

**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL**  
SUBDIRECCIÓN DE SALUD  
DIVISIÓN POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE SALUD  
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD  
SECCIÓN REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD



LINEAMIENTOS DE MANEJO DE PATOLOGÍAS  
OSTEOMUSCULARES MÁS FRECUENTES EN EL PRIMER Y  
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.

JULIO 2017

## Presentación



El Instituto Salvadoreño del Seguro Social, en su política de modernización y desarrollo institucional ha promovido reformas técnicas y administrativas orientadas al cumplimiento de su misión de proveer servicios de calidad a los derechohabientes.

El correcto seguimiento, aplicación y divulgación de los presentes lineamientos,

Con la finalidad de regular la atención en salud, el Consejo Directivo aprobó la creación de la Sección Regulación Técnica en Salud, Acuerdo # 0458 Abril 2015, como dependencia responsable de la elaboración y actualización de los documentos técnico-normativos del ISSS.

En este sentido los LINEAMIENTOS DE MANEJO DE PATOLOGÍAS OSTEOMUSCULARES MÁS FRECUENTES EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN DEL ISSS", serán la herramienta adecuada que servirá tanto a Médicos Empresariales, Médicos Generales y Médicos de Familia del primer y segundo nivel con estructura y funcionamiento en redes, que atienden a pacientes en la consulta por patologías osteomusculares. Así mismo, para los médicos Fisiatras y Técnicos Fisioterapeutas que proporcionan atención de Medicina Física y Rehabilitación en el ISSS.

Es responsabilidad de parte de todos los profesionales médicos, técnicos y personal de apoyo que proporcionan apoyo clínico-diagnóstico, educación para la salud, entre otros, de las diversas especialidades de los diferentes Niveles de Atención el correcto seguimiento, aplicación y divulgación de los presentes lineamientos; en especial de aquellos Centros de Atención que posean y brinden atención integral de Medicina Física y Rehabilitación, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar, en beneficio de los derechohabientes.

**Dr. Ricardo Cea Rouanet.**

Director General ISSS.





**EQUIPO REGULATORIO.**

NOMBRE	PROCEDENCIA
<b>DR. DAVID JONATHAN HERNÁNDEZ</b>	JEFE DEPARTAMENTO. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD.
<b>DRA. ANA GUADALUPE ARGUETA BARAHONA.</b>	JEFA SECCIÓN. SECCIÓN REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD.
<b>ING. LUIS ASDRÚBAL OVANDO MEDRANO.</b>	COLABORADOR TÉCNICO DE SALUD I SECCIÓN REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD
<b>DR. GUSTAVO ROLANDO CUÉLLAR RODRÍGUEZ.</b>	COLABORADOR TÉCNICO EN SALUD II SECCIÓN REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD
<b>DRA. MIRNA E. PÉREZ RAMÍREZ.</b>	COLABORADOR TÉCNICO EN SALUD II SECCIÓN REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD
<b>DRA. MERY J. CARDOZA DE PARADA.</b>	COLABORADOR TÉCNICO EN SALUD II SECCIÓN REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD

**PROFESIONALES QUE REVISARON LINEAMIENTOS**

Nombre	Procedencia
<b>DR. JORGE ANTONIO CABEZAS CORTEZ.</b>	MÉDICO FISIATRA. UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.
<b>DR. RICARDO FEDERICO FLORES SALAZAR.</b>	MÉDICO FISIATRA. SUB DIRECTOR DE SALUD.

**PROFESIONALES QUE REVISARON LOS LINEAMIENTOS**

*[Handwritten signature]*

NOMBRE	PROCEDENCIA
<b>DRA. CARMEN DEL PILAR HERNÁNDEZ DE DURAN.</b>	MEDICINA FAMILIAR. HOSPITAL GENERAL.
<b>DR. OSMAN MARIO AMAYA GUARDADO.</b>	MEDICINA GENERAL. HOSPITAL POLICLÍNICO ZACAMIL.
<b>DRA. DELIA FLAMENCO DE RAMOS.</b>	MEDICINA GENERAL. C.C. SITIO DEL NIÑO
<b>DRA. PATRICIA LORENA RAMIREZ.</b>	MEDICINA GENERAL. C.C. SAN ANTONIO ABAD.
<b>DRA. SANDRA YANIRA CERNA DE VASQUEZ.</b>	MEDICINA GENERAL. C.C. AYUTUXTEPEQUE.
<b>DR. EDUARDO CHÁVEZ GUTIERREZ.</b>	MEDICINA GENERAL. C.C. SAN MARCOS.
<b>DR. REINA MARIBEL ESCOLERO.</b>	MEDICINA GENERAL. C.C. SANTA CATARINA
<b>DR. JOSE ISRAEL APARICIO MATA.</b>	MEDICINA GENERAL. C.C. PANAMERICANA.
<b>DRA. SONIA ELIZABETH ANDRADE.</b>	MEDICINA GENERAL. C.C. SAN CRISTOBAL.
<b>DR. SERGIO ANDRADE ARIAS.</b>	MEDICINA GENERAL. C.C. ANTIGUO CUSCATLAN



*[Handwritten signature]*



## CONTENIDO.

A. MARCO LEGAL.....	1
B. LEX ARTIS.....	3
C. INTRODUCCION.....	5
D. OBJETIVOS.....	6
E. PROPOSITO.....	6
F. CAMPO DE APLICACIÓN.....	6
I. DISPOSICIONES GENERALES.....	6
II. PATOLOGIAS OSTEOMUSCULARES DE CONSULTA MÁS FRECUENTES EN EL 1ER. Y 2DO. NIVEL DE ATENCIÓN DEL ISSS....	8
1. MANEJO DE CERVICALGIAS.....	8
2. MANEJO DE HOMBRO DOLOROSO.....	12
3. MANEJO Y PREVENCIÓN DE LUMBALGIA EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.....	16
4. MANEJO DE ARTROSIS DE CADERA Y RODILLA.....	21
5. MANEJO EN TENDINITIS DEL AQUÍLEO.....	26
6. FASCEITIS PLANTAR.....	29
III. INFORMES.....	33
DISPOSICIONES GENERALES.....	33
OBSERVANCIA.....	33
INFRACCIONES Y SANCIONES.....	33
VIGENCIA DE LOS LINEAMIENTOS.....	33
OFICIALIZACIÓN.....	34
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	35



## A. MARCO LEGAL.

### CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR. TITULO I CAPITULO UNICO - LA PERSONA HUMANA Y LOS FINES DEL ESTADO

Art. 1.- El Salvador reconoce a la persona humana como el origen y el fin de la actividad del Estado, que está organizado para la consecución de la justicia, de la seguridad jurídica y del bien común.

Así mismo, reconoce como persona humana a todo ser humano desde el instante de la concepción.

En consecuencia, es obligación del Estado asegurar a los habitantes de la República, el goce de la libertad, la salud, la cultura, el bienestar económico y la justicia social.

**Art. 65.-** La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.

El Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación.

La salud es uno de los factores más determinantes en la consecución de los fines propuestos por la Constitución, es por ello que la persona humana, constituye el principio y el fin de la actividad estatal, tiene derecho a que se le asista, de forma preventiva y curativa.

### NORMAS CONTROL INTERNO ESPECIFICOS DEL ISSS.

#### Capítulo III.

#### ACTIVIDADES DE CONTROL.

Documentación, actualización y divulgación de Políticas y Procedimientos.

**Art 2.** El sistema de control Interno: es el conjunto de procesos continuos, interrelacionados e integrados en todas las actividades inherentes a la gestión administrativa, operativa y jurisdiccional realizada por los servidores del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, diseñados para evitar o minimizar los riesgos internos y externos que afectan las actividades del Instituto, detectando y previniendo las desviaciones que puedan alterar la coherencia entre la acción y objetivos, proporcionando un grado de seguridad razonable en la eficiencia, eficacia, y economía de las operaciones, en la confiabilidad de la información financiera y en el cumplimiento de leyes, reglamentos, políticas, disposiciones administrativas y otras regulaciones aplicables.





**Art. 3.** El sistema de control interno, proporcionará al Instituto, seguridad razonable sobre el cumplimiento de los siguientes objetivos:

- a. Objetivos de gestión: están relacionados con la eficiencia, eficacia y transparencia de los procesos administrativos en el desarrollo de las auditorías y rendición de cuentas.
- b. Objetivos relacionados con la información: impactan en la efectividad del reporte de la información suministrada a nivel interno y externo y va más allá de la información financiera.
- c. Objetivos relacionados con el cumplimiento de leyes, reglamentos, disposiciones administrativas, y otras regulaciones aplicables: están relacionadas con el cumplimiento de la normativa legal y técnica aplicable a la gestión del Instituto, por parte de sus servidores

**Art. 48.** Los Centros de Atención, Unidades y Divisiones del área administrativa del ISSS, se registrarán por el cumplimiento de las funciones establecidas en los Manuales de Organización y Manuales de Normas y Procedimientos, respectivamente y además de toda la normativa legal vigente, aplicable al correspondiente Centro de Atención, los cuales deberán ser actualizados periódicamente de acuerdo a las necesidades de los usuarios.

**Art. 49.** Será responsabilidad de cada una de las Jefaturas velar por la mejora de los procesos, actualizaciones que deben ser expresadas en Manuales de Organización y Manuales de Normas y Procedimientos y demás Normativa Legal Vigente, a fin de garantizar la eficiencia de los mismos.

**Art. 50.** Será responsabilidad de cada una de las Jefaturas que conforman el ISSS, la divulgación interna y el cumplimiento de las normas y procedimientos, establecidos en los Manuales de Normas y procedimientos y demás Normativa Legal Vigente, cada vez que estos sufran modificaciones o actualizaciones, a fin de que se garantice el óptimo funcionamiento de los mismos.

