

REGLAMENTO FUNCIONAL Y ORGANIZATIVO

SECCION DE REUMATOLOGIA

HOSPITAL GENERAL DE CASTELLON

Dr. Miguel Belmonte, Jefe de Sección de Reumatología

Octubre 2012

1. **INTRODUCCION**

Este documento tiene como objeto describir la estructura organizativa y funcional de nuestra unidad clínica, así como establecer la normativa interna que regula su funcionamiento.

Historia de la Sección de Reumatología

La Unidad de Reumatología del Hospital General de Castellón fué creada en 1987 con la incorporación de tres reumatólogos mediante concurso-oposición celebrado en Alicante. Los reumatólogos que obtuvieron plaza en esta oposición fueron, por orden de puntuación al obtener plaza y por incorporación a su destino: Dr. Javier Olmedo Garzón (Octubre 1987) Dr. Miguel A Belmonte Serrano (Octubre 1987) Dr. Juan Beltrán Fabregat (Marzo 1988).

Desde el momento de su creación hasta el 2002, esta Unidad de Reumatología ha tenido una dependencia directa del Servicio de Medicina Interna (Dr. Enrique Simón Marco / Dr. Fernando Cacho Sobrino). En Agosto de 2002 el Dr. Juan Beltrán Fabregat es designado como Jefe de Sección Provisional por el Departamento de Recursos Humanos de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana, al que sustituye desde Junio de 2006 como Jefe de Sección el Dr. Miguel Belmonte, actual titular por oposición.

En 2002, tras el traslado a Madrid del Dr. Javier Olmedo, se incorpora a la Sección el especialista en reumatología Dr. Juan José Lerma Garrido, que ocupa interinamente la vacante del Jefe de Sección. La plaza del Dr. Olmedo queda en ese momento amortizada. El Dr. Lerma asume de forma directa las funciones que venía realizando el Dr. Olmedo.

2. Misión, Visión y Valores de la Sección de Reumatología

Según la Comisión Nacional de Especialidades Médicas, *la Reumatología es la disciplina de la Medicina Interna que se ocupa de las enfermedades del tejido conectivo y de los trastornos médicos del aparato locomotor*¹.

MISION

“La Sección de Reumatología tiene como misión la asistencia sanitaria de los pacientes que le sean asignados por la *Conselleria de Sanitat*, así como participar activamente en las labores de formación docente e investigadoras propias de su especialidad y de especialidades afines”

VISIÓN

“La Sección de Reumatología tiene vocación de excelencia en los tres puntos básicos de su misión, de modo que a medio plazo pueda ser un punto de referencia nacional en la asistencia, docencia e investigación de la especialidad. Para ello aplicará técnicas de gestión centradas en el paciente que propicien el trabajo en equipo, la motivación profesional, la calidad total, y la mejora continua de los procesos asistenciales”

VALORES

- Toda la actividad de la Sección de Reumatología del Hospital General de Castelló (SRHGCS) está centrada en la mejor asistencia y bienestar del paciente, como eje central de su actividad principal.
- Todo el personal y profesionales adscritos a la SRHGCS se adhieren a las normas de buena conducta profesional establecidas por la Conselleria de Sanitat y por los códigos deontológicos profesionales correspondientes, incluyendo:
 - Actuación siempre en interés de la salud del paciente y de la comunidad.
 - Trato educado y correcto con el paciente y los compañeros
- Los profesionales de la SRHGCS se comprometen a una actitud leal con la Conselleria de Sanitat y a colaborar en la contención de costes asociados a las tareas asistenciales, docentes e investigadoras correspondientes, siempre que no interfieran o decremen significativamente su calidad, especialmente en el ámbito asistencial.
- Los profesionales de la SRHGCS tendrán una actitud honesta y sincera respecto a los intereses de los pacientes y de otros profesionales sanitarios.

¹ Programa de formación de médicos especialistas de Reumatología. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Disponible en : <http://www.msc.es/profesional/formacionSanitariaEspecializada/guiasFormacion/pdf/Reumatologia.pdf>

Explicarán claramente las opciones terapéuticas disponibles evitando interferencias de intereses personales o de terceros (ej: industria farmacéutica).

PRINCIPIOS DE ORGANIZACIÓN

Los principios básicos que rigen el funcionamiento de la Sección de Reumatología son los siguientes:

- 1.1. Consideración del paciente como eje motor de toda la labor asistencial.
La misión más importante de la unidad clínica es la atención al paciente, realizando una medicina de calidad, tanto desde el aspecto técnico como el humano. Hay que evitar actitudes arrogantes y enfrentamientos, procurando la empatía con el paciente y tratando en todo momento de ayudarlo, tanto desde el punto de vista técnico-asistencial como de orientación organizativo-administrativa.
- 1.2. Estimular el trabajo en equipo. Aunque si duda existirá una distribución de tareas, debe crearse un sentimiento de colaboración entre pares, de equipo al cargo de una misión importante. Deben evitarse los individualismos estériles, sin coartar la libertad personal que permita labores creativas dentro de la unidad clínica.
- 1.3. Incentivación de actitudes positivas para el progreso de la unidad clínica. La realización de tareas de interés para la sección clínica deben ser reconocidas, agradecidas y premiadas conveniente y explícitamente.



Trabajo en equipo - Principios

- Estimular interés en *proyecto común* – prestigio
- Distribución / Delegación de labores y funciones
 - Equitativa, según aptitudes
 - Bien definida, basada en criterios objetivos en lo posible
- Supervisión del trabajo y resultados
- Coordinación
 - Delegación + Supervisión = *Empowerment*
 - Reuniones de organización, feedback interno
- Reconocimiento del trabajo realizado: incentivación profesional, compensaciones según resultados

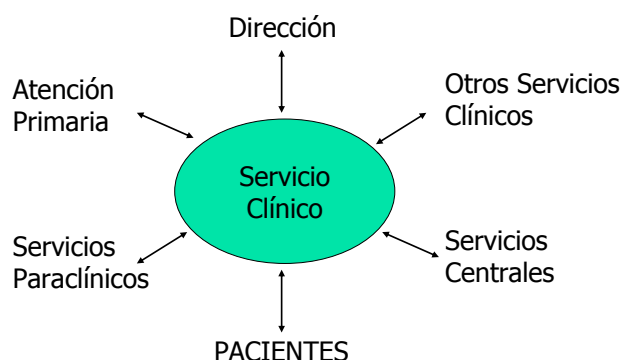


Trabajo en equipo - Métodos

- Instrumentos
 - Manual de trabajo
 - Sesiones clínicas y reuniones de organización
 - GPC, Vías clínicas consensuadas, medidas de desenlace
 - Medidas de mejora continua de calidad
- Liderazgo
 - Respeto mutuo: personal y laboral
 - Reconocimiento de los logros individuales
 - Estimulo de participación en proyectos comunes
 - Búsqueda de nuevas oportunidades
 - Defensa del equipo / Consecución de objetivos

- 1.4. Distribución de responsabilidades en el equipo. Dada la complejidad y variedad de patología de la especialidad de Reumatología, así como de las técnicas y terapias a utilizar, es recomendable distribuir las tareas y patologías entre los miembros de la unidad, teniendo en cuenta sus preferencias y tendencias personales. Esto puede culminar en la creación de consultas monográficas o de enfermería, así como subsecciones para técnicas (ecografía) o terapias (hospital de día).
- 1.5. Transparencia en la gestión clínica: Las actitudes oscurantistas o los secretismos no tienen lugar en una unidad clínica. que trabaje en equipo. Todo el equipo debe saber quién hace qué y porqué lo hace. Asimismo, el jefe de sección debe transmitir toda la información que reciba de sus superiores de forma veraz y fluida. Esto no impide que guarde discreción cuando así se requiera en caso de problemas de orden personal o por orden superior.
- 1.6. Normativa interna bien definida y por escrito. La existencia de normas escritas que definan la organización estructural y funcional de la unidad es un elemento clave para evitar errores y roces personales en el equipo. Por otro lado, es uno de los criterios necesarios para la acreditación docente de la unidad.
- 1.7. Mejora en las relaciones externas. Todo servicio clínico forma parte de un entramado con otros servicios clínicos y centrales, así como con entidades profesionales y sociales, incluyendo a los pacientes que trata. La marcha de la sección está condicionada a que sus relaciones con estos elementos externos funcionen de forma fluida y sin problemas. Para ello deben coordinarse los esfuerzos asistenciales, docentes e investigadores de forma conveniente, realizando reuniones y elaborando protocolos asistenciales y de derivación.

Relaciones de un Servicio Clínico



- 1.8. Búsqueda de la excelencia. El objetivo final de la unidad clínica es alcanzar el cumplimiento de sus tres objetivos básicos (asistencial, docente e investigador) con las cotas más altas de calidad y de eficiencia posibles para los recursos asignados. Todo el equipo clínico debe aspirar a esta meta, y es labor del jefe de sección disponer los medios y el ambiente de trabajo para estimularles y ayudarles para alcanzar este fin.

2. AMBITO DE APLICACION

El ámbito territorial de aplicación es el Departament 2 de Sanitat de la Comunitat Valenciana. Asimismo, nuestro centro y la SRHGCS actúan como centro sanitario de referencia de la provincia de Castellón para los Departamentos de Salud 1 y 3.

3. JUSTIFICACION DE LA UNIDAD DE REUMATOLOGIA

La siguiente lista es una relación de los servicios que los médicos de Atención Primaria, especialidades médicoquirúrgicas y ciudadanos pueden esperar obtener de la Sección de Reumatología de su Área:

- Presencia de un equipo humano bien preparado científicamente para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades médicas del aparato locomotor.
- Disponibilidad de instalaciones y habilidades adecuadas para el diagnóstico del cuadros que cursan con dolor articular de etiología desconocida (ej: microscopio de luz polarizada para estudio de microcristales intraarticulares)
- Disponibilidad de instalaciones y habilidades adecuadas para inyecciones intraarticulares y de tejidos blandos.
- Un sistema en el que pueda darse consejo de forma rápida, bien por teléfono o por valoración directa prioritaria, cuando se producen urgencias médicas de aparato locomotor.

