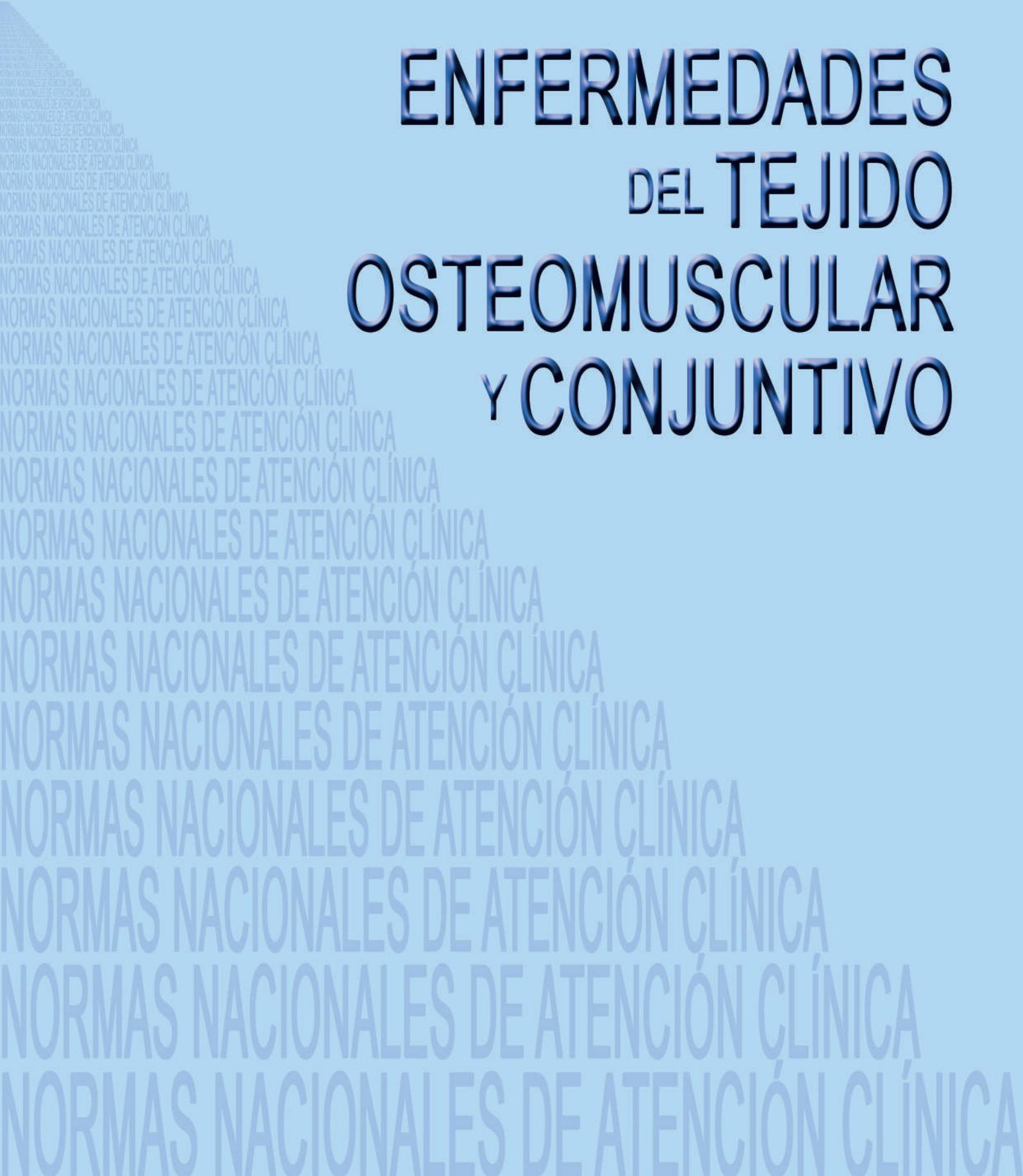


UNIDAD 17

ENFERMEDADES DEL TEJIDO OSTEOMUSCULAR Y CONJUNTIVO



CONTENIDO

I. ASPECTOS Y ACTIVIDADES DE APLICACIÓN FUNDAMENTAL

1. Prevención de estilos de vida no saludables 00

II. NORMAS DE ATENCIÓN CLÍNICA

1. Artritis reumatoide 00
2. Artrosis (osteoartritis) 00
3. Displasia del desarrollo de la cadera (DDC) 00
4. Fascitis necrosante 00
5. Fractura de clavícula 00
6. Fractura proximal de húmero 00
7. Fractura de diáfisis humeral 00
8. Fractura distal de húmero 00
9. Fractura distal de radio 00
10. Fractura de metacarpianos 00
11. Fractura de cadera 00
12. Fractura de diáfisis tibial 00
13. Fractura de tobillo 00
14. Lumbalgia 00
15. Lupus eritematoso sistémico 00
16. Luxación acromioclavicular 00
17. Osteoartritis tuberculosa 00
18. Osteomielitis aguda 00
19. Osteomielitis crónica 00

I. ASPECTOS Y ACTIVIDADES DE APLICACIÓN FUNDAMENTAL

1. PREVENCIÓN DE ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLES

ANTECEDENTES

La concepción biologicista del proceso salud-enfermedad —sintetizada en la creencia de que los servicios de salud, la tecnología médica, los medicamentos y los recursos humanos en salud altamente especializados, son la base fundamental del estado de salud de una población— ha sido la causante de los constantes fracasos del control de las enfermedades y de la irracional distribución de los muchos o escasos recursos del sector salud.

Los conocimientos científicos actuales sobre la determinación y la causalidad del proceso salud-enfermedad son contundentes al demostrar que las variables sociales poseen mayor importancia que las biológicas. Así, en 1974 se presenta el famoso informe de los **campos de salud** presentado por Marc Lalonde, Ministro de Salud y Bienestar Nacional del Canadá, donde se identifican cuatro determinantes de la salud de la población, que se señalan en el siguiente cuadro:

CAMPOS DE SALUD DE LALONDE

CAMPO DE LA SALUD	INFLUENCIA EN LA SALUD (en porcentajes)
Estilos de vida.	43%
Factores biológicos.	27%
Medio ambiente.	19%
Servicios de salud.	11%
TOTAL	100%

Basados en este tipo de evidencias es que la OMS/OPS recomiendan que las políticas de salud a nivel mundial deben dar énfasis a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Asimismo el actual modelo boliviano de Salud Familiar, Comunitaria Intercultural (SAFCI), prioriza las acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. De ahí que en estas Normas Nacionales de Atención Clínica (NNAC) se debe también dar énfasis a la prevención de la enfermedad en todas las actividades de atención que realice el equipo de salud, haciendo énfasis en confrontar los estilos de vida no saludables, que también se denominan factores de riesgo personales.

Se entiende por **estilo de vida** a la manera o forma como las personas satisfacen una necesidad. En cambio la **calidad** o **nivel de vida** se refiere a la capacidad de compra de un satisfactor que tienen los individuos. En muchos casos los estilos están supeditados a la calidad de vida pero igualmente en otros casos son independientes de ésta y más bien están condicionados por la educación o información que se posea. Por la importancia de la comprensión de estos dos conceptos se presenta el siguiente ejemplo: una persona tiene una necesidad, hambre, para satisfacerla puede recurrir a ingerir alimentos frescos, naturales y de temporada, o bien puede saciar su hambre consumiendo “comida chatarra”, también puede saciar su hambre adquiriendo “pan blanco” o bien “pan moreno”, ambos del mismo precio. En el primer caso puede o no estar ligada su decisión a su condición económica (calidad de vida); en el segundo caso se observa, más nítidamente, que su decisión alimentaria está ligada a un estilo alimentario condicionado por la información o conocimiento que tenga sobre alimentación saludable, al margen de su calidad o nivel de vida.

Por lo tanto, la educación sobre estilos de vida es determinante para que las personas tengan o no factores de riesgo que incrementen su probabilidad de enfermar o morir, por lo que el equipo de salud debe interactuar responsablemente con el usuario/usuario identificando sus estilos de vida no saludables o factores de riesgo individuales con el objeto de modificar conductas negativas para su salud.

En este sentido el equipo de salud debe concientizar y recomendar a los usuarios/usuarioas sobre las siguientes medidas preventivas relacionadas con el control de los estilos de vida no saludables más perniciosos.

