

EVALUACION DEL MENOSCABO POR **LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**



**UNION
PERICIAL**
Sanitaria

CURSOS DE FORMACIÓN. UNIÓN PERICIAL SANITARIA S. L.

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

EVALUACION DEL MENOSCABO POR LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

BLOQUE 1: INTRODUCCIÓN

1. Introducción	2
1.1 ¿Cómo se manifiesta?	2
2. Presentación clínica	3
2.1 Alteraciones analíticas	4
3. ¿Cómo se diagnostica?	5
4. Clasificación	5
5. Comorbilidades y situaciones especiales	7
6. Tratamiento	8
7. Pronóstico	9

BLOQUE 2: PROTOCOLOS

2.1 Aspectos personales	10
2.2 Aspectos clínicos-terapéuticos	11
2.2.1 Daño irreversible	12
2.2.2 Gravedad de la enfermedad	13
2.2.3 Aspectos terapéuticos	14
2.2.4 Comorbilidades asociadas	14
2.3 Aspectos laborales: check-list específico	15
2.4 Aspectos sociales (calidad de vida sf36)	16

BLOQUE 3: CASOS PRÁCTICOS

CASO 1	17
CASO 2	19

BLOQUE 1: INTRODUCCIÓN

EVALUACION DEL MENOSCABO POR LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.

Incorporado al Manual de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez (MEGGI) aprobado mediante resolución N°058-94-EF/SAFP

1. INTRODUCCIÓN.

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad sistémica y crónica, que puede afectar a cualquier órgano. Constituye el prototipo de enfermedad autoinmune. Aunque el pronóstico ha mejorado considerablemente en los últimos años, su morbimortalidad sigue siendo mayor que en la población general.

La prevalencia de LES ha aumentado en las últimas décadas, en parte debido a la mayor detección de casos en estadios iniciales de la enfermedad.

El 90% de los enfermos son mujeres, lo que se explica por el efecto de los estrógenos. La etiología del LES es sin duda multifactorial y en ella además de los factores genéticos y hormonales también participan alteraciones inmunológicas y agentes ambientales, como las infecciones y la radiación ultravioleta o la exposición a ciertos fármacos. En el LES se produce una alteración de la respuesta inmunitaria con:

- pérdida de tolerancia para autoantígenos,
- producción de autoanticuerpos (autoAc),
- formación de inmunocomplejos
- y déficit de los mecanismos reguladores, que culmina en el daño tisular.

1.1 ¿CÓMO SE MANIFIESTA?

La presentación del LES es muy variable, depende del órgano que se afecte.

Las manifestaciones más frecuentes son las cutáneo-mucosas y las articulares, seguidas de las alteraciones hematológicas.

Puede cursar con complicaciones renales, neurológicas, cardiopulmonares o en otros órganos mayores, que aumentan la morbimortalidad causada por la enfermedad. En algunos pacientes, generalmente en fases iniciales de la enfermedad, hay presencia de autoanticuerpos sin que se acompañen de síntomas clínicos.

2. PRESENTACIÓN CLÍNICA

- **Manifestaciones cutáneas:** afectan a la práctica totalidad de los pacientes con LES. El espectro de lesiones cutáneas lúpicas es muy amplio, siendo las más características:
 - El exantema malar o en alas de mariposa, que afecta a las mejillas y nariz y que generalmente respeta los surcos nasogenianos.
 - El lupus discoide, en forma de placas eritematosas sobre elevadas y descamativas.
 - El lupus subagudo cutáneo, muy frecuente en el LES inducido y que asocia alta fotosensibilidad.
 - Otras lesiones no específicas pero muy frecuentes son: la fotosensibilidad, la alopecia, las úlceras orales, la urticaria, el fenómeno de Raynaud, o la vasculitis.
- **Manifestaciones musculo esqueléticas:** las artralgias son muy comunes. La mayor parte de los pacientes llegan a desarrollar artritis en algún momento de la evolución. Afectan predominantemente a las manos. Pueden acompañarse de tenosinovitis. Las mialgias también son frecuentes, sin que suela acompañarse de miositis.
- **Manifestaciones generales:** el malestar general, la astenia, la fiebre o la pérdida de peso suelen presentarse en algún momento de la evolución en todos los enfermos. Al tratarse de síntomas no específicos, siempre es necesario descartar otras posibles causas, en especial las infecciones y neoplasias. Pueden acompañarse de adenopatías cervicales, axilares e inguinales. No es infrecuente que los pacientes presenten una fibromialgia secundaria a su diagnóstico de base.
- **Manifestaciones renales:** la nefritis lúpica es una complicación seria que aparece en hasta el 34% de los pacientes (Rúa-Figueroa I, 2013). Su curso puede ser relativamente silente, por lo que debe realizarse una búsqueda activa de la misma.
- **Serositis:** los pacientes con LES pueden presentar dolor torácico y/o disnea. Las causas cardiopulmonares más frecuentes son la pleuritis y la pericarditis. Se acompañan de hallazgos típicos en la exploración física, como la disminución del murmullo vesicular o el roce pericárdico. Otras manifestaciones cardiopulmonares menos frecuentes son la enfermedad parenquimatosa pulmonar, la hipertensión pulmonar, las valvulopatías o la endocarditis.
- **Manifestaciones neuropsiquiátricas:** son muy variadas y pueden afectar tanto al sistema nervioso central como al periférico. Su presentación suele ser precoz, en los dos