- e) Orientaciones para el manejo compartido de pacientes con los médicos de atención primaria en las enfermedades más graves
- f) Protocolos y estructuras apropiadas para trabajo conjunto entre reumatólogos y atención primaria para pacientes que requieren tratamientos con monitorización cuidadosa (metotrexato, agentes biológicos)
- g) Cuando sea posible, un equipo bien entrenado para el manejo de enfermedades musculoesqueléticas ej. fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales para valoración articular y herramientas adaptativas, etc.
- h) Un entorno que facilite la educación del paciente, consejo y apoyo terapéutico y emocional, en su caso, en pacientes con enfermedades reumáticas crónicas. Esto puede hacerse frecuentemente con enfermeras especializadas y con entrenamiento específico en patología reumática y dolor crónico.
- i) Instalaciones apropiadas para pacientes ingresados, con enfermeras entrenadas y apoyo de profesionales relacionados (rehabilitación, fisioterapia) para el tratamiento de pacientes con complicaciones graves y rehabilitación de los pacientes gravemente discapacitados.
- j) Colaboración efectiva y próxima con cirujanos ortopédicos, como parte de un equipo multidisciplinar, para el tratamiento quirúrgico de las complicaciones de los procesos reumáticos, tanto en fase aguda (desbridamiento sinovial, artroscopia) como en fases crónicas (artroplastias correctoras o sustitutivas)
- k) Un sistema que permita una comunicación escrita (informes clínicos) rápida y eficaz con los médicos de atención primaria y especialidades relacionadas, tanto al alta hospitalaria como en pacientes atendidos en consultas externas.
- l) Un sistema de información que proporcione información en tiempo real sobre las listas de espera y documentación sobre la patología atendida tanto en pacientes ingresados como en consultas externas (case-mix) y los procedimientos realizados.
- m) Idealmente, consultas especializadas para el manejo de patologías graves pero infrecuentes o complicadas, como el lupus eritematoso, colagenosis, vasculitis, etc. También incluye la posibilidad de establecer consultas monográficas sobre patología de especial interés, como osteopatías metabólicas, artritis de reciente comienzo, etc.
- n) Una dedicación especial para la ayuda a la atención primaria en educación médica continuada en Reumatología, incluyendo la difusión de conocimientos sobre nuevas técnicas diagnósticas, procesos patológicos y terapias. Enseñanza de algunas técnicas básicas de interés general, como infiltraciones de partes blandas.
- o) Colaboración con las asociaciones de pacientes locales para mejorar la educación sanitaria de la población y de los pacientes reumáticos y sus familiares en especial.

4. Normativa aplicable

Básicamente la propia de la Consellería de Sanitat, adecuada a las leyes de ámbito nacional e internacional procedentes.

Un listado exhaustivo de dicha legislación aplicable puede obtenerse en:

<http://www.san.gva.es/cas/comun/normativa/norma/indice.htm>

5. Cartera de Servicios

La Sección de Reumatología del Hospital General de Castellón dispone de un equipo humano y material apropiado para la prevención, diagnóstico, y tratamiento de las enfermedades médicas del aparato locomotor, que se describe a continuación.

Las enfermedades que componen el objeto de la especialidad de Reumatología se describen en el anexo 1 de esta memoria.

Cabe comprender que esta cartera de servicios de la Sección de Reumatología del Hospital General de Castellón tiene como clientes:

- Los pacientes derivados desde Atención Primaria
- Los pacientes derivados desde otras especialidades
- Toda la población atendida en su área sanitaria (área 2 norte)
- Los pacientes derivados desde el área de referencia, que es toda la provincia de Castellón (áreas 1 y 3 y área 2 sur)
- La población en tránsito residente en otras zonas de España
- Ciudadanos europeos e inmigrantes con cobertura sanitaria prevista por la Generalitat Valenciana

Asimismo, la Sección de Reumatología del Hospital General de Castellón tiene función docente e investigadora, según se describe mas adelante.

El desempeño del puesto de trabajo asistencial como especialista en Reumatología implica conocimientos y habilidades sobre:

- Diagnóstico y tratamiento de las Enfermedades Reumáticas (Ver Anexo)
- Indicación e interpretación de pruebas de laboratorio relacionadas con las enfermedades reumáticas
- Educación sanitaria para los pacientes

Además de la labor asistencial, el reumatólogo tiene también una vertiente docente e investigadora, que se describe mas adelante.

Dentro de las enfermedades consideradas en el Anexo algunas son patrimonio casi exclusivo de nuestra especialidad, en tanto que otras pueden ser atendidas en colaboración con otras especialidades médicas o quirúrgicas (rehabilitación, medicina interna, cirugía ortopédica). Unas revisten una alta morbimortalidad (ej: lupus sistémico, artritis reumatoide) en tanto que otras son menos graves (fibromialgia, lumbalgias) y pueden incluso ser tratadas y/o seguidas por Atención Primaria.

Para mejorar la efectividad de los recursos disponibles en nuestra Sección y para alcanzar una asistencia más útil a nuestros pacientes es de utilidad establecer qué patología es más prioritaria en nuestra asistencia médica.

PATOLOGIA PRIORITARIA

Básicamente se trata de la patología que produce mayor mortalidad, discapacidad, complicaciones graves o que implica mayores costes asistenciales, o bien que implica la necesidad de conocimientos más especializados para su manejo. A grandes rasgos es:

1. Patología articular inflamatoria
2. Patología sistémica autoinmune
3. Enfermedades metabólicas óseas

PATOLOGIA NO PRIORITARIA

Es aquella de menor gravedad pronóstica y/o que puede ser tratada por otras especialidades o por el médico de atención primaria. Serían:

1. Patología degenerativa
2. Patología de partes blandas, incluyendo dolor generalizado no inflamatorio

A partir de estas consideraciones podemos establecer unos criterios de derivación que se describen de forma esquematizada a continuación.

Derivación de pacientes a Reumatología

La derivación de pacientes a nuestra Sección se realiza mayoritariamente desde Atención Primaria, si bien está disponible para todas las especialidades del área 2. También recibimos pacientes de las áreas 1 y 3 como centro de referencia o bien por cambio de especialista.

Es conveniente establecer unas recomendaciones que sin alcanzar la categoría de directivas puedan ayudar a mejorar la eficiencia de las consultas e ingresos de Reumatología. Estas recomendaciones son:

1. La Unidad de Reumatología debe atender de forma prioritaria la patología inflamatoria del aparato locomotor, incluyendo artritis reumatoide, espondiloartropatías, artritis microcristalinas (gota, condrocalcinosis), colagenosis y vasculitis.
2. La patología de tipo mecánico, tal como la artrosis no complicada, lumbalgias y cervicalgias, algias difusas inespecíficas y fibromialgia, no son habitualmente patologías prioritarias pero ello no implica que su asistencia deba demorarse de forma injustificada.
3. La patología potencialmente grave será de ingreso inmediato, por vía de urgencias si fuese atendida en ese servicio inicialmente.

La derivación de pacientes con patología mecánica no complicada a Reumatología debe efectuarse básicamente en los supuestos de:

- Confirmación del diagnóstico clínico
- Valoración inicial del tratamiento
- En casos necesarios, para valoración funcional y pronóstico laboral.

Una vez realizado el estudio clínico de estos pacientes, en caso de no hallarse justificación para su seguimiento por nuestra especialidad, serán derivados a su médico general o a la especialidad que mejor corresponda con su patología o que mayores oportunidades de mejoría pueda ofrecerles (ej: rehabilitación). Esta derivación se realizará con un informe escrito sobre la patología encontrada en el paciente y las causas de la nueva derivación. En todo caso, se evitará la derivación a múltiples especialistas o el establecimiento de sistemas de derivación circular.

TECNICAS OFERTADAS

Disponemos de diversas técnicas diagnósticas y terapéuticas propias de nuestra especialidad, que podemos poner al servicio de otras Unidades Asistenciales. Cabe citar las siguientes, incluyendo los tiempos aproximados necesarios para su realización:

<i>Técnicas propias de la especialidad</i>	<i>Tiempo</i>
Infiltración intraarticular	15 min.
Infiltración extraarticular	10 min.
Artrocentesis diagnóstica	15 min.
Examen de líquido sinovial	10 min.
Aspirado de grasa subcutánea abdominal	15 min.
Capilaroscopia	15 min.
Ecografía musculoesquelética	20 min.
Punción guiada por ecografía	25 min.

Algunas técnicas de interés en nuestra especialidad, pero que actualmente realizan otros Servicios, son:

<i>Técnicas relacionadas con nuestra especialidad</i>	<i>Servicio</i>	<i>Tiempo</i>
Biopsia de glándula salival menor	Maxilofacial	30 min.
Biopsia sinovial abierta	COT	45 min.
Biopsia muscular abierta	Cirugía	45 min.
Densitometría ósea	Serv RX (H Prov)	20 min.
Sinoviólisis con radiofármacos u osmio	Med Nuclear (H Prov)	30 min.
Artroscopia diagnóstica	COT	45 min.

6. Estructura de la Sección de Reumatología

A continuación describimos los recursos humanos y materiales de la Sección de Reumatología del Hospital General de Castellón.

1 Recursos Humanos

Actualmente la sección de Reumatología del Hospital General de Castellón consta de:

Jefe de Sección	Dr. Miguel A Belmonte Serrano
Facultativo Adjunto de Área	Dr. Juan Beltrán Fabregat
Facultativo Adjunto Interino	Dr. Juan José Lerma Garrido

2 Enfermería

Disponemos de una enfermera en Consulta Externa del Hospital General para funciones generales que cubre los dos despachos asignados.

Además, en el Centro de Especialidades disponemos de una enfermera de apoyo los días de consulta, es decir, de martes a jueves.

