


I'm not robot  reCAPTCHA

[Continue](#)

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

Glicemia en ayunas en sangre venosa determinada en el laboratorio.

Hemoglobina glicosilada (HbA1c), mayor o igual a 6,5%.

La glicemia capilar con cintas reactivas no es un examen para el diagnóstico de diabetes, sólo para su control.


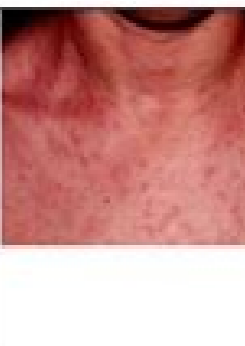


La insulina bajo ninguna circunstancia debe utilizarse para el diagnóstico

Tabla I. The pGALS (*pediatric Gait, Arms, Legs, Spine*). Test para la detección de síntomas músculo-esqueléticos modificado⁽⁵⁾

Preguntas:
 ¿Tiene el niño dolor o rigidez (entumecimiento tras el reposo)?
 ¿Tiene dificultad para vestirse sin ayuda? (si antes lo hacía)
 ¿Tiene dificultad para subir o bajar escaleras? (si antes lo hacía)

Maniobras de detección	¿Qué valora?
Observar al paciente de pie y tumbado	Actitud espontánea. Exantema. Dismetría. Tumefacción articular. Desviación en valgo/varo. Atrofia muscular. Pies planos
Miembros superiores "Mantén las manos extendidas y levantadas delante de ti" "Pon las palmas hacia arriba y cierra las manos en un puño" "Haz pinza con el índice y el pulgar" "Toca las yemas de los dedos con el pulgar de la misma mano" "Mantén juntas las palmas de las manos a la altura de los codos" "Levanta los brazos estirados todo lo que puedas" "Pon las manos detrás del cuello"	Flexión anterior de hombros Extensión de codos, carpos y dedos Supinación de codos Flexión de las articulaciones de los dedos Destreza manual Destreza manual Extensión de articulaciones de los dedos y los carpos Extensión de codos y muñecas Abducción de hombros Abducción y rotación externa de hombros Flexión de codos
Hay dolor al apretar los nudillos	Articulaciones metacarpofalángicas
Miembros inferiores Realizar signo de la tecla en rodillas "Extiende y flexiona las rodillas" Realizar movimientos pasivos de caderas Realizar movimientos pasivos de tobillos	Tumefacción de rodillas Flexión y extensión de rodillas Rotación, abducción y flexión de caderas Movilidad de articulaciones tibioastragalina y subastragalina
Columna y temporomandibulares "Abre mucho la boca" "Mira al techo" "Intenta tocar el hombro con la oreja" "De pie y con las rodillas extendidas, intenta tocar el suelo"	Articulaciones temporomandibulares y desviación a la apertura bucal Extensión de la columna cervical Flexión lateral de la columna cervical Flexión de la columna toraco-lumbar Escoliosis
Deambulación Observar la marcha espontánea "Camina de puntillas" "Camina de talones"	Cojera o rechazo de la deambulación

Tabla 2: Diagnóstico Diferencial Psoriasis Guttata

	Psoriasis Guttata	Pitiriasis Rosada	Sífilis Secundaria	Líqueno Plano
Características Clínicas	Pápulas eritematosas Borde neta Descamación macrada difusa Asintomáticas 0,5-1,5cm.	Placa heráldica: - Placa ovalada de 2-5 cm solitaria. - Eritematosas. - Descamación marginal. - Asintomáticas. 5 a 10 días siguientes lesiones similares, pero más pequeñas (1-3cm)	Manifestaciones diversas: - Roseola sífilítica: exantema macular, no pruriginoso. Sin descamación. Tronco y zonas flexoras de EESS. - Maculas, pápulas, pústulas, vesículas y nódulos. Todas las lesiones son del mismo tamaño, bien definidas y simétricas. NO HAY DESCAMACION	Pápulas eritemato-violáceas, confluentes, brillantes, 1-10 mm. Estrías blanquecinas (estrias de Wickham). Descamación fina difusa. Pruriginosas.
Localización	Caras extensas de las articulaciones Cuero cabelludo → sobrepasa los límites de implantación del pelo Zona lumbar baja Perumbilical.	Placa heráldica: tórax o abdomen. Resto de las lesiones: Distribución en "árbol de pascua" → siguiendo las líneas de tensión de la piel.	Suele comprometer palmas y plantas.	Generalizada → predilección por muñecas y tobillos
Diagnóstico	Clinico. En caso de duda se puede realizar biopsia	Clinico	Serología.	Clinico. Se puede confirmar por biopsia
Curso	Autolimitado → 3-4 meses de duración	Autolimitado → 3-10 semanas de duración	Remisiones y reapariciones por 1-2 años.	Crónico con exacerbaciones periódicas.
Imagen característica				