primeros años tras el diagnóstico. Afecta hasta el 56% de los pacientes con LES (Unterman A, 2011). Incluyen la cefalea, las crisis comiciales, la meningitis aséptica, la enfermedad cerebrovascular, alteraciones cognitivas, la psicosis y las neuropatías periféricas.

- **Eventos trombóticos y pérdidas fetales:** en aquellas pacientes con síndrome antifosfolípido asociado.

2.1 ALTERACIONES ANALÍTICAS

- **Manifestaciones hematológicas:** las principales son:
 - Anemia: puede deberse a la enfermedad crónica en sí, a la presencia de hemolisis, insuficiencia renal, enfermedad gastroerosiva, hemorragia pulmonar, hiperesplenismo o depresión medular. Generalmente cursa de forma paralela a la enfermedad.
 - Leucopenia.
 - Linfopenia.
 - Trombocitopenia.
- **Presencia de autoanticuerpos:**
 - Anticuerpos antinucleares (ANA): la positividad de estos autoAc tiene una alta sensibilidad para el diagnóstico de LES, aunque una baja especificidad, pues pueden estar presentes en otras enfermedades autoinmunes como la esclerosis sistémica, la dermatomiositis, la polimiositis, la artritis reumatoide, las tiroiditis y hepatitis autoinmunes, en infecciones, neoplasias y también en mayores de 65 años. En estas circunstancias los títulos de ANA suelen ser menores que en el LES. En ausencia de ANA, el diagnóstico de LES es poco probable, aunque no imposible.
 - Anticuerpos anti DNA: son altamente específicos de LES y su título se correlaciona con su severidad y con la progresión de la enfermedad renal.
 - Anticuerpos anti-Sm: son patognomónicos de la enfermedad.
 - Anti-RNP: se suelen asociar a los antiSm.
 - Anti SSA (Ro) y anti SSB(La): no son específicos de LES. Acompañan al síndrome de Sjögren bien primario o bien secundario al LES. Se asocian al lupus neonatal y a la presencia de bloqueo cardiaco congénito en hijos de madres portadoras, por lo que es necesario investigar su existencia para poder prevenir complicaciones en los hijos de las madres afectas.

- Anticuerpos antifosfolípido como anticoagulante lúpico, anticuerpos anticardiolipina IgG e IgM y anticofactor anti-beta-2 glicoproteína IgG e Ig M o VDRL falsamente positivo. Su presencia se relaciona con el desarrollo de complicaciones trombóticas, gestacionales y trombocitopenia.
- Fracciones C3 y C4 del complemento: su descenso se correlaciona con la actividad.

3. ¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

El diagnóstico de LES es a menudo un reto para el médico. El diagnóstico se realiza fundamentalmente por los hallazgos clínicos obtenidos de una anamnesis y una exploración física, dirigidas y completas, acompañados de la presencia de autoAc.

El estudio debe completarse con una bioquímica completa que incluya perfil lipídico, coagulación, serologías de virus, Rx de tórax y EKG para evaluar la situación basal, la existencia de comorbilidades y el posible desarrollo de complicaciones.

Exploraciones complementarias aconsejadas según la clínica.	
Síntoma	Exploraciones a considerar
Dolor torácico	Ecocardiograma.
Disnea, tos	TAC torácico de alta resolución, ecocardiograma.
Anemia	Recuento de reticulocitos, extensión de sangre periférica, test de Coombs.
Proteinuria, hematuria, cilindros urinarios	Proteinuria en orina de 24 horas, cociente albúmina/creatina en orina, valoración por nefrología para considerar biopsia.
Síntomas neuropsiquiátricos	TAC/RM craneal, punción lumbar.

