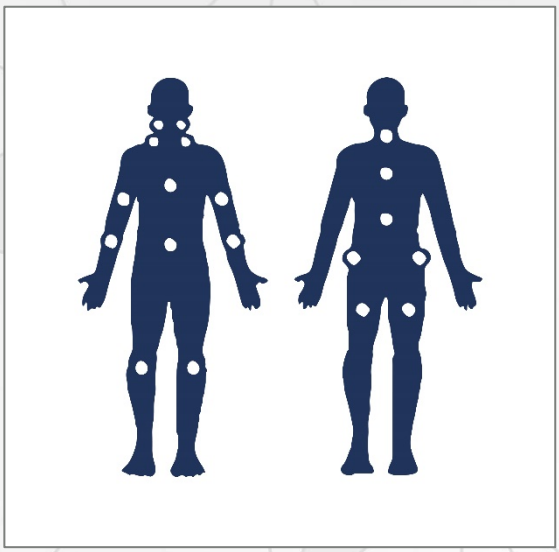
EVALUACION DEL MENOSCABO POR

FIBROMIALGIA



UNION PERICIAL Sanitaria

CURSOS DE FORMACIÓN. UNIÓN PERCIAL SANITARIA S. L.

Araceli López-Guillen García
Araceli.lgg@gmail.com

EVALUACION DEL MENOSCABO POR FIBROMIALGIA

BLOQUE 1: INTRODUCCIÓN

1. Introducción 2
2. Criterios de diagnóstico 2
    2.1 anamnesis 2
    2.2 exploración física y pruebas complementarias 4
3. Criterios terapéuticos 5
    3.1 fármacos 5
    3.2 ejercicio físico 6
    3.3 tratamiento psicológico 6
    3.4 Medicina alternativa y complementaria 6

BLOQUE 2: PROTOCOLOS

BLOQUE 3: CASOS PRÁCTICOS

CASO 1 8
CASO 2 10

BLOQUE 1: INTRODUCCIÓN

EVALUACION DEL MENOSCABO POR FIBROMIALGIA.

1. INTRODUCCION.

La fibromialgia (FM) es una enfermedad reconocida por la OMS desde 1992.
La etiología es desconocida, se caracteriza por dolor musculoesquelético difuso junto con la presencia de múltiples puntos dolorosos a la presión, con frecuencia coexiste con alteraciones del sueño, disfunción cognitiva y fatiga, colon irritable, así como disfunción témporo–mandibular y bruxismo, formando parte de un espectro de síntomas que a menudo se clasifican como trastornos funcionales, término éste que alude a la inexistencia de claras alteraciones anatomopatológicas.
Hasta la fecha el mecanismo fisiopatológico de la FM resulta desconocido.

Las clasificaciones son orientativas y ninguna tiene evidencia científica. No obstante, la clasificación más comúnmente utilizada por sus características clínicas es la planteada por Belenguer, permite dividir a los pacientes basándose en el perfil psicopatológico y la existencia de enfermedades asociadas. En base a la evaluación diagnóstica individualizada por parte de un equipo multidisciplinario, hoy en día es posible la subdivisión de estos pacientes en cuatro grupos:

- Fibromialgia tipo I, pacientes con sensibilidad extrema al dolor, donde no se consigue identificar procesos sistémicos o locales asociados, ni enfermedades psiquiátricas.
- Fibromialgia tipo II, pacientes donde la aparición de la FM se considera una consecuencia de una enfermedad de base de carácter crónico, aparece especialmente en enfermedades autoinmunitarias y reumatológicas. El subtipo IIa sería la FM asociada a enfermedades reumatológico/autoinmunitarias. El subtipo IIb sería la FM asociada a enfermedades crónicas loco regionales.
- Fibromialgia tipo III, pacientes en la que la FM se considera una manifestación somática de un proceso psicopatológico subyacente, tanto de tipo afectivo, como de personalidad, donde el dolor sería el medio a través del cual los pacientes canalizarían todo su malestar psicológico subyacente.
- Fibromialgia tipo IV. Existe en grupo de pacientes capaces de simular los criterios clasificatorios y que requerirán una evaluación pericial objetiva en el ámbito de una unidad altamente especializada.

2. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO.

2.1 ANAMNESIS

La historia clínica es fundamental para el diagnóstico de la FM. La anamnesis debe recoger la presencia o ausencia de sintomatología o características clínicas de esta entidad.

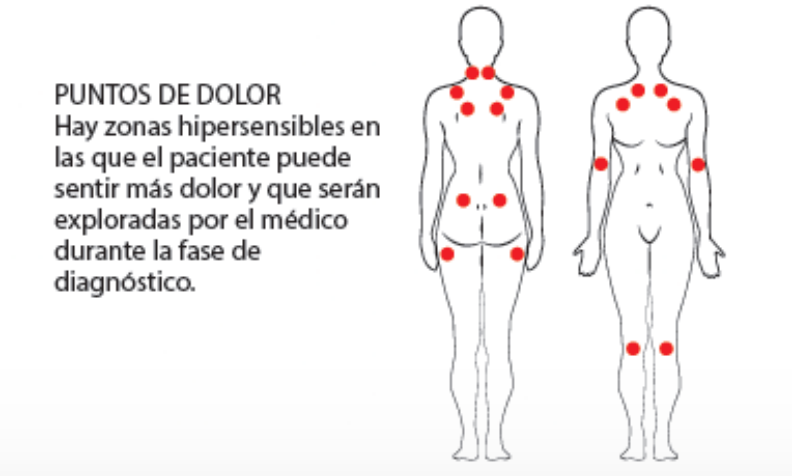
El síntoma principal es el dolor musculoesquelético difuso y crónico, aunque variable en intensidad, influido, entre otros por los cambios climáticos, la actividad física, el estrés psicológico o la falta de sueño, y en general referido como moderado o severo. La fatiga es referida por un alto porcentaje de pacientes, suele ser continua y mejorar algo con el reposo. Puede describirse la presencia de alteración del sueño secundario.
Con frecuencia aparecen otros síntomas de forma concomitante:

1. Síntomas sensoriales: parestesias en manos o piernas, hipersensibilidad sensorial (auditiva, etc.).
2. Síntomas motores: rigidez generalizada o localizada al levantarse, contracturas en diversos grupos musculares, temblor de acción.
3. Síntomas vegetativos: sensación de tumefacción en manos y otras áreas corporales, mareo o inestabilidad, hipersudoración, distermias, sequedad de mucosa, palpitaciones, etc.
4. Síntomas cognitivos: alteración de la atención, déficit de memoria reciente, alteración en la expresión verbal.
5. Síntomas afectivos: ansiedad, alteración del estado de ánimo.

Muchos pacientes con FM muestran alteraciones psicológicas generales y específicas, como ansiedad, estrés, depresión, trastornos de pánico, histeria e hipocondría.
El diagnóstico es clínico y se puede realizar mediante los criterios diagnósticos de la ACR de 1990. Se define la fibromialgia por la presencia de dos síntomas:

1. Historia de dolor generalizado. Se consideró dolor generalizado cuando se presentaba en el lado izquierdo y derecho del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura. Además, debía existir dolor en el esqueleto axial. Este síntoma debía estar presente durante al menos tres meses.

Dolor a la presión en al menos 11 de los 18 puntos simétricos (nueve pares):



1. Occipucio: en las inserciones suboccipitales de los músculos.
2. Cervical bajo: en la cara anterior de los espacios intertransversos a la altura de C5-C7.
3. Trapecio: en el punto medio del borde superior.
4. Supraespinoso: en sus orígenes, por encima de la espina de la escápula, cerca del borde medial.
5. Segunda costilla: en la unión osteocondral.
6. Epicondilo: a 2 cm. distales del epicóndilo.
7. Glúteo: en el cuadrante supreoexterno de la nalga.
8. Trocánter mayor: en la parte posterior de la prominencia trocantérea.
9. Rodillas: en la almohadilla grasa medial próxima a la línea articular.

