

Instituto Salvadoreño del Seguro Social

SUB DIRECCIÓN DE SALUD

DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA

NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN



**"GUÍAS DE MANEJO
DE FISIATRÍA"**

MAYO DE 2004

San Salvador, 04 de mayo de 2004.

Señores
**DIRECTORES DE CENTROS DE ATENCIÓN
ISSS**
Presente.

Según el acuerdo # **2002-0521** del 29 de abril de 2002, el Honorable Consejo Directivo del ISSS, aprobó la nueva organización de la Subdirección de Salud con la finalidad de mejorar la calidad de atención a los derechohabientes y la imagen del Instituto.

Para regular la calidad de la práctica clínica, la División Técnica Normativa a través del Proceso de normalización ha ESTANDARIZADO las Normas y Guías de Manejo Clínico y Manuales de Procedimientos Médicos.

En este contexto se resuelve oficializar las presentes “**GUÍAS DE MANEJO DE FISIATRÍA**”, para su implantación y debido cumplimiento en los Centros de Atención en Salud del ISSS.

Transcribo lo anterior para su conocimiento y efectos pertinentes.

DR. CARLOS FIGUEROA BALTODANO
Subdirector de Salud

Instituto Salvadoreño del Seguro Social

SUB DIRECCIÓN DE SALUD

DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA

NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN



"GUÍAS DE MANEJO DE FISIATRÍA"

San Salvador, Mayo de 2004.

COMITÉ NORMATIVO

JEFE
DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA

Dr. Simón Baltazar Agreda

TITULAR DE
NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN

Dr. Héctor Emilio Castillo Reyes

FACILITADORES II DE
NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN.

Dr. Odilio Alcides Linares

Dr. Mario Martínez Calderón

PERSONAL QUE PARTICIPÓ EN LA VALIDACIÓN DE LAS GUÍAS DE MANEJO DE FISIATRÍA

| | |
|---|------------------------|
| 1. <i>Dr. Ruy Oliverio Abarca</i> | U.M.ILOPANGO |
| 2. <i>Dra. Margarita Molina</i> | U.M.ILOPANGO |
| 3. <i>Dra. Claudia Susana Barahona</i> | U.M.15 DE SEPTIEMBRE |
| 4. <i>Dra. Sandra Guadalupe Bruno</i> | U.M.ZACAMIL |
| 5. <i>Dra. Maritza de Escobar</i> | U.M.ZACAMIL |
| 6. <i>Dr. Jorge Aníbal Cabrera</i> | U.M.ATLACATL |
| 7. <i>Dr. Milton Giovanni Escobar</i> | U.M.APOPA |
| 8. <i>Dr. Salvador Rodríguez</i> | HOSP.REG.SONSONATE |
| 9. <i>Dr. Francisco Flores</i> | U.M.SAN MIGUEL |
| 10. <i>Dr. José Manuel Santos Franco</i> | U.M.SAN MIGUEL |
| 11. <i>Dr. Samuel Sánchez Rodríguez</i> | U.M.ZACATECOLUCA |
| 12. <i>Dr. Miguel Ángel Sánchez Ruíz</i> | U.M.SAN JACINTO |
| 13. <i>Dra. Ana Cecilia Linares</i> | HOSP.REG.SANTA ANA |
| 14. <i>Dr. Hernán Darío Sánchez</i> | U.M.SANTA TECLA |
| 15. <i>Dr. Rafael Arístides Sánchez</i> | HOSP.REG.SONSONATE |
| 16. <i>Dra. Teresa de Ávila</i> | HOSP.ESPECIALIDADES |
| 17. <i>Dra. Concepción de Castaneda</i> | HOSP.NEUMOLÓGICO |
| 18. <i>Dra. Marta Victoria Henríquez</i> | UNIDAD MEDICINA FÍSICA |
| 19. <i>Dra. Margarita de Palomo</i> | UNIDAD MEDICINA FÍSICA |
| 20. <i>Dra. Luz Marina Araujo</i> | UNIDAD MEDICINA FÍSICA |
| 21. <i>Dr. Ricardo Federico Flores</i> | HOSP.MÉDICO QUIRÚRGICO |
| 22. <i>Dr. Héctor Chicas</i> | UNIDAD MEDICINA FÍSICA |
| 23. <i>Dra. Mayra Ligia Gallardo de Banchón</i> | UNIDAD MEDICINA FÍSICA |
| 24. <i>Dr. Jorge Antonio Cabezas</i> | UNIDAD MEDICINA FÍSICA |
| 25. <i>Dra. Sonia Elizabeth Maza</i> | UNIDAD MEDICINA FÍSICA |
| 26. <i>Dra. Reyna Alejandra Vásquez</i> | U.M.SAN JACINTO |
| 27. <i>Dr. Luis Alonso Bonilla</i> | U.M.ZACAMIL |
| 28. <i>Dr. José Miguel Mejía Rivera</i> | U.M.15 DE SEPTIEMBRE |

INDICE

| T E M A | N ° P Á G . |
|--|----------------|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| OBJETIVOS | 1 |
| a) GENERAL | |
| b) ESPECÍFICOS | |
| <u>GUÍAS DE MANEJO DE:</u> | |
| 1. TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO | 2 |
| 2. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR | 6 |
| 3. SÍNDROME DE GUILLIAN – BARRE | 10 |
| 4. SÍNDROME DEL LATIGAZO..... | 13 |
| 5. SÍNDROME DEL HOMBRO DOLOROSO..... | 17 |
| 6. DOLOR DE ESPALDA ALTA..... | 21 |
| 7. DOLOR LUMBAR (1 ^{ER} . Y 2 ^º .NIVEL)..... | 24 |
| 8. DOLOR LUMBAR (3 ^{ER} .NIVEL)..... | 29 |
| 9. SÍNDROME DE COMPRESIÓN RADICULAR..... | 33 |
| 10. LESIÓN DE LA MÉDULA ESPINAL..... | 36 |
| 11. SÍNDROME DEL TÚNEL DEL CARPO..... | 41 |
| 12. NEUROPATÍA PERIFÉRICA..... | 44 |
| 13. ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA..... | 47 |
| 14. ARTRITIS REUMATOIDE..... | 50 |
| 15. OSTEOARTRITIS..... | 55 |
| 16. PIE DIABÉTICO..... | 59 |
| 17. AMPUTADOS..... | 63 |
| 18. OBSERVANCIA DE LA GUÍA..... | 67 |
| 19. FALTAS..... | 67 |
| 20. DISPOSICIONES GENERALES..... | 67 |
| 21. VIGENCIA..... | 67 |
| 22. BIBLIOGRAFÍA..... | 68 |

INTRODUCCIÓN

El presente documento tiene como finalidad operativizar las GUÍAS DE MANEJO DE FISIATRÍA en los tres niveles de atención del ISSS a nivel nacional; esto es posible con la intervención directa de los profesionales de dicha especialidad y personal Técnico de Fisioterapia con el apoyo administrativo local; la División Técnica Normativa facilitará los instrumentos técnicos a través del Proceso de Normalización y Estandarización y el seguimiento correspondiente estará bajo el ente respectivo.

El Proceso de Normalización y Estandarización planificó, se documentó y elaboró las Guías de Fisiatría de acuerdo al Perfil Epidemiológico Institucional, las cuales fueron revisadas y consensadas con todos los médicos de las ramas de Fisiatría y del Trabajo.

El esfuerzo dedicado a la elaboración de éstos instrumentos técnicos de trabajo, refleja el interés de la Subdirección de Salud, como una respuesta plasmada en las políticas institucional, para lograr brindar una atención pronta, oportuna y de calidad a los derechohabientes.

OBJETIVOS

GENERAL:

Normar y Regular la calidad de la práctica clínica a través de estandarización de los Procedimientos y Guías de la atención Fisiátrica que permitan realizar una intervención oportuna, adecuada, eficiente e integral, mejorando el pronóstico y la Rehabilitación de los derechohabientes.

ESPECÍFICOS:

- Normar y Estandarizar los Procedimientos y Guías de la Práctica Fisiátrica en todos los Centros de Atención del ISSS, para disminuir la variabilidad de práctica clínica.
- Dotar a los Médicos Fisiatras del ISSS, instrumentos que sirvan de guía para la atención oportuna, adecuada, eficiente e integral.
- Mejorar la Rehabilitación de los derechohabientes por medio de una práctica clínica eficaz.

GUÍA DE MANEJO DE **TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO** **(CIE-10:S09)**

DEFINICIÓN

Se caracteriza por ser una lesión que provoca alteraciones en el estado de conciencia, el cual puede conducir a un estado de coma y posteriormente desarrollar déficit motor/sensitivo y/o trastornos cognitivos como pérdida de memoria temporal o permanente, atención, cálculo, etc.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

Los estudios epidemiológicos dependiendo de las fuentes, aportan una disparidad de cifras pero todos pretenden destacar el impacto de estos procesos a nivel sanitario, económico y social.

La incidencia del Trauma Craneano Encefálico varía a escala mundial entre 132 y 430 casos por 100,000 habitantes pero el Trauma Craneano Encefálico es la primera causa de muerte en EU. en personas menores de 45 años, este problema está asociado al consumo de alcohol.

CLASIFICACIÓN

- Contusión
- Hematoma: (Epidural, Subdural, e Intraparenquimatoso)

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

La lesión cerebral causa en estos pacientes una serie de déficit: neuromotrices, cognitivos, neuropsicológicos y/o sensoriales que determinan diversas discapacidades y que les condicionan una situación de minusvalía.

Uno de los factores más importantes de la evaluación de pacientes con TCE, es el estado cognitivo y conductual premórbido, tres aspectos del coma son observados independientemente: Apertura ocular, respuesta motora y respuesta verbal (escala de coma de GLAS GOW).

La evaluación del grado de pérdida de conciencia es por lo general el mejor indicador de la gravedad de la lesión así como la mejoría de la función general del cerebro o del desarrollo de una complicación intracraneal.

Esta escala permite definir los grados y tipos de coma en términos descriptivos sin referencias a localizaciones anatómicas u otras complicaciones.

Se determina puntaje según escala de Glasgow a las 24 horas post-trauma para valorar la severidad del daño y a las 72 horas post-trauma para evaluar el potencial de rehabilitación.

Clínicos

- Trastornos del área cognitiva (atención, concentración, memoria, cálculo)
- Trastornos conductuales.
- Trastornos de la coordinación, equilibrio, marcha.
- Hemiplejías, paresias, contracturas articulares.
- Trastornos del lenguaje
- Pérdida del control de esfínteres
- Lesiones de pares craneales.

Laboratorio y Gabinete (Según evaluación del caso)

- RX de cráneo ap Y lat
- Tomografía Axial Computarizada
- resonancia Magnética Nuclear
- Potenciales evocados: auditivos o visuales según criterio medico.
- Electroencefalograma.

CRITERIOS DE INGRESO A HOSPITAL DE REHABILITACIÓN

El paciente debe cumplir los siguientes requisitos:

1. Estable en sus aspectos: Neurológicos, metabólicos y hemodinámicos.
2. No debe presentar áreas de presión cutánea.
3. Ausencia de infecciones sistémicas y locales.
4. Resumen clínico completo con Rx de cráneo, TAC, RMN, otros.
5. Se anexan criterios de admisión del servicio de rehabilitación del Hospital Neumológico.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

El objetivo del Programa de Rehabilitación incluye la prevención del reposo prolongado. La rehabilitación de los pacientes afectados de TCE es un proceso complejo y debe ser individualizada.

La evaluación debe ser integral y manejada por equipo interdisciplinario: Médico Rehabilitador, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Terapeuta del Lenguaje, Terapeuta de Educación especial, nutricionista, Trabajadora Social, Psicólogo); se debe incluir la educación sexual. Y otras disciplinas según el caso.

De un adecuado manejo depende que el sujeto no llegue a la minusvalía a pesar de sus limitaciones; además se debe incluir a la familia del paciente y así lograr los objetivos de reintegración familiar y social del mismo.

TRATAMIENTO MÉDICO:

a) Analgésicos:

- Acetaminofén 500 mg. V.O. c/6 h.
- Aspirina 0.5 g. V.O. c/6 h. (evaluar función plaquetaria).

b) Antiinflamatorios no esteroideos:

- Diclofenac 50 mg. V.O. c/12 h.
- Ibuprofeno 400 mg. V.O. c/8 h.
- Diclofenac 75 mg. I:M: c/12 h. (según dolor).

c) Analgésico Inhibidores de:

- Ciclooxigenasa 2: 25 - 50 mg. V.O. c/día.
- Celecoxib 200 – 400 mg. V.O. c/d.(Mientras dure cuadro doloroso).
- Valdecoxib 40 mg c/día.

d) Antiespásticos:

- Tizanidina 4 – 16 mg. al día V.O. (hasta resolver cuadro).

e) Anticonvulsivantes:

- Según esquema prescrito por neurología y/o Neurocirugía.