4. CLASIFICACIÓN

Criterios clasificatorios de LES del Colegio Americano de Reumatología	
Criterio	Definición
1. Rash malar.	Eritema fijo, plano, sobre eminencias malares. Tiende a evitar pliegues nasogenianos.
2. Rash discoide.	Parches eritematosos con descamación y obstrucción folicular. En lesiones antiguas pueden aparecer cicatrices atróficas.
3. Fotosensibilidad.	Rash cutáneo como respuesta a exposición al sol.
4. Úlceras orales.	Ulceración oral o nasofaríngea, no dolorosa.
5. Artritis.	Artritis no erosiva, unilateral, que incluya 2 o más articulaciones periféricas, caracterizada por aumento de sensibilidad, inflamación o derrame.
6. Pleuritis o pericarditis.	Pleuritis: historia de dolor pleurítico o roce identificado por el médico o evidencia de derrame pleural. Pericarditis: documentada por electrocardiograma o evidencia de derrame pericárdico.
7. Alteraciones renales.	Proteinuria persistente >0.5 gr/día. Sedimento urinario con o sin presencia de cilindros hemáticos.
8. Alteraciones neurológicas.	Convulsiones o psicosis. En ausencia de tratamientos farmacológicos o alteraciones metabólicas (uremia, cetoacidosis, desequilibrio electrolítico).
9. Alteraciones hematológicas.	Anemia hemolítica con reticulocitosis. Leucopenia <1,500/mm ³ en 2 o más ocasiones. Trombocitopenia <100,000 mm ³ en ausencia de fármacos.
10. Alteraciones inmunológicas.	Anti-DNA positivos con títulos anormales. Anti-Sm positivos. Anticuerpos antifosfolípidos positivos:

	<p>Niveles séricos anormales de anticuerpos anticardiolipina IgG o IgM.</p> <p>Anticoagulante lúpico positivo.</p> <p>Pruebas treponémicas negativas.</p>
11. Anticuerpos antinucleares positivos.	Títulos anormales de anticuerpos antinucleares por técnicas de inmunofluorescencia, en ausencia de fármacos.

<p>Controles habituales en pacientes con LES estable.</p> <p>Anamnesis, interrogando por nuevos síntomas y progresión de los previos.</p> <p>Supervisión del tratamiento, valoración del cumplimiento y tolerancia.</p> <p>Exploración física completa y por aparatos.</p> <p>Hemograma, función hepática, función renal y sedimento de orina.</p> <p>Anti DNA.</p> <p>C3 y C4.</p>
--

5. COMORBILIDADES Y SITUACIONES ESPECIALES

En el LES pueden aparecer una serie de complicaciones que el clínico debe tratar de prevenir o al menos de reconocer. Se resumen en la tabla 6. Entre ellas se encuentran:

- **Infecciones y LES:**
- **Riesgo cardiovascular:** el riesgo de cardiopatía isquémica está aumentado en los pacientes con LES. El control estricto de los factores de riesgo cardiovascular clásicos es fundamental. Se recomienda un tratamiento agresivo de la dislipemia, con el objetivo terapéutico de conseguir cifras de colesterol LDL < 100 mg/dl (Wajed J, 2004). Debe valorarse asimismo la existencia de un síndrome antifosfolípido asociado y considerar antiagregación o anticoagulación según los casos.
- **Complicaciones psiquiátricas:** en los pacientes con LES pueden aparecer una serie de manifestaciones psiquiátricas en las que las exploraciones complementarias analíticas, de imagen y demás estudios neurológicos descartan la existencia de una lesión orgánica. Entre ellas se encuentran la depresión como la más frecuente, la ansiedad y los trastornos de personalidad.

- **Osteoporosis:** la enfermedad inflamatoria, la menopausia precoz, el tratamiento prolongado con corticoides y la ausencia de exposición solar pueden contribuir a la pérdida de densidad mineral ósea.
- **Necrosis avascular:** el LES, la presencia de Ac antifosfolípido y el tratamiento con corticoides son factores de riesgo para el desarrollo de una necrosis avascular ósea. La aparición de clínica monoarticular, en especial si afecta a la cadera, debe hacer pensar en la posibilidad de desarrollo de esta complicación.
- **Fibromialgia secundaria:** en los pacientes con LES con artromialgias como principal síntoma, no acompañadas de otros datos de actividad clínicos ni serológicos, ni de otra causa que las justifique, hay que considerar la fibromialgia secundaria dentro del diagnóstico diferencial.

Comorbilidades y situaciones especiales.
Infecciones.
Enfermedad cardiovascular.
Complicaciones psiquiátricas.
Osteoporosis.
Necrosis avascular.
Fibromialgia.

6. TRATAMIENTO

El tratamiento, por tanto, varía lo largo de la evolución, conservando los mismos objetivos de mantener la enfermedad inactiva o con la menor actividad posible, evitar el daño orgánico estructural, minimizar la toxicidad de los tratamientos y mejorar la supervivencia. Adoptar unos hábitos de vida saludables y evitar la exposición solar son otras medidas que deben tomarse.