El número de puntos ayuda en la confirmación diagnóstica pero no es indicativo de mayor gravedad. Para que un punto se considere «positivo» el sujeto explorado tiene que afirmar que la palpación es dolorosa. No se considera dolorosa la palpación sensible. Los puntos típicos y necesarios para confirmar el diagnóstico no deben tener signos inflamatorios. Es aconsejable comparar la sensibilidad de estas áreas con otras de control, como son la uña del pulgar, la frente o el antebrazo, que deberían ser indoloras, aunque los pacientes con FM pueden presentar dolor en otras zonas distintas a las exigidas para el diagnóstico.

The American College of Rheumatology publicó en 2010 los siguientes criterios preliminares, haciendo constar que no se correlacionan con la afectación funcional.
Un paciente cumple criterios diagnósticos para fibromialgia si están es las siguientes tres condiciones:

1) Índice de Dolor Generalizado (Widespread Pain Index – WPI) ≥ 7 e índice de Gravedad de Síntomas (Symptom Severity Score – SS Score) ≥ 5 ó WPI 3-6 y SS ≥ 9.
2) Los síntomas han estado presentes, en un nivel similar, durante tres meses.
3) El enfermo no tiene otra patología que pueda explicar el dolor.

2.2 EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.

Es importante la exploración física detallada y exhaustiva que se realiza de rutina en la consulta evaluadora, sobre todo la referida a la valoración de la movilidad. Conviene siempre destacar la exploración del aparato locomotor (balance articular, tono, fuerza muscular...) y la exploración neurológica (reflejos, maniobras habituales...).
Contrastando con esta amplia variedad de síntomas clínicos, la exploración física de estos pacientes es inespecífica, no se objetivan alteraciones estructurales, de la movilidad articular, de la fuerza muscular, ni artritis. La movilidad y el aspecto articular son normales a menos que exista otra enfermedad osteoarticular. El signo de la exploración clínica es la presencia de múltiples puntos de dolor con aumento de la sensibilidad a la palpación digital, aunque también es posible encontrar livedo reticularis en las extremidades, hiperlaxitud articular, hipertonía muscular, contracturas musculares y estiramiento doloroso de las regiones afectadas.

Las pruebas complementarias sirven para descartar otras enfermedades que puedan simularla o que puedan coexistir con ella, ya que no existe ninguna prueba de laboratorio ni hallazgo radiológico especifico de la FM. Las pruebas complementarias de laboratorio general y específico no aportan datos.
El estudio radiológico es normal (salvo en el caso enfermedades concomitantes donde aparecerían los hallazgos propios de las otras patologías). En la gammagrafía ósea y articular tampoco se han detectado alteraciones. Las pruebas electromiografías, o no han encontrado alteraciones o los hallazgos son inespecíficos.

EVALUAR	TEST RECOMENDADO	TEST ALTERNATIVO
Dolor	Escala analógica visual	Mc Guill Pain Questionnaire
Hiperalgesia	Puntos dolorosos	Dolorímetro
Calidad de vida	Fibromyalgia Impact Questionanaire (FIQ)	Short Form 36(SF36)
Capacidad funcional	Health Assessment Questionaire(haq)	F-HAQ (versión española)
Psicopatías en general	General Health Questionarie(GHQ)	Symptom Checklist-90 Revised (SCL.90R)
Depresión	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	Beck Depression Inventory(BDI), Center for epidemiological Studies Depression Scales (CES-D)
Ansiedad	HADS	State-Trait Ansiety Inventory(STAI)
Funciones físicas	Test de la marcha	

3. CRITERIOS TERAPÉUTICOS.

El tratamiento de la FM debe ser multidisciplinar y planificar las distintas modalidades de tratamiento de forma individual. Los objetivos del mismo son aliviar el dolor, mantener o restablecer el equilibrio emocional, mejorar la calidad del sueño, la capacidad física, la astenia y los problemas asociados. Los principios básicos del mismo son el conocimiento que el paciente adquiera de su enfermedad, el tratamiento farmacológico, tratamiento no farmacológico como técnicas de relajación, ejercicios aeróbicos o físicos moderados diarios y el tratamiento psicológico o terapia conductual.

