

PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE  
REUMATOLOGÍA ADULTO



Café en Arles, Van Gogh

SSMSO

## **PROTOCOLO DEREFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE REUMATOLOGÍA ADULTO**

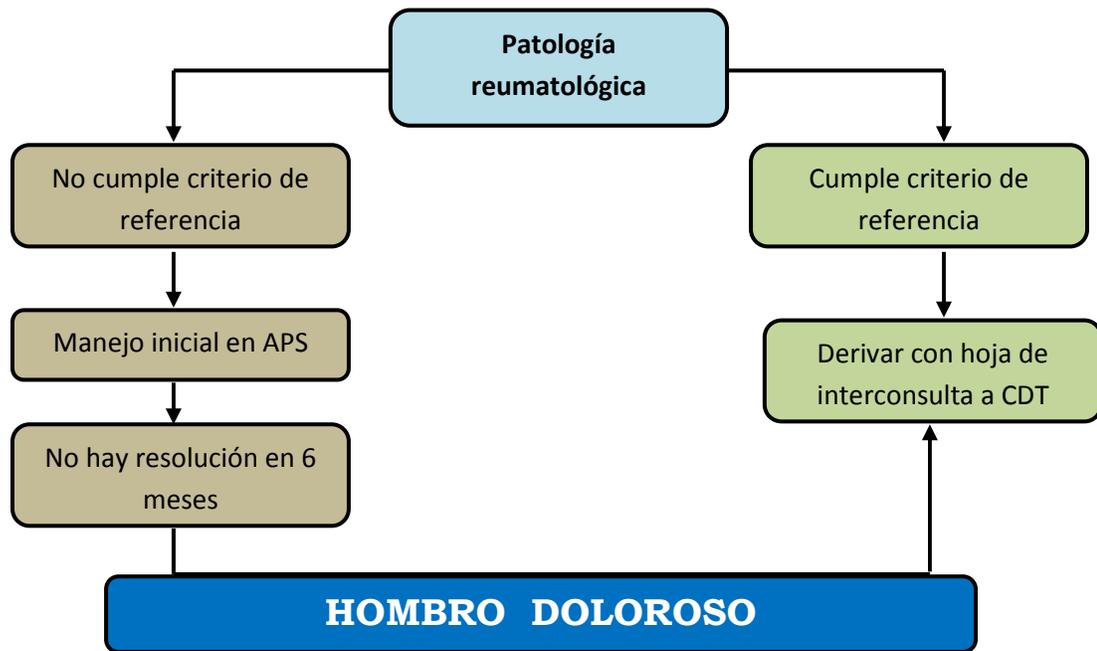
Dentro de las patologías reumatológicas más frecuentes derivadas de atención primaria están las artritis reumatoideas, que actualmente están protocolizadas dentro del AUGE, las fibromialgias, el síndrome del hombro doloroso. Este protocolo pretende ser una guía para derivaciones oportunas a la especialidad, apoyándose en fundamentos clínicos, basados en las guías de la Oxford Elbow and Shoulder Clinic. permiten al profesional de la atención primaria realizar una derivación pertinente, optimizando así los recursos en salud. Las patologías a protocolizar son.

- Síndrome del hombro doloroso
- Fibromialgias
- Mesenquimopatías.

### **FLUJOGRAMA GENERAL:**

Aquellas patologías que cumplan criterios de derivación, serán enviadas a través de la hoja de Interconsulta, via estafeta, a la Admisión del 1er piso del CDT del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, en donde se agendará según disponibilidad de horas o prioridad de la patología. La interconsulta deberá tener:

- Datos del paciente
- Diagnóstico o hipótesis diagnóstica
- Motivo de derivación
- Resumen de tratamiento previo efectuado
- Nombre (timbre) del médico derivador para poder contrarreferir



## 1. INTRODUCCIÓN

El dolor de hombro es un motivo de consulta frecuente en APS, y representa una carga importante de enfermedad por la discapacidad asociada. Existen factores de riesgo asociados a la aparición del hombro doloroso, especialmente de carácter ocupacional, la edad y el sexo femenino.

Hay una gran lista de diagnósticos diferenciales para el dolor de hombro, y múltiples formas de clasificar estas etiologías. Aquí adoptamos un enfoque pragmático centrado en la resolutivez y el reconocimiento de **banderas rojas** para la derivación oportuna.

Respecto al pronóstico, el 50% de los casos se recupera completamente a los 6 meses. Esta proporción aumenta solo hasta un 60% después de un año. Los factores asociados a cronicidad son el dolor de alta intensidad, dolor de más de 1 año de evolución, y dolor concomitante de cuello. Además hay factores personales asociados como la somatización y el pensamiento catastrófico.