3 Recursos Materiales

En el Hospital General:

- Capilaroscopio
- Ecógrafo lineal marca *General Electric*, con PowerDoppler y sonda de 10 MHz
- Microscopio de luz polarizada Nikkon Eclipse de contraste de fases.
- Densitómero óseo ACCUDEXA de falange
- Dos podoscopios

En el Centro de Especialidades Jaime I / Gran Vía:

- Microscopio de luz polarizada marca Nikkon
- Un podoscopio.

4 Instalaciones

La Sección de Reumatología dispone actualmente de las siguientes infraestructuras:

Hospital General de Castellón:

- Un despacho para reuniones, en la planta 3ºB.
- Una consulta a tiempo completo en el Despacho 8 de Consultas Externas
- Una consulta a tiempo parcial (3 de cada 5 días) en el Despacho 10 de Consulta Externas en el Área de Medicina Interna.
- Una sala de exploraciones complementarias, junto al despacho 8 antes citado.
- Una antesala en la puerta nº 9 de Consultas Externas, ocupada por la enfermera para labores administrativas.

Centro de Especialidades (Centro Gran Vía)

- Una consulta en planta 1º, con despacho para enfermera y para médico separadamente, que ocupamos todos los martes, miércoles y jueves.

Hospital de Día General (compartido para todas las especialidades)

- Los pacientes que requieren tratamiento ambulatorio de sus enfermedades reumáticas, fundamentalmente tratamientos inmunomoduladores (Infiximab o ciclofosfamida pulsada) o antiosteoporóticos, son atendidos en un Hospital de Día polivalente, de 12 sillones, que atiende pacientes de todas las especialidades del hospital.
- No existen sillones asignados específicamente a la Sección de Reumatología ni días específicos dedicados a nuestros pacientes. La citación se realiza según disponibilidades y urgencia de los procedimientos.
- No existe médico responsable del Hospital de Día. Las incidencias que se producen en nuestros pacientes se resuelven por los reumatólogos disponibles en ese momento, si los enfermeros al cargo del HD lo precisan.

Hospitalización

- Los pacientes que precisan ingreso en Reumatología ingresan habitualmente en la planta 3ºB, común a Nefrología y Ginecología.
- No hay un número de camas asignadas específicamente a la Sección de Reumatología del Hospital General de Castellón. Cada médico se hace cargo de los pacientes que ingresa, con el apoyo de sus compañeros cuando se desplaza al Centro de Salud o las necesidades lo requieren.

7. Organización Funcional

Describimos a continuación la organización funcional de la Sección de Reumatología del Hospital General de Castellón.

1 CONSULTAS EXTERNAS

La mayor parte de la labor asistencial de Reumatología en el Hospital General de Castellón se realiza en Consultas Externas.

Hospital General: Se dispone de 8 consultas por semana en 2 despachos para la asistencia de pacientes reumáticos.

Centro S. Gran Vía: Se dispone de una consulta los martes, miércoles y jueves.

La distribución de despachos, número de visitas y pacientes se realiza de acuerdo al siguiente organigrama:

Tabla 1. Distribución de despachos en las consultas externas de Reumatología

Consultas Externas	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desp. 8	F2	F1	F1	F3	F1
Desp. 10	F3(t)	F2	F3	--	--
Gran Via	--	F3	F2	F1	--

F1: Dr. Beltrán, F2: Dr. Belmonte, F3: Dr. Lerma (t) Tardes

ENFERMERIA. TAREAS Y RESPONSABILIDAD EN CONSULTAS

- a. La enfermera de consultas colabora en todas las tareas propias de esta Sección, incluyendo las asistenciales, docentes e investigadoras, dentro de sus posibilidades.
- b. Esto incluye la entrega, explicación, administración y recopilación de cuestionarios generales y específicos de calidad de vida, discapacidad, y otros relacionados con la evaluación de pacientes reumáticos. Estos cuestionarios pueden administrarse bien sea en formato tradicional en papel bien sea mediante dispositivos electrónicos (PDA, Internet).
- c. También son tareas específicas de la enfermería especializada en reumatología
 1. Cuidado y supervisión de las instalaciones y equipo disponibles, incluyendo reposición de material clínico y administrativo, así como verificación de que los despachos y armarios con material o equipos sustraibles quedan cerrados con llave al terminar la jornada.
 2. Limpieza de instrumental delicado (microscopio, capilaroscopio) que por su naturaleza no realizan las limpiadoras habituales
 3. Apoyo a la asistencia de pacientes telefónicamente, estableciendo de forma aproximada la prioridad para su revisión en consultas, en caso necesario
 4. Localización (número de historia, citación telefónica) y aviso a los pacientes que precisen revisión clínica o por motivos de investigación o docencia.
 5. Práctica de pruebas sencillas, como test de Schirmer, Mantoux o similares.
 6. Mediciones de antropometría normal (estatura y peso) y específicas (Test de Schöber, y mediciones de movilidad del raquis)
 7. Explicación a los pacientes de la forma de realizar determinados tratamientos, como autoadministración de fármacos (ej: Forsteo, Metoject)
 8. Realización de las técnicas y pruebas habituales de enfermería: Tensión arterial, temperatura, talla, peso, etc.

9. Preparación de equipo y colaboración en las técnicas de la especialidad (artrocentesis, ecografía, Accudexa) cuando así se le solicite por el personal facultativo.
10. Educación de los pacientes reumáticos, sobre enfermedades y sus tratamientos, tanto mediante explicaciones durante la consulta ordinaria como en consultas específicas que pudiesen establecerse.
11. Asistencia a cursos internos o sesiones especiales que se establezcan para su formación en estos aspectos clave de la asistencia reumatológica.

Cabe remarcar que la enfermería es un puntal imprescindible para la buena marcha de toda la sección de Reumatología, por lo que su colaboración y participación son de la mayor importancia. El trato con los pacientes (y con el resto del personal) exige paciencia, tolerancia a los errores y buena disposición, con voluntad de aprendizaje y de colaboración en equipo.

2 URGENCIAS

No se contemplan las urgencias en sentido estricto dentro de la especialidad de Reumatología, por lo que en general éstas se incluyen en las guardias de Medicina Interna.

No se realizan guardias específicas de Reumatología en nuestro centro.

Por otra parte, es frecuente encontrar pacientes que acuden al Servicio de Urgencias por patología propia de nuestra especialidad, que debe ser atendida sin excesiva demora (<48 horas). Entre ellas figuran las artritis agudas con gran derrame sinovial, con dolor intenso o incapacidad severa, los aplastamientos vertebrales en fase aguda, o los brotes inflamatorios en enfermedades sistémicas, entre otros.

Para afrontar estas eventualidades existe el siguiente Plan de Urgencias:

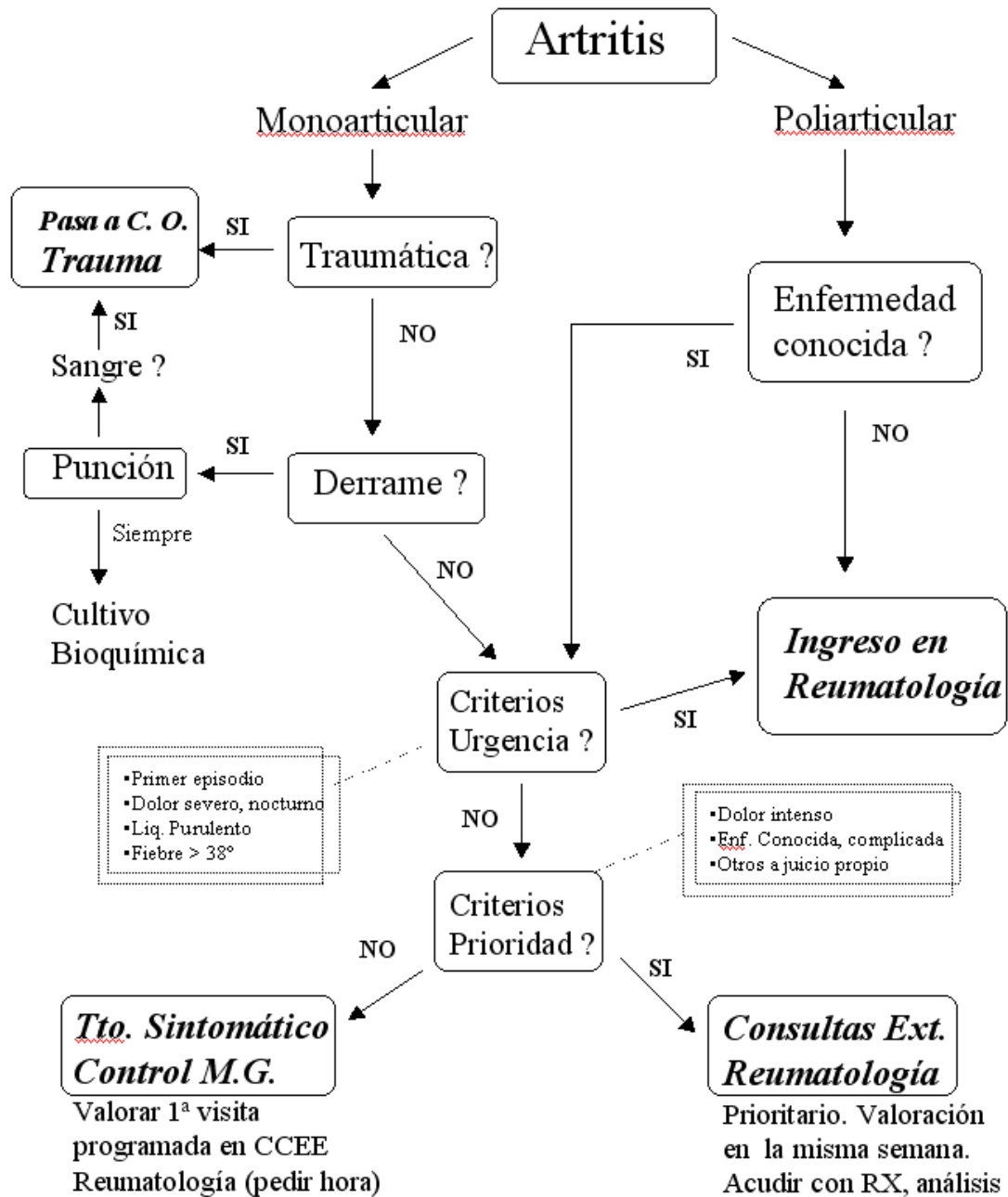


Plan de Urgencias en Reumatología

- Responsable semanal de la asistencia urgente
 - Buscapersonas en la jornada de mañana
 - Toma de decisiones sobre asistencia del paciente urg.
- Apoyo de las visitas urgentes
 - Asistencia en planta 0 (Serv. Urgencias)
 - Huecos reservados en la agenda asistencial (hasta -2 días)
 - Instrucciones a enfermería sobre situaciones especiales
- Educación de médicos de At. Primaria y pacientes
- Algoritmo asistencial en la Sección de Urgencias
 - Optimización de ingresos y de llamadas de apoyo

A fin de resolver eventualidades prioritarias, el *reumatólogo de semana* lleva un móvil interno (ya disponible) para estar fácilmente localizable y poder atender situaciones urgentes / preferentes.