3.1 FÁRMACOS

El tratamiento farmacológico tiene como objetivo la mejoría de aspectos parciales de la FM y no su curación. No existe ningún medicamento específico para la misma. Los fármacos más utilizados son:

- Analgésicos y antiinflamatorios. Aunque su utilización es mayoritaria en estos pacientes, no existe ninguna evidencia de la eficacia de los antiinflamatorios.
- Relajantes musculares: útiles en la mejoría del dolor y el sueño, pero su efecto se atenúa con el paso del tiempo.

- Antidepresivos tricíclicos: a corto plazo provocan una mejoría en el 30% de los pacientes.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: fármacos como la fluoxetina son útiles para los síntomas depresivos, pero apenas eficaces para el dolor.
- Anticonvulsionantes: la pregabalina es utilizada hoy en día en pacientes con FM.
- Otros fármacos: en la actualidad existe un gran número de fármacos que se utilizan en el tratamiento de la fibromialgia, pero ninguno ha demostrado una eficacia superior al resto de los tratamientos.

Conviene realizar un uso racional de los fármacos debido a la posible aparición de efectos secundarios de los mismos.

3.2 EJERCICIO FÍSICO.

El Documento Consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia (García Campayo 2010) reconoce que hay un acuerdo prácticamente unánime en que los programas de ejercicios físicos deben ser uno de los tratamientos básicos en todos los pacientes.
Se deben valorar fundamentalmente tres opciones:

- Ejercicios aeróbicos.
- Ejercicios de fortalecimiento muscular. Pretenden mejorar la fuerza, resistencia y potencia muscular realizando contracciones musculares contra determinadas resistencias como bandas elásticas, pesas o el propio peso del paciente.
- Ejercicios de estiramiento o flexibilidad. Su objetivo es mejorar la flexibilidad muscular y de los tejidos blandos.

3.3 TRATAMIENTO PSICOLÓGICO.

Su objetivo es controlar los aspectos emocionales de la ansiedad y depresión. Existen varios tipos de tratamiento psicológico como la educación, la terapia cognitivo conductual y las técnicas de relajación.

3.4 MEDICINA COMPLEMENTARIA Y ALTERNATIVA.

No hay evidencia para la recomendación o no recomendación de otros tratamientos como la acupuntura, homeopatía, la termoterapia superficial, la quiropraxia, los campos electromagnéticos, el oxígeno hiperbárico, la ozonoterapia, la laserterapia, el magnesio o los suplementos en la dieta. En relación a la balneoterapia hay una evidencia limitada en la efectividad de los baños en la FM, y parece que su efecto puede durar hasta seis meses. De igual forma existe una limitada evidencia para recomendar el masaje en los individuos con fibromialgia.

BLOQUE 2: PROTOCOLOS

1. HERRAMIENTAS:

Declaración jurada del afiliado

- Confirmación de aspectos personales: estado civil, edad…
- Antecedentes patológicos declarados
- Patología actual con tratamientos y ayudas técnicas habituales

Anamnesis:

- Historia COMPLETA de cada patología declarada o al menos evolución cronológica de la aparición de las patologías con sus correspondientes consultas médicas/tratamientos. Especial relevancia a aquellas consultas o seguimientos llevados a cabo por especialista en psiquiatría
- Existencia de Comorbilidades específicas (ej Trastornos Depresivos de somatización)
- Tratamiento ACTUAL y COMPLETO del paciente

EF en consulta

- Exploración de los puntos de fibromialgia
- Rangos de movilidad articular

Protocolo – Consideraciones generales: Configuración, grado y naturaleza de la invalidez:

Para fibromialgia, el impedimento se encuentra configurado cuando hayan transcurrido:

- 6 meses de terapia establecida.
- Dosis de medicamentos dentro del rango terapéutico recomendado (salvo que puedan demostrarse efectos adversos que lo impidan).