BRONQUITIS CRÓNICA

Diagnostico Diferencial

Más frecuentes	Frecuencia media	Menos frecuentes
EPOC	Filariosis	Cuerpos extraños
Colapso traqueal	Bronquitis alérgica	Micosis pulmonar
Insuficiencia mitral	Bronquiectasia	Neoplasias
Bronconeumonía infecciosa		Tromboembolismos



Tabla 7
Terapias de erradicación de *H. pylori*

Tipo de terapia	Fármacos	Dosis	Duración (días)
Terapia triple clásica	IBP	Doble dosis/12 h	10-14 días
	Amoxicilina ¹	1 g/12 h	
	Clarithromicina	500 mg/12 h	
Terapia cuádruple no-bismuto	IBP	Dosis estándar/12 h	Secuencial: 5 días amoxicilina seguido de 5 días claritromicina+metronidazol Concomitante: 10-14 días
	Amoxicilina	1 g/12 h	
	Clarithromicina	500 mg/12 h	
	Metronidazol	500 mg/12 h	
Terapia cuádruple clásica con bismuto	IBP	Dosis estándar/12 h	10-14 días
	Bismuto (subcitrate)	120 mg/6 h	
	Tetraciclina ²	500 mg/6 h	
	Metronidazol	500 mg/8 h	
Terapia de rescate (fracaso)	IBP	Dosis estándar/12 h	10 días
	Amoxicilina	1 g/12 h	
	Levofloxacino	500 mg/12-24 h	

¹Clonazepal 40 mg, benzoprazol 60 mg, pantoprazol 80 mg, rabeprazol 40 mg, esomeprazol 40 mg.
²Clonazepal 40 mg, benzoprazol 60 mg, pantoprazol 80 mg, rabeprazol 40 mg, esomeprazol 40 mg.
³Clonazepal 40 mg, benzoprazol 60 mg, pantoprazol 80 mg, rabeprazol 40 mg, esomeprazol 40 mg.
⁴Clonazepal 40 mg, benzoprazol 60 mg, pantoprazol 80 mg, rabeprazol 40 mg, esomeprazol 40 mg.
 IBP: Inhibidor de la bomba de protones.