TERAPIA FÍSICA:

Termoterapia, electroterapia, ejercicios terapéuticos, verticalización progresiva, uso de ortesis o férulas para recuperación funcional (según prescripción por Médico Fisiatra) y planes para el hogar.

CRITERIOS DE EGRESO

CLÍNICOS:

- Haber obtenido recuperación funcional aceptable de las secuelas, recuperación física, sensorial.
- Paciente estacionario en su recuperación física y/o mental (se dará plan en el hogar).
- Paciente con pronóstico reservado o malo para su recuperación (se dará plan en el hogar).

INCAPACIDAD

De 6 – 12 meses. Si se requiere más tiempo, se orientará para iniciar trámite de pensión. Depende de su evolución y pronóstico.

REFERENCIAS

- Medicina del trabajo: Paciente cotizante según criterios laborales
- Neurocirugía: En caso de deterioro neurológico progresivo
- Psiquiatría: Aparición o empeoramiento de trastornos de conducta y/o agresividad.
- Rehabilitación profesional en coordinación con medicina del trabajo.
- Los pacientes se pueden manejar en forma ambulatoria en el 1º. Nivel, al recibir la contra referencia del Médico Fisiatra tratante.

EXÁMENES DE CONTROL (CUANDO EL CASO LO AMERITE)

- Tomografía Axial Computarizada. (TAC)
- Resonancia Magnética Nuclear. (RMN)
- Potenciales evocados

EDUCACIÓN

Orientación al paciente y a su familia explicándole la importancia de efectuar las terapias aprendidas en su casa, y la familia no debe sobreproteger al paciente, sino que el objetivo es que sea lo más independiente posible o lo que le permita su discapacidad; crearle un ambiente de armonía, para así mejorarle su calidad de vida.

GUÍA DE MANEJO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (CIE-10.G93)

DEFINICIÓN

Un accidente Cerebrovascular (A.C.V.) ocurre cuando el suministro de sangre se interrumpe en forma súbita por el taponamiento de un vaso sanguíneo Cerebral-Émbolo o Trombo- o por su ruptura – Hipertensión Arterial (HTA) o malformación arterio-venosa- derramando sangre en los espacios que rodean a las células cerebrales.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

Algunas personas están sometidas a un riesgo mayor de sufrir un A.C.V. que otras. Entre los factores de riesgo imposibles de modificar están la edad, el sexo, la raza, una historia familiar de ACV, etc. Por otra parte, factores de riesgo como la Diabetes Mellitas, la HTA, el uso de cigarrillos, la alteración en los lípidos sanguíneos, etc., si pueden ser modificados y controlados por la persona sometida a dicho riesgo.

CLASIFICACIÓN

- ACV Oclusivo o Isquémico: Sucede cuando una arteria cerebral queda bloqueada por un émbolo o un trombo, reduciendo repentinamente el flujo de sangre y con el tiempo provocando un infarto en el cerebro, esto sucede en el 80% de este tipo de ACV.
- ACV Hemorrágico: Al romperse una arteria – HTA o malformación A-V- la sangre circulante pasa al cerebro trastornando el equilibrio hidroelectrolítico de la célula cerebral, dañándolas mortalmente.
- Isquemia Cerebral Transitoria: Es una alteración pasajera en el riego sanguíneo cerebral que provoca alteraciones que se resuelven totalmente en menos de 24 horas. Suele preceder, en tiempo, al ACV trombótico.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Falta de sensibilidad o debilidad repentina de la cara, el brazo o la pierna, especialmente en un lado del cuerpo.

- Confusión repentina, disartría, afasia o disfasia.
- Problemas súbitos para ver con uno o con ambos ojos. (Hemianopsia, cuadrantanopsia).
- Dificultad repentina para caminar, mareos, pérdida del equilibrio o incoordinación.
- Cefalea, severo sin causa conocida.
- Disfagia.
- Pérdida súbita o gradual del conocimiento.

CLÍNICOS:

Alteraciones de la conciencia, hipoestesia, paresia o apopleja en una mitad del cuerpo, afasia motora, sensorial o mixta, parálisis facial central.

LABORATORIO Y GABINETE:

Cada caso ya contará con sus espacios necesarios y los hallazgos se consignarán en la referencia a fisiatría.

CRITERIOS DE INGRESO

A HOSPITAL DE REHABILITACIÓN.

- Estabilidad Neurológica
- Estabilidad metabólica
- Conciente
- Con buen potencial de rehabilitación: con criterios aplicados por Fisiatra del hospital de cuidados agudos.
- Estabilidad hemodinámica
- Control de focos infecciosos

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

Es necesaria la intervención del equipo interdisciplinario de medicina de rehabilitación coordinado por el Médico Fisiatra:

- Terapeuta física
- Terapeuta Ocupacional
- Terapeuta del Lenguaje
- Psicólogo (a) y/o Psiquiatra
- Trabajador (a) Social
- Enfermera

- Educador(a) Especial
- Evaluador ocupacional
- Proporcionar aditamentos necesarios para el desempeño adecuado de la persona, tanto para miembros superiores como para miembros inferiores.
- Proporcionar silla de ruedas adecuada de acuerdo a las secuelas del paciente.
- Prescripción de ortesis.

Este equipo hará la evaluación inicial, programará el manejo inicial y subsecuente, determinará las metas a alcanzar en forma personalizada. Decidirá los tiempos del manejo y decidirá el manejo de cada caso.

Tiempo promedio de tratamiento: 8-12 semanas. (Prorrogable según criterio médico)

MANEJO DEL DOLOR:

a) Analgésicos:

- Acetaminofén 500 mg. V.O. c/6 horas.
- Celecoxib 200 – 400 mg. V.O. al día.
- Diclofenac 50 mg. V.O. c/12 horas.
- Ibuprofeno 400 mg. c/8 horas V.O.

CRITERIOS DE EGRESO

A juicio del equipo interdisciplinario de medicina de rehabilitación.

INCAPACIDAD

6-12 meses.

Si se va a tomar más de este tiempo, orientar al paciente para iniciar trámites de pensión.

REFERENCIAS

Se valorarán las referencias de acuerdo a cada caso.

- Neurólogo
- Psiquiatra
- Rehabilitación Profesional
- Nutriólogo (a)
- Medicina de trabajo
- Cardiólogo

- Endocrinólogo
- Neurocirujano
- Vascular periférico

EXÁMENES DE CONTROL

Los relacionados con los factores de riesgo o hallazgos encontrados en cada caso de acuerdo a los criterios del cuerpo médico tratante.

EDUCACIÓN

Orientada al conocimiento y control de los factores de riesgo en cada caso:

- Educación Nutricional
- Ejercicio Aeróbico
- Manejo del Estrés
- Control de peso
- Enseñanza a familiares en el manejo físico, ocupacional, etc. en el hogar.
- Importancia de dar seguimiento a los controles médicos y no suspender los medicamentos prescritos.

GUÍA DE MANEJO DEL SÍNDROME DE GUILLIAN-BARRE (CIE-10 G61.0)

DEFINICIÓN

Poliradiculoneuropatía de origen desconocido, con probable base inflamatoria o inmunológica que afecta los nervios periféricos y sus raíces, teniendo como mecanismo la disfunción neurológica axonal y/o de las vainas de mielina.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

INCIDENCIA:

Un ataque agudo de síndrome Guillain Barré, tiene su pico en la edad media, pero puede afectar todas las edades, razas y no tiene predilección por sexo. Aunque en nuestro medio se ha observado mayor incidencia en niños y en el sexo masculino.

CLASIFICACIÓN

- Leve
- Moderada
- Severa

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

CLÍNICA

1- HALLAZGOS CLÍNICOS:

- A. Polineuropatía, radiculoneuropatía progresiva, predominantemente motora de tipo ascendente que paraliza los músculos voluntarios de los miembros inferiores y miembros superiores. Suele haber compromiso sensitivo.
- B. Generalmente no hay dolor muscular.
- C. Rara vez se afecta la función sensitiva: En casos de haberla presentan los pacientes leves parestesias en manos y pies.
- D. Puede haber afección de los pares craneales (variedad Miller Fisher) y aquellos músculos que controlan la respiración que significan afección de tallo cerebral.

E. Puede ser precedido de un cuadro viral (de vías respiratorias superiores) o del tubo digestivo.

2- ESTUDIO DE LABORATORIO:

- A. Estudio electrofisiológico: Electromiografía (EMG) y Velocidades de Neuroconducción (VNC).
- B. Potenciales evocados somatosensoriales.

CRITERIOS DE INGRESO POR MÉDICO FISIATRA

TRASLADO A HOSPITAL DE REHABILITACIÓN.

- A) Evidencia clínica (por evaluación de test muscular) de paraplejía y/o tetraplejía.
- B) Que ya haya recibido el tratamiento médico (indicado por neurología; por Neumología y/o médico intensivista)
- C) Que se encuentre estable su función cardiorrespiratorio e hidroelectrolítica.
- D) Si hay recuperación en la fase sub-aguda de fuerza muscular (por grupos musculares) de 3 ó mayor, que le brinde una marcha funcional al paciente y/o sea independiente en Actividades de la Vida Diaria (AVD), se decidirá manejo ambulatorio.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

Tratamiento Médico: Será dado por Neurología.

Tratamiento integral de rehabilitación: Se traza un programa de terapia física, terapia ocupacional, rehabilitación profesional; en base a la evolución del cuadro por Médico Fisiatra a la evaluación muscular; evaluación de rangos articulares, etc. Es necesario la intervención del equipo interdisciplinario de medicina de rehabilitación coordinado por el Médico Fisiatra:

- Terapista físico
- Terapista ocupacional
- Terapista del lenguaje
- Psicólogo
- Trabajador social
- Enfermera
- Educadora especial
- Evaluador ocupacional

El Fisiatra elaborará el plan de tratamiento para cada caso en particular.

CRITERIOS DE EGRESO

1. Recuperación funcional motora de los miembros inferiores y superiores que permitan independencia tanto en AVD como actividades laborales.
2. Que se haya evidenciado una secuela establecida: Ejemplo: Plejía de dorsiflexores de pie, por lo cual se prescribirá una ortesis pie tobillo, tipo AFO para una marcha funcional u otro tipo de ortesis a criterio fisiátrico.

El período de hospitalización puede ser variable.

El período de un paciente en tratamiento de rehabilitación en forma ambulatoria es variable y dependiendo de criterio médico fisiátrico individualizado de cada paciente puede oscilar en un período de 4-6 meses o incluso 1 año.

INCAPACIDAD

De 6 – 12 meses. Si se requiere más tiempo de incapacidad, se orientará al paciente para iniciar trámite de pensión.

REFERENCIAS

- Neurólogo
- Rehabilitación profesional y/o
- Medicina del trabajo.

EXÁMENES DE CONTROL

Electromiografía y velocidad de conducción nerviosa a los 6 meses y/o 1 año dependiendo de la evaluación, con fines diagnósticos.

EDUCACIÓN

1. En el primer nivel dar charlas informativas sobre los síntomas de la enfermedad para que se consulte en forma oportuna.
2. Dar a conocer al paciente la importancia de la asistencia a su tratamiento de rehabilitación para prevenir secuelas graves en el sistema músculo esquelético y practicar los ejercicios en casa.
3. Dar orientación a la familia para el manejo físico, ocupacional, barreras arquitectónicas.
4. Dar apoyo psicológico al paciente y grupo familiar.

GUÍA DE MANEJO DEL SÍNDROME DEL LATIGAZO CERVICAL (CIE-10 513.4)

DEFINICIÓN

Cuadro Clínico que resulta de un traumatismo de la columna cervical a través de un mecanismo de aceleración o desaceleración de la misma; pero que también puede resultar de un trauma craneano, provocando dolor, cefalea, rigidez muscular, vértigo, parestesias y/o debilidad muscular en las extremidades superiores.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

Generalmente ocurre a los ocupantes de un vehículo automotor cuando sufren impactos en el mismo como consecuencia de una colisión trasera o delantera, provocando en el cuello desplazamientos bruscos de flexión y extensión en los músculos de esta región. En el dolor del cuello, las causas suelen ser mala postura y stress.

CLASIFICACIÓN

- Impacto en músculos flexores: Colisión posterior.
- Impacto en músculos extensores: Colisión anterior.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El dolor cervical es el síntoma más frecuente que aparece después de un intervalo variable, es de mal pronóstico si este es menor de una hora, generalmente se manifiesta entre 6-72 horas posterior al accidente y en algunos casos la sintomatología se manifiesta 7-10 días posterior al accidente, sobretodo en los casos leves que tienden a progresar; puede existir Disfagia debido al edema faríngeo o hematoma retrofaríngeo; puede suceder visión borrosa breve e intermitente, si persiste puede ser debido a una lesión en las arterias vertebrales o por afECCIÓN del simpático cervical; la aparición de vértigo de inicio precoz y severo indica grave lesión; Espasmo o compresión de la arteria vertebral o trastorno del oído medio.

