

2013

CONTINUIDAD ASISTENCIAL

GERENCIA DE ATENCIÓN
PRIMARIA

GERENCIA DE ATENCIÓN
HOSPITALARIA ÁREAS III y
IV: HOSPITAL SIERRALLANA

[CONSULTA MUSCULO ESQUELETICO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD]

GRUPO DE TRABAJO:

Dr. Jaime Calvo Alén. Reumatología. Sierrallana

Dr. Carlos Zubizarreta Laín. Rehabilitación. Sierrallana

Dr. Ricardo Manuel Bolloque González. Traumatología y ortopedia. Sierrallana

Dra. Sagrario Torre Aguado. Medicina familiar y comunitaria.

Dr. Rafael Hervás Samperio. Medicina familiar y comunitaria.

Dra. M^a del Carmen Toribio González. MFyC, Responsable de Continuidad Asistencial

Dra. Marta López Cano. MFyC, Subdirectora Médica Gerencia de Atención Primaria

Manual de procedimiento de la consulta musculoesquelética que se desarrolla en el ámbito de la atención primaria.

DEFINICIÓN

Consulta de médicos especialistas hospitalarios de carácter multi e interdisciplinar que se desarrolla en el ámbito de la atención primaria de salud.

MISIÓN

Facilitar la resolutiveidad de los procesos del área musculo esquelética en el ámbito de la atención primaria de salud garantizando la calidad de la atención sanitaria y la satisfacción de las necesidades y expectativas del usuario.

OBJETIVOS

1º Crear equipos multidisciplinares de actuación que favorezcan la resolutiveidad de los procesos en el ámbito de la atención primaria.

2º Identificar los procesos en los cuales se quiere promover la resolutiveidad en la atención primaria.

3º Definir las funciones y actividades mínimas a realizar en cada uno de los procesos así como el nivel de atención (primaria y/o hospitalaria) en la cual se llevarán a cabo.

4º Facilitar la resolutiveidad del médico de Atención Primaria a través de la formación en técnicas de diagnóstico y tratamiento.

5º Valorar la posibilidad del origen laboral de la patología y por tanto, la pertinencia de ser atendidos en su MUTUA correspondiente según origen de la contingencia.

6º **Intervenir de forma precoz en la asistencia de pacientes en Incapacidad temporal (IT) por causa osteomuscular.**

ETAPAS DEL PROCESO

CONSULTA MÉDICO DE FAMILIA

1.- CONSULTA MÉDICO DE FAMILIA:

Entrada:

- Demanda espontánea o urgencia
- Derivado por enfermería o fisioterapeuta
- Derivado de otro especialista

Actividades:

- Anamnesis y Exploración
- Solicitud de pruebas diagnosticas
- Diagnóstico y Tratamiento

Salida: Alta o Consulta Seguimiento AP

2.- CONSULTA MÉDICO DE FAMILIA:

Actividades:

- Valoración de pruebas diagnosticas
- Diagnostico y tratamiento *

Salida:

- Interconsulta músculo-esquelético
- Interconsulta Rehabilitación
- Interconsulta a Reumatología
- Interconsulta a Traumatología y ortopedia

* En el documento se describen las actividades mínimas que el profesional de atención primaria deberá realizar en estos procesos.

CONSULTA MUSCULOESQUELETICO (CME)

1.- CONSULTA MUSCULOESQUELETICO

Entrada: Consulta médico de familia

Actividades:

- Estudio y valoración para: Confirmación diagnóstica o hipótesis diagnóstica.
- Solicitud de pruebas, si es necesario derivar a otro nivel o confirmar diagnóstico.
- Adecuación de tratamientos
- Educación Sanitaria
- Actividades administrativas: Supervisar volantes a otras especialidades si es solicitado por el médico de AP o para evaluación del programa
- Cumplimentar solicitud de prestaciones ortoprotésicas
- **Atención temprana y orientada a la recuperación precoz de los pacientes con procesos de IT de causa musculoesquelética**

Salidas: Alta

Derivación a:

- Rehabilitación
- Traumatología y ortopedia
- Reumatología
- Seguimiento Atención Primaria

Profesionales:

La consulta músculo-esquelética se desarrollará en el área de salud III y IV con la colaboración de profesionales reumatólogos y rehabilitadores de esta área, que acudirán a los centros de salud a pasar consulta dentro de su horario laboral suprimiendo para ello alguna consulta en el hospital Sierrallana. No existe unidad musculoesquelética constituida como tal en este área por ello hablamos en este protocolo de consulta de patología musculoesquelética.

Servicio de Reumatología: dedicará a esta actividad 1 día a la semana

Servicio de Rehabilitación: dedicará 2 días al mes

Los citados profesionales dedicarán a la CME el número de días reseñado. Como objetivo prioritario de los profesionales adscritos a la CME la actividad de la Unidad debe intentar

mantenerse en los términos descritos independientemente de los periodos vacacionales u otras contingencias.

Número de consultas en los Centros Salud: El cálculo del nº de consultas mensuales por centro se ha realizado en función de la disponibilidad de los profesionales hospitalarios. La ubicación de la CME puede rotar con el paso del tiempo por los distintos centros de salud del área Torrelavega-Reinosa. E n aquellos centros en los que no exista CME podrá usarse este protocolo sustituyendo las derivaciones a CME por derivaciones a Reumatología/ Rehabilitación en Hospital según criterio del médico de familia.

En la actualidad:

C.S. Liébana, 1 consulta mes.

C.S. Saja, 1 consulta mes.

C.S. San Vicente de la Barquera, 1 consulta mes.

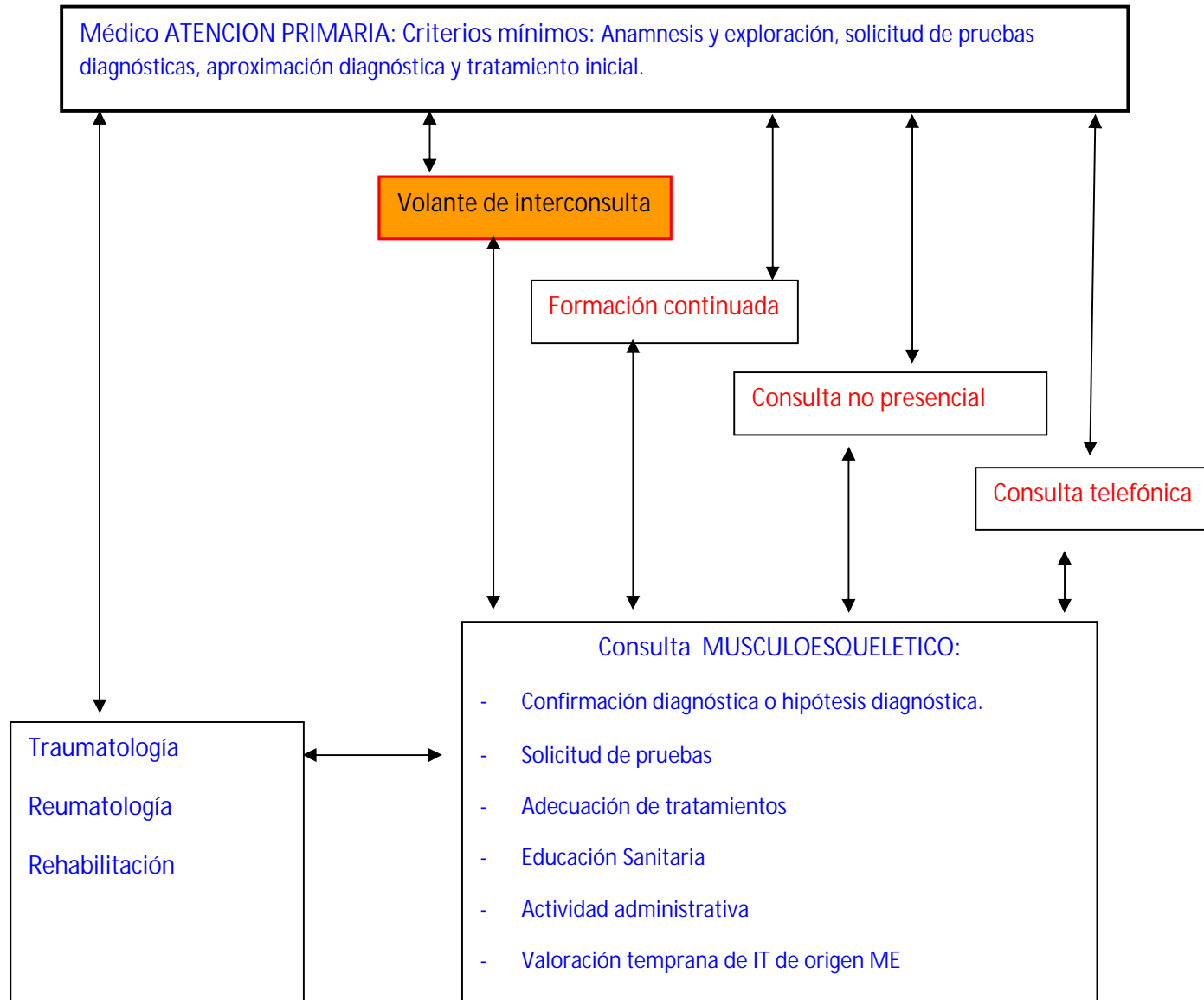
C.S. Dobra, 1 consulta mes (comenzará en septiembre)

C.S. Zapatón, 1 consulta mes.

C.S. Besaya, 1 consulta mes.

C.S Nansa, remite pacientes a CME de C.S Saja o C.S San Vicente

ALGORITMO PROCESOS REUMA-MUSCULOESQUELETICO



CRITERIOS GENERALES DE DERIVACIÓN

Los profesionales de la CME dispondrán de una agenda propia en cada uno de los Centros de Salud incluidos en el programa. Los días de consulta serán previamente acordados en función de la disponibilidad del profesional hospitalario. En dicha agenda se citarán a los pacientes derivados por los médicos de AP. adscritos a dicho Centro de Salud. Se reservarán huecos para la citación de pacientes en situación de IT por procesos de origen musculoesquelético, según criterio del médico de AP.

La agenda deberá reservar tiempo para la realización de sesiones formativas conjuntas (CME, MAP) y solventar dudas diagnósticas, de tratamiento o de derivaciones directas a otros Servicios hospitalarios.

DERIVACIONES CONSULTA MUSCULO-ESQUELÉTICA

- Patologías que cumplan criterios según protocolos acordados
- **Pacientes en IT de causa músculo-esquelética.**
- Patologías con dudas diagnósticas o de manejo.

