

## ***GESTIÓN COORDINADA DE PROCESOS ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y TRAUMATOLOGÍA***



***MARZO 2016***

## **INTRODUCCIÓN.-**

Son múltiples los estudios que confirman que los problemas de salud que podríamos englobar como “osteo-articulares” constituyen uno de los principales motivos de consulta en atención primaria. Asimismo, la capacidad de resolución es considerada como una de las características fundamentales de la atención primaria y se relaciona claramente con la calidad asistencial.

Debido a lo anteriormente expuesto, la Gerencia del Área de salud de Badajoz, dado el importante volumen de patología traumatológica y el elevado número de consultas médicas que genera (tanto en el primer como en el segundo nivel asistencial); se planteó la necesidad de dotar a los profesionales de herramientas que permitan el abordaje de esta situación compleja. Como consecuencia de ello se ha elaborado el presente documento para coordinar de forma adecuada, el manejo de los principales problemas de salud traumatológicos, susceptibles de tratamiento quirúrgico, mejorar la gestión de los mismos, optimizar los recursos médicos, minimizar, en la medida de lo posible, los tiempos de espera del usuario y en definitiva, ofrecer una asistencia sanitaria de la mayor calidad posible.

Este documento de consenso, es el resultado del trabajo realizado por diversos profesionales en representación de los diferentes servicios implicados.

## **GRUPO TÉCNICO DE COORDINACIÓN.-**

Irene Manjón de la Calle (Directora Asistencial ).

Ignacio Maynar Mariño (Director Médico Atención Primaria).

Eduardo Jiménez López (Jefe Servicio Admisión CHUB)

Justo Carrasco Jareño (Jefe Servicio Traumatología).

Inés Alejandro Corral (FEA Traumatología).

Juan Antonio Linares Dópido (Coordinador de Equipos Atención Primaria).

Antonio García Concellón (Coordinador EAP San Roque).

Antonio Macías Corbacho (Coordinador EAP Suerte Saavedra).

José María Abejas Juárez (Coordinador EAP Santa Marta de los Barros).

María José Carretero Corrales (Coordinadora EAP La Roca de la Sierra).

## ***NORMAS GENERALES PARA ATENCIÓN PRIMARIA.-***

Las órdenes clínicas enviadas desde atención primaria, quedarán en un “buzón” pendientes de valoración por traumatología. En dicho “buzón” permanecerán un máximo de 10 días. Una vez valoradas se procederá a la citación correspondiente y se rechazarán las derivaciones que no se ajusten a los criterios establecidos que veremos a continuación. En ese caso se especificarán los motivos del citado rechazo.

A esta información tendrán acceso tanto el médico de familia solicitante como la Dirección Médica de Atención Primaria, la cual evaluará, periódicamente, el grado de cumplimiento del presente documento.

Toda orden clínica debe incluir: resumen del motivo de consulta, exploración física incluyendo IMC, pruebas complementarias realizadas, diagnóstico de presunción, tratamientos prescritos y listado actualizado de problemas de salud y tratamientos crónicos del paciente.

Ante la sospecha de patología osteoarticular, la orden clínica, irá acompañada de una radiografía de la región afecta, la cual en el caso de patología degenerativa será tanto de la articulación afectada como de la contralateral y siempre en carga. En aquellos centros de salud que dispongan de radiografía convencional (no digitalizada en Centricity), se hará constar en la orden clínica y se entregará al paciente para que acuda con ella el día de la cita.

En el caso de patología degenerativa (artrosis de rodillas, cadera.....) no se deberán remitir pacientes que presenten patología concomitante o afectación de estado general que contraindique la cirugía.

En casos complejos o de difícil valoración se podrá contactar con el servicio de traumatología mediante el correo electrónico: [traumatologia.hifc@salud-juntaex.es](mailto:traumatologia.hifc@salud-juntaex.es) (siempre habrá que utilizar correos institucionales).

En el caso específico de la patología degenerativa de columna y miembros inferiores no se remitirán pacientes con IMC superiores a 35. La obesidad es una contraindicación de la cirugía contrastada científicamente y provoca un aumento importante de la comorbilidad. Sólomente en el caso de que tras la pérdida significativa de peso, persistan los síntomas podrán ser derivados.

Aquellos pacientes que ya hayan sido valorados por traumatología no deberán ser reenviados nuevamente si no existen cambios importantes en la sintomatología de la patología que originó la valoración.

Los pacientes pendientes de intervención quirúrgica que presenten un empeoramiento importante no se derivarán nuevamente como primera visita. En estos casos se podrá contactar con el servicio de traumatología en el correo electrónico antes mencionado.

Señalar que el presente documento será igualmente válido para el sistema de Telemedicina, salvo en aquellos casos que figuren como excluidos.

Ver Anexo 1.

