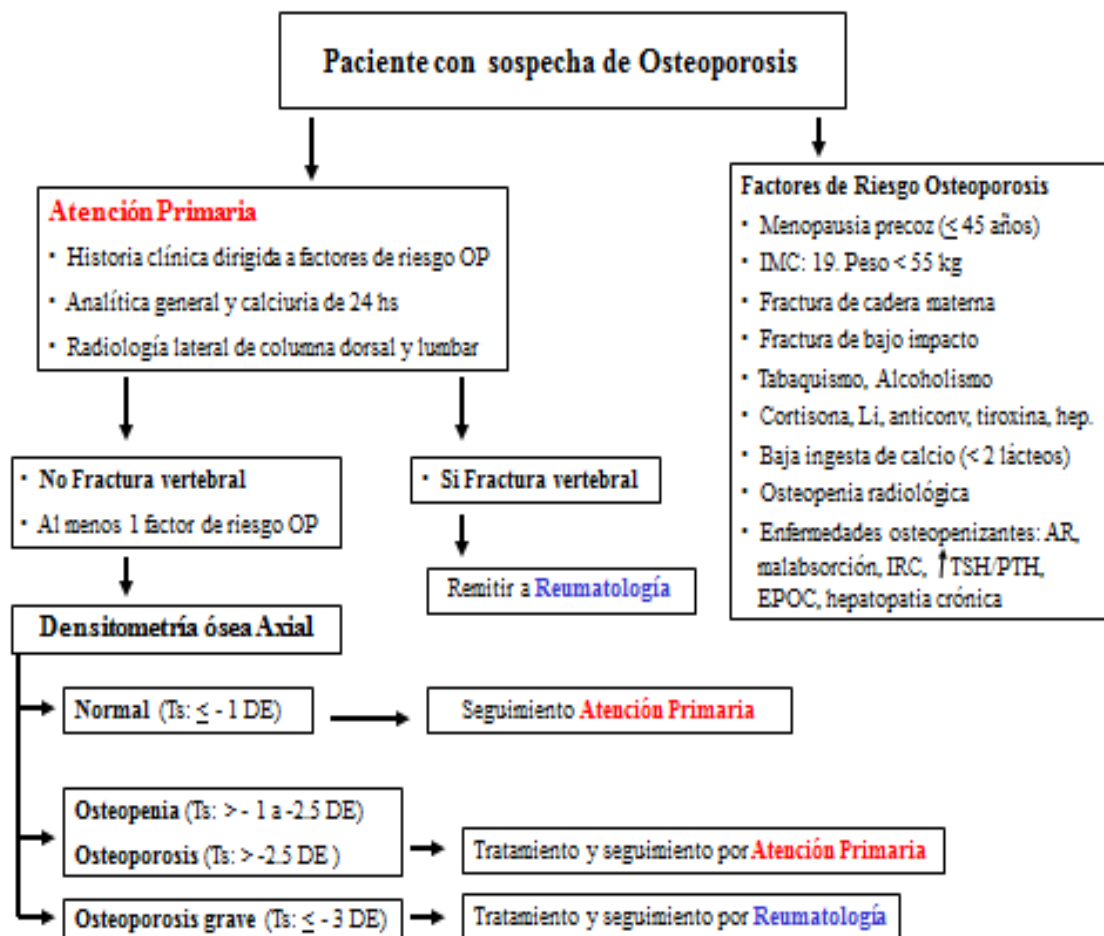
La osteoporosis es una enfermedad frecuente, que predomina en mujeres postmenopáusicas, aumentando su prevalencia con la edad: el 17% en la década de los 50 años y el 50% en las mayores de 70 años. Se debe sospechar en pacientes con factores de riesgo. El diagnóstico definitivo se basa todavía en el resultado de la densitometría ósea, que no está al alcance de atención primaria. El interés en el diagnóstico tiene que ver con que con la terapéutica actual utilizada correctamente se puede disminuir alrededor del 50% el riesgo de fractura osteoprotica.

La **evaluación diagnóstica en Atención Primaria**, se basa en detectar a los pacientes con factores de riesgo de la enfermedad y en tratar a los pacientes ya diagnosticados, favoreciéndola adherencia al tratamiento.