NO SE DERIVARAN

- Sin tratamiento previo y pruebas diagnósticas establecidas en los protocolos
- Pacientes ya citados en especializada por misma patología

GENERALIDADES SOBRE VOLANTE DE DERIVACIÓN

- El médico de Atención Primaria deberá acompañar siempre la derivación de un volante de interconsulta realizado a través de Hª clínica de OMI, imprimiéndolo para facilitar su citación.
- El médico de la CME emitirá un informe de respuesta que escribirá en la misma Hª clínica de AP (en el episodio clínico que motivó la interconsulta o en el propio volante de interconsulta).
- En las derivaciones a los Servicios hospitalarios, los médicos de dichos Servicios emitirán informe de respuesta que se incorporará a la Intranet (informes de consulta en el visor historia clínica corporativa) o harán llegar un documento a su médico de AP.

Información necesaria a aportar en la hoja de Interconsulta.

- Historia Clínica, se hará constar como mínimo:
 - o Anamnesis y Exploración Física
- Si se ha iniciado tratamiento médico indicar dosis y duración del mismo
- Si se ha iniciado tratamiento fisioterapéutico indicar tipo y nº de sesiones
- Pruebas complementarias realizadas y su resultado
- Motivo claro de la derivación (confirmación diagnóstica, mala respuesta al tratamiento.....)

Información necesaria a aportar en la hoja de respuesta.

- Confirmación u orientación diagnóstica
- Plan terapéutico
- Pronóstico y pauta de seguimiento

INDICADORES DE EVALUACIÓN

Ø EN ATENCIÓN PRIMARIA

- Porcentaje de derivaciones a UME que cumplen protocolos de derivación

Nº de derivaciones a UME que cumplen protocolo

----- x 100

Nº total de derivaciones

- Porcentaje de derivaciones a otras especialidades que cumplen protocolos de derivación

Nº de derivaciones a otras especialidades que cumplen criterios de derivación

----- x 100

Nº total de derivaciones

EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

- Porcentaje de derivaciones resueltas por UME en primera consulta

Nº de derivaciones resueltas en UME en primera consulta

----- x 100

Nº total de derivaciones a la UME

- Porcentaje de informes emitidos desde UME

Nº de informes emitidos por UME

----- x 100

Nº de pacientes totales atendidos por la UME

- Procesos más frecuentemente atendidos
- Nº de procesos atendidos de IT
- Contabilizar nº de sesiones formativas y clínicas realizadas.
- La evaluación se hará independiente en los 2 servicios implicados.

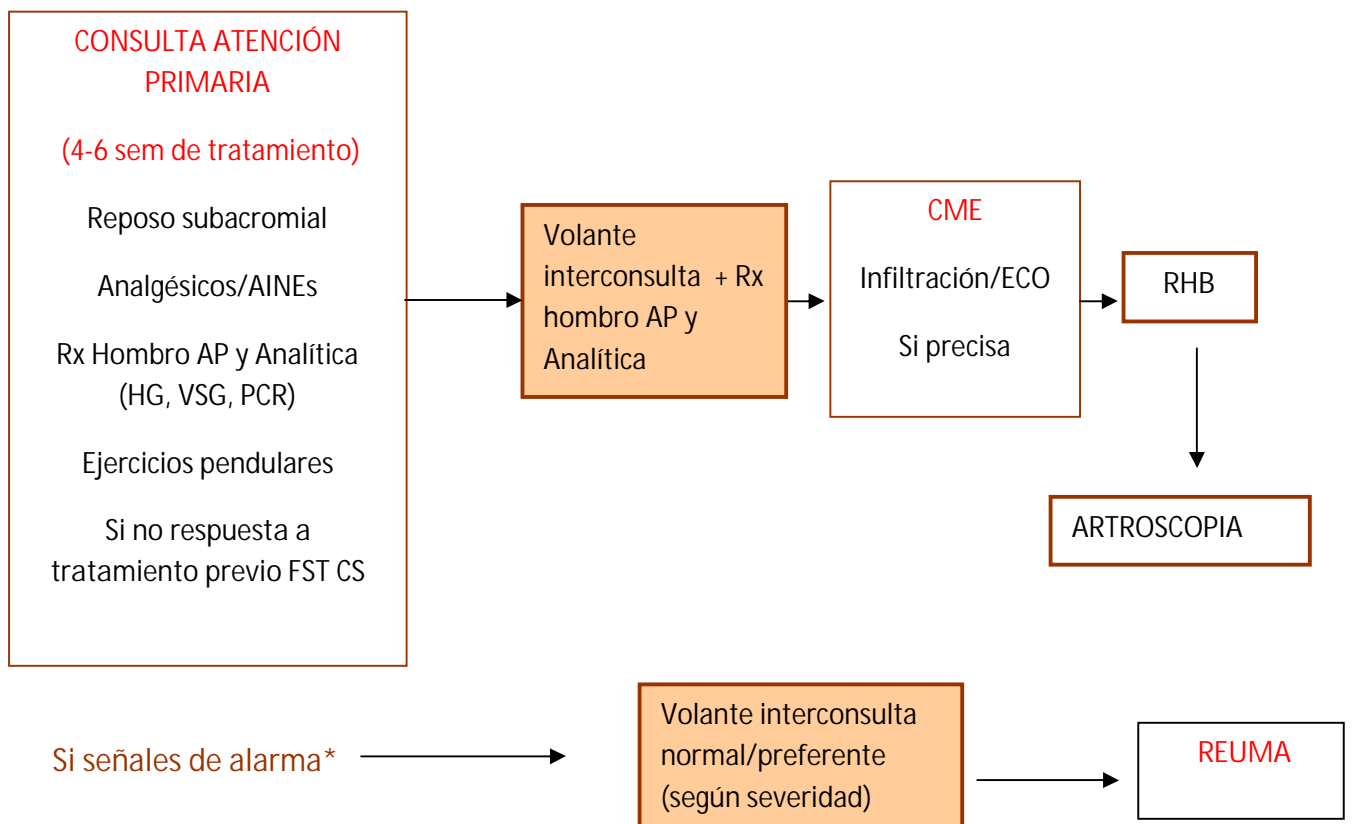
ALGORITMOS DE ACTUACIÓN EN PROCESOS

REUMA-MUSCULOESQUELETICO

Con el fin de incrementar la capacidad resolutive en AP y en la UME, se han consensado algoritmos de actuación en algunos de los más frecuentes motivos de consulta por patologías del área musculoesquelético. Estos algoritmos pretenden ser una ayuda en la toma de decisiones y en el aprovechamiento de los tiempos para favorecer la más temprana recuperación de los pacientes con dichas patologías. Se identifican así, criterios mínimos para pasar al siguiente escalón terapéutico o para su derivación.

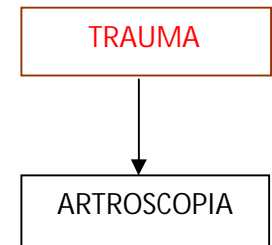
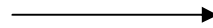
HOMBRO

HOMBRO DOLOROSO



*Limitación significativa de movilidad, refractariedad tratamiento inicial, tumefacción evidente, clínica sistémica acompañante (fiebre, cuadro general, afectación otros órganos y/o articulaciones)

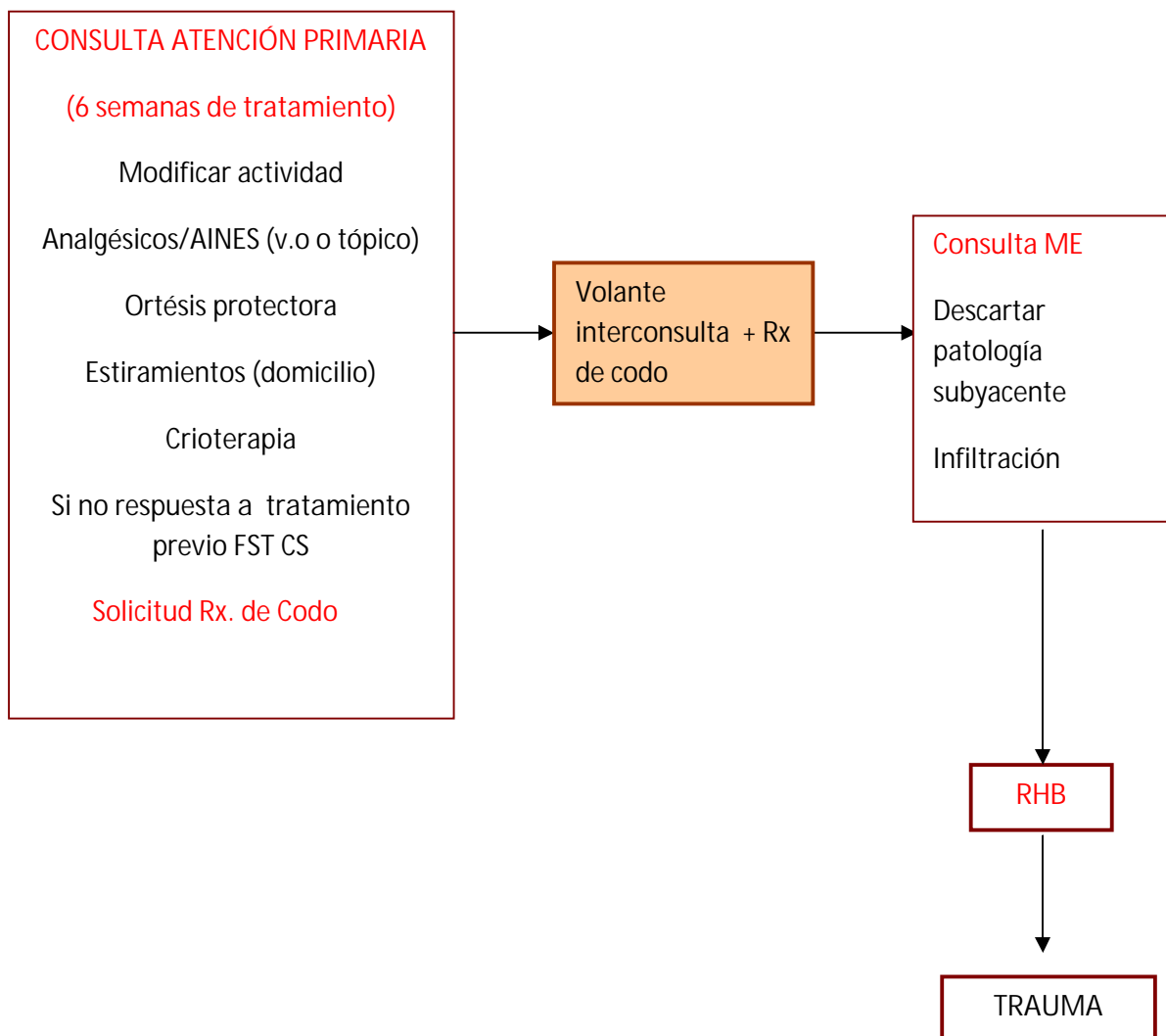
LUXACIÓN RECIDIVANTE HOMBRO (>2)