MEDIDAS PREVENTIVAS RELACIONADAS CON ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLES

Los siguientes estilos de vida no saludables, independientemente de la patología o problema, deben ser indefectiblemente tratados en forma rutinaria en cada entrevista o consulta con usuarios/usuarioas del Sistema Nacional de Salud:

- NO consumir tabaco y evitar consumo de alcohol.
- Realizar ejercicios físicos por lo menos 30 minutos al día, no utilizar medios de transporte para distancias cortas, evitar el uso de ascensores y en lo posible subir y bajar gradas a pie.
- Consumir alimentos frescos y naturales, y cotidianamente frutas y verduras de la temporada.
- Evitar el consumo de grasas de origen animal y comida chatarra.
- Acostumbrarse al consumo menor a seis gramos de sal al día. No utilizar salero. Los alimentos salados, como charque y otros, deben lavarse en abundante agua antes de la preparación para su consumo.
- Controlarse el peso mensualmente. Existen dos indicadores importantes que se debe enseñar a medir e interpretar a los usuarios/usuarioas:
 - El **Índice de Masa Corporal** (IMC), cuyo valor idealmente no debe sobrepasar en rango de 24,9. La fórmula para obtener el IMC es la siguiente: **IMC = Peso (Kg.) / Estatura (m)²**.
 - La **Circunferencia de Cintura** (CC), con la que se evalúa el riesgo de enfermar patologías relacionadas con la obesidad como IAM/AVC, HTA, etc.
- Para medir la circunferencia de cintura se localiza el punto superior de la cresta iliaca y alrededor del abdomen se coloca la cinta métrica y paralela al piso. Según el sexo de la persona los datos se interpretan de la siguiente manera:
 - En mujeres existe riesgo de padecer enfermedades asociadas a la obesidad a partir de los 82 cm, mientras que si sobrepasa los 88 cm el riesgo es muy elevado. En cambio, en hombres hay riesgo a partir de los 94 cm, mientras que éste se convierte en riesgo elevado a partir de los 102 cm.

MEDIDAS PREVENTIVAS EN ADOLESCENTES

- Orientación al adolescente:
 - Reconocimiento y manejo de sus emociones y sentimientos.
 - Planteamiento de metas a corto y mediano plazo.
- Apoye al o la adolescente en:
 - Fortalecer sus habilidades sociales, afectivas y cognitivas.
 - Mejorar su autoestima y autovaloración.
 - Formación de grupos de pares.
 - Capacitar en temas de interés para ellas o ellos.
 - Uso adecuado y saludable del tiempo libre.
 - Consensuar y programar la visita de seguimiento.
- Pregunte si existe algún tema pendiente para aclaración de dudas o profundización de la información.
- Además de las anteriores medidas preventivas, en los adolescentes debe hacerse énfasis en los siguientes aspectos:
 - Trastornos de la alimentación como la anorexia y la bulimia.
 - Violencia intrafamiliar y escolar.
 - Violencia sexual.
 - Ejercicio responsable de la sexualidad.
 - Orientación para posponer inicio de relaciones sexuales.
 - Uso del condón para prevención de ITS, VIH y el embarazo.

II. NORMAS DE ATENCIÓN CLÍNICA

1	CIE-10	M06.9
	NIVEL DE RESOLUCIÓN	I - II - III

ARTRITIS REUMATOIDE

DEFINICIÓN

Enfermedad inflamatoria sistémica crónica autoinmune, más frecuente en mujeres en una relación 3-1, caracterizada por dolor articular, tumefacción y destrucción de las estructuras articulares que condiciona discapacidad grave y mortalidad prematura. Puede comprometer también partes blandas y producir manifestaciones extra articulares como ser nódulos reumatoideos, fibrosis pulmonar, serositis y vasculitis.

ETIOLOGÍA

De causa desconocida, en la que intervienen factores genéticos predisponentes y factores ambientales, condicionantes y desencadenantes, de tipo infeccioso, tabaquismo y otros menos importantes.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Síntomas iniciales: malestar general, pérdida de peso, astenia, adinamia.
- Síntomas articulares: dolor en articulaciones pequeñas de las manos, articulaciones de la muñeca, metacarpofalángicas, interfalángicas proximales.
- Con frecuencia la aparición de anticuerpos anti CCP y factor reumatoide precede a la artritis inicialmente de predominio en pequeñas articulaciones de las manos, que se acompaña de rigidez articular matinal mayor a media hora.
- Presencia de nódulos subcutáneos.
- En la actualidad se hace hincapié en el diagnóstico temprano antes de la aparición de erosiones subcondrales y marginales y deformidades que habitualmente son irreversibles.
- En fases crónicas deformidades articulares tales como: dedos en cuello de cisne, en boutonniere.
- Entre las manifestaciones extra-articulares: ojo rojo, complejo seco, síndrome de túnel carpiano, fibrosis pulmonar, serositis y asociación a síndromes de Sjögren y Felty.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio:

- Hemograma: anemia normocítica, hipocrómica moderada.
- Anticuerpos antipeptidos cíclicos citrulinados (anti CCP).
- Presencia de factor reumatoide.
- Reactantes de fase aguda de inflamación: VES acelerada, PCR positivo, proteína C reactiva positiva.

Gabinete:

- Ecografía.
- Radiografía de manos.
- Tomografía y resonancia de columna cervical.

COMORBILIDADES

- Infecciones.
- Enfermedades cardiovasculares.
- Iatrogenia medicamentosa: gastritis, hemorragia digestiva alta, nefropatía intersticial, insuficiencia renal crónica.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

Los criterios de 1987 han sido reemplazados por falta de sensibilidad y especificidad y diagnóstico tardío, que impedía tratamiento oportuno con drogas modificadoras del curso de la enfermedad y/o biológicos.

En la actualidad se toma en cuenta cuatro dominios, debiendo obtenerse un puntaje total de seis o más.

1. Número y lugar de las articulaciones afectadas (rango de 0-5).
2. Anomalías serológicas (0-3).
3. Respuesta de fase aguda de inflamación (0-1).
4. Duración de los síntomas (0-1).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Para el uso temprano y seguro de fármacos antireumáticos modificadores del curso de la enfermedad (FARME) y biológicos, hay que tomar en cuenta enfermedades que pueden remedar a la artritis reumatoide:

CATEGORÍA	EJEMPLOS COMUNES
<ul style="list-style-type: none">■ Otras conectivopatías.■ Enfermedades sistémicas.■ Espondiloartropatías.■ Artritis infecciosas.■ Artritis por cristales.■ Endocrinopatías.■ Artropatías degenerativas.■ Reumatismos de partes blandas.■ Síndromes paraneoplásicos.	<ul style="list-style-type: none">■ LES, vasculitis, esclerodermia.■ Sarcoidosis, endocarditis infecciosa, fiebre reumática.■ Psoriasis, artritis reactivas.■ Virales (especies de parvovirus), artritis bacterianas.■ Gota poliarticular.■ Enfermedades de la tiroides.■ Osteoartritis.■ Fibromialgia.■ Cáncer de pulmón, mieloma múltiple.

TRATAMIENTO

Tratamiento multidisciplinario: médico de atención primaria, fisiatra, reumatólogo, ortopedista y psicoterapeuta.

MEDIDAS GENERALES INICIALES

- Hábitos de vida saludable.
- Diagnóstico de artritis reumatoide temprana.
- Transferencia a reumatología para ratificación de diagnóstico y esquema terapéutico.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

- Diclofenaco sódico o potásico 50 mg VO BID o TID.
- Naproxeno 550 mg VO BID.
- Ibuprofeno 600 mg VO QID.
- Indometacina 25 a 50 mg VO TID, 100 mg cada 12 horas, supositorios.
- Meloxicam 7,5 a 15 mg VO día.
- Celecoxib 200 a 400 mg VO día.

FÁRMACOS ANTIREUMÁTICOS MODIFICADORES DEL CURSO DE LA ENFERMEDAD (FARME)

- Metotrexato 10 a 20 mg VO, IM una vez por semana.
En niños 10 mg/m² de superficie corporal.
- Cloroquina 250 mg VO día.
- Hidroxicloroquina 200 a 400 mg VO día.
- Sulfasalazina 2 a 3 g VO día.
- Leflunomida 200 mg VO día por tres días, luego 20 mg VO día.