El algoritmo propuesto para la decisión de asistencia de enfermedades reumatológicas, especialmente artritis, en Urgencias, se expone en el diagrama siguiente:



3 HOSPITALIZACION

La asistencia a pacientes hospitalizados se realiza en la planta 3ºB actualmente.

Tenemos asignadas 2 camas, si bien existe flexibilidad completa para ocupar las camas que sea preciso en cada momento.

Funcionalmente, cada adjunto se responsabiliza de sus ingresos programados así como de los pacientes que ingresan y que eran controlados previamente por él.

Los ingresos desde urgencias se adjudican al *reumatólogo de semana*, encargado de eventualidades esa semana (hojas de consulta, urgencias, etc).

Criterios de ingreso en reumatología

Numerosos ingresos en Reumatología se realizan por el equipo de guardia de Medicina Interna o de Traumatología. A fin de facilitar su labor, hemos establecido unos criterios generales para los ingresos de nuestra especialidad.

Los criterios generales corresponden a tres grupos básicos:

- Pacientes con afecciones graves del aparato locomotor, que puedan comprometer la vida o puedan producir discapacidad rápidamente progresiva
- Complicaciones de enfermedades reumáticas o de sus tratamientos
- Pacientes que acuden con una enfermedad compatible con proceso reumático, no estudiada o diagnosticada previamente, que requiere estudio inicial prioritario

Desde un punto de vista sindrómico podemos establecer los siguientes criterios de ingreso o priorización, sin ánimo de ser exhaustivos:

- Artritis aguda febril sin diagnóstico preciso
- Poliartritis aguda o crónica, no previamente estudiada
- Derrame articular agudo, con intensos signos inflamatorios que no cede con reposo y AINES
- Enfermedad multisistémica con afectación articular, muscular u ósea
- Erupción vasculítica no estudiada o agravada recientemente
- Aplastamientos vertebrales o fracturas periféricas a traumatismo mínimo, de reciente comienzo
- Dolor lumbar o en raquis, claramente invalidante, agudo o subagudo
- Síndromes de dolor musculoesquelético invalidante o de características inflamatorias, no estudiado previamente o bien con empeoramiento reciente.
- Cualquier otra forma de presentación que haga sospechar enfermedad multisistémica del colágeno, infección osteoarticular, u osteopatía metabólica no previamente estudiada o con empeoramiento reciente.

Para los servicios de urgencias, sin embargo, dada la gran presión asistencial que sufren es más práctico facilitarles un diagrama esquemático sobre los criterios de derivación urgente a reumatología, que se adjunta en Anexo I.

4 HOSPITAL DE DIA

En los últimos tiempos, el hospital de día ha ido cobrando cada vez mayor importancia en el control de determinadas enfermedades llegando, en el caso concreto de las enfermedades inflamatorias crónicas autoinmunes, a suponer un significativo avance en la mejora del pronóstico de los pacientes que las padecen.

Los tratamientos administrados en esta unidad son aquellos que requieren perfusión intravenosa de medicación especial, administrada en ciclos

- Infliximab (Remicade®)
- Tocilizumab
- Abatacept
- Rituximab (y otros que van apareciendo)
- Inmunoglobulina intravenosa
- Bolos de ciclofosfamida
- Bisfocfonatos iv. (Aclasta®, Pamidronato)
- Pulsos iv de corticoides
- Leucoaféresis (Adacolumn®)
- Plasmaféresis (Serv. Hematología)

Actualmente la aplicación y posibles complicaciones de los tratamientos del Hospital de Día, son supervisados por uno de los reumatólogos de plantilla, habitualmente administrados un día por semana.

5 Centro de Especialidades

Cada reumatólogo acude una vez por semana al Centro de Especialidades. Ese día el reumatólogo correspondiente no acude al Hospital General, por lo que los pacientes ingresados son visitados por sus compañeros. Este esquema funciona satisfactoriamente desde su instauración en 1994.

Se atienden aproximadamente 10 primeras visitas y 10-15 visitas sucesivas por cada consulta y día.

Habitualmente los pacientes que presentan patología más grave (colagenosis, artritis inflamatorias) son derivados a las consultas del Hospital General de Castellón o bien son ingresados.

8. Docencia e Investigación Clínica

La Sección de Reumatología no tiene solamente tareas asistenciales sino también una fuerte implicación en la docencia de postgrado y en la investigación clínica, tanto en el desarrollo y mejora de fármacos como en epidemiología y valoración clínica.

1 Responsable docente

Actualmente el Tutor de Docencia es el propio Jefe de Sección, Dr. Miguel Belmonte. Sin embargo, las tareas docentes se reparten equitativamente también con los otros dos facultativos de la Sección, de modo que los MIR que realizan rotaciones son asignados a un mentor que les tutela durante todo el mes de rotación y participa activamente en la evaluación de dicha rotación.

2 Sesiones Clínicas

Se realiza una sesión clínica (los lunes a las 09 horas) básicamente orientada a la revisión de pacientes ingresados o casos dudosos en consultas. En dicha sesión clínica se realiza, cuando es procedente, la evaluación de nuevos fármacos, presentación de ensayos clínicos, así como revisiones bibliográficas al menos de forma mensual.

3 Actividad Docente

Por la Sección de Reumatología realizan anualmente una rotación de un mes los médicos en formación MIR de las siguientes especialidades:

- a. Medicina Familiar y Comunitaria: 14 MIR de primer año
- b. Medicina Interna: 2 MIR de segundo año
- c. Traumatología: 2 MIR de segundo año

No se realizan todavía actividades docentes de segundo ni tercer ciclo de la carrera de Medicina, aunque desde 2003 el Hospital General de Castellón tiene concertado un convenio docente con la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia a tal fin. Actualmente, nuestro centro está en proceso de conversión a HOSPITAL UNIVERSITARIO adscrito a la Facultad de Medicina de la Universitat Jaume I.

4 Planificación Docente

Existe un Plan de Docencia estructurado para los MIR que realizan su rotación por nuestra Sección de Reumatología, que se describe a continuación.



Plan de Docencia

1. Curso de Enfermería Reumatológica
 - Enfermedades, Terapias, y Técnicas
 - Trato al paciente, trabajo en equipo y participativo
2. Rotaciones de residentes de otras especialidades
 - Programa estructurado de docencia (4 semanas)
 - Tutor capacitado y motivado, con tiempo suficiente
3. Formación de MIR de Reumatología
 - Acreditación de la Sección para la Docencia
 - Programa de docencia según recomendaciones del Consejo Nacional de la especialidad de Reumatología
4. Docencia *puertas afuera*
 - Centros de Salud / Médicos de Familia
 - Asociaciones de Pacientes
 - Público en general



Docencia Externa



- Curso de Reumatología para Residentes
 - Organización anual o bianual
 - Abierto a At. Primaria
 - Colaboración con el Colegio de Médicos
- Apoyo a Centros de Salud
 - Sesiones conjuntas, periódicamente
- Cooperación con Asociaciones de Pacientes
 - Participación en asociaciones actuales (FM): Conferencias, cursos de autoayuda, teléfono abierto.
 - Promoción de nuevas asociaciones (A.R., colagenosis)
- Difusión de Reumatología
 - Cartas en prensa, publibreportajes, etc.

5 DIRECTIVA DE ROTATORIOS MIR EN REUMATOLOGIA

A fin de mejorar el aprovechamiento de las rotaciones de médicos residentes de otras especialidades por la Sección de Reumatología y para que la evaluación de dicha rotación se realice de la forma más objetiva posible, se deben establecer unas normas de trabajo.

1. Al inicio de la rotación el MIR se presentará al Tutor y al Jefe de Sección, y se le indicará cual es el Reumatólogo que se le asigna para su tutela durante la rotación.
2. El MIR deberá participar activamente en las tareas docentes y asistenciales habituales del reumatólogo asignado para su tutela, bajo sus indicaciones y su directa supervisión. En caso de dudas o conflicto entre el MIR y el reumatólogo que tiene asignado, lo pondrá en conocimiento del Tutor de Reumatología para que éste resuelva la situación.
3. El horario oficial para el MIR en rotación es de 8:30 a 14:30 horas, habitualmente en la Consulta de Reumatología. Los días en que el reumatólogo asignado para su rotación no tenga consulta o actividad en planta, realizará asistencia con el reumatólogo que tenga consulta ese día. En caso de que su reumatólogo habitual tenga consulta extrahospitalaria (C.S. Gran Vía) algunos días, se realizará la asistencia en el lugar correspondiente con dicho reumatólogo, salvo que éste le dé otras instrucciones.
4. CONTROL DE ASISTENCIA: A fin de garantizar unos mínimos docentes, es necesario asegurar una **asistencia mínima** durante la rotación de Reumatología. Actualmente dichos mínimos se establecen en **15 días lectivos hábiles**. A fin de confirmar dicha asistencia, el MIR firmará diariamente una **hoja de control** de asistencia, haciendo constar las libranzas y permisos que realice.
5. ACTIVIDADES: La rotación en Reumatología implica la adquisición de unos conocimientos básicos de esta especialidad. Para alcanzarlos se establece un

Programa que comprende lecturas específicas, participación en actividades de la Sección y adquisición de habilidades (ej. Punción articular). Se proporcionará a cada MIR una documentación básica sobre esta especialidad y un programa de actividades teóricas y prácticas que debe realizar durante su rotación.