CODO

EPICONDILITIS/EPITROCLEITIS:

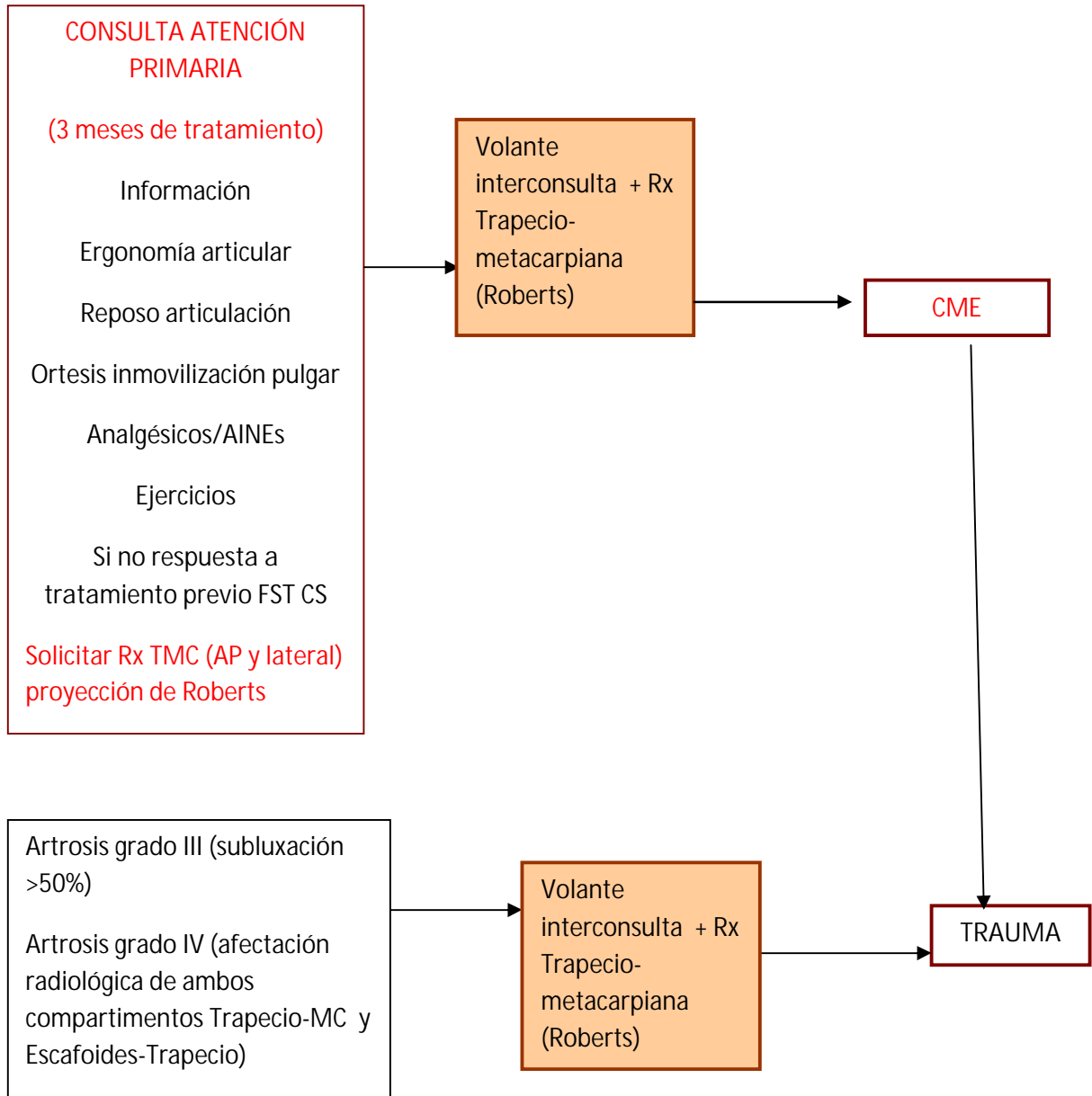
Dolor local a la palpación. Dolor a la extensión contra resistencia de dedos y supinación contra resistencia de muñeca.



MANO

RIZARTROSIS: Dolor de localización trapecio metacarpiana. Episodios de inflamación

Estadios iniciales



DEDO EN RESORTE: Tendón flexor del dedo. Dificultad para la extensión pasiva de dedo. Chasquido doloroso a la extensión activa de dedo.

(No precisa pruebas diagnósticas)

Resorte sin bloqueo → AP: AINEs

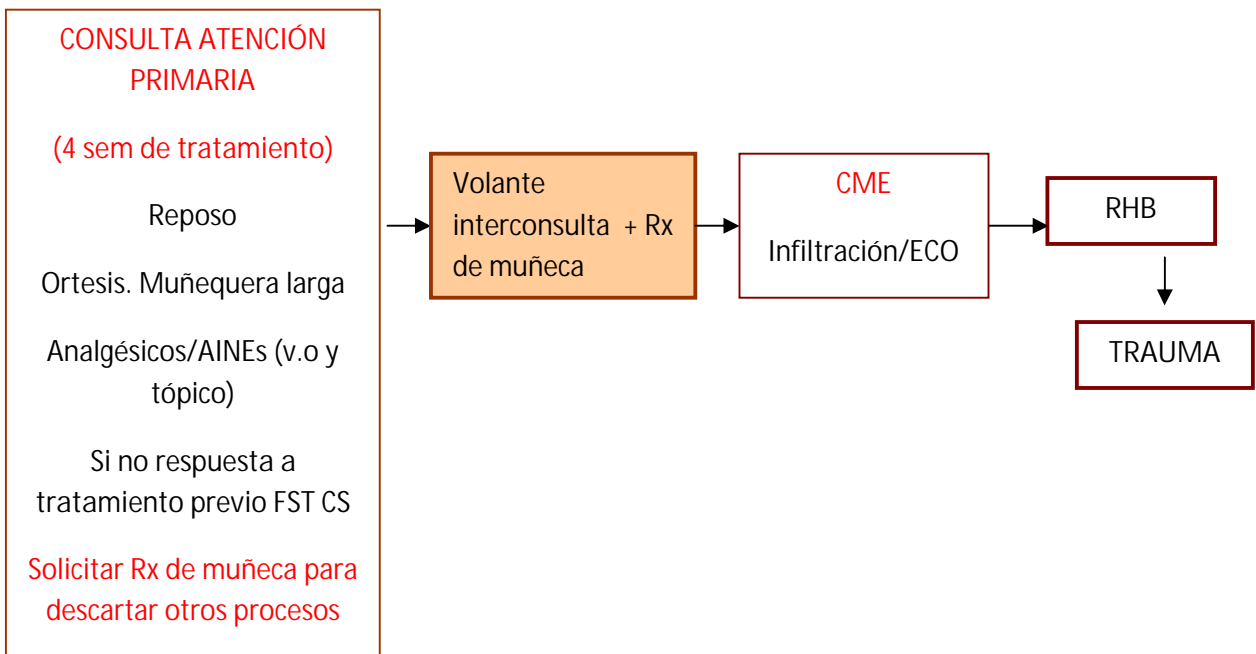
Bloqueo reciente → CME: Infiltración

Bloqueo persistente o irreductible → TRAUMA
(Derivación preferente)

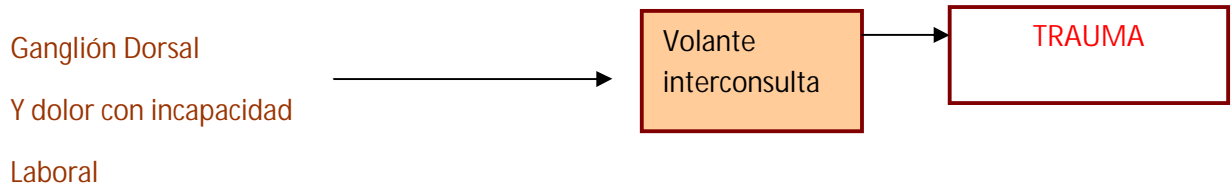
DUPUYTREN: Fibrosis progresiva de la aponeurosis palmar. Retracción de mano y dedos.

Si retracción funcional (Grado II-IV: > 45°) → TRAUMA

TENDINITIS DE QUERVAIN: Dolor y tumefacción sobre tabaquera anatómica y cara lateral de muñeca.

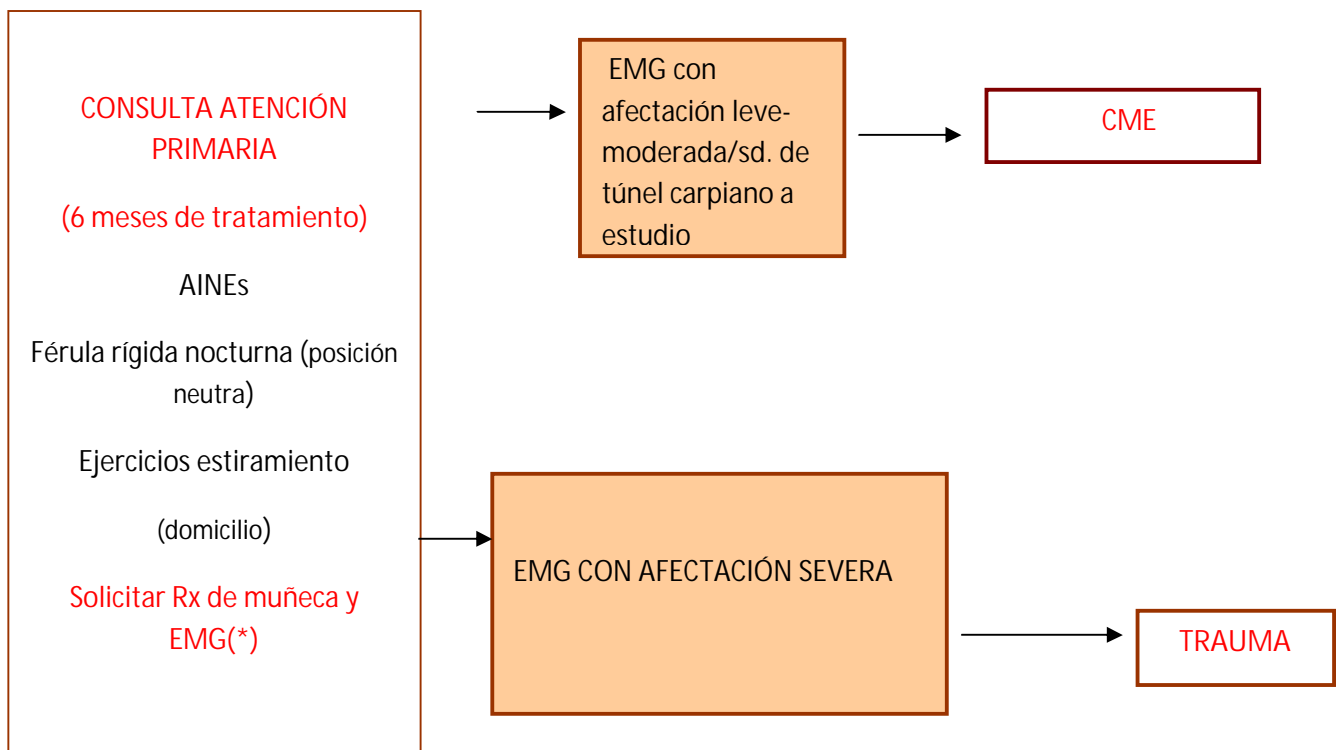


GANGLION: Tumefacción blanda levemente dolorosa en dorso de muñeca.