2. PROTOCOLOS:

2.1. ASPECTOS PERSONALES:

Aspectos a valorar (factores pronósticos)	Escalas	Porcentaje	Marcar lo que corresponda
Edad	< 30 años	2%	
	31 – 50 años	3%	
	>50 años	5%	
Sexo	Hombre	1%	
	Mujer	2%	
Nivel de Formación	Estudios primarios/elementales	5%	
	Estudios secundarios	3%	
	Estudios superiores	2%	
Situación económica	Mala	2%	
	Media	1%	
	Buena	0%	
Apoyo del entorno familiar o de otro tipo	Sin apoyo	3%	
	Apoyo parcial	2%	
	Apoyo completo/bueno	1%	
Situación laboral: Desempleo, o si trabaja: tiempo de baja laboral (invalidez temporal) en	Desempleo	1%	
	Sin bajas	0%	
	<3 meses/año	1%	
	Entre 3 - 5 meses / año	2%	
	> 6 meses / año	3%	
Porcentaje total del caso valorado (suma de los porcentajes parciales)			

COMENTARIOS:

Apoyo del entorno: crucial verificación en consulta vs declaración jurada de la situación real del paciente.

2.2 ASPECTOS CLÍNICOS:

2.2.1 GRAVEDAD DE LOS SÍNTOMAS

Índice SS – Score 1+2	Puntuación	Gravedad
Puntuación Total	1 – 3	Leve (5%)
	4 - 8	Moderada (10%)
	9 - 12	Severa (20%)
Porcentaje en el caso valorado (Precisar el porcentaje que corresponda)		

2.2.2 DOLOR EN EL ÚLTIMO AÑO:

INTENSIDAD (máximo 5%)	Valoración
Mínima	(1%)
Leve	(2%)
Moderada	(3%)
Marcada	(5%)
Porcentaje en el caso valorado (Precisar el porcentaje que corresponda)	

FRECUENCIA (máximo 5%)	Valoración
Intermitente	(1%)
Esporádica	(2%)
Frecuente	(3%)
Constante	(5%)
Porcentaje en el caso valorado (Precisar el porcentaje que corresponda)	

COMENTARIOS:

Dolor en intensidad:

- Mínima: precisa analgesia esporádica alguna vez **a lo largo del mes**
- Leve: precisa analgesia alguna vez **durante la semana**
- Moderado: pauta analgésica diaria con buen **alivio del dolor**
- Marcada: dolor **refractario a tratamiento y que limita** la actividad de la persona.

Frecuencia del dolor:

- Intermitente: siente dolor alguna vez **a lo largo del mes**
- Esporádica: siente dolor alguna vez **durante la semana**
- Frecuente: presenta dolor **dos o tres veces por semana**
- Constante: presenta dolor **todos los días y sin alivio de tratamiento**

2.2.3 CUESTIONARIO CIF/FIQ:

Puntuación global FIQ	Deficiencia
Menor o igual a 39 puntos	Leve (3%)
39 – 59 puntos	Moderada (7%)
Mayor o igual a 59 puntos	Severa (14%)
Porcentaje en el caso valorado (Precisar el porcentaje que corresponda)	

2.2.4 VALORACION DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Valoración de la respuesta al tratamiento administrado (máximo 5%)

Respuesta	Deficiencia
Buena: supresión del dolor	Leve (1%)
Regular: alivio parcial	Moderada (3%)
Mala: no me quita el dolor	Severa (5%)
No llevo tratamiento	No se aplicará la valoración hasta que inicie tratamiento y lleve al menos 3 meses con él
Porcentaje en el caso valorado (Precisar el porcentaje que corresponda)	

Valoración de los efectos adversos de los tratamientos (máximo 3%)

Efectos adversos	Poner una cruz en los efectos producidos	Deficiencia
Efectos gástricos		Leve (0.5%) Al menos uno de los efectos
Enlentecimiento de movimientos/cognitivo		
Pérdida de memoria		Moderada (1.5%) 2 efectos
Somnolencia		
Otros efectos cognitivos		Severa (3%) 3 o más efectos
Otros efectos físicos		
Porcentaje en el caso valorado (Precisar el porcentaje que corresponda)		

Comentarios

Valoración de respuesta al tratamiento:

- verificar que el paciente sigue las pautas de tratamiento y corroborar con declaración y anamnesis.
- En caso de que refiera no alivio, verificar las causas de no alivio y dónde aparece dicho dolor

Valoración de efectos adversos de los tratamientos

- Comprobar en antecedentes, que no los presentaba antes de la enfermedad por la que aplicamos el protocolo (ejemplo: gastritis).