El **enfoque terapéutico en Atención Primaria** se basa en iniciar el tratamiento con fármacos antiresortivos u osteoformadores, con suplementos de calcio y vitamina D si no hay contraindicaciones.

**Remitir a Reumatología** a los pacientes en los que se deba confirmar el diagnóstico mediante densitometría ósea axial (existen dificultades de interpretación de la densitometría periférica, como el calcáneo, especialmente en sujetos con resultado normal), se sospeche una causa secundaria de la OP y las pacientes que presenten fracturas por los grandes avances terapéuticos recientes.

**Remitir a Traumatología**, en general no estaría contemplado, excepto en los casos que se precise cirugía urgente por afectación neurológica o se contemple la posibilidad de técnicas invasivas como la vertebroplastia.



## 1. Paciente con fibromialgia

La fibromialgia o síndrome fibromiálgico, es una enfermedad de origen desconocido, en la que se han demostrado entre otras, alteraciones en el sistema nervioso autónomo y un bajo umbral del dolor. Afecta al 2.4% de la población general mayor de 20 años, con una relación mujeres:hombres de 21:1. El diagnóstico se basa en la presencia de dolor músculo-esquelético generalizado más de 3 meses, acompañado con frecuencia de astenia, trastornos del ritmo del sueño y detección en la exploración de puntos gatillo característicos (habitualmente  $\geq 11/18$ : fig.1). Con frecuencia presentan otros datos: s. colon irritable, migraña, ansiedad y/o depresión.

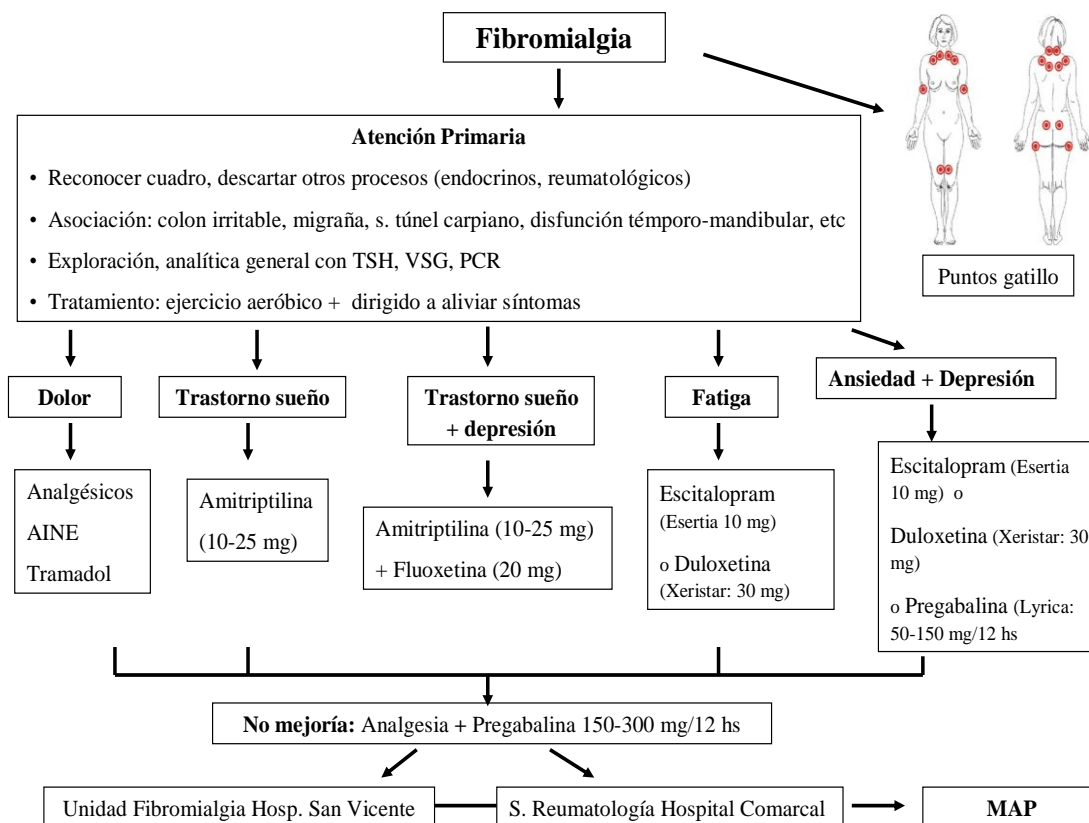
La **evaluación diagnóstica en Atención Primaria**, se basa en reconocer la enfermedad en los pacientes, habitualmente mujeres de edad media, con el cuadro característico. Se debe realizar una exploración completa e intentar descartar otros procesos, especialmente endocrinos (hipotiroidismo) y reumatológicos (patología de partes blandas, enfermedades inflamatorias articulares o sistémicas), mediante la solicitud de analítica general, con TSH, VSG, PCR.