SINDROME TUNEL CARPIANO: Parestesias en 1º, 2º y 3º y mitad radial de 4º dedo.

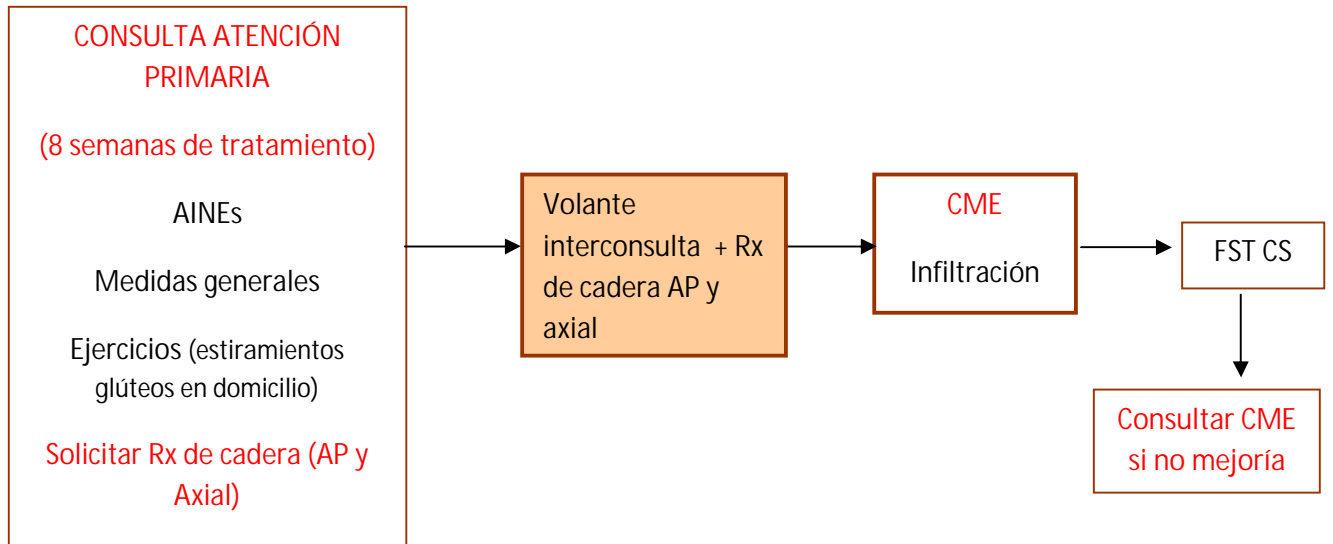
Abducción y oposición del pulgar y el índice. Maniobra de Phalen positiva.



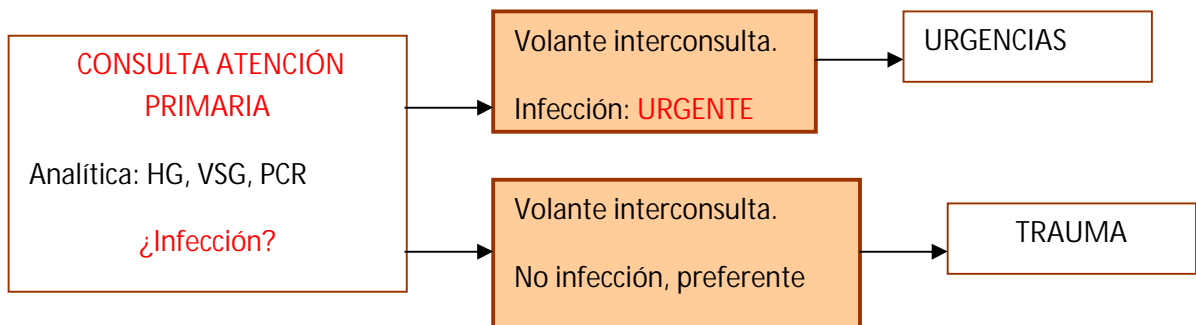
(*)Desde A. Primaria se puede solicitar EMG, por medio de volante interconsulta a Hospital Valdecilla, servicio de Neurofisiología.

CADERA

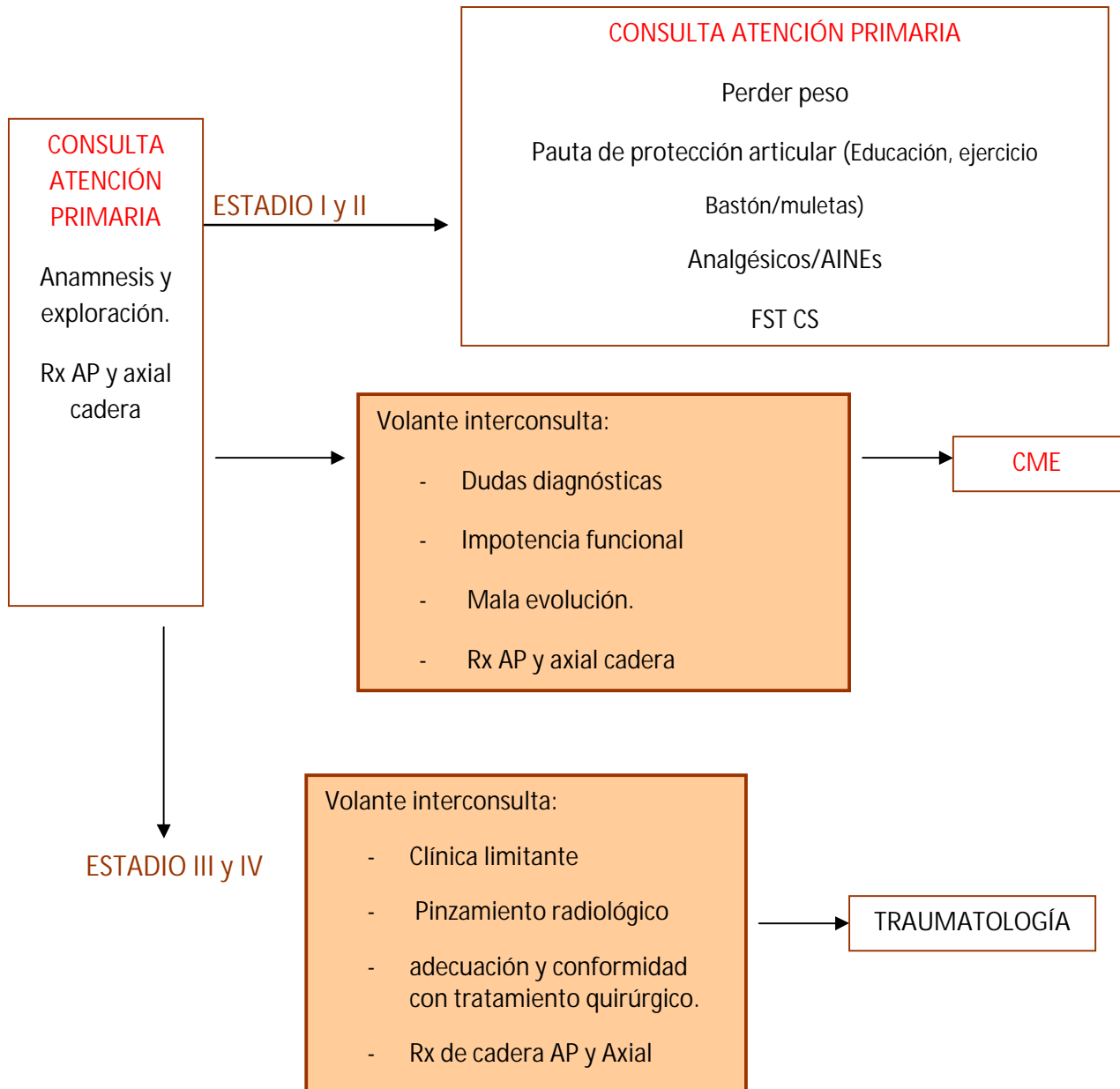
DOLOR EN REGIÓN TROCANTEREA: Dolor en cara lateral de la cadera. Dolor que aumenta a la presión al acostarse sobre el lado afecto. En algunos casos dolor con la abducción resistida de la cadera.



DOLOR CADERA OPERADA

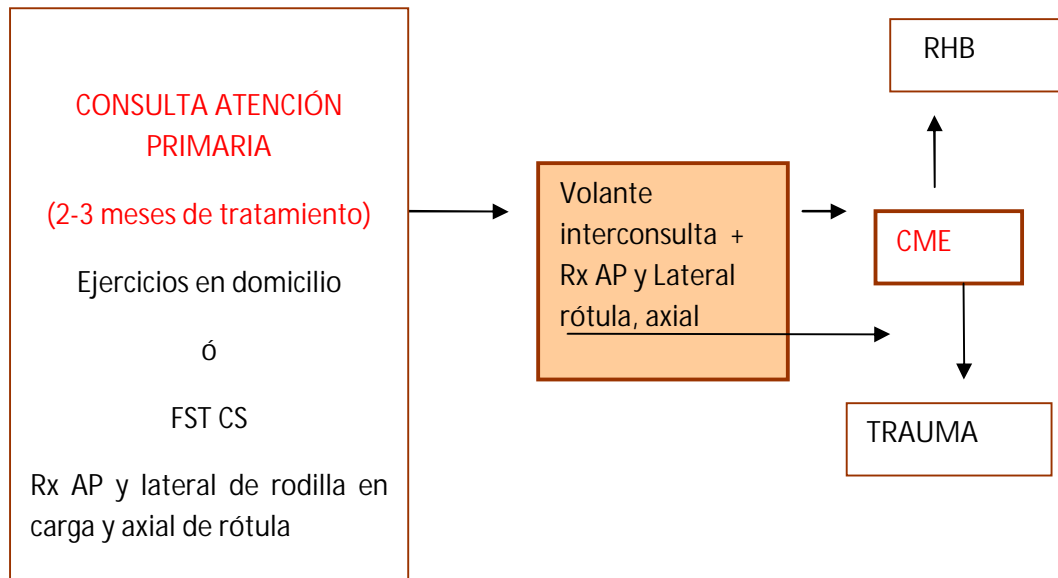


COXARTROSIS: dolor ingle, nalga y cara lateral del muslo irradiado por cara anterior del muslo.

