

ÁREA INTEGRADA DE TALAVERA DE LA REINA

# PROTOCOLO DE PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR

ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN HOSPITALARIA

Gerencia del Área Integrada de Talavera

28/10/2022

(Este documento tendrá una validez de seis meses, siendo la siguiente  
revisión en mayo de 2023)

## AUTORES:

- Fernández Crespo, Susana: Subdirectora Enfermería GAI Talavera
- García Durán, Sandra: Coordinadora de Fisioterapia de Atención Primaria
- Gil Granados, Ana Carmen: Coordinadora Centro de Salud Río Tajo. Médico especialista en MFYC
- González Polo, Francisco Javier: Coordinador de Reumatología. FEA Reumatología
- Hernando Mayor, Ana M<sup>a</sup>: Jefa de Servicio de Rehabilitación. FEA Medicina Física y Rehabilitación
- Labrador García, M<sup>a</sup> Salobar: Coordinadora en funciones Centro de Salud Algodonera. Médico especialista en MFYC
- Loarte Pérez, Isabel: Responsable de Fisioterapia hospitalaria
- López Arteaga, Teresa: Directora Médico GAI Talavera
- Magaña Loarte, José Enrique: Coordinador Centro de Salud La Estación. Médico especialista en MFYC
- Merino Segovia, Rocío: Subdirectora Médico GAI Talavera
- Montes Vergara , Carlos: Jefe de Sección de Cirugía Ortopédica y Traumatología. FEA Traumatología
- Ortiz Muñoz, Elena: Jefa de Servicio de Urgencias
- Rodríguez Pinto, Yoselvi Alexandra: Coordinadora de Unidad de Dolor del SART. FEA Anestesia y Reanimación.
- Santamaría Rodríguez, Teresa: Coordinadora Centro de Salud Talavera Centro. Médico especialista en MFYC

## ÍNDICE:

- **PATOLOGIA DEL APARATO LOCOMOTOR. DERIVACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA/HOSPITALARIA.....pag.3**
  - PATOLOGÍA AXIAL.....pag. 4
  - PATOLOGÍA PERIFÉRICA.....pag. 5
  - OSTEOPOROSIS Y PATOLOGÍA METABÓLICA ÓSEA.....pag. 6
  - PATOLOGÍAS INFLAMATORIAS, AUTOINMUNES Y SISTÉMICAS.....pag. 6
  - VALORACIÓN DE FIBROMIALGIA.....pag.6
  - PATOLOGÍA ORTOPÉDICA.....pag. 7
  - PATOLOGIA TRAUMATICA RAQUIDEA O DE EXTREMIDADES.....pag. 7
  
- **RNM.....pag. 8**
  - CÓMO PROCEDER.....pag. 8
  - CRITERIOS DE SOLICITUD DE RNM DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.....pag. 11
  - RESULTADO RNM.....pag. 15
  - ÍTEMS QUE DEBEN CONSTAR EN EL INFORME DE RNM.....pag. 16
  
- **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE PATOLOGÍA MÁS PREVALENTE.....pag 17**
  
- **CARTERA DE PROCESOS EN PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR.....pag 18**
  
- **ANEXOS**
  - 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE RNM.....pag.24
  - 2. RESUMEN DE PATOLOGÍAS SEGÚN ESPECIALIDADES.....pag.29

# PATOLOGIA DEL APARATO LOCOMOTOR.

## DERIVACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA/HOSPITALARIA

### OBJETIVO

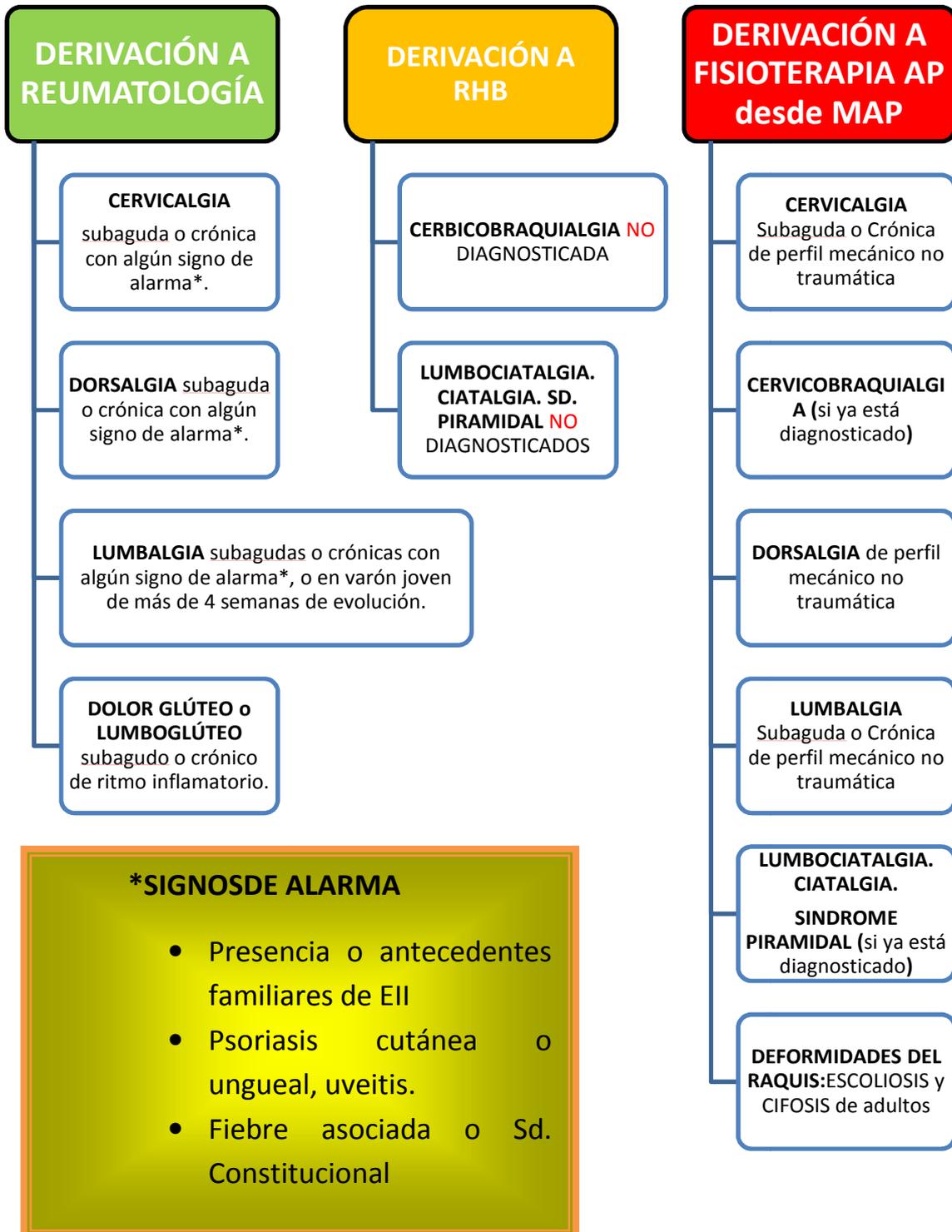
El objetivo principal de este documento es el abordaje de todas aquellas patologías del aparato locomotor que generan dolor, disfunción, e incapacidad funcional y que afecta a la calidad de vida diaria del paciente.

