

	SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR - QUILLOTA	Cód: PRO-RCR-001
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL	Versión : 01
	PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA SINDROME DOLOR LUMBAR, HOMBRO DOLOROSO. DOLOR DE RODILLA NO GES	F. Emisión : 28/07/11 F. Revisión : 28/07/13 Página 1 de 21

**PROTOCOLO  
DEL SINDROME DE DOLOR LUMBAR, HOMBRO DOLOROSO,  
DOLOR DE RODILLA NO GES  
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**

**2011-2013**

Elaborado por	Revisado por	Autorizado por
Dr. Gedeon Amélica	Dr. Francisco Armijo B. Dra. Rayén Gao D.	Dra. Margarita Estefan S.
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha: 25/07/2011	Fecha: 28/07/2011	Fecha: 28/07/2011



## **1. Introducción:**

- El término dolor lumbar describe solamente dolor en la parte baja de la espalda, sin relación alguna con el mecanismo causal.
- En el SSVQ no se efectúa cirugía de columna, ésta se realiza solamente en el HCVB de Valparaíso, en el Servicio de Neurocirugía.
- De todos los dolores lumbares, el 90% es de causa inespecífica.
- En los países desarrollados, entre el 49 y el 90% de las personas, presentará un episodio de dolor lumbar alguna vez en su vida.
- Es más frecuente en trabajadores, hombres, entre 25 y 64 años de edad.
- Aproximadamente el 80% de los casos se resuelve en el plazo de 2 semanas.
- Entre el 20 y el 44% de los casos presentará recurrencia en el plazo de 1 año.
- Entre el 2 y el 7% de los casos desarrollará dolor lumbar crónico.
- Se considera dolor lumbar agudo o subagudo el que dura hasta 12 semanas, y dolor lumbar crónico el que dura más de 12 semanas.

## **2. Objetivo:**

- 2.1. Estandarizar y describir las actividades a realizar en pacientes con un síndrome de dolor lumbar con el fin de mejorar la resolutivez y el proceso asociado a pertinencia diagnóstica.

## **3. Alcance:**

- 3.1. Equipo de Salud Atención Primaria
- 3.2. Médico Especialista CAE/ Hospital

## **4. Referencia:**

No aplicable

## **5. Documentos Aplicables:**

Documento de referencia y contrareferencia (interconsulta)

## **6. Definiciones:**

**Lumbago :** dolor en la región lumbar.

**Lumbociática :** dolor en la región lumbar irradiado a una de las extremidades inferiores mas allá de la rodilla hacia distal.

**Lumbociatalgía :** igual que lumbociática.

## **7. Responsabilidad:**

7.1. Directores/as de establecimientos de Atención Primaria

7.2. Director de CAE

7.3. Director de Hospital

## **8. Prioridad de la derivación:**

8.1. Alta: síndrome de cauda equina, paciente con signos de alarma presentes, paciente con signos neurológicos positivos.

8.2. Mediana:

8.3. Baja: dolor lumbar crónico.

## **9. Referencia y contrareferencia:**

### **9.1. Conducta frente al paciente en APS:**

9.1.1. El médico de consultorio que recibe al paciente, debe efectuar anamnesis cuidadosa con especial atención a los signos de alarma, examen físico completo, examen neurológico, evaluación psicosocial, de modo de lograr una orientación diagnóstica tal que le permita concluir si el paciente está en el grupo cuyo dolor es inespecífico (90%), o tiene alguna patología subyacente que justifique derivarlo al siguiente nivel de complejidad.

### **9.1.2. Tratamiento para el paciente con dolor lumbar AGUDO en el Consultorio:**

9.1.2.1. Reposo en cama máximo hasta 3 días y reposo laboral según actividad hasta 2 semanas.

- 9.1.2.2. Hielo local en las primeras 48 horas, después calor local. En ambos casos no debe aplicarse directamente a la piel. Tiempo de aplicación 15 a 20 minutos varias veces al día (4 a 6 veces).
- 9.1.2.3. Aconsejar al paciente mantener algún grado de actividad física, incluso actividad laboral liviana.
- 9.1.2.4. Analgesia: paracetamol 500 mg cada 6 horas (dosis máxima por día 3 gramos), antiinflamatorios en caso necesario, con los riesgos conocidos (ibuprofeno 400 mg cada 8 horas o diclofenaco 50 mg cada 8 horas), por plazos no superiores a 6 días.
- 9.1.2.5. Relajantes musculares por 4 a 6 días (ciclobenzaprina 5 a 10 mg por día según tolerancia. En población de 60 o mas años, 2,5 mgrs por día, dado el riesgo de mareos, confusión y caídas. En ambos casos administración nocturna).
- 9.1.2.6. Se puede enviar a fisioterapia, si existe la posibilidad, a aquellos pacientes cuya recuperación se vea lenta o se trate de episodios a repetición.
- 9.1.2.7. Control del paciente para decidir cambio de conducta si fuese necesario (persistencia o intensificación del dolor, o aparición de signos neurológicos).

## **9.2 Manejo del paciente que presente dolor lumbar CRONICO o RECURRENTE en el consultorio:**

9.2.1 Efectuar estudio imagenológico (radiografías de columna lumbar frontal, lateral y de quinto espacio) y de laboratorio (hemograma VHS, PCR, fosfatasas alcalinas).

9.2.2 Tratamientos analgésicos en los siguientes escalones analgésicos :Ketoprofeno 50-100mg cada 12 horas; Meloxicam 7.5 – 15mg al día, inhibidores de la Cox2, asociación tramadol-paracetamol (esta última utilizar con precaución en pacientes mayores) y relajantes musculares.

9.2.3 Evaluación en Fisiatría: Derivar a médico fisiatra en los casos que así lo requieran.

9.2.4 Terapia kinesiológica: Derivar a kinesiólogo para evaluación y tratamiento físico (ejercicios terapéuticos, fisioterapia, masoterapia, TENS, re-educación postural, medidas ergonómicas)

9.2.5 Acupuntura si está disponible.

9.2.6 Derivar a grupos de tratamiento multidisciplinario si está disponible o pedir evaluación por salud mental de ser necesario.

**9.3 El paciente debe ser derivado si presenta alguno de los siguientes cuadros clínicos:**

9.3.1 **SINDROME DE CAUDA EQUINA:** definida como dolor lumbar, ciática uni o bilateral, déficit motor en extremidades inferiores, trastornos sensitivos como anestesia en silla de montar (región perineal), pérdida de control de esfínter y alteración de la función sexual: **DERIVACION INMEDIATA** a la Unidad de Emergencia del HGF (para los consultorios del área, los otros derivarán al nivel que les corresponde).

9.3.2 **SIGNOS CLINICOS DE ALARMA o BANDERAS ROJAS:** Si el paciente presenta dolor persistente, en reposo, o baja de peso, fiebre, antecedentes de cáncer o HIV, uso de corticoides o medicación intravenosa, considerar la posibilidad de tumor o infección. **DERIVACION URGENTE** a la Unidad de Emergencia del HGF (en plazo de 48 horas).

9.3.3 **SIGNOS NEUROLOGICOS:** hipo o arreflexia tendinosa, debilidad muscular, dolor que sigue un trayecto radicular. **DERIVACION PRECOZ** a Unidad de Emergencia HGF o al Servicio de Neurología del HGF (en plazo de 7 días).

**9.4 Signos de mal pronóstico funcional:** indican obstáculos psicosociales para la recuperación del paciente, que aumentan el riesgo de incapacidad crónica y pérdida del trabajo.