Programa de Rotación Mensual

Dirigido a MIR de otras especialidades

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">SEMANA 1</th> <th style="text-align: left;">EXPLORACION – ARTRITIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="vertical-align: top;">TEORIA</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Áreas y campo de trabajo de la Reumatología • Exploración física. 1. MMSS y MMII • Diferencias entre artritis y artrosis • Monoartritis y poliartritis, agudas y crónicas. • La artritis reumatoide. Derivación precoz. Nuevos tratamientos • Controles analíticos y signos de alarma clínica y del tratamiento. • Artritis microcristalinas: Hiperuricemia y Gota. Condrocálcinosis. • Artritis en URGENCIAS. Criterios de derivación/ingreso. Infecciones. </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">PRACTICA</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Exploración de artritis periféricas • Diagrama de exploración articular (homínuculo) • Artrocentesis evacuadora y terapéutica • Estudio microscópico y bioquímico del Liq. Sinovial </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">OBJETIVOS</td> <td>Al final de este periodo el MIR debe saber explorar adecuadamente las articulaciones, comprender la diferencia entre artritis y artrosis. Saber cuando y como hay que derivar un paciente a Reumatología, y cuando es urgente o no.</td> </tr> </tbody> </table>	SEMANA 1	EXPLORACION – ARTRITIS	TEORIA	<ul style="list-style-type: none"> • Áreas y campo de trabajo de la Reumatología • Exploración física. 1. MMSS y MMII • Diferencias entre artritis y artrosis • Monoartritis y poliartritis, agudas y crónicas. • La artritis reumatoide. Derivación precoz. Nuevos tratamientos • Controles analíticos y signos de alarma clínica y del tratamiento. • Artritis microcristalinas: Hiperuricemia y Gota. Condrocálcinosis. • Artritis en URGENCIAS. Criterios de derivación/ingreso. Infecciones. 	PRACTICA	<ul style="list-style-type: none"> • Exploración de artritis periféricas • Diagrama de exploración articular (homínuculo) • Artrocentesis evacuadora y terapéutica • Estudio microscópico y bioquímico del Liq. Sinovial 	OBJETIVOS	Al final de este periodo el MIR debe saber explorar adecuadamente las articulaciones, comprender la diferencia entre artritis y artrosis. Saber cuando y como hay que derivar un paciente a Reumatología, y cuando es urgente o no.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">SEMANA 3</th> <th style="text-align: left;">OSTEOPOROSIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="vertical-align: top;">TEORIA</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Osteopatías metabólicas. Tipos y diagnóstico • Relación entre DXA y fracturas. Factores de riesgo y marcadores de metabolismo óseo. • Tratamiento de la osteoporosis: indicaciones y seguimiento. • Enfermedad de Paget, Osteomalacia </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">PRACTICA</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Interpretación de densitometría periférica y central • Radiología en las enfermedades óseas metabólicas </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">OBJETIVOS</td> <td>Al final de este periodo el MIR debe tener una idea definida sobre las ventajas y limitaciones de la densitometría ósea, y sobre el manejo de los pacientes osteoporóticos. Ideas básicas sobre otras osteopatías metabólicas. Indicación y monitorización de sus tratamientos.</td> </tr> </tbody> </table>	SEMANA 3	OSTEOPOROSIS	TEORIA	<ul style="list-style-type: none"> • Osteopatías metabólicas. Tipos y diagnóstico • Relación entre DXA y fracturas. Factores de riesgo y marcadores de metabolismo óseo. • Tratamiento de la osteoporosis: indicaciones y seguimiento. • Enfermedad de Paget, Osteomalacia 	PRACTICA	<ul style="list-style-type: none"> • Interpretación de densitometría periférica y central • Radiología en las enfermedades óseas metabólicas 	OBJETIVOS	Al final de este periodo el MIR debe tener una idea definida sobre las ventajas y limitaciones de la densitometría ósea, y sobre el manejo de los pacientes osteoporóticos. Ideas básicas sobre otras osteopatías metabólicas. Indicación y monitorización de sus tratamientos.
SEMANA 1	EXPLORACION – ARTRITIS																
TEORIA	<ul style="list-style-type: none"> • Áreas y campo de trabajo de la Reumatología • Exploración física. 1. MMSS y MMII • Diferencias entre artritis y artrosis • Monoartritis y poliartritis, agudas y crónicas. • La artritis reumatoide. Derivación precoz. Nuevos tratamientos • Controles analíticos y signos de alarma clínica y del tratamiento. • Artritis microcristalinas: Hiperuricemia y Gota. Condrocálcinosis. • Artritis en URGENCIAS. Criterios de derivación/ingreso. Infecciones. 																
PRACTICA	<ul style="list-style-type: none"> • Exploración de artritis periféricas • Diagrama de exploración articular (homínuculo) • Artrocentesis evacuadora y terapéutica • Estudio microscópico y bioquímico del Liq. Sinovial 																
OBJETIVOS	Al final de este periodo el MIR debe saber explorar adecuadamente las articulaciones, comprender la diferencia entre artritis y artrosis. Saber cuando y como hay que derivar un paciente a Reumatología, y cuando es urgente o no.																
SEMANA 3	OSTEOPOROSIS																
TEORIA	<ul style="list-style-type: none"> • Osteopatías metabólicas. Tipos y diagnóstico • Relación entre DXA y fracturas. Factores de riesgo y marcadores de metabolismo óseo. • Tratamiento de la osteoporosis: indicaciones y seguimiento. • Enfermedad de Paget, Osteomalacia 																
PRACTICA	<ul style="list-style-type: none"> • Interpretación de densitometría periférica y central • Radiología en las enfermedades óseas metabólicas 																
OBJETIVOS	Al final de este periodo el MIR debe tener una idea definida sobre las ventajas y limitaciones de la densitometría ósea, y sobre el manejo de los pacientes osteoporóticos. Ideas básicas sobre otras osteopatías metabólicas. Indicación y monitorización de sus tratamientos.																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">SEMANA 2</th> <th style="text-align: left;">FIBROMIALGIA, PARTES BLANDAS, RAQUIS, ARTROSIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="vertical-align: top;">TEORIA</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Fibromialgia y síndromes miofasciales. Exploración y tratamiento. • Túnel carpiano, tendinopatías de la mano. • Sde. hombro doloroso: subtipos, exploración y tratamiento • Cervicalgia y lumbalgia. Espondiloartropatías. • Artrosis de mano, cadera y rodilla. Indicaciones médicas y quirúrgicas. </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">PRACTICA</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Exploración sistematizada de puntos FM. Manejo del paciente FM. • Exploración de tendinopatías de EESS y EEII • Exploración física. 2. col. Cervical y col. Dorsal + Lumbar • Hallazgos físicos en las Espondiloartropatías • Infiltración de partes blandas. </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">OBJETIVOS</td> <td>Al final de este periodo el MIR debe saber explorar adecuadamente el raquis, distinguiendo cuadros inflamatorios vs. mecánicos. Debe conocer la FM y saber informarle sobre su estado y pronóstico, enfocar el tratamiento y seguimiento de estos pacientes. Indicaciones quirúrgicas y tratamientos médicos de la artrosis. Conocer las Técnicas de infiltración de partes blandas.</td> </tr> </tbody> </table>	SEMANA 2	FIBROMIALGIA, PARTES BLANDAS, RAQUIS, ARTROSIS	TEORIA	<ul style="list-style-type: none"> • Fibromialgia y síndromes miofasciales. Exploración y tratamiento. • Túnel carpiano, tendinopatías de la mano. • Sde. hombro doloroso: subtipos, exploración y tratamiento • Cervicalgia y lumbalgia. Espondiloartropatías. • Artrosis de mano, cadera y rodilla. Indicaciones médicas y quirúrgicas. 	PRACTICA	<ul style="list-style-type: none"> • Exploración sistematizada de puntos FM. Manejo del paciente FM. • Exploración de tendinopatías de EESS y EEII • Exploración física. 2. col. Cervical y col. Dorsal + Lumbar • Hallazgos físicos en las Espondiloartropatías • Infiltración de partes blandas. 	OBJETIVOS	Al final de este periodo el MIR debe saber explorar adecuadamente el raquis, distinguiendo cuadros inflamatorios vs. mecánicos. Debe conocer la FM y saber informarle sobre su estado y pronóstico, enfocar el tratamiento y seguimiento de estos pacientes. Indicaciones quirúrgicas y tratamientos médicos de la artrosis. Conocer las Técnicas de infiltración de partes blandas.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">SEMANA 4</th> <th style="text-align: left;">ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y VASCULITIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="vertical-align: top;">TEORIA</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Clasificación y clínica de enf. autoinmunes del colágeno • Colagenosis indiferenciadas, sdes. de solapamiento, • Polimialgia Reumática. Vasculitis necrotizantes • Seguimiento compartido de las enfermedades reumáticas con MFC </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">PRACTICA</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Exploración en colagenosis y vasculitis. Dermato-reumatología • Anticuerpos antinucleares: subtipos, interpretación clínica • Técnicas de diagnóstico y tratamiento en vasculitis y colagenosis. </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">OBJETIVOS</td> <td>Al final de este periodo el MIR debe conocer los criterios de diagnóstico de las colagenosis y vasculitis. Criterios de derivación y urgencia. Tratamientos disponibles y seguimiento compartido de los pacientes</td> </tr> </tbody> </table>	SEMANA 4	ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y VASCULITIS	TEORIA	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificación y clínica de enf. autoinmunes del colágeno • Colagenosis indiferenciadas, sdes. de solapamiento, • Polimialgia Reumática. Vasculitis necrotizantes • Seguimiento compartido de las enfermedades reumáticas con MFC 	PRACTICA	<ul style="list-style-type: none"> • Exploración en colagenosis y vasculitis. Dermato-reumatología • Anticuerpos antinucleares: subtipos, interpretación clínica • Técnicas de diagnóstico y tratamiento en vasculitis y colagenosis. 	OBJETIVOS	Al final de este periodo el MIR debe conocer los criterios de diagnóstico de las colagenosis y vasculitis. Criterios de derivación y urgencia. Tratamientos disponibles y seguimiento compartido de los pacientes
SEMANA 2	FIBROMIALGIA, PARTES BLANDAS, RAQUIS, ARTROSIS																
TEORIA	<ul style="list-style-type: none"> • Fibromialgia y síndromes miofasciales. Exploración y tratamiento. • Túnel carpiano, tendinopatías de la mano. • Sde. hombro doloroso: subtipos, exploración y tratamiento • Cervicalgia y lumbalgia. Espondiloartropatías. • Artrosis de mano, cadera y rodilla. Indicaciones médicas y quirúrgicas. 																
PRACTICA	<ul style="list-style-type: none"> • Exploración sistematizada de puntos FM. Manejo del paciente FM. • Exploración de tendinopatías de EESS y EEII • Exploración física. 2. col. Cervical y col. Dorsal + Lumbar • Hallazgos físicos en las Espondiloartropatías • Infiltración de partes blandas. 																
OBJETIVOS	Al final de este periodo el MIR debe saber explorar adecuadamente el raquis, distinguiendo cuadros inflamatorios vs. mecánicos. Debe conocer la FM y saber informarle sobre su estado y pronóstico, enfocar el tratamiento y seguimiento de estos pacientes. Indicaciones quirúrgicas y tratamientos médicos de la artrosis. Conocer las Técnicas de infiltración de partes blandas.																
SEMANA 4	ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y VASCULITIS																
TEORIA	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificación y clínica de enf. autoinmunes del colágeno • Colagenosis indiferenciadas, sdes. de solapamiento, • Polimialgia Reumática. Vasculitis necrotizantes • Seguimiento compartido de las enfermedades reumáticas con MFC 																
PRACTICA	<ul style="list-style-type: none"> • Exploración en colagenosis y vasculitis. Dermato-reumatología • Anticuerpos antinucleares: subtipos, interpretación clínica • Técnicas de diagnóstico y tratamiento en vasculitis y colagenosis. 																
OBJETIVOS	Al final de este periodo el MIR debe conocer los criterios de diagnóstico de las colagenosis y vasculitis. Criterios de derivación y urgencia. Tratamientos disponibles y seguimiento compartido de los pacientes																