## **NORMAS GENERALES PARA TRAUMATOLOGÍA Y/O**

### **ADMISIÓN.-**

Todos los pacientes tras la valoración por el servicio de traumatología, tendrán un informe en JARA donde constará: Juicio clínico, tratamiento, seguimiento o alta.

En el caso de que el paciente precise seguimiento, se le asignará una cita de revisión por parte del servicio de traumatología y/o admisión. También se le citará (desde esos servicios) para las pruebas diagnósticas que precise. En caso de modificación posterior de dichas citas, éstas serán asumidas por los citados servicios y en ningún caso por atención primaria.

Los tratamientos farmacológicos prescritos serán realizados por parte del traumatólogo/a que valore al paciente.

En caso de que durante la asistencia por traumatología, se crea conveniente la valoración por otro servicio hospitalario; esta solicitud, mediante orden clínica de derivación, deberá ser realizada por traumatología y no enviar al paciente a atención primaria para solicitar la misma.

Se realizará una evaluación periódica de los informes de los pacientes atendidos en traumatología. En caso de no reunir los criterios antes mencionados, se pondrá en conocimiento del Jefe de Servicio de Traumatología, Dirección Médica de Atención Primaria y Dirección Asistencial.

Cuando el médico de familia solicite información sobre el proceso de IT (baja laboral); desde traumatología se emitirá informe con tiempos previstos, limitaciones físicas etc para facilitar el control de dichos procesos.

Una vez que el paciente sea incluido en lista de espera quirúrgica, el servicio de admisión informará al paciente de todo lo referente a dicho procedimiento así como de aquellas cuestiones frecuentes que suelen plantearsele.

Ver Anexo 1.

## **CARTERA DE SERVICIOS.-**

### **1. PATOLOGÍA DEGENERATIVA:**

1.1 Gonalgias.

1.2 Coxalgias.

1.3 Raquialgias.

### **2. PATOLOGÍA DE MIEMBROS SUPERIORES:**

2.1 Síndrome del túnel carpiano.

2.2 Síndrome del hombro doloroso.

2.3 Dedo en resorte.

### **3. PATOLOGÍA DEL PIE:**

3.1 Halluxvalgus.

3.2 Metatarsalgias.

### **4. TENDINOPATÍAS Y OTRAS PATOLOGÍAS INFLAMATORIAS:**

4.1 Fascitis plantar.

4.2 Hiperostosis del calcáneo.

4.3 Epicondilitis.

4.4 Epitrocleititis.

4.5 Troconteritis.

4.6 Tenosinovitis de DeQuervain.

4.7 Otras patologías similares.

## **1) PATOLOGÍA DEGENERATIVA.-**

### **1.1 GONALGIA.-**

#### **- Criterios de derivación:**

Artrosis sintomática, con dolor y limitación funcional progresiva para actividades de la vida diaria, que no responde a tratamiento médico.

Aceptación por parte del paciente de un posible tratamiento quirúrgico.

#### **- Criterios de exclusión:**

IMC superior a 35, patología concomitante y/o afectación del estado general que contraindique intervención quirúrgica.

#### **- Pruebas complementarias:**

Radiografía PA y lateral de ambas rodillas en carga.

### **1.2 COXALGIA.-**

#### **- Criterios de derivación:**

Artrosis sintomática, con dolor y limitación funcional progresiva para actividades de la vida diaria, que no responde a tratamiento médico.

Aceptación por parte del paciente de un posible tratamiento quirúrgico.

#### **- Criterios de exclusión:**

IMC superior a 35, patología concomitante y/o afectación del estado general que contraindique intervención quirúrgica.

#### **- Pruebas complementarias:**

Radiografía PA de pelvis en bipedestación, radiografía PA y axial de la cadera afecta.



### 1.3 RAQUIALGIA (I).-

De forma general se seguirán las indicaciones del protocolo “Patología del Aparato Locomotor” vigente en la actualidad. Salvo aquellas situaciones que presenten **signos de alarma**:

- Menor de 18 años o primer episodio agudo en mayores de 55 años.
- Traumatismo moderado-intenso, con diagnóstico o sospecha de osteoporosis, o corticoterapia prolongada.
- Signos de malignidad/síndrome constitucional o enfermedad sistémica grave.
- Fiebre, inmunodepresión, ADVP.
- Déficit neurológico.

En estos casos, se derivará según patología de sospecha y se acompañará de las siguientes pruebas complementarias:

Radiografía PA y lateral, en carga, de columna.

Análítica que incluya: hemograma, VSG y PCR.

### 1.4 RAQUIALGIA (II).-

#### - Criterios de derivación:

Espondiloartrosis con cuadro clínico moderado-severo, de dolor que no cede a tratamiento médico y rehabilitador durante al menos 3 meses. En aquellos casos con sospecha de afectación neurológica crónica, es recomendable que el estudio radiológico se acompañe de un estudio electrofisiológico de la región afectada.

Ante la presencia de espondiloartrosis y compresión del canal medular con síndrome de cola de caballo se procederá a la **derivación urgente a traumatología**.