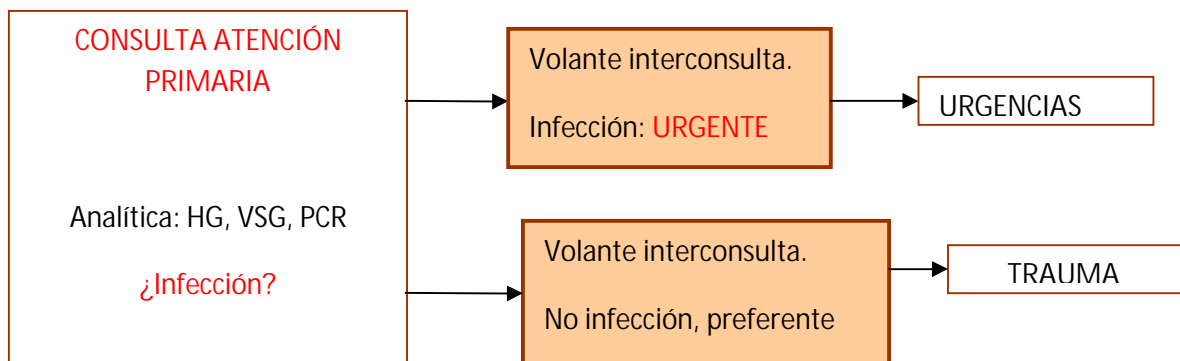


RODILLA

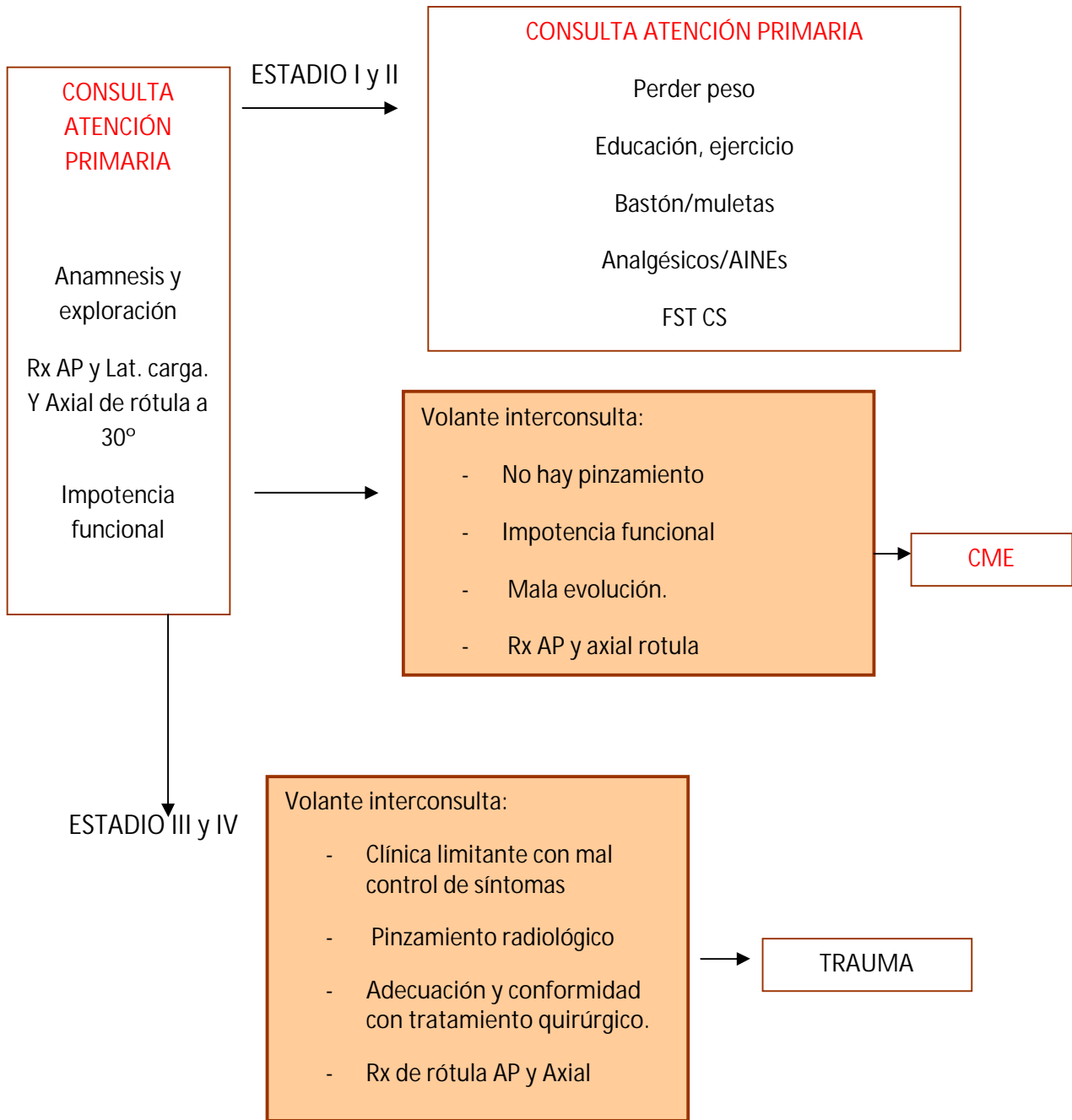
SD. FEMOROPATELAR: Dolor en la parte anterior de la rodilla.



DOLOR RODILLA OPERADA



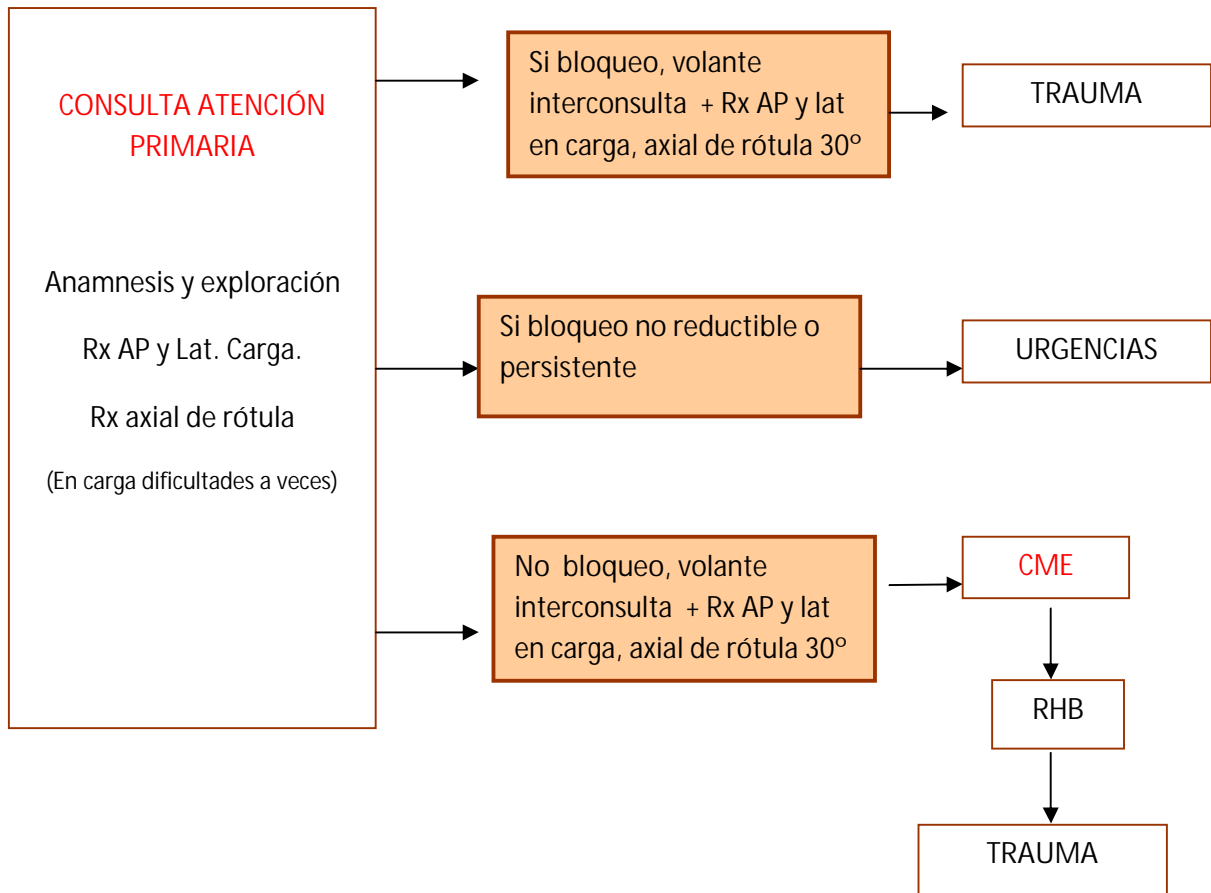
GONARTROSIS: Dolor mecánico, aumenta al caminar, al subir y bajar escaleras.