El **enfoque terapéutico en Atención Primaria** se basa en tratar de aliviar los diversos síntomas. A todos los pacientes se les debe aconsejar **ejercicio aeróbico** (al menos pasear) progresivo.

Para el **dolor** iniciar analgésicos no opiáceos (Paracetamol, Metamizol) y/o AINE a dosis plenas, asociados a Tramadol, este con escalada de dosis para evitar efectos secundarios (iniciar con 50 mg).

Posteriormente se pueden valorar otros fármacos según el síntoma predominante: 1) **Trastorno del sueño** (sueño no reparador, despertar frecuente): amitriptilina, a dosis de 10 a 25 mg con la cena. 2) **Trastorno del sueño y depresión**: amitriptilina (10-25 mg) + fluoxetina (20 mg en desayuno). 3) **Fatiga** (lo más difícil de tratar): amitriptilina o ciclobenzaprina o ISRS/ escitalopram (Esertia 10 mg). 4) **Ansiedad**: ISRS/escitalopram (10 mg) o ISRN/duloxetina (xeristar: iniciar con 30 mg) o pregabalina (Lyrica: iniciar 25-50 mg/12 hs hasta 150 mg cada 12 horas). 5) **Depresión**: ISRS/escitalopram (10 mg) o ISRN/duloxetina (iniciar con 30 mg). 6) **Si no hay respuesta adecuada**, valorar analgésicos/AINE asociados a dosis máximas de pregabalina de 450 a 600 mg diarios repartidos en 2-3 dosis.

**Remitir a Reumatología**, y considerar remitir de forma simultánea a la Unidad de Fibromialgia del Hospital de San Vicente, para evaluación ante el fracaso terapéutico inicial.



## 6. Paciente con síndrome túnel carpiano

El síndrome del túnel carpiano (STC) se relaciona con la compresión del nervio mediano a nivel del carpo. La prevalencia alcanza al 2.7% de la población. La frecuencia puede ser mayor en trabajadores con sobrecarga repetitiva manual, embarazo, menopausia y pacientes con diabetes, hipotiroidismo o artritis.

La clínica se caracteriza por aparecer especialmente por la noche, parestesias y dolorimiento en los primeros dedos de la mano (a veces toda la mano). En ocasiones irradia de forma retrógrada hacia antebrazo y hombro. Alta sospecha cuando la clínica es de predominio nocturno.

En la exploración se realizan maniobras de compresión del nervio mediano que reproducen la clínica (Tinel: percutir en el área palmar del carpo. Phallen: mantener 60 segs las muñecas flexionadas). La sensibilidad (65 vs 75) y especificidad (65 vs 50) de ambas pruebas es relativamente baja. En casos avanzados se aprecia debilidad y atrofia de la eminencia tenar.