**Art. 51.** Será responsabilidad de todas las dependencias informar al Jefe inmediato superior, cualquier diferencia, inconsistencia, falla de los sistemas de información u omisión a los procedimientos, a fin de actualizar los Manuales de Organización y Manuales de Normas y Procedimientos, u otra normativa legal vigente, y aplicar acciones correctivas correspondientes.





## B. LEX ARTIS.

El conocimiento humano es un recurso que se encuentra en cambio permanentes, crece, se magnifica, se simplifica, se vuelve más o menos complejo, en definitiva cambia y configura la lex artis escrita, cuya aplicación robustece nuestro juicio técnico y se materializa en el ejercicio de medios que traen implícitos el proceso de prestación de servicios de salud.

Los documentos regulatorios buscan elaborar y presentar un escrito de valor práctico por medio del concurso de los profesionales, directa o indirectamente relacionados con un área determinada del conocimiento y de la prestación de algún servicio, para definir un mínimo vital de atenciones estándar que permita proveer a los derechohabientes una atención de calidad más o menos homogénea para los casos generales, quedando su aplicación en la responsabilidad de todos y cada uno de los profesionales y técnicos que laboran en el ISSS.

El proceso de elaboración y revisión (actualización) de los documentos normativos implica revisión bibliográfica exhaustiva en fuentes actualizadas y validadas, nacional e internacionalmente aceptadas, matizadas con la disponibilidad de recursos institucionales, teniendo como prioridad la vida y la salud de los derechohabientes.

Las ciencias de la salud distan mucho de ser exactas y el objeto de trabajo en los centros de atención es otro ser humano, cuya vida y salud, le confieren una identidad propia, no existen dos personas iguales y no tratamos enfermedades, sino personas.

Es por eso que bajo la guía de los preceptos generales establecidos en los documentos regulatorios vigentes, nuestros profesionales tienen el derecho y el deber de obrar cumpliendo con lo contenido en ellos para los casos generales.

Siempre que haya necesidad, según la medida de su criterio profesional individual, aplicará todos los conocimientos, habilidades y destrezas que en su proceso de formación e instrucción han adquirido; a fin de no omitir ningún cuidado que cada caso individual requiera, poniendo a disposición de nuestros derechohabientes, todos los medios materiales de que dispone la institución, así como, todos los medios académicos y laborales de que disponen los profesionales de la salud que prestan la atención directa, quienes forman parte de la cadena de actores que abonan al producto final que nos inspira: la vida y la salud de los derechohabientes.

Debemos estar conscientes de que no hay escrito regulatorio que pueda contemplar todas las contingencias que en el contexto de la prestación de los servicios de salud puedan surgir, y un caso particular –como lo son todos y cada uno- siempre nos puede presentar necesidades que exijan de nosotros, actuar de forma coherente con nuestro criterio profesional bien sustentado, con el único propósito de conservar la vida y la salud de los derechohabientes; entendiendo y aceptando siempre, la imperiosa necesidad y



responsabilidad de justificar y registrar por todos los medios formales, una conducta que por ser particular, trasciende lo normado para la generalidad, que es, en esencia, el objeto de todo documento regulatorio.

El paso del tiempo trae consigo el progreso de la ciencia y la tecnología, la regulación que hoy es aceptada, mañana será complementada con el hallazgo de una nueva pieza de la verdad científica, que conforme sea probada y validada podrá ser incorporada formalmente al portafolio de servicios institucional, de acuerdo a la evidencia; pero mientras eso ocurre, todos los profesionales de la salud están en la obligación y en el derecho de aportar de forma justificada y según la necesidad de cada caso, lo que a nuestro criterio profesional nos mande como necesario para los cuidados que requieran los derechohabientes y que puedan ser proveídos por nuestra institución.



## C. INTRODUCCION.

El presente documento tiene como finalidad operativizar el manejo de las **patologías osteomusculares mas frecuentes de fisiatría en el primer y segundo nivel de atención del ISSS** a nivel nacional, fortaleciendo las competencias profesionales de los Médicos Generales y Médicos de Familia del Primer y Segundo Nivel, relacionadas a los tratamientos fisioterapéuticos y de rehabilitación básica, permitiendo brindar atenciones de promoción prevención, tratamiento y rehabilitación en los pacientes, familia y comunidad.

Las políticas actuales de salud están encaminadas a transformar el sistema vigente, promoviendo el trabajo en redes del ISSS aumentando el nivel de organización funcional y de respuesta multidisciplinaria, administrando de manera más eficiente los recursos disponibles para responder a las necesidades de la población de una manera longitudinal, continuada e integral.

El contenido del presente documento permitirá incidir, a través de su cumplimiento, en los problemas más comunes del sistema de referencia y retorno de pacientes en el área de Medicina Física y Rehabilitación, tales como:

1. Retrasos en la atención.
2. Desplazamientos innecesarios de pacientes.
3. Duplicidad de esfuerzos y recursos.
4. Elevación de costos.
5. Interrupción de tratamientos.

Los lineamientos de manejo de patologías osteomusculares más frecuentes en el primer y segundo nivel de atención contienen las **seis patologías osteomusculares más frecuentes** y de menor complejidad de atención en la consulta de medicina Física y Rehabilitación, que deberán ser tratadas en los primeros y segundos niveles de atención previa capacitación.

El Programa de Capacitación para el Manejo de las Patologías Osteomusculares más Frecuentes de Fisiatría esta dirigido a Médicos Empresariales, Médicos Generales y Médicos de Familia del primer y segundo nivel a través de los Lineamientos de Práctica Clínica impartidos por Médicos Fisiatras y Técnicos de Fisioterapia. Así mismo, se incluye la participación activa de los Equipos Basicos de Salud, para el acompañamiento del paciente en la comunidad para el seguimiento efectivo y oportuno del Plan de Hogar indicado por Medicina Física y Rehabilitación.





#### **D. OBJETIVOS.**

##### GENERAL:

Regular y estandarizar el manejo diagnóstico-terapéutico de las patologías osteomusculares mas frecuentes de Fisiatría en el primer y segundo nivel de atención del ISSS.

##### ESPECÍFICOS:

1. Dotar a los Médicos Empresariales, Médicos Generales y Médicos de Familia de guías diagnóstica-terapéuticas, elaboradas por consenso, para la atención integral de pacientes con patologías osteomusculares más frecuentes.
2. Atención y manejo en red de los pacientes con patologías osteomusculares más frecuentes de fisiatría que no evoluciona satisfactoriamente después del tratamiento clínico proporcionado por médico de Consulta Externa del 1er. y 2do. Nivel de Atención.
3. Seguimiento comunitario a los pacientes con tratamientos fisioterapéutico y de rehabilitación a través de los Equipos Básicos de Salud del ISSS.

#### **E. PROPOSITO.**

El presente documento tiene como propósito operativizar el tratamiento fisioterapéuticos y de rehabilitación básica de las patologías osteomusculares mas frecuentes de fisiatría en la consulta externa del el 1er. y 2do. Nivel de atención del ISSS.

#### **F. CAMPO DE APLICACIÓN.**

Es de aplicación para Médicos Empresariales, Médicos Generales y Médicos de Familia de la consulta externa del 1er. y 2do. Nivel de Atención. Así mismo, en la comunidad el brindar el seguimiento preventivo y control a los pacientes con tratamientos fisioterapéutico y de rehabilitación a través de los Equipos Básicos de Salud del ISSS.

#### **I. DISPOSICIONES GENERALES.**

1. Los médicos de consulta externa de las Clínicas Empresariales, Clínicas Comunes y Unidades Médicas de la red, atenderán a todos los pacientes con Enfermedades Osteomusculares que presenten problemas agudos con adecuada resolución o con agudización de su cronicidad; de naturaleza más frecuente y con menor grado de complejidad, ciñéndose al manejo y seguimiento contenidas en el presente documento.



2. El médico de Consulta Externa del 1er. y 2do. Nivel de Atención iniciará el proceso diagnóstico y terapéutico con los métodos a su disposición.
3. Todo paciente que no evoluciona satisfactoriamente después del tratamiento clínico proporcionado por médico de Consulta Externa del 1er. y 2do. Nivel de Atención y según tiempo estipulado de evolución, podrá ser derivado a especialista de la red correspondiente, cumpliendo los requisitos estipulados en la Norma de Referencia y Retorno Institucional vigente.
4. Si el Portafolio de Servicios de Red no proporciona los medios requeridos por médico tratante o la incertidumbre diagnóstica sobre una patología específica del ámbito de actuación en Fisiatría es alta, podrá referir al médico especialista correspondiente, de acuerdo al nivel de complejidad definido por la Red de Servicios Clínicos del ISSS.
5. Las referencias generadas para las especialidades del 2do. Nivel de Atención, de las patologías osteomusculares no contenidas en este documento se girarán desde la Consulta Externa de los diferentes centros de atención, con los resultados de los estudios pertinentes, a efecto de solicitar a través de este mecanismo el apoyo diagnóstico y/o manejo terapéutico apropiado.
6. La Referencia generada por el médico de Consulta Externa del 1er. y 2do. Nivel de Atención y dirigida a los médicos especialistas de las diferentes Redes de Atención deberá incluir los resultados de los exámenes de laboratorio y gabinete indicados como requisito del estudio respectivo por parte del médico referente, así como el reporte físico de los mismos, siendo esto último responsabilidad absoluta y exclusiva del paciente.
7. Cuando el diagnóstico resultante establecido en red de atención sea el correspondiente a una patología osteomuscular crónica y/o que dependa de la modificación de hábitos, será responsabilidad del médico tratante del 1er. y 2do. Nivel de Atención y de sus Especialistas interconsultantes de la Red de Servicios Clínicos, el correspondiente seguimiento, manejo de síntomas, plan educativo y cuidados integrales para el adecuado control y evolución del paciente.
8. El personal de los Equipos Básicos de Salud de las Clínicas Comunes así como los Educadores en Salud de las Unidades Médicas y Clínicas Comunes, emplearán los recursos disponibles y necesarios para la "Conformación de Grupos de Higiene de Columna y Grupos de Pacientes con Artritis" para el adecuado seguimiento, apoyo, información y guía de autocuidado.