GLUCOCORTICOIDES

- Prednisona 5 al 10 mg día.
- Metilprednisolona 80 mg IM cada semana por tres semanas al inicio de la enfermedad y 40 mg para infiltraciones de grandes articulaciones.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- Sinovectomía.
- Corrección de mal alineamiento (genoalgo).
- Prótesis.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Confirmación del diagnóstico.
- Elaboración de esquema terapéutico.
- Hemorragia digestiva por AINES.
- Cushing iatrogénico.
- Artritis sépticas.

CRITERIOS DE ALTA

- Paciente asintomático.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- A nivel I para control y seguimiento.

OBSERVACIONES

- El paradigma del tratamiento contemporáneo está enfocado al uso secuencial de FARME y agentes biológicos, de manera precoz y en forma conjunta con AINES y glucocorticoides.
- Los agentes biológicos se clasifican en antagonistas del TNF, ejemplo: etanercept. Bloqueadores de interleucina 1 y 6, ejemplo: anakinra y tocilizumab. Terapia depletora de células B, ejemplo: rituximab.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Evitar factores de riesgo: antecedentes familiares, tabaquismo, exposición a factores ambientales (sílice).
- Promover estilos de vida y ambientes saludables.
- Promover la participación comunitaria y la creación de entornos saludables.
- Realizar ejercicios físicos por lo menos 30 minutos al día.

ARTROSIS (OSTEOARTRITIS)

DEFINICIÓN

La osteoartritis constituye una enfermedad articular crónica y degenerativa, caracterizada por destrucción del cartílago articular, inflamación sinovial y alteración del hueso subcondral.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Rigidez articular de inicio.
- Dolor articular que incrementa con la movilización y soporte de peso. Alivia con el reposo.
- Crecimientos óseos:
 - Nódulos de Heberden (en articulaciones interfalán-gicas distales).
 - Nódulos de Bouchard (en articulaciones interfalán-gicas proximales).
- Limitación funcional de la articulación afectada.
- Crepitación articular.
- Sin manifestaciones sistémicas.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio:

- No hallazgos en particular.

Gabinete:

- Radiografías de la articulación afectada evidencia disminución del espacio articular, formación de osteofitos, evidencia de quistes óseos.

TRATAMIENTO MÉDICO

MEDIDAS GENERALES

Apoyo nutricional, bajar de peso, actividad física moderada.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

- En casos de enfermedad leve, iniciar con paracetamol 2,6-4 g/día.
- En caso de enfermedad avanzada uso de AINES VO o tratamiento tópico.
- Diclofenaco sódico pomada, para tratamiento tópico disminuye los riesgos de patología gástrica secundaria.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Artroplastía total de cadera y rodilla.

CRITERIOS DE REFERENCIA

Deterioro funcional o síntomas recalcitrantes.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

Control y seguimiento.

CRITERIOS DE ALTA

Ausencia de síntomas y buena tolerancia al tratamiento.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS

Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Reducción de peso.
- Medidas higiénico dietéticas en una alimentación saludable.

DISPLASIA DEL DESARROLLO DE LA CADERA (DDC)

DEFINICIÓN

Es la **alteración en el desarrollo de la cadera**, que afecta, en mayor o menor grado, a todos los componentes mesodérmicos de esta articulación. Hay retardo en la osificación endocondral del hueso ilíaco y fémur, además de alteración del cartílago articular y posteriormente de músculos, tendones y ligamentos.

Sinónimos: displasia luxante de la cadera (DLC), enfermedad luxante de la cadera, displasia evolutiva de las caderas.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

El antecedente de uno o más de los siguientes factores de riesgo debe hacer sospechar una DDC:

- Sexo: entre 4 y 7 veces más frecuente en mujeres que en hombres.
- Presentación en nalgas del feto, especialmente si el parto es por vía vaginal, hace que la incidencia aumente a 1 de cada 35 neonatos de sexo femenino.
- Presencia de otras malformaciones: especialmente alteraciones del pie (talo, bot u otro) y tortícolis congénita.
- Antecedentes familiares de primer grado de DDC.

Examen físico debe estar orientado hacia una posible DDC:

- Signos de Ortolani y de Barlow positivos.
- Abducción limitada.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio (en caso de necesitar tratamiento no quirúrgico asistido por anestesiología o tratamiento quirúrgico):

- Hemograma.
- Coagulograma.
- Urea y creatinina.
- Glucemia.
- Grupo sanguíneo.

Gabinete:

- Radiografía AP de pelvis (proyección de Coleman).
- Ecografía de caderas.

CLASIFICACIÓN

Se clasifica, según grado de severidad, de acuerdo a **Raimann A.**, en:

- Leve o displasia.
- Moderada o subluxación.
- Severa o luxación.

Esta última, debe distinguirse del término de “cadera inestable”, que es aquella cabeza femoral que se puede desplazar y reducir dentro del acetábulo mediante ciertas maniobras y que no constituye una verdadera luxación.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

Nivel I

- Para detección oportuna de DDC solicitar una radiografía AP de pelvis a los tres meses de edad de todo niño o niña:
 - Si no existiera ningún signo radiológico sospechoso, repetir la misma radiografía a los seis meses de edad.
 - En presencia de signos de riesgo referencia a nivel III para evaluación y manejo por médico ortopedista.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Nivel II y III

Tratamiento ortopédico no quirúrgico: es el tratamiento de elección frente a un diagnóstico precoz, en base a una de las siguientes alternativas, dependiendo de las características clínicas y evolución posterior:

- Aparato de Pavlik.
- Cojín de Frejka.
- Aparato de Jordan.
- Aparatos de yeso Lorenz (1º-2º-3º posición). En quirófano asistido por anestesiología.
- Tracción de partes blandas con abducción progresiva.

Tratamiento quirúrgico: se plantea ante el fracaso del tratamiento ortopédico y/o diagnóstico tardío. La técnica se define caso a caso y puede requerir una o más de las siguientes alternativas:

- Tenotomía de aductores.
- Tenotomía de psoas.
- Reducción quirúrgica.
- Osteotomía femoral.
- Osteotomía hueso iliaco.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Para tratamiento por médico ortopedista.

CRITERIOS DE ALTA

- Ausencia de complicaciones.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Cuando el médico ortopedista haya descartado cualquier grado de displasia luxante de cadera.
- Cuando después del tratamiento efectuado se compruebe normalidad de las caderas.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Información y orientación a la familia sobre posibles complicaciones como dolor post operatorio intenso.
- Recomendaciones sobre:
 - Medidas higiénico dietéticas.
 - Alimentación saludable.
 - Reposo de actividades físicas.

FASCITIS NECROSANTE

DEFINICIÓN

Infección en tejidos blandos, rápidamente progresiva, caracterizada por necrosis del tejido subcutáneo. Los gérmenes usualmente presentes son el *Streptococcus beta hemolítico* del grupo A y *Staphylococcus aureus*; también pueden estar implicados anaerobios.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Lesión necrosada supurativa, que compromete tejidos blandos, generalmente localizada en extremidades.
- Principalmente eritema, edema y considerable dolor.
- Crepitación perilesional.
- Fiebre.
- Mal estado general.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio:

- Hemograma.
- Coagulograma.
- Cultivo de exudado purulento.
- Antibiograma de exudado purulento.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

Nivel I

- Sospecha diagnóstica, referencia a nivel III de atención.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Nivel II y III

- Internación.
- Reposo.
- Antibióticos (dirigidos a aerobios y anaerobios): tratamiento durante 10 días:
 - Niños/niñas con peso menor a 40 Kg.:
 - Esquema I: penicilina sódica IV 100.000-400.000 UI/Kg./día fraccionada cada 4-6 horas + clindamicina 15-25 mg/Kg./día, fraccionado cada 6-8 horas.
 - Esquema II: metronidazol IV 7,5 mg/Kg./día cada seis horas + asociado cloxacilina 50-100 mg/Kg./día, fraccionada cada seis horas.
 - Niños/niñas con peso mayor a 40 Kg. y adultos:
 - Esquema I: penicilina sódica IV 3.000.000 a 30.000.000 UI/día fraccionada cada 4-6 horas por siete días y clindamicina 150-450 mg/Kg./dosis cada 6-12 horas.
 - Esquema II: metronidazol IV 15 mg/Kg./día fraccionado cada seis horas seguido de 7,5 mg/Kg./día fraccionado cada seis horas + cloxacilina 1-4 g/día fraccionada cada seis horas.
- Analgésicos (manejo de la fiebre y el dolor): niños/niñas con peso menor a 40 Kg. paracetamol 10-15 mg/Kg./dosis, cada seis horas; niños/niñas con peso mayor a 40 Kg. y adultos, paracetamol VO 500 mg cada seis horas.
- Considerar aplicación de vacuna antitetánica.
- Ante la eventual resistencia antibiótica recurrir a esquemas terapéuticos más agresivos: imipenem 20 mg/Kg. dosis, vancomicina 15 mg/Kg. dosis.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Urgencia quirúrgica según corresponda.