Tratamiento El objetivo del tratamiento de la osteoporosis es la reducción del número de fracturas por fragilidad. Los suplementos de vitamina D suelen darse como colecalciferol, la forma natural de la vitamina D, aunque también se da la forma sintética derivada de vegetales, el ergocalciferol. El estógeno puede preservar la densidad ósea y prevenir fracturas. Las fracturas pueden ser bilaterales. Las mujeres tienen más frecuentemente osteoporosis por varios motivos: su pico de masa ósea suele ser inferior al del varón y con la menopausia se acelera la pérdida de hueso (osteoporosis posmenopáusica). Los pacientes que toman denosumab no deben someterse a un receso de medicamentos porque suspender este medicamento puede causar una pérdida rápida en la densidad mineral ósea y, lo que es más importante, aumentar el riesgo de fracturas, especialmente vertebrales, a veces múltiples. Para reducir al mínimo la incidencia de fracturas, se debe considerar la interrupción de los bifosfonatos (un descanso de bifosfonatos) después de aproximadamente 3 a 5 años de uso en pacientes con osteoporosis (por DXA), pero pocos o ningún otro factor de riesgo de pérdida ósea (3 años para el ácido zoledrónico por vía IV y 5 años para los bifosfonatos por vía oral) 5 a 10 años de uso en pacientes con osteoporosis (por DXA) y otros factores de riesgo signficativos, como evidencias de fracturas vertebrales Tanto el cese intermitente del tratamiento con bifosfonatos (vacaciones del medicamento) como el inicio y la duración de la terapia dependen de los factores de riesgo del paciente, como la edad, las comorbilidades, el historial previo de fracturas, los resultados de la exploración con DEXA y el riesgo de caídas. El tratamiento osteoformador, como su nombre indica, estimula la formación de nuevo hueso y dentro de este grupo se incluye la teriparatida. Una afección esofágica de afección en el tubo digestivo superior son contraindicaciones relativas a los bisfosfonatos orales. La calcitonina de salmón puede brindar analgesia a corto plazo en fracturas agudas, como una fractura vertebral dolorosa, por un efecto endorfinico. Se recomiendan suplementos de vitamina D se recomienda con 600 a 800 unidades/día. La teriparatida (PTH sintética [PTH1-34]) y la abaloparatida (un análogo de la PTH humana que se une al receptor de PTH tipo 1) se administran diariamente mediante inyección subcutánea para aumentar la masa ósea, estimular la formación de hueso nuevo y reducir el riesgo de fracturas. Aproximadamente 1 de cada 3 mujeres y 1 de cada 5 hombres mayores de 50 años sufrirá una fractura osteoporótica en su vida. El riesgo de cáncer de endometrio puede reducirse en mujeres con útero intacto mediante la toma de progestágenos con estrógenos (véase Hormonoterapia Hormonoterapia La menopausia es la cesación fisiológica o iatrogénica de las menstruaciones (amenorrea) debido a la disminución de la función ovárica. Los pacientes que descansan de los bifosfonatos deben ser estrechamente monitorizados para detectar una nueva fractura o una pérdida ósea acelerada evidente en un DXA. Si se interrumpe el tratamiento con denosumab, debe considerarse la transición a un bisfosfonato como el ácido zoledrónico IV. Qué es la osteoporosis Qué es La osteoporosis es una enfermedad esquelética en la que se produce una disminución de la densidad de masa ósea. Además, algunas personas pueden requerir suplementos de calcio y vitamina D. En concreto, en España, aproximadamente 2 millones de mujeres padecen osteoporosis, con una prevalencia en la población postmenopáusica del 25% (1 de cada 4). ej., T score < -3,5) o múltiples fracturas vertebrales por fragilidad Tienen osteoporosis inducida por corticosteroides (solo teriparatida) Cualquiera de estos tres agentes anabólicos pueden considerarse para su uso durante un feriado de bisfosfonato. El tratamiento antirresortivo es aquel que evita la pérdida de masa ósea. La tasa de pérdida ósea puede disminuirse con el uso de fármacos, aunque una ingestión adecuada de calcio y vitamina D y la actividad física son fundamentales para lograr una densidad ósea óptima. Los bifosfonatos pueden administrarse por vía oral o IV. Romosozumab Preservación de la masa ósea , el anticuerpo