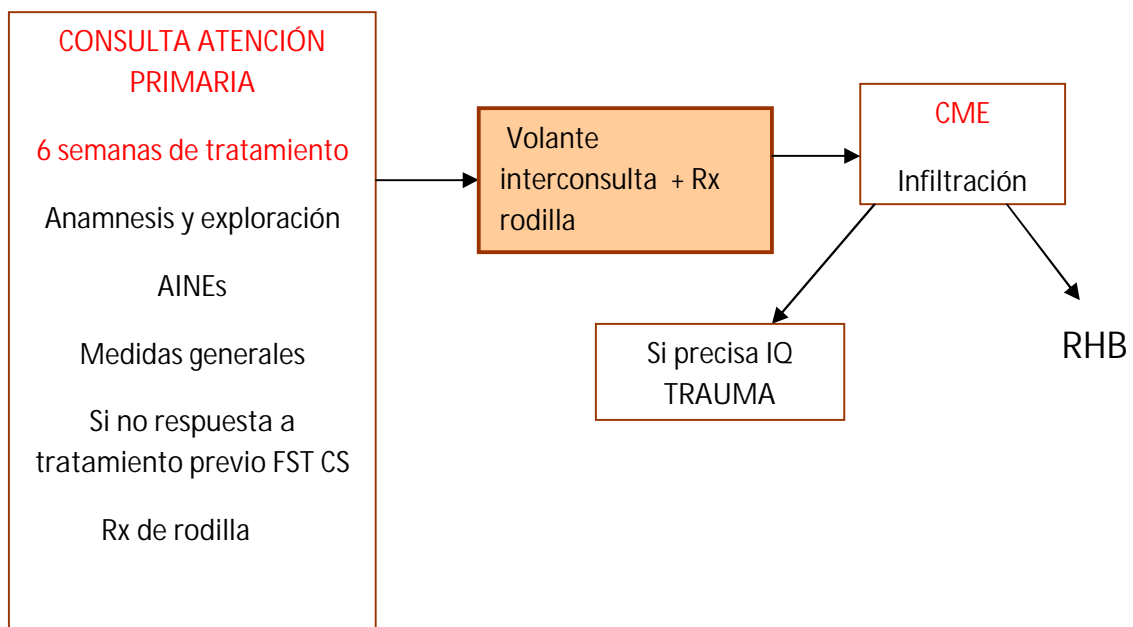
MENISCOPATIA > 50 AÑOS

- Menisco enfermo dentro del contexto de gonartrosis (>50 años)
- Tratamiento de la artrosis (menisco no quirúrgico salvo bloqueo persistente/intermitente)

MENISCOPATÍA < 50 AÑOS

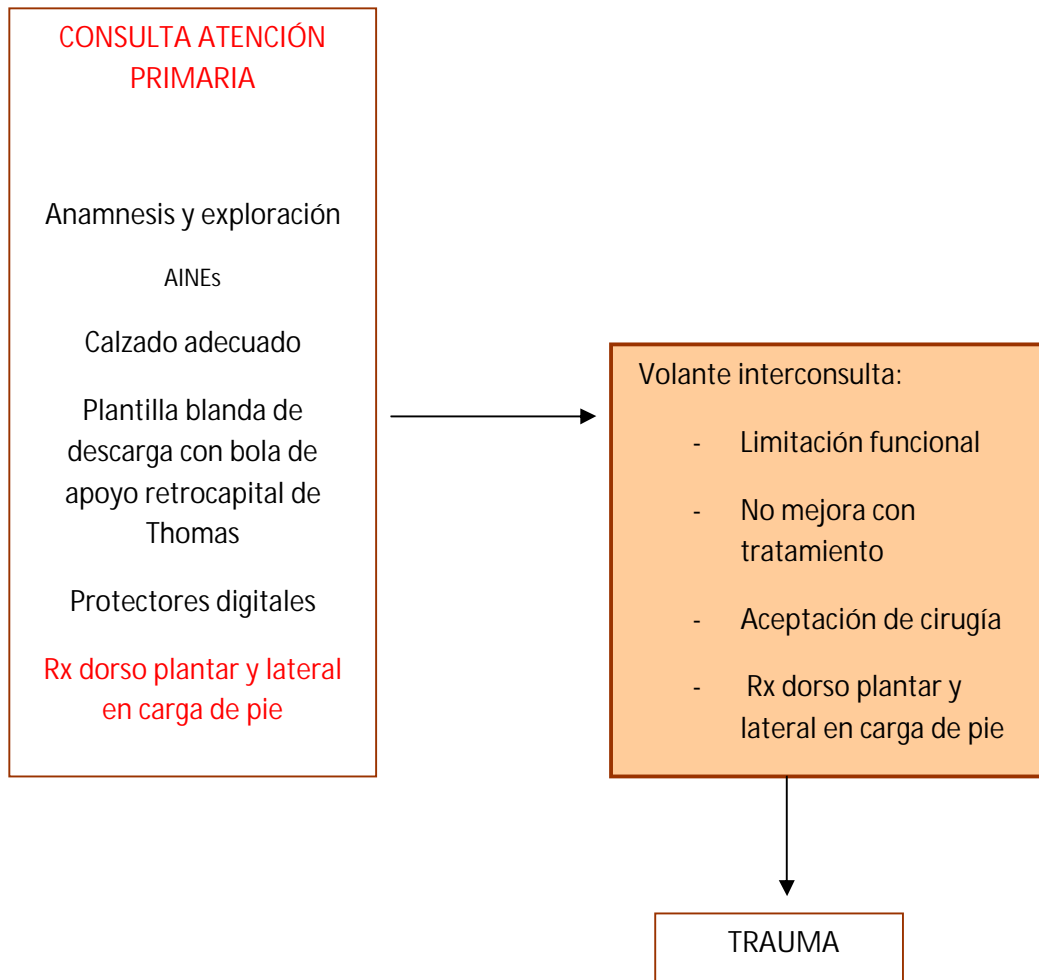


BURSITIS ANSERINA. TENDINITIS DE LA PATA DE GANSO: Inserción tendones de la pata de ganso. Dolor delimitado en cara interna de rodilla por debajo de la interlínea, asociada a obesidad, artrosis y trastornos de la alineación.

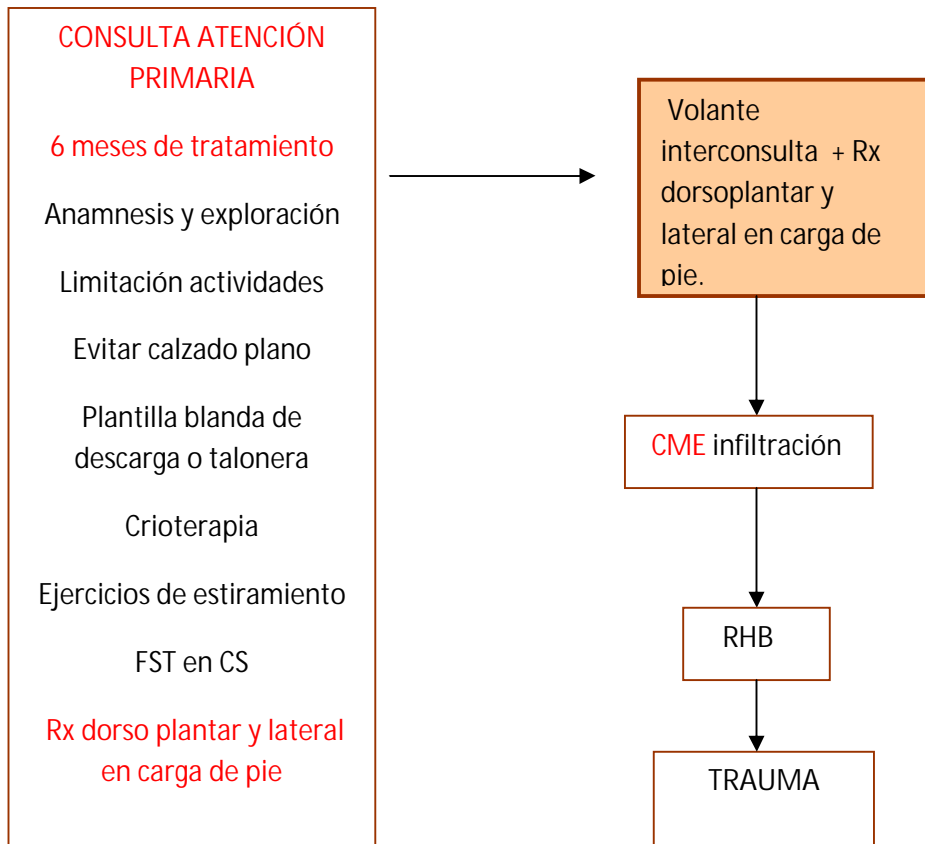


PIE

HALLUX VALGUS: Desviación en varo del 1º MT y en valgo de la 1ª falange, secundariamente 2º dedo en garra. En fases avanzadas, dolor local y alteraciones de la marcha.