El tratamiento farmacológico dependerá de los órganos que estén afectados.

Inmunosupresores utilizados en el LES.		
Fármaco	Dosis, pauta, vía	Efectos secundarios
Ciclofosfamida	750 mg/m ² , mes, IV	Citopenias, toxicidad gonadal, teratogenicidad, cistitis hemorrágica, cáncer vesical, infecciones, hepatotoxicidad, vómitos.
Azatioprina	2-2,5 mg/kg/día, oral	Citopenias, intolerancia gastrointestinal, hepatotoxicidad, neoplasias, infecciones.
Metotrexato	10-25 mg/semana, oral o sc	Citopenias, hepatotoxicidad, intolerancia gastrointestinal, mucositis, teratogenicidad, neumonitis intersticial.
Micofenolato de mofetilo	1,5 gr/día, oral	Intolerancia gastrointestinal, citopenias, infecciones, hepatotoxicidad, teratogenicidad.
Belimumab	10 mg/kg, IV días 0, 14, 28, después cada 4 semanas	Reacciones infusionales, infecciones, leucopenia, intolerancia gastrointestinal, dolor en extremidades.
Rituximab	375 mg/m ² semana, 4 semanas	Reacciones infusionales, infecciones, reactivación de la infección por virus de hepatitis B.

7. PRONÓSTICO:

Entre los factores clínicos relacionados con una mayor mortalidad se han descrito, la presencia de enfermedad renal (sobre todo de glomerulonefritis difusa proliferativa), la hipertensión arterial y los anticuerpos antifosfolípido.

La remisión de la enfermedad se consigue en algunos pacientes, permitiendo incluso llegar a retirar el tratamiento.

BLOQUE 2: PROTOCOLO

OFICIO MULTIPLE N° 39800-2017-SBS.

2.1 ASPECTOS PERSONALES

Aspectos a valorar (Factores pronósticos)	Escalas	Marcar lo que corresponda
Edad	Menor o igual a 30 años	
	Mayor a 30 y menor a 50 años	
	Mayor o igual a 50 años	
Nivel de Formación	Estudios elementales	
	Estudios secundarios	
	Estudios superiores	
Situación económica¹	Mala	
	Media	
	Buena	
Apoyo del entorno (familiar o de otro tipo) ²	Sin apoyo	
	Apoyo parcial	
	Apoyo completo/bueno	
Situación laboral: Desempleo, o si trabaja: tiempo de subsidio ³ en el último año	Desempleo	
	Sin subsidio	
	Menor a 3 meses	
	Mayor o igual a 3 y menor o igual a 5	
	Mayor a 5 meses	

COMENTARIOS:

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

2.2 ASPECTOS CLINICOS-TERAPUÉTICOS

2.2.1 ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

Cuadro I. Escala de actividad lúpica de SLEDAI (Toronto, 1992).		
Parámetros	Puntaje	
Convulsiones	8	Reciente (excluir metabólico, drogas e infecciones)
Psicosis	8	Perturbación severa percepción realidad, alucinación, incoherencia. Disociación, catatonía
Síndrome orgánico cerebral	8	Alteración funciones mentales/intelectual, pérdida conciencia, atención, incoherencia, insomnio, mareo
Trastornos visuales	8	Cambios retina por LES, excluir por hipertensión arterial sistémica
Cefalea intensa	8	Cefalea intensa, persistente, migrañosa, no responde a tratamiento
Trastornos de los pares craneales	8	Neuropatía motora. S.N.C.
Evento vascular cerebral	8	Excluir hipertensión arterial, tromboembolia
Vasculitis	8	Ulceración, gangrena, nódulos blandos, infartos periungueal, biopsia (+)
Artritis	4	Articulaciones
Miositis	4	Mialgias, debilidad proximal, elevación de CPK, aldolasa elevada, electromiografía alteración en biopsia (+)
Cilindros urinarios	4	Hialinos, hematocitos. Granulares en orina
Hematuria	4	> 5 g/campo
Proteinuria	4	> 0.5 mg/24 h o elevado
Piuria	4	> 5 leucocitos/campo
Eritema malar	2	Erupción de la piel. Episodio nuevo o recurrente rash inflamatorio
Alopecia	2	Nueva o recurrente
Úlceras en mucosas	2	Orales o nasales
Pleuresia	2	Dolor pleurítico + frote, engrosamiento pleural
Pericarditis	2	Dolor precordial +, frote efusión, alteración electrocardiograma, EGO
Hipocomplementemia	2	Disminución de C3, C4
Aumento unión DNA	2	> 25%
Fiebre	1	> 38 °C
Trombocitopenia	1	< 100,000/mm ³
Leucopenia	1	< 3,000/mm ³

- Inactividad de 0-2 puntos - Leve 2-4 puntos - Moderada 4-8 puntos - Severa o grave: 8 o > 8 puntos.

ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD- ver anexo SLEDAI (max. 20%)		
Puntuación < 3	Enfermedad leve o poco activa	7%
Puntuación ≥ 3 y ≤ 12	Enfermedad moderadamente activa	14%
Puntuación > 12	Enfermedad severa o muy activa	20%

COMENTARIOS:

Verificar los síntomas con respecto al curso evolutivo de su enfermedad según historia clínica

2.2.2 DAÑO IRREVERSIBLE

Item	Score	Item	Score
Ocular		Peripheral vascular	
• Any cataract ever	0,1	• Claudication for 6 months	0,1
• Retinal change or optic atrophy	0,1	• Minor tissue loss (pulp space)	0,1,2
Neuropsychiatric		• Significant tissue loss ever (loss of digit) (score 2 if >1 site)	0,1
• Cognitive impairment/ major psychosis	0,1	• Venous thrombosis, swelling, ulceration, or venous stasis	0,1
• Seizures requiring therapy for 6 months	0,1	Gastrointestinal	
• CVA ever (score 2 if >1)	0,1	• Infarction or resection of bowel below duodenum spleen, liver, or gall bladder ever, for cause any (score 2 if >1 site)	0,1
• Cranial or peripheral neuropathy	0,1	• Mesenteric insufficiency	0,1,2
• Transverse myelitis	0,1	• Chronic peritonitis	0,1
Renal		• Stricture or upper gastrointestinal tract surgery ever	0,1
• Estimated GFR <50%	0,1	Musculoskeletal	
• Proteinuria >3.5 gm/24 h	0,1	• Muscle atrophy or weakness	0,1
• ESRD	3	• Deforming or erosive arthritis	0,1
Pulmonary		• Osteoporosis with fracture or vertebral collapse	0,1
• Pulmonary hypertension	0,1	• Avascular necrosis (score 2 if >1)	0,1,2
• Pulmonary fibrosis and radiograph	0,1	• Osteomyelitis	0,1
• Shrinking lung (radiograph)	0,1	• Tendon Rupture	0,1
• Pleural fibrosis (radiograph)	0,1	Skin	
• Pulmonary infarction (radiograph)	0,1	• Scarring chronic alopecia	0,1
Cardiovascular		• Extensive scarring other than scalp and pulp space	0,1
• Angina or coronary artery bypass	0,1	• Skin ulceration (excluding thrombosis) for >6 months	0,1
• Myocardial infarction ever (score 2 if > 1)	0,1,2	Premature gonadal failure	0,1
• Cardiomyopathy (ventricular dysfunction)	0,1	Diabetes (regardless of treatment)	0,1
• Valvular disease (murmur >3/6)	0,1	Malignancy (exclude dysplasia) (score 2 if > 1 site)	0,1,2
• Pericarditis for 6 months, or pericardiectomy	0,1		

Damage (nonreversible change, not related to active inflammation) occurring since onset of lupus, ascertained by clinical assessment and present for at least 6 months unless otherwise stated. Repeat episodes must occur at least 6 months apart to score 2. The same lesion cannot be scored twice.

Puntuación < 10	Leve Daño Estructural	7%
Puntuación ≥ 10 y < 25	Moderado Daño estructural	17%
Puntuación ≥ 25 y ≤ 50	Severo Daño estructural	20%

COMENTARIOS:

- Verificar los síntomas con respecto al curso evolutivo de su enfermedad según historia clínica

2.2.3 GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD

Índice de Katz

1. Baño	Independiente: Se baña solo o precisa ayuda para lavar alguna zona, como la espalda, o una extremidad con minusvalía	<input type="radio"/>
	Dependiente: Precisa ayuda para lavar más de una zona, para salir o entrar en la bañera, o no puede bañarse solo	<input type="radio"/>
2. Vestido	Independiente: Saca ropa de cajones y armarios, se la pone, y abrocha. Se excluye el acto de atarse los zapatos	<input type="radio"/>
	Dependiente: No se viste por sí mismo, o permanece parcialmente desvestido	<input type="radio"/>
3. Uso del WC	Independiente: Va al WC solo, se arregla la ropa y se limpia	<input type="radio"/>
	Dependiente: Precisa ayuda para ir al WC	<input type="radio"/>
4. Movilidad	Independiente: Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo, y puede levantarse de una silla por sí mismo	<input type="radio"/>
	Dependiente: Precisa ayuda para levantarse y acostarse en la cama o silla. No realiza uno o más desplazamientos	<input type="radio"/>
5. Continencia	Independiente: Control completo de micción y defecación	<input type="radio"/>
	Dependiente: Incontinencia parcial o total de la micción o defecación	<input type="radio"/>
6. Alimentación	Independiente: Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente (se excluye cortar la carne)	<input type="radio"/>
	Dependiente: Precisa ayuda para comer, no come en absoluto, o requiere alimentación parenteral	<input type="radio"/>