monoclonal contra la esclerostina, tiene efectos anabólicos y antirresortivos. La calcitonina de salmón intranasal no debe utilizarse en forma habitual para el tratamiento de la osteoporosis. La cantidad concreta de Calcio varía con la edad, pero muchos adultos necesitarán de 1.000 a 1.500 mg al día. No se ha establecido la cantidad óptima de ejercicios aeróbicos, pero se recomienda un promedio de 30 min/día. El estrógeno es más eficaz si se comienza dentro de los 4 a 6 años de la menopausia, se administra por vía oral y disminuye la velocidad de pérdida ósea y el riesgo de fracturas, incluso si se comienza mucho más tarde. El nivel de 25-hidroxivitamina D debe ser ≥ 30 ng/mL. Sus necesidades diarias se consiguen fundamentalmente por la formación de la misma en la piel cuando recibe el efecto de la irradiación solar. En este último caso deberá existir un control de su médico sobre la cantidad y la pauta de administración. Prevalencia Esta enfermedad afecta principalmente a mujeres después de la menopausia, aunque también puede hacerlo antes o afectar a hombres, adolescentes e incluso niños. Estos marcadores pueden permanecer bajos durante ≥ 2 años de un descanso de los medicamentos. Un fisioterapeuta puede desarrollar un programa de ejercicios seguro y demostrar cómo realizar de forma segura las actividades diarias para reducir al mínimo el riesgo de caídas y fracturas de la columna vertebral. Estos tres agentes anabólicos (teriparatida, abaloparatida y ROMO) suelen indicarse en los pacientes con las siguientes características: Pacientes que no pueden tolerar los agentes antiresortivos o tienen contraindicaciones para su uso Falta de respuesta (es decir, desarrollo de nuevas fracturas o pérdida de la densidad mineral ósea) a los fármacos antirresortivos, así como al calcio, la vitamina D y el ejercicio Posible osteoporosis grave (p. En condiciones normales, una persona alcanza a los 30-35 años una cantidad máxima de masa ósea ("pico de masa ósea"). Existen muchas otras causas de osteoporosis: alcoholismo, fármacos (glucocorticoides, tratamiento hormonal utilizado para el tratamiento de cáncer de mama y de próstata...), enfermedades inflamatorias reumáticas, endocrinas, hepáticas, insuficiencia renal, entre otras Síntomas La osteoporosis se denomina epidemia silenciosa porque no manifiesta síntomas hasta que la pérdida de hueso es tan importante como para que aparezcan fracturas. La fractura de cadera tiene especial importancia ya que se considera un acontecimiento grave debido a que requiere intervención quirúrgica, ingreso hospitalario y supone para el paciente una pérdida de calidad de vida aunque sea por un periodo corto de tiempo. Las fracturas más frecuentes son las vertebrales, las de cadera y las de la muñeca (fractura de Colles o extremo distal del radio). Durante la terapia con un fármaco antirresortivo, como un bisfosfonato, el recambio óseo se suprime como se evidencia por el bajo nivel de enlaces cruzados de N-telopeptido (< 40 nmol/L) o de C-telopeptido. Cuando la DXA se realiza en serie para monitorizar la respuesta al tratamiento, en general no necesita realizarse a intervalos < 2 años. Por último, el fármaco que presenta un mecanismo de acción mixto (antirresortivo y osteoformador) es ranelato de estroncio. Las vacaciones del medicamento duran 1 año o más. Los bifosfonatos incluyen los siguientes: Alendronato (10 mg 1 vez al día o 70 mg 1 vez/semana por vía oral) Risedronato (5 mg por vía oral 1 vez al día, 35 mg por vía oral 1 vez/semana, o 150 mg por vía oral 1 vez/mes) Ácido zoledrónico (5 mg 1 vez/año IV) Ibandronato por vía oral (150 mg una vez al mes) o IV (3 mg una vez cada 3 meses) Los bisfosfonatos orales deben tomarse con el estómago vacío con un vaso de agua lleno (250 mL, 8 oz), y el paciente debe permanecer en posición erguida al menos durante 30 min (60 min para el ibandronato) sin ingerir nada por vía oral durante este periodo. Los bisfosfonatos son el tratamiento médico de elección. No obstante, el reumatólogo valorará las características del paciente, sus antecedentes patológicos y los factores de riesgo de osteoporosis y decidirá en cada situación cuál es el fármaco más adecuado en cada caso. Existen hábitos de vida que pueden