Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 02/07/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

ANEXO 2: Cuestionario telefónico para estudio de la sospecha por parte del reumatólogo:

A) De artrosis de columna cervical:

1. De acuerdo con el cuestionario realizado en (*decir la fecha de la entrevista hecha por el call center*), tiene o ha tenido dolor en el cuello (o dolor cervical/de cervicales), sin que haya sido por un golpe/caída o sobresfuerzo. ¿Es así?

   ☐ Sí ☐ No

   Si respuesta afirmativa a la pregunta 1, continuar preguntando:

2. ¿Ha durado ese dolor 3 o más meses seguidos, aunque el dolor no sea fijo / tenga altibajos? ☐ Sí ☐ No

   Si respuesta afirmativa a la pregunta 2, continuar preguntando:

3. ¿Empeora al mover el cuello o girar la cabeza? ☐ Sí ☐ No

   Si respuesta afirmativa a las preguntas 2 y 3, continuar preguntando:

4. ¿Le han hecho una radiografía para estudiar ese dolor? ☐ Sí ☐ No

   Si respuesta afirmativa a la pregunta 4, continuar preguntando:

5. ¿Recuerda el resultado de esa radiografía?

   ☐ Normal ☐ Con alteraciones ☐ No recuerda

   Teniendo en cuenta las respuestas anteriores:

6. Resultado del cribado[1] ☐ Positivo ☐ Negativo
7. ¿Mantiene usted la sospecha de artrosis de columna cervical? ☐ Sí ☐ No
8. Motivo de la sospecha negativa (indicar en caso de que se decida no mantener la sospecha cuando el resultado del cribado de acuerdo a los criterios definidos por el comité científico es positivo):

B) De artrosis de columna lumbar:

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 02/07/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

1. De acuerdo con el cuestionario realizado en (*decir la fecha de la entrevista hecha por el call center*), tiene o ha tenido dolor en la parte baja de la espalda/cintura/espalda a la altura de los riñones/en la zona lumbar/en las lumbares/lumbago o lumbalgia, sin que haya sido por un golpe/caída o sobresfuerzo. ¿Es así? ☐ Sí ☐ No

   Si respuesta afirmativa a la pregunta 1, continuar preguntando:

2. ¿Ha durado ese dolor 3 o más meses seguidos, aunque el dolor no sea fijo / tenga altibajos? ☐ Sí ☐ No

   Si respuesta afirmativa a la pregunta 2, continuar preguntando:

3. ¿Empeora al coger peso o hacer esfuerzos? ☐ Sí ☐ No

   Si respuesta afirmativa a las preguntas 2 y 3, continuar preguntando:

4. ¿Le han hecho una radiografía para estudiar ese dolor? ☐ Sí ☐ No

   Si respuesta afirmativa a la pregunta 4, continuar preguntando:

5. ¿Recuerda el resultado de esa radiografía?

   ☐ Normal ☐ Con alteraciones ☐ No recuerda

   Teniendo en cuenta las respuestas anteriores:

6. Resultado del cribado[1] ☐ Positivo ☐ Negativo
7. ¿Mantiene usted la sospecha de artrosis de columna lumbar? ☐ Sí ☐ No
8. Motivo de la sospecha negativa (indicar en caso de que se decida no mantener la sospecha cuando el resultado del cribado de acuerdo a los criterios definidos por el comité científico es positivo):

B) De artrosis periférica:

1. De acuerdo con el cuestionario realizado en (*decir la fecha de la entrevista hecha por el call center*), usted tiene o ha tenido dolor en (*decir la localización por el*

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 02/07/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

cuestionario del call center), sin que haya recibido golpe/caída o sobreesfuerzo. ¿Es así? ☐ Sí ☐ No

Si respuesta afirmativa a la pregunta 1, continuar preguntando:

2. ¿Le ha durado el dolor más de 4 semanas seguidas? ☐ Sí ☐ No

Si respuesta afirmativa a la pregunta 2, continuar preguntando:

3. Localización:

Mano ☐ Sí ☐ No

Lateralidad ☐ Ambas ☐ Derecha ☐ Izquierda

Cadera ☐ Sí ☐ No

Lateralidad ☐ Ambas ☐ Derecha ☐ Izquierda

Rodilla ☐ Sí ☐ No

Lateralidad ☐ Ambas ☐ Derecha ☐ Izquierda

Tobillo ☐ Sí ☐ No

Lateralidad ☐ Ambas ☐ Derecha ☐ Izquierda

Pie ☐ Sí ☐ No

Lateralidad ☐ Ambas ☐ Derecha ☐ Izquierda

4. ¿Ha tendido inflamación/hinchazón de forma mantenida en (*decir la localización afectada*) más de 4 semanas? ☐ Sí ☐ No

5. El dolor de cadera/ingle, ¿empeora con el esfuerzo, al caminar o subir/bajar escaleras? ☐ Sí ☐ No

o

6. ¿mejora con la actividad física/el ejercicio? ☐ Sí ☐ No

7. ¿Mejora el dolor de cadera/ingle con el reposo? ☐ Sí ☐ No

8. El dolor de rodilla(s), ¿empeora con el esfuerzo, al caminar o subir/bajar escaleras?

☐ Sí ☐ No

o

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 02/07/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

9. ¿mejora con la actividad física/el ejercicio? ☐ Sí ☐ No
10. ¿Mejora el dolor de rodilla(s) con el reposo? ☐ Sí ☐ No
11. El dolor de tobillo, ¿empeora con el esfuerzo, al caminar o subir/bajar escaleras?

    ☐ Sí ☐ No

    o

12. ¿mejora con la actividad física/el ejercicio? ☐ Sí ☐ No
13. ¿Mejora el dolor de tobillo con el reposo? ☐ Sí ☐ No
14. El dolor de pie, ¿empeora con el esfuerzo, al caminar o subir/bajar escaleras?

    ☐ Sí ☐ No

    o

15. ¿mejora con la actividad física/el ejercicio? ☐ Sí ☐ No
16. ¿Mejora el dolor de pie con el reposo? ☐ Sí ☐ No
17. El dolor de mano(s), ¿empeora al usar las manos/mover los dedos? ☐ Sí ☐ No

    o

18. ¿mejora al usar las manos/mover los dedos? ☐ Sí ☐ No
19. ¿Mejora el dolor de mano(s) con el reposo? ☐ Sí ☐ No
20. ¿Le ocurre que por la mañana no puede mover la zona(s) afectada(s) o la(s) encuentra rígida(s)? ☐ Sí ☐ No

    Si respuesta afirmativa a la pregunta 20, preguntar:

21. ¿Durante más de media hora? ☐ Sí ☐ No

    Sí respuesta afirmativa a la pregunta 5, 8 o 17, responder a las preguntas 22 a 27 según corresponda por la localización:

22. ¿Le han hecho una radiografía para estudiar el dolor de cadera(s)/ingle(s)?

    ☐ Sí ☐ No

23. ¿Recuerda el resultado? ☐ Normal ☐ Con alteraciones ☐ No recuerda

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 02/07/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

24. ¿Le han hecho una radiografía para estudiar el dolor de rodilla(s)?

    ☐ Sí ☐ No

25. ¿Recuerda el resultado? ☐ Normal ☐ Con alteraciones ☐ No recuerda

26. ¿Le han hecho una radiografía para estudiar dolor de mano(s)? ☐ Sí ☐ No

27. ¿Recuerda el resultado? ☐ Normal ☐ Con alteraciones ☐ No recuerda

    Teniendo en cuenta las respuestas anteriores:

28. Resultado cribado artrosis[1] ☐ Positivo ☐ Negativo

29. ¿Mantiene usted la sospecha de artrosis? ☐ Sí ☐ No

30. Motivo de la sospecha negativa de artrosis (indicar en caso de que se decida no mantener la sospecha cuando el resultado del cribado de acuerdo a los criterios definidos por el comité científico es positivo):

[1] De acuerdo con los criterios definidos por el comité científico: Se mantendrá la sospecha si el individuo refiere dolor de las características descritas y no refiere un resultado normal en la radiografía o no se la han realizado.