↓
EVALUACIÓN FORMAL

6. **GUARDIAS:** El MIR que realice guardias tiene derecho legal a la libranza reglamentaria del día siguiente. El MIR debe presentarse en todo caso a su adjunto o al Tutor antes de abandonar el hospital, para comunicarle que no estará ese día con él debido a libranza de guardias. Preferiblemente, cada MIR presentará su turno de guardias mensual al Tutor, de modo que se conozcan con la suficiente antelación dichas guardias y puedan preverse las libranzas correspondientes.
7. **PERMISOS:** Los permisos de todo tipo se solicitarán de forma oficial al Tutor de su especialidad MIR correspondiente, previo conocimiento y conformidad del Tutor de Reumatología. En todo caso se harán constar en la hoja de control asistencial tal como se indicó previamente.
8. **CURSOS Y REUNIONES:** El MIR en rotación por Reumatología debe permanecer con su reumatólogo asignado hasta que finalicen sus tareas asistenciales y docentes, salvo que éste le autorice expresamente a abandonar el servicio. En todo caso el tutor asignado siempre debe conocer la causa por la que el MIR no está presente en un momento dado. **La rotación en Reumatología tendrá preferencia** sobre otras actividades (cursos / reuniones) salvo cuando éstas tengan carácter oficial y obligatorio, en cuyo caso el MIR debe aportar el justificante oportuno a tal efecto, bien sea de la convocatoria oficial o bien del Tutor de su especialidad.
9. **EVALUACION:** A fin de conocer el aprovechamiento de la rotación realizada, se realizará una **evaluación teórico-práctica de los conocimientos y habilidades adquiridas** durante la rotación MIR, a fin de poder puntuar de forma objetiva los apartados del Cuaderno del Residente. Dicho cuaderno será firmado por el Tutor de Reumatología, oída la opinión del reumatólogo asignado y en base a la evaluación antes citada.

6 CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES A OBTENER DURANTE LA ROTACION MIR

El principal objetivo del programa es conocer y aplicar las recomendaciones de los grupos de expertos nacionales e internacionales sobre promoción de estilos de vida saludables (ejercicio físico) y prevención de problemas músculo-esqueléticos.²

Manejo diagnóstico, terapéutico y/o criterios de derivación del paciente con:

- Dolor de columna (cervical, dorsal o lumbar)
- Radiculalgia
- Hombro doloroso
- Dolor en extremidad superior (codo, muñeca y mano)
- Dolor en extremidad inferior (cadera, rodilla, tobillo y pie)
- Monoartritis
- Poliartralgias y poliartritis
- Dolores musculares locales y generalizados
- Problemas de la estática
- Artrosis
- Osteoporosis
- Trastornos ortopédicos más frecuentes

Conocer las indicaciones y saber interpretar:

- Radiologías
- Exámenes de laboratorio
- Conocer las indicaciones de otras técnicas de imagen

Saber hacer:

- Exploración sistematizada, articular y del raquis
- Infiltración periarticular

Manejo terapéutico:

²

Extraído de: Manual de acogida MIR 2006, Hospital de Son Llatzer.

- Fisioterapia
- Analgésicos y antiinflamatorios, incluyendo COX2 y antirreumáticos.
- Gastroprotección frente a fármacos

Conocer los criterios de derivación a otros niveles asistenciales

Abordaje familiar y psicosocial del paciente con problemas músculo-esqueléticos crónicos

Saber interpretar:

- Otras técnicas de imagen
- Conocer las técnicas y las indicaciones de las infiltraciones articulares
- Abordaje terapéutico de problemas reumatológicos (artritis reumatoide, LES y otras conectivopatías)
- Drenaje de derrame articular
- Realización de ejercicios de rehabilitación a los pacientes

7 OBJETIVOS DURANTE LA ROTACIÓN DE LOS RESIDENTES POR REUMATOLOGÍA

- Conocer y aprender a realizar una historia clínica y explorar el aparato locomotor desde el punto de vista reumatológico, para identificar y diferenciar la patología inflamatoria más importante.
- Manejo correcto del tratamiento médico de la patología degenerativa a nivel analgésico y antiinflamatorio así como de los SYSADOA.
- Conocer las indicaciones y el manejo de la medicación analgésica, antiinflamatoria y los fármacos antirreumáticos incluyendo los nuevos agentes biológicos.
- Seguimiento compartido y monitorización de tratamientos antirreumáticos: MTX.
- Diagnóstico y tratamiento de las artritis microcristalinas (gota, condrocalcinosis).
- Identificar la patología inflamatoria más frecuente: mono o poliartritis agudas o crónicas y espondiloartropatías.
- Conocer las enfermedades autoinmunes sistémicas del tejido conectivo.
- Nociones sobre las pautas terapéuticas y atención de los enfermos afectados de artritis reumatoide.

- Familiarizarse con el diagnóstico, diagnóstico diferencial, búsqueda de causas secundarias y tratamiento de las enfermedades del metabolismo óseo: sobre todo osteoporosis y Paget.
- Diagnóstico y manejo del tratamiento básico del dolor crónico, ya sea lumbalgia crónica o fibromialgia entre otras.
- Estudio de líquido articular en el microscopio y valoración del resultado.
- Conocer otras técnicas de diagnóstico en reumatología: capilaroscopia y ecografía.
- Conocer las principales revistas de referencia en Reumatología.

Durante su rotación en Reumatología, **el residente presentará al menos una revisión bibliográfica o presentación de algún caso clínico relevante** en sesión conjunta, tutelado por su reumatólogo asignado.

9. INVESTIGACIÓN

Si bien la parte asistencial es la que mayor porcentaje de recursos de tiempo y logísticos consume en las tareas de la Sección de Reumatología, son las áreas docente e investigadora las que mayormente prestigian y motivan al personal de la Sección. Todos los facultativos están implicados en las tareas de investigación y de docencia, desde la creación de esta Sección.

1 Formación y experiencia académica

El Dr. Belmonte obtuvo su especialización en Reumatología en el Hospital de Bellvitge de Barcelona, con el sistema MIR. Año 1986.

El Dr. Belmonte es Doctor en Medicina desde 1991 por la Universidad Autónoma de Barcelona.

El Dr. Beltrán realizó su formación de Reumatología en el Hospital Clínic de Barcelona. Año 1983

El Dr. Lerma obtuvo su especialización en Reumatología en el Hospital de Bellvitge de Barcelona, con el sistema MIR. Año 2000.

El Dr. Belmonte ha sido PROFESOR ASOCIADO en el Departamento de Informática de la Universitat Jaume I de Castellón en el período 1994-1997.

2 Actividad Investigadora y Científica

Desde el inicio de su andadura todos los facultativos de la Sección de Reumatología han demostrado gran interés en desarrollar y participar en proyectos de investigación, así como ponencias, pósters, conferencias y asistencias a jornadas, congresos, simposiums, etc..