## II. PATOLOGÍAS OSTEOMUSCULARES DE CONSULTA MÁS FRECUENTES EN EL 1ER. Y 2DO. NIVEL DE ATENCIÓN DEL ISSS

### 1. MANEJO DE CERVICALGIAS.

---

#### A. DEFINICIÓN

Se refiere a dolor localizado en la región cervical o cuello, que puede relacionarse a limitación de funciones, con irradiación del dolor a miembros superiores, mareo, cefalea y en algunos casos inestabilidad. Generalmente tiene un curso autolimitado, siendo el de origen mecánico el responsable del 90 % de los casos.

#### B. EPIDEMIOLOGIA.

Los desórdenes del cuello y la columna vertebral se reconocen como causa importante de morbilidad, se calcula que alrededor de un 30% de la población sufre algún episodio de cervicalgia en un momento de su vida; esto hace que sea una patología muy prevalente en las consultas de atención primaria y rehabilitación.

#### C. ETIOLOGÍA.

La Cervicalgia funcional es la más frecuente por sobrecarga física, origen traumático, artrosis cervical, por posiciones fijas o forzadas del cuello, torticolis, , fibromialgia, artropatías inflamatorias, hiperostosis deformante anquilosante, neoplasias, infecciones y trastornos psicósomáticos.

#### D. CAUSAS MAS FRECUENTES.

##### ➤ ESPASMO MUSCULAR.

En cuanto a las patologías que producen cervicalgia, el espasmo muscular es la patología más frecuente en toda la población, asociado a malas posturas tanto al caminar, sentarse y manejar así como el estrés entre otras.

Esta patología se presenta con un rango muy amplio de síntomas que puede variar desde la sensación de rigidez muscular asociado o no a cefalea, hasta síntomas severos como son cefaleas de origen cervical incapacitante, dolor local persistente y/o debilidad en hombros, brazos y puños.

➤ **TRAUMA.**

El esguince cervical que se produce posterior a un accidente de tránsito por latigazo cervical (ida y vuelta cefálica de alta energía) es de las causas más frecuentes de Cervicalgia, convirtiéndose en una causa frecuente de dolor cervical crónico e incapacitante.

Es importante resaltar que al inicio del cuadro posterior al evento traumático, es poca o nula sintomatología la que se presenta; sin embargo, se deberá iniciar tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos, relajantes musculares y evaluar el uso de collar cervical temporal y reposo.

Se encuentran casos de Cervicalgia asociada con dolor braquial, debilidad de miembros superiores, cefalea, inestabilidad, y dolor temporomandibular. Aunque se cree que la lesión básica del latigazo cervical es un esguince, rara vez se puede demostrar.

➤ **CERVICALGIA CRÓNICA.**

Dolor crónico cervical, recurrente e intermitente con crisis de dolor, sin signos ni síntomas asociados, evaluar las causas psicoafectivas como desencadenante o predisponente y evaluar artrosis de columna cervical como etiología del mismo.

**E. ATENCIÓN DEL PACIENTE EN CONSULTA EXTERNA.**

➤ **TRATAMIENTO MEDICO.**

➤ **FARMACOLÓGICO.**

El manejo inicial es médico, se utilizará analgésicos, antiinflamatorios y relajantes musculares, acompañados con medidas locales. En caso, el dolor persista o se presenten signos y síntomas de patología complicada o quirúrgica, se referirá a especialista según sea el caso.

◆ **ANALGÉSICOS.**

- ✓ Acetaminofén 500 mg a 1 gr. Vía oral C/6 horas.
- ✓ Diclofenac sódico 75 mg I.M. c/8 – 12 h. por 48 – 72 h.

Luego vía oral cualquiera de los siguientes medicamentos:

- ✓ Ibuprofeno 400 mg cada 8 a 12\*\*\* horas por 7-10 días.\*



*[Handwritten signature]*



- ✓ Acetaminofén mas codeína 500/30 mg cada 12 - 8 hrs\*\* durante períodos cortos de tiempo e intervalos regulares.

◆ **RELAJANTE MUSCULAR SI HAY ESPASMO MUSCULAR.**

- ✓ Metocarbamol 400 mg c/8 horas 7-10 días.
- ✓ Orfenadrina 60 mg cada 8 a 12 horas 3 días I.M.

\*Evaluar comorbilidades en el uso de analgésicos para cada caso en particular, se recomienda el uso de relajante musculares, por un periodo de 7-10 días en dosis según LOM.

\*\*Dolor crónico con agudizaciones, evaluar uso de codeína vigilando el aparecimiento de efectos secundarios con las recomendaciones y advertencias pertinentes.

\*\*\*Menor dosis efectiva de analgésicos: cada 12 hrs, tradicional cada 8 y a demanda por dolor, sin superar las dosis establecidas por el LOM.

➤ **TERAPIA FÍSICA.**

◆ **CALOR LOCAL:** Es el primer escoge en los casos de espasmo o retracción muscular. La aplicación de calor superficial posee beneficios tanto analgésicos, como relajantes e incrementa la circulación intramuscular. Se recomienda a partir del séptimo día post trauma.

- ✓ Duración de terapia: 20 min compresas calientes, con las recomendaciones al respecto.
- ✓ Frecuencia: según necesidad y hasta observar mejoría clínica significativa.
- ✓ Otra modalidad: inmersión del miembro en agua tibia, con los cuidados especificados, comprobando la temperatura previa inmersión, no se trata de lo más caliente soportable, la indicación es agua tibia (hasta 40° Centígrados).

◆ **CRIOTERAPIA:** Aplicación de medios físicos fríos. podrá usarse como primer escoge en aquellos casos secundarios a trauma. Alivia el dolor ya que se ha encontrado que ayuda a reducir la transmisión del impulso nervioso nociceptivo, a través de utilizar el mecanismo de la compuerta, disminuye el edema secundario gracias a su efecto vasoconstrictor.

- ✓ masaje directo (sin interfase) con hielo 5 minutos.
- ✓ compresas frías de 20 min a 1 hora (La bolsa con hielo debe ponerse con interfase no directamente.)
- ✓ frecuencia: según necesidad y hasta observar mejoría clínica significativa.

**Advertencia:** el médico tratante informará al paciente como evitar quemaduras por frío o calor. No se recomienda la aplicación de compresas calientes en personas con alteración de la sensibilidad, como diabéticos, con polineuropatías, zonas de piel con lesiones, heridas, furúnculos, entre otros (se sugiere uso en piel intacta).

- ◆ **MASAJE MANUAL.** Se recomienda el uso de ungüentos como el metilo, cremas de mano o algún tipo de aceite lubricante, masajeando el área afectada de manera gentil, si es tolerado por el paciente, durante 5 minutos 2-3 veces al día; paulatinamente, a través del amasamiento se reducirán las áreas induradas o retraídas.
- ◆ **EJERCICIOS Y/O ESTIRAMIENTOS.** Al inicio de cuadro, en etapa aguda no se recomienda practicarlo, es decir no antes de dos a tres semanas; realizarlos de forma gentil, con movimientos de extensión, flexión y rotaciones del cuello, según corresponda y a la tolerancia de paciente

Nota : Podrá retirarse el collar cervical para la aplicación de compresas frías, y ser retirado en actividades como bañarse, comer o reposar, entendiendo que es un esguince no complicado.

#### **F. CRITERIOS DE REFERENCIA.**

Se consideran signos de alarma: dolor de cuello de muy fuerte intensidad con o sin irradiación a miembros superiores que incluyan disminución de la fuerza muscular y alteraciones de la sensibilidad, trastornos del equilibrio, vértigo, hipotonía y disminución de reflejos osteotendinosos.

Es de importancia resaltar que posterior a Cervicalgia traumática el paciente deberá presentar mejoría significativa en 7 días, si no evoluciona satisfactoriamente indicar referencia a nivel superior.

Pacientes con dolor crónico de cuello, indicar radiografía AP y lateral de columna cervical para diagnóstico etiológico y continuar manejo en medicina General o Medicina Familiar según lineamiento; si el paciente no presenta mejoría y el cuadro se acompaña de parestesias, hipotonía y disminución de reflejos osteotendinosos referir a especialista en neurocirugía según norma de referencia y retorno.

**G. INTERVALO DE INCAPACIDAD SUGERIDO:** según necesidad y compromiso del paciente, hasta 7 días.



A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'J. B. B.', located at the bottom right of the page.



## 2. MANEJO DE HOMBRO DOLOROSO.

---

### A. DEFINICIÓN.

Se define como hombro doloroso aquel originado en las articulaciones esternoclavicular, acromioclavicular y glenohumeral, junto a los ligamentos, tendones, músculos y otros tejidos blandos del cinturón escapulo humeral, en relación funcional con esas estructuras.

En términos de tiempo, generalmente un problema osteomuscular se considera agudo cuando la duración del dolor es menor de tres meses y dolor crónico el que ha persistido por más de tres meses.

### B. EPIDEMIOLOGÍA.

Se estima que la prevalencia e incidencia aumentan con la edad, con determinadas actividades físicas, profesiones y en pacientes diabéticos. La mayoría de los síntomas permanecen por periodos de tiempo largo o son recurrentes. Aproximadamente la mitad de todos los pacientes quienes consultan por un episodio nuevo, sufren síntomas al menos durante 6 ó 12 meses y en ocasiones más.

### C. ETIOLOGÍA.

El síndrome de hombro doloroso, en el ámbito laboral, es aquel relacionado con trabajo repetitivo sostenido, posturas incómodas y carga física.