CLÍNICOS

- Espasmo de los músculos cervicales
- Limitación importante en los movimientos naturales del cuello: Flexión, extensión, rotaciones e inclinaciones.
- Parestesia y/o paresia de miembros superiores

LABORATORIO Y GABINETE:

- Rayos X de columna cervical, AP, lateral, oblicuas.(atención de primer nivel)
- Electromiografía - velocidades de Neuroconducción de M. Sup.(atención de segundo y tercer nivel)
- Potenciales evocados: Somatosensoriales, (atención de segundo y tercer nivel)
- Resonancia Magnética Nuclear (atención de tercer nivel).

CRITERIOS DE INGRESO

- Dolor incapacitante
- Signos de compresión raquí-medular agudo
- Vértigo
- Dificultad para la bipedestación y/o la marcha.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

1. Reposo en cama: Cuello en hiperextensión-uso de rodillo o en posición neutra (según músculos afectados).
2. Evitar conducción prolongada de vehículos, evitar sobre-extensión del cuello en posición sentada o de pie, evitar levantar objetos pesados.
3. Analgésicos: Analgésicos Antiinflamatorios no esteroideos Diclofenaco, Indometacina, Piroxicam, Ibuprofeno, Carbamacepina, Gabapentina.
4. Relajantes musculares: Metocarbamol, orfenadrina, Tizanidina, Diacepan
5. Sedantes: Clobazán
6. Collar Cervical: Tipo: Thomas o Shant (Blando), retirarlo lo más pronto posible según evolución.
7. Medicina Física: Termoterapia superficial y/o profunda, electroterapia, masoterapia, ejercicios terapéuticos (a criterio del fisiatra).
8. Tracción cervical (a criterio Fisiatra)Consensar utilización o no de esteroides.

TRATAMIENTO MÉDICO:

a) *Analgésicos:*

- Acetaminofén 500 mg. V.O. c/6 h.
- Aspirina 0.5 g. V.O. c/6 h.

b) *Analgésico Antiinflamatorio No Esteroideo:*

- Diclofenac 75 mg. I.M. c/12 h (en caso necesario).
- Diclofenac 50 mg. V.O. c/12 h.
- Ibuprofeno 400 mg. V.O. c/8 h.

c) *Inhibidores COX₂:*

- Rofecicixib 50 mg. V.O. cada día.
- Celecoxib 200 – 400 mg. V.O. c/día.

d) *Esteroides:*

- Dexametazona 10 mg. I.M. #1 luego 6 mg. I.M. c/6 h. (en etapa aguda, según evaluación médica)
- Prednisona 1 mg./kg. V.O. c/día en 2 dosis (en caso necesario).

e) *Relajantes Musculares:*

- Orfenadrina 60 mg. I.M. c/12 h. (en caso necesario)
- Metocarbamol 400 mg. V.O. 6 - 12 h.
- Tizanidina 2 - 4 mg. V.O. c/8 - 12 h.

f) *Ansiolíticos:*

- Clobazán 10 mg. V.O. c/12 horas.
- Clonazepán 2 mg. V.O. c/12 horas.
- Diazepam 10 mg. V.O. c/12 horas
- Lorazepam 2 mg. V.O. c/12 horas.

CRITERIOS DE EGRESO

1. Mejoría importante del dolor
2. Resolución o control del Vértigo
3. Recuperar capacidad de bipedestación
4. Recuperar la ambulación independiente

INCAPACIDAD

7 – 21 días, prorrogable a criterio médico.

REFERENCIAS

Valorar referencias a: Neurología, Neurocirugía, Otorrino, al médico general para seguimiento; y a medicina del trabajo si está disminuida la capacidad laboral (ausentismo laboral prolongado)

EXÁMENES DE CONTROL

A valorar según evolución:

1. Rx de cuello: A-P, lateral, oblicuas
2. Electromiografía
3. Potenciales evocados somatosensoriales
4. Resonancia Magnética Nuclear

EDUCACIÓN

1. Uso de cinturón de seguridad en vehículos, en asientos delanteros y traseros.
2. Uso de apoya cabeza en los vehículos
3. No distraerse al conducir vehículos: Teléfono celular
4. Conducir a la defensiva
5. Manejo del stress.

GUÍA DE MANEJO DEL **SÍNDROME DEL HOMBRO DOLOROSO** **(CIE-10 M53)**

DEFINICIÓN

Es una patología cuyo síntoma principal es el dolor, asociado generalmente a limitación funcional de cualquiera de los distintos movimientos que realiza la articulación del hombro.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

Su prevalencia es alta y es motivo de consulta en medicina general. Se presenta más frecuentemente en la cuarta década de la vida, aunque puede aparecer en edades más tempranas, asociada a situaciones de traumas incluido el sobre uso y actividades deportivas.

CLASIFICACIÓN

- Degenerativas
- Inflamatorias
- Mecánicas
- Neoplásicas
- Neurológicas.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Este cuadro clínico puede ser producido por diversas patologías, originadas tanto, en las estructuras anatómicas del hombro como fuera de la articulación; existe dolor intrínseco, no se palpan puntos dolorosos, el dolor es difuso, se podrá encontrar más dolor en los rangos de movimiento y a veces signos de derrame intra-articular, se puede encontrar dolor en la sinovial y transmisión del dolor desde el codo al hombro al realizar una pequeña percusión del primero.

CLÍNICOS

- Dolor
- Limitación de movimiento

- Paresia
- Atrofia muscular

LABORATORIO Y GABINETE

- RX de hombro AP y Lateral
- Electromiografía
- Tomografía Axial Computarizada
- Resonancia Magnética Nuclear
- artrograma
- artroscopía
- Ac. úrico
- Velocidad de Eritrosedimentación

CRITERIOS DE INGRESO

- Dolor intenso intratable con métodos farmacológicos y fisioterapéuticos.
- Manejo transdisciplinario (Ortopedia-Algología – Reumatología – Fisiatría)

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

a. Analgésicos:

- Acetaminofén 500 mg. V.O. c/6 h.
- Aspirina 0.5 g. V.O. c/6 h.

b. Analgésico Antiinflamatorio No Esteroideo:

- Diclofenac 75 mg. I.M. c/12 h (en caso necesario).
- Diclofenac 50 mg. V.O. c/12 h.
- Ibuprofeno 400 mg. V.O. c/8 h.

c. Inhibidores COX₂:

- Rofecixib 50 mg. V.O. c/día.
- Celecoxib 200 - 400 mg. V.O. c/día.

d. Esteroides:

- Dexametazona 10 mg. I.M. #1 luego 6 mg. I.M. c/6 h. (en etapa aguda, según evaluación médica)
- Prednisona 1 mg./kg. V.O. c/día en 2 dosis (en caso necesario).

e. Relajantes Musculares:

- Orfenadrina 60 mg. I.M. c/12 h. (en caso necesario)
- Metocarbamol 400 mg. V.O. c/12 h.
- Tizanidina 2 - 4 mg. V.O. c/8 - 12 h.
- Bloqueo con Triamzinolona o Metilprednisolona + Xilocaína 2% sin adrenalina en puntos gatillo del dolor. Máximo # 3 en el año en el mismo sitio. Si es necesario realizar más de 1 bloqueo, el intervalo entre ellos no debe ser menor de un mes. Si es necesario realizar más de 1 bloqueo, el intervalo entre ellos no debe ser menor de un mes.

MEDICINA FÍSICA

- a) Termoterapia superficial y/o profunda, crioterapia
- b) Electroterapia
- c) Masoterapia
- d) Mecanoterapia
- e) Ejercicios terapéuticos

TERAPIA OCUPACIONAL:

Para recuperación de funcionalidad del miembro superior afecto.

La duración del tratamiento dependerá de la severidad y evolución del caso y a juicio del Fisiatra tratante.

CRITERIOS DE EGRESO

- 1- Resolución del dolor
- 2- Recuperación de la funcionalidad
- 3- Casos de evolución estacionaria

INCAPACIDAD

De 1 – 6 semanas, prorrogable según evolución y criterio médico.

Según patología de acuerdo a criterio del Médico Fisiatra.

REFERENCIAS

- Ortopedia: En casos que no se resuelvan con tratamiento fisiátrico
- Algología: En caso de dolor intratable.
- Reumatología: Para manejo adecuado y seguimiento del caso

- Medicina del trabajo: Evaluación de puesto de trabajo y/o reubicación laboral.
- Equipo Salud Mental: 2º. Nivel.

EXÁMENES DE CONTROL

De acuerdo a etiología y evolución del caso.

EDUCACIÓN

- 1- Evitar el síndrome de pinzamiento en el trabajo
- 2- Educar al paciente para continuar tratamiento en el hogar
- 3- Evitar movimientos repetitivos múltiples de hombro en el trabajo
- 4- Utilizar ergonomía laboral.
- 5- Medidas físicas terapéuticas (calor o frío) en el hogar.

GUÍA DE MANEJO DE **DOLOR DE ESPALDA ALTA (DORSALGIA)** **(CIE-10:M54.6)**

DEFINICIÓN

Es el dolor localizado en la región dorsal (espalda alta) suele estar ligado al dolor cervical y con menor frecuencia al dolor lumbar alto; se origina en el espasmo de los músculos de esta región y en algunos casos en sus estructuras óseas y articulares.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

En países de alto desarrollo social y económico se han creado programas preventivos, logrando la reducción de lesiones e indemnizaciones. La efectividad de estos programas no se mide únicamente por la ausencia de dolor, es fundamental la reducción del ausentismo laboral, el menor número de días de incapacidad temporal y el menor pago de indemnizaciones.

El dolor de espalda alta es una entidad multicausal, siempre debe manejarse bajo una visión integral. Se ha notado mayor frecuencia en la mujer adulta.

CLASIFICACIÓN

ETIOLOGÍA:

- Inflamatorias
- Degenerativas
- Neoplásicas
- Traumáticas
- Otras: Posturales, stress

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Los síntomas pueden ser:

- a) Locales: Limitados a la inflamación de una articulación, cápsula o ligamentos; nervios y músculos adyacentes.
- b) Distantes: Irradiación a lo largo del paquete neurovascular

c) Referido: A causa de alteraciones de órganos intratorácicos o de la parte superior del abdomen.

Los síntomas más frecuentes son:

- Dolor en la espalda alta
- Espasmo en músculos paravertebrales, y/o paraescapulares.
- Trastornos **sensitivos**

Laboratorios y Gabinete:

- Rx. de Columna Dorsal: A-P, lateral, oblicuas
- Tomografía axial computarizada
- resonancia Magnética nuclear
- Otros exámenes, según patología **agregada, de acuerdo a criterio médico.**

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO

Dolor intenso y/o intratable con la medicación convencional y que interfiere con el desempeño personal cotidiano.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

a) Analgésicos:

- Acetaminofén 500 mg.-1 g. V.O. c/6 h. x 7 – 10 días.
- Ibuprofeno 500 mg. V.O. c/8 h. x 7 – 10 días.
- Diclofenac sódico 50 mg. V.O. c/8 – 12 h. x 7 – 10 días.
- Diclofenac **sódico 75 mg. I.M. c/8 – 12 h. x 3 días en caso dolor muy intenso.**

b) Derivados Opioides:

- Acetaminofén + Codeína 30 mg. c/6 h. x 7 días.

c) Relajantes musculares:

- Metocarbamol 400 mg. V.O. c/8 h. x 7 – 10 días.
- Orfenadrina 60 mg. V.O. c/8 – 12 h. I.M. x 3 días.
- Diazepán **10 mg. V.O. c/8 h – 12 h. x 3 días.**

d) Otros medicamentos coadyuvantes para manejo del dolor:

- Imipramina 10 mg. V.O. c/noche.
- Amitriptilina **25 mg. V.O. c/noche.**

MEDICINA FÍSICA:

Termoterapia superficial y/o profundas, electroterapia, masoterapia: ejercicios terapéuticos (según criterio del Fisiatra tratante).

CRITERIOS DE EGRESO

La evolución favorable de caso: Mejoría o resolución del cuadro original.

INCAPACIDAD

De acuerdo al tiempo en que se estime, en cada caso, que se alcanzara la adecuada capacidad funcional del paciente.- Se sugiere 3-10 días, prorrogable según criterio médico.