Los campos de trabajo más habituales son:

- Artritis y artropatías de todo tipo, especialmente artritis reumatoide y espondiloartropatías.
- Osteoporosis y enfermedades metabólicas

La actividad científica se detalla en las correspondientes Memorias Anuales del Hospital General de Castellón, pero de forma resumida podemos indicar:

- Participación en >30 ensayos clínicos en los últimos 10 años, la mayoría en fase III y fase IV.
- Publicación de al menos 5 trabajos anualmente en los últimos 10 años.

10. Participación en Comisiones y Sociedades Científicas

Los miembros de esta Sección participan activamente en las siguientes actividades:

1 Participación en Comisiones de Hospital

El Dr. Belmonte es miembro de la Comisión de Biblioteca de este hospital desde 1999

El Dr. Belmonte ha sido miembro de la Comisión de Ensayos Clínicos en el período 2009-2011.

El Dr. Belmonte colabora en el Comité de Terapias Biológicas de la Consellería de Sanitat, año 2012.

2 Sociedades Científicas

Los tres miembros de esta Sección pertenecen y colaboran activamente en las siguientes Sociedades Científicas:

- Sociedad Valenciana de Reumatología (SVR)
- Sociedad Española de Reumatología (SER)
- Sociedad Española de Metabolismo e Investigación Ósea (SEIOMM)
- Liga Europea de Reumatología (EULAR)

El Dr. Beltrán ha sido Presidente de la SVR en el año 2000.

El Dr. Belmonte es Presidente Electo para la SVR para el período 2014-2016.

El Dr. Belmonte colabora de forma habitual como experto de la Comisión Europea en la evaluación de proyectos de investigación europeos, desde 1993.

11. Anexo 1. Reumatología y Enfermedades Reumáticas

Según la Comisión Nacional de Especialidades Médicas, *la Reumatología es la disciplina de la Medicina Interna que se ocupa de las enfermedades del tejido conectivo y de los trastornos médicos del aparato locomotor*³.

Ámbito de trabajo de la Reumatología

El desempeño del puesto de trabajo asistencial como especialista en Reumatología implica conocimientos y habilidades sobre:

- Diagnóstico y tratamiento de las Enfermedades Reumáticas
- Indicación e interpretación de pruebas de laboratorio relacionadas con las enfermedades reumáticas
- Educación sanitaria para los pacientes

Además de la labor asistencial, el reumatólogo tiene también una vertiente docente e investigadora, que describiremos más adelante.

A continuación se realiza una descripción de los elementos principales relacionados con la especialidad de reumatología.

Las Enfermedades Reumáticas

Las enfermedades cuyo estudio, diagnóstico y tratamiento competen a la especialidad de Reumatología, son, sin ánimo de exhaustividad:

1. Enfermedades sistémicas del tejido conectivo:

Artritis reumatoide, lupus eritematoso (sistémico, discoide, y relacionado con fármacos), esclerodermia (localizada, sistémica, CREST, inducida por sustancias químicas o fármacos), fascitis eosinofílica, sde. mialgia-eosinofilia, sde. Sjögren, polimiositis y dermatomiositis, sde. solapamiento incluyendo la enfermedad mixta de tejido conectivo, policondritis recidivante, paniculitis recidivante, eritema nudoso, enfermedad de Still del adulto, síndrome antifosfolípido primario, enfermedad indiferenciada del tejido conjuntivo.

2. Espondiloartropatías seronegativas:

Espondilitis anquilosante, síndrome de Reiter, artritis psoriásica, artritis de la enfermedad inflamatoria intestinal, artritis asociada al acné y otras enfermedades cutáneas, síndrome SAFO, y espondiloartropatías indiferenciadas.

3. Vasculitis y Vasculítides:

Arteritis temporal y polimialgia reumática, arteritis de Takayasu, poliarteritis nudosa y vasculitis necrotizantes sistémicas, granulomatosis alérgica de Churg-Strauss, granulomatosis de Wegener y otras enfermedades asociadas a ANCA,

³ Programa de formación de médicos especialistas de Reumatología. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Disponible en : <http://www.msc.es/profesional/formacionSanitariaEspecializada/guiasFormacion/pdf/Reumatologia.pdf>

enfermedad de Behçet, angeitis por hipersensibilidad y de pequeños vasos, crioglobulinemia, síndrome de Cogan.

4. Enfermedades Reumáticas Pediátricas

artritis idiopática juvenil, enfermedad de Kawasaki y PAN infantil, lupus neonatal, dermatomiositis juvenil, fiebre reumática aguda (RPA), displasias óseas y articulares y enfermedades que se presentan principalmente en adultos pero también en la infancia (ej., LES, esclerodermia, etc.)

5. Artritis Infecciosas y reactivas

A. *Artritis Infecciosas*: bacterianas (gonocócicas y no gonocócicas), micobacterianas, espiroquetales (sífilis, Lyme), virales (VIH, hepatitis B, parvovirus, otras), fúngicas, parasitarias, y enfermedad de Whipple

B. *Artritis Reactivas*: fiebre reumática aguda, artritis asociada con endocarditis bacteriana, artritis postbypass intestinal, artritis postdisentéricas, postvacunación, etc.

6. Trastornos reumáticos asociados con enfermedades metabólicas, endocrinas, y hematológicas.

C. *Artritis microcristalinas*: gota urática, enfermedad por depósito de cristales de pirofosfato cálcico dihidratado, por fosfato básico de calcio (hidroxiapatita), o por oxalato cálcico.

D. *Síndromes reumáticos asociados con enfermedades endocrinas*: reumatismos asociados con diabetes mellitus, acromegalia, hiperparatiroidismo, hipoparatiroidismo, hipertiroidismo, hipotiroidismo, enfermedad de Cushing

E. *Síndromes reumáticos asociados con enfermedades hematológicas*: hemofilia, hemoglobinopatías, linfadenopatía angioinmunoblástica

7 Enfermedades del hueso y del cartílago:

F. Artrosis – primaria y secundaria, condromalacia de la rótula

G. Enfermedades Metabólicas del hueso: osteoporosis, osteomalacia, enfermedad ósea asociada a enfermedad renal

H. Enfermedad de Paget del hueso

I. Necrosis avascular del hueso: idiopática o secundaria, osteocondritis disecante.

J. Otros: osteoporosis transitoria, osteoartropatía hipertrófica, hiperóstosis idiopática esquelética difusa (DISH), fracturas por insuficiencia

8 Transtornos hereditarios y congénitos, del metabolismo asociados a enfermedades reumáticas

K. Enfermedades del tejido conectivo: síndrome de Marfan, osteogénesis imperfecta, síndromes de Ehlers-Danlos, pseudoxantoma elástico, síndrome por laxitud articular, otros

L. Mucopolisacaridosis

M. Osteocondrodisplasias: displasia epifisaria múltiple, displasia espondiloepifisaria

N. Errores congénitos del metabolismo que afectan al tejido conectivo: homocistinuria, ocronosis

- O. Trastornos por depósito: enfermedad de Gaucher, enfermedad de Fabry, lipogranulomatosis de Farber
- P. Inmunodeficiencias: Déficit de IgA, déficits de componentes del complemento, SCID y deficiencia de ADA, deficiencia de PNP, otras
- Q. Otras: hemocromatosis, fiebre familiar Mediterránea, artropatía hiperlipidémica, miositis osificante progresiva, enfermedad de Wilson, otras

9 Trastornos de partes blandas y de tipo locorregional

- R. Fibromialgia
- S. Reumatismo psicógeno
- T. Síndromes Axiales: lumbalgia, estenosis raquídea, lesión del disco intervertebral y radiculopatías, síndromes de dolor cervical, coccigodinia, osteítis condensans illii, osteitis pubis, espondilolistesis / espondilolisis, discitis
- U. Enfermedades musculoesqueléticas regionales: bursitis, tendinitis, y entesitis yuxtaarticulares, lesiones del manguito de los rotadores, capsulitis adhesiva, gangliones del carpo; dedo en gatillo y contracturas de Dupuytren; plicas sinoviales de la rodilla, lesiones internas y meniscopatías, quistes sinoviales; hallux rigidus, talalgias, fascitis plantar y metatarsalgia; síndromes temporomandibulares; costocondritis esternal
- V. Anomalías Biomecánicas asociadas con sdes. dolorosos regionales: escoliosis y cifosis, dismetría de MMII, deformidades del pie.
- W. Síndromes reumáticos por sobreuso: laborales, deportivos, en artistas
- X. Medicina deportiva: lesiones, esguinces, nutrición, mujer atleta.
- Y. Neuropatías por atrapamiento: síndrome de salida torácica, atrapamientos en nervios de la extremidad superior y de la inferior
- Z. Otras: Distrofia simpático refleja, eritromelalgia

10 Neoplasias y lesiones tumorales

AA. Benignas

- (1) Articulares: cuerpos libres, lesiones grasa y vasculares, osteocondromatosis sinovial, sinovitis villonodular pigmentada, gangliones
- (2) Vainas tendinosas: fibroma, tumor de células gigantes, tenosinovitis nodular
- (3) Huesos: osteoma osteoide, otros

BB.4 Malignas

- (5) Primarias: sarcoma sinovial, otras
- (6) Secundarias: leucemia, mieloma, tumores metastáticos malignos
- (7) síndromes reumáticos paraneoplásicos: poliartritis carcinomatosa, fascitis palmoplantar, síndrome de Sweet

11. Enfermedades Musculares

- CC. Inflamatorias: polimiositis, dermatomiositis, miositis de cuerpos de inclusión

DD. Metabólicas

- (8) Primarias: enfermedades por depósito de glucógeno, trastornos del metabolismo lipídico, déficit de mioadenilato deaminasa, miopatías mitocondriales
- (9) Secundarias: nutricionales, tóxicas, trastornos endocrinos o electrolíticos, inducidas por fármacos (ej: estatinas) o por agentes físicos (rabdomiolisis postesfuerzo o por hipertermia)

EE.10 Distrofias Musculares

FF. Miastenia gravis

12. Enfermedades reumáticas diversas

GG. Amiloidosis: primaria, secundaria, hereditaria

HH. Enfermedad y síndrome de Raynaud

II. Artritis neuropáticas (artritis de Charcot)

JJ. RS₃PE (Remitting seronegative symmetrical sinovitis wit pitting edema)

KK. Reticulohistiocitosis Multicéntrica

LL. Sinovitis por púa vegetal

MM. Artrítides Intermitentes: reumatismo palindrómico, hidrartrosis intermitente

H. Síndromes reumáticos relacionados con: sarcoidosis, escorbuto, enf. pancreáticas, hepatitis crónica activa, CBP, fármacos y agentes del entorno.