CRITERIOS DE REFERENCIA

A nivel superior ante las siguientes señales de alarma:

- Choque séptico.
- Herida con mala evolución (aumento de profundidad de lesión y crepito adyacente).
- Infección de tejidos blandos secundaria a varicela como celulitis.

CRITERIOS DE ALTA

- Lesión en proceso de cicatrización.
- Cuadro infeccioso curado y asegurar seguimiento.
- Volver a control en una semana.
- Recomendar prácticas de higiene y alimentación saludable.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Vigilancia de la evolución de la enfermedad.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

Informe a la usuaria/usuario y familiares acerca de:

- Su condición general de salud y la gravedad del cuadro.
- El tiempo aproximado necesario para el tratamiento.
- Procedimientos a ser utilizados así como sus riesgos y beneficios.
- La necesidad de referir a otro establecimiento de mayor resolución si el caso lo requiere.

FRACTURA DE CLAVÍCULA

DEFINICIÓN

Solución de continuidad ósea de la clavícula.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Manifestaciones generales:
- Dolor.
 - Impotencia funcional.
 - Deformidad.
- Manifestaciones especiales:
- Equimosis.
 - Crepito.
- Lesiones asociadas:
- Lesión vascular y/o neurológica.
 - Lesión de la cúpula pulmonar.
 - Fracturas costales.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- Laboratorio:**
- Hemograma.
 - Coagulograma.
 - Química sanguínea.
 - Urea y creatinina.
 - Glucemia.
 - Grupo sanguíneo.
- Gabinete:**
- Radiología Rx AP y LAT de humero proximal.

CLASIFICACIÓN

Anatómica:

- Tercio proximal.
- Tercio medio.
- Tercio distal.

Por sus fragmentos:

- De trazo simple.
- Multifragmentarias (complejas).

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

Nivel I: Inmovilización y referencia al nivel II ó III.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Nivel II y III

Tratamiento médico - conservador: (trazo simple, no desplazada): reducción incruenta e inmovilización, vendaje en 8 de guarismo o Velpeau.

Tratamiento quirúrgico: (fracturas complejas, desplazadas, expuestas y con lesiones asociadas): reducción abierta y fijación interna con implante de osteosíntesis.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Para tratamiento quirúrgico, en fractura expuesta, desplazada o acompañada de lesiones asociadas.

CRITERIOS DE ALTA

- Ausencia de complicaciones.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Para seguimiento y continuar tratamiento de rehabilitación.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

Información y orientación a la familia sobre posibles complicaciones:

- Medidas higiénico dietéticas.
- Alimentación saludable.
- Dolor post operatorio intenso.
- Reposo de actividades físicas.

Informe a la usuaria y familiares acerca de:

- Su condición general de salud y la gravedad del cuadro.
- El tiempo aproximado necesario para el tratamiento.
- Procedimientos a ser utilizados y sus riesgos y beneficios.
- La necesidad de referir a otro establecimiento de mayor resolución si el caso lo requiere

FRACTURA PROXIMAL DE HÚMERO

DEFINICIÓN

Solución de continuidad ósea del extremo proximal del húmero.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Manifestaciones generales:
- Dolor.
 - Impotencia funcional.
 - Deformidad.
 - Hematoma.
 - Equimosis.
- Lesiones asociadas:
- Lesión vascular y/o neurológica.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- Laboratorio:**
- Hemograma.
 - Coagulograma.
 - Química sanguínea.
 - Urea y creatinina.
 - Glucemia.
 - Grupo sanguíneo.
- Gabinete:**
- Radiología. Rx AP y LAT de húmero proximal.

CLASIFICACIÓN

- Tipo A. Fractura extra articular unifocal:
 - A1. Fractura del troquíter.
 - A2. Metáfisis impactada.
 - A3. Metáfisis desplazada.
- Tipo B. Fractura extra articular bifocal:
 - B1. Fractura del troquíter, con metáfisis impactada.
 - B2. Fractura del troquíter, metáfisis desplazada.
 - B3. Fractura del troquíter, fractura de la metáfisis más luxación glenohumeral.
- Tipo C. Fractura articular:
 - C1. Con leve desplazamiento.
 - C2. Impactada con marcado desplazamiento.
 - C3. Fractura con luxación glenohumeral.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

Nivel I: Inmovilización y referencia al nivel II ó III.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Nivel II y III

- Tratamiento conservador (estables, no desplazadas): reducción incruenta e inmovilización.
- Tratamiento quirúrgico (fractura inestables, desplazadas): reducción abierta y fijación con implante de osteosíntesis.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Para tratamiento quirúrgico.

CRITERIOS DE ALTA

- Ausencia de complicaciones.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Para seguimiento y continuar tratamiento de rehabilitación.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

Informe a la usuaria/usuario y familiares acerca de:

- Su condición general de salud y la gravedad del cuadro.
- El tiempo aproximado necesario para el tratamiento.
- Procedimientos a ser utilizados así como sus riesgos y beneficios.
- La necesidad de referir a otro establecimiento de mayor resolución si el caso lo requiere.

FRACTURA DE DIÁFISIS HUMERAL

DEFINICIÓN

Solución de continuidad ósea en la diáfisis del húmero, región que se extiende desde la inserción del pectoral mayor a la región supracondilea.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- **Manifestaciones generales:**
 - Dolor.
 - Impotencia funcional.
 - Deformidad.
- **Manifestaciones especiales:**
 - Equimosis.
 - Crepito.
- **Lesiones asociadas:**
 - Lesiones vasculares.
 - Lesión neurológica.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- **Laboratorio:**
 - Hemograma.
 - Coagulograma.
 - Química sanguínea.
 - Urea y creatinina.
 - Glucemia.
 - Grupo sanguíneo.
- **Gabinete:**
 - Radiografía AP y LAT de húmero.

CLASIFICACIÓN

Anatómica: diafisarias proximal, media y distal

Tipo A. Fractura simple:

- A1 Espiroidea.
- A2 Oblicua > 30 grados.
- A3 Transversal < 30 grados.

Tipo B. Fractura con acuñaamiento:

- B1 Acuñaamiento espiroideo.
- B2 Acuñaamiento arqueado.
- B3 Acuñaamiento fragmentado.

Tipo C. Fractura compleja:

- C1 Espiroidea.
- C2 Segmentaria.
- C3 Irregular conminución importante.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

Nivel I: Inmovilización y referencia al nivel II ó III.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

- Nivel II y III**
- Tratamiento conservador (fractura alineada, no desplazada, estable, reductible):
 - Reducción incruenta e inmovilización.
 - Reducción incruenta e inmovilización con aparato de yeso o brace.
 - Reducción abierta y fijación interna con implante de osteosíntesis.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Para tratamiento quirúrgico, en fractura expuesta, inestable, desplazada o acompañada de lesiones asociadas.

CRITERIOS DE ALTA

- Ausencia de complicaciones.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Para seguimiento y continuar tratamiento de rehabilitación.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

Informe a la usuaria/usuario y familiares acerca de:

- Su condición general de salud, la gravedad del cuadro y el tiempo aproximado necesario para el tratamiento.
- Procedimientos a ser utilizados así como sus riesgos y beneficios.
- La necesidad de referir a otro establecimiento de mayor resolución si el caso lo requiere.