Entre las causas de condiciones dolorosas de hombro se encuentran las de origen neurológico intrínseco, condiciones de carácter agudo y condiciones mecánicas, que son las más frecuentes.

- ◆ **Las Tendinitis del manguito rotador:** representan un espectro de patologías agudas y crónicas que afectan el tendón en sus cuatro componentes o a cada uno de ellos en forma aislada. La manifestación crónica (se presenta con mayor frecuencia en la cuarta década), es siempre asociada con un incremento gradual de síntomas, especialmente durante las actividades repetitivas o por encima del nivel del hombro.
  
- ◆ **La Tendinitis Bicipital:** se presenta como dolor localizado en la parte anterior del hombro y puede irradiarse a lo largo del tendón y músculo bicipital, el diagnóstico es considerado por clínica de dolor a nivel de canal bicipital. Frecuentemente se asocia con síndrome de pinzamiento entre el acromión y el troquíter o lesiones propias del manguito rotador.

- ◆ **Bursitis:** El dolor de la bursa subacromial puede asociarse también a la bursa subdeltoidea. La abducción del hombro es dolorosa.

#### **D. DIAGNÓSTICO.**

El diagnóstico "síndrome de hombro doloroso" es esencialmente clínico. Se evaluará el uso de imágenes diagnósticas según evolución del paciente. En los casos traumáticos desde el inicio se realizarán estudios de rayos "X".

La exploración física del hombro debe incluir: Inspección, Palpación, Evaluación de la movilidad activa y pasiva y rangos de movimiento.

En el examen físico, además de la evaluación osteo-muscular completa del hombro, cintura escapular y región cervical, se recomienda la inspección y valoración neurológica detallada.

Si ya se ha determinado que el hombro doloroso es de origen mecánico y no existe respuesta al manejo conservador inicial a las 4 semanas, considere la posibilidad de solicitar estudios especiales como Rayos "X" y Ultrasonografía

Ante sospecha de rupturas totales del tendón del manguito rotador, estará indicada la realización de ecografía de hombro. De confirmarse una lesión de esta naturaleza el caso deberá ser referido a ortopedia.

Un dolor localizable que orienta al clínico a etiología específica, con tendencia a la cronicación, se realizarán los estudios pertinentes (rayos X y USG) y según resultados continuar el seguimiento o referir a la cabeza de red, según evolución podrán referir a Clínica de Selección de Rehabilitación para evaluación.

#### **E. ATENCIÓN DEL PACIENTE EN CONSULTA EXTERNA.**

##### **➤ TRATAMIENTO MÉDICO.**

##### **➤ FARMACOLÓGICO.**

El manejo inicial es médico, se utilizarán analgésicos, antiinflamatorios y en ocasiones relajantes musculares, acompañados con medidas locales. En caso el dolor persista o se presenten signos y síntomas de patología complicada o quirúrgica, se referirá a especialista según sea el caso.

El tratamiento del dolor se hace con antiinflamatorios o analgésicos, por un periodo no mayor de quince días.



➤ **ANALGÉSICOS.**

- ✓ Acetaminofén 500 mg a 1gr. Vía oral C/6 horas
- ✓ Diclofenac sódico 75 mg I.M. c/8 – 12 h. por 48 – 72 h.
- ✓ Luego vía oral cualquiera de los siguiente medicamentos:
- ✓ Ibuprofeno 400mg cada 8 a 12\*\*\* horas por 7-10 días.\*
- ✓ Acetaminofén mas codeína 500/30 mg cada 12- 8 hrs\*\* durante períodos cortos de tiempo e intervalos regulares

➤ **RELAJANTE MUSCULAR SI HAY ESPASMO MUSCULAR.**

- ✓ Metocarbamol 400 mg c/8 horas 7-10 días.
- ✓ Orfenadrina 60 mg cada 8 a 12 horas 3 días I.M.

\* Evaluar comorbilidades en el uso de analgésicos para cada caso en particular, se recomienda el uso de relajantes musculares, por un periodo de 7-10 dias en dosis según LOM.

\*\* Cuadro de dolor crónico con agudizaciones, evaluar uso de codeína vigilando el aparecimiento de efectos secundarios, brindando las recomendaciones y advertencias pertinentes.

\*\*\*Menor dosis efectiva de analgesicos: cada 12 hrs, tradicional cada 8 hrs. y a demanda por dolor sin superar dosis establecidas por el LOM.

➤ **TERAPIA FÍSICA.**

◆ **CALOR LOCAL:** Es el primer escoge en los casos de espasmo o retracción muscular. La aplicación de calor superficial posee beneficios tanto analgésicos, como relajantes e incrementa la circulación intramuscular.

- ✓ Duración de terapia: 20 min compresas calientes, con las recomendaciones al respecto.
- ✓ Frecuencia: según necesidad y hasta observar mejoría clínica significativa.

◆ **CRIOTERAPIA:** Aplicación de medios físicos fríos. podrá usarse como primer escoge en aquellos casos secundarios a trauma. Alivia el dolor ya que se ha encontrado que ayuda a reducir la transmisión del impulso nervioso nociceptivo, a través de utilizar el mecanismo de la compuerta, disminuye el edema secundario gracias a su efecto vasoconstrictor.

- ✓ masaje directo (sin interfase) con hielo 5 minutos.
- ✓ compresas frías de 20 min a 1 hora (La bolsa con hielo debe ponerse con interfase no directamente.)
- ✓ frecuencia: según necesidad y hasta observar mejoría clínica significativa.

Advertencia: el médico tratante informará al paciente como evitar quemaduras por frío o calor. No se recomienda la aplicación de compresas calientes en personas con



alteración de la sensibilidad, como diabéticos, con polineuropatías, zonas de piel con lesiones, heridas, furúnculos, entre otros (se sugiere uso en piel intacta).

➤ **MASAJE MANUAL.**

Estará indicado en el caso de existir espasmos musculares del cinturón escapulo humeral acompañantes; queda a discreción el uso de ungüentos locales como el metilo, cremas de mano o algún tipo de aceite lubricante, masajeando el área afectada de manera gentil, si es tolerado por el paciente, durante 5 minutos 2-3 veces al día.

➤ **EJERCICIOS Y/O ESTIRAMIENTOS.**

- ✓ Se recomiendan ejercicios activos asistidos del hombro, según tolerancia de paciente, para recuperar los arcos articulares del hombro afectado, aunado a los medios físicos locales.
- ✓ No se recomienda la inmovilización.
- ✓ Se recomienda la movilización gentil del hombro.
- ✓ El codo, muñeca y dedos de la mano deberán movilizarse en forma activa por parte del paciente.

**F. CRITERIOS DE REFERENCIA.**

- ✓ Indicación quirúrgica.
- ✓ Hombro congelado (ausencia completa de movilidad y rigidez del hombro afectado)
- ✓ Ruptura total del mango de los rotadores o del tendón del bíceps en pacientes jóvenes.
- ✓ Inestabilidad glenohumeral grave (luxación recidivante.)
- ✓ Lesión neurológica de hombro.
- ✓ Luxaciones reducidas.
- ✓ Artritis séptica.
- ✓ Hombro doloroso por afección reumática en estadios tempranos
- ✓ Cuando el dolor este condicionado por la actividad laboral, con la finalidad de valorar cambio de actividad, considerar referir a Medicina del trabajo.

**H. INTERVALO DE INCAPACIDAD SUGERIDO:** según necesidad y compromiso del paciente hasta 7 días.





### 3. MANEJO Y PREVENCIÓN DE LUMBALGIA EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

---

#### A. DEFINICIÓN.

- **LUMBAGO:** Es el dolor lumbar agudo que se presenta en forma repentina cuando se realiza un sobreesfuerzo o al realizar un movimiento brusco y repentino,
  
- **LUMBALGIA:** Es todo tipo de dolor lumbar que no es ocasionado en forma repentina y brusca.
  - ✓ Aguda: menor de 12 semanas de evolución.
  - ✓ Crónica: mayor de 12 -24 semanas de evolución.

#### B. INTERROGATORIO.

El médico debe realizar una historia clínica completa, que le permita ubicar al paciente con dolor lumbar dentro de tres categorías: dolor bajo de espalda inespecífico, severidad del dolor, tiempo de evolución, limitación funcional, factores de riesgo laboral, psicosociales y signos de alarma: dolor lumbar potencialmente asociado con radiculopatía o dolor lumbar potencialmente asociado con enfermedad sistémica específica; conocer qué posturas o movimientos lo alivian o lo incrementan, asociado o no a dolor en una o ambas extremidades inferiores.

Ante un paciente con lumbalgia, se debe investigar los siguientes signos de alarma: edad >50 años, antecedente de neoplasia, síndrome constitucional, no mejoría con tratamientos habituales, dolor en reposo, fiebre, inmunodepresión, traumatismo previo, osteoporosis, toma de esteroides y síndrome de cauda equina.

#### C. EXPLORACIÓN.

- a. Observar si existen asimetrías en la postura lumbar en posición de pie: Está conservada la lordosis lumbar, existen desviaciones laterales de la región lumbar.
- b. La movilidad lumbar es normal o está restringida por dolor.
- c. Existe espasmo muscular al palpar los extensores y cuadrado lumbares.
- d. La marcha es normal o se realiza a "pasos cortos".
- e. Los reflejos osteo tendinosos están presentes.
- f. Una exploración neurológica completa debe ser realizada ante la presencia de dolor y otros síntomas neurológicos en las extremidades inferiores
- g. Por lo general el paciente prefiere estar de pie, porque al sentarse y luego levantarse se aumenta el dolor a nivel región lumbar.
- h. Pierde el equilibrio o aumenta el dolor cuando se le pide que se pare sobre los talones o en puntillas.

- i. Marcha a pasos cortos o claudicante.