Los síndromes dolorosos del hombro se pueden agrupar en:

- Dolor referido del cuello.
- La inestabilidad
- Enfermedad acromio - clavicular
- Síndrome del hombro congelado (capsulitis adhesiva)
- Síndrome sub - acromial que incluye:
  - Manguito rotador
  - Tendinitis del supra espinoso
  - Bursitis supra acromial

## 2. PASOS PARA EL ENFRENTAMIENTO DIAGNÓSTICO Y MANEJO INICIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

### Paso 1: Dolor Referido del Cuello

Lo primero es descartar que el dolor sea irradiado del cuello. Esto no siempre es posible. El dolor reproducido a la palpación o movilización del cuello es sugerente, pero no existen maniobras específicas para esta tarea al examen físico. **La maniobra de Spruling** (compresión axial de la columna cervical con reproducción del dolor) tiene una especificidad de 93% para radiculopatía cervical. Sin embargo, su sensibilidad es de sólo 30%.

Es importante el examen neurológico de la extremidad para descartar radiculopatías o mielopatías que pueden manifestarse por dolor. Habitualmente en estos casos el dolor se irradiará bajo el codo. La radiografía cervical no aporta información, por lo que la resonancia magnética (RNM) está recomendada en caso de sospecha de radiculopatía



## Paso 2: Inestabilidad

Se refiere a la inestabilidad de la articulación del hombro, su presentación es desde una historia de luxaciones a repetición, hasta un hallazgo al examen físico dirigido. Hay que buscarla siempre por el alto riesgo de artrosis de hombro y daño neuro vascular en estos pacientes. Se presenta generalmente en adultos jóvenes (< 40 años). En el examen físico se usa la **maniobra de aprensión**, que tiene un alto valor diagnóstico y debiera ser ejecutada siempre: Se abduce el hombro hasta 90° y se flexa el codo, luego se rota externamente con suave presión anterior.

En caso de encontrarse inestabilidad, ya sea en la historia o al examen físico, la conducta es derivación a especialista para estudio y eventual resolución quirúrgica.

## Paso 3: Enfermedad Acromio clavicular

Esta enfermedad es poco frecuente, pero de presentación típica y tiene un tratamiento específico. Se presenta en gente joven que realiza cargas pesadas con el hombro o secundaria a traumas. Se caracteriza por presencia de dolor en la región anterosuperior del hombro (sobre la articulación acromioclavicular)

El manejo inicial se hace en atención primaria con analgesia, si no hay antecedente de HTA, patología renal, coagulopatías o alergias, usar AINES, en caso contrario usar Paracetamol 1gr cada 8 horas por 2 – 3 semanas y controlar evolución. Si no hay respuesta en 6 meses derivar al especialista.



#### **Paso 4: Síndrome del hombro congelado (Capsulitis Adhesiva y Artrosis)**

El hombro congelado, o capsulitis adhesiva, se presenta entre los 40 a 65 años y se asocia a Diabetes (10%) e Hipotiroidismo. Tiende a la resolución espontánea en un período de 2 años, sin embargo, alrededor del 50% de los pacientes quedan con algún grado de síntomas residuales.

Su curso se da en 3 fases:

- ✓ Primera fase: dolorosa que dura entre 10 y 35 semanas, en esta fase comienza a aparecer rigidez paulatina.
- ✓ Segunda fase: adhesiva en donde el dolor desaparece pero queda la rigidez, que dura entre 4 a 12 meses.
- ✓ Tercera fase: resolución de la rigidez, es paulatina y tarda entre 1 a 2 años

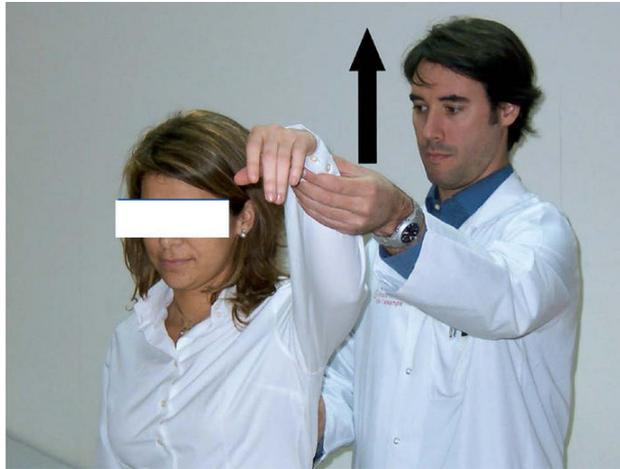
Lo típico al examen físico es una **limitación a la rotación externa** pasiva y activa del hombro. La presencia de este signo prácticamente define el síndrome. Hay que solicitar una radiografía AP de hombro para diferenciarla de la artrosis, que presenta similar sintomatología. El tratamiento inicialmente se hace en atención primaria con analgésicos Paracetamol 1gr cada 8 horas por 2 – 3 semanas y derivación a salas PAME para evaluación de kinesioterapia.