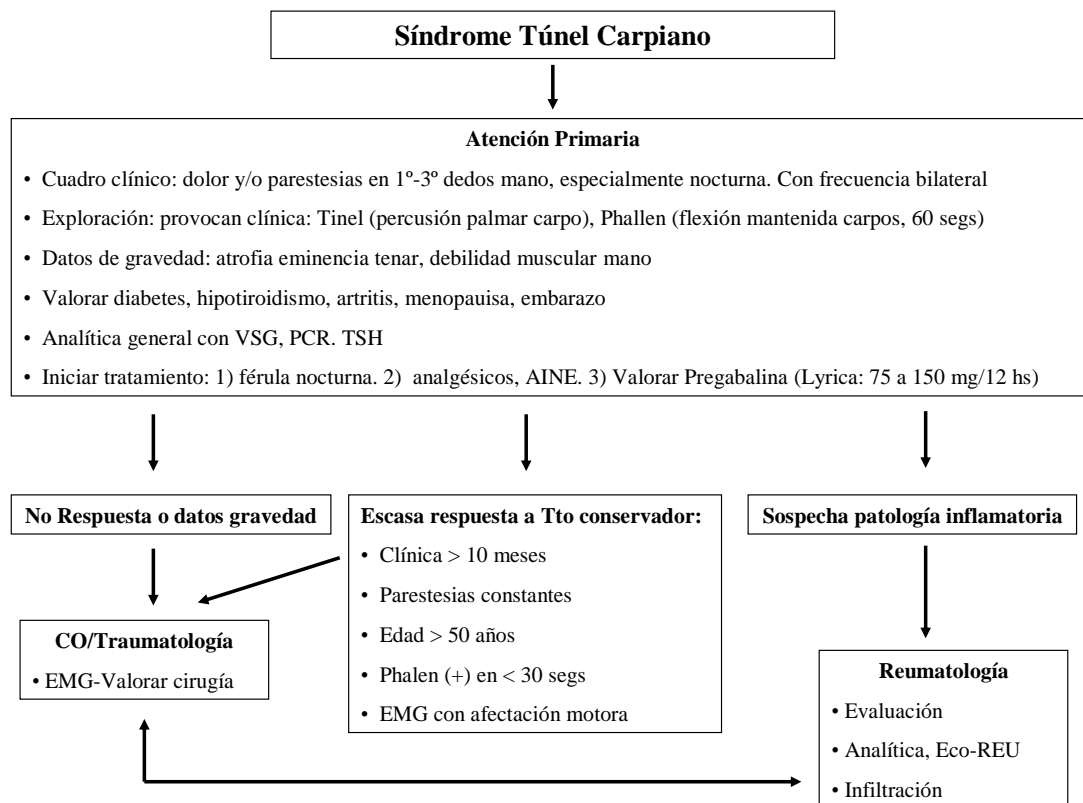
El tratamiento inicial se basa en AINE, inmovilización nocturna y valorar infiltración por corticoides. Si no hay mejoría, especialmente en trabajadores manuales y ante datos de mal pronóstico (Tabla1) se debe considerar la opción quirúrgica.

La **evaluación diagnóstica en Atención Primaria**, se basa en: 1) reconocer el cuadro clínico, valorar datos de gravedad (atrofia muscular en eminencia tenar, debilidad). 2) Con la sospecha diagnóstica se debe realizar analítica general que incluya: hemograma, bioquímica general, VSG, PCR, TSH.

El **enfoque terapéutico en Atención Primaria** se basa inicialmente en el uso de AINE y aconsejar inmovilización nocturna con férula. Si no se obtiene mejoría se remitir para valorar EMG

**Remitir a COT:** inicialmente a todos los pacientes con clínica de STC con analítica normal, para confirmar el diagnóstico y valorar indicación de cirugía (EMG).

**Remitir a Reumatología,** a los pacientes con sospecha de patología inflamatoria tras evaluación.



## 7. Paciente con artritis

La evaluación de un paciente con artritis es un reto diagnóstico. Además de una historia clínica detallada o analítica específica, precisa con frecuencia la obtención de líquido sinovial con estudio al microscopio óptico de luz polarizada.