REFERENCIAS

- Algología: Para tratamiento coadyuvante del dolor.
- Neurología o Neurocirugía, de acuerdo a las características del caso.
- Medicina del trabajo: Paciente derechohabiente cotizante de acuerdo a las características laborales.
- Médico General: Para que realice el seguimiento del caso, en patologías crónicas establecidas **y controladas** (educativas, farmacológicas).

EXÁMENES DE CONTROL

De acuerdo a las particularidades del caso y según el criterio del Fisiatra tratante.

El soporte psicológico es básico; haciéndole énfasis en que tan pronto disminuya el dolor debe reanudar sus labores, cumplir con su higiene postural y realizar sus ejercicios físicos.

EDUCACIÓN

Debe recibir educación en:

- **Posturas corporales: Sentado, de pie, marcha, trote.**
- **Posturas laborales: De pie, sentado, uso de miembros superiores, levantamiento, traslado y depósito de cargas.**
- **Manejo del Stress.**
- **Ejercicios terapéuticos en el hogar.**

GUÍA DE MANEJO DE DOLOR LUMBAR

(CIE-10:M-544/M545)

DEFINICIÓN

El dolor o crisis se define como la situación que provoca intolerancia a la actividad cotidiana, por dolor en la parte baja de la espalda o por síntomas en los miembros inferiores.

Lumbago:

Es el dolor agudo que se presenta en forma repentina cuando se realiza un sobre esfuerzo o al realizar un movimiento brusco y repentino, sin estar la espalda preparada para dicho esfuerzo o movimiento.

Lumbalgia:

Es todo tipo de dolor lumbar que no es ocasionado en forma repentina y brusca, se presenta con varios días de evolución y es producto de desarrollar una actividad que no es usual o de mantener una misma posición por mucho tiempo o de alguna patología asociada.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

El lumbago ocupa el quinto lugar en el perfil de las enfermedades no transmisibles y el primer lugar en las centinelas con 12313 casos nuevos, con una incidencia de 1161 x 100,000 derechohabientes para el período de enero a diciembre del año 2003, una incidencia mayor en la región occidental con 2532 casos nuevos, una tasa de incidencia de 1602.60 x 100000h

En segundo lugar la región oriental 1048 casos nuevos con una tasa de 1072.2x100000h

En tercer lugar la región central con 2299 casos con una tasa de 888.3x100000H y en último lugar la región metropolitana con 6439 casos nuevos, una tasa de 607.13x100000H.

CLASIFICACIÓN

Según la presentación e intensidad del dolor lumbar se clasifican en 3 categorías:

- Dolor lumbar no radicular:** El dolor es regional, sin irradiación definida y sin compromiso del estado general del paciente.
- Dolor lumbar radicular (Lumbociática):** Se acompaña de síntomas y/o signos neurológicos en el miembro inferior que sugiere un compromiso radicular.

- ☑ **Lumbalgia compleja o potencialmente catastrófica:** El dolor aparece después de un accidente importante con o sin lesión neurológica.
- ☑ **Causas secundarias a otras patologías**

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

CLÍNICOS

HISTORIA CLÍNICA COMPLETA

- Conocer tipo de trabajo y/o actividad que desarrolla en la vida diaria.
- Averiguar si el episodio de dolor lumbar se presentó durante el desarrollo de su trabajo o fuera de su área laboral y si es primera vez que presenta este episodio.
- Historia que describa si el paciente levanto algún objeto pesado o no, si hizo ó no uso adecuado de su columna lumbar, flexionándola y/o rotándola bruscamente, desarrollando dolor intenso en la parte baja de la espalda.
- Utilización de posición y movimientos viciosos durante el desarrollo de sus labores dentro de su trabajo o fuera de él.
- Historia de traumatismos directos al nivel de región lumbar como ser golpeado por un objeto en movimiento o caerse desde diferentes alturas.
- Hábitos de los pacientes; alcoholismo, tabaquismo, obesidad, sedentarismo, estrés.
- Otras patologías: Artritis, osteoartritis, litiasis renal, infecciones de vías urinarias, colitis etc.
- Descripción de las características del dolor (inicio, evolución, severidad, localización, irradiación, situaciones o movimientos que lo empeoran, posiciones antálgicas. etc.

EXAMEN FÍSICO

- Por lo general el paciente prefiere estar de pie por que al sentarse y luego levantarse se aumenta el dolor a nivel región lumbar.
- Si es del sexo femenino con dificultad deambula con zapatos de tacón alto por que desplaza su punto de sustentación.
- Observar marcha del paciente, expresión de dolor, cuando entra y sale del consultorio.
- Paciente con lordosis pronunciada (son propensos a dolores lumbares) El paciente que con dificultad se sube al canapé.
- Medir longitud de cada miembro inferior.(si la diferencia es mayor de 10 mm). Observar deformidades (cifosis, escoliosis, hiperlordosis).

- Rectitud de columna y espasmo músculos lumbares (pérdida de la curvatura lumbar normal).
- Paciente no puede flexionar su columna cuando se le pide o lo hace con dificultad.
- Pierde el equilibrio o aumenta el dolor cuando se le pide que se pare sobre los talones o en puntillas.
- Marcha a pasos cortos o claudicante.
- Signos de alerta:
 - Lateralización (lassegue), Patrick.
 - Movimientos repetitivos involuntarios unilaterales.
 - Pérdida del control de esfínteres.
 - Irradiación del dolor a miembros inferiores (dolor en trayecto del nervio ciático).
 - Fuerza muscular de miembros inferiores disminuida.
 - Reflejos osteotendinosos: Hiperreflexia o Hiporreflexia.
 - Sensibilidad alterada: Disminuida o aumentada

EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE

Estudios Electrofisiológicos:

- Velocidad de Neuroconducción,
- electromiografía,
- reflejo H, etc. de acuerdo al caso.
- Radiografía lumbar A P, lateral y oblicuas

Exámenes complementarios:

- General de orina.
- Hemograma completo.
- Eritrosedimentación.

TRATAMIENTO MÉDICO

MANEJO DE PACIENTE EN PRIMER NIVEL.

a) 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:

- Ibuprofen 400mg cada 8 a 12 horas por 7-10 días, (sugerimos no retiro de cuadro básico)
- Inhibidores de Cox2 selectivo para pacientes con trastornos de irritación de mucosa gástrica/Insuficiencia Renal Crónica: Celecoxib 200 - 400 mg. V.O. c/12 h. x 7 - 10 días.
- Rofecoxib 25 mg. V.O. c/día.
- Valdecoxib 40 mg. c/día.

b) 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 V.O. o I.M.
- Benzodiazepina Diazepam oral 10mg cada 8 a 12 horas por 3 días.
- Después de 10 días de tratamiento adecuado y paciente no mejora debe referirse a Fisiatra.

c) MEDIOS FÍSICOS:

- Uso de compresas frías o calientes en área de dolor por 15 minutos 2 veces al día.

INCAPACIDAD

3-7 días, luego evaluarlo si es necesario prolongarle la incapacidad

REFERENCIAS

El Médico General lo referirá al Fisiatra en los siguientes casos:

- Lumbagos a repetición.
- Lumbagos que no ceden al tratamiento aquí descrito.
- Lumbago con compromiso neurológico

TRABAJO SOCIAL.

- Para integrarlo a grupos de pacientes con lumbago.

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:

- a) Dolor lumbar asociado a trastornos psicósomáticos
- b) Técnicas de relajación

EDUCACIÓN

Se debe de orientar y explicarle al paciente la importancia que tiene para su bienestar disminuir el dolor o recuperar su buena salud, Evitar posteriores complicaciones como hernias discales, etc. La realización de las medidas siguientes:

- La ejecución de ejercicios aeróbicos
- Control del peso
- Recibir higiene de columna: (Entregar instructivos que la ilustran)
- Evitar Flexionar y Rotar bruscamente columna lumbar.
- No Levantar Objetos Pesados sin la técnica apropiada
- No ejecutar movimientos bruscos de columna lumbar.
- Preparar la columna o para realizar cualquier tipo de esfuerzo para el cual no esta acostumbrado.
- Pedir ayuda en caso de levantar objetos demasiados pesados.

GUÍA DE MANEJO DE DOLOR LUMBAR TERCER NIVEL **(CIE-10:M-544/M545)**

DEFINICIÓN

Es un dolor localizado en la región lumbar de intensidad variable, de presencia continua o intermitente; en ocasiones, puede acompañarse de dolor y/o parestesias en una o en ambas extremidades inferiores. Con frecuencia interfiere en las actividades personales y/o laborales de la persona que la padece.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

El dolor lumbar provoca una verdadera crisis en la persona que lo padece ya que interfiere con la tolerancia a las actividades cotidianas; afecta al 80-90% de la población adulta en algún momento de su existencia y se convierte en la mayor causa de ausentismo laboral mundialmente. En el 90% de los casos la mejoría es notoria en un período de 4-6 semanas.

Puede ser de presentación aguda recidivante y crónica.

CLASIFICACIÓN

Existe un número extenso de causas de dolor lumbar: Inflamatorias, degenerativas, neoplásicas, traumáticas, etc. Sin embargo, para propósitos prácticos proponemos la clasificación siguiente:

- Lumbalgia Mecánica:** Es la más frecuente y se fundamenta en alteraciones estructurales o funcionales de los integrantes de la región lumbar. Puede ser un trastorno agudo, recurrente o crónico. Incluye aquellos producidos por una disfunción del ritmo lumbo-pélvico.
- Lumbociatalgia:** El dolor lumbar es precedido o sucedido por dolor y/o parestesias en una o en ambas extremidades inferiores. Sugiere patología discal o impacto radicular; sin embargo la sintomatología y la signología neurológica periférica puede ser el resultado de una alteración en la toxicidad de los músculos que rodean el trayecto de los nervios periféricos, provocando su disfunción y explicando estas manifestaciones.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

- Ivu
- Colitis
- Enfermedad pélvica inflamatoria
- Enfermedades degenerativas: metástasis de cáncer primario en próstata, tubo digestivo, pulmón, etc.
- Intoxicaciones (plomo)

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

CLÍNICOS

- Dolor lumbar: Espasmo y rigidez muscular
- Limitación en la movilidad lumbar, imposibilidad para la marcha
- Trastorno funcional del ritmo lumbopélvico.
- Signos de compresión medular: Alteración en los ROT, pérdida del control de los esfínteres anal y rectal.
- Signos de radiculopatía: Alteración en los dermatomas y/o miótomos de los miembros inferiores.

LABORATORIO Y GABINETE

- Examen general de orina
- Rx. De columna lumbar: AP, lateral, oblicuas
- Centellografía ósea
- Electromiografía de miembros inferiores
- Tomografía Axial Computarizada
- Resonancia Magnética Nuclear
- Mielografía
- Estudios Electrofisiológicos.

CRITERIOS DE INGRESO

Referir los casos de lumbalgia no funcional, con una recuperación pobre o parcial en las primeras 72 horas de tratamiento, al servicio de hospitalización correspondiente en donde se cuente con Médico Fisiatra.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

1. Reposo relativo en cama en posición semifowler por 2-5 días (según cuadro clínico).
2. Analgésicos antiinflamatorio no esteroideos, Diclofenaco, Indometacina, Piroxicam, Carbamacepina, Gabapentina. Como parte del arsenal terapéutico.
3. Relajantes musculares: Metocarbamol, Orfenadrina, Tizanidina, Diacepan
4. Ansiolíticos: Clobazán.
5. Antidepresivos: Amitriptilina, Imipramina.
6. Medicina Física: Calor húmedo, termoterapia profunda, crioterapia, masoterapia, ejercicios terapéuticos, etc. Electroterapia (según indicación de Médico Fisiatra).

TRATAMIENTO MÉDICO:

- Diclofenac sódico 75 mg. I.M. c/8 – 12 h. x 3 días.
- Orfenadrina 60 mg. I.M. c/8 – 12 h. x 3 días.
- Diclofenac sódico 50 mg. V.O. c/8 – 12 h. x 7 – 10 días.
- Piroxican 20 mg. V.O. c/12 – 24 h. x 7 – 10 días.
- Acetaminofén 500 mg.- 1 g. V.O. c/6 h. x 7 – 10 días.
- Acetaminofén 500 mg. + Codeína 3 mg. V.O. c/6 h. x 7 – 10 días.
- Metocarbamol 400 mg. V.O. c/8 - 12 horas.
- Orfenadrina 60 mg. V.O. c/6 h. x 10 – 14 días.
- Diazepán 10 mg. V.O. c/8-12 h. x 3 días. Luego dar dosis de acuerdo a evolución del caso y según criterio médico.
- Se decidirá uso de medicamentos neurotrópicos de acuerdo a evolución del caso y según criterio médico.

CRITERIOS DE EGRESO

- Al existir mejoría de su sintomatología.
- Pacientes que presenten complicaciones serán referidos al Centro de Atención pertinente.