I. Enfermedades Reumáticas en la población geriátrica

J. Enfermedades Reumáticas en la embarazada

K. Síndromes Reumáticos en pacientes dializados

Anexo 2. Habilidades clínicas y técnicas para el diagnóstico en Reumatología

Los facultativos de la Sección de Reumatología deben tener amplios conocimientos clínicos y técnicos de la especialidad. Entre los requisitos que deben cumplir están saber hacer:

13. **Anamnesis de problemas reumatológicos:** comprensión de los principios y demostrar competencia al obtener una historia clínica, con revisión de los sistemas más relevantes, así como del estado funcional de los pacientes con síntomas de enfermedad reumática.
14. **Examen Físico de pacientes reumáticos:** comprensión de los principios y demostrar competencia al realizar e interpretar el examen de articulaciones, músculos, estructuras periarticulares y nervios periféricos, así como signos extraarticulares de enfermedad reumática.
15. **Pruebas y procedimientos diagnósticos**
 - NN. Artrocentesis: conocimientos de anatomía, precauciones para realizar las punciones y potenciales secuelas de las artrocentesis. Demostrar competencia al obtener líquido sinovial de articulaciones diartrodiales, bolsas serosas, y estructuras tenosinoviales.
 - OO. Análisis de líquido sinovial: comprender los principios y la interpretación de resultados de los análisis de laboratorio de liq. sinovial. Conocimientos sobre microscopia de líquido sinovial con luz normal y polarizada, sabiendo identificar tipos de células y cristales en pacientes con diversos tipos de enf. reumáticas.
 - PP. Interpretación de resultados de pruebas de laboratorio específicas (incluyendo pero no limitado a): VSG, PCR y otros reactantes de fase aguda, analítica general y hormonal básica, marcadores tumorales, estudios del hierro, y especialmente estudios inmunológicos como Factor Reumatoide, anticuerpos antinucleares, anti-dsDNA, antiSS-A/Ro, antiSS-B/La, antiU1RNP, antiSm, antiribosomales, anticentrómero, antitopoisomerasa 1, anti-Jo-1, anti PM-Scl, ANCA, crioglobulinas, complemento y sus componentes, CH₅₀, electroforesis de proteínas séricas, niveles séricos de inmunoglobulinas, células LE, RPR, anticoagulante lúpico, anticuerpos anticardiolipina, tiraje HLA (e.g., HLA B27), antihistonas, ASLO y otros Ac antiestreptocócicos, Serologías para enf. Lyme, niveles de ácido úrico en sangre y orina, inmunocomplejos circulantes, subtipos linfocitarios, y anticuerpos anticelulares (ej. Coombs, antineutrófilos, antiplaquetarios).
 - QQ. **Radiología simple:** demostrar comprensión y competencia en la valoración de radiografías de articulaciones normales y

sus variantes, y en las enfermedades reumáticas, incluyendo huesos, estructuras periarticulares y prótesis.

RR. **Pruebas complementarias específicas:** demostrar competencia en la interpretación de resultados de las siguientes pruebas en pacientes con enfermedades reumáticas:

- (11) Técnicas de diagnóstico por imagen: artrografía, ultrasonografía, TAC, resonancia magnética de articulaciones, huesos, y estructuras periarticulares. Arteriografías en las vasculitis
- (12) Técnicas gammagráficas con isótopos: incluyendo estudios articulares, óseos, de parótidas y de flujo salival.
- (3) Densitometría ósea central y periférica. Interpretación de resultados de la densitometría y conocimiento de artefactos y limitaciones.
- (13) Electromiografía y estudios de conducción de nervios periféricos
- (14) Interpretación básica de biopsias y de la histología de las enfermedades reumáticas: piel, sinovial, músculo, nervio, hueso, glándulas salivales, arterias, riñón y pulmón.
- (15) Otras: examen capilaroscópico, test de Schirmer y valoración del test de Rosa de bengala, biopsia sinovial cerrada con aguja y artroscopia.

16. **Elaboración de hipótesis diagnósticas:** 4516 Demostrar capacidad para construir un diagnóstico diferencial en pacientes que se presentan con signos y síntomas relacionados con enfermedades reumáticas y ordenar las pruebas necesarias para establecer el diagnóstico correcto, considerando su utilidad diagnóstica, sus costes y la agresividad que representan sobre el paciente como criterios de priorización.

. Anexo 3. Modalidades y estrategias terapéuticas en Reumatología

Según la Sociedad Británica de Reumatología, las habilidades que competen a los especialistas de Reumatología son las siguientes:

1. **Aspiración e inyección articular terapéutica:** comprensión de la anatomía, precauciones, y secuelas potenciales del procedimiento. Demostrar competencia en la realización de aspiración terapéutica y/o inyección en articulaciones diartrodiales, bolsas serosas, estructuras tenosinoviales, y entesis.
2. **Farmacología:** para cada medicación, comprender las indicaciones, dosificación, farmacocinética, metabolismo, mecanismos de acción, efectos secundarios, interacciones farmacológicas, costes, y criterios de uso en pacientes incluyendo mujeres en edad fértil, lactante o gestantes, para los fármacos utilizados habitualmente en las enfermedades reumáticas.
3. Aspectos relacionados con la **rehabilitación**, la **discapacidad** y el manejo del dolor.
 - TT. Concepto de equipo multidisciplinario: Comprensión del papel del reumatólogo así como el momento de consultar a otros profesionales en la rehabilitación de pacientes ingresados y de consultas externas con enfermedades reumáticas.
 - UU. Demostrar la capacidad de identificar y evaluar el grado de discapacidad del paciente y relacionarla con los déficits funcionales observados. Considerar el tipo de rehabilitación apropiado para mejorar la discapacidad observada.
 - VV. Conocimiento de los diversos métodos de rehabilitación: para cada uno comprender los principios, mecanismo de acción, indicaciones, precauciones y contraindicaciones, efectos secundarios potenciales, y costes.
 - (17) Ejercicios: rango de movimiento, estiramientos, entrenamiento aeróbico y cardiovascular,
 - (18) Utilidad del reposo y férulas de protección
 - (19) Modalidades de hidroterapia, ultrasonidos, iontoforesis, y balneoterapia
 - (20) Técnicas de protección articular
 - (21) Dispositivos de apoyo en ámbito laboral y doméstico
 - (22) Utilidad del calor y frío local
 - (23) Plantillas y ortesis.
 - (24) Otras: acupuntura, TENS, unidad del dolor, tracciones
 - (25) Aspectos Nutricionales en la enfermedades reumáticas

- WW. Demostrar conocimiento de las técnicas y modalidades específicas de rehabilitación para los diversos tipos de pacientes reumáticos (ej. artrosis, miositis, etc.), localización de síntomas (ej. lumbar, hombro, etc.) y otros aspectos relacionados.
- XX. Aspectos psicosociales: comprensión del impacto que los siguientes factores tienen sobre el resultado terapéutico global en un paciente con enfermedad reumática y demostrar conocimiento de lo que puede hacerse para ayudar al paciente en esas áreas.
- (26) Factores emocionales y psicológicos, incluyendo los de tipo sexual
 - (27) Aspectos económicos y vocacionales: rehabilitación vocacional, costes del tratamiento y su monitorización
 - (28) Valoración de la discapacidad: discapacidad vs. minusvalía, evaluación y medición de estos factores, invalidez, compensaciones laborales, etc.
 - (29) Aspectos relacionados con el cumplimiento terapéutico.
- YY. Rehabilitación del paciente con enfermedad reumática tras un procedimiento quirúrgico u ortopédico.

4. **Aspectos quirúrgicos**

- ZZ. Conocer las indicaciones para consultar al cirujano ortopédico en las enfermedades reumáticas agudas y crónicas.
- AAA. Para cada procedimiento descrito a continuación, conocimiento de las indicaciones, evaluación preoperatoria, y ajustes de medicación necesarios, contraindicaciones, complicaciones, manejo postoperatorio, y desenlace esperable.
- (30) Biopsia ósea
 - (31) Artroscopia
 - (32) Sinovectomía de tendones y articulaciones
 - (33) Neurolisis en neuropatías por atrapamiento
 - (34) Osteotomías: cadera, rodilla
 - (35) Artrodesis: carpo, tarso, otras
 - (36) Cirugía de raquis: radiculopatía, estenosis, inestabilidad
 - (37) Cirugía reconstructiva de mano y pié
 - (38) Artroplastia total de cadera, rodilla, hombro, etc.
 - (39) Problemas con indicación quirúrgica específica:
 - (A) Paciente reumático en edad pediátrica
 - (B) Artritis séptica: artroscopia vs. artrotomía
 - (C) Prótesis Infectada
 - (D) Paciente con espondilitis anquilosante

(E) Prevención y tratamiento de la trombosis venosa

5. **Tratamientos alternativos** y terapias no convencionales: conocimiento general sobre dietas, suplementos nutricionales, acupuntura, quiroprácticos y osteópatas, tratamientos tópicos y homeopáticos, otros.
6. Usando los principios básicos del análisis de decisión, comprender las **indicaciones y el costes de las diferentes terapias** utilizadas en el manejo de las enfermedades reumáticas.

Actualizado a DICIEMBRE 2012