#### **Paso 5: Síndrome Sub - Acromial**

También se conoce como el síndrome de pellizcamiento, o de impingement, o de arco doloroso, e incluye la enfermedad del manguito rotador, la tendinitis del supra espinoso y la bursitis sub - acromial. Se presenta entre los 35 a 75 años. En jóvenes habitualmente hay historia de exposición laboral o trauma, en cambio en adultos mayores el mecanismo parece ser degenerativo.

Lo típico en la historia es el dolor con los movimientos realizados sobre la cabeza. El dolor nocturno es también típico, pero está presente casi todos los síndromes dolorosos del hombro.

Se han descrito muchas maniobras al examen físico para este síndrome. Todas se caracterizan por una alta sensibilidad (cercana al 90%), pero una baja especificidad (cercana al 30%). Las dos más estudiadas que son el Neer y el Hawkins. **La maniobra de Neer** es positiva cuando se produce dolor con la pronación y extensión forzada de la extremidad. **La maniobra de Hawking** reproduce el dolor al elevar el brazo hasta 90° y forzar la rotación interna.



**Rotura del manguito rotador:** Un subgrupo de pacientes que requiere una atención especial, son aquellos en los que se ha producido una rotura del manguito. Estos pacientes tienen riesgo de desarrollar inestabilidad y menor funcionamiento de la articulación y podrían beneficiarse de un tratamiento quirúrgico. Si la rotura se detecta agudamente en un paciente joven (rotura traumática), la indicación quirúrgica es urgente.

**Regla Clínica**

| Signología presente   | Probabilidad de Rotura del manguito rotador |
|---|---|
| Paciente con dolor supraespinal (al elevar brazo con resistencia con el pulgar hacia abajo)<br>Más debilidad de la rotación externa<br>Más Test De Neer + | 98 %  |
| 2 de los signos anteriores + edad mayor de 60 años  | 98 %  |
| Ausencia de los signos anteriores   | 5 %   |

Para confirmar la rotura se puede solicitar una Resonancia Nuclear Magnética o una Ecografía.

**3. CRITERIOS DE DERIVACIÓN A REUMATOLOGÍA**

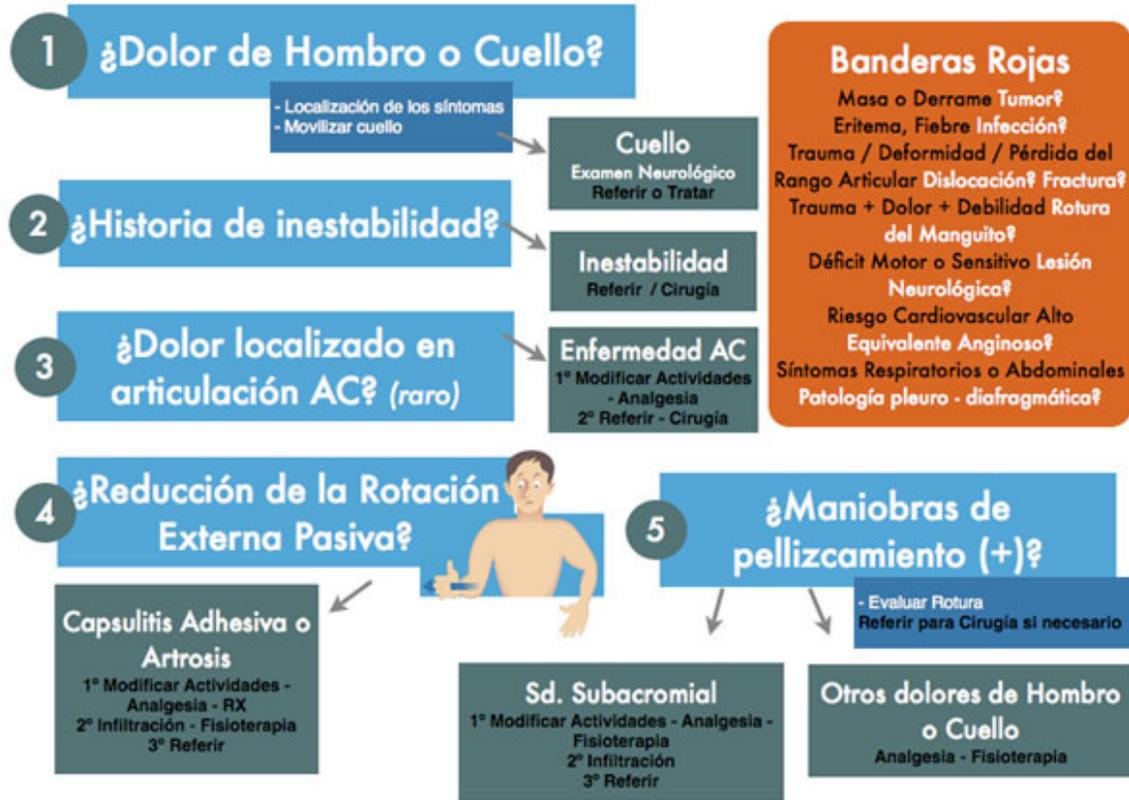
- a. Dolor referido del cuello que presente alteraciones neurológicas al examen físico, por sospecha de radiculopatías
- b. Presencia de inestabilidad al examen físico.