### ATENCIÓN PRIMARIA/HOSPITALARIA.

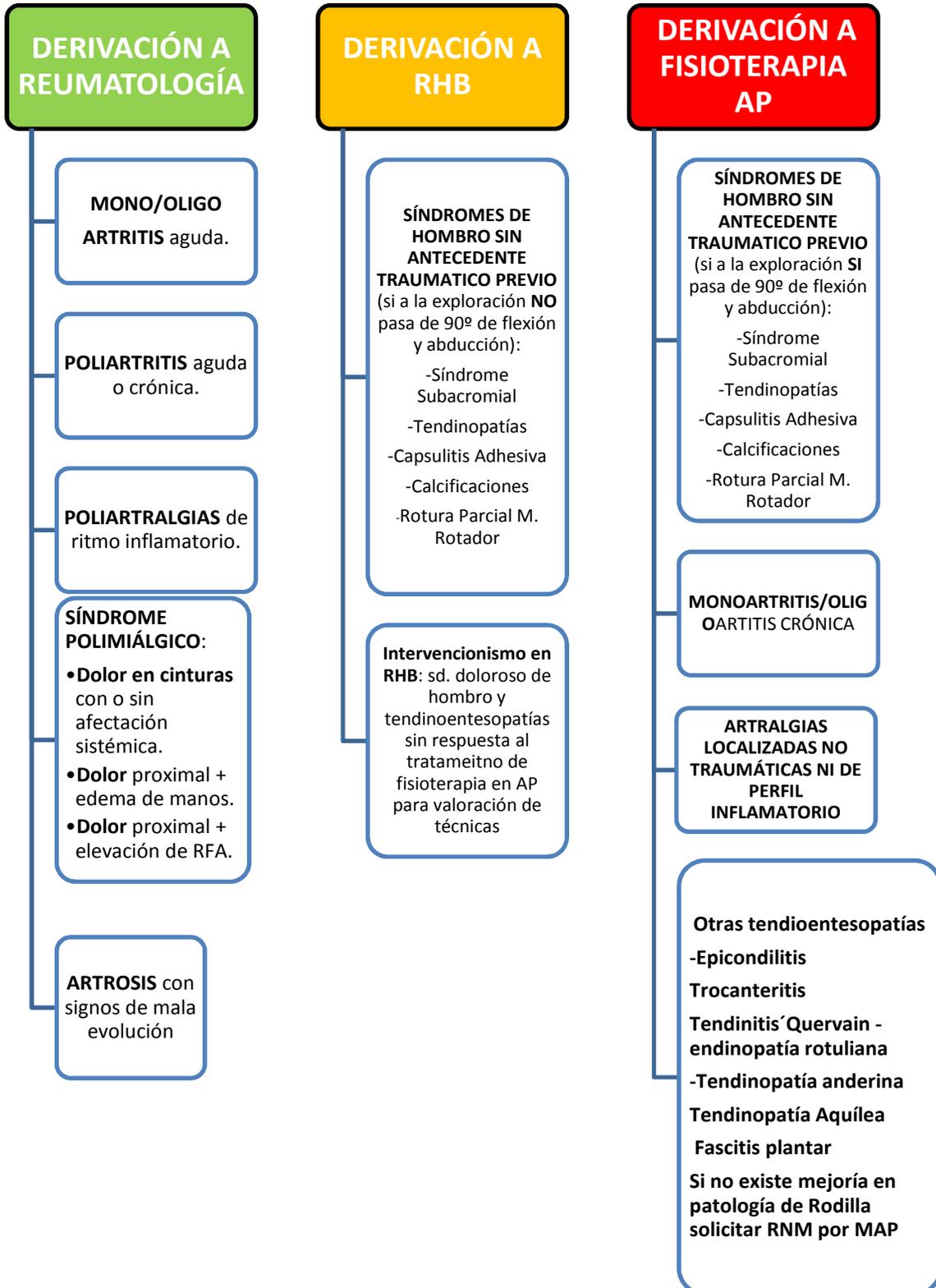
#### Requisitos para una correcta derivación:

- Breve historia clínica con motivo de derivación, descripción del cuadro clínico y sus características, tiempo de evolución y tratamientos realizados.
- Estudio analítico básico con Hemograma, Bioquímica básica, VSG, PCR y FR.
- Estudio radiológico del área afectada y, si es poliarticular, de manos y pies bilateral. No se solicitará estudio radiológico en la patología de columna (escoliosis y cifosis) Infanto-juvenil (0-16 años).