<b>Signo</b>	<b>Intervención</b>
Creencias erróneas (que el movimiento y la actividad son perjudiciales, dolor igual a alteración estructural)	Educación al paciente y envío a grupo de rehabilitación activa
Actitud de enfermo (como el reposo prolongado, miedo y evitación)	Educación al paciente y derivar salud mental
Desánimo o conducta negativa	Evaluación y tratamiento por equipo de salud mental
Creencia de que el tratamiento es incorrecto	Educación al paciente y su familia
Problemas con demanda y compensación Laboral	Contactar con expertos en el tema (asistente social y/o terapeuta ocupacional)
Historia de dolor lumbar crónico, licencias y otras quejas	Seguimiento regular para observar evolución
Problemas en el trabajo, insatisfacción laboral	Contactar con terapeuta ocupacional para reinserción laboral
Trabajo pesado y/ o en turnos	Seguimiento regular, observar evolución
Familia sobreprotectora, o falta de apoyo	Educación al paciente y a la familia

#### **9.4 Manejo en el sitio de destino:**

##### **9.4.1 En Unidad de Emergencia Adulto:**

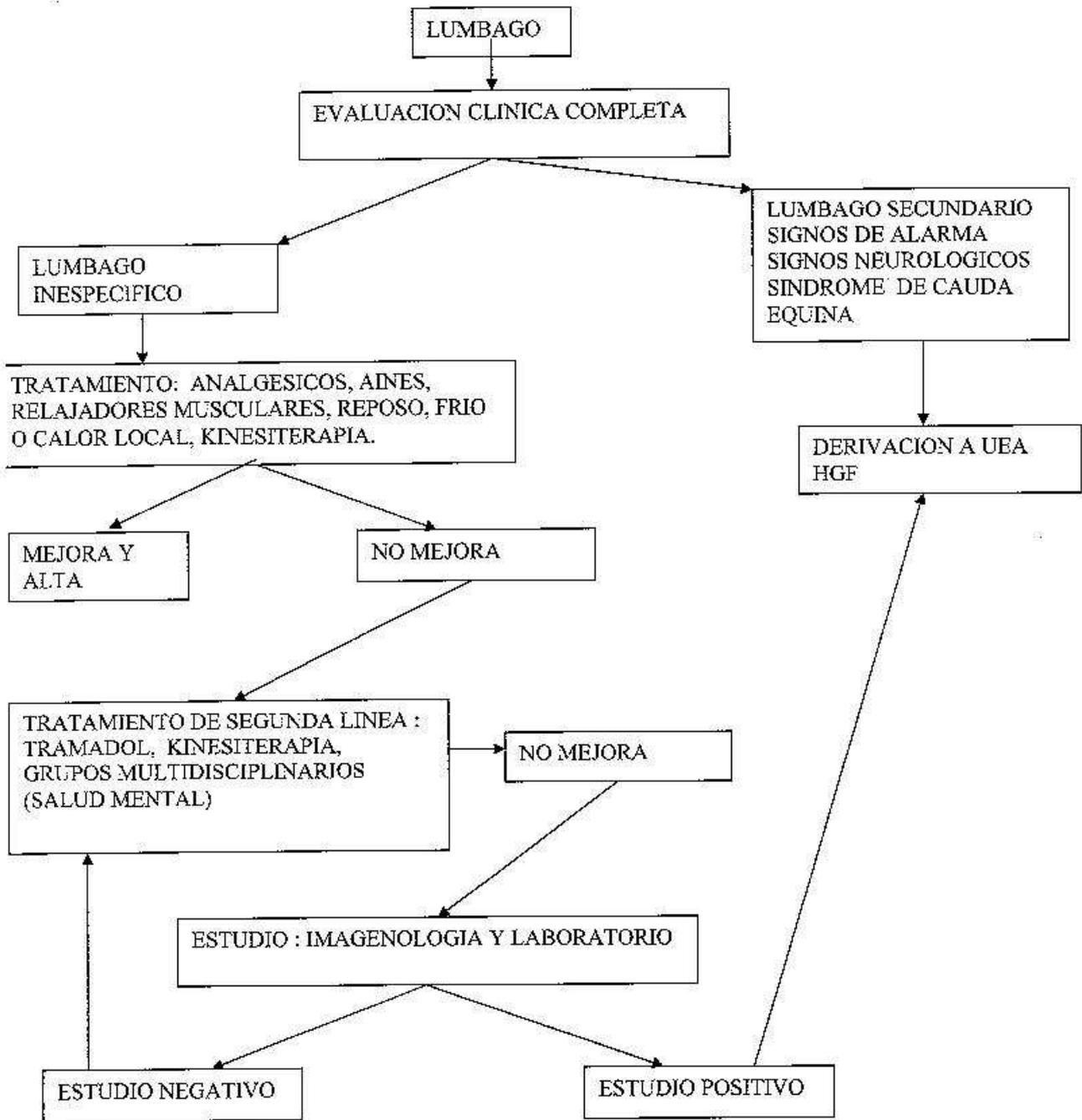
- 9.4.1.1 Evaluación clínica del paciente: anamnesis, examen físico, examen neurológico. Pedir radiografías de columna lumbar. Pedir TAC de columna si parece necesario.

- 9.4.1.2 Si se confirma patología tumoral o destructiva de la columna lumbar en la imagenología, derivar a neurocirujano de urgencia en el HCVB, para evaluación y conducta terapéutica.
- 9.4.1.3 Si el examen clínico revela compromiso neurológico grave, aún con imagenología normal, derivar a neurocirujano de urgencia en el HCVB.
- 9.4.1.4 Si el examen clínico y la radiografía de columna lumbar no muestran patología, enviar al paciente a su punto de origen con indicaciones.

**9.4.2 En Servicio de Neurología:**

- 9.4.2.1 Evaluación clínica completa del paciente e indicaciones pertinentes.

**10. Algoritmo de derivación:**



**11. Indicadores:**

**11.1. Pertinencia de la derivación (del total de IC enviadas)**

Definición Indicador	% de cumplimiento del protocolo
Tipo de Indicador	Proceso
Dimensión	Seguridad del paciente
Formula	$\frac{\text{Pac derivados según protocolo de dolor lumbar}}{\text{Total de pacientes derivados por dolor lumbar}} \times 100$
Estándar	70%
Justificación	Pesquisa oportuna de patología de dolor lumbar
Fuente de información	Ficha Clínica SIDRA
Periodicidad	SEMESTRAL
Responsable	JEFE TRAUMATOLOGIA ADULTO CAE

**12. Anexos:**

No aplica.

# PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE SINDROME DE HOMBRO DOLOROSO

## 1. Introducción:

- Incluye a pacientes que refieren dolor en el hombro, de mas de 2 semanas de evolución, con o sin antecedente traumático.
- Todo paciente con antecedente post-traumático requiere evaluación radiográfica de su hombro, para descartar luxación y/o fractura.
- El dolor puede ser de estructuras propias de la articulación del hombro, manifestación de una enfermedad general (mesenquimopatía) o ser un dolor referido de patologías tóracoabdominales (absceso subfrénico, tumor de Pancoast). VER ANEXO A.
- La causa más frecuente de dolor crónico al hombro es patología del manguito rotador (70% de los casos de hombro doloroso), y después patología capsular (capsulitis adhesiva).
- A pesar de ser poco frecuente, no olvidar la patología tumoral, primaria o metastásica.
- El objetivo de este protocolo es orientar al médico de APS en el triage de estos pacientes (manejo en APS, derivación electiva o urgente).
- Este protocolo está dirigido a los pacientes con patología del hombro.

## 2. Objetivo:

- 2.1. Estandarizar y describir las actividades a realizar en pacientes con hombro doloroso con el fin de mejorar la resolutivez y el proceso asociado a pertinencia diagnóstica.