- c. Síndrome del hombro congelado con alteración de radiografía AP
- d. Sospecha de rotura del manguito rotador, derivar para cirugía a Traumatología.
- e. En las siguientes enfermedades, se inicia tratamiento farmacológico por medico de APS y/o kinesioterapia en salas de Rehabilitación Integral RI en APS y si no resuelve el dolor en un período de 6 meses derivar a nivel secundario:
  - i. Enfermedad Acromio clavicular (excepto la rotura del manguito rotador)
  - ii. Síndrome del hombro congelado sin alteraciones radiológicas.
  - iii. Síndromes sub acromiales.
- f. Derivar ante la presencia de cualquier bandera roja.

La interconsulta debe realizarse con detalles de tratamientos y tiempos de Kinesioterapia.

| <b>BANDERAS ROJAS</b>                     |  |
|---|--|
| Masa o derrame                            | Sospecha de tumor  |
| Eritema, fiebre                           | Infección  |
| Trauma, deformidad, antecedente de trauma | Sospecha de dislocación o Fractura (derivar a Traumatología) |
| Déficit motor o sensitivo                 | Lesión neurológica (derivar a neurología)                    |

## FLUJOGRAMA:



## 4. CONTRAREFERENCIA

- Si la patología es de resolución quirúrgica y ésta se realizó satisfactoriamente.
- Aquellas tendinitis que además del tratamiento farmacológico requiera apoyo kinésico en las salas RI, se derivarán con indicaciones específicas de acuerdo a cada paciente.

# FIBROMIALGIAS

## 1. DEFINICIÓN

La fibromialgia es una enfermedad caracterizada por presencia de dolor musculoesquelética, de carácter crónico y difuso, que NO se asocia a inflamación de los tejidos y su etiología es desconocida. Es más frecuente en las mujeres, casi el 75% de los pacientes son de sexo femenino, la mas alta incidencia es entre los 20 y 60 años de edad.

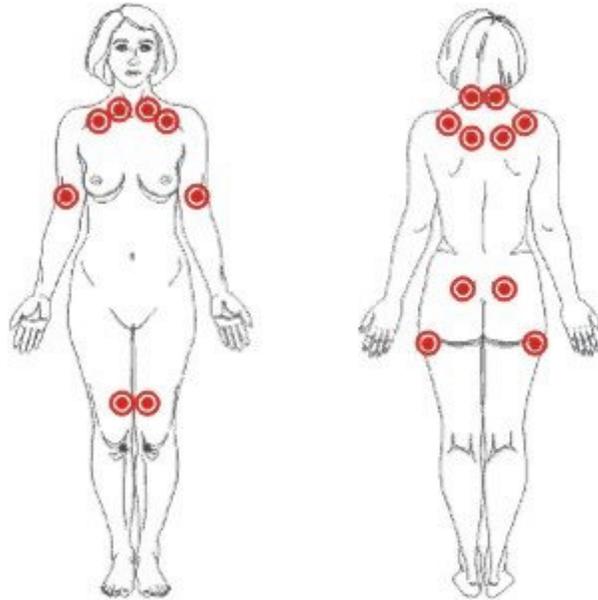
Los pacientes pueden no tener ninguna enfermedad subyacente o pueden presentar enfermedades crónicas concomitantes tales como ARTRITIS REUMATOIDEA, LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, ARTROSIS, APNEA DEL SUEÑO. Ha sido descrita hasta en el 15% de pacientes reumatológicos y en el 5% de pacientes de consulta de medicina general.