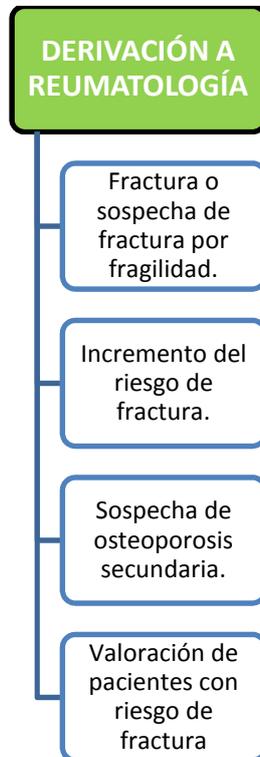
## 1. PATOLOGÍA AXIAL



## 2. PATOLOGÍA PERIFÉRICA



### 3. OSTEOPOROSIS Y PATOLOGÍA METABÓLICA ÓSEA



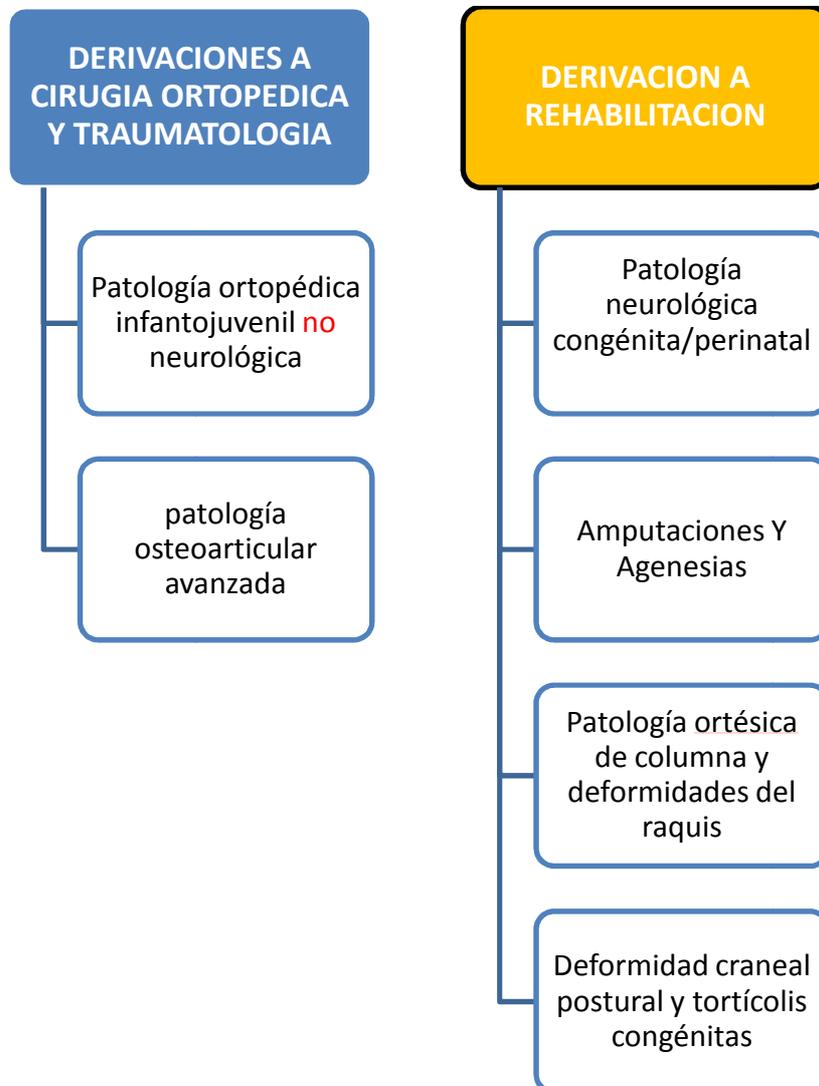
### 4. PATOLOGÍAS INFLAMATORIAS, AUTOINMUNES Y SISTÉMICAS

- DERIVACION A REUMATOLOGIA

### 5. VALORACIÓN DE FIBROMIALGIA

- DERIVACION A REUMATOLOGIA

## 6.- PATOLOGIA ORTOPEDICA



## 7.- PATOLOGIA TRAUMATICA RAQUIDEA O DE EXTREMIDADES.

### ➤ DERIVACIONES A CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

# RESONANCIA MAGNÉTICA

## OBSERVACIONES

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS	CONTRAINDICACIONES RELATIVAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marcapasos cardiacos Y DAI no compatibles con Resonancia. Electrodoos cardiacos o cerebrales.</li> <li>• Dispositivos electrónicos implantados (neuroestimuladores, bombas de infusión, prótesis de oídos).</li> <li>• Objetos metálicos en el ojo (bien por operaciones o accidentes, virutas o fragmentos metálicos).</li> <li>• Fragmentos metálicos (placas, tornillos, metralla, etc).*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clips vasculares (aneurismas).</li> <li>• Stent, filtros intravasculares, válvulas cardiacas artificiales.</li> <li>• Prótesis (pene, articulaciones).</li> <li>• Marcapasos y DAIs compatibles con resonancia.</li> </ul>

\*(Véase que las observaciones difieren de las explicadas en el Anexo 1 (Consentimiento Informado). Es necesario que el paciente advierta de cualquier incidencia antes de la realización de la prueba, pero esto no implica la contraindicación de la misma, salvo en los supuestos explicados).

## CÓMO PROCEDER

### ➤ CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Es necesario la firma por parte del paciente y del médico prescriptor del Consentimiento Informado (Anexo 1).

Se puede acceder al documento de Consentimiento Informado, introduciendo en el buscador de la Intranet "Radiología", y dentro de ese apartado, en la sección "Protocolos. Recomendaciones".

➤ **PREPARACIÓN DEL PACIENTE:**

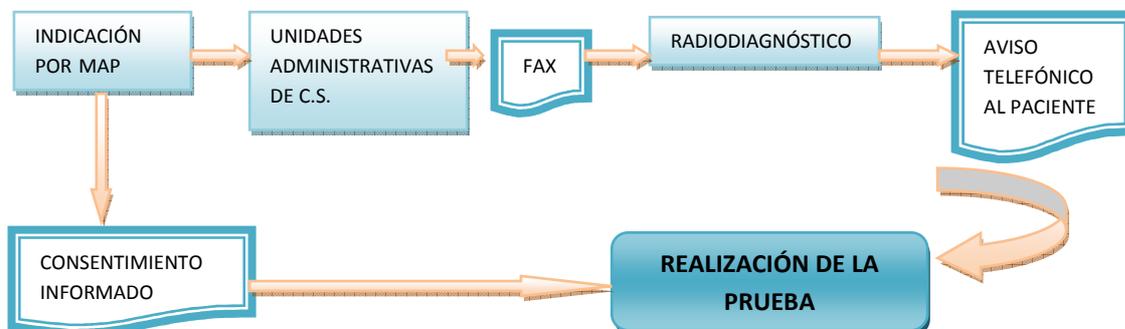
No se precisa de preparación específica, salvo en el caso de que se trate de columna postquirúrgica, para lo cual se requiere ayuno de 3 horas previo a la realización de la prueba, 8 por si fuera preciso la utilización de contraste.

➤ **CITACIÓN:**

Se realizará a través del Servicio de Radiodiagnóstico. Se enviará desde las unidades administrativas de cada centro de salud al Servicio de Radiodiagnóstico, al **nº de Fax: 925824453**, de la misma manera que se procede con las peticiones de TC craneal en la actualidad, o a la **dirección de correo: [secretaria.radiologia.gaita@sescam.jccm.es](mailto:secretaria.radiologia.gaita@sescam.jccm.es)**

**El Servicio de Radiodiagnóstico se encargará de avisar al paciente telefónicamente**, indicándole cómo, cuándo y dónde acudir a la realización de la prueba.

**¡NOTA!** Queda a criterios del Servicio de Radiología, la ampliación del estudio radiológico si así se requiriese.



➤ **RESULTADO DE LA PRUEBA:**

El resultado informado será visualizado a través de **Ykonos** en un periodo aproximado de 15 días tras la realización de la prueba. El informe y la imagen del resultado será valorado por el médico prescriptor. y, en función de la misma, le paciente será derivado a la especialidad correspondiente si procede.

En caso de que el paciente precise de valoración por Reumatología, Rehabilitación o Traumatología, los criterios de derivación serán los incluidos en el Protocolo de Osteomuscular (fecha última actualización 31/3/22) vigente en la actualidad.

TELEFÓNO DE CONTACTO DE RADIOLOGÍA PARA  
INTERCONSULTAS (de 8:00h a 20:00h):

**26487**

## CRITERIOS DE SOLICITUD DE RNM DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

### ➤ COLUMNA LUMBAR

La lumbalgia aguda no complicada tiene una evolución natural benigna. Los síntomas son autolimitados y desaparecen de modo espontáneo (2-4 semanas).

### INDICACIONES DE SOLICITUD DE RM LUMBAR

DOLOR LUMBAR DE **MÁS DE 12 SEMANAS** DE DURACIÓN,  
+  
**CON CLÍNICA NEUROLÓGICA** (déficit motor, sensitivo y/o incontinencia esfinteriana),  
+  
**QUE NO HAYA RESPONDIDO A TRATAMIENTO HABITUAL** (analgésicos, antiinflamatorios y/o miorrelajantes y,  
+  
**que no tenga realizada en los 2 últimos años RMN en la misma localización por el mismo episodio actual.**

### ➤ SINTOMATOLOGÍA SUSCEPTIBLE DE PRUEBA RADIOLÓGICA:

- Evolución > 12 semanas que no haya respondido adecuadamente al tratamiento habitual (antiinflamatorios esteroideos y no esteroideos y/o miorrelajantes).
- Lumbalgia subaguda o crónica con irradiación radicular y NO respuesta al tratamiento analgésico habitual (antiinflamatorios esteroideos y no esteroideos y/o miorrelajantes).
- Lumbalgia en contexto clínico evocador de una patología tumoral.

➤ **AUSENCIA DE INDICACIÓN, CUANDO NO HACER:**

- En dolor agudo no complicado.
- Cuando exista en los últimos dos años RMN de CV lumbar por episodio asociado a las mismas características actuales.

➤ **SOLICITUD DE LA PRUEBA:**

Deberá solicitarse a través de **Turriano** en solicitud de prueba radiológica en RMN columna lumbar. En dicha petición deberá incluirse:

- tiempo de evolución
- localización del dolor
- intensidad del dolor
- antecedente traumático o no
- tratamiento prescrito

➤ **COLUMNA CERVICAL**

La cervicalgia de origen no traumático, sin lesión neurológica o signos de alerta que sugieran causa no mecánica, pueden iniciar el tratamiento médico sin la necesidad de una prueba de imagen.