ayudar a mejorar la calidad del hueso como son: la adecuada ingesta de calcio, el ejercicio físico y no fumar. Dentro de este grupo se incluyen fármacos como los bifosfonatos (alendronato, risedronato, zoledronato...), denosumab, moduladores selectivos de receptores de estrógenos (raloxifeno, bazedoxifeno) y estrógenos. Se estima que esta enfermedad es la causante de unas 25.000 fracturas cada año. Los agentes anabólicos pueden administrarse durante un total de 2 años en toda la vida del paciente. El uso de bisfosfonatos a largo plazo puede aumentar el riesgo de fracturas de fémur atípicas. A partir de ese momento, existe una pérdida natural de masa ósea. Las manifestaciones pueden... Los pacientes con deficiencia de vitamina D pueden requerir dosis aún más altas. Estas fracturas ocurren en la mitad de la diáfisis del fémur con un traumatismo mínimo o nulo y pueden ser precedidos por dolor en el muslo durante semanas o meses. El recambio óseo se reduce después de 3 meses de tratamiento con bisfosfonatos y la reducción del riesgo de fractura es evidente tan pronto como 1 año después del inicio de la terapia. Causas En el interior del hueso se producen durante toda la vida numerosos cambios metabólicos, alternando fases de destrucción y formación de hueso. Estas fases están reguladas por distintas hormonas, la actividad física, la dieta, los hábitos tóxicos y la vitamina D, entre otros factores. En los pacientes no tratados, un aumento de los niveles de los marcadores de recambio óseo, en especial los niveles más altos, indica un mayor riesgo de fractura. Los bifosfonatos pueden producir irritación esofágica. Sin embargo, no está claro si los niveles de los marcadores de recambio óseo deben utilizarse como criterio para definir cuándo comenzar o terminar un descanso de los medicamentos. Este fármaco puede utilizarse en forma segura en pacientes con depuración de creatinina > 35 mL/min. Así, los huesos se vuelven más porosos, aumenta el número y el tamaño de las cavidades o celdillas que existen en su interior, son más frágiles, resisten peor los golpes y se rompen con mayor facilidad. Diagnóstico Aunque sea una enfermedad silenciosa, actualmente los reumatólogos cuentan con un gran abanico de herramientas para su diagnóstico precoz y así adaptar el tratamiento, bien para prevenir la pérdida de masa ósea o para combatir la osteoporosis. Los pacientes que toman un agente anabólico deben tener una depuración de creatinina > 35 mL/min. Los factores de riesgo modificables también deben abordarse. obtenga más información). Se indican bifosfonatos IV si el paciente es incapaz de tolerarlos por vía oral o no cumple con el tratamiento. De igual manera, la vitamina D es una sustancia fundamental para el hueso. El uso de estrógenos aumenta el riesgo de tromboembolia y cáncer de endometrio, y puede aumentar el riesgo de cáncer de mama. Esta ingesta se puede realizar con alimentos naturales ricos en calcio (sobre todo la leche y sus derivados) o como suplementos en forma de medicamentos (sales de calcio). La modificación de los factores de riesgo incluye mantener un peso adecuado, aumentar los ejercicios aeróbicos en bipedestación, minimizar el consumo de cafeína y alcohol y evitar el cigarrillo. No se ha demostrado que ayude a reducir las fracturas. Como medida generalizada se recomienda mantener hábitos de vida saludable, como una dieta equilibrada rica en calcio, abandonar el tabaco y el consumo excesivo de alcohol, así como realizar ejercicio diariamente con control para evitar caídas. A través de la inhibición de la resorción ósea, los bifosfonatos ayudan a preservar la masa ósea, lo que disminuye el riesgo de fracturas vertebrales y de cadera en hasta un 50%. Sin embargo, la combinación de progestágenos y estrógenos puede aumentar el riesgo de cáncer de mama, enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular y enfermedad biliar. Debido a estos riesgos y a la disponibilidad de otros tratamientos para la osteoporosis, los daños potenciales del tratamiento con estrógeno para la osteoporosis son mayores que sus beneficios potenciales para la mayoría de las mujeres; cuando se inicia el tratamiento, se debe considerar un curso corto con una vigilancia estrecha.