## 2. ELEMENTOS CLÍNICOS

La presentación clínica es generalmente de dolor musculoesquelético crónico, típicamente acompañada de fatiga y disturbios del sueño. El dolor es el síntoma más importante caracterizado por algias difusas, rigidez y fatiga acompañados por puntos dolorosos simétricos. El examen físico se caracteriza por áreas de aumento de sensibilidad predominantemente en los siguientes sitios de inserción muscular:

- Zona más baja del esternocleidomastoideo
- Inserción músculo occipital
- Zona media del trapecio
- Segunda unión condrocostal
- Zona de origen del supraespinoso
- Región del epicóndilo
- Cuadrante superoexterno de los glúteos
- Prominencia del trocánter mayor

- Zona medial de la rodilla interna.



Importante: estos puntos dolorosos deben ser en ambos lados

Los pacientes lo describen como intenso, extenuante, insoportable y persistente, describen edema subjetivo de las manos y los pies pero el examen físico es normal. Al dolor se le asocian fatiga, alteraciones del sueño, depresión y ansiedad, falta de concentración y síndromes como el de piernas inquietas y colon irritable.

### **3. FACTORES DESENCADENANTES**

Es importante destacar que existen factores psicosociales que desencadenan e intensifican el dolor en las fibromialgias, los que hay que considerarlos para poder efectuar una buena educación, abordarlos y controlar el dolor:

- a. Frío
- b. Stress
- c. Actividad física
- d. Trastornos depresivos, del estado del ánimo

|   |              |
|---|--------------|
| <b>La ACR (SOCIEDAD AMERICANA DE REUMATOLOGIA) HA PROPUESTO LOS SIGUIENTES CRITERIOS PARA REALIZAR EL DIAGNÓSTICO</b> |              |
| Dolor difuso de 3 meses de duración   | Fibromialgia |
| Presencia de 11 de los 18 puntos dolorosos especificados  |              |

#### 4. MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Un buen tratamiento de la fibromialgia incluyen:

- a. Solicitar exámenes en período crítico del dolor: hemograma, VHS, PCR no se cuenta con este examen en APS, si están dentro de parámetros normales, en ausencia de otras enfermedades (infecciones), son tranquilizadores para el médico y avalan el diagnóstico de fibromialgia.
- b. Educación: el médico debe transmitirle a su paciente que su dolor existe pero que es de buen pronóstico y no le va a significar deformidad articular con el paso del tiempo.
- c. Es importante identificar los factores desencadenantes (psicológicos, sociales) y abordarlos.
- d. Ejercicios de bajo impacto (caminar).
- e. Manejo farmacológico:
  - i. En caso de detectarse un trastorno depresivo el uso de sertralina (50mg/día) o fluoxetina (20 mg/día).
  - ii. Analgésicos como paracetamol 1gr c/8 horas por 5 días, y luego ir disminuyendo, según tolerancia al dolor. No utilizar AINES, ya que no existe patrón inflamatorio.
  - iii. Amitriptilina 25 – 75 mg/día han demostrado utilidad
  - iv. Relajantes musculares como ciclobenzaprina 5 – 10 mg antes de dormir
- f. Apoyarlos si desean terapia alternativa: acupuntura, yoga, Reiki (efecto placebo importante)

## **5. CRITERIOS DE DERIVACIÓN**

- a. Si el paciente pese a estar adherido al manejo de su enfermedad, cumpliendo sus indicaciones persiste muy sintomático en un período de 6 meses, es mejor derivar a la especialidad.
- b. Si el médico de atención primaria tiene sospecha que puede tener una enfermedad reumatológica asociada.
- c. Si el paciente presenta desordenes psicológicos severos debe ser derivado a psiquiatría.

Especificar tratamiento y tiempo realizado.

## **6. CONTRAREFERENCIA**

Será devuelto a Atención primaria:

- a. Cuando la enfermedad se haya estabilizado, y las crisis de dolor no sean más de dos al mes
- b. Cuando exista un cuadro depresivo ansioso de base y se necesite apoyo del equipo de salud mental de APS.
- c. Cuando se haya descartado una enfermedad reumatológica concomitante y pueda continuar el manejo en atención primaria.

Elaborado por:

Dra. Cecilia Mera Delgado

Equipo de Reumatología CADSR

Dr. Francisco Radrigán Araya, Jefe de la Unidad de Reumatología

Dr. Jorge Gordillo Pacheco

Dr. William Vargas Ballester

Dr. Francisco Gutiérrez Valenzuela. Jefe del Servicio de Medicina Interna

Revisado por:

Equipo de R-C APS SSMSO

Dra. Luz Maria Durango