**INDICACIONES DE SOLICITUD DE RM CERVICAL**

✓ **CERVICALGIA** con signos de radiculopatía

+

que **NO HAYA RESPONDIDO A TRATAMIENTO HABITUAL** (analgésicos, antiinflamatorios y/o miorrelajantes )

### ➤ COLUMNA DORSAL

La dorsalgia de origen no traumático, raramente se beneficia de una exploración de imagen si no presenta signos neurológicos o signos de alerta que sugieran causa no mecánica

#### INDICACIONES DE SOLICITUD DE RM DORSAL

- **DORSALGIA PERSISTENTE** de >12 semanas de duración + **QUE NO HAYA RESPONDIDO A TRATAMIENTO HABITUAL** (analgésicos, antiinflamatorios y/o miorrelajantes y que **no** tenga realizada en los 2 últimos años RMN en la misma localización por el mismo episodio actual.
- ✓ **DORSALGIA PERSISTENTE** + síntomas piramidales.
- ✓ **DORSALGIA EN CONTEXTO CLÍNICO** evocador de una patología inflamatoria, tumoral, infecciosa o un traumatismo reciente.

### ➤ RODILLA

#### INDICACIONES DE SOLICITUD DE RODILLA

- ✓ **LESIÓN MENISCAL**
- ✓ **VALORACIÓN QUIRÚRGICA**( criterios inclusión por edad)
- ✓ **CONDROPATÍA**
- ✓ **LESIÓN AGUDA DELIGAMENTOS CRUZADOS O LATERALES**

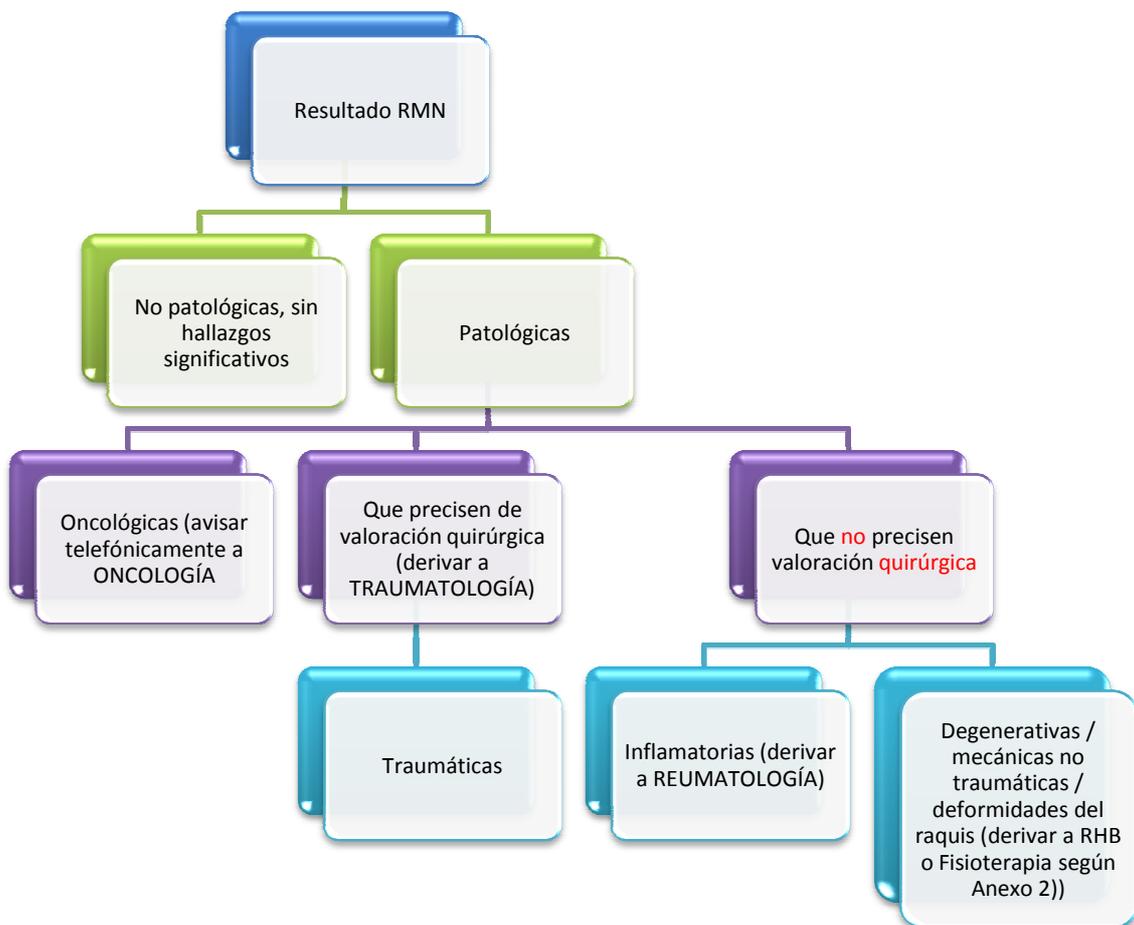
➤ **HOMBRO**

**INDICACIONES DE SOLICITUD DE HOMBRO**

- ✓ **LESIÓN AGUDA DEL MANGUITO DE LOS ROTADORES**
- ✓ **LESIÓN SUSCEPTIBLE DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**
- ✓ **LESIÓN DE RODETE O GLENOIDES**