## 3. Alcance:

- 3.1. Equipo de Salud Atención Primaria
- 3.2. Médico Especialista CAE/ Hospital

**4. Referencia:**

No aplicable

**5. Documentos Aplicables:**

Documento de referencia y contrareferencia (interconsulta)

**6. Definición:**

Hombro doloroso: dolor en el hombro, espontáneo o secundario a esfuerzo o traumatismo de menor o mayor cuantía, que persiste en el tiempo.

Tendinopatía de manguito rotador: proceso inflamatorio que afecta a los tendones del manguito de los rotadores (supraespinoso, infraespinoso, subescapular, redondo menor).

Capsulitis adhesiva: proceso inflamatorio que afecta a la cápsula articular de la articulación glenohumeral, de causa desconocida, que se caracteriza por dolor y rigidez intensos del hombro.

Tendinitis del supraespinoso: se refiere al proceso inflamatorio que afecta al tendón del mismo nombre (el más frecuentemente afectado).

Síndrome de pinzamiento: se refiere al dolor de hombro secundario a patología del manguito de los rotadores.

**7. Responsabilidad:**

7.1. Directores/as de establecimientos de Atención Primaria

7.2. Director de CAE

7.3. Director de Hospital

**8. Prioridad de la derivación:**

8.1. Prioridad 1: aquellos pacientes que están con licencia médica de más de 2 meses y sin respuesta al tratamiento.

8.2. Prioridad 2:

8.3. Prioridad 3: aquellos pacientes que no responden al tratamiento completo efectuado por más de 2 meses.

## **9. Referencia y contrareferencia:**

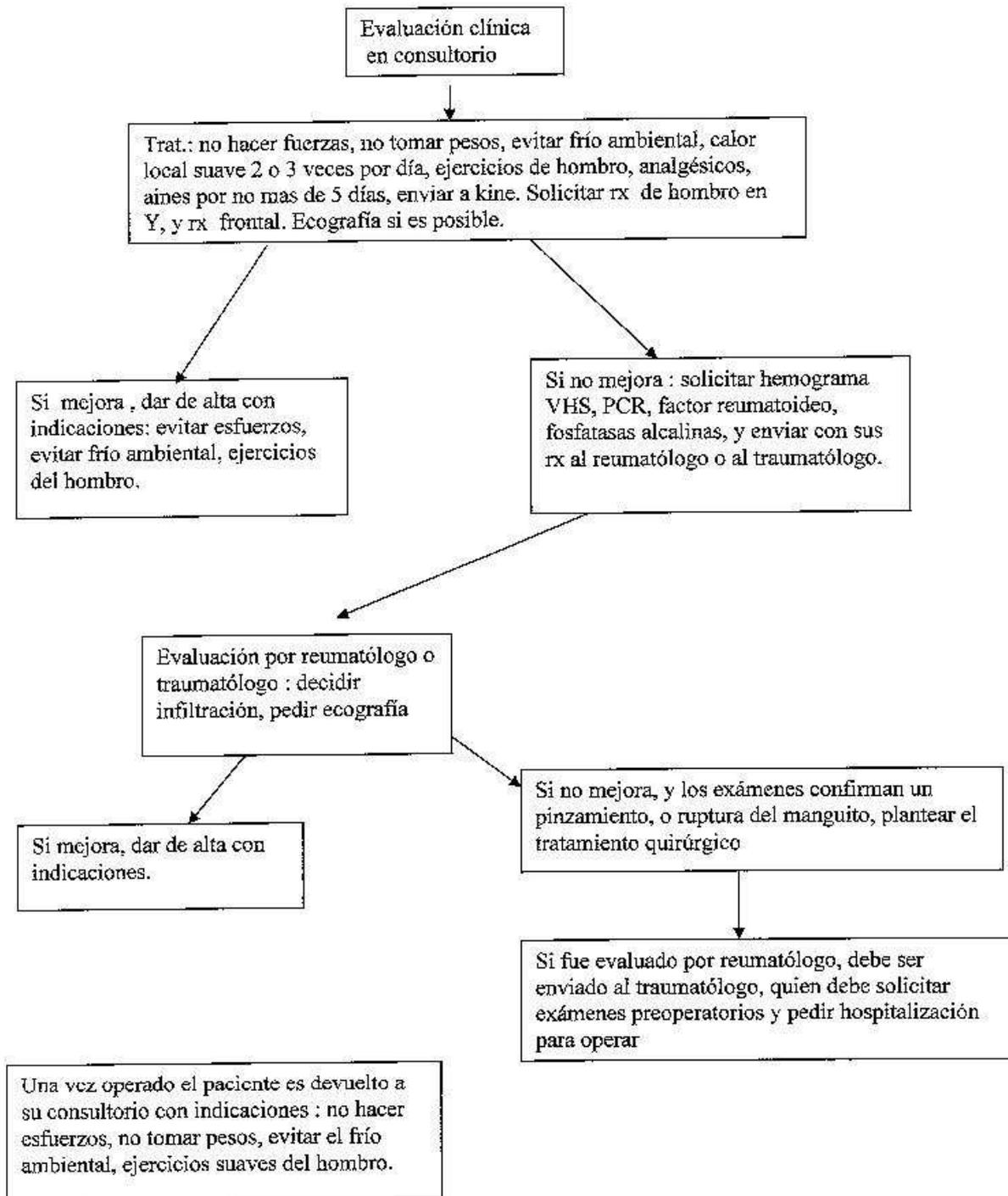
### **9.1. Conducta frente al paciente en APS:**

- 9.1.1. Anamnesis cuidadosa, examen físico completo, examen segmentario detallado del hombro afectado que permita clasificar al paciente en uno de los 3 grupos mencionados: patología del hombro, patología general, dolor referido.
- 9.1.2. En la anamnesis se debe consignar la edad del paciente, actividad, antecedentes mórbidos (cáncer, diabetes, mesenquimopatías), tiempo de evolución del dolor, características del dolor (factores desencadenantes y mitigantes del dolor, relación con actividades de vida diaria y reposo).
- 9.1.3. Examen físico: buscar deformaciones locales, signos inflamatorios, diferencias con el hombro contralateral, puntos dolorosos, rango de movilidad pasiva y activa. VER ANEXO B.
- 9.1.4. Si el examen clínico es concordante con lesión del manguito rotador, iniciar tratamiento: no hacer fuerza, no tomar pesos, evitar exposición al frío ambiental, calor local suave mas ejercicios de elongación de hombro: antepulsión y elevación, abducción y elevación, llevar la mano a la espalda (rotación interna), y efectuar rotación externa con el codo a 90 grados, 10 de cada uno, 2 veces al día.
- 9.1.5. Analgesia: Paracetamol 500 mg cada 6 horas, Diclofenaco 100 mg por día.
- 9.1.6. Reposo laboral hasta por 3 semanas
- 9.1.7. Enviar a kinesiterapia
- 9.1.8. Si no hay mejoría en 3 semanas se deben solicitar exámenes de laboratorio para descartar procesos infecciosos, tumorales y mesenquimopatías y pedir radiografías de hombro (rx anteroposterior, en Y) para completar estudio. Si es posible efectuar ecotomografía de hombro.
- 9.1.9. Con los exámenes de laboratorio y radiografía enviar interconsulta al policlinico de Traumatología Adultos.

## **9.2 Conducta en policlínico traumatología**

9.2.1 Si de la revisión de todos los antecedentes que trae el paciente, exámenes de laboratorio y radiografías, y examen clínico se desprende que el tratamiento no es quirúrgico, se devuelve a la atención primaria.