#### **D. SIGNOS DE ALERTA:**

- a. Existencia de trastornos sensitivos o motores.
- b. Movimientos repetitivos involuntarios unilaterales.
- c. Pérdida del control de esfínteres.
- d. Irradiación del dolor a miembros inferiores (dolor en trayecto del nervio ciático).
- e. Fuerza muscular de miembros inferiores disminuida.
- f. Reflejos osteotendinosos: Hiperreflexia o Hiporreflexia.

#### **E. EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE.**

- a. Es importante recordar que el 95% de los casos de lumbalgia aguda (< 6 semanas) constituyen causas inespecíficas y, en más del 50% de las radiografía de columna lumbar se observan alteraciones degenerativas, principalmente en pacientes mayores de 50 años, por lo anterior no se recomienda solicitar estudios de rayos X e imagen de manera rutinaria en pacientes con lumbalgia aguda inespecífica.
- b. La solicitud de radiografías de columna lumbar antero posterior y lateral pueden ser consideradas en pacientes con fiebre de mas de 38 grados centígrados por más de 48 horas, osteoporosis, enfermedad sistémica, déficit sensitivo o motor, uso crónico de esteroides, inmunosupresión, sospecha clínica de espondilitis anquilosante, accidente o trauma, paciente mayor de 50 años y ausencia de respuesta a tratamiento habitual por más de 4-6 semanas.

#### **F. MANEJO DE PACIENTE EN PRIMER Y SEGUNDO NIVEL.**

##### ➤ **TRATAMIENTO MÉDICO.**

##### ➤ **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.**

- ✓ Acetaminofén 500 mg a 1gr. Vía oral C/6 horas.
- ✓ Diclofenac sódico 75 mg I.M. c/8 – 12 h. por 48 – 72 h.

Luego, vía oral cualquiera de los siguientes medicamentos:

- ✓ Ibuprofeno 400mg cada 8 a 12\*\*\* horas por 7-10 días.\*
- ✓ Acetaminofén mas codeína 500/30 mg cada 12- 8 hrs\*\* durante períodos cortos de tiempo e intervalos regulares.





➤ **RELAJANTE MUSCULAR SI HAY ESPASMO MUSCULAR.**

- ✓ Metocarbamol 400 mg c/8 horas 7-10 días.
- ✓ Orfenadrina 60 mg cada 8 a 12 horas 3 días I.M.

\*Evaluar comorbilidades en el uso de analgésicos para cada caso en particular, se recomienda el uso de relajante musculares, por un periodo de 7-10 días en dosis según LOM.

\*\*Dolor crónico con agudizaciones, evaluar uso de codeína vigilando el apareamiento de efectos secundarios con las recomendaciones y advertencias pertinentes.

\*\*\*Menor dosis efectiva de analgésicos: cada 12 hrs, tradicional cada 8 hrs y a demanda por dolor sin superar dosis establecida por el LOM.

➤ **TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO.**

➤ **TERAPIA FÍSICA.**

◆ **CALOR LOCAL:** Es el primer escoge en los casos de espasmo o retracción muscular. La aplicación de calor superficial posee beneficios tanto analgésicos, como relajantes e incrementa la circulación intramuscular.

- ✓ Duración de terapia: 20 min compresas calientes, con las recomendaciones al respecto.
- ✓ Frecuencia: según necesidad y hasta observar mejoría clínica significativa.

◆ **CRIOTERAPIA:** Aplicación de medios físicos fríos. podrá usarse como primer escoge en aquellos casos secundarios a trauma. Alivia el dolor ya que se ha encontrado que ayuda a reducir la transmisión del impulso nervioso nociceptivo, a través de utilizar el mecanismo de la compuerta, disminuye el edema secundario gracias a su efecto vasoconstrictor.

- ✓ masaje directo (sin interfase) con hielo 5 minutos.
- ✓ compresas frías de 20 min a 1 hora (La bolsa con hielo debe ponerse con interfase no directamente.)
- ✓ frecuencia: según necesidad y hasta observar mejoría clínica significativa.

**Advertencia:** el médico tratante informará al paciente como evitar quemaduras por frío o calor.

➤ **MASAJE MANUAL.**

- ✓ Se puede utilizar masaje en fase aguda.



- ✓ Queda a discreción el uso de ungüentos locales como el metilo, cremas de mano o algún tipo de aceite lubricante, masajeando el área afectada de manera gentil, si es tolerado por el paciente, durante 5 minutos 2-3 veces al día; paulatinamente, a través del amasamiento se resolverán las zonas induradas o retraídas.

#### **G. METAS DE TRATAMIENTO.**

- ✓ En el paciente con lumbalgia crónica con sobrepeso y obesidad, se recomienda reducción de peso e intervención de un equipo transdisciplinario; se buscará llevarlo a un Índice de Masa Corporal entre 20-25 Kgs. /M2.
- ✓ Informar y educar al paciente sobre medidas de higiene lumbar postural y cinética (por ejemplo, la forma correcta de sentarse, cargar objetos pesados, dormir y manejar) así como ejercicios de flexión de tronco y extremidades básicos, con la finalidad de limitar manifestaciones clínicas de lumbalgia.
- ✓ La meta primaria de la rehabilitación en personas con dolor lumbar agudo es tratar de disminuir o eliminar el dolor, procurar la reincorporación a las actividades personales y al trabajo, prevenir el desacondicionamiento, discapacidad, tendencia a la cronicidad y evitar conductas incorrectas e innecesarias.

#### **H. MANEJO MULTIDISCIPLINARIO.**

- ✓ Higiene de columna: se recomienda la conformación de grupos en los centros de atención para manejo integral del lumbago crónico y recurrencias.
  - ✓ Medicina Interna: manejo de síndrome metabólico u obesidad mórbida.
  - ✓ Trabajo social-educador en salud: Para integrarlo a grupos de pacientes con lumbago y educación en salud.
- **NUTRICIONISTA:** Para capacitar al paciente y su familia para adoptar un régimen alimenticio que le permita una vida sana y el control de su peso.
- **MÉDICO DEL TRABAJO.**
- ✓ Investigue su área laboral: Perfil del puesto de trabajo.
  - ✓ Educación en Higiene de columna lumbar.
  - ✓ Investigación en caso de un accidente de trabajo.
  - ✓ Indicar Medidas higiénicas y ergonómicas en los puestos de trabajo.
- **SALUD MENTAL:**
- ✓ Dolor lumbar asociado a trastornos psicossomáticos.





## I. REFERENCIA.

### ➤ **SOSPECHA DE INFECCIÓN.**

Fiebre, inmunosupresión, herida penetrante, infección urinaria, Infección de piel.

### ➤ **SOSPECHA DE CAUDA EQUINA/COMPROMISO RADICULAR GRAVE.**

- ✓ Aparición de síntomas sensitivos o motores.
- ✓ Progresión del dolor lumbar a pesar de la aplicación de las medidas sugeridas en esta guía.
- ✓ Pérdida de control de esfínteres.
- ✓ Retención urinaria.
- ✓ Anestesia en silla de montar, déficit sensitivo- neuromotor, dolor en ambas piernas

### ➤ **SOSPECHA DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA.**

- ✓ Edad  $\leq$  40 años, dolor que mejora con el ejercicio.
- ✓ Duración  $\geq$  3 meses.
- ✓ Rigidez matutina  $\geq$  60 minutos.
- ✓ Tipo de inicio insidioso.
- ✓ Raramente déficit neurológico.

### ➤ **SOSPECHA DE NEOPLASIA.**

- ✓ Pérdida inexplicable de peso corporal.
- ✓ Antecedente de cáncer.
- ✓ Edad  $\geq$  50 años.
- ✓ Dolor nocturno en reposo.

### ➤ **EMBARAZO Y LUMBAGO.**

- ✓ Referencia a Gineco-Obstetricia.

I. **INTERVALO DE INCAPACIDAD SUGERIDO:** según necesidad y compromiso del paciente hasta 7 días.

#### 4. MANEJO DE ARTROSIS DE CADERA Y RODILLA.

---

##### A. DEFINICIÓN.

Se denomina ARTROSIS u OSTEOARTRITIS (OA), a un grupo heterogéneo de padecimientos articulares que se caracterizan primariamente por deterioro y pérdida de cartílago hialino articular, alteraciones del hueso subcondral y variados compromisos de tejidos blandos que incluye a la membrana sinovial.

La magnitud de los síntomas clínicos con frecuencia no se correlaciona con los hallazgos radiológicos. Suele existir inflamación articular con clínica de baja magnitud y sin repercusión sistémica, más frecuentemente al inicio de los síntomas que motivan la consulta, fenómeno que puede repetirse esporádicamente.

##### B. ANTECEDENTES.

La importancia de la Artrosis u Osteoartritis (OA), radica en su alta frecuencia, las molestias que ocasiona a quienes la padecen y el importante deterioro funcional que suele asociarse al compromiso de rodillas y/o caderas.

##### C. EPIDEMIOLOGÍA:

**Prevalencia:** La Artrosis u Osteoartritis (OA), es la enfermedad articular más frecuente. Su frecuencia va aumentando con la edad, y en los mayores de 60 años se estima que más del 80% presenta alteraciones radiológicas de OA en al menos una articulación, especialmente en las mujeres; el sobrepeso u obesidad favorecen su apareamiento.

**Incidencia:** Los datos a nivel mundial son escasos. En OA de caderas, se han reportado valores de 47 hasta 88 casos por 100.000 habitantes, mientras que para la rodilla se han estimado incidencias entre 164 y 240/100.00

**Consecuencias:** En cuanto a su impacto, la OA de rodillas es la principal causa de deterioro en la movilidad, especialmente en mujeres. Es la 8º principal causa de carga de enfermedad en el mundo, siendo responsable del 2.8% del total de años vividos con discapacidad, lo que es similar a la esquizofrenia o las anomalías congénitas.