**¡NOTA!** en caso de la no cumplimentación correcta de la petición, ésta será devuelta a su prescriptor.

## RESULTADO RMN

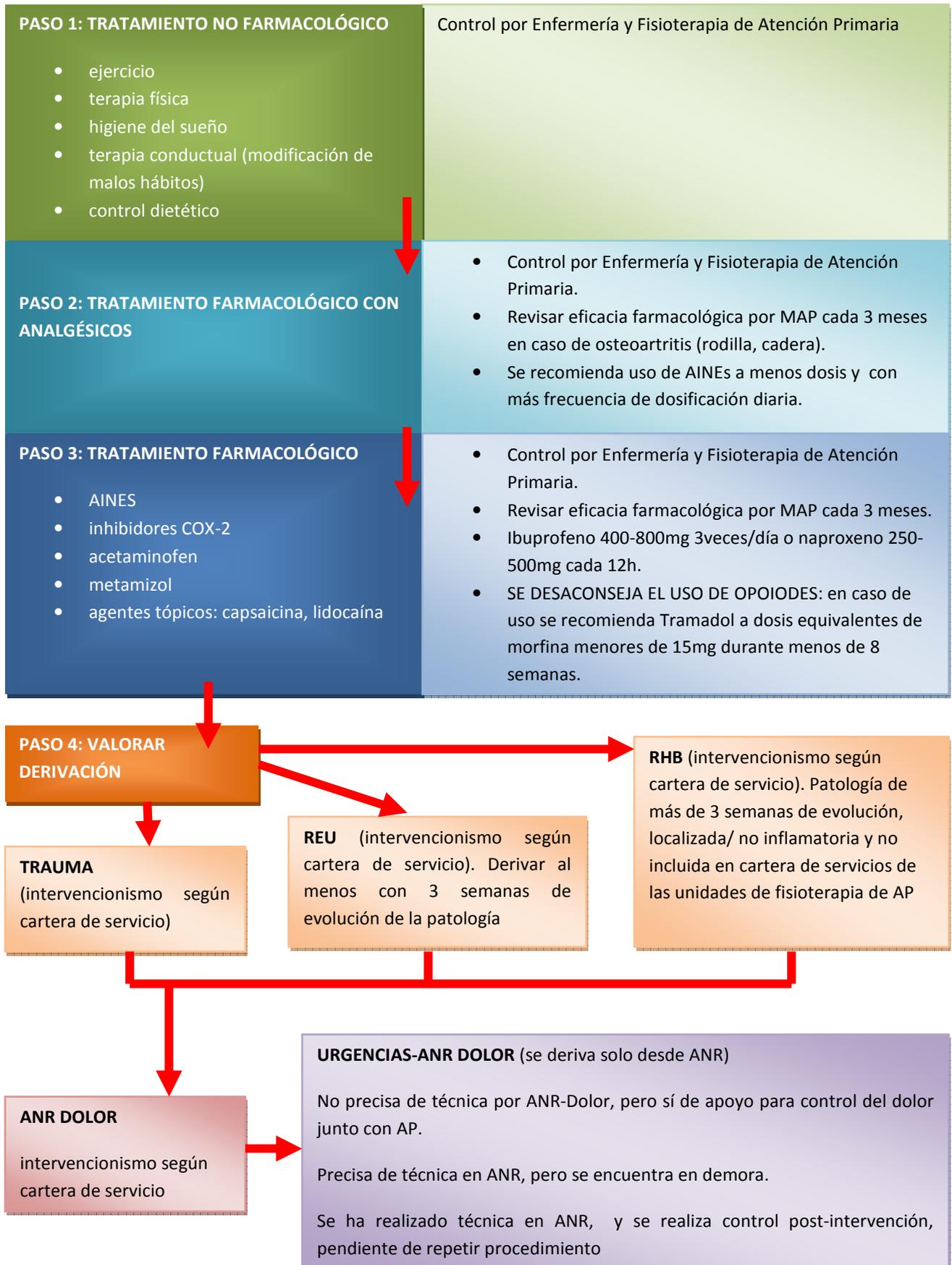


Se procederá a derivar según el resultado de la prueba de imagen y según los criterios clínicos resumidos del anexo 2.

## ÍTEMS QUE DEBEN CONSTAR EN EL INFORME DE RNM

- Diferenciación entre conceptos como protusión, herniación, prominencia, abombamiento, etc.
- Descripción de las RMN de CV en pasos:
  - Morfología y alineación de la CV
  - Presencia o no de espondilosis o listesis
  - Descripción de hallazgos por niveles
  - Si hay o no compromiso de raíces nerviosas
  - Si hay o no estenosis de canal (e indicar el grado si lo hubiere)
- En caso de encontrar otro hallazgo no relacionado con la patología osteomuscular, indicarlo también.
- Impresión diagnóstica: hacer una valoración con grado de recomendación bajo/medio/alto en base a la sospecha diagnóstica por la que se solicita la prueba. ayuda en la orientación al diagnóstico.

## INDICACIONES SOBRE TRATAMIENTO EN PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR PREVALENTE



## CARTERA DE PROCESOS EN PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR

### FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

#### PATOLOGÍA NO TRAUMÁTICA

Algias vertebrales sin compromiso neurológico  
 Deformidades del raquis  
 Artralgias degenerativas  
 Alteraciones ortopédicas no intervenidas sin compromiso neurológico

#### PATOLOGÍA DE PARTES BLANDAS

Tendinopatías sin limitación moderada/severa de la movilidad.  
 En tendinopatía de hombro con más de 90º de flexión y ABD de hombro  
 Contracturas musculares  
 Roturas fibrilares  
 Fascitis plantar

#### PATOLOGÍA TRAUMÁTICA

Esguinces no intervenidos quirúrgicamente  
 Luxaciones no intervenidas y sin compromiso neurológico

#### PATOLOGÍA INFLAMATORIA

Artritis reumatoide en fase crónica

#### PATOLOGÍA RESPIRATORIA

Patología respiratoria crónica

#### PEDIATRÍA

Tortícolis congénita y postural.  
 Síndrome fémoro-patelar

#### GRUPOS de Educación Para la Salud

Incontinencia urinaria de esfuerzo o de estrés  
 Fisioterapia respiratoria geriátrica  
 Fisioterapia respiratoria pediátrica  
 Entrenamiento psicofísico a la maternidad  
 Reeducción postparto  
 Desarrollo psicomotor en el niño sano  
 Masaje del bebé  
 Higiene postural en escolares y detección precoz de alteraciones de columna  
 Escuela de espalda (higiene postural en grupos de riesgo y relajación)  
 Fibromialgia  
 Parques biosaludables  
 Climaterio  
 Promoción de la actividad física  
 Osteoporosis  
 Artrosis  
 Técnicas de relajación básicas en prevención de somatizaciones osteomusculares

#### GRUPOS TERAPÉUTICOS

Cinesiterapia en patología crónica de columna: cervicalgia y lumbalgia

## **TÉCNICA DE TRATAMIENTO**

EJERCICIO TERAPÉUTICO

ENTRENAMIENTO AERÓBICO ENTRENAMIENTO DE LA FUERZA

ENTRENAMIENTO DE LA RESISTENCIA

ENTRENAMIENTO DE LA FLEXIBILIDAD

CINESITERAPIA PASIVA MANUAL

CINESITERAPIA PASIVA CON AYUDA DE DISPOSITIVOS DE MECANOTERAPIA/POLEOTERAPIA

CINESITERAPIA ACTIVA: ASISTIDA - LIBRE -RESISTIDA

FACILITACIÓN NEUROMUSCULAR PROPIOCEPTIVA

EJERCICIOS PLIOMÉTRICOS

REEDUCACIÓN DE LA MARCHA

REEDUCACIÓN POSTURAL

REEDUCACIÓN DEL EQUILIBRIO

TERAPIA MANUAL EN SUS DIFERENTES MODALIDADES: MEJORAR EL DOLOR, AUMENTAR EL RANGO DE MOVIMIENTO ARTICULAR, REDUCIR O ELIMINAR EL EDEMA, LA INFLAMACIÓN O RESTRICCIÓN, INDUCIR RELAJACIÓN, MEJORAR LA EXTENSIBILIDAD DEL TEJIDO CONTRÁCTIL Y NO CONTRÁCTIL Y MEJORAR LA FUNCIÓN.

## **PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

ENTRENAMIENTO PSICOFÍSICO A LA MATERNIDAD

ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DEL PACIENTE GRAN DEPENDIENTE

REEDUCACIÓN POSPARTO

DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO SANO

MANEJO DEL PACIENTE CON EPOC

TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA PEDIÁTRICA

MASAJE DEL BEBÉ

HIGIENE POSTURAL EN ESCOLARES Y DETECCIÓN PRECOZ DE ALTERACIONES DE COLUMNA

HIGIENE POSTURAL EN GRUPOS DE RIESGO

MASAJE DEL BEBÉ

ENTRENAMIENTO EN MANEJO SEGURO DE PARQUES BIOSALUDABLES

PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTE CON PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR

TÉCNICAS DE RELAJACIÓN BÁSICAS ORIENTADAS A LA PREVENCIÓN DE SOMATIZACIONES OSTEOMUSCULARES

TÉCNICAS DE ABORDAJE DE Y MANEJO DE SU PATOLOGÍA EN PACIENTES CON ARTROSIS

## **FISIOTERAPIA EN ÁMBITO HOSPITALARIO**

### **EJERCICIO TERAPÉUTICO**

CINESITERAPIA PASIVA MANUAL

CINESITERAPIA PASIVA CON AYUDA DE DISPOSITIVOS DE MECANOTERAPIA/POLEOTERAPIA

CINESITERAPIA ACTIVA CON O SIN AYUDAS EXTERNAS (PESAS, DISPOSITIVOS DE MECANOTERAPIA/POLEOTERAPIA)