### 13. Algoritmo de derivación: hombro doloroso.



13.1. **Indicadores:**

13.2. Pertinencia de la derivación (del total de IC enviadas)

Definición Indicador	% de cumplimiento del protocolo
Tipo de Indicador	Proceso
Dimensión	Seguridad del paciente
Formula	<u>Pac derivados según protocolo de hombro doloroso</u> X100 Total de pacientes derivados por hombro doloroso
Estándar	70%
Justificación	Pesquisa oportuna de patología de hombro
Fuente de información	FICHA CLÍNICA –SIDRA
Periodicidad	Semestral
Responsable	JEFE TRAUMATOLOGIA ADULTO CAE

14. **Anexos:**

ANEXO A :

14.1. **CLASIFICACION DE LAS ETIOLOGIAS DEL HOMBRO DOLOROSO**

- Patología periarticular
- Tendinitis del mango de los rotadores
- Tendinitis calcificada
- Desgarro y rotura del manguito rotador
- Tendinitis bicipital
- Bursitis sub-acromial

#### **Alteración de la articulación glenohumeral**

- Capsulitis adhesiva
- Artritis séptica
- Artritis inflamatorias
- Hombro de Milwaukee
- Osteoartritis
- Osteonecrosis

#### **Alteración de estructuras vecinas**

- Artritis esternoclavicular
- Artrosis acromioclavicular
- Radiculopatía cervical
- Neuritis braquial
- Síndrome de atrapamiento
- Distrofia simpático-refleja
- Tumores y metastasis

#### **Otras enfermedades reumáticas:**

- Polimialgias reumáticas
- Polimiositis
- Fibromialgia

#### **Dolor referido**

- Cólico biliar
- Cardiopatía isquémica
- Absceso subfrénico
- Tumor de Pancoast
- Embarazo ectópico

#### **ANEXO B :**

### **15.2 SINTOMAS Y SIGNOS DE PATOLOGIA DE MANGUITO ROTADOR**

- Patología: tendinosis y tendinitis del supraespinoso, desgarros del manguito rotador.
- Dolor: el paciente habitualmente lo señala en el muñón del hombro o en el tercio proximal del brazo, en relación con movimientos de elevación y/o rotación interna del brazo (rascarse la espalda, ponerse o quitarse la ropa, peinarse, etc), frecuentemente se exagera durante la noche.
- Palpación: puede haber dolor a la compresión en el área subacromial. Sin signos inflamatorios.
- Movilidad: puede o no existir limitación de la movilidad activa . Generalmente duelen y a veces están limitadas, la rotación interna y la elevación del brazo por sobre el hombro.

## **PROTOCOLO DE RERERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES CON DOLOR DE RODILLAS**

### **1. Introducción:**

- El dolor de rodilla secundario a artrosis leve a moderada debe seguir el protocolo AUGE.
- El dolor de rodilla secundario a patología reumática y metabólica debe ser derivada al reumatólogo.
- El dolor de rodilla secundario a trastornos mecánicos (genu varo, genu vaigo, disfunción patelofemoral, luxación patelar recidivante, meniscopatías) o post-traumático debe ser derivada a traumatólogo.
- La artrosis severa cuyo único tratamiento es la implantación de una prótesis total de rodilla, debe ser enviada al traumatólogo.

### **2. Objetivo:**

- 2.1. Estandarizar y describir las actividades a realizar en pacientes con dolor de rodilla con el fin de mejorar la resolutivez y el proceso asociado a pertinencia diagnóstica.

### **3. Alcance:**

- 3.1. Equipo de Salud Atención Primaria
- 3.2. Médico Especialista CAE/ Hospital

### **4. Referencia:**

No aplicable

### **5. Documentos Aplicables:**

Documento de referencia y contrareferencia (interconsulta)

**6. Definición:**

**Genu varo :** está constituido por una angulación muslo-pierna abierta hacia adentro (rodillas separadas).

**Genu valgo :** está constituido por una angulación muslo-pierna abierta hacia fuera (rodillas juntas).

**Disfunción fémoro-patelar :** concepto que se refiere a un funcionamiento anormal entre rótula y fémur, de modo tal que genera dolor en la cara anterior de la rodilla, especialmente cuando la rodilla trabaja en flexión.

**Meniscopatía :** daño meniscal que produce disfunción de la rodilla (dolor, bloqueos, pérdida de estabilidad).

**7. Responsabilidad:**

7.1. Directores/as de establecimientos de Atención Primaria

7.2. Director de CAE

7.3. Director de Hospital

**8. Prioridad de la derivación:**

8.1. aquellos pacientes que no respondan al tratamiento habitual.

**9. Referencia y contrareferencia:**

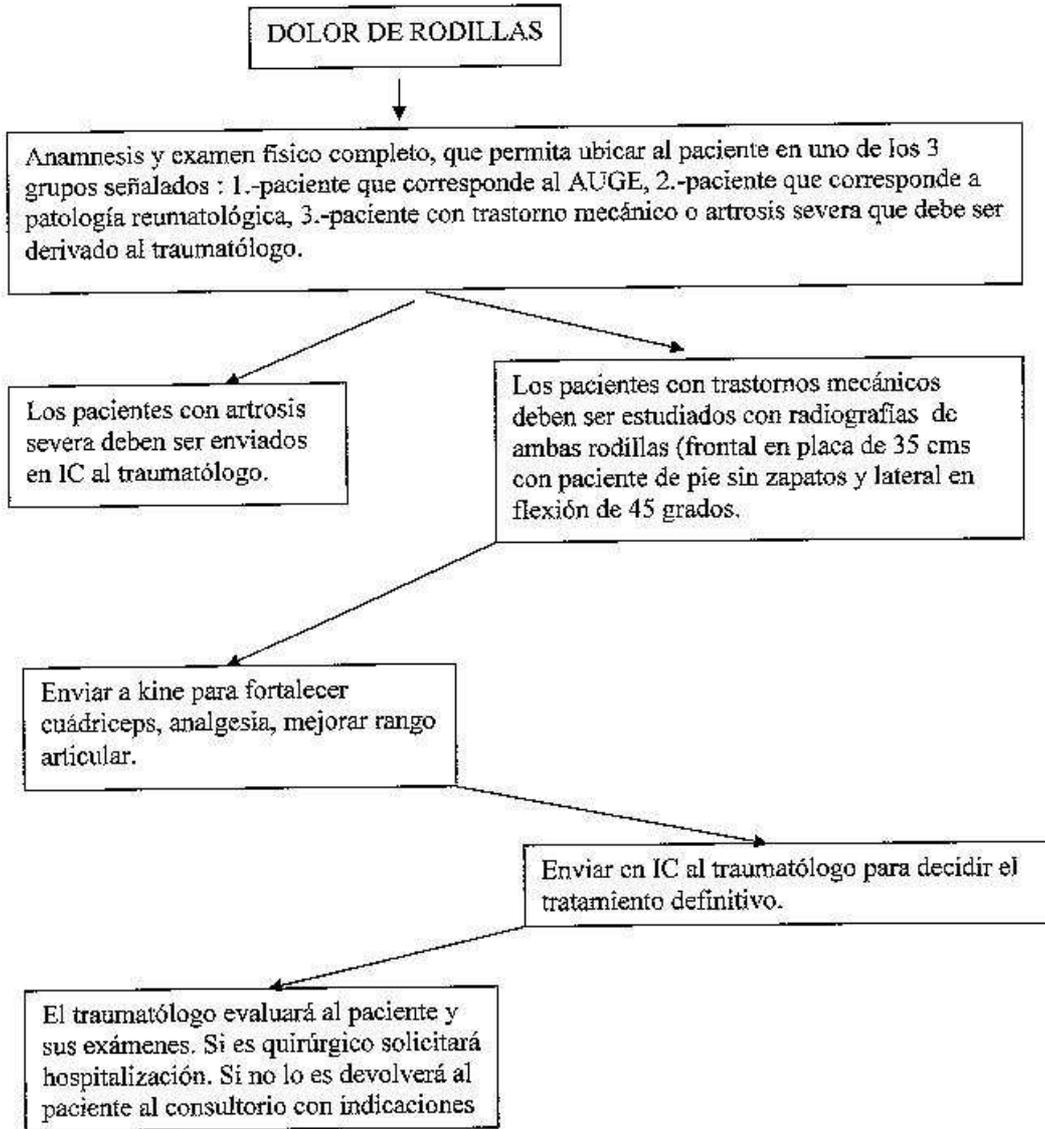
**9.1. Conducta de los médicos de APS:**

9.1.1. Anamnesis cuidadosa, examen físico completo, pedir radiografía de rodillas, para concluir a qué grupo de patología corresponde el paciente: AUGE, patología reumatológica, trastorno mecánico, artrosis severa.

