

Guía para la gestión de pacientes con patología del Aparato Locomotor y criterios de interrelación entre niveles asistenciales

DEPARTAMENTO DE SALUD DE CASTELLÓN

Servicio que lo presenta	Comité de Aparato Locomotor DSCS
Fecha de elaboración	Septiembre 2014
Fecha de revisión	

Autor/es	Carácter con que actúan
-----------------	--------------------------------

Dr José Antonio Mirallas	Jefe de Servicio de RHB HGUCS
Dr José Miguel Palomo	Jefe de Sección de COT HGUCS
Dr Miguel A. Belmonte	Jefe de Sección de Reumatología HGUCS
Dr Mario Carballido	Responsable Medicina Preventiva HGUCS
Dr Bruno Monfort	FED RHB Hospital Provincial
Dr Enrique Cuello	Jefe de Servicio RHB H. Provincial
Dr Enrique Uzqueda	Jefe de Servicio de COT H. Provincial
Dra Eva García	Pediatra de AP CS Palleter
Dra Gema Monforte	Médico de Familia. JZB CSI Pío XII Almazora
Dra M ^a José Monedero	Médico de Familia C Docencia Cs Rafalafena
Dr Javier Peñarocha	Gerente Departamento Castellón
Dr Adrián Artero	Director de Atención Primaria
Dr Miguel Angel Beltrán	Subdirector de Atención Especializada

Servicios implicados en la Guía	Consensuado
Medicina Física y Rehabilitación	Sí
Cirugía Ortopédica y trauma	Sí
Reumatología	Sí
Atención Primaria (Medicina Familia y Pediatría)	Sí

Gestión de modificaciones	Fecha

DILIGENCIA para hacer constar que en la sesión del día 29/10/2014 (acta 29/2014), de la Comisión de Dirección, se valoró y aprobó el presente documento, conforme al art. 20-c del Decreto 186/1996, de 18 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de la Atención Especializada de la Conselleria de Sanidad y Consumo. Este documento ha sido aprobado en la Comisión de Calidad del 28/10/2014 (acta 6/2014)



INTRODUCCIÓN

- La atención sanitaria integral no se entiende sin una adecuada coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.
- La conexión entre niveles asistenciales constituye una pieza fundamental en la organización de los sistemas de asistencia sanitaria
- Los pacientes se derivan:
 - Para realizarles procedimientos o técnicas no disponibles en atención primaria (AP)
 - Si precisan conocimientos específicos que desbordan al primer nivel.
 - Si se agotan las posibilidades de tratamiento en AP.
- La derivación conlleva repercusiones considerables para los pacientes, el sistema de asistencia sanitario y los costes de atención de la salud.

JUSTIFICACION

- La demanda asistencial va en aumento, a pesar de que la población se mantiene estable o disminuye en la actualidad, debido al envejecimiento progresivo de la población y al aumento de pacientes crónicos pluripatológicos.
- El número de interconsultas sigue un proceso ascendente que satura los servicios y hace que se duplique, en ocasiones, las exploraciones complementarias.
- Es necesario introducir prioridades para conseguir la máxima eficiencia, aplicando criterios de sostenibilidad del sistema
- Existen múltiples disfuncionalidades en la coordinación entre niveles.
- Necesidad de mejorar la comunicación y reducir la burocratización para mejorar la calidad de la asistencia prestada, que hacen fundamental la materialización de propuestas como:
 - informatización del proceso
 - simplificación de circuitos
 - acceso racional de AP a exploraciones complementarias
 - establecimiento conjunto de Guías y protocolos

Como consecuencia de las distintas reuniones mantenidas por el Comité de Integración entre Niveles Asistenciales del Aparato Locomotor, se proponen los siguientes criterios de derivación:

A- DERIVACIÓN A MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN:

Podrán ser remitidos a medicina física y rehabilitación los pacientes que presenten las siguientes patologías:

A.1. Algias raquídeas:

- Si el dolor agudo no cede con el tratamiento conservador de AP \geq 30 días
- Por intolerancia al tratamiento farmacológico

A.2. Alteraciones ortopédicas congénitas o adquiridas de miembros superiores e inferiores no susceptibles de tratamiento quirúrgico.

A.3. Tortícolis congénita.