##### D. ETIOLOGIA.

Por mucho tiempo se consideró la OA como un deterioro asociado al envejecimiento, tanto así que se le llamo también enfermedad degenerativa articular. Hoy se sabe que es bastante más que un simple deterioro por envejecimiento.

♦ Causas principales de Osteoartritis:

- ✓ Predisposición a la enfermedad (herencia, obesidad, variables reproductivas, osteoporosis).





- ✓ Determinación de una carga biomecánica anormal en sitios articulares específicos (forma articular, tipo de trabajo, trauma, deportes).
- ◆ En cuanto al sexo, se ha demostrado que las mujeres tienen un riesgo 2,6 veces más alto que los hombres de desarrollar OA.
- ◆ La obesidad es uno de los factores de riesgo modificables más importantes.
- ◆ Se sabe que actividades repetitivas que determinen sobreuso de la articulación y fatiga de los músculos que protegen la articulación se asocian a mayor frecuencia de OA.

## E. DIAGNOSTICO.

### ➤ CLÍNICOS:

- ✓ Mayor de 50 años.
- ✓ Rigidez matinal de menos de 30 minutos.
- ✓ Crepitaciones óseas.
- ✓ Sensibilidad ósea (dolor a la palpación de los márgenes articulares).
- ✓ Engrosamiento óseo de la rodilla.
- ✓ Sin aumento de temperatura local a la palpación.

La presencia de 3 de estos 6 criterios tiene una sensibilidad de 95% y una especificidad de 69% para diagnóstico de artrosis.

### ➤ USANDO CLÍNICA Y RADIOLOGÍA:

Dolor en la rodilla más radiografía con osteofitos y a lo menos 1 de los siguientes criterios:

- ✓ Edad mayor de 50 años.
- ✓ Rigidez menor de 30 minutos.
- ✓ Crujido articular.

Estos criterios tienen una sensibilidad de 91% y especificidad de 86%.

## ¿CÓMO DIAGNOSTICAR LA ARTROSIS DE CADERA?

Se han propuesto diferentes criterios para el diagnóstico de OA de cadera. De acuerdo al Colegio Americano de Reumatología, basado en elementos clínicos y eritrosedimentación (VES), se podría tener una sensibilidad de 86% con una especificidad de 75%.

Por otro lado, al incluir la radiología, la presencia de dolor en la cadera más, al menos 2 de los siguientes 3 elementos, tiene una sensibilidad de 89% con una especificidad de 91%:

- ◆ VHS < a 20 mm/hora.
- ◆ Osteofitos radiológicos (femorales o acetabulares).
- ◆ Disminución del espacio articular en la radiografía (superior, axial o medial).

## ¿CUÁNDO SOLICITAR RADIOGRAFÍA?

Controlar síntomas, luego de 4 y 6 semanas de tratamiento si no hay control adecuado, solicitar radiografía bilateral aunque los síntomas sean unilaterales.

## ¿CÓMO HACER EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL?

Todo paciente con dolor de cadera o rodilla y/o limitación funcional de ésta, en que se sospeche el diagnóstico de OA y:

- a. Que no cumpla con todos los criterios clínicos de diagnóstico de OA.
- b. Exista la duda respecto de otros posibles diagnósticos.
- c. En el que luego de 4 a 6 semanas de manejo terapéutico inicial no se ha obtenido mejoría de los síntomas.
- d. Si el estudio no es concluyente o existen otras causas evidentes que explican las molestias del paciente.

#### **F. REFERENCIA.**

1. No mejoría o aumento de la sintomatología después de manejo convencional por 6 semanas.
2. Persistencia de síntomas posterior a cumplimiento de recomendaciones de educación como son: disminución de peso, higiene de rodilla entre otros.

Éste deberá ser derivado para ser atendido por un Internista u Ortopeda, según la sintomatología clínica, quien realizará el diagnóstico diferencial y podrá sugerir la conducta más apropiada.

#### **¿CUÁLES SON LOS TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS RECOMENDADOS?**

Educación del Paciente: La entrega de información y educación son en general una obligación de los equipos médicos, a la vez que una responsabilidad compartida con los pacientes. Esto es particularmente importante en enfermedades crónicas como la OA, y debe incluir aspectos relativos a la importancia de la enfermedad, sus formas de estudio, alternativas terapéuticas y pronóstico.

Recomendación: Todo paciente con OA de rodilla o cadera debiera recibir educación respecto de su enfermedad, incluyendo información sobre los métodos de diagnóstico, opciones de tratamiento y pronóstico de la enfermedad. Ello puede ser realizado en forma personalizada o grupal, por lo que se sugiere la conformación de los grupos de artriticos.

#### **G. MANEJO DE PACIENTE EN PRIMER Y SEGUNDO NIVEL.**

##### **➤ FARMACOLÓGICO.**

##### **➤ ANALGÉSICOS.**

- ✓ Acetaminofén 500 mg a 1gr. Vía oral C/6 horas.
- ✓ Diclofenac sódico 75 mg I.M. c/8 – 12 h. por 48 – 72 h.

Luego vía oral cualquiera de los siguientes medicamentos:

- ✓ Ibuprofeno 400mg cada 8 a 12\*\*\* horas por 7-10 días.\*
- ✓ Acetaminofén mas codeína 500/30 mg cada 12- 8 hrs\*\* durante períodos cortos de tiempo e intervalos regulares



**Recomendaciones Clave**

<b>Recomendaciones</b>	<b>Grado recomendación</b>
Todo paciente con Osteoartritis de rodilla o cadera debiera recibir educación respecto de su enfermedad, incluyendo información sobre los métodos de diagnóstico, opciones de tratamiento y pronóstico de la enfermedad. Ello puede ser realizado en forma personalizada o grupal.	A
Todo paciente con Osteoartritis de rodillas o caderas, debiera realizar un programa de ejercicio para mejorar la condición de la musculatura de las extremidades inferiores. Dicho programa de ejercicio puede ser realizado de manera individual o grupal.	A
A todo paciente con sobrepeso u obeso, se le debe recomendar una baja de peso de a lo menos un 5%, lo cual puede ser logrado, entre otros, por una re-educación alimentaria, así como ejercicio adecuado a su condición.	A
En aquellos pacientes que no tengan una respuesta satisfactoria al uso apropiado de analgésicos simples y/o agentes tópicos, se puede considerar el uso de un AINE (Antiinflamatorio no esterooidal), por vía oral. La recomendación es usar los AINEs (Antiinflamatorios no esteroideos) a la menor dosis efectiva y si ello no lograra mejoría sintomática significativa (luego de a lo menos 10 días de uso regular), podrá ser usado en dosis antiinflamatoria tradicional.	C



➤ **RELAJANTE MUSCULAR.**

Se recomienda su uso si existe espasmo en los grupos musculares del muslo o la pierna asociado al padecimiento, así:

- ✓ Metocarbamol 400 mg c/8 horas 7-10 días.
- ✓ Orfenadrina 60 mg cada 8 a 12 horas 3 días I.M.

\*Evaluar comorbilidades con el uso de analgésicos para cada caso en particular, se recomienda el uso de relajante musculares, por un periodo de 7-10 días en dosis según LOM.

\*\*Dolor crónico con agudizaciones: evaluar uso de codeína vigilando el apareamiento de efectos secundarios, con las recomendaciones y advertencias pertinentes.

\*\*\* Menor dosis efectiva de analgésicos: cada 12 hrs. tradicional cada 8 hrs. y a demanda por dolor sin superar dosis establecida por el LOM.

**H. TERAPIA FISICA.**

◆ **CALOR LOCAL:** Es el primer escoge en los casos de espasmo o retracción muscular. La aplicación de calor superficial posee beneficios tanto analgésicos, como relajantes e incrementa la circulación intramuscular. Se recomienda a partir del séptimo día post trauma.

- ✓ Duración de terapia: 20 min compresas calientes, con las recomendaciones al respecto.
- ✓ Frecuencia: según necesidad y hasta observar mejoría clínica significativa.

◆ **CRIOTERAPIA:** Alivia el dolor ya que se ha encontrado que ayuda a reducir la transmisión del impulso nervioso nociceptivo, a través de utilizar el mecanismo de la compuerta, disminuye el edema secundario gracias a su efecto vasoconstrictor.

- ✓ masaje directo (sin interfase) con hielo 5 minutos.
- ✓ compresas frías de 20 min a 1 hora (La bolsa con hielo debe ponerse con interfase no directamente.)
- ✓ frecuencia: según necesidad y hasta observar mejoría clínica significativa.

No se recomienda la aplicación de compresas calientes en personas con alteración de la sensibilidad, como diabéticos, con polineuropatías, zonas de piel con lesiones, heridas, furúnculos, entre otros (se sugiere uso en piel intacta).

**Advertencia:** el médico tratante informará al paciente como evitar quemaduras por frío o calor.

➤ **EJERCICIOS:** Los ejercicios de fortalecimiento muscular de las extremidades inferiores (caminar) tendrían beneficios en disminuir el dolor al ponerse de pie y estado funcional general (Recomendación Grado A) es decir, caminar según tolerancia.





## 5. MANEJO EN TENDINITIS DEL AQUÍLEO.

---

**A. DEFINICIÓN.** es una afección que ocurre cuando el Tendón de Aquiles que conecta a la parte posterior de la pierna, el talón se inflama y duele. Este tendón se llama Aquileo y permite despegar del piso el talón del pie durante la marcha así como al correr, saltar.

### B. EPIDEMIOLOGÍA.

- ✓ Más frecuente en hombres o en mujeres que utilizan zapatos de tacón elevado (por presión al contacto de la talonera del calzado).
- ✓ Atletas.
- ✓ Edades comprendidas entre los 24-30 años.