2.2.5 VALORACION DE LAS COMORBILIDADES

Enfermedad	Señalar la patología asociada	Deficiencia
Fatiga crónica		Leve (1%) Al menos una de las patologías
Enfermedades autoinmunes: Lupus, esclerodermia		
Artritis reumatoide		Moderada (3%) 2 patologías
Enfermedad inflamatoria intestinal		
Trastornos del ánimo		Severa (5%) 3 o más patologías
**Otras		
Porcentaje en el caso valorado (Precisar el porcentaje que corresponda)		

*En el apartado otras patologías se tomarán en consideración aquellas que, por sí solas no configuran una valoración de invalidez y cuyo dolor causado no justifique por sí mismo la limitación.

Comentario:

Que éstas se encuentren diagnosticadas por un médico y no por meras referencias del paciente

2.2.6 EXPLORACION

Zonas valoradas	Puntuación	Criterio	Deficiencia
Raquis cervical	0 - 2	No hay franca limitación de la movilidad	Leve (1%)
	3 - 4	Limitación de la movilidad en 1 de las 5 regiones exploradas	
Raquis dorsal	5 - 6	Limitación de la movilidad en 2 de las 5 regiones exploradas	Moderada (3%)
Raquis lumbar	7 - 8	Limitación de la movilidad en 3 de las 5 regiones exploradas	
Hombros	9	Limitación de la movilidad en 4 de las 5 regiones exploradas	Severa (7%)
Caderas	10	Limitación de la movilidad en las 5 regiones exploradas	
Porcentaje en el caso valorado (Precisar el porcentaje que corresponda)			

Se considera limitación en una región cuando la movilidad está limitada en un 50% o más, o se encuentra francamente enlentecida.

2.3 ASPECTOS LABORALES:

Tener en cuenta anamnesis y declaración jurada Anexo 18.

2.4 ASPECTOS SOCIALES

Cuestionario Barthel (Actividades Vida Diaria)

Puntuaciones originales de las AVD incluidas en el Índice de Barthel
Comer
0 = Incapaz
5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.
10 = independiente 8la comida está al alcance de la mano)
Trasladarse entre la silla y la cama
0 = incapaz, no se mantiene sentado
5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas) para estar sentado.
10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)
15 = independiente.
Aseo personal
0 = necesita ayuda con el aseo personal.
5 = independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse
Uso del retrete
0 = dependiente
5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo.
10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse).
Bañarse/Ducharse
0 = dependiente.
5 = independiente para bañarse o ducharse
Desplazarse
0 = Inmóvil.
5 = independiente en silla de ruedas en 50 m.
10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal).
15 = independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.
Subir y bajar escaleras
0 = incapaz.
5 = necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta.
10 = independiente para subir y bajar.
Vestirse y desvestirse
0 = dependiente
5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda.
10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.
Control de heces
0 = incontinente (o necesita que le suministren enema)
5 = accidente excepcional (uno/semana).
10 = continente.
Control de orina
0 = incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa.
5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas).
10 = continente, durante al menos 7 días.
Total = 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas)
Total puntos en el caso valorado (Precisar el porcentaje que corresponda)

Dependencia	Deficiencia
0 – 30 Dependencia muy alta	Deficiencia severa (10%)
31 – 60 Dependencia severa	Deficiencia moderada (7%)
61 – 90 Dependencia moderada	Deficiencia leve (5%)
91 – 99 Dependencia escasa	(1%)
100 Independencia	
Porcentaje en el caso valorado (Precisar el porcentaje que corresponda)	

BLOQUE 3: CASOS PRÁCTICOS

CASO 1:

Paciente mujer de 47 años, casada, con estudios de secundaria y en situación desempleo por enfermedad.

Anamnesis:

Paciente diagnosticada en Enero de 2018 de fibromialgia (según informes médicos adjuntos), en el contexto de dolor, fatiga, alteración de la memoria y malestar general desde el año 2015, por el cual se pautó Tensodox 10 mg/día, cymbalta 60 mg/día, lyrica 150 mg/día y psiquiatría por trastorno mixto ansioso depresivo pauta clonazepan 2 mg/día y otros fármacos que no consume por efecto sobre el sueño y malestar que le provocan, suspendiéndolos de forma voluntaria. Como comorbilidades la paciente presenta condromalacia en rodillas, cistitis intersticial, gastritis con pólipos en estómago, síndrome del túnel carpiano.