9.1.2. Los pacientes con trastornos mecánicos de sus rodillas deben ser enviados a kinesiterapia para analgesia y reforzamiento muscular, más medicamentos analgésicos, en espera de evaluación traumatológica.

9.1.3. Los pacientes con artrosis severa de rodilla, deben ser derivados al traumatólogo para tratamiento quirúrgico.

## 10. Algoritmo de derivación:



**11. Indicadores:**

11.1. Pertinencia de la derivación (del total de IC enviadas)

Definición Indicador	% de cumplimiento del protocolo
Tipo de Indicador	Proceso
Dimensión	Seguridad del paciente
Formula	<u>Pac derivados según protocolo de dolor de rodillas</u> X100 Total de pacientes derivados por dolor de rodillas
Estándar	70%
Justificación	Pesquisa oportuna de patología de rodillas
Fuente de información	FICHA CLÍNICA - SIDRA
Periodicidad	Semestral
Responsable	Jefe traumatología adulto CAE

**12. Anexos:**

No aplica.



**MINISTERIO DE SALUD**  
Servicio de Salud  
Viña del Mar-Quillota  
InE. N° 351 de 06.10.2011

**RESOLUCIÓN EXENTA N° 5100**

**VIÑA DEL MAR, 13 OCT. 2011**

**VISTO:**

Lo dispuesto en la Ley N° 18.575 sobre Bases Generales de la Administración del Estado, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL N°1/19.653, publicado con fecha 17 de noviembre del 2001. Lo establecido en la Ley N° 18.880, que Establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de la Administración del Estado. Lo dispuesto en la Ley N° 18.834, sobre Estatuto Administrativo, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL N° 29 (Hacienda), publicado con fecha 16 de marzo de 2005. Las facultades que a la suscrita otorgan el decreto con Fuerza Ley N°1/2005 del Ministerio de Salud, Publicado con fecha 24 de abril de 2006, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763/79 y de las Leyes N° 18.983 y N°18.469, conjuntamente con los Decretos Supremos N° 140/2005 y N° 123/2010, ambos del Ministerio de Salud.

**CONSIDERANDO:**

1.- Los principios orientadores de la Reforma de la Salud, que apuntan a la equidad, participación, descentralización y satisfacción de los usuarios, los cuales deben ser cumplidos por el Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, las prioridades programáticas emanadas del Ministerio de Salud, y la necesidad de contribuir al mejoramiento de la capacidad resolutoria de la red asistencial, mejorando la accesibilidad, oportunidad y calidad técnica.



2.- La circunstancia que al Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota le corresponde la organización, planificación, coordinación y control de las acciones de salud que prestan los establecimientos de su red asistencial, para el cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas del Ministerio de Salud.

3.- El correo electrónico de fecha 05 de octubre de 2011, de la Sra. Jefe (S) del Subdepartamento de Atención Primaria de Salud y Programa, de la Subdirección de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, por medio del cual se solicita la elaboración de las respectivas resoluciones aprobatorias de los Protocolos de Referencia y Contrareferencia, para el período 2100 – 2013.

4.- El Protocolo de Referencia y Contrareferencia de Síndrome de Dolor Lumbar, Hombro Doloroso, Dolor de Rodilla No Ges, para el período 2011 – 2013, emanado de la Subdirección de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, se dicta la siguiente:

#### **RESOLUCIÓN:**

1. **APRUÉBASE**, el Protocolo de Referencia y Contrareferencia de Síndrome de Dolor Lumbar, Hombro Doloroso, Dolor de Rodilla No Ges 2011 – 2013, en los establecimientos hospitalarios de la Red Asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota.
2. **CÚMPLASE**, de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución Exenta Nº 1600 de Contraloría General de la República, con la transcripción íntegra del documento que se aprueba en este acto y cuyo tenor es el siguiente:

#### **PROTOCOLO DE DOLOR LUMBAR, HOMBRE DOLOROSO, DOLOR DE RODILLA NO GES REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA 2010 – 2013**

##### **1. Introducción:**

- El término dolor lumbar describe solamente dolor en la parte baja de la espalda, sin relación alguna con el mecanismo causal.



- En el SSVQ no se efectúa cirugía de columna, ésta se realiza solamente en el HCVB de Valparaíso, en el Servicio de Neurocirugía.
- De todos los dolores lumbares, el 90% es de causa inespecífica.
- En los países desarrollados, entre el 49 y el 90% de las personas, presentará un episodio de dolor lumbar alguna vez en su vida.
- Es más frecuente en trabajadores, hombres, entre 25 y 64 años de edad.
- Aproximadamente el 80% de los casos se resuelve en el plazo de 2 semanas.
- Entre el 20 y el 44% de los casos presentará recurrencia en el plazo de 1 año.
- Entre el 2 y el 7% de los casos desarrollará dolor lumbar crónico.
- Se considera dolor lumbar agudo o subagudo el que dura hasta 12 semanas, y dolor lumbar crónico el que dura más de 12 semanas.

## **2. Objetivo:**

- 2.1. Estandarizar y describir las actividades a realizar en pacientes con un síndrome de dolor lumbar con el fin de mejorar la resolutivez y el proceso asociado a pertinencia diagnóstica.

## **3. Alcance:**

- 3.1. Equipo de Salud Atención Primaria  
3.2. Médico Especialista CAE/ Hospital

## **4. Referencia:**

No aplicable

## **5. Documentos Aplicables:**

Documento de referencia y contrareferencia (interconsulta)

## **6. Definiciones:**

**Lumbago** : dolor en la región lumbar.

**Lumbociática** : dolor en la región lumbar irradiado a una de las extremidades inferiores mas allá de la rodilla hacia distal.

**Lumbociatalgia** : igual que lumbociática.



## **7. Responsabilidad:**

- 7.1. Directores/as de establecimientos de Atención Primaria
- 7.2. Director de CAE
- 7.3. Director de Hospital

## **8. Prioridad de la derivación:**

- 8.1. Alta: síndrome de cauda equina, paciente con signos de alarma presentes, paciente con signos neurológicos positivos.
- 8.2. Mediana:
- 8.3. Baja: dolor lumbar crónico.

## **9. Referencia y contrareferencia:**

### **9.1. Conducta frente al paciente en APS:**

9.1.1. El médico de consultorio que recibe al paciente, debe efectuar anamnesis cuidadosa con especial atención a los signos de alarma, examen físico completo, examen neurológico, evaluación psicosocial, de modo de lograr una orientación diagnóstica tal que le permita concluir si el paciente está en el grupo cuyo dolor es inespecífico (90%), o tiene alguna patología subyacente que justifique derivarlo al siguiente nivel de complejidad.