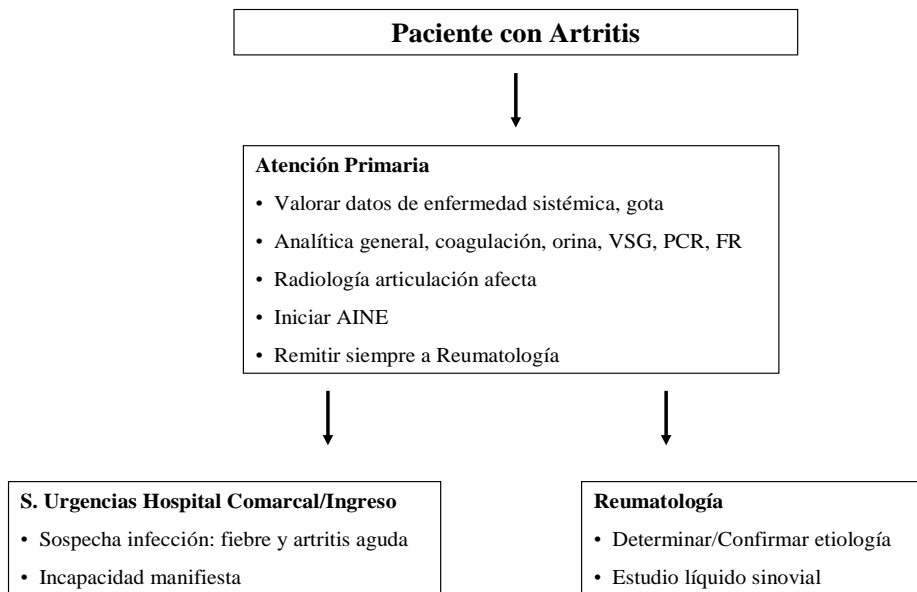
Las causas más frecuentes dependen de que se afecte una articulación/ monoartritis (artritis séptica, gota, seudogota) o varias articulaciones/ poliartrosis (artritis reumatoide, LES, espondiloartropatías, etc).

La **evaluación diagnóstica en Atención Primaria**, se basa en revisar las características del cuadro y solicitar radiografía de la articulación afectada y analítica general que incluya: hemograma, bioquímica general, VSG, PCR, uricemia y factor reumatoide.

El **enfoque terapéutico en Atención Primaria** se basa inicialmente en el uso de AINE

**Remitir al Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal**, si existe sospecha de infección (monoartritis aguda con fiebre).

**Remitir a Reumatología**, de forma preferente a los pacientes con artritis de cualquier origen.



**8. Hoja para la remisión rápida de pacientes con sospecha de artritis, desde Atención Primaria a la consulta de artritis precoz.**

## CONSULTA ARTRITIS PRECOZ

---

- **OBJETIVO:** Diagnóstico y Tratamiento precoz de AR no conocida
- **METODO:** envío de Primaria a Consulta Artritis Precoz/Reumatología
- **PACIENTES: Sospecha de Artritis y Clínica  $\geq 3$  semanas**

Deben incluir **al menos uno** de los siguientes:

	Primaria	Reumatología
1. Tumefacción en $\geq 2$ Articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dolor a la palpación en: MCFs o MTFs o Carpos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Rigidez matutina en manos $\geq 1$ hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- **PRUEBAS MINIMAS A APORTAR**

(realizadas/cursadas por Atención Primaria):

a) RX Manos y/o Pies

b) Analítica general, VSG, PCR, Factor reumatoide

---

Fecha envío paciente:

Fecha evaluación Reuma:

Médico AP Remitente:

Centro Salud:

Reumatólogo:



## 9. Paciente con fenómeno de Raynaud

El fenómeno de Raynaud (FR), es una enfermedad común en nuestro medio. La prevalencia en la población general, varía entre el 4% y 9% en mujeres y entre el 3% y 6% en varones. Se caracteriza por la aparición de cambios de color de forma episódica (palidez, cianosis y enrojecimiento) en relación con un vasoespasma reversible en manos y con menor frecuencia en pies, inducido por el frío o el estrés.

Su aparición nos debe obligar siempre a descartar la presencia una enfermedad del colágeno, especialmente escleroderma o LES (FR secundario), aunque con frecuencia no se asocia a ninguna enfermedad concreta (FR primario). La evaluación de un paciente con FR precisa de un estudio de autoanticuerpos y de un examen de capilaroscopia.

La **evaluación diagnóstica en Atención Primaria**, se basa en revisar la presencia de otros datos de enfermedad sistémica remitir siempre el paciente a Reumatología con estudio analítico basal (hemograma, bioquímica general, coagulación, sedimento urinario) y detección de anticuerpos antinucleares (ANA).

El **enfoque terapéutico en Atención Primaria** se basa en iniciar medidas de protección frente al frío, evitar tabaco y comenzar con vasodilatadores del tipo de Nifedipino.

Remitir siempre a Reumatología a todos los pacientes para terminar evaluación, estudio de autoanticuerpos y realizar capilaroscopia.