Espondilolistesis postraumática o degenerativa lumbar.

Síndrome de canal estrecho segmentario lumbar.

Escoliosis lumbares degenerativas, progresivas del adulto.

Deformidades postraumáticas de columna lumbar.

Sospecha de patología ósea tumoral.

**- Criterios de exclusión:**

Lumbalgia mecánica, no irradiada, sin signos de inestabilidad radiológica (escoliosis o listesis).

Cervicobraquialgia crónica, deberá ser valorada por el servicio de rehabilitación, salvo presencia de déficit neurológico objetivado mediante estudio electrofisiológico, en cuyo caso se derivará a neurocirugía.

**- Pruebas complementarias:**

Radiografía PA y lateral, en carga, de columna.

## **2) PATOLOGÍA DE MIEMBROS SUPERIORES.-**

### **2.1 SÍNDROME DEL TUNEL CARPIANO.-**

**- Criterios de derivación:**

EMG/ENG con afectación moderada-severa.

Déficit sensitivo o motor ( atrofia eminencia tenar ) establecidos.

Lesiones ocupantes de espacio que requieran intervención quirúrgica.

Síntomas progresivos, severos de al menos doce meses de evolución.

**- Criterios de exclusión:**

Síntomas leves moderados. En estos casos se instaurará tratamiento sintomático, medidas de higiene postural y férulas nocturnas con posición funcional de la muñeca.

**- Pruebas complementarias:**

Estudio de electrofisiología.

### **2.2 SÍNDROME DE HOMBRO DOLOROSO.-**

De forma general se seguirán las indicaciones del protocolo “Patología del Aparato Locomotor” vigente en la actualidad.

**- Criterios de derivación:**

Sospecha de patología infecciosa, luxación, fractura o rotura del manguito de los rotadores.

**- Pruebas complementarias:**

Radiografía PA y axial de hombro afecto.

**2.3 DEDO EN RESORTE.-**

**- Criterios de derivación:**

Bloqueo no reducible (envío preferente).

No derivar mediante Telemedicina.

Presencia de resalte sin bloqueo que no ha respondido a tratamiento con dos infiltraciones (en el caso de que el médico de familia las realice) y/o tratamiento fisioterapia/rehabilitador.

**3) PATOLOGÍA DEL PIE:**

**3.1 HALLUX VALGUS.-**

**- Criterios de derivación:**

Deformidad evidente, imposibilidad para utilizar calzado normal, dolor intenso (no criterios estéticos).

**- Pruebas complementarias:**

Radiografía PA y lateral de ambos pies en carga.

**3.2 METATARSALGIA.-**

**- Criterios de derivación:**

Clínica importante de dolor, que no responde tras al menos tres meses de tratamiento con plantillas semirrígidas de descarga metatarsal (barra de apoyo retrocapital).

**- Pruebas complementarias:**

Radiografía PA y lateral de ambos pies en carga.

#### **4) TENDINOPATÍAS Y OTRAS PATOLOGÍAS INFLAMATORIAS.-**

Fascitis plantar, hiperostosis del calcáneo, epicondilitis, epitrocleitis, trocanteritis, tenosinovitis de DeQuervain, tendinitis de la “pata de ganso” y similares.

##### **- Criterios de derivación:**

Ausencia de respuesta a medidas preventivas, tratamiento médico, y sin mejoría tras infiltración (en el caso de que el médico de familia las realice) y/o tratamiento fisioterapia/rehabilitador.

## **EVALUACIÓN.-**

Lógicamente, para valorar la eficacia de las medidas anteriormente consensuadas es necesario una evaluación rigurosa y continuada. Esta información será compartida por todos los estamentos implicados.

Para ello se establecen los siguientes indicadores.

### **1) GRADO DE CUMPLIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA.-**

$$I_1 = a/b$$

a: número de pacientes derivados desde atención primaria que no cumplen criterios.

b: número total de pacientes derivados desde atención primaria.

Se realizará un seguimiento continuado y se informará a todos los servicios implicados.

### **2) GRADO DE CUMPLIMIENTO EN TRAUMATOLOGÍA.-**

$$I_2 = a/b$$

a: número de pacientes valorados en traumatología que no cumplen criterios.

b: número total de pacientes valorados en traumatología.

Se realizará un seguimiento continuado y se informará a todos los servicios implicados.

### **3) IMPACTO SOBRE TIEMPO DE ESPERA PRIMERA VISITA.-**

Se realizarán cortes (al inicio, 3, 6, 9, 12 meses) para valorar la evolución del tiempo de espera para primera cita en traumatología.

### **4) IMPACTO SOBRE TASA DE DERIVACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.-**

Se realizarán cuantificaciones de la tasa de derivación desde atención primaria (al inicio, 3, 6, 9, 12 meses) y comparación con tasas previas a la puesta en funcionamiento del presente documento.