### C. ETIOLOGÍA.

- ✓ Incremento repentino de la cantidad o intensidad de una actividad.
- ✓ Los músculos de la pantorrilla están muy tensos o retraídos.
- ✓ Correr sobre superficies duras.
- ✓ Saltar en exceso.
- ✓ Calzado inadecuado.
- ✓ Pie plano.
- ✓ Mas frecuente en deportistas añosos.
- ✓ Incremento en la probabilidad de ruptura del tendón aquileo en deportes que involucran saltos.
- ✓ también lo ocasiona el sedentarismo.

### D. DATOS CLÍNICOS.

El tendón de Aquiles es el más fuerte y resistente que tenemos, el daño a dicho tendón se produce por un microtrauma y tracciones repetidas en donde se producen zonas de degeneración de la estructura fibrosa y calcificaciones.

El paciente consultara con historia de dolor espontáneo y dificultad al andar y movilizar el tobillo, con disminución del funcionamiento articular de tobillo en región posterior y con antecedentes de etiología predisponente ya descrita.

### E. EXAMEN FÍSICO.

Dolor a la palpación del tendón Aquileo, en algunas ocasiones se puede tocar una protuberancia en el mismo y a veces podemos oír crepitación o ver engrosamiento del mismo y dolor a la movilización activa.

### F. DIAGNÓSTICO.

Rayos "X" AP y lateral de tobillo: puede evidenciarse una tuberosidad calcanea posterior y superior prominente.

**Ecografía:** se indicará con dolor crónico persistente mayor de 6 semanas o sospecha de ruptura por ejercicio o trauma.

## G. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

### ➤ **ANALGÉSICOS.**

- ✓ Acetaminofén 500 mg a 1 gr. Vía oral C/6 horas.
- ✓ Diclofenac sódico 75 mg I.M. c/8 – 12 h. por 48 – 72 h.

Luego vía oral cualquiera de los siguientes medicamentos:

- ✓ Ibuprofeno 400mg cada 8 a 12\*\*\* horas por 10-15 días.\*
- ✓ Acetaminofén mas codeína\*\* 500/30 por periodos de tiempo corto e intervalos regulares.

### ➤ **RELAJANTE MUSCULAR SI HAY ESPASMO MUSCULAR.**

- ✓ Metocarbamol 400 mg c/8 horas 7-10 días.
- ✓ Orfenadrina 60 mg cada 8 a 12 horas 3 días I.M.

\*Evaluar comorbilidades en el uso de Aines o analgésicos para cada caso en particular, se recomienda el uso de relajante musculares, por un periodo de 7-10 días en dosis según LOM.

\*\*Si cuadro de dolor crónico con agudizaciones, evaluar uso de codeína vigilando el apareamiento de efectos secundarios con las recomendaciones y advertencias pertinentes.

\*\*\* Menor dosis efectiva de analgesicos: cada 12 hrs, tradicional cada 8 hrs. y a demanda por dolor sin superar dosis establecida por el LOM.

## H. TERAPIA FISICA

- **CRIOTERAPIA:** Aplicación de medios físicos fríos. Es el primer escoge en la mayoría de casos: La crioterapia es otro medio físico utilizado para manejo del dolor local, ya que se ha encontrado que ayuda a reducir la transmisión del impulso nervioso, aplicando la teoría de la compuerta, ayuda a disminuir el dolor, el edema y el espasmo muscular.

**Masaje directo** (sin interfase) con hielo 5 minutos.

**Compresas frías** de 20 min a 1 hora (La bolsa con hielo debe ponerse con interfase no directamente.)

**Frecuencia:** según necesidad y hasta observar mejoría clínica significativa.

- **CALOR LOCAL:** La aplicación de calor superficial, podrá usarse como segundo escoge en etapa no aguda, ya que se ha encontrado que posee beneficios tanto analgésicos, como relajantes.

**Duración de terapia:** 20 min compresas calientes, con las recomendaciones al respecto.



a reducir la transmisión del impulso nervioso nociceptivo, a través de utilizar el mecanismo de la compuerta, disminuye el edema secundario gracias a su efecto vasoconstrictor.

- ✓ masaje directo (sin interfase) con hielo 5 minutos.
  - ✓ compresas frías de 20 min a 1 hora (La bolsa con hielo debe ponerse con interfase no directamente.)
  - ✓ frecuencia: según necesidad y hasta observar mejoría clínica significativa.
- **REPOSO RELATIVO:** Cese de actividades deportivas y sobre esfuerzo físico hasta mejoría de cuadro y masaje con metilo a discreción de médico tratante.

**Advertencia:** el médico tratante informará al paciente como evitar quemaduras por frío o calor. No se recomienda la aplicación de compresas calientes en personas con alteración de la sensibilidad, como diabéticos, con polineuropatías, zonas de piel con lesiones, heridas, furúnculos, entre otros (se sugiere uso en piel intacta).

**I. REFERENCIA.**

- a. Si no presenta mejoría en 6 a 12 semanas referencia Médico Cirujano de cabeza de red.
- b. Referencia a Fisiatría para la aplicación de otras terapéuticas diferentes a las descritas en este documento.
- c. Referencia a Ortopedia si diagnostica ruptura de tendón de Aquiles por estudios de radiografía o ultrasonido.

**J. INTERVALO DE INCAPACIDAD SUGERIDO:** según necesidad y compromiso del paciente hasta 7 días.



## 6. FASCEITIS PLANTAR.

### A. DEFINICIÓN Y ANATOMÍA.

La fascia plantar es la principal estructura que mantiene el arco longitudinal del pie y cubre toda la superficie plantar desde el tubérculo medial del calcáneo hasta la cápsula articular de las articulaciones metatarsofalángicas. Está formada por tres bandas: medial, central y lateral, siendo las dos últimas las que presentan mayor grosor. La banda lateral presenta un grosor similar a la banda central, siendo más delgada a nivel distal y se origina en el margen lateral del tubérculo medial del calcáneo, extendiéndose plantarmente por la superficie del músculo abductor del quinto dedo, el dolor a nivel de esta estructura anatómica constituye la Fascitis Plantar.

**La Talalgia:** es el dolor localizado en el talón, ya sea en su aspecto plantar, posterior o medial/lateral, y engloba todas aquellas patologías en las que se ven afectadas estructuras óseas, tendinosas, musculares, nerviosas, tisulares y bolsas serosas.

Esta estructura tiene una función esencial en el caminar, pues es una de las principales responsables de mantener el arco plantar, absorber y devolver la energía que se produce cuando el pie impacta contra el suelo. Además, se encarga de proteger los metatarsianos evitando un exceso de flexión de los dedos.

### B. INCIDENCIA.

Esta lesión es **muy frecuente entre los deportistas de diferentes disciplinas** y suele producirse por tener que hacer largas carreras sobre una superficie irregular y/o saltar. En aquellos que no practican deporte con asiduidad suele presentarse a partir de los 45 años.

Representa uno de los principales motivos de consulta en las consultas de los diferentes niveles de atención, siendo la fasciitis plantar el diagnóstico más común. Anualmente, alrededor de 2 millones de personas en EEUU presentan algún tipo de talalgia.

### C. CAUSAS.

La fasciitis plantar es debida a un uso repetitivo o excesivo de la fascia plantar en relación con la alteración de la biomecánica del pie, obesidad, pies cavos, atletas y deportistas o ser un síntoma más de un proceso inflamatorio sistémico.

Otras posibles causas de este trastorno son la debilidad muscular, la mala sujeción del calzado o un aumento repentino de la actividad física o del peso.

Talalgia: En corredores una de las causas es la atrofia de la almohadilla grasa, así como en pacientes obesos se aumenta la presión por el peso sobre el soporte biomecánico del calcáneo, la cual origina un dolor más difuso y extenso no solo en el calcáneo, si no también en la región plantar circundante.



#### **D. SÍNTOMAS.**

Se manifiesta por dolor de aparición gradual en la planta del pie, después de un prolongado período de reposo y mejora con la actividad. Suele ser unilateral. En la exploración física aparece un dolor selectivo a la palpación en la porción anteromedial del calcáneo que se incrementa con la flexión dorsal pasiva de los dedos del pie fasciitis

El síntoma principal de esta lesión es el dolor que se produce en la zona interna del talón, la parte en la que se inserta la fascia plantar, y que suele manifestarse más intensamente por las mañanas debido a la rigidez matutina de la fascia, que por la noche se acorta y se incrementa y al levantarse por la mañana. El dolor suele ir acompañado de hinchazón leve, enrojecimiento y sensibilidad en la parte inferior del talón.

#### **E. DIAGNÓSTICO.**

En cuanto el paciente empiece a notar los primeros síntomas, probablemente aquellos asociados al dolor en la base del talón, los expertos recomiendan acudir lo antes posible a consulta médica, pues es probable que si no se trata la fasciitis se vaya cronificando hasta el punto de que el paciente se vea obligado a limitar su actividad e incluso el andar de forma normal.

El diagnóstico se realiza mediante la historia clínica y la exploración física.

La historia clínica es orientadora, evaluando dolor en el arco longitudinal para la fascia plantar o dolor en la parte posterior de pie (calcáneo) para talalgia.

Tomar en cuenta la actividad laboral: actividades relacionadas a subir escaleras, que precisen empujar objetos, así como las condiciones de sobrepeso y obesidad, así mismo se destacara el hecho que puede darse un padecimiento algido agudo con ejercicios fortuitos sin el calzado adecuado.

Radiología: En las radiografías se puede visualizar un espolón calcáneo si bien no siempre está presente y su presencia no implica dolor.

La indicación de radiografías dependerá de la evolución del cuadro clínico y se indicarán según necesidad.

La ausencia de espolón calcáneo no excluye la presencia de talalgia y en algunas ocasiones la lectura de radiología podrá describir un aumento de la densidad de tejido blando en el área de fascia plantar que orientará la causa de dolor a fasciitis plantar como causa de dolor.