-ASISTIDA

- LIBRE

-RESISTIDA

FACILITACIÓN NEUROMUSCULAR PROPIOCEPTIVA

EJERCICIOS PLIOMÉTRICOS

REEDUCACIÓN DE LA MARCHA

REEDUCACIÓN POSTURAL

REEDUCACIÓN DEL EQUILIBRIO

ENTRENAMIENTO AERÓBICO

ENTRENAMIENTO DE LA FUERZA

ENTRENAMIENTO DE LA RESISTENCIA

ENTRENAMIENTO DE LA FLEXIBILIDAD

TÉCNICAS MANUALES

### **PROGRAMAS EDUCATIVOS**

ADIESTRAMIENTO DEL PACIENTE, FAMILIA Y CUIDADORES EN EL HOSPITAL Y AL ALTA

ADIESTRAMIENTO EN AYUDAS TÉCNICAS

ADIESTRAMIENTO EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

ADIESTRAMIENTO ORTOPROTÉSICO

### **MODALIDADES FÍSICAS (TRATAMIENTO ADYUVANTE BAJO PRESCRIPCIÓN FACULTATIVA Y SEGÚN PROTOCOLOS ESPECÍFICOS)**

CRIOTERAPIA

TERMOTERAPIA PROFUNDA

-ONDA CORTA

-MICROONDAS

-OTRAS FORMAS DE ELECTROTERAPIA DE ALTA FRECUENCIA CON PROPÓSITO TÉRMICO

-ULTRASONOTERAPIA CON PROPÓSITO TÉRMICO

TERMOTERAPIA SUPERFICIAL

-INFRARROJOS

-PARAFINA

GALVANOTERAPIA

IONTOFORESIS

ELECTROTERAPIA DE MEDIA Y BAJA FRECUENCIA

-ANALGÉSICA

-EXCITOMOTRIZ

-ELECTROESTIMULACIÓN FUNCIONAL

ELECTROTERAPIA DE ALTA FRECUENCIA SIN PROPÓSITO TÉRMICO

LASERTERAPIA

LUZ ULTRAVIOLETA  
MAGNETOTERAPIA DINÁMICA O ELECTROMAGNETOTERAPIA  
ULTRASONOTERAPIA SIN PROPÓSITO TÉRMICO  
SONOFORESIS

#### **OTROS**

TERAPIA MANUAL  
APLICACIÓN DE VENDAJES  
ENTRENAMIENTO EN EL USO DE PRÓTESIS U ORTESIS

#### **MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN Y ÁREAS RELACIONADAS**

INFILTRACIÓN INTRAARTICULAR DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA  
INFILTRACIÓN ECOGUIADA DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA INTRATENDINOSA O PERITENDINOSA  
INFILTRACIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN TEJIDOS BLANDOS MUSCULOESQUELÉTICOS  
LAVADO ARTICULAR PERCUTÁNEO  
LAVADO DE CALCIFICACIÓN INTRATENDINOSA PERCUTÁNEA (BARBOTAGE)  
HIDRODILATACIÓN CAPSULAR PERCUTÁNEA  
HIDRODISECCIÓN PERCUTÁNEA CON GRANDES VOLÚMENES  
BLOQUEO MIOFASCIAL ÚNICO O MÚLTIPLE  
BLOQUEO INTERFASCIAL ÚNICO O MÚLTIPLE  
BLOQUEO DE NERVIOS PERIFÉRICOS  
RADIOFRECUENCIA TÉRMICA SOBRE NERVIOS O ARTICULACIONES  
RADIOFRECUENCIA PULSADA SOBRE NERVIOS O ARTICULACIONES  
INFILTRACIÓN MUSCULAR CON TOXINA BOTULÍNICA POR ESPASTICIDAD MEDIANTE CONTROL ECOGRÁFICO  
INFILTRACIÓN CON TOXINA BOTULÍNICA EN OTRAS SITUACIONES MEDIANTE CONTROL ECOGRÁFICO  
INFILTRACIÓN DE TRATAMIENTO ORTOBIOLÓGICO (PRP...)

#### **REUMATOLOGÍA**

INFILTRACIÓN INTRAARTICULAR  
INFILTRACIÓN PERIARTICULAR  
INFILTRACIÓN CON CONTROL ECOGRÁFICO  
INFILTRACIÓN CON CONTROL RADIOGRÁFICO  
INFILTRACIÓN PERINEURAL  
INFILTRACIÓN DE COLUMNA VERTEBRAL EPIDURAL Y FACETARIA  
INYECCIÓN DE SUSTANCIAS TERAPÉUTICAS EN ARTICULACIÓN O LIGAMENTO.  
IMPLANTE BIOLÓGICO INTRAARTICULAR  
INFUSIÓN PARENTERAL :  
- INMUNOMODULADORES  
- AGENTES BIOLÓGICOS  
- OTROS FÁRMACOS: PROSTAGLANDINAS, INMUNOGLOBULINAS, ESTEROIDES, BIFOSFONATOS  
LAVADO ARTICULAR NO ARTROSCÓPICO

## INTERVENCIONISMO DEL DOLOR POR ANESTESIA

### TERAPIAS INTERVENCIONISTAS DE COMPLEJIDAD I

TENS. Electroestimulación nerviosa transcutánea. Test  
 TENS. Electroestimulación nerviosa transcutánea. Programación  
 Cuidados quirúrgicos especiales y curas de heridas  
 Administración parches Capsaicina 8%  
 Iontoforesis  
 Infiltración de puntos gatillo  
 Infiltración de puntos músculo-tendinosos  
 Infiltración de bursas  
 Bloqueo no neurolítico de nervios periféricos  
 PENS. Electroestimulación nerviosa periférica. Programación, Telemetría y control (\*)

### TERAPIAS INTERVENCIONISTAS DE COMPLEJIDAD II

Bloqueo miofascial con toxina botulínica: trapecio  
 Bloqueo miofascial con toxina botulínica: esplenio  
 Bloqueo miofascial con toxina botulínica: escaleno  
 Bloqueo miofascial con toxina botulínica: otros  
 Infiltración toxina botulínica en Migraña  
 Bloqueo articular de pequeñas articulaciones sin control de imagen  
 Bloqueo articular en hombro sin control de imagen  
 Bloqueo articular en sacroilíacas sin control de imagen  
 Bloqueo articular en rodilla sin control de imagen. Viscosuplementación  
 Bloqueo articular en rodilla sin control de imagen. Otros  
 Bloqueo no neurolítico de rama del nervio trigémino  
 Bloqueo no neurolítico de neuromas  
 Bloqueo continuo a través de catéteres epidurales  
 Bloqueo continuo a través de catéteres de plexos  
 Drenaje percutáneo de quiste de Baker bajo control de imagen

### TERAPIAS INTERVENCIONISTAS DE COMPLEJIDAD III

Bloqueo articular de pequeñas articulaciones bajo control de imagen  
 Bloqueo articular de hombro bajo control de imagen  
 Bloqueo articular de cadera bajo control de imagen  
 Bloqueo articular de rodilla bajo control de imagen  
 Bloqueo no neurolítico epidural lumbar  
 Colocación de catéteres nerviosos bajo control de imagen  
 Colocación de catéteres en plexos bajo control de imagen  
 Parche hemático epidural sin control de imagen  
 Parche hemático epidural bajo control de imagen

### G) TERAPIAS INTERVENCIONISTAS DE COMPLEJIDAD IV

Colocación de catéter intratecal  
 Bloqueo articular coxo-femoral bajo control de imagen  
 Bloqueo articular sacroilíaco bajo control de imagen

Bloqueo ganglio esfeno-palatino

Bloqueo muscular profundo para analgesia, bajo control de imagen, con toxina botulínica: iliopsoas

Bloqueo muscular profundo para analgesia, bajo control de imagen, sin toxina botulínica: cuadrado lumbar

Bloqueo muscular profundo para analgesia, bajo control de imagen, con toxina botulínica: cuadrado lumbar

Bloqueo muscular profundo para analgesia, bajo control de imagen, sin toxina botulínica: piramidal