### **9.1.2. Tratamiento para el paciente con dolor lumbar AGUDO en el Consultorio:**

- 9.1.2.1. Reposo en cama máximo hasta 3 días y reposo laboral según actividad hasta 2 semanas.
- 9.1.2.2. Hielo local en las primeras 48 horas, después calor local. En ambos casos no debe aplicarse directamente a la piel. Tiempo de aplicación 15 a 20 minutos varias veces al día (4 a 6 veces).
- 9.1.2.3. Aconsejar al paciente mantener algún grado de actividad física, incluso actividad laboral liviana.
- 9.1.2.4. Analgesia: paracetamol 500 mg cada 6 horas (dosis máxima por día 3 gramos), antiinflamatorios en caso necesario, con los riesgos conocidos (ibuprofeno 400 mg cada 8 horas o diclofenaco 50 mg cada 8 horas), por plazos no superiores a 6 días.
- 9.1.2.5. Relajantes musculares por 4 a 6 días (ciclobenzaprina 5 a 10 mg por día según tolerancia. En población de 60 o mas años, 2,5



mgs por día, dado el riesgo de mareos, confusión y caídas. En ambos casos administración nocturna).

9.1.2.6. Se puede enviar a fisioterapia, si existe la posibilidad, a aquellos pacientes cuya recuperación se vea lenta o se trate de episodios a repetición.

9.1.2.7. Control del paciente para decidir cambio de conducta si fuese necesario (persistencia o intensificación del dolor, o aparición de signos neurológicos).

9.1.2.8.

## **9.2 Manejo del paciente que presente dolor lumbar CRONICO o RECURRENTE en el consultorio:**

9.2.1 Efectuar estudio imagenológico (radiografías de columna lumbar frontal, lateral y de quinto espacio) y de laboratorio (hemograma VHS, PCR, fosfatasas alcalinas).

9.2.2 Tratamientos analgésicos en los siguientes escalones analgésicos :Ketoprofeno 50-100mg cada 12 horas; Meloxicam 7.5 – 15mg al día, inhibidores de la Cox2, asociación tramadol-paracetamol (esta última utilizar con precaución en pacientes mayores) y relajantes musculares.

9.2.3 Evaluación en Fisiatría: Derivar a médico fisiatra en los casos que así lo requieran.

9.2.4 Terapia kinesiológica: Derivar a kinesiólogo para evaluación y tratamiento físico (ejercicios terapéuticos, fisioterapia, masoterapia, TENS, re-educación postural, medidas ergonómicas)

9.2.5 Acupuntura si está disponible.

9.2.6 Derivar a grupos de tratamiento multidisciplinario si está disponible o pedir evaluación por salud mental de ser necesario.

## **9.3 El paciente debe ser derivado si presenta alguno de los siguientes cuadros clínicos:**

9.3.1 **SINDROME DE CAUDA EQUINA:** definida como dolor lumbar, ciática uni o bilateral, déficit motor en extremidades inferiores, trastornos sensitivos como anestesia en silla de montar (región perineal), pérdida de control de esfínter y alteración de la función sexual: **DERIVACION INMEDIATA** a la Unidad de Emergencia del HGF (para los consultorios del área, los otros derivarán al nivel que les corresponde).

9.3.2 **SIGNOS CLINICOS DE ALARMA o BANDERAS ROJAS:** Si el paciente presenta dolor persistente, en reposo, o baja de peso, fiebre, antecedentes



de cáncer o HIV, uso de corticoides o medicación intravenosa, considerar la posibilidad de tumor o infección. **DERIVACION URGENTE** a la Unidad de Emergencia del HGF (en plazo de 48 horas).

9.3.3 **SIGNOS NEUROLOGICOS:** hipo o arreflexia tendinosa, debilidad muscular, dolor que sigue un trayecto radicular. **DERIVACION PRECOZ** a Unidad de Emergencia HGF o al Servicio de Neurología del HGF (en plazo de 7 días).

**9.4 Signos de mal pronóstico funcional:** indican obstáculos psicosociales para la recuperación del paciente, que aumentan el riesgo de incapacidad crónica y pérdida del trabajo.

Signo	Intervención
Creencias erróneas (que el movimiento y la actividad son perjudiciales, dolor igual a alteración estructural)	Educación al paciente y envío a grupo de rehabilitación activa
Actitud de enfermo (como el reposo prolongado, miedo y evitación)	Educación al paciente y derivación de salud mental
Desánimo o conducta negativa	Evaluación y tratamiento por equipo de salud mental
Creencia de que el tratamiento es incorrecto	Educación al paciente y su familia
Problemas con demanda y compensación Laboral	Contactar con expertos en el tema (asistente social y/o terapeuta ocupacional)
Historia de dolor lumbar crónico, licencias y otras quejas	Seguimiento regular para observar evolución
Problemas en el trabajo, insatisfacción laboral	Contactar con terapeuta ocupacional para reinserción laboral
Trabajo pesado y/ o en turnos	Seguimiento regular, observar evolución
Familia sobreprotectora, o falta de apoyo	Educación al paciente y a la familia

**9.4 Manejo en el sitio de destino:**



**9.4.1 En Unidad de Emergencia Adulto:**

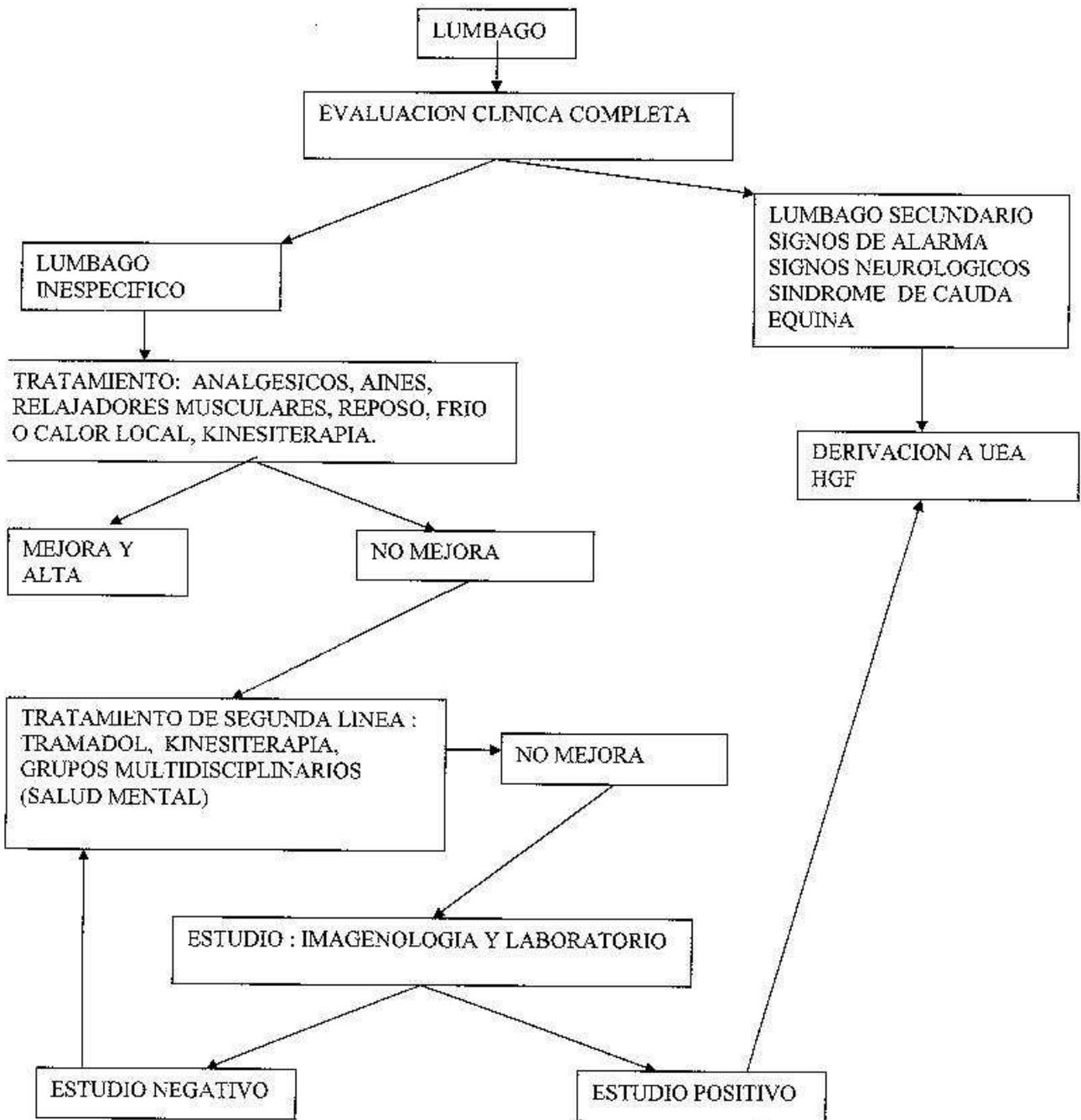
- 9.4.1.1 Evaluación clínica del paciente: anamnesis, examen físico, examen neurológico. Pedir radiografías de columna lumbar. Pedir TAC de columna si parece necesario.
- 9.4.1.2 Si se confirma patología tumoral o destructiva de la columna lumbar en la imagenología, derivar a neurocirujano de urgencia en el HCVB, para evaluación y conducta terapéutica.
- 9.4.1.3 Si el examen clínico revela compromiso neurológico grave, aún con imagenología normal, derivar a neurocirujano de urgencia en el HCVB.
- 9.4.1.4 Si el examen clínico y la radiografía de columna lumbar no muestran patología, enviar al paciente a su punto de origen con indicaciones.