FRACTURA DISTAL DE HÚMERO

DEFINICIÓN

Solución de continuidad ósea del húmero distal.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Manifestaciones generales:
 - Dolor.
 - Impotencia funcional.
 - Deformidad.
 - Hematoma.
 - Equimosis.
- Lesiones asociadas:
 - Lesión vascular y/o neurológica.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- | | |
|--|---|
| Laboratorio: <ul style="list-style-type: none"> ■ Hemograma. ■ Coagulograma. ■ Química sanguínea. ■ Urea y creatinina. ■ Glucemia. ■ Grupo sanguíneo. | Gabinete: <ul style="list-style-type: none"> ■ Radiología. Rx AP y LAT de codo. |
|--|---|

CLASIFICACIÓN

Tipo A. Fractura extra articular:

- A1 Avulsiva.
- A2 Metafisaria simple.
- A3 Metafisaria multifragmentaria.

Tipo B. Fractura articular parcial:

- B1 Sagital del cóndilo lateral.
- B2 Sagital del cóndilo medial.
- B3 Frontal.

Tipo C. Fractura articular:

- C1 Metafisaria simple articular simple.
- C2 Metafisaria multifragmentaria articular simple.
- C3 Metafisaria multifragmentaria articular multifragmentaria.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

Nivel I: Inmovilización y referencia a nivel II ó III.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Nivel II y III

- Tratamiento conservador (fractura alineada, no desplazada, estable, reductible):
 - Reducción incruenta e inmovilización.
 - Reducción incruenta e inmovilización con aparato de yeso o brace.
- Tratamiento quirúrgico (fracturas inestables, desplazadas):
 - Reducción abierta y fijación interna con implante de osteosíntesis.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Para tratamiento quirúrgico.

CRITERIOS DE ALTA

- Ausencia de complicaciones.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Para seguimiento y continuar tratamiento de rehabilitación.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

Informe a la usuaria/usuario y familiares acerca de:

- Su condición general de salud, la gravedad del cuadro y el tiempo aproximado necesario para el tratamiento.
- Procedimientos a ser utilizados así como sus riesgos y beneficios.
- La necesidad de referir a otro establecimiento de mayor resolución si el caso lo requiere.

FRACTURA DISTAL DE RADIO

DEFINICIÓN

Solución de continuidad ósea distal del radio.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Manifestaciones generales:
 - Dolor.
 - Impotencia funcional.
 - Deformidad.
 - Equimosis.
 - Hematoma.
- Lesiones asociadas:
 - Lesión vascular y/o neurológica.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- | | |
|--|---|
| Laboratorio: <ul style="list-style-type: none"> ■ Hemograma. ■ Coagulograma. ■ Química sanguínea. ■ Urea y creatinina. ■ Glucemia. ■ Grupo sanguíneo. | Gabinete: <ul style="list-style-type: none"> ■ Radiología. Rx AP y LAT de muñeca. |
|--|---|

CLASIFICACIÓN (Fernández)

Tipo I: flexo-extensión extra-articular.	Tipo II: cizallamiento marginal intra-articular.	Tipo III: compresión intra-articular.	Tipo IV: avulsión multifragmentaria intra-articular.	Tipo V: combinada.
---	---	--	---	---------------------------

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

Nivel I

- Inmovilización y referencia a nivel II ó III.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Nivel II y III

- Tratamiento médico – conservador en fracturas tipo I: reducción incruenta e inmovilización, con aparato de yeso.
- Tratamiento quirúrgico - en fracturas tipos II-III-IV-V: reducción abierta y fijación con implante de osteosíntesis y/o fijación externa.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Para tratamiento quirúrgico.

CRITERIOS DE ALTA

- Ausencia de complicaciones.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Para seguimiento y continuar tratamiento de rehabilitación.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

Informe a la usuaria/usuario y familiares acerca de:

- Su condición general de salud y la gravedad del cuadro.
- El tiempo aproximado necesario para el tratamiento.
- Procedimientos a ser utilizados así como sus riesgos y beneficios.
- La necesidad de referir a otro establecimiento de mayor resolución si el caso lo requiere.

FRACTURA DE METACARPIANOS

DEFINICIÓN

Solución de continuidad ósea de los huesos metacarpianos.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Manifestaciones generales:
 - Dolor.
 - Impotencia funcional.
 - Deformidad.
- Lesiones asociadas:
 - Lesión vascular y/o neurológica.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio:

- Hemograma.
- Coagulograma.
- Química sanguínea.
- Urea y creatinina.
- Glucemia.
- Grupo sanguíneo.

Gabinete:

- Radiología. Rx AP y OBL de la mano.

CLASIFICACIÓN

Descriptiva – Anatómica:

- Fractura de la base del primer metacarpiano extra-articular (Rolando).
- Fractura de la base del primer metacarpiano intra-articular (Bennet).

- Fractura cuello del quinto metacarpiano (fractura peleador callejero).
- Fractura de la epífisis de los metacarpianos.
- Fractura de la diáfisis de los metacarpianos.
- Fractura de la metáfisis de los metacarpianos.
- Fractura de múltiples metacarpianos.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

Nivel I: Inmovilización y referencia al nivel II ó III.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Nivel II y III

- Tratamiento conservador en fracturas estables, no desplazadas: reducción incruenta e inmovilización, con aparato de yeso.
- Tratamiento quirúrgico, en fracturas inestables, desplazadas: reducción abierta y fijación con implante de osteosíntesis y/o fijación externa.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Para tratamiento quirúrgico.

CRITERIOS DE ALTA

- Ausencia de complicaciones.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Para seguimiento y continuar tratamiento de rehabilitación.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS

Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

Informe a la usuaria/usuario y familiares acerca de:

- Su condición general de salud y la gravedad del cuadro.
- El tiempo aproximado necesario para el tratamiento.
- Procedimientos a ser utilizados así como sus riesgos y beneficios.
- La necesidad de referir a otro establecimiento de mayor resolución si el caso lo requiere.

FRACTURA DE CADERA

DEFINICIÓN

Solución de continuidad ósea del extremo proximal de fémur.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Manifestaciones generales:
 - Dolor.
 - Impotencia funcional.
 - Deformidad.
- Lesiones asociadas:
 - Lesión vascular y/o neurológica.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio:

- Hemograma.
- Coagulograma.
- Química sanguínea.
- Urea y creatinina.
- Glucemia.
- Grupo sanguíneo.

Gabinete:

- Radiología. Rx AP y OBL de la mano.

CLASIFICACIÓN

Descriptiva – Anatómica:

- Mediales (intracapsulares) y laterales (extracapsulares)
- Intracapsulares: de cabeza, subcapital y transcervical.
- Extracapsular: basicervical, trans-trocantérica y subtrocantéricas.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

Nivel I: Inmovilización y referencia al nivel II ó III.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Nivel II y III

- Internación.
- Existe contraindicación de tratamiento quirúrgico, inicie tratamiento conservador: tracción esquelética y reposo.
- Tratamiento quirúrgico en fracturas:
 - **Intracapsulares:** reemplazo articular total o parcial.
 - **Extracapsulares:** reducción abierta y fijación con implante de osteosíntesis.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Para tratamiento quirúrgico.

CRITERIOS DE ALTA

- Ausencia de complicaciones.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Para seguimiento y continuar tratamiento de rehabilitación.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

Informe a la usuaria/usuario y familiares acerca de:

- Su condición general de salud y la gravedad del cuadro.
- El tiempo aproximado necesario para el tratamiento.
- Procedimientos a ser utilizados así como sus riesgos y beneficios.
- La necesidad de referir a otro establecimiento de mayor resolución si el caso lo requiere.

FRACTURA DE DIÁFISIS TIBIAL

DEFINICIÓN

Solución de continuidad ósea de la diáfisis de la tibia.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Manifestaciones generales:
 - Dolor.
 - Impotencia funcional.
 - Deformidad.
- Lesiones asociadas:
 - Lesión vascular y/o neurológica.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio:

- Hemograma.
- Coagulograma.
- Química sanguínea.
- Urea y creatinina.
- Glucemia.
- Grupo sanguíneo.

Gabinete:

- Radiología. Rx AP y OBL de la mano.

CLASIFICACIÓN

Anatómica: Diafisarias proximal, media y distal

Tipo A. Fractura simple:

- A1 Espiroidea.
- A2 Oblicua > 30 grados.
- A3 Transversal < 30 grados.

Tipo B. Fractura con acuñaamiento:

- B1 Acuñaamiento espiroideo.
- B2 Acuñaamiento arqueado.
- B3 Acuñaamiento fragmentado.