Bloqueo muscular profundo para analgesia, bajo control de imagen, con toxina botulínica: piramidal

Bloqueos facetarios o intrarticulares/ramo medial vertebral. Dorsal

Bloqueos facetarios o intrarticulares/ramo medial vertebral. Lumbar

Colocación de catéter intrarticular

Colocación de catéter epidural

#### **TERAPIAS INTERVENCIONISTAS DE COMPLEJIDAD V**

Bloqueo neurolítico del ganglio impar

Radiofrecuencia de nervios periféricos bajo control de imagen: occipital

Radiofrecuencia de nervios periféricos bajo control de imagen: cubital

Radiofrecuencia de nervios periféricos bajo control de imagen: radial

Radiofrecuencia de nervios periféricos bajo control de imagen: intercostal

Radiofrecuencia de nervios periféricos bajo control de imagen: femorocutáneo

Radiofrecuencia de nervios periféricos bajo control de imagen: ciático

Radiofrecuencia de nervios periféricos bajo control de imagen: ilioinguinal

Radiofrecuencia de nervios periféricos bajo control de imagen: peroneo

Radiofrecuencia de nervios periféricos bajo control de imagen: geniculados

Radiofrecuencia de nervios periféricos bajo control de imagen: pudendos

Radiofrecuencia intraarticular bajo control de imagen

Radiofrecuencia de neuroma bajo control de imagen

#### **TERAPIAS INTERVENCIONISTAS DE COMPLEJIDAD VI**

**SON DERIVADAS A CENTRO DE REFERENCIA**

## ANEXOS

### ANEXO 1: Documento de Consentimiento Informado: Resonancia Magnética

#### 1. ¿Qué le vamos a hacer y para qué?

- La Resonancia Magnética (R.M.) es una técnica moderna que sirve para diagnosticar enfermedades mediante la obtención de imágenes del cuerpo.
- No utiliza elementos radiactivos ni Rayos X.
- Las imágenes se obtienen sometiendo al paciente a un potente imán y utilizando ondas de radiofrecuencia.
- No se conoce efecto nocivo alguno de la Resonancia si se toman unas mínimas medidas de seguridad.

#### **PREPARACIÓN:**

- Es necesario que acuda en **ayunas** de al menos 3 horas. Durante los 3 días anteriores a la prueba no coma carne de caza (posibilidad de ingerir perdigones).

#### **DESARROLLO DE LA PRUEBA:**

- Antes de la realización de la prueba aportará el **cuestionario de seguridad** y el **consentimiento informado** debidamente cumplimentado. Procure ser puntual, pero no olvide que la hora es orientativa: tenga paciencia si existiera retraso.
- Nuestro personal le harán pasar a una cabina donde dejará los objetos personales, le facilitarán una bata y se quitará toda la ropa salvo la interior (el sujetador hay que quitárselo).
- Al entrar en la sala, **no lleve consigo**: pendientes, colgantes, anillos, collares, pulseras, relojes, piercing, audífonos, prótesis dental, gafas, lentillas de color, móvil, tarjetas de

crédito, horquillas, bolígrafos, llaves, monederos, monedas, cinturones, clips y objetos metálicos en general. Entre en la sala sin ningún tipo de maquillaje.

- Dentro de la sala de Resonancia, el personal sanitario le indicará la posición en la que debe

colocarse sobre una mesa. Esta se desplazará hacia el interior del imán, un espacio reducido y

comenzará la prueba. Alrededor de la zona a estudiar se colocará un aparato (“antena”) cuya

finalidad es mejorar la calidad de la imagen. -La prueba **no es dolorosa**. -Durante la exploración oírás unos **ruidos** de diferente intensidad que pueden llegar a ser desagradables. Son inevitables y necesarios para la obtención de las imágenes. Puede mitigarse en parte con tapones o auriculares.

-**La duración** de la prueba es variable: 30-60 minutos dependiendo del tipo de prueba. Acabada la prueba, nosotros enviaremos la exploración y el informe a la consulta en un periodo inferior a dos semanas.

## NECESITAMOS SU COLABORACIÓN

- Para obtener imágenes de calidad necesitamos su colaboración: permanezca lo más **quieto**

posible, respire con tranquilidad y siga las instrucciones del personal sanitario. Dependiendo de la parte del cuerpo que se examine le pediremos que aguante la respiración o que no respire durante unos pocos segundos.

- No olvide que durante toda la exploración, el paciente será **vigilado** por el personal sanitario,

bien por una ventana de cristal, vídeo y/o por micrófonos. Se le entregará un **timbre** en la mano para poder avisar en caso de cualquier imprevisto.

-**Medicamentos:** puede tomar medicación si la tiene prescrita.

- Puede hacer vida totalmente normal antes y después de la exploración.

- Es conveniente que aporte toda la **información clínica** de que disponga (informes), así como **otras pruebas** previas que le hayan hecho (otras RM, TAC, radiografías, etc.)

## 2. Precauciones

- **Comuniqué** a nuestro personal si tiene miedo a los espacios cerrados (claustrofobia).

Una

posibilidad es solicitar a su médico que valore la prescripción de algún tranquilizante para ese día.

-Es **muy importante** que comunique al personal sanitario si es **portador** de los siguientes objetos (algunos contraindican de forma absoluta la prueba):

- Marcapasos cardíacos.
- Electrodo cardíaco o cerebrales.
- Clips quirúrgicos (por ej. de aneurismas).
- Dispositivos electrónicos implantados (neuroestimuladores, bombas de infusión...).
- Prótesis de oído.
- Catéter de vía central.
- Stents, filtros intravasculares.
- Válvulas cardíacas artificiales.
- Objetos metálicos en el ojo (por operaciones o por accidentes con virutas).
- Prótesis, material ortopédico.
- Fragmentos metálicos (clavos, placas, metralla, perdigones).
- Piercings.
- Tatuajes: puede sentir calor local.

-**Embarazo**: no se conoce hasta el momento efectos nocivos de la Resonancia sobre el feto. A

pesar de ello se recomienda evitarlo en el primer trimestre salvo extrema urgencia. En los otros trimestres será valorado por los médicos especialistas.

-**Lactancia**: recomendamos esperar al menos 48 horas sin amamantar en caso de recibir contraste.

-DIU: no contraindica la prueba, pero se recomienda una posterior revisión ginecológica para

confirmar que no se ha movilizado. Hasta entonces use otros medios anticonceptivos.

### CONTRASTE INTRAVENOSO

- En algunas exploraciones no se usa contraste. En otras es imprescindible (estudios vasculares por ej.) y en otras recomendables dependiendo de la patología a estudiar. El contraste permite realzar ciertas estructuras y mejorar las posibilidades de un diagnóstico correcto.
- El contraste más empleado en resonancia es el **Gadolinio**. Se inyecta en vena por medio de una aguja en pequeñas cantidades. Después se acumula en los tejidos anormales y posteriormente se elimina por el riñón. Esta sustancia **no contiene Yodo** y es más segura que el resto de los contrastes empleados en otras pruebas radiológicas.
- Como todos los medicamentos, el contraste puede tener **efectos adversos**: dolor en el lugar de inyección, reacciones cutáneas, náuseas, vómitos, mareo, defalca, etc. Muy excepcionalmente pueden existir complicaciones mayores: convulsiones, edema de laringe, alteraciones del ritmo cardíaco, shock, etc.
- Actualmente no existe prueba previa que permita conocer en qué pacientes se va a producir una reacción alérgica al gadolinio.