Puntuación < 4	Leve	7%
Puntuación ≥ 4 y < 8	Moderada	14%
Puntuación ≥ 8 y ≤ 13	Severa	20%

2.2.4 ASPECTOS TERAPEUTICOS

ASPECTOS TERAPÉUTICOS			Marcar lo que corresponda
Valoración de la respuesta al tratamiento administrado	Buena Supresión del dolor y mejora de la funcionalidad	Leve	
	Regular: Alivio parcial del dolor y mejora parcial de la funcionalidad	Moderada	
	Mala: No mejora el dolor ni la funcionalidad	Severa	
Valoración de los efectos adversos de los tratamientos	Efectos gástricos e intestinales	Leve = 1 efecto adverso	
	Efectos sistémicos: hepáticos, renales, neurológicos...	Moderada = 2 ó 3 efectos	
	Otros: HTA, etc.	Severa > 3 efectos adversos	

** En caso de no llevar tratamiento, no se aplicará la valoración hasta que lo inicie y lleve al menos 3 meses con él.

COMENTARIOS:

Valoración de respuesta al tratamiento:

- Verificar que el paciente sigue las pautas de tratamiento y corroborar con WOMAC (apartado A) y anamnesis

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 COMORBILIDADES ASOCIADAS

COMORBILIDADES ASOCIADAS (máx. 9%)				
Riesgo cardiovascular incrementado: Diabetes Mellitus, HTA, Dislipemia	Sí	No	Leve: al menos 1 de las patologías asociadas	3%
Afectación sistémica multiorgánica: neurológica, psiquiátrica, renal, ósea, infecciosas, etc.	Sí	No	Moderada: al menos 2 o 3 de las patologías asociadas	6%
Otras: neoplásicas	Sí	No	Severa > 3 patologías asociadas	9%

Comentario:

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

2.3 ASPECTOS LABORALES: Check-list específico

C.1 ASPECTOS LABORALES (máx. 5%)		
Puntuación	Porcentaje	Incapacidad
0 - 54	1%	Leve
55 - 108	3%	Moderado
109 - 162	5%	Severo
Puntuación final =	Porcentaje de menoscabo =	Grado =

COMENTARIOS:

Comprobar en la declaración jurada y preguntar al paciente en la evaluación, en que trabaja y en que consiste un día laboral en su profesión, antes de realizar el check list laboral.

C.1 ASPECTOS LABORALES (máx. 5%)		
Puntuación	Porcentaje	Incapacidad
0 - 54	1%	Leve
55 - 108	3%	Moderado
109 - 162	5%	Severo
Puntuación final =	Porcentaje de menoscabo =	Grado =

C.2 CHECK LIST-SITUACIÓN LABORAL					
Tareas Puntuación (entre 0 - 6)		No procede	1/3 jornada	2/3 jornada	Toda la jornada
Movilización manual de cargas	MMC ≤ 5 kg	0	1	2	3
	MMC 5-10 kg	0	2	3	4
	MMC > 10 y ≤ 25 kg	0	3	4	5
	MMC > 25kg	0	4	5	6
Movimientos repetitivos	MR Hombro elevación > 90°	0	2	4	6
	MR flexo-ext o prono-sup. de muñeca	0	2	4	6
	Flex-ext. Tronco	0	2	4	6
Posturas prolongadas	Deambulación prolongada	0	2	4	6
	Sedestación continuada	0	2	4	6
	Bipedestación continuada	0	2	4	6
Organización del trabajo	Trabajo continuo y sin alternancia de tareas en su trabajo	0	2	4	6
	Realiza tareas repetitivas/monótonas	0	2	4	6
	Posturas fijas y sin alternancia de posiciones en su trabajo	0	2	4	6
	No puede realizar pausas para descansar durante el trabajo	0	2	4	6
	Es capaz de finalizar las tareas que le encomiendan en su trabajo	0	2	4	6
	Tiene trabajo a turnos/nocturno (valorar la jornada mensual)	0	2	4	6
Condiciones laborales	La carga de trabajo es inadecuada (excesiva, irregular, no adaptada a sus capacidades...)	0	2	4	6
	Las condiciones medioambientales de su trabajo (temperatura, humedad...) empeoran su cuadro clínico	0	2	4	6
	No dispone de elementos de apoyo en sus tareas (aparatos, instrumentos, máquinas...)	0	2	4	6
	Realiza trabajo en altura (>3 m)	0	2	4	6