Enfermedad actual:

Refiere polimialgias, cefaleas, parestesias generalizadas y estado de ánimo bajo reactivo, y que con la medicación pautada sólo mejora parcialmente su alodinia, dolor y fatiga. Evaluada por psiquiatría, pero la paciente suspende tratamiento prescrito por mala tolerancia a lo pautado por su síndrome ansioso depresivo. Pendiente de ser evaluado por terapia del dolor, medicina física y psiquiatría para pauta de tratamiento específica.

Tratamiento habitual:

Cymbalta 60 mg/día.

Lyrica 150 mg/día.

Tensodox 10 mg/día.

Etoricoxib 60 mg/día.

Exploración:

Talla: 1.58, Peso: 67 Kg.

Pulso: 77, FR: 20, TA:120/70 mmHg.

Paciente que se moviliza con normalidad, independiente, tendente al llanto, en regular estado general, regular estado nutricional y de hidratación. Refiere situación laboral desbordante.

TCSC, Adecuada distribución para edad y género.
Ganglios: No palpables.
Cabeza y Cuello: Normocéfala.
Aparato Respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ACP.
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos.
Abdomen: Blando, depresible RHA conservados.
Génito-Urinario: Diferido. Neurológico: LOTEP.

AP: Normal.

Consciente y orientada, con adecuada atención a su aspecto físico. Abordable y colaboradora. No alteración del curso ni del contenido del pensamiento. Discurso centrado en problemática de salud y situación laboral desbordante.

Marcha normal sin alteraciones, autónoma sin necesidad de apoyo externo. Ritmo adecuado- Movilidad en consulta adecuada. Paso de sedestación a bipedestación y decúbito con facilidad. No déficit motor ni sensitivo, ROT: presentes aquilianos, rotulianos, bicipital bilateral. Nervios craneanos y funciones superiores conservados,

Pruebas complementarias:

Sin alteraciones analíticas

RNM cervical: Espondiloartrosis. Protrusiones discales difusas. Signos leves de compresión medular.

EMG MMSS: Sin hallazgos.

Otros: velocidad de conducción motora, sensitiva y electromiografía de miembros superiores dentro de la normalidad. (08/04/2019).

CASO 2:

Patricia Teresa.

Mujer de 48 años, casada, en situación de desempleo, técnico.

Paciente con diagnóstico de fibromialgia desde Enero del 2018 (Según informe médico adjunto), con síntomas desde el 2015 presenta dolor, fatiga, alteración de la memoria y malestar general recibe tratamiento tensodox 10 mg/día, cymbalta 60 mg , Lyrica 150 mg/día, psiquiatría le envía medicación clonazepam 2 mg/día y otras que no consume por efecto de sueño y malestar que estas le provocan.

Actualmente presenta dolor, disminución de fuerza muscular, problemas de memoria, alteración de estado de ánimo. Refiere manejo de terapia de dolor (no envía copia de atención o informe médico), Evaluación por oftalmología por disminución de agudeza visual.

Comorbilidades:

Condromalacia en rodillas, cistitis insterticial, gastritis con pólipos en estomago (no se tiene copia de evaluación por gastroenterologia), síndrome de túnel del carpo (Diciembre 2018), trastorno mixto ansioso depresivo.

Tratamiento actual:

Cymbalta 60 mg/día, Lyrica 150 mg/día, tensodox, etoricoxib 60mg/día.

Informe siquiatra: DX trastorno de somatización.

Exploración:

Consciente y orientada, adecuada atención a su aspecto físico. No alteración del curso ni del contenido del pensamiento, refiere alteración de la atención (sin interferencia para desenvolverse en consulta ni en la calle, ha venido sola). Animo en relación con su patología dolorosa (sensación de minusvalía e incapacidad). No ideación suicida, adecuada conciencia de enfermedad. Hipobulia, poca tolerancia a la frustración. Juicio conservado.

UNION PERICIAL Sanitaria

CURSOS DE FORMACIÓN. UNIÓN PERCIAL SANITARIA S. L.