Tipo C. Fractura compleja:

- C1 Espiroidea.
- C2 Segmentaria.
- C3 Irregular conminución importante.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

Nivel I: Inmovilización y referencia al nivel II ó III.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Nivel II y III

- Tratamiento conservador en fracturas estables, no desplazadas: reducción incruenta e inmovilización, con aparato de yeso.
- Tratamiento quirúrgico en fracturas inestables, desplazadas: reducción abierta y fijación con implante de osteosíntesis y/o fijación externa.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Para tratamiento quirúrgico.

CRITERIOS DE ALTA

- Ausencia de complicaciones.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Para seguimiento y continuar tratamiento de rehabilitación.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS

Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

Informe a la usuaria/usuario y familiares acerca de:

- Su condición general de salud y la gravedad del cuadro.
- El tiempo aproximado necesario para el tratamiento.
- Procedimientos a ser utilizados así como sus riesgos y beneficios.
- La necesidad de referir a otro establecimiento de mayor resolución si el caso lo requiere.

FRACTURA DE TOBILLO

DEFINICIÓN

Solución de continuidad ósea de maléolo peroneo y tibial, acompañado de lesión ligamentaria.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Manifestaciones generales:
 - Dolor.
 - Impotencia funcional.
 - Deformidad.
 - Equimosis.
- Lesiones asociadas:
 - Lesión vascular y/o neurológica.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio:

- Hemograma.
- Coagulograma.
- Química sanguínea.
- Urea y creatinina.
- Glucemia.
- Grupo sanguíneo.

Gabinete:

- Radiología. Rx AP y OBL de la mano.

CLASIFICACIÓN

Descriptiva – Anatómica:

- Fractura de maléolo peroneo.
- Fractura de maléolo tibial.
- Fractura bimalleolar.
- Fractura trimaleolar.

Weber:

- Tipo A: Infrasindesmal.
- Tipo B: Transindesmal.
- Tipo C: Suprasindesmal.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

Nivel I: Inmovilización y referencia al nivel II ó III.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Nivel II y III

- Tratamiento conservador en fracturas estables, no desplazadas: reducción incruenta e inmovilización, con aparato de yeso.
- Tratamiento quirúrgico en fracturas inestables, desplazadas: reducción abierta y fijación con implante de osteosíntesis y/o fijación externa.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Para tratamiento quirúrgico.

CRITERIOS DE ALTA

- Ausencia de complicaciones.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Para seguimiento y continuar tratamiento de rehabilitación.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS

Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

Informe a la usuaria/usuario y familiares acerca de:

- Su condición general de salud y la gravedad del cuadro.
- El tiempo aproximado necesario para el tratamiento.
- Procedimientos a ser utilizados así como sus riesgos y beneficios.
- La necesidad de referir a otro establecimiento de mayor resolución si el caso lo requiere.

LUMBALGIA

DEFINICIÓN

Es el dolor en el dorso del tronco, relacionado a las regiones de las vértebras lumbares de L1 a L5, que puede irradiarse a la región lumbosacra, glútea y miembros inferiores.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Dolor lumbar, que puede irradiarse a región glútea y miembros inferiores por el territorio del nervio ciático o crural, (ciatalgia).
- Contractura muscular con motilidad restringida de la columna.
- Actitud escoliótica.
- Reflejos profundos osteotendinosos disminuidos.
- Parestesias de acuerdo a la distribución radicular relacionadas con las metamerias afectadas.
- Reproducción del dolor de afectación radicular a maniobras exploratorias (Lasegue positivo, hiperextensión con pierna elevada, Lasegue positivo contralateral) testigo de la compresión de una raíz nerviosa.
- Dolor que empeora con la actividad física y cede con el reposo.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Gabinete:

- Radiografía AP y lateral de columna lumbosacra (no en embarazo o sospecha de embarazo, considerar posponer para luego del parto).
- En nivel II y III mielografía, tomografía axial computarizada, resonancia magnética nuclear, eventualmente discografía para descartar lesiones discales o foraminales.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

Nivel I y II

- Reposo.
- Medidas físicas, ejercicios de relajación, calor local. Masajes, uso de fajas elásticas de contención.
- Complejo B, VO 1-2 comprimidos cada 8-12 horas; o IM 1 ampolla cada 24 horas por cinco días + diclofenaco sódico IM 75 mg cada 24 horas por siete días + carisoprodol VO 500 mg cada ocho horas por cinco días (relajantes musculares, derivados del tiocolchicosido).
- Evolución desfavorable en los primeros siete días de tratamiento, referencia al nivel III de atención.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Nivel III

Todas las anteriores medidas mas:

- Terapia física asistida y supervisada con reeducación funcional postural, en el trabajo y en la casa.
- Fisioterapia activa y pasiva y uso sistemático de una faja elástica después del parto.
- Complejo B VO 1-2 comprimidos cada 8-12 horas; o IM 1 ampolla cada 24 horas por cinco días + diclofenaco sódico IM 75 mg cada 24 horas por siete días + carisoprodol VO 500 mg cada ocho horas por cinco días (miorelajante).

- Analgésicos: niños/niñas con peso menor a 40 Kg. paracetamol 10-15 mg/Kg./día, fraccionado cada seis horas; o ibuprofeno 5-10 mg/Kg./dosis cada 6-8 horas; niños/niñas con peso mayor a 40 Kg. y adultos, paracetamol VO 500 mg cada seis horas; o ibuprofeno VO 400-600 mg, cada 6-8 horas (**NO USAR IBUPROFENO EN EMBARAZADAS**).

Señales de alarma:

- Dolor progresivo con limitación progresiva a la flexión lumbar.
- Dolor de causa traumática.
- Deterioro neurológico.
- Ciatalgia crónica con hipoestesia cutánea en territorios de L5 o S1.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- Nucleolisis, nucleotomía percutánea, discectomía quirúrgica.
- En caso de complicación de órganos retro-peritoneales convocar a la especialidad que corresponde.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Dolor que no remite con el TRATAMIENTO MÉDICO y fisioterápico por tres días.
- Deterioro neurológico.
- Varios episodios de dolor.
- Dificultad para la micción.
- Pérdida de fuerza en las piernas con alteraciones en la marcha.
- Hipostesia severa.

CRITERIOS DE ALTA

- Dolor controlado y remitido.
- Mejoramiento de la postura.
- Recuperación de la fuerza muscular satisfactoria.
- Ausencia de parestesias.
- Marcha normal.
- Volver a control en una semana.
- Controles periódicos en consulta externa.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Para seguimiento y continuar tratamiento.

OBSERVACIONES

Descartar por clínica, laboratorio e imagenología, procesos infecciosos, tumorales y traumáticos.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

Informe a la usuaria/usuario y familiares acerca de:

- Su condición general de salud y la gravedad del cuadro.
- El tiempo aproximado necesario para el tratamiento.
- Procedimientos a ser utilizados así como sus riesgos y beneficios.
- La necesidad de referir a otro establecimiento de mayor resolución si el caso lo requiere.

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

DEFINICIÓN

Enfermedad idiopática del tejido conectivo, de etiología multifactorial, caracterizada por la producción de autoanticuerpos con depósito de inmunocomplejos, inflamación y eventualmente daño de órgano permanente.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS (American College of Rheumatology)

El paciente debe tener cuatro o más de estos 11 criterios en forma simultánea durante la observación:

- Eritema o rash malar, localizado en eminencias malares con tendencia a expansión a surcos nasogenianos (en alas de mariposa).
- Eritema discoide, en placas con áreas atróficas.
- Fotosensibilidad, rash cutáneo, resultado de una reacción inusual de exposición solar, en la historia del paciente u observado por el médico.
- Úlceras orales, o nasofaríngeas, no dolorosas observadas por el médico.
- Artritis, no erosiva, incluye dos o más articulaciones periféricas presentando edema, derrame o sinovitis.
- Serositis (una de las siguientes):
 - Pleuritis, historia de dolor pleurítico o derrame pleural observado por el médico.
 - Pericarditis: documentado por ECG o evidencia de derrame pericárdico.
- Desórdenes renales (una de las siguientes):
 - Proteinuria persistente mayor a 0,5 g/d.
 - Proteinuria mayor o igual a 3 + en tira reactiva.
 - Cilindros celulares.
- Desórdenes neurológicos (una de las siguientes):
 - Convulsiones, en ausencia de otra causa.
 - Psicosis, en ausencia de otra causa.
- Desórdenes hematológicos (uno de los siguientes):
 - Anemia hemolítica con reticulocitos.
 - Leucopenia menor a 4.000/mm³ en dos o más ocasiones.
 - Linfopenia menor a 1.500/mm³ en dos o más ocasiones.
 - Trombocitopenia menor a 100.000/mm³.
- Desórdenes inmunológicos (uno de los siguientes):
 - Anticuerpos anti-DNA en títulos anormales.
 - Anticuerpos anti-Sm.
 - Positividad para anticuerpos antifosfolípidos, basados en niveles séricos anormales de IgG o IgM anticardiolipina.
- Anticuerpos antinucleares, en títulos anormales por inmunofluorescencia o un ensayo equivalente, en ausencia de consumo de fármacos asociados al síndrome lúpico inducido por drogas.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio (evaluación inicial):