INCAPACIDAD

Debe ser individualizada a la realidad y evolución clínica de cada caso según el criterio del Fisiatra tratante.

Se sugiere un período de 1- 6 semanas.

REFERENCIAS

- Medicina ocupacional: Para recomendar modificaciones en el puesto de trabajo o reubicaciones laborales.
- Rehabilitación profesional: Cuando su puesto de trabajo sea un factor predisponente no modificable de lumbalgia y/o cuando las características estructurales y/o funcionales del sujeto ya no le permiten, en ningún caso, desempeñar su trabajo previo. Conocerá y se le adiestrará en el desempeño productivo de una nueva profesión u ocupación.
- Neurocirugía, Reumatología, Psiquiatría u Ortopedia, cuando a juicio del fisiatra tratante así lo considere.
- Referencia a clínica del dolor: Aquellos casos con dolor intratable o inmanejable a juicio del Fisiatra responsable del caso.
- Referencia a nutricionista.

EXÁMENES DE CONTROL

Para profundizar el estudio, según la evolución clínica:

- Radiografías de columna lumbar: Ap, lateral y oblicuas
- Electromiografías de miembros inferiores
- Resonancia magnética nuclear lumbar
- Mielografía lumbar

EDUCACIÓN

- Educación en higiene lumbar.
- Práctica de higiene lumbar
- Práctica de ejercicio específico: -Williams, -McKenzie.

GUÍA DE MANEJO DEL SÍNDROME DE COMPRESIÓN RADICULAR (CIE-10:M54-1)

DEFINICIÓN

Esta patología suele ser secundaria a una compresión crónica o aguda de una raíz espinal, causando un dolor característico y un déficit neurológico segmentario en los dermatomas o miótomos correspondientes. Puede comprimirse el componente ventral o el dorsal, provocando atrofia muscular o deterioro sensitivo respectivamente.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

Es frecuentemente manifiesta en las regiones cervical y lumbar, donde son habituales las degeneraciones del disco intervertebral. Las hernias de disco, asociados o no a enfermedades vertebrales degenerativas son las causas más frecuentes de compresión radicular.

Con menor frecuencia están involucradas otras patologías como la meningitis crónica, espondilolistesis, escoliosis severas, neoplasias o traumatismo.

CLASIFICACIÓN

- Degenerativa.
- inflamatoria.
- Traumática.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El dolor radicular aparece con el movimiento de la columna vertebral, la tos o el estornudo; suele haber dolor en los glúteos y en la áreas posterolaterales del muslo, pierna o del pie, según el nivel de la o las raíces espinales afectas; existe una combinación de trastorno sensitivos-parestesias, hiperalgesias- y trastornos motrices – paresia o plejía.

Cuando se afecta la cola de caballo que incluye múltiples raíces lumbares y sacras, se presentan signos y síntomas radiculares en ambos miembros inferiores, así como alteraciones en el control esfinteriano y en la función sexual.

Las lesiones radiculares de región dorsal causan disestesias en forma de banda alrededor del tórax o de los flancos.

CLÍNICOS

- Dolor, disestesias, debilidad muscular.
- Reflejos Osteotendinosos disminuidos, abolidos o asimétricos.

LABORATORIO Y GABINETE

- Rx de la región cervical, dorsal o lumbar: AP, lateral y oblicuas.
- Electromiografía y velocidad de conducción nerviosa
- Tomografía axial computarizada
- Resonancia magnética nuclear
- Mielografía
- Potenciales evocados somatosensitivos

CRITERIOS DE INGRESO

- Dolor intratable
- Compromiso motor
- Disfunción de esfínteres vesical y/o rectal

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

a) MEDICINA FÍSICA:

- Calor húmedo, crioterapia.
- Electroterapia.
- Ortesis: Pasivas o dinámicas.
- Tracciones: Cervical, Lumbar.

b) TRATAMIENTO MÉDICO:

- Acetaminofén 500 mg.- 1 gr. V.O. c/6 h.
- Ibuprofeno 500 mg. V.O. c/8 – 12 h. x 10 – 14 días.
- Diclofenac sódico 50 mg. V.O. c/8 – 12 h. x 10 – 14 días.
- Prednisona 30 – 60 mg. V.O. c/día x 5 días, luego disminuir dosis progresivamente.
- Carbamazepina 200 mg. V.O. c/12 h.
- Amitriptilina 25 mg. V.O. c/12 h. V.O.
- Gabapentina 300 mg. V.O. c/8 h.

La duración del tratamiento será de acuerdo a evolución del caso y según criterio médico.

CRITERIOS DE EGRESO

Mejoría clínica: Dolor, trastornos sensitivos y/o motrices.

INCAPACIDAD

De 4 – 6 semanas, prorrogable según criterio del Fisiatra tratante.

REFERENCIAS

- Neurólogo, Neurocirujano, Oncólogo, Algólogo (según el caso)
- Rehabilitación profesional
- Medicina del trabajo (según el caso)
- Nutricionista
- Psicología

EXÁMENES DE CONTROL

Según la patología identificada y de acuerdo a los hallazgos encontrados en los exámenes iniciales.

EDUCACIÓN

- Relacionados con la patología de base.
- Mantener peso adecuado: Educación nutricional
- Educación en higiene de columnas cervical y lumbar.
- Higiene Ocupacional: Según profesión, oficio o arte.

GUÍA DE MANEJO DE LESIÓN DE LA MÉDULA ESPINAL (CIE-10:682)

DEFINICIÓN

Una lesión medular se establece cuando por una causa mórbida o traumática, se altera total o parcialmente la función medular normal en lo concerniente a la función sensitiva o motriz que la médula espinal ejerce sobre el tronco y las extremidades, incluyendo el control de los esfínteres urinario y rectal.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

La mayoría de casos ocurre en personas jóvenes, alcanzando el 60% en menores de 40 años, con una media de 25. La causa más frecuente en nuestro país es traumática, incluyendo caídas, heridas por arma de fuego y accidentes de tránsito, en orden de frecuencia. El 84% corresponde al sexo masculino. La mortalidad oscila entre el 15-20%.

CLASIFICACIÓN

De acuerdo a su etiología podemos dividirlos en:

- Traumáticas.
- Inflamatorias.
- Infecciosas.
- Neoplásicas.
- Degenerativas.
- Congénitas.
- Otros.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

CLÍNICOS:

1. Pérdida o alteración de la sensibilidad según el nivel afectado.
2. Pérdida o alteración del control de los esfínteres urinario y rectal.
3. Pérdida o alteración de la fuerza muscular de las extremidades superiores y/o inferiores.

4. Pérdida o alteración de la función sexual.
5. Trastornos de la función autonómica: Respiración, presión arterial, frecuencia cardíaca.

Laboratorio y Gabinete

1. Tomografía Axial computarizada (TAC)
2. Resonancia magnética nuclear.
3. Electromiografía
4. Potenciales evocados somatosensoriales
5. Rx de columna
6. Estudios urodinámicos

CRITERIOS DE INGRESO

Toda persona con lesión medular debe recibir manejo hospitalario de rehabilitación integral a través del equipo interdisciplinario de medicina física y rehabilitación, integrado por: Médico Fisiatra, Terapeuta Física, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Trabajadora Social, Educadora Especial, Urólogo, Psiquiatra y Enfermera.

Se establecen los siguientes criterios de admisión:

1. Estabilidad hemodinámica, metabólica y neurológica.
2. Estabilidad mecánica de la columna vertebral
3. Ausencia de úlceras de presión.
4. El ingreso deberá estar autorizado por el Médico Fisiatra del hospital de cuidados agudos.
5. Resumen clínico completo del caso.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

TRATAMIENTO MÉDICO:

a) ANALGÉSICOS:

- Acetaminofén 500 mg. V.O. c/6 horas por dolor.
- Celecoxib 200 - 400 mg. V.O. c/día.
- Rofecoxib 50 mg. V.O. c/día.

b) ANTIESPÁSTICOS

- Tizanidina 2 - 4 mg. V.O. c/8 - 12 horas (según dosis-respuesta)
- Diazepam 10 mg. V.O. c/12 horas.

c) ANTISÉPTICOS URINARIOS:

- Nitrofurantoína 100 mg. 2 cápsulas c/día.
- Hipurato de Metenamine 1 gr. V.O. c/día.

d) ABLANDADORES HECES:

- Fibra Hidrofílica 1 cda. En 1 vaso de agua 3 v/día.
- Glicerina Supositorios 1 c/día.

EVOLUCIÓN:

1. Historia y examen clínico-funcional
2. Valoración física, funcional, psicológica, ocupacional, vocacional y social por el equipo interdisciplinario de Medicina Física y Rehabilitación.
3. Establecer un programa de objetivos, orientado hacia la rehabilitación biopsico-social del lesionado medular, a través de un manejo terapéutico integral.
4. Orientar y completar la rehabilitación vesical e intestinal.
5. Establecer el tiempo en que se alcanzarán esas metas.
6. Establecer un programa educativo general para todos los lesionados medulares y sus familias, a fin de conocer la lesión medular y sus efectos sobre el desempeño personal, laboral y social. Deberá incluir alternativas para resolverlos.
7. Un programa educativo personalizado con la participación del equipo interdisciplinario, para promover actitudes y conductas apropiadas de acuerdo a cada caso en particular.
8. Brindar la educación sexual y orientación vocacional adecuada.
9. Proporcionar colchón de agua, silla de ruedas adecuada al tipo de lesión, cojín para silla, ortesis dinámicas y estáticas según criterio Médico Fisiatra.
10. Proporcionar aditamentos necesarios para el desempeño adecuado de la persona, tanto para miembros superiores como para miembros inferiores.
11. Hacer las interconsultas médico-quirúrgicas necesarias.
12. El equipo interdisciplinario definirá el momento y las condiciones de egreso para el lesionado medular que haya alcanzado las metas previamente previstas.
13. Referencia oportuna al programa de Rehabilitación Profesional y medicina del trabajo.

CRITERIOS DE EGRESO

1. Haber alcanzado los objetivos propuestos.
2. Haber alcanzado una rehabilitación vesical, intestinal y sexual.
3. Haber alcanzado los objetivos educativos de la persona con lesión medular y su familia.
4. Haber iniciado su proceso de rehabilitación profesional y referido a consulta externa, medicina del trabajo.
5. Haber realizado visita domiciliar por trabajo social y terapia ocupacional para determinar necesidades y en base a ello programa el contenido educativo, consejos y orientación de acuerdo con su morbilidad con el propósito de evitar complicaciones a futuro.

INCAPACIDAD

De 6 – 12 meses y se orientará al paciente para que realice trámites de pensión.

REFERENCIAS

1. De acuerdo al caso se referirá a Neurocirugía, Oncología, Infectología, Cirugía Plástica, Psiquiatría y Urología.
2. Medicina Ocupacional.
3. Rehabilitación profesional.
4. Referencia a medicina general del primer nivel para manejo de enfermedades comunes o sistémicas intercurrentes.

EXÁMENES DE CONTROL

- General de orina y Urocultivo
- Cuerpos nitrogenados
- Depuración de creatinina en orina de 24 horas
- Hemograma
- Electrolitos.

EDUCACIÓN

Educación al paciente y su familia en la prevención y manejo de complicaciones propias del lesionado medular como:

- Infecciones de vías urinarias
- Trombosis
- Áreas de presión cutánea
- Infecciones Pulmonares
- Orientar al paciente para que inicie los trámites de pensión si el caso no presenta mejoría.

GUÍA DE MANEJO DEL SÍNDROME DEL TÚNEL DEL CARPO (CIE-10 G56.0)

DEFINICIÓN

Síndrome que resulta de la compresión del nervio mediano en el canal osteofibroso en la cara palmar de la muñeca conocido como Túnel del Carpo.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

Este síndrome constituye la neuropatía periférica por compresión más común. En USA se calcula una incidencia de 125/100,000 habitantes (para 1976-1980). Afecta con mayor frecuencia a las mujeres, la razón de mujeres a hombres oscila de 3:1 hasta 10:1, es bilateral entre un 65-84%.

CLASIFICACIÓN

- Leve
- Moderado
- Severo

En base al cuadro clínico y/o electromiográfico y Velocidades de Neuroconducción.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Su sintomatología puede ser progresiva.

CLÍNICOS

1. Hipoestesia/Hiperestesia o anestesia en territorio del nervio mediano: Frecuentemente en dedos pulgar, índice, dedo medio y/o eminencia tenar.
2. Hipotrofia y/o atrofia eminencia tenar
3. Debilidad en los músculos inervados por el nervio mediano.
4. Signo de Phallen: Sensación de adormecimiento en la zona del mediado a la hiperflexión palmar de la muñeca o ante la Heperextensión.
5. Signo de Tinel: Sensación de "corrientazo" al golpear (o percutir) la zona del túnel carpal.