**9.4.2 En Servicio de Neurología:**

- 9.4.2.1 Evaluación clínica completa del paciente e indicaciones pertinentes.

**10. Algoritmo de derivación:**





### **11. Indicadores:**

#### 11.1. Pertinencia de la derivación (del total de IC enviadas)

Definición Indicador	% de cumplimiento del protocolo
Tipo de Indicador	Proceso
Dimensión	Seguridad del paciente
Formula	$\frac{\text{Pac derivados según protocolo de dolor lumbar} \times 100}{\text{Total de pacientes derivados por dolor lumbar}}$
Estándar	70%
Justificación	Pesquisa oportuna de patología de dolor lumbar
Fuente de información	Ficha Clínica SIDRA
Periodicidad	SEMESTRAL
Responsable	JEFE TRAUMATOLOGIA ADULTO CAE

### **12. Anexos:**

No aplica.

## **PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE SINDROME DE HOMBRO DOLOROSO**

### **1. Introducción:**

- Incluye a pacientes que refieren dolor en el hombro, de mas de 2 semanas de evolución, con o sin antecedente traumático.
- Todo paciente con antecedente post-traumático requiere evaluación radiográfica de su hombro, para descartar luxación y/o fractura.
- El dolor puede ser de estructuras propias de la articulación del hombro, manifestación de una enfermedad general (mesenquimopatía) o ser un dolor referido de patologías tóracoabdominales (absceso subfrénico, tumor de Pancoast). VER ANEXO A.



- La causa más frecuente de dolor crónico al hombro es patología del manguito rotador (70% de los casos de hombro doloroso), y después patología capsular (capsulitis adhesiva).
- A pesar de ser poco frecuente, no olvidar la patología tumoral, primaria o metastásica.
- El objetivo de este protocolo es orientar al médico de APS en el triage de estos pacientes (manejo en APS, derivación electiva o urgente).
- Este protocolo está dirigido a los pacientes con patología del hombro.

## 2. **Objetivo:**

2.1. Estandarizar y describir las actividades a realizar en pacientes con hombro doloroso con el fin de mejorar la resolutivez y el proceso asociado a pertinencia diagnóstica.

## 3. **Alcance:**

- 3.1. Equipo de Salud Atención Primaria
- 3.2. Médico Especialista CAE/ Hospital

## 4. **Referencia:**

No aplicable

## 5. **Documentos Aplicables:**

Documento de referencia y contrareferencia (interconsulta)

## 6. **Definición:**

Hombro doloroso: dolor en el hombro, espontáneo o secundario a esfuerzo o traumatismo de menor o mayor cuantía, que persiste en el tiempo.

Tendinopatía de manguito rotador: proceso inflamatorio que afecta a los tendones del manguito de los rotadores (supraespinoso, infraespinoso, subescapular, redondo menor).

Capsulitis adhesiva: proceso inflamatorio que afecta a la cápsula articular de la articulación glenohumeral, de causa desconocida, que se caracteriza por dolor y rigidez intensos del hombro.

Tendinitis del supraespinoso: se refiere al proceso inflamatorio que afecta al tendón del mismo nombre (el más frecuentemente afectado).



Síndrome de pinzamiento: se refiere al dolor de hombro secundario a patología del manguito de los rotadores.

**7. Responsabilidad:**

7.1. Directores/as de establecimientos de Atención Primaria

7.2. Director de CAE

7.3. Director de Hospital

**8. Prioridad de la derivación:**

8.1. Prioridad 1: aquellos pacientes que están con licencia médica de más de 2 meses y sin respuesta al tratamiento.

8.2. Prioridad 2:

8.3. Prioridad 3: aquellos pacientes que no responden al tratamiento completo efectuado por más de 2 meses.

**9. Referencia y contrareferencia:**

**9.1. Conducta frente al paciente en APS:**

9.1.1. Anamnesis cuidadosa, examen físico completo, examen segmentario detallado del hombro afectado que permita clasificar al paciente en uno de los 3 grupos mencionados: patología del hombro, patología general, dolor referido.

9.1.2. En la anamnesis se debe consignar la edad del paciente, actividad, antecedentes mórbidos (cáncer, diabetes, mesenquimopatías), tiempo de evolución del dolor, características del dolor (factores desencadenantes y mitigantes del dolor, relación con actividades de vida diaria y reposo).

9.1.3. Examen físico: buscar deformaciones locales, signos inflamatorios, diferencias con el hombro contralateral, puntos dolorosos, rango de movilidad pasiva y activa. VER ANEXO B.

9.1.4. Si el examen clínico es concordante con lesión del manguito rotador, iniciar tratamiento: no hacer fuerza, no tomar pesos, evitar exposición al frío ambiental, calor local suave mas ejercicios de elongación de



hombro: antepulsión y elevación, abducción y elevación, llevar la mano a la espalda (rotación interna), y efectuar rotación externa con el codo a 90 grados, 10 de cada uno, 2 veces al día.

9.1.5. Analgesia: Paracetamol 500 mg cada 6 horas, Diclofenaco 100 mg por día.

9.1.6. Reposo laboral hasta por 3 semanas

9.1.7. Enviar a kinesiterapia

9.1.8. Si no hay mejoría en 3 semanas se deben solicitar exámenes de laboratorio para descartar procesos infecciosos, tumorales y mesenquimopatías y pedir radiografías de hombro (rx anteroposterior, en Y) para completar estudio. Si es posible efectuar ecotomografía de hombro.