2.4 ASPECTOS SOCIALES (Calidad de vida SF36)

4.- ASPECTOS SOCIALES-CALIDAD DE VIDA (max. 10%)		
Puntuación SF 36	Calidad de vida- Salud Total	Porcentaje
< 25	Mala	10%
≥ 25 < 50	Regular	6%
≥ 50 < 75	Buena	4%
≥ 75 ≤ 100	Muy Buena	0%
Puntuación obtenida= Porcentaje de menoscabo =		

CUESTIONARIO SF36:

http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/03/SF36_CUESTIONARIOpdf.pdf

BLOQUE 3: CASOS PRÁCTICOS

CASO 1:

Mujer de 63 años, casada, grado de instrucción secundaria, en situación de desempleo desde febrero de 2019 por enfermedad y siendo su cargo asistente de ventas.

Anamnesis:

Paciente con antecedentes de tuberculosis pulmonar (en septiembre de 2014, con tratamiento completo y con tractos pleuroparenquimatosos en vértices pulmonares como secuela y bronquiectasias como comorbilidad), diarrea crónica (desde el año 2015) e hipotiroidismo (desde el año 2016). Inicia con cuadro de dolor articular de características artrósicas (acompañado de inflamación, tumefacción y dolor) en 2014, fundamentalmente en manos y rodillas. Tras ello, se le diagnostica de artritis reumatoide comenzando tratamiento irregular con metotrexato, corticoides orales y presenta reacción adversa a la leflunomida en 2016. Tras ingreso hospitalario el mismo año, se completa estudio y se concluye con el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico con compromiso constitucional, articular, dérmico, pleural y hematológico (anemia hemolítica y leucolinfopenia) y probables gastrointestinales. Comienza tratamiento con antimaláricos, corticoides a dosis altas y azatriopina 50 mg al día en diciembre de 2016, que mantuvo pauta hasta mayo 2017. Comienza con alteraciones visuales a forma de velo, siendo diagnosticada de cataratas bilaterales en 2017.

En 2018, inicia con infecciones urinarias por E.Coli BLEE (con tratamiento antibiótico) y con intolerancia gastrointestinal a micofenolato mofetilo. Comenzó con pulso de prueba con ciclofosfamida, que empeora la frecuencia de las diarreas por lo que no se avanzó más en la inmunosupresión.

Enfermedad actual:

Refiere que necesita ayuda para bañarse y baston para caminar porque se siente más segura. Presenta como complicaciones del lupus: Diarrea crónica, dolor e inflamación articular, fatiga, alopecia difusa, eritema malar, episodios de disautonomía y trastorno reactivo a patología orgánica con sentimientos de discapacidad. En último control, la paciente refiere dolor en ambos pies de tipo urente y con escala EVA 6/10. La paciente tiene ánimo depresivo, durante la entrevista llora porque dice "por el LES se va a morir y a nadie le importa".

Tratamiento actual:

Prednisona 15 mg /día, alternando con 17,5 mg /día.

Levotiroxina 50 mcg.

Hidroxicloroquina 400 mg/día.

Ácido fólico BID.

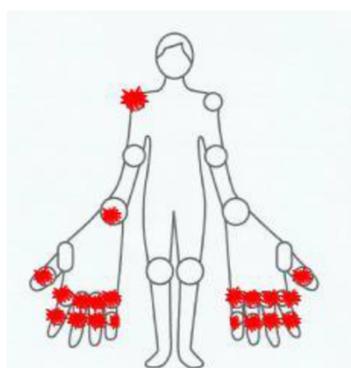
Paracetamol 500 mg PRN a dolor.

Omeprazol 20 mg / día.
Vitamina D.
Nitrofurantoína 100 mg.
Bromuro de ipatropio 20 mcg/día aerosol.
Salbutamol.
Fluticasona.

Exploración:

Talla: 1.65mt, Peso: 70kg.
Pulso: 60, Frecuencia Respiratoria: 16, Tipo constitucional: Normosomica.
ABEG, BEN, BEH.
Piel: Normal.
TCSC: Adecuada distribución para edad y género.
Ganglios: No palpables.
Cabeza y Cuello: Normocefala.
Aparato Respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ACP.
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos.
Abdomen: Blando, depresible RHA conservados.
Génito-Urinario: Diferido.
Neurológico: LOTEPE, refiere episodio de ausencias.
Musculoesquelético: Puntos de dolor 28/28, Puntos inflamados 20/28. Rangos articulares conservados. Predominio de dolor en hombro derecho, muñeca derecha y ambas manos. (En otro informe médico en las mismas fechas, se determina que los puntos dolorosos son 16/28).