**LA PRUEBA SERÁ REALIZADA POR PERSONAL EXPERTO. EL MÉDICO RADIÓLOGO INTERVENDRÁ EN CASO DE SER NECESARIO Y SIEMPRE QUE SE PRESENTE ALGUNA COMPLICACIÓN.**

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

- Se me han expuesto otras alternativas y he tenido la posibilidad de negarme a que se me realice la prueba sin necesidad de dar explicaciones.
- Asimismo autorizo a que se me realicen las exploraciones o intervenciones necesarias que a juicio de los médicos se deban realizar, dependiendo de los hallazgos que se encuentren durante la exploración o intervención.
- Se me ha comunicado que puedo revocar el consentimiento en cualquier momento durante la realización de la prueba sin necesidad de dar explicaciones, y que puedo solicitar una copia de este documento en cualquier momento en el Servicio de Atención al Paciente
- Certifico que he leído o me ha sido leída esta autorización y consentimiento, y que todas mis dudas han sido aclaradas antes de firmar, y que comprendo y estoy de acuerdo con todo lo anteriormente expuesto.

En Talavera de la Reina, a ..... de .....de .....

**Nombre y apellidos paciente/representante:  
informa:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**D.N.I.:** \_\_\_\_\_

**Nombre y apellidos del médico que**

**Nº de colegiado:**

## DENEGACIÓN O REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN/REVOCACIÓN (*táchese lo que no proceda*) de CONSENTIMIENTO para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En Talavera de la Reina, a ..... de .....de .....

**Firma del paciente:**

**Firma del médico:**

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con que interviene (padre, madre, tutor, etc).

Nombre: \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_

En calidad de ..... DENIEGO/REVOCO (*táchese lo que no proceda*) la autorización para realizar el procedimiento mencionado.

En Talavera de la Reina, a ..... de .....de .....

## Anexo 2: DERIVACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA /ATENCIÓN HOSPITALARIA

LOCALIZACIÓN	SERVICIO	PATOLOGÍA
AXIAL	REU	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CERVICALGIA subaguda o crónica con algún signo de alarma.</li> <li>- DORSALGIA subaguda o crónica con algún signo de alarma.</li> <li>- LUMBALGIA subagudas o crónicas con algún signo de alarma, o en varón joven de más de 4 semanas de evolución.</li> <li>- DOLOR GLÚTEO o LUMBOGLÚTEO subagudo o crónico de ritmo inflamatorio.</li> <li>- SIGNOS DE ALARMA:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presencia o antecedentes familiares de EII, Psoriasis cutánea o ungueal, uveitis.</li> <li>- Fiebre asociada o Sd Constitucional.</li> </ul> </li> </ul>
	FISIO AP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CERVICALGIA Subaguda o Crónica de perfil mecánico <b>no traumática</b></li> <li>- CERVICOBRAQUIALGIA</li> <li>- DORSALGIA de perfil mecánico <b>no traumática</b></li> <li>- LUMBALGIA Subaguda o Crónica de perfil mecánico <b>no traumática</b></li> <li>- LUMBOCIATALGIA. CIATALGIA. SINDROME PIRAMIDAL</li> <li>- DEFORMIDADES DEL RAQUIS: ESCOLIOSIS, CIFOSIS del adulto.</li> </ul>
	RHB	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CERVICOBRAQUIALGIA NO DIAGNOSTICADA</li> <li>- LUMBOCIATALGIA. CIATALGIA. SD. PIRAMIDAL NO DIAGNOSTICADOS</li> </ul>
PERIFÉRICA	REU	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MONO/OLIGOARTRITIS aguda</li> <li>- POLIARTRITIS aguda</li> <li>- POLIARTRALGIAS de ritmo inflamatorio.</li> <li>- Sd POLIMIALGICO:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolor en cinturas con o sin afectación sistémica.</li> <li>- Dolor proximal + edema de manos.</li> <li>- Dolor proximal + elevación de RFA.</li> </ul> </li> <li>- ARTROSIS con signos de mala evolución:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Derrame sinovial o sinovitis.</li> </ul> </li> <li>- Artrosis inflamatoria de manos.</li> </ul>
	FISIO AP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ARTRALGIAS LOCALIZADAS NO TRAUMATICAS NI DE PERFIL INFLAMATORIO</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>-MONO/OLIGOARTRITIS crónica</li> <li>-POLIARTRITIS crónica- SÍNDROMES DE HOMBRO SIN ANTECEDENTE TRAUMATICO PREVIO( si a la exploración <b>si</b> pasa de 90º de flexión y abducción)</li> <li>- OTRAS TENDINO_ENTESOPATÍAS (Más Prevalentes) <ul style="list-style-type: none"> <li>- EpicondilitisTrocanteritis</li> <li>- Tendinitis De D´quervain</li> <li>- Tendinopatía Rotuliana</li> <li>- Tendinopatía Anserina</li> <li>- Tendinopatía Aquilea</li> </ul> </li> </ul>
	RHB	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SÍNDROMES DE HOMBRO SIN ANTECEDENTE TRAUMATICO PREVIO( si a la exploración <b>no</b> pasa de 90º de flexión y abducción) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Síndrome Subacromial</li> <li>- Tendinopatías</li> <li>- Capsulitis Adhesiva</li> <li>- Calcificaciones</li> <li>- Rotura Parcial M. Rotador</li> </ul> </li> <li>- INTERVENCIONISMO EN RHB: sd. doloroso de hombro y tendinoentesopatías <b>sin</b> respuesta al tratamiento en fisioterapia de AP, para valoración de técnicas.</li> </ul>
OSTEOPOROSIS Y PATOLOGÍA METABÓLICA ÓSEA	REU	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fractura o sospecha de fractura por fragilidad.</li> <li>- Incremento del riesgo de fractura.</li> <li>- Sospecha de osteoporosis secundaria.</li> <li>- Valoración de pacientes con riesgo de fractura.</li> </ul>
INFLAMATORIA, AUTOINMUNES Y SISTÉMICAS	REU	Derivación a REU
VALORACIÓN DE FIBROMIALGIA	REU	Derivación a REU
ORTOPEDICA	TRAU	Patología ortopédica <b>infantojuvenil no neurológica</b>
	RHB	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patología neurológica congénita/perinatal</li> <li>- Amputaciones.</li> <li>- Patología ortésica de columna.</li> </ul>
TRAUMATICA RAQUIDEA O DE EXTREMIDADES	TRAU	Derivaciones a cirugía ortopédica y traumatología

**Anexo 3: Teléfonos de contacto**

<b><u>TELÉFONOS DE CONTACTO</u></b>	
<b><u>RADIOLOGÍA (8:00 a 20:00h)</u></b>	<b>26487</b>
<b><u>REUMATOLOGÍA (8:00 a 15:00h)</u></b>	<b>86418; 86417</b>
<b><u>REHABILITACIÓN (8:00 a 15:00h)</u></b>	<b>86595; 86591; 86598</b>
<b><u>TRAUMATOLOGÍA (24h)</u></b>	<b>26486; 26545</b>
<b><u>URGENCIAS (24H)</u></b>	<b>28351</b>
<b><u>Fisioterapia AP</u></b>	
<b><u>TACE</u></b>	<b>40848</b>
<b><u>LA ESTACIÓN</u></b>	<b>42031</b>
<b><u>RÍO TAJO</u></b>	<b>40215</b>
<b><u>LA ALGODONERA</u></b>	<b>40722</b>
<b><u>ALDEANUEVA</u></b>	<b>40487</b>
<b><u>BELVÍS</u></b>	<b>40370</b>
<b><u>CASTILLO</u></b>	<b>42311</b>
<b><u>LOS NAVALMORALES</u></b>	<b>42444</b>
<b><u>OROPESA</u></b>	<b>40461</b>
<b><u>PUENTE</u></b>	<b>42415</b>
<b><u>VELADA</u></b>	<b>42371</b>