A.4. Amputaciones de los miembros (infantil y adulto).

A.5. Deformidades vertebrales no quirúrgicas (infantil y adulto):

Plano Sagital:

- Hiper cifosis dorsal
- Enfermedad de Scheüermann
- Hiperlordosis lumbar

Plano Frontal:

- Escoliosis
- Dismetría de miembros inferiores \leq 2,5 cm (si la disimetría esperada al final del crecimiento es $>$ 2,5 cm correspondería a Cirugía Ortopédica y Traumatología, por ser susceptible de tratamiento quirúrgico).

A.6. Enfermedades reumáticas en estadio no quirúrgico:

- Síndrome artrósico que no responda al tratamiento conservador de AP \geq 30 días.
- Entesopatías, tendinitis, bursitis, sinovitis, síndrome subacromial inespecífico, que no respondan al tratamiento conservador de AP \geq 30 días

A.7. Enfermedades neurológicas que afecten al SNC o al SNP (infantil y Adulto):

- En fase aguda con déficits y discapacidades.
- En fase crónica con agravación reciente y/o secuelas en el aparato locomotor, que afecten a la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria

A.8. Osteoporosis:

- Consecuencias susceptibles de tratamiento mediante técnicas de Medicina Física y Rehabilitación (dolor, alteración funcional y/o postural).

PRIORIZACIÓN EN CONSULTAS:

1. Preferente (< 15 días):

- Procesos del SNC y SNP agudos y subagudos
- Procesos intervenidos quirúrgicamente
- Procesos traumáticos agudos y/o post-inmovilización
- Tendinopatías, Entesopatías y Bursitis con limitación articular
- Amputado de miembros (infantil y adulto)

3. Ordinaria (varias semanas):

- Procesos del SNC y SNP crónicos
- Tendinopatías, Entesopatías y Bursitis sin limitación articular
- Deformidades de raquis no quirúrgicas (infantil y adulto)
- Alteraciones ortopédicas congénitas o adquiridas de miembros, no quirúrgicas (infantil y adulto)
- Artrosis de raquis y periféricas
- Algias raquídeas

B- DERIVACIÓN A CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA:

Podrán ser remitidos a cirugía ortopédica y traumatología los pacientes que presenten las siguientes patologías:

B.1. Procesos traumáticos, leves y moderados, no resueltos en un corto período de tiempo (se excluyen lesiones torácicas, craneales y maxilofaciales):

- Fracturas inmovilizadas mediante yeso circular
- Esguinces ligamentosos (rodilla o tobillo) de grado II y III

B.2. Artrosis de cualquier articulación **para tratamiento quirúrgico.**

B.3. Deformidades de los miembros **para tratamiento quirúrgico.**

B.4. Tumores del aparato locomotor

B.5. Dolor y limitación de la movilidad de cualquier articulación, severo o refractario a reposo y analgésicos (en especial si ocurre sobre un área sometida a artroplastia previa)

B.6. Patología articular para tratamiento quirúrgico.

B.7. Neuropatías por atrapamiento en fase quirúrgica.

PRIORIZACIÓN EN CONSULTAS:

1. Preferente (< 1 semana):

- Sospecha tumoral
- Lumbociática con pérdida motora.

2. Ordinaria (varias semanas):

- Resto de patologías

C- DERIVACIÓN A REUMATOLOGÍA:

Podrán ser remitidos a reumatología los pacientes que presenten las siguientes patologías:

C.1. Patología inflamatoria y metabólica del Ap. Locomotor:

- Artritis reumatoide
- Espónilo-artropatías
- Artritis microcristalinas (gota, condrocalcinosis)

C.2. Enfermedades sistémicas de probable origen autoinmune:

- Lupus eritematoso sistémico
- Esclerodermia
- Miopatías inflamatorias
- Colagenosis
- Vasculitis

C.3. Osteoporosis grave o complicada

- Con fracturas previas y/o gran pérdida de densidad mineral ósea.
- Refractaria al tratamiento médico
- Relacionada con el uso de corticoides.

C.4. Osteomalacia:

- Por déficit de vitamina D
- Hipofosfatémica

C.5. Monoartritis

C.6. Hidratros no traumático

C.7. Poliartritis de origen no filiado.