LABORATORIO Y GABINETE

1. Latencias distales de los nervios medianos y electromiografía.
2. Exámenes de laboratorio para descartar patología de origen articular, inflamatorio y/o de la colágena, pruebas endocrinológicas.
3. Radiografías de mano
4. Artroscopia Diagnóstica y terapéutica (referir a ortopedia)

CRITERIOS DE INGRESO

No suele requerir ingreso hospitalario, excepto cuando se necesita una descompresión quirúrgica.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

En los casos leves o cuando hay cuadro clínico sugestivo con estudios electrofisiológico anormales, el manejo es conservador.

1. Antineuríticos (Carbamazepina, Gabapentina, complejo B).
2. Infiltración con esteroide
3. Tratamiento fisioterápico.
4. Espironolactona

De acuerdo a la evaluación:

a) **MEDICINA FÍSICA**

1. Termoterapia superficial y/o profunda
2. Electroterapia

b) **TERAPIA OCUPACIONAL:**

- Elaboración de férula estática para uso nocturno.
- Con la finalidad de disminuir la inflamación local del túnel carpal y de esta forma, disminuir el dolor y mejorando la función de la mano en las AVD y/o actividades laborales.
- El período del tratamiento dependerá de la frecuencia de la asistencia a la terapia física y ocupacional y según criterio del Fisiatra tratante.

c) **TRATAMIENTO MÉDICO:**

- Carbamazepina 200 mg. V.O. c/12 h.
- Gabapentina 300 mg. V.O. c/8 h.
- Complejo B 1 tab. V.O. c/d.

- Infiltración con Xilocaína 2% con Metilprednisolona 1 cc. O Triamzinolona 1 c.c. La duración del tratamiento será según criterio médico.

CRITERIOS DE EGRESO (EN LA CONSULTA EXTERNA)

- Mejoría clínica: Del dolor y función de mano afectada.

INCAPACIDAD

De acuerdo a la evaluación médica, en base a las actividades de cada paciente y será a criterio del Médico Fisiatra. Se sugiere de 1- 4 semanas.

REFERENCIAS

- **A cirugía plástica y/u ortopedia** para liberación quirúrgica (abierta o endoscópica) según la respuesta al tratamiento conservador y/o resultados del estudio electrofisiológico.
- **Medicina del trabajo.**

EXÁMENES DE CONTROL

- Estudio de Latencias distales y Electromiografía posterior a haber finalizado el tratamiento conservador.
- En pacientes post-cirugía se indicará Electromiografía y velocidad nerviosa de conducción luego de transcurrido 1 año de la liberación.

EDUCACIÓN

Para que el manejo conservador y postquirúrgico sea eficiente, hay que orientar y explicarle al paciente el por qué y para qué de su manejo, su comprensión y colaboración en su tratamiento, recomendarle el uso correcto de la férula, y la permanencia de la misma.

La explicación es individual además debe modificar sus actividades y disminuir o suspender los agarres, modificar herramientas de trabajo y el uso de guantes gruesos cuando el trabajo implique equipo vibratorio.

Si maneja computadora se le aconseja: Colocación de soporte al nivel de la muñeca para mantenerla en posición neutra.

GUÍA DE MANEJO DE NEUROPATÍA PERIFÉRICA

(CIE-10:G58)

DEFINICIÓN

Trastorno de la función de uno o más nervios periféricos, en sus funciones motoras y sensitivas, expresándose como dolor, Disestesia, y/o debilidad muscular en los territorios correspondientes al o a los nervios afectados.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

Las características epidemiológicas están directamente relacionadas a su etiología. La morbimortalidad es muy variable, depende de la severidad de la lesión, y del número de nervios involucrados, presentándose en algunos casos como una molestia leve, y produciendo discapacidad en otros.

CLASIFICACIÓN

- METABÓLICA
- TÓXICA
- INFLAMATORIA
- DEGENERATIVAS
- INFECCIOSAS
- TRAUMÁTICAS
- QUÍMICAS
- OTRAS

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

CLÍNICOS:

Generalmente aparece como una sensación de hormigueo, quemazón, endurecimiento o adormecimiento de los dermatomas correspondientes, sensación de cosquilleo, o sensaciones que parecen ser más intensas de lo normal, o trastornos en la propiocepción. En el aspecto motriz podemos tener fatiga muscular, debilidad, o pérdida de la fuerza muscular. En casos subagudos o crónicos podemos encontrar hipotrofia o atrofia muscular.

LABORATORIO Y GABINETE:

Velocidades de neuroconducción, electromiografía y potenciales evocados somatosensoriales según el caso.

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO

- Dolor agudo de difícil manejo ambulatorio con tratamiento farmacológico y fisioterapéutico.
- Si corresponde a una polineuropatía que compromete la funcionalidad del paciente.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

1. Suspender todos aquellos medicamentos que puedan causar la Neuropatía.
2. Vitaminas neurotropas
3. Analgésicos antiinflamatorios no esteroideos
4. Fármacos neurotrópicos según criterio médico
5. Manejo de medicina física del dolor, recuperar trefismo y fuerza muscular, ortesis estáticas o dinámicas, etc. A juicio del Fisiatra tratante.

TRATAMIENTO MÉDICO:

- Complejo B 1 tab. V.O. c/d.
- Complejo B 1 amp. I.M. c/d. x 5 días.
- Gabapentina 300 mg. V.O. c/8 h.
- Carbamazepina 200 mg. V.O. c/12 h.
- Amitriptilina 25 mg. V.O. c/12 – 24 h.

La duración del tratamiento será de acuerdo al criterio médico y evolución del caso.

CRITERIOS DE EGRESO HOSPITALARIO

Mejoría clínica del paciente.

INCAPACIDAD

De 1 – 4 semanas, prorrogable según criterio médico y sitio de lesión.

REFERENCIAS

- Neurología
- Algología
- Medicina del trabajo: Según característica laboral del paciente.
- Si presenta sección de nervio periférico se referirá a neurocirugía, cirugía de mano o cirugía plástica según criterio médico.
- Una vez el paciente es dado de alta por el médico fisiatra, según su criterio, se hará contra referencia al primer nivel con su plan de manejo.

EXÁMENES DE CONTROL

Estudios electrofisiológicos de control, según características de la lesión, y de acuerdo a criterio médico.

EDUCACIÓN

Será dirigida a poblaciones según el riesgo (alcohólicos, diabéticos, personas expuestas a sustancias tóxicas).

GUÍA DE MANEJO DE **ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA** **(CIE-10:N73)**

DEFINICIÓN

La enfermedad pélvica inflamatoria es la presencia de infiltrados inflamatorios, edema, y exudados, en respuesta a infecciones pélvicas a repetición, cirugías previas, endometriosis, y otras entidades patológicas.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

Se presenta generalmente en mujeres en edad reproductiva.

CLASIFICACIÓN

Según su evolución, se clasifica en:

- Aguda,
- Sub-aguda y
- Crónica.

Con frecuencia producen dolor pélvico crónico, adherencias pélvicas e infertilidad secundaria.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

CLÍNICOS:

Dolor en una o ambas fosas ilíacas y/o región suprapúbica, náusea, puede haber fiebre (en la etapa aguda), dismenorrea, dispareunia, infertilidad (primaria o secundaria), leucorrea, disuria, etc.

LABORATORIO Y GABINETE:

- Hemograma
- Examen General de orina
- Ultrasonografía pélvica
- Laparoscopia, según criterio médico ginecólogo
- Velocidad de eritrosedimentación.

CRITERIOS DE INGRESO

Las pacientes recibirán tratamiento ambulatoriamente.

Para que se inicie su tratamiento fisiátrico, debe ser referido por médico ginecólogo, con diagnóstico establecido de Enfermedad Pélvica Inflamatoria.

Es imprescindible que la paciente sea evaluada por Médico Fisiatra, ya que las pacientes puede estar expuestas a complicaciones, tales como: Formación o perforación de abscesos tubáricos y reagudización del cuadro. Además la dosis, tiempo de tratamiento y frecuencia deberán ser indicados por el Médico Fisiatra según el caso.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

1. Evaluación clínica por Médico Fisiatra.
2. Indicación del tratamiento fisiátrico individualizado de acuerdo al caso.
3. Aquellas pacientes que a juicio del Médico Fisiatra presenten contraindicaciones hacia los procedimientos terapéuticos convencionalmente utilizados en el manejo de estos casos, no se pasarán a terapia física a pesar de haber sido referidos por el Médico Ginecólogo.

CRITERIOS DE EGRESO

- Mejoría clínica de signos y síntomas de la paciente.
- El tratamiento fisiátrico se suspenderá si hay:
 - ✓ Sospecha de embarazo.
 - ✓ Presencia de procesos infecciosos agudos.

INCAPACIDAD

Usualmente no amerita incapacidad. En casos especiales lo determinará el médico tratante. En casos agudos, se sugiere de 3 – 14 días.

REFERENCIAS

1. Contra-referencia a Ginecología de acuerdo al caso.
2. Referencia al Equipo de Salud Mental, a Psicología y/o Psiquiatría según criterio médico.
3. Referencia a otras especialidades según el caso y de acuerdo al criterio médico.

EXÁMENES DE CONTROL

Los exámenes de control serán indicados de acuerdo al criterio médico, y su seguimiento será dado por especialista idóneo.

EDUCACIÓN

Orientada hacia la prevención de factores de riesgo como: Atención y tratamiento oportuno de enfermedades de transmisión sexual de la paciente y su pareja.

GUÍA DE MANEJO DE ARTRITIS REUMATOIDE

(CIE-10:M06)

DEFINICIÓN

Es una enfermedad multisistémica de tipo inflamatorio de etiología desconocida que compromete las articulaciones y cuyo órgano blanco es la membrana sinovial, pero puede afectar otros órganos en cualquier momento de su evolución.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

EPIDEMIOLOGÍA:

Es la más común de las artritis inflamatorias, afecta al 1% de la población.

La Artritis Reumatoide se caracteriza por tener distintos patrones de comportamientos: 1- Monocíclico: Ocurre en el 20% de los pacientes 2- Policíclico: Que representa un 70% de los pacientes que tiene dos formas a) Exacerbaciones seguida de inactividad completa y b) Períodos de actividad seguidos de mejoría sin lograr inactividad. 3- Progresiva: Ocurre en el 10% de los pacientes y su evolución es a la destrucción completa de las articulaciones afectas.

CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA:

- Clase Funcional I:** Capacidad completa para realizar las actividades usuales de la vida diaria, autocuidado, vocacionales y avocacionales (recreativas).
- Clase funcional II:** Puede realizar las actividades usuales de autocuidado y vocacionales, pero tiene limitaciones para las actividades avocacionales.
- Clase funcional III:** Puede realizar las actividades usuales de autocuidado, pero tiene limitaciones en las actividades avocacionales y vocacionales.
- Clase funcional IV:** Tiene limitaciones para realizar las actividades usuales de autocuidado, avocacionales y vocacionales.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA

Por el tipo de compromiso y por la incapacidad que puede incluir la A.R. es una enfermedad que afecta a diferentes esferas de la vida cotidiana del paciente (psico y físico); Familiar, laboral y social. La A.R. es una enfermedad agresiva que incrementa la

mortalidad de los pacientes que la sufren cuando se compara con la de los que no la padecen. Las principales anomalías en la A.R. aparecen en las articulaciones sinoviales del esqueleto, en particular en pequeñas articulaciones de mano, pie, muñeca, rodilla, codo, cadera, articulaciones glenohumeral, acromio clavicular temporomandibular y otras.

La simetría es el sello característico en esta enfermedad en la mayoría de los casos.

CRITERIOS CLÍNICOS:

- Rigidez matutina de una hora de duración por seis semanas.
- Edema articular (artritis), con compromiso de 3 ó más articulaciones evidenciadas por el médico, con una duración de 6 semanas.
- Artritis de la muñeca, Metacarpofalángicas e Interfalángicas proximales con una duración de 6 semanas.
- Artritis simétrica, con una duración de 6 semanas.
- Nódulos reumatoideos.
- Factor reumatológico positivo.
- Cambios radiológicos compatibles con la artritis reumatoidea.

El diagnóstico se hace con cuatro o más criterios. Esto da una sensibilidad de entre el 91% y el 94% y una especificidad del 89%.

Los cambios radiológicos se clasifican en:

Grado I: Edema de tejidos blandos, fusiforme y, en los tejidos óseos, osteopenia periarticular.

Grado II: Disminución del espacio articular.

Grado III: Erosiones óseas.

Grado IV: Anquilosis.

LABORATORIO Y GABINETE:

- Hemograma
- Eritrosedimentación
- Proteína C reactiva es positiva
- Prueba del Látex.
- Examen general de orina
- Rx. de manos y otras articulaciones afectas.

CRITERIOS DE INGRESO

1. Paciente con exacerbación de dolor poliarticular.
2. Paciente con respuesta pobre a tratamiento farmacológico.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

El tratamiento de rehabilitación debe ser integral e iniciarse en la fase precoz de la enfermedad, en forma conjunta con el farmacológico. Los dos primeros años son definitivos en el control de la enfermedad.

La artritis reumatoide no tiene cura ni forma de prevenirse, por ello el tratamiento busca en lo posible cesar la inflamación con antiinflamatorios para disminuir el daño de órganos en el control de la enfermedad y lograr una mejor calidad de vida para los pacientes.

El tratamiento de la artritis reumatoide incluye varios aspectos como son la educación, farmacología, rehabilitación y la cirugía.

a) Tratamiento farmacológico: Analgésicos, Analgésicos Antiinflamatorios no esteroideos (incluyendo COX2 selectivos), esteroides, esteroide intraarticulares (con precaución). Analgésicos Antiinflamatorios no esteroideos: Diclofenac IM. C/8 horas hasta por 48 h (en agudización del cuadro). Luego por vía oral: Ibuprofeno: 400 mg c/8h o c/12 horas x Diclofenac 50 mg c/12 horas. Sugerimos agregar: Del grupo COX2 selectivo: En pacientes con antecedentes de gastritis. El período de tratamiento quedará a criterio del Médico Fisiatra (sobre todo si ya recibe su tratamiento con reumatología.)

b) Tratamiento de rehabilitación:

1. **Educación:** Consistente en que la persona debe conocer las características de la enfermedad, evolución y pronóstico:
 - Reposo de articulaciones afectas y uso de aditamentos (según indicación fisiátrica)
 - Dieta: Para reducción de peso.
 - Corrección de defectos de postura.
2. **Terapia física:**
 - Termoterapia superficial y/o profunda
 - Electroterapia
 - Ejercicios terapéuticos
 - Uso de ortesis o aditamentos indicados por el médico Fisiatra

3. **Terapia ocupacional:**

OBJETIVOS:

- Independencia en actividades de la vida diaria.
- Mejorar función de miembros superiores
- Desarrollar habilidades y destrezas
- Mantener arcos de movilidad y fuerza muscular
- Elaboración de férulas y aditamentos (indicados por médicos fisiatras)

EDUCACIÓN:

- Psicología: En casos que lo ameriten.

c) **Tratamiento quirúrgico:** Estos son variados y tienen diferentes indicaciones de acuerdo con la etapa en la cual se encuentra la enfermedad articular.

CRITERIOS DE EGRESO

- Haber logrado mejorar funcionalidad de articulaciones afectas.
- Que el paciente sea capaz de ser independiente en las actividades de la vida diaria.
- Haber concluido su terapia y haber aprendido sus ejercicios terapéuticos.
- Que sea capaz de realizar su trabajo habitual.
- En caso contrario se referirá al programa de rehabilitación profesional.

INCAPACIDAD

Dependerá de la evolución y grado de afectación articular, grado de independencia en sus actividades de la vida diaria y, dependiendo del grado de discapacidad, será a criterio del fisiatra tratante. Se sugiere 1 – 6 semanas, prorrogable según evolución del caso.

REFERENCIAS

- **Reumatología:** Cuando exista exacerbación de la enfermedad, para modificar el plan medicamentoso.
- **Ortopedia:** Para valoración de reemplazo articular de rodillas y caderas, osteotomías, artroscopias, etc.
- **Cirugía plástica:** Cuando el caso lo amerite.
- **Rehabilitación profesional** según el caso y/o
- **medicina del trabajo**

- **Algología:** En caso de dolor intratable (según criterio médico).

EXÁMENES DE CONTROL

- Hemograma
- Prueba del Látex
- Proteína C reactiva
- (Velocidad de Eritrosedimentación)
- Examen general de orina
- Estudio de derrame articular para citoquímico y bacteriológico.

EDUCACIÓN

Reforzarle al paciente en qué consiste la enfermedad, que no tiene cura pero se puede minimizar las deformidades y disminuir el impacto de las discapacidades y las minusvalías. Fortalecer la autoestima; orientarle a ejecutar a diario los ejercicios que aprendió. Además no sólo se toma en cuenta el proceso articular sino la persona, su familia y el entorno, los cuales inciden sobre su evolución y pronóstico.

GUÍA DE MANEJO DE OSTEOARTRITIS

(CIE-10:M19)

DEFINICIÓN

La Osteoartritis es un trastorno en el que la proliferación ósea en los márgenes articulares y en el hueso subcondral es consecuencia del deterioro en el cartilago articular. Los cambios más tempranos en la Osteoartritis son una depolimerización de la sustancia glucoproteica que rodea los condrocitos y ésta se relaciona luego con la fisura de la superficie subyacente del cartilago desgastándola y las proliferaciones óseas que pueden conducir a una formación de un quiste óseo yuxtarticular, en una disolución final del quiste y desórdenes de las superficies articulares.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

En estudios clínicos y radiológicos de personas mayores de 65 años se ha encontrado una prevalencia del 20 a 30%, las de mayor frecuencia y de severas implicaciones son las Osteoartritis de rodillas y caderas (Coxofemorales) un trauma único severo o microtraumas repetitivos inducen al condrocito a la generación de enzimas que degradan el cartilago y se producen respuestas reparadoras ineficientes; también la obesidad, ocupación, actividad deportiva y factores genéticos etc. producen Osteoartritis.

CLASIFICACIÓN

- Primaria o idiopática: Cuando no existe un factor predisponente conocido.
- Secundario: Cuando se puede identificar un factor local o sistémico que desencadena la osteoartritis.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

La enfermedad en general, se presenta después de los cuarenta años de edad. Es de comienzo insidioso, con pocas manifestaciones sistémicas, compromete en especial las articulaciones interfalángicas distales, las proximales, la trapeciometocarpiana, la cadera, rodilla, la primera metatarsofalángica y las articulaciones de la columna cervical y lumbar. El órgano blanco en la osteoartritis es el cartilago articular.

CUADRO CLÍNICO:

- Dolor
- Inflamación
- Rigidez matutina de 15 minutos
- Debilidad en la mañana
- Sensibilidad local
- Crepitación articular
- Aumento del tamaño de la articulación por sinovitis secundaria por aumento del líquido sinovial o por osteofitos.

ETAPAS TARDÍAS:

- Pérdida de los arcos de movimiento
- Subluxación por pérdida del cartílago articular
- Formación de quiste óseos.

LABORATORIO Y GABINETE

- Leucograma
- Eritrosedimentación
- Estudios radiológicos de articulaciones afectadas.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

El tratamiento incluye diferentes medidas como:

a) EDUCACIÓN:

- La persona debe conocer las características de la enfermedad, su evolución, pronóstico, debe saber que es benigna pero no curable.
- Reposo: Evitar agotamiento físico y mental, se recomienda 8 horas de reposo por la noche.
- Evitar el sobre peso.
- Corrección de defectos de postura.

b) TERAPIA FÍSICA:

- Termoterapia superficial y/o profunda.
- Electroterapia

- Ejercicios terapéuticos: Deben de realizarse dentro de un contexto terapéutico, de lo contrario provocará un stress articular indeseado y agravará el trastorno inflamatorio
- Uso de férulas u ortesis: Para mantener una posición funcional óptima (indicada por el fisiatra).

c) **TERAPIA OCUPACIONAL:**

OBJETIVOS:

- Mantener independencia en actividades de la vida diaria Mejorar función de miembros superiores.
- Mantener arcos de movilidad y fuerza muscularElaboración de férulas, y aditamentos (según prescripción fisiatrica).

EDUCACIÓN:

A) TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

Analgésicos:

- -Acetaminofén 500 mg. 4 v/d. x 5 días.

Analgésicos Antiinflamatorios No Esteroideos:

- Diclofenaco sódico 50 mg 2 v/d. x 10 días
- Piroxicam 20 mg. 2 v/d. x 10 días.
- Inhibidores COX₂:
- valdecoxib 40 mg. V.O. c/día.
- Rofecoxib 50 mg. V.O. c/día.

Esteroides intraarticulares (con precaución):

- Triamcinolona 10 mg. ml. o Metilprednisolona 10 mg./ml.; la cantidad será elegida por el Fisiatra responsable + Xilocaína 2%, sin adrenalina para uso intra-articular.

B) **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:** Cuando el caso lo amerite.

C) **TRATAMIENTO PSICOLÓGICO:** Cuando el caso lo amerite

CRITERIOS DE ALTA DE LA ESPECIALIDAD

- Que el paciente haya logrado mejorar la funcionabilidad de articulaciones afectas
- Ser independiente en sus actividades de la vida diaria.
- Haber concluido su plan de terapia en forma satisfactoria.
- Que puede regresar a su trabajo habitual o haber sido reubicado.

- Haber recibido educación y enseñanza para manejo en su hogar.

INCAPACIDAD

De acuerdo al tipo de articulación afectada, dolor o dificultad para desplazarse los días de incapacidad variarán y será a criterio del Médico Fisiatra. Se sugiere un período de 1 – 2 semanas.

REFERENCIA

- **Reumatología:** En caso de reactivación de la enfermedad o falla en el manejo farmacológico.
- **Ortopedia:** En caso de solicitar una artroscopia o reemplazo articular.
- **Medicina del Trabajo:** Para valoración de cambio del puesto de trabajo ó dar recomendaciones.
- **Algología:** En casos extremos que no mejore con tratamiento farmacológico habitual.

EXÁMENES DE CONTROL

Estudios radiológicos de articulaciones afectadas.

EDUCACIÓN

- Se debe instruir meticulosamente a los pacientes acerca de la mecánica corporal, protección articular, para reducir el stress articular y llevar al máximo los patrones posturales que preservarán de mejor modo la función articular.
- Explicar claramente al paciente las características crónicas y degenerativas de la enfermedad.
- Crear programa de Osteoartritis institucional.

GUÍA DE MANEJO DE PIE DIABÉTICO

(CIE-10:E10-E14)

DEFINICIÓN

Es una entidad clínica de etiología neuropática y/o vascular, inducida por una diabetes mellitus no controlada; al exponerse la persona a traumas o alteraciones en la biomecánica del pie, le provoca ulceraciones y deformidades que frecuentemente requieren la amputación de la extremidad.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

La prevalencia de úlceras, en la población diabética varía según el sexo, edad y otros factores desde el 2.4% hasta el 5.6%. Se ha calculado que un 15% de los diabéticos padecerá en su vida de ulceración en el pié, de igual forma alrededor de un 85% de los diabéticos que sufren amputaciones previamente han padecido de úlcera. La tercera parte de los diabéticos que ingresan en un centro hospitalario lo hacen por presentar vasculopatías en miembros inferiores, el 10% cuando se les descubre la enfermedad ya tienen establecida la oclusión vascular.

El diabético es cinco veces más propenso a lesiones isquémicas en los pies, favorecidas muchas veces por el uso de calzado inadecuado.

CLASIFICACIÓN

Según su Etiopatogenia, las úlceras o lesiones del pie diabético se clasifican:

- Úlcera neuropática
- Úlcera Neuro-Isquémica
- Pie diabético infectado
- Artropatía Neuropática

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Diagnóstico diferencial entre las lesiones neuropáticas y las isquémicas, debido a que el enfoque será diferente.

CLÍNICOS:

El paciente presentará hipoestesia o anestesia en calcetín, hiperalgesia, cambios tróficos en la piel y anexos, alteraciones en las pruebas de valoración de la propiocepción.

También encontraremos deformidades que pueden variar desde dedos en garra, pie plano, hasta pie de Charcot..

Cambios de coloración en los pies (palidez, enrojecimiento, cianosis, frialdad local).

Dependiendo del grado, puede haber áreas hiperqueratósicas, callosidades, ulceraciones y áreas necróticas.

LABORATORIO Y GABINETE:

1. Glicemia, hemograma, pruebas de función renal, cultivo si presenta úlcera, hemoglobina glicosilada
2. Radiografía AP y LAT
3. Estudios Vasculares:
 - Doppler
 - Arteriografía
4. Electromiografía – Velocidades.
5. Centellograma óseo, según criterio médico.

CRITERIOS DE INGRESO

- Pie diabético grado III y IV
- Artropatía de charcot estadio 1 y 2

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

- 1- Reposo en cama y evitar en lo posible apoyarse en los pies.
- 2- Desbridación de úlcera en forma frecuente y/o cubierta hidrocoloide.
- 3- Estudio radiológico para evaluar el pie precozmente y subsecuentemente.
- 4- Cultivo de úlcera.
- 5- Uso de antibióticos según criterio médico.
- 6- Prescripción de ortesis y plan de tratamiento fisiátrico individualizado de acuerdo al caso.
- 7- Prescripción individualizada del calzado.

CRITERIOS DE EGRESO

- Úlceras limpias que puedan ser manejadas ambulatoriamente.
- Haber completado estudios de laboratorio y gabinete necesarios.
- Haber recibido educación en los cuidados del pie diabético.
- Paciente controlado metabólicamente.

INCAPACIDAD

De acuerdo a recuperación, y repercusión funcional, según criterio médico. De 1 – 8 semanas, prorrogable, de acuerdo a evolución.

REFERENCIAS

- Ortopedia
- Cirugía vascular
- Endocrinólogo
- Equipo Salud Mental
- Nutricionista
- Rehabilitación profesional de acuerdo al caso
- El médico Fisiatra determinará la frecuencia de los controles en la consulta externa de acuerdo a cada caso.

EXÁMENES DE CONTROL

- Glicemia
- Hemograma
- Rx.
- Hb glicosilada
- Pruebas de función renal

EDUCACIÓN

1. Orientar al paciente a que se observe cada día los pies; si aparecen ampollas, laceraciones óseas de presión, consultar inmediatamente.
2. Revisar los zapatos antes de su uso; que no tenga costuras con salientes, o cuerpos extraños en su interior.

3. De preferencia utilizar zapatillas de deporte.
4. Cambiar los calcetines y zapatos 2 veces al día preferentemente.
5. Nunca caminar sin calzado, incluyendo piscinas o playas.
6. No cortar las uñas en forma redonda sino rectas, de preferencia sólo limarlas.
7. Aplicar crema hidratante 2 v/día.
8. Proteger los pies del frío usando calcetas de algodón y de preferencia de color blanco.
9. No utilizar medias ni calcetines ajustados.
10. Usar calzado adecuado para diabéticos, holgados, de cuero, con amortiguación en la suela.
11. No sumergir los pies en agua.
12. Caminar 15 minutos diariamente.

GUÍA DE MANEJO DE AMPUTADOS

(CIE-10:T87)

DEFINICIÓN

Es la pérdida traumática o quirúrgica, parcial o total de uno o más miembros con la consecuente pérdida de la función integral de dicho miembro.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

Es una patología de alta prevalencia asociado en personas jóvenes secundario a trauma por accidente común o del trabajo y en personas de la tercera edad por problemas metabólicos-vasculares.

CLASIFICACIÓN

DEFICIENCIA CONGÉNITA: PARCIAL O TOTAL

Adquirida:

- Traumáticas
- Quirúrgicas:
 - Vasculares
 - Neoplásicas
 - Infecciosas

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

CLÍNICOS:

Pérdida anatómica parcial o total de una extremidad

LABORATORIO Y GABINETE:

- RX de muñón
- Glicemia en paciente diabético
- HT,Hb EN PACIENTE DIABETICO Y NEFRÓPATAS.

CRITERIOS DE INGRESO AL ANEXO DEL H. PSIQUIÁTRICO

- Pacientes con amputación cuya asistencia a su proceso de rehabilitación sea difícil por su situación socioeconómica y/o proceder de un área geográfica de difícil acceso, también que sea paciente de muy buen pronóstico en rehabilitación.

- Fuera del área metropolitana, se ingresaría al hospital correspondiente, según criterio del médico Fisiatra.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

Todo paciente será evaluado por Médico Fisiatra.

a) **AMPUTACIÓN DE MIEMBRO SUPERIOR**

- Investigación temprana del derecho a otorgamiento de prótesis por parte de inspección en los pacientes trabajadores activos (apoyo de Trabajo Social).
- Vendaje temprano y permanente.
- Electroterapia individualizada
- Infiltración a Neuromas de amputación tempranamente
- Termoterapia superficial o profunda, según criterio médico
- Ejercicios terapéuticos para fortalecimiento muscular, en extremidad amputada y en miembros no afectados.
- Adaptación protésica temprana
- Terapia psicológica obligatoria a paciente
- Terapia ocupacional para entrenamiento protésico y cambio de dominancia cerebral en pacientes amputados de miembro superior dominante.
- Frecuencia de tratamiento será un mínimo de 3 veces por semana y los controles médicos, según criterio médico en base a evolución de paciente.
- Educación especial: Cambio de dominancia central.
- Educación del paciente a su prótesis.
- Revisión, chequeo y entrega de prótesis con médico Fisiatra tratante.

b) **TRATAMIENTO DE AMPUTADOS DE MIEMBRO INFERIOR**

- Vendaje temprano del muñón utilizando técnica adecuada (amputación bajo rodilla, vendaje en 8 hasta arriba de rodilla, amputado sobre rodilla vendaje pélvico)
- Movilización temprana y posicionamiento adecuado del muñón para prevención de contracturas.
- Ejercicios de fortalecimiento muscular a muñón y tronco.
- Entrenamiento temprano en marcha con muletas o andadera)

- Adaptación temprana con prótesis provisional (intermedia), en caso de amputación bajo rodilla el Médico Fisiatra evaluará el uso de prótesis definitiva inicial.
- Prescribir prótesis definitiva cuando a criterio médico fisiátrico muñón está preparado, lo más pronto posible.
- Completar rehabilitación funcional y/o laboral.
- Psicología obligatoria a paciente y familiares.
- Prescripción de aditamentos o auxiliares a la marcha, según criterio médico.
- Revisión y chequeo de prótesis, en consulta médica por Médico Fisiatra.
- En caso de pacientes con herida abierta no omitir vendaje. (según criterio del Fisiatra)

c) **MANEJO DEL DOLOR:**

Analgésicos:

- Acetaminofén 500 mg. 2 tab.V.O. c/6 horas.
- Celocoxib 200 - 400 mg. V.O. c/12 horas.
- Rofecoxib 50 mg. V.O. c/12 -24 horas.

Neurotopas:

- Carbamacepina 200 mg. V.O. c/12 horas.
- Gabapentida 300 mg. V.O. c/8 -12 horas.
- Amitriptilina 25 mg. V.O. c/12 horas.
- Imipramida 10 mg. V.O. c/12 horas.

CRITERIOS DE EGRESO

- Paciente con adecuado tratamiento preprotésico y marcha independiente con auxiliares.
- Rehabilitación funcional y profesional del paciente.
- Negativa del paciente a utilizar prótesis.
- Condición médica que contraindique el uso de prótesis.
- En caso de ameritar reparación y/o cambio de prótesis- paciente será evaluado por médico tratante.

INCAPACIDAD

De 1 – 6 meses, prorrogable de acuerdo a evolución del caso y criterio médico con referencia temprana a trámite de pensión, cuando el caso lo amerite.

REFERENCIAS

- a). Referencia a Ortopedia o Cirugía Plástica en presencia de:
1. Neuromas que no mejoran con tratamiento y que imposibilitan adaptaciones de prótesis.
 2. Regularización o remodelación del muñón o contratura articulares que no permite adaptación de prótesis.
- b). Referencia a Cirugía Vascul Periférica, cuando haya signos de obstrucción vascular. En el miembro amputado y/o contralateral.
- c). Referencia a Oftalmología cuando se detecte déficit importante de la visión que puedan afectar funcionalidad y uso de prótesis.
- d). Referencia a Rehabilitación profesional para evaluación ocupacional y para valorar entrenamiento laboral y/o reubicación.
- e). Referencia a medicina del trabajo para adaptación y/o reubicación laboral en casos necesarios según criterio médico.

EXÁMENES DE CONTROL

Arteriografía: en el miembro inferior contralateral (el sano) para valorar la necesidad de un puente vascular que evite una futura amputación (fundamentalmente en Diabéticos)

EDUCACIÓN

- Dar enseñanza en grupos de derechohabientes a pacientes con problemas metabólicos, vasculares (diabéticos, dislipidemias) sobre el adecuado cuidado de sus miembros (integridad de paciente, circulación).
- Dar educación adecuada a trabajadores sobre prevención de accidentes de trabajo.
- Trabajar en conjunto con autoridades respectivas sobre prevención de accidentes y disminución índice de criminalidad.

CRITERIOS DE MANEJO EN PRIMER NIVEL:

Paciente amputado que tenga su prótesis o no y cuyo manejo sea sólo con relación a cuidados de piel o dolores residuales que sufra.

En caso de existir problemas que sobrepasen la capacidad del medico general, será referido a Medico Fisiatra de consulta externa.

OBSERVANCIA DE LA GUÍA

La vigilancia del cumplimiento de la presente Guía de Manejo de Fisiatría, corresponde a Directores de Hospitales y Centros de Atención en el ámbito de sus competencias.

FALTAS

El incumplimiento de la presente Guía de Manejo de Fisiatría, por primera vez se tomará como falta leve, las faltas consecutivas serán consideradas como graves y en aquellos casos que no se dé cumplimiento a la "norma" y ocasionare deterioro de la salud de los derechohabientes y/o conlleve un problema en contra de la Institución, serán consideradas como faltas muy graves.

DISPOSICIONES GENERALES

Las disposiciones no contempladas en ésta normativa, serán consideradas por la División Técnica Normativa y aprobadas por la Subdirección de Salud.

VIGENCIA

Las presentes Guías de Manejo de Fisiatría del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, entrará en vigencia a partir del mes de marzo de 2004 y sustituye a todas las normas e instructivos que han sido elaborados previamente por los diferentes Centros de Atención.

San Salvador, Mayo de 2004.

DR. SIMÓN BALTAZAR ÁGREDA
Jefe División Técnica Normativa

Vo.Bo.:

DR. CARLOS FIGUEROA BALTODANO
Subdirector de Salud

BIBLIOGRAFÍA

| | | |
|-----------|--|---|
| <u>1</u> | TERAPIA OCUPACIONAL | Helen L. Hopkins, Helen D Smith 8ª.EDICIÓN, EDITORIAL MÉDICA ANAMERICANA 1993. |
| <u>2</u> | MANUAL DE LOGOPEDIA | Jordi Peña Casanova MASSON 2ª.EDICIÓN 1994. |
| <u>3</u> | REHABILITATION MEDICINE, PRINCIPLES AND PRACTICE | De Lisa Joel A, 1988. EDITORIAL J.B.LIPPICOTT |
| <u>4</u> | PRINCIPIOS Y PRÁCTICA DE ELECTROTERAPIA | Joseph Klein EDITORIAL LEMUS, 19ª. EDICIÓN 1991. |
| <u>5</u> | MANUAL DE MEDICINA FÍSICA | Murillo EDITORIAL HERCOURT BRACE, 1ª.EDICIÓN 1998 |
| <u>6</u> | ELECTROTERAPIA EN FISIOTERAPIA | Rodríguez, Martín. EDITORIAL PANAMERICANA, 1ª.EDICIÓN 2000 |
| <u>7</u> | ACTUALIZACIÓN EN ELECTROTERAPIA | Manual de Apoyo ISSS, Nov. 2000 |
| <u>8</u> | THERAPEUTIC MODALITIES | Editorial Prentyce, Third Edition |
| <u>9</u> | OCCUPATIONAL THERAPY | Kramer Hinojosa EDITORIAL WILLIAM-WILKINS, THIRD EDITION |
| <u>10</u> | THERAPEUTIC ELECTRICITY | Kents-Keiner EDIT.DAVIS PHILADELPHIC |
| <u>11</u> | EVOLUCIÓN DEL APRENDIZAJE | Carmen María Galo DIDÁCTICA CONTEMPORÁNEA |
| <u>12</u> | BEGINNING WHEIGHTSTRAINING | Lombarda, McGraw-Hill |
| <u>13</u> | DIFICULTADES EN EL APRENDIZAJE DE LA LECTURA | González Portal EDITORIAL MORATA, 5ª.EDICIÓN |
| <u>14</u> | TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LAS DIFICULTADES LECTORAS | Helena Huerta EDITORIAL VISOR |
| <u>15</u> | MÓDULO DE DETECCIÓN, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE DISCAPACIDADES DEL APRENDIZAJE | Editorial Algier Impresores, 1ª. Edición 1996. |
| <u>16</u> | ENCICLOPEDIA MÉDICO-QUIRÚRGICA | Kinesioterapia y Medicina Física ELSEVIER SAS 2003 |
| <u>17</u> | FISIOTERPIA ACTUAL | A.Zauner Gutmann EDITORIAL JIMS, 2ª.EDICIÓN 1980 |
| <u>18</u> | KRUSEN'S HANABOOK OF PHISICAL MEDICINE AND REHABILITATION | Frank Krusen, Fourth Edition W.B.SAUNDERS 1990 |



PROCESO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN
2004

Snl/Djgav.