## F. TRATAMIENTOS.

### ❖ TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

#### ➤ ANALGÉSICOS.

- ✓ Acetaminofén 500 mg a 1gr. Vía oral C/6 horas
- ✓ Diclofenac sódico 75 mg I.M. c/8 – 12 h. por 48 – 72 h.
- ✓ Luego vía oral cualquiera de los siguiente medicamentos:
- ✓ Ibuprofeno 400mg cada 8 a 12\*\*\* horas por 7-10 días.\*
- ✓ Acetaminofén mas codeína 500/30 mg cada 12- 8 hrs\*\* durante períodos cortos de tiempo e intervalos regulares

#### ➤ RELAJANTE MUSCULAR SI HAY ESPASMO MUSCULAR.

- ✓ Metocarbamol 400 mg c/8 horas 7-10 días.
- ✓ Orfenadrina 60 mg I.M. cada 8 a 12 horas 3 días

\*Evaluar comorbilidades en el uso de analgésicos para cada caso en particular, se recomienda el uso de relajante musculares, por un periodo de 7-10 dias en dosis según LOM.

\*\*Dolor crónico con agudizaciones, evaluar uso de codeína vigilando el aparecimiento de efectos secundarios con las recomendaciones y advertencias pertinentes.

\*\*\* Menor dosis efectiva de analgésicos: cada 12 hrs, tradicional cada 8 hrs y a demanda por dolor, sin superar las dosis establecidas por el LOM de 7-10 dias.

### ❖ NO FARMACOLÓGICO.

Es de capital importancia la educación en la consulta sobre la importancia en la baja de peso de los pacientes, de lo contrario no existirá un manejo integral de la patología y no se lograrán los resultados esperados, así como promover la actividad física en el paciente sedentario.

### ❖ TERAPIA FISICA.

- ◆ **CALOR LOCAL:** Es el primer escoge en los casos de espasmo o retracción muscular. La aplicación de calor superficial posee beneficios tanto analgésicos, como relajantes e incrementa la circulación intramuscular. Se recomienda a partir del séptimo día post trauma.
- ✓ Duración de terapia: 20 min compresas calientes, con las recomendaciones al respecto.
- ✓ Frecuencia: según necesidad y hasta observar mejoría clínica significativa.
- ✓ Otra modalidad: inmersión del miembro en agua tibia, con los cuidados especificados, comprobando la temperatura previa inmersión, no se trata de lo más caliente soportable, la indicación es agua tibia (hasta 40° Centígrados).



- ◆ **CRIOTERAPIA:** Aplicación de medios físicos fríos. podrá usarse como primer escoge en aquellos casos secundarios a trauma. Alivia el dolor ya que se ha encontrado que ayuda a reducir la transmisión del impulso nervioso nociceptivo, a través de utilizar el mecanismo de la compuerta, disminuye el edema secundario gracias a su efecto vasoconstrictor.
- ✓ masaje directo (sin interfase) con hielo 5 minutos.
- ✓ compresas frías de 20 min a 1 hora (La bolsa con hielo debe ponerse con interfase no directamente.)
- ✓ frecuencia: según necesidad y hasta observar mejoría clínica significativa.

**Advertencia:** el médico tratante informará al paciente como evitar quemaduras por frío o calor. No se recomienda la aplicación de compresas calientes en personas con alteración de la sensibilidad, como diabéticos, con polineuropatías, zonas de piel con lesiones, heridas, furúnculos, entre otros (se sugiere uso en piel intacta).

➤ **CONSEJOS DE AUTOCUIDADO.**

- ✓ Masajear la planta de los pies con metilo.
- ✓ Rodar con el pie descalzo una botella con agua congelada contra el suelo.
- ✓ Realizar con frecuencia estiramientos del sistema aquileo-calcáneo-plantar, es decir, del gemelo, el tendón de Aquiles y la fascia plantar.
- ✓ Inmersión en agua tibia. Tiempo más recomendable es de 20 minutos.
- ✓ De no contar con resultados con la inmersión puede usar el hielo de aplicación directa 5 minutos 2 veces día.
- ✓ Uso de tacon en mujeres hasta 3 cm. Para mejorar el dolor.

**G. REFERENCIA.**

Si posterior a tres meses de manejo farmacológico con analgésicos y opiáceos débiles según necesidad, mas relajantes musculares y terapia física descrita, no presenta mejoría significativa se indicará referencia a médico especialista de cabeza de red, adjuntando referencia con rayos x.

**H. INTERVALO DE INCAPACIDAD SUGERIDO:** según necesidad hasta 7 días.



### III. INFORMES

- Cada centro de atención deberá generar trimestralmente un informe de pacientes referidos y retornados de pacientes con enfermedades osteomusculares a la cabeza de red con copia a Jefatura del Departamento de RISS.
- Informar trimestralmente las barreras en la atención de las PATOLOGÍAS OSTEOMUSCULARES DE CONSULTA MÁS FRECUENTES DE FISIATRÍA EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN DEL ISSS.

### DISPOSICIONES GENERALES.

Las disposiciones contempladas en LINEAMIENTOS DE MANEJO DE PATOLOGÍAS OSTEOMUSCULARES MÁS FRECUENTES EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN Serán consideradas por Subdirección de Salud a través de Regulación Técnica en Salud.

La revisión de la normativa, de oficio se realizará cada 5 años, y a solicitud de las Jefaturas Medicina Física y rehabilitación, Dirección local, entre otros se realizará a la subdirección de salud a través de Regulación Técnica en Salud.

### OBSERVANCIA.

La vigilancia del cumplimiento de los LINEAMIENTOS DE MANEJO DE PATOLOGÍAS OSTEOMUSCULARES MÁS FRECUENTES EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN”.

### INFRACCIONES Y SANCIONES.

Las infracciones y sanciones al incumplimiento a los presentes lineamientos normativos, en ámbito de su competencia, está tipificado en normativas legales vigentes.

### VIGENCIA DE LOS LINEAMIENTOS.

Los “LINEAMIENTOS DE MANEJO DE PATOLOGÍAS OSTEOMUSCULARES MÁS FRECUENTES EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN”, entrará en vigencia a partir de la fecha de publicación del documento oficialmente aprobado por las autoridades institucionales.



La caducidad de vigencia de los presentes lineamientos, estará sujeta, a la disminución del diferimiento de la atención de fisiatría, al cambio de modelo de atención, a la eliminación manifiesta del proyecto, entre otros lineamientos específicos en la materia que dictaren las autoridades institucionales.

San Salvador, julio de 2017.

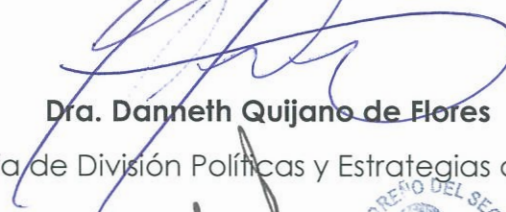
**OFICIALIZACIÓN.**

  
**Dra. Ana Guadalupe Argueta Barahona.**

Jefe Sección Regulación Técnica en Salud.

  
**Dr. David Jonathan Hernandez Somoza**

Jefe Departamento Planificación Estratégica en Salud

  
**Dra. Danneth Quijano de Flores**

Jefa de División Políticas y Estrategias de Salud

  
**Dr. Ricardo Federico Flores Salazar.**

Subdirector de Salud.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. [www.Cenetec,salud,gob.mx](http://www.Cenetec,salud,gob.mx)
2. [[www.colombianadesalud.org.co](http://www.colombianadesalud.org.co)] docplayer.es/4797738-Protocolo-cervicalgia.htm
3. [www.Cenetec,salud,gob.mx](http://www.Cenetec,salud,gob.mx)
4. Referencias.Sindrome de hombro doloroso:
5. Instituto Guatemalteco del Seguro Social. Manejo Rehabilitativo del Hombro Doloroso. . [Internet: 06/03/2017][www.igssgt.org/mwg-internal/de5fs23hu73ds/progress?id=JKA2-M1j46MxPpIBEMOx2RWZ1zAHriDBnI91SBSRRHo](http://www.igssgt.org/mwg-internal/de5fs23hu73ds/progress?id=JKA2-M1j46MxPpIBEMOx2RWZ1zAHriDBnI91SBSRRHo)
6. Ministerio de la Protección Social República de Colombia. Guía de Atención Integral Basada en la Evidencia para Hombro Doloroso (GATI- HD) relacionado con Factores de Riesgo en el Trabajo.[Internet:06/03/2017.] [www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GATISO%20PARA%20HOMBRO%20DOLOROSO.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GATISO%20PARA%20HOMBRO%20DOLOROSO.pdf)
7. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y tratamiento del Síndrome de Hombro Doloroso en primer nivel de atención. [Internet: 06/03/2017]. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/085GRR.pdf>
8. Facultad de medicina. Universidad de Chile. Bases de la Medicina Clínica. [Internet: 06/03/2017].[www.basesmedicina.cl/reumatologia/14\\_11A\\_hombro\\_doloroso/14\\_11\\_hombro\\_doloroso.pdf](http://www.basesmedicina.cl/reumatologia/14_11A_hombro_doloroso/14_11_hombro_doloroso.pdf)
9. Referencia. Artrosis de cadera y rodilla. Norma de manejo Ministerio de Salud de Chile.
10. Referencia. Tendinitis del Aquileo. Universidad Complutense de Madrid.
11. Fernández TS. Tobillo y pie, En: Restrepo GR y Giménes CR. Avances en diagnostico por imágenes: Musculoquelético. 1ra ed. Buenos Aires. Journal 2010;6:97-116



*[Handwritten signature]*





SUBDIRECCIÓN DE SALUD  
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD  
SECCIÓN DE REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD  
JULIO - 2017