C.8. Dolor generalizado o debilidad muscular cuando presenten alteraciones analíticas

PRIORIZACIÓN EN CONSULTAS:

1. Preferente (< 15 días):

- Artritis de todo tipo
- Enfermedades sistémicas de probable origen autoinmune
- Osteoporosis complicada

2. Ordinaria (varias semanas):

- Artrosis no complicada
- Osteoporosis no complicada
- Artritis microcristalinas

Problemas demorables o problemas que se solapan o pertenecen en su mayor parte a especialidades afines):

- Fibromialgia y síndrome de fatiga crónica
- Algias inespecíficas
- Patologías de partes blandas y síndromes loco regionales
- Alteraciones biomecánicas y de la estática (metatarsalgia, fascitis plantar,...)
- Estudio de alteraciones de laboratorio (ASLO, ANA,FR) sin clínica

D- DERIVACIÓN A UNIDADES DE APOYO LOCOMOTOR (UNIDADES DE ALGIAS):

D.1. Algias crónicas.

D.2. Fibromialgia:

- Con diagnóstico clínico y tras haber descartado patología inflamatoria (VSG <25 PCR <10)

Los criterios de derivación se concretarán en una segunda fase, conjuntamente con la Unidad de Algias Crónicas del Hospital La Magdalena, y se incluirá como Anexo a esta Guía.

E- HOJA DE REMISIÓN PARA INTERCONSULTA: REQUISITOS MÍNIMOS QUE DEBEN FIGURAR

1. **Resumen de anamnesis y exploración.**
2. **Juicio clínico inicial y tratamiento previo.**
3. **Justificación o motivo de la propuesta¹.**
4. **Pruebas radiológicas que debe aportar: anteroposterior (A-P) y lateral (L) de la zona afectada:**
 - Para Medicina Física y Rehabilitación, en deformidades raquídeas: A-P y L de raquis completo en bipedestación.
 - Para Reumatología, si afectación sistémica: añadir tórax A-P y L.
5. **Pruebas de laboratorio mínimas (para Servicio de Reumatología):**
 - Hemograma
 - VSG y PCR
 - Bioquímica elemental (perfil ingreso)
 - Calcio y Fósforo
 - Sedimento urinario
 - Ocasionalmente, considerar oportunas: Pruebas tiroideas, FR y ANA...etc.

¹ No está justificada la propuesta de derivación de pacientes a petición propia, ni para revisión o control (salvo que exista indicación por el especialista).

CONSIDERACIONES ESPECIALES:

1- Para el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación:

En ningún caso se indicarán las técnicas terapéuticas, el número de sesiones ni la duración del tratamiento a aplicar, ni en el hospital ni en sus Unidades Básicas extrahospitalarias.

2- Para el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología:

La remisión se distribuirá por unidades topográficas creadas: Unidad de Hombro, de Mano, de Cadera, de Rodilla, de Pie y de Raquis, salvo en los CSI y Hospital Provincial, cuya consulta de COT es general.

F- REQUISITOS MÍNIMOS EN LA RESPUESTA DE LA INTERCONSULTA Y ACCIONES DERIVADAS:

Debe contestarse en la **hoja de Evolución** en sistema informático **SIA** (lugar consensuado para compartir) la siguiente información:

- 1- Resultados de la **evaluación inicial**.
- 2- **Pruebas complementarias** realizadas.
- 3- **Diagnóstico** o aproximación diagnóstica.
- 4- **Pautas de seguimiento y periodicidad**.
- 5- **Tratamiento recomendado**.
- 6- **Cumplimentar las pruebas complementarias a realizar**, “*on line*” y desde historial de pruebas de laboratorio y de Imagen (si utiliza SIA).
- 7- **Prescripción Electrónica** del tratamiento necesario **hasta el próximo control** (en **SIA-MPRE**)².
- 8- El médico especialista procederá él mismo:
 - A **remitir** al paciente a **otra especialidad** (si lo considera necesario)
 - A cumplimentar el **parte de incapacidad temporal (IT)** si el paciente lo precisa y aún no lo estuviese.

² En el caso que por cualquier circunstancia al paciente le faltase medicación, ésta se prescribirá por el Médico de Familia, siempre que no represente un problema ético para el médico prescriptor, hasta el próximo control (**no remitiéndose a otra especialidad por este motivo**)