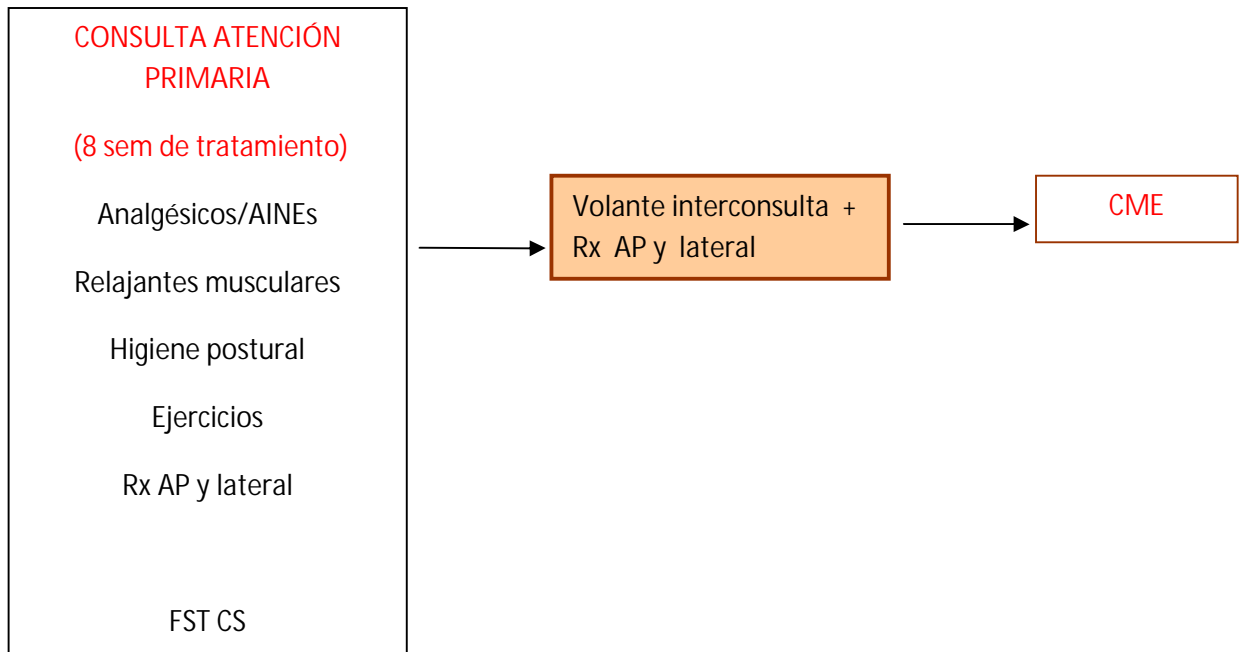


FASCITIS PLANTAR

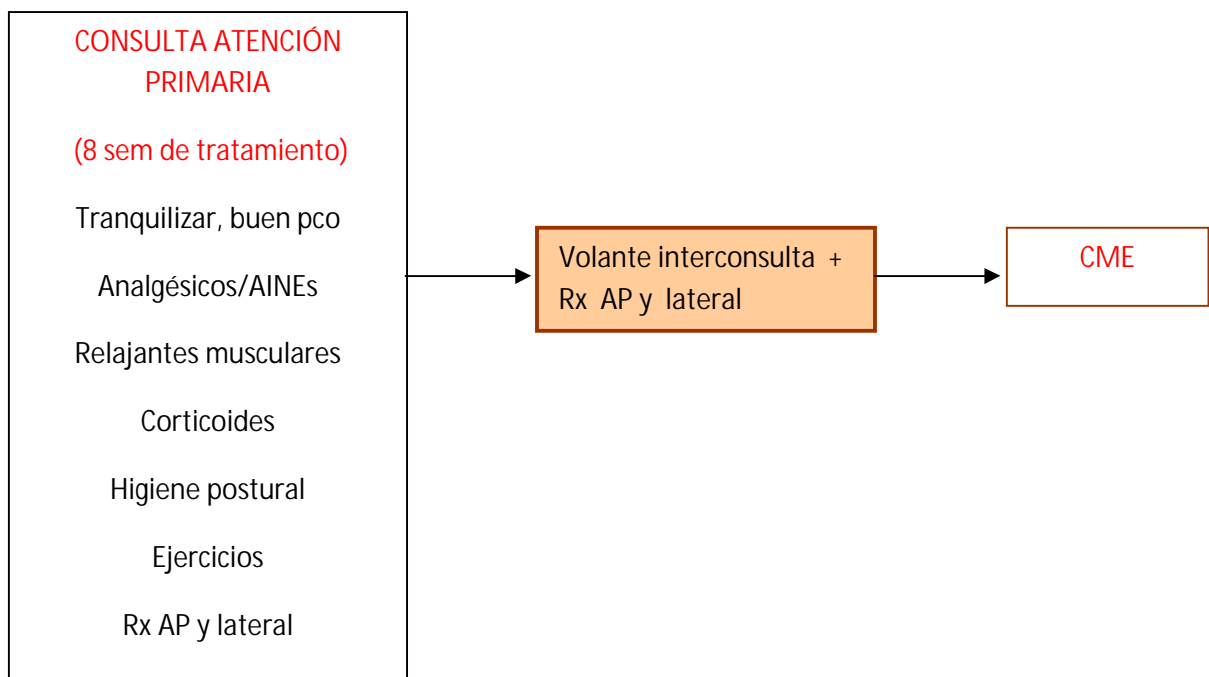


COLUMNA CERVICAL

CERVICALGIA: Secundario a cambios estructurales (artrosis) o estrés repetitivo. Dolor lateral o posterior irradiado a escápula y hombro.



CERVICOBRAQUIALGIA SIN DÉFICIT NRL: Dolor y limitación movilidad.

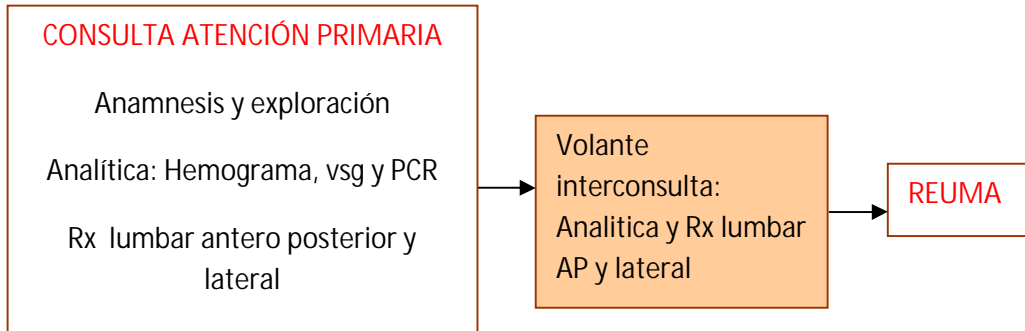


CERVICOBRAQUIALGIA CON DÉFICIT NRL → URGENCIAS

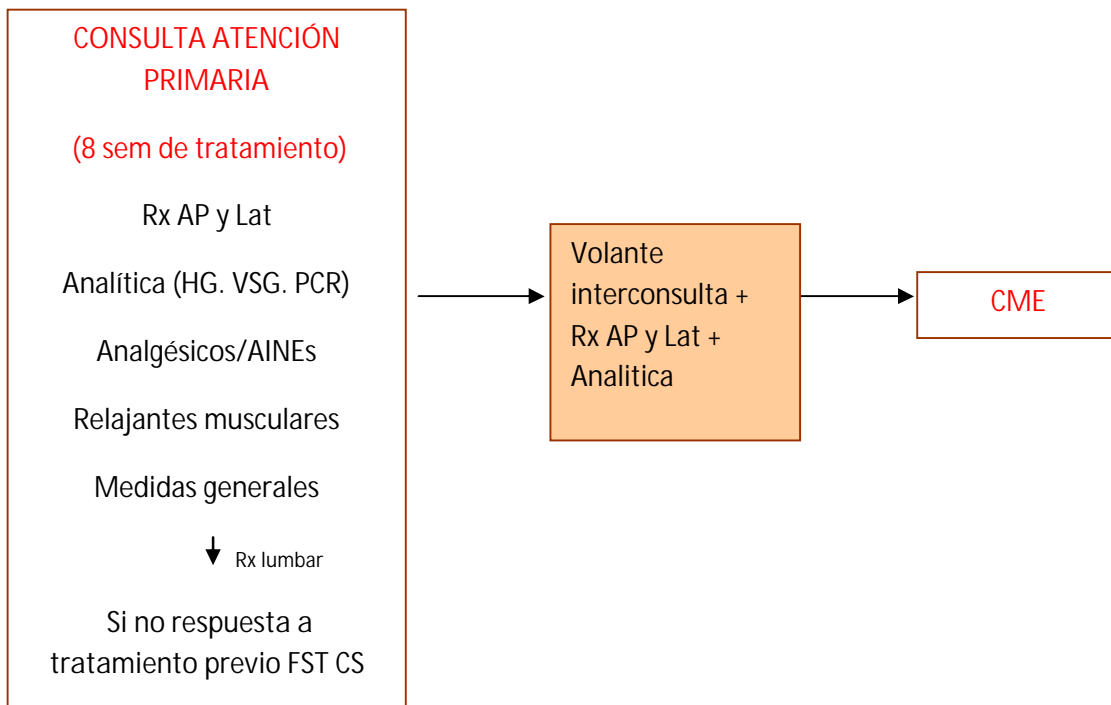
COLUMNA LUMBAR (Anexo I: Criterios de riesgo)