9.1.9. Con los exámenes de laboratorio y radiografía enviar interconsulta al policlínico de Traumatología Adultos.

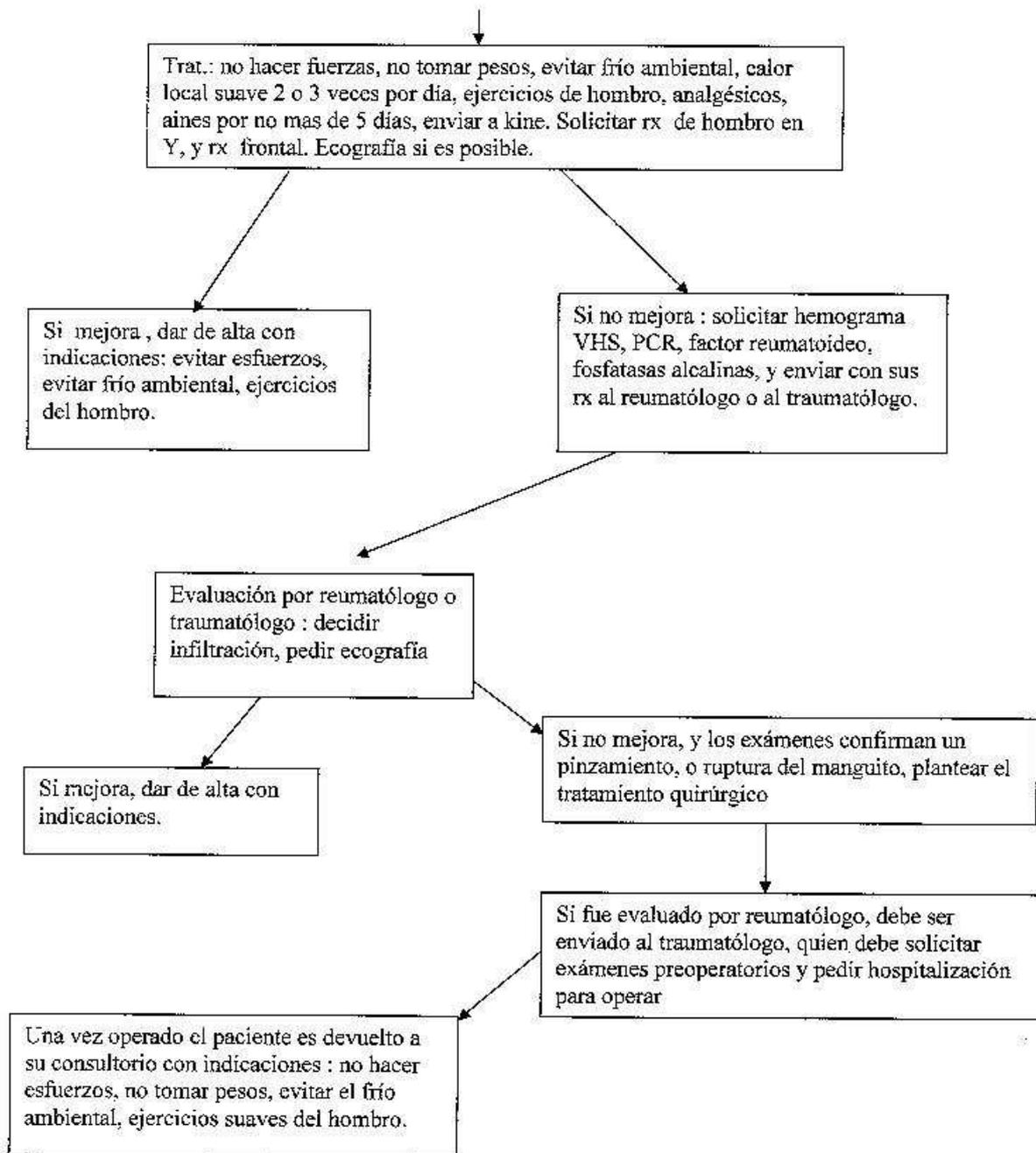
## 9.2 Conducta en policlínico traumatología

9.2.1 Si de la revisión de todos los antecedentes que trae el paciente, exámenes de laboratorio y radiografías, y examen clínico se desprende que el tratamiento no es quirúrgico, se devuelve a la atención primaria.

## 13. Algoritmo de derivación: hombro doloroso.

Evaluación clínica  
en consultorio





13.1. **Indicadores:**

13.2. Pertinencia de la derivación (del total de IC enviadas)



Definición Indicador	% de cumplimiento del protocolo
Tipo de Indicador	Proceso
Dimensión	Seguridad del paciente
Formula	$\frac{\text{Pac derivados según protocolo de hombro doloroso}}{\text{Total de pacientes derivados por hombro doloroso}} \times 100$
Estándar	70%
Justificación	Pesquisa oportuna de patología de hombro
Fuente de información	FICHA CLÍNICA –SIDRA
Periodicidad	Semestral
Responsable	JEFE TRAUMATOLOGIA ADULTO CAE

#### **14. Anexos:**

ANEXO A :

##### **14.1. CLASIFICACION DE LAS ETIOLOGIAS DEL HOMBRO DOLOROSO**

- Patología periarticular
- Tendinitis del mango de los rotadores
- Tendinitis calcificada
- Desgarro y rotura del manguito rotador
- Tendinitis bicipital
- Bursitis sub-acromial

##### **Alteración de la articulación glenohumeral**

- Capsulitis adhesiva
- Artritis séptica
- Artritis inflamatorias
- Hombro de Milwaukee
- Osteoartritis
- Osteonecrosis



#### **Alteración de estructuras vecinas**

- Artritis esternoclavicular
- Artrosis acromioclavicular
- Radiculopatía cervical
- Neuritis braquial
- Síndrome de atrapamiento
- Distrofia simpático-refleja
- Tumores y metastasis

#### **Otras enfermedades reumáticas:**

- Polimialgias reumáticas
- Polimiositis
- Fibromialgia

#### **Dolor referido**

- Cólico biliar
- Cardiopatía isquémica
- Absceso subfrénico
- Tumor de Pancoast
- Embarazo ectópico

#### **ANEXO B :**

#### **15.2 SINTOMAS Y SIGNOS DE PATOLOGIA DE MANGUITO ROTADOR**

- **Patología:** tendinosis y tendinitis del supraespinoso, desgarros del manguito rotador.
- **Dolor:** el paciente habitualmente lo señala en el muñón del hombro o en el tercio proximal del brazo, en relación con movimientos de elevación y/o rotación interna del brazo (rascarse la espalda, ponerse o quitarse la ropa, peinarse, etc), frecuentemente se exacerba durante la noche.
- **Palpación:** puede haber dolor a la compresión en el área subacromial. Sin signos inflamatorios.
- **Movilidad:** puede o no existir limitación de la movilidad activa .  
Generalmente duelen y a veces están limitadas, la rotación interna y la elevación del brazo por sobre el hombro.



## **PROTOCOLO DE RERERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES CON DOLOR DE RODILLAS**

### **1. Introducción:**

- El dolor de rodilla secundario a artrosis leve a moderada debe seguir el protocolo AUGÉ.
- El dolor de rodilla secundario a patología reumática y metabólica debe ser derivada al reumatólogo.
- El dolor de rodilla secundario a trastornos mecánicos (genu varo, genu valgo, disfunción patelofemoral, luxación patelar recidivante, meniscopatías) o post-traumático debe ser derivada a traumatólogo.
- La artrosis severa cuyo único tratamiento es la implantación de una prótesis total de rodilla, debe ser enviada al traumatólogo.

### **2. Objetivo:**

- 2