Rash malar leve y lesiones eritematosas dérmicas en dorso pie y tórax (sin complicaciones añadidas). Edemas leves (+/+++). Evolución estacionaria.



Pruebas complementarias:

Analítica (Mayo/2018): PCR: 1,18 mg/L; VSG: 10 mm/h; FR: 6,1 UI/ml.

Radiografía comparativa de manos (Mayo/2018): No evidencia de trazos de fractura, lesiones líticas ni blásticas, y espacios articulares conservados.

Analítica (Enero/2019): VSG: 20 mm/h.

CASO 2:

Mujer de 52 años, casada, con estudios universitarios y en situación de empleo como profesora.

Anamnesis:

Paciente con antecedentes de litiasis renal de repetición (último cólico renal hace 6 años) y convulsiones desde la infancia (último episodio hace 3 años), con diagnóstico de epilepsia por neurólogo, que indica tratamiento con valproato sódico 500 mg desde hace 10 años (no crisis documentadas en los últimos 5 años), clonazepam 2 mg y gabapentina 300 mg para dolores musculares. Diagnóstico de síndrome depresivo en 2012. En 2015, se le diagnostica de cirrosis biliar primaria (en el contexto de cuadro generalizado de prurito) e hipotiroidismo por el que se le pauta levotiroxina 100 mcg/día. Desde dicho año, la paciente refiere dolor en manos, rodillas, muñecas y hombros, con flogosis en muecas que mejoraban con corticoides orales, pero se han hecho más intensos en los últimos tres años.

En 2018, se le diagnostica por reumatología de lupus eritematoso sistémico, tras completar estudios de poliartralgias, y se le indica tratamiento con hidroxicloroquina 400 mg, leflunomida 20 mg y tramadol 50 mg BID.

Enfermedad actual:

Presenta artromialgias generalizadas (EVA 10/10), rigidez matutina de 5 minutos y fatiga por las mañanas. Trastorno del sueño (7/7) y sueño no placentero (7/7). Se altera su estado de ánimo: ansiedad +++/+++ y labilidad emocional +++/+++.

Caída del cabello abundante. No edema de miembros inferiores. Niega convulsiones y no presenta úlceras orales. Raynaud (a veces). G2. Fotosensibilidad negativo. La paciente es independiente para alimentarse, asearse, vestirse, usar el baño y caminar. Tiene indicadas restricciones a la luz solar y actividades físicas.

Tratamientos habituales:

- Leflunomida 20 mg/día.
- Hidroxicloroquina 400 mg/día.
- Tramadol 50 mg/día BID.
- Levotiroxina 100 mcg/día.
- Valproato sódico 500 mg/día.
- Clonazepam 2 mg/día.
- Gabapentina 300 mg/día.
- Omeprazol 20 mg/día.
- Ac. Ursodeoxicólico 250 mg TID.

Exploración Física:

Talla: 1,70m, Peso: 89Kg.

Pulso: 70. FR: 12 por minuto, TA: 100/60.

Consciente y orientada, adecuada atención a su aspecto físico, Abordable y colaboradora. No alteración del curso ni del contenido del pensamiento. Signos de ansiedad sin criterios de angustia. Fascies normal, sube a la camilla de examen sin ayuda.

Piel: Ligeramente oscura, no ictericia, ni equimosis.

Ganglios: no adenopatías periféricas.

Aparto respiratorio: Auscultación pulmonar normal

Cardiovascular: Normal. No signos de Hipertensión pulmonar.

Abdomen: plano, balando, no hepatoesplenomegalia, RHA presentes.

Neurológico: Normal. No focalidad.

Musculoesquelético:

- No flogosis periférica, rango articular periférico conservado,
- NAD 19/28, NAI 0/18
- Dolor en IFP, MCF y muñecas. Squeeze negativo.
- Coxofemorales en rango articular conservado, movimiento sin dolor.
- Pies y tobillos sin dolor, cuello en rango articular sin dolor al movimiento. Apofisalgia dorso-lumbar (sin compromiso funcional)
- Score de fibromialgia 18/18.

Pruebas complementarias:

- Analítica (Enero/2018): ANA 1/160 moteado.
- Analítica (Marzo/2018): C3 normal; C4 bajo; AntiDNA negativo.
- Analítica(Enero/2019): VSG 9. PCR 2.92mg/L; C3 84.58 mg/dl; C4 10.12 mg/dl; Anti DNA nativo negativo; Proteinuria 140mg/24h; Cl Cr: 160ml/min. Orina completa: normal. Creatinina 0.67mg/dl.



CURSOS DE FORMACIÓN. UNIÓN PERICIAL SANITARIA S. L.