LUMBALGIA + fiebre/traumatismo → URGENCIAS

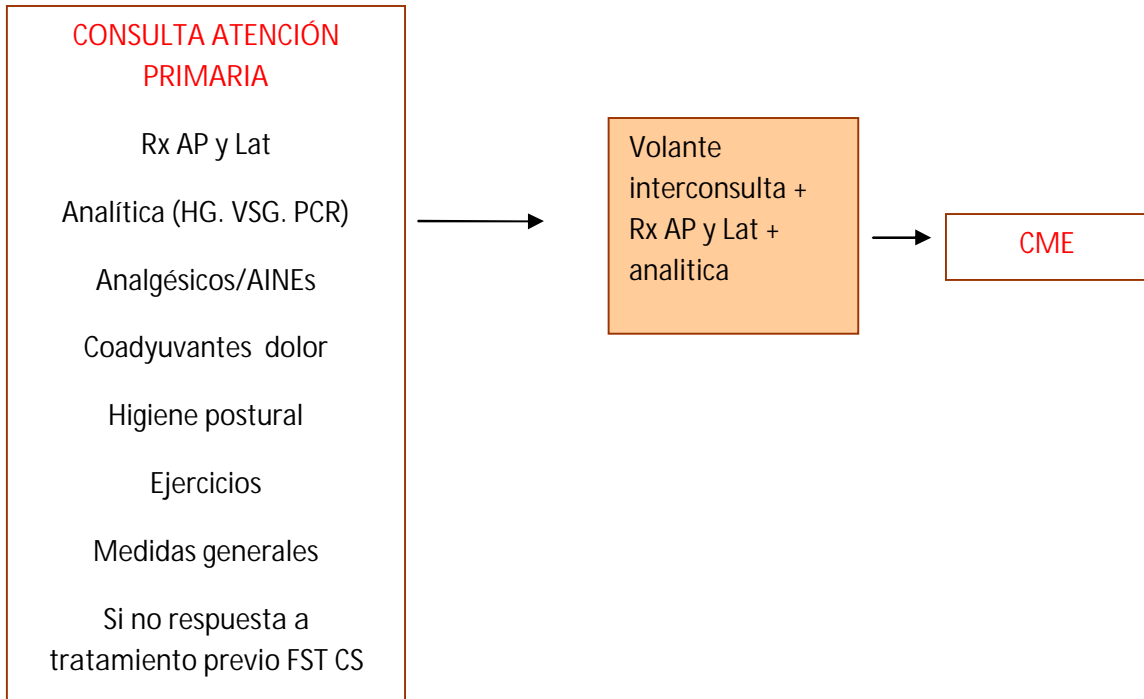
LUMBALGIA INFLAMATORIA o LUMBALGIA CON CRITERIOS DE RIESGO



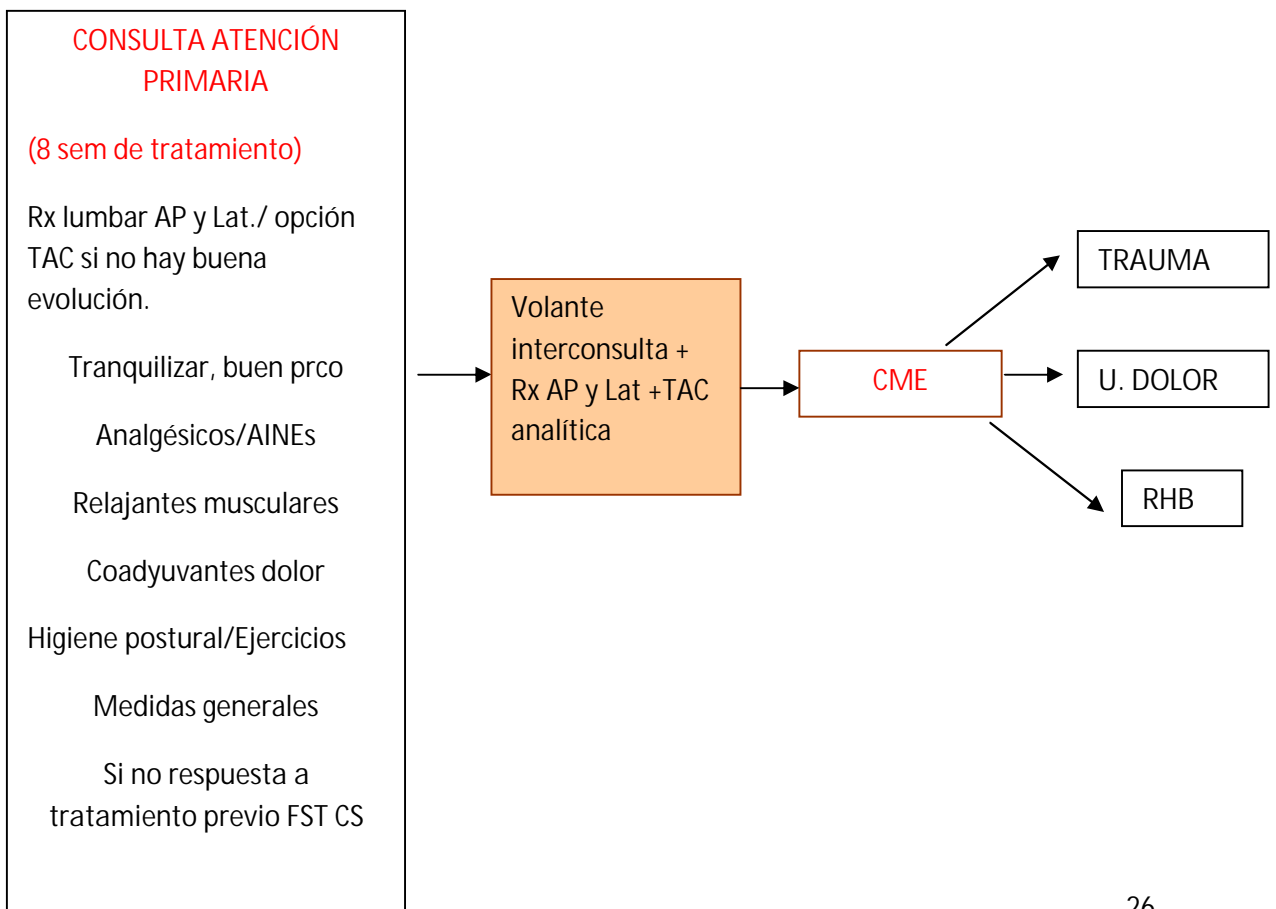
LUMBALGIA AGUDA: Dolor agudo Unilateral o bilateral con posible irradiación a nalga o muslo posterior.



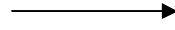
LUMBALGIA CRÓNICA: dolor de más de 6 meses de evolución con probable irradiación a nalga.



LUMBOCIÁTICA SIN DÉFICIT NRL



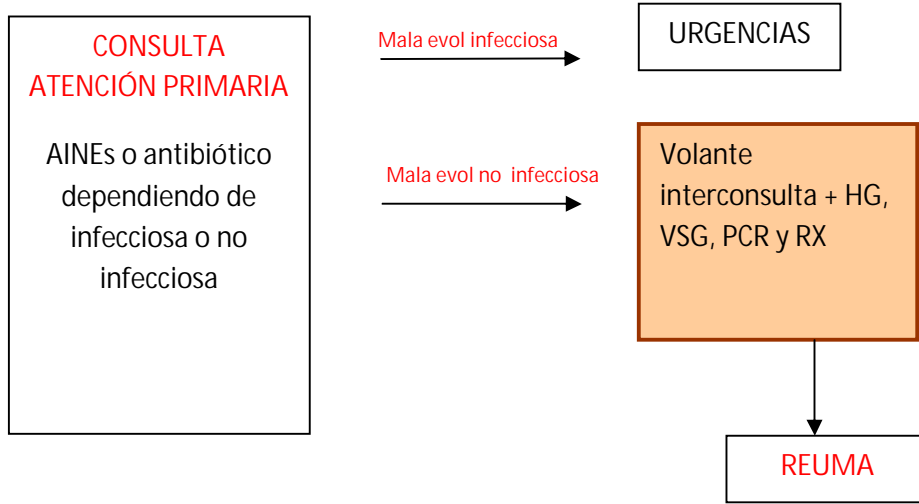
LUMBOCIÁTICA CON DÉFICIT NRL



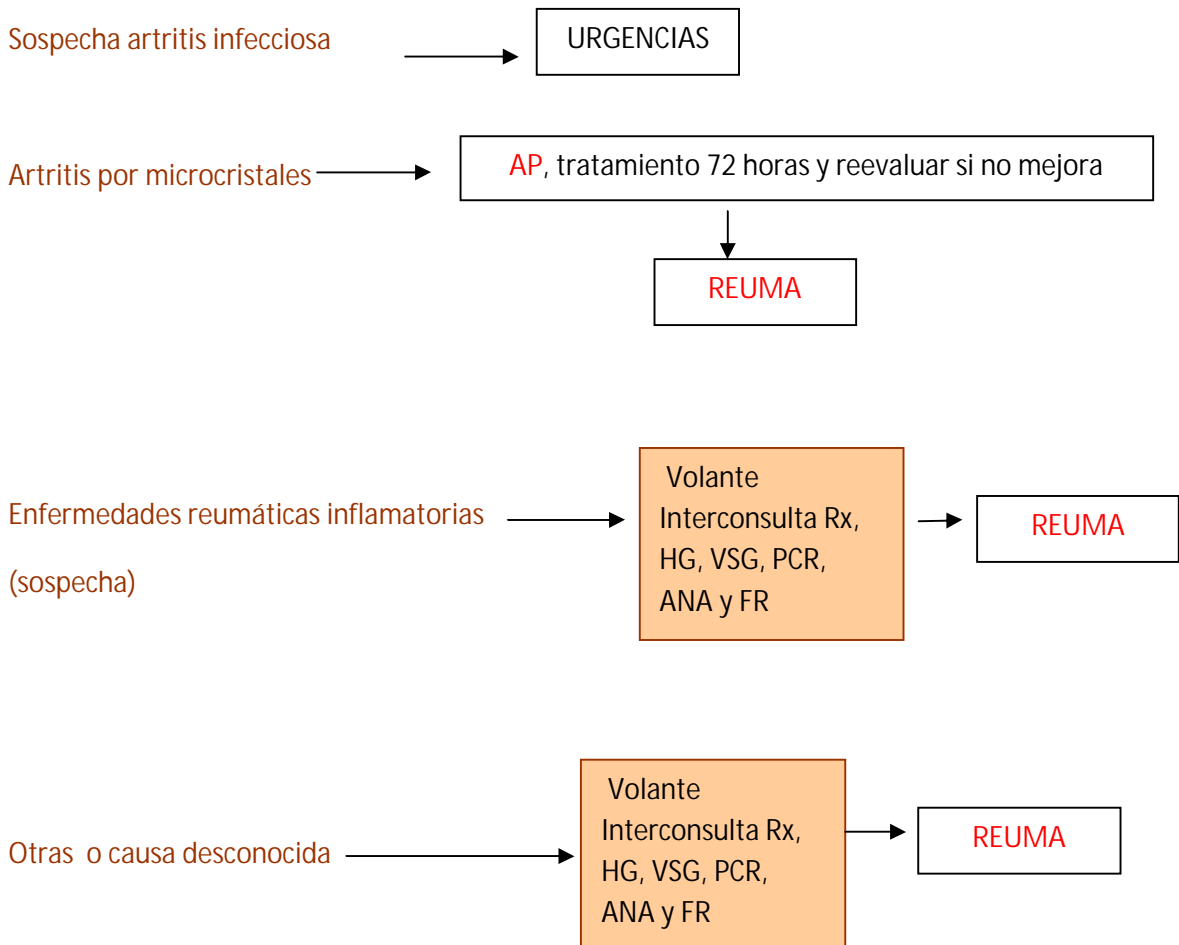
URGENCIAS

ARTRITIS/ENF. INFLAMATORIAS REUMATICAS

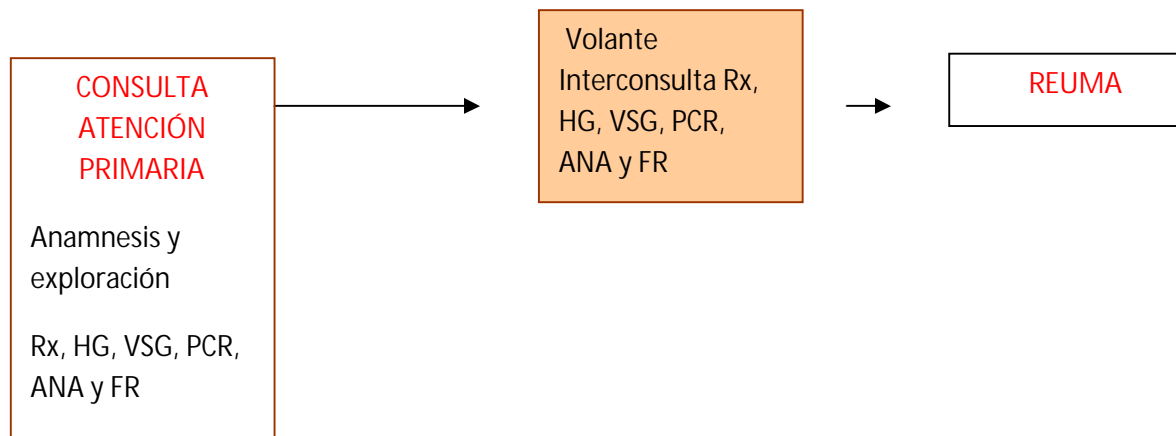
BURSITIS



ARTRITIS AGUDA y CRÓNICAS



SOSPECHA ENFERMEDAD REUMÁTICA INFLAMATORIA,



ANEXO I: CRITERIOS DE RIESGO LUMBALGIA

LUMBALGIA

- Se presenta antes de los 20 años o después de los 55 años, por vez primera.
- Trauma violento; ejemplo, caída de altura.
- Dolor no mecánico, constante y progresivo.
- Dolor torácico conjunto.
- Antecedentes de cáncer, uso de esteroides sistémico, VIH,
- Pérdida de peso-Síndrome general
- Restricción severa de la flexión lumbar.
- Signos y síntomas neurológicos extensos.
- Deformidad estructural.

Síndrome de cauda equina/desorden neurológico extenso.

- Dificultad para la micción y/o Pérdida de tono del esfínter anal o incontinencia fecal.
- Anestesia súbita alrededor del ano, periné o genitales.
- Déficit motor progresivo (> de un nervio) en las piernas, o alteraciones en la marcha.
- Nivel sensitivo.

Enfermedad Inflamatoria (espondilitis anquilosante y enfermedades relacionadas).

- Inicio gradual antes de los 40 años.
- Rigidez matinal marcada.
- Limitaciones persistentes del movimiento lumbar en todas sus direcciones.
- Afección de articulaciones periféricas.
- Iritis, dermatosis (psoriasis), colitis, uretritis.
- Historia familiar.