- Hemograma completo.
- Pruebas de función renal (creatinina, NUS, proteinuria y creatinuria en orina de 24 horas).
- Tiempo de protrombina – INR.
- Reactantes de fase aguda (VES, PCR).
- Pruebas inmunológicas: Anti-DNA, Anti-Sm, C3, C4, complejos inmunes circulantes.
- Detección de anticuerpos antinucleares (ANA).
- Examen general de orina.

TRATAMIENTO**MEDIDAS GENERALES**

- Apoyo nutricional, psicológico y educativo al paciente y su familia.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

- En lesiones cutáneas uso de corticosteroides en forma tópica.
- La farmacoterapia debe ajustarse a la intensidad de la enfermedad:
 - Hidroxicloroquina VO 200-400 mg/día, sin pasar la dosis de 6,5 mg/Kg./día.
 - Prednisona VO 40-60 mg inicialmente y posteriormente regular con una dosis menor.
 - Pueden utilizarse inmunosupresores como la ciclofosfamida, micofenolato mofetil y azatioprina.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Diagnóstico de lupus eritematoso sistémico activo, referir a reumatólogo.
- Gravedad de afectación orgánica indica referencia a nefrólogo y neumólogo.

CRITERIOS DE ALTA

- Ausencia de síntomas y buena tolerancia al tratamiento.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Para seguimiento y control de actividad de la enfermedad.

RECOMENDACIONES

- Mujeres en edad fértil evitar el embarazo.
- En hospitalización, medidas de aislamiento del paciente.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- En domicilio medidas de higiene personal, higiene en la manipulación de alimentos.
- Evitar infecciones que predisponen actividad en la patología.
- Proteger las fuentes de abastecimientos de agua de consumo humano de posibles contaminaciones medio ambientales.
- Educación y fomento de hábitos higiénicos en la población en general y en los niños/niñas en particular sobre el lavado de manos antes de ir a comer, manipular alimentos y después de defecar.

LUXACIÓN ACROMIOCLAVICULAR

DEFINICIÓN

Pérdida de la relación de las superficies articulares de la clavícula y el acromion del omoplato.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

Manifestaciones generales:

- Dolor.
- Impotencia funcional.
- Deformidad.

Lesiones asociadas:

- Fractura de clavícula.
- Fractura de acromion (omoplato).
- Lesión vascular y/o neurológica.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio:

- Hemograma.
- Coagulograma.
- Química sanguínea.
- Urea y creatinina.
- Glucemia.
- Grupo sanguíneo.

Gabinete:

- Radiología. Rx AP y LAT de húmero proximal.

CLASIFICACIÓN (Rockwood)

- Tipo I: esguince del ligamento acromioclavicular.
- Tipo II: desgarro del ligamento acromioclavicular con luxación.
- Tipo III: rotura de los ligamentos acromioclavicular y coracoclavicular con luxación.
- Tipo IV: tipo III con la clavícula distal desplazada posteriormente hacia o a través del trapecio.
- Tipo V: tipo III con la clavícula distal extremadamente desplazada hacia arriba.
- Tipo VI: clavícula distal desplazada por debajo del acromion y la coracoides (omoplato).

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

Nivel I: Inmovilización y referencia al nivel II ó III.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Nivel II y III

- Tratamiento conservador en fracturas, tipo I y II: reducción incruenta e inmovilización, vendaje o cabestrillo de Velpeau.
- Tratamiento quirúrgico en fracturas tipo III, IV, V y VI: reducción cruenta abierta, reparación ligamentaria y fijación con implante de osteosíntesis.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Para tratamiento quirúrgico.

CRITERIOS DE ALTA

- Ausencia de complicaciones.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Para seguimiento y continuar tratamiento de rehabilitación.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

Informe a la usuaria/usuario y familiares acerca de:

- Su condición general de salud y la gravedad del cuadro.
- El tiempo aproximado necesario para el tratamiento.
- Procedimientos a ser utilizados así como sus riesgos y beneficios.
- La necesidad de referir a otro establecimiento de mayor resolución si el caso lo requiere.

OSTEOARTRITIS TUBERCULOSA

DEFINICIÓN

Enfermedad infecciosa crónica localizada en el sistema osteoarticular, producida por el bacilo de Koch; es más común en las articulaciones de carga: cadera, rodilla y columna.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Febrículas vespertinas.
- Anorexia, adinamia.
- Sudoración nocturna.
- Taquicardia.
- Anemia.
- Disminución de peso. Emaciación.
- Malestar general.
- Tumefacción, a causa del engrosamiento de la sinovial.
- Dolor.
- Limitación de los movimientos.
- Aumento del calor local; los movimientos producen dolor agudo.
- Contractura muscular.
- Posición antálgica.
- Hipotrofia de los músculos circunvecinos.
- Combe positivo.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio:

- Hemograma, VES, PCR.
- Prueba de Mantoux (PPD).
- Punción articular para cultivo y baciloscopia.
- Cadena de polimerasa.
- Biopsia de la lesión.

Gabinete:

- Radiografía: osteoporosis de hueso vecino en una fase inicial; en fase crónica el espacio articular se cierra por destrucción del cartílago hasta erosionar al hueso.
- Tomografía, RMN.
- Centellografía.
- Radiografía PA de tórax.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

Nivel I

- Reposo con inmovilización (venda de yeso, tuberculostáticos de acuerdo a protocolos de atención, antipiréticos).

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Nivel II y III

- Internación.
- Tratamiento específico de acuerdo al Programa Nacional de Tuberculosis. Esquema I, II ó III.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- Resección urgente.
- Evacuación y limpieza quirúrgica.
- De acuerdo a necesidad individual: artrodesis y otras técnicas quirúrgicas.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Disminución de peso, características del estado general.
- Complicaciones neurológicas.
- Presencia de fístulas cutáneas.
- Resistencia al tratamiento, eventual cambio de esquema terapéutico.

CRITERIOS DE ALTA

- Remisión del dolor.
- Mejora del estado nutricional, aumento de peso.
- Haber recibido la primera fase del tratamiento, supervisada.
- Corregidas las deformidades osteoarticulares.
- Asegurar seguimiento.
- Concientización y compromiso de seguir el tratamiento hasta completar el esquema.
- Volver a control en una semana.
- Recomendar prácticas de higiene y alimentación saludable.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Para continuar tratamiento en forma ambulatoria.
- Controles por consulta externa.

RECOMENDACIONES

- En caso de combe positivo realizar los exámenes complementarios pertinentes.

OBSERVACIONES

- Prever reacciones adversas al tratamiento para su eventual cambio de esquema.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

Informe a la usuaria/usuario y familiares acerca de:

- Su condición general de salud y la gravedad del cuadro.
- El tiempo aproximado necesario para el tratamiento.
- Procedimientos a ser utilizados así como sus riesgos y beneficios.
- La necesidad de referir a otro establecimiento de mayor resolución si el caso lo requiere.

OSTEOMIELITIS AGUDA

DEFINICIÓN

Infección del tejido óseo, originado por distintos gérmenes, siendo *Staphylococcus aureus*, así como el *Staphylococcus epidermidis* los agentes causales en el 98% de los casos.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Fiebre 39-40 grados.
- Dolor y signos inflamatorios locales (signos de Celsius) compromiso del estado general.
- Disminución voluntaria de los movimientos o claudicación.
- Impotencia funcional de la amplitud de los movimientos activos y pasivos con severa limitación de la amplitud de los movimientos pasivos.
- Congestión articular palpable especialmente en articulaciones de cadera y rodilla.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio:

- Hemograma, VES, proteína C reactiva cuantificada.
- Cultivo.
- Antibiograma.
- Hemocultivo, por aspiración ósea o por biopsia.

Gabinete:

- Radiografía de la región afectada.
- Gammagrafía ósea.
- Ecografía ósea.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

Nivel I

- Reposo.
- Inmovilización del miembro afectado.
- Analgésicos:
 - Niños/niñas con peso menor a 40 Kg.: paracetamol VO 10-15 mg/Kg./día, fraccionado cada seis horas; o ibuprofeno 5-10 mg/Kg./dosis cada 6-8 horas.
 - Niños/niñas con peso mayor a 40 Kg. y adultos: paracetamol VO 500 mg cada seis horas; o diclofenaco o ibuprofeno 400-600 mg, VO cada 6-8 horas **(NO USAR IBUPROFENO EN EMBARAZADAS)**.
- Evolución desfavorable en los primeros siete días de tratamiento, referencia a nivel III de atención.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Nivel III

- Además de las anteriores medidas:
- Antibióticos betalactámicos:
 - Niños/niñas con peso menor a 40 Kg.: cloxacilina IV 50-100 mg/Kg./día fraccionado cada seis horas por tres semanas; continuar con cloxacilina VO 50-100 mg/Kg./día fraccionado cada seis horas por tres semanas, hasta cumplir seis semanas de tratamiento antibiótico en total.
 - Niños/niñas con peso mayor a 40 Kg. y adultos: cloxacilina IV 1-4 g/día fraccionado cada seis horas, por tres semanas; continuar con cloxacilina VO 1-4 g/día fraccionado cada seis horas, por tres semanas, hasta cumplir seis semanas de tratamiento antibiótico en total; o gentamicina IV 1,5 mg/Kg./peso para 24 horas por cinco días.

- Ancianos: cloxacilina IV 50-100 mg/Kg./día fraccionado cada seis horas, durante tres semanas + gentamicina IV 1,5 mg/Kg. para 24 horas por cinco días, continuar con cloxacilina VO 50-100 mg/Kg./día fraccionado cada seis horas, por tres semanas, hasta cumplir seis semanas de tratamiento antibiótico en total; o ciprofloxacina VO 500 mg cada seis horas por cinco días.
- Analgésico, antipirético:
 - Niños/niñas con peso menor a 40 Kg.: paracetamol VO 10-15 mg/Kg./dosis cada seis horas; niños/niñas con peso mayor a 40 Kg. y adultos: paracetamol VO 500 mg cada seis horas.
- Antiinflamatorios: diclofenaco IV 150 mg para 24 horas.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Quirúrgico: limpieza quirúrgica, evacuación de abscesos, implante de osteoclisis, controles de laboratorio seriados.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Síndrome tóxico infeccioso.
- Absceso peri-articular.

CRITERIOS DE ALTA

- Disminución de los signos de flogosis.
- Tratamiento antibiótico por vía intravenosa completo.
- Volver a control según el especialista.
- Recomendar prácticas de higiene y alimentación saludable.
- Laboratorio de control (leucograma, VES, PCR) normal.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Para continuar tratamiento en forma ambulatoria.

RECOMENDACIONES

- Controles periódicos cada tres días y exámenes complementarios pertinentes, según la evolución clínica.

OBSERVACIONES

- En caso de sospecha de la patología, referir inmediatamente al nivel correspondiente, establecer metodología de diagnóstico diferencial con tumores óseos.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

Informe a la usuaria/usuario y familiares acerca de:

- Su condición general de salud y la gravedad del cuadro.
- El tiempo aproximado necesario para el tratamiento.
- Procedimientos a ser utilizados así como sus riesgos y beneficios.
- La necesidad de referir a otro establecimiento de mayor resolución si el caso lo requiere.

OSTEOMIELITIS CRÓNICA

DEFINICIÓN

Infección crónica del tejido óseo y medula ósea originada por distintos gérmenes, siendo el *Staphylococcus aureus*, así como el *Staphylococcus epidermidis* los agentes causales en el 98% de los casos, producido por un fracaso terapéutico de la osteomielitis aguda en cualquiera de sus formas o por ausencia completa de tratamiento.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Fiebre 39-40 grados.
- Antecedente de foco infeccioso localizado en sistema óseo.
- Síndrome tóxico infeccioso y compromiso del estado general.
- Dolor en el hueso.
- Secuestros óseos.
- A la palpación hay sensibilidad aguda sobre la metafisis del hueso afectado.
- Absceso en la región osteomielítica; fístula osteocutánea.
- Carcinomas cutáneos sobre trayecto de fístula.
- Riesgo de amiloidosis secundaria.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio:

- Hemograma.
- VES.
- PCR cuantificada.
- Hemocultivo, por aspiración ósea o por biopsia.
- Antibiograma.

Gabinete:

- Radiografía de la región afectada.
- Centellografía ósea.
- Fistulografías.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

Nivel I

- Ante la sospecha diagnóstica referencia al nivel II ó III.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Nivel II y III

- Hospitalización.
- Apoyo nutricional: se solicitará una valoración por el servicio de nutrición de acuerdo al estado nutricional del paciente:
 - Reposo relativo.
 - Dieta hiperproteica.
 - Administración de líquidos parenterales.
- Antibióticos betalactámicos:
 - Niños/niñas con peso menor a 40 Kg.: cloxacilina IV 50-100 mg/Kg./día fraccionada cada seis horas por tres semanas; continuar con cloxacilina VO 50-100 mg/Kg./día fraccionada cada seis horas por tres semanas, hasta cumplir seis semanas de tratamiento antibiótico en total.

- Niños/niñas con peso mayor a 40 Kg. y adultos: cloxacilina IV 1-4 g/día fraccionada cada seis horas por tres semanas; continuar con cloxacilina VO 1-4 g/día fraccionada cada seis horas por tres semanas, hasta cumplir seis semanas de tratamiento antibiótico en total; o gentamicina IV 1,5 mg/Kg. para 24 horas por siete días.
- Ancianos: cloxacilina IV 50-100 mg/Kg./día fraccionada cada seis horas por tres semanas; o gentamicina IV 1,5 mg/Kg./día para 24 horas por cinco días, continuar con cloxacilina VO 50-100 mg/Kg./día fraccionada cada seis horas por tres semanas, hasta cumplir seis semanas de tratamiento antibiótico en total; o ciprofloxacina VO 500 mg cada seis horas por siete días.
- Analgésico, antipirético: niños/niñas con peso menor a 40 Kg.: paracetamol VO 10-15 mg/Kg./dosis, cada seis horas; niños/niñas con peso mayor a 40 Kg. y adultos: paracetamol VO 500 mg cada seis horas.
- Antiinflamatorios: diclofenaco 150 mg para 24 horas en infusión EV.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Cauterización, secuestrectomía, fijación externa, instalación de osteoclisis, injerto óseo autólogo (método de Papineau).

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Síndrome tóxico infeccioso, compromiso del estado general.
- Absceso peri-articular.
- Persistencia del cuadro doloroso y sintomático.
- Fístula osteocutánea.
- Debito purulento.
- Emaciación.
- Desnutrición.

CRITERIOS DE ALTA

- Eliminación del proceso infeccioso.
- Estado general bueno.
- Tejido óseo de granulación.
- Mejora en el estado nutricional.
- Perfusión y sensibilidad distal conservada.
- Volver a control según indicación del especialista.
- Recomendar prácticas de higiene y alimentación saludable.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Para continuar tratamiento en forma ambulatoria.
- Control de la evolución de la patología corroborada por exámenes auxiliares de diagnóstico.

RECOMENDACIONES

- Control de la evolución clínica de la enfermedad corroborada por exámenes de laboratorio y de radiología.

OBSERVACIONES

- Establecer diagnóstico diferencial con tumores óseos de distinta estirpe celular.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

Informe a la usuaria/usuario y familiares acerca de:

- Su condición general de salud y la gravedad del cuadro.
- El tiempo aproximado necesario para el tratamiento.
- Procedimientos a ser utilizados así como sus riesgos y beneficios.
- La necesidad de referir a otro establecimiento de mayor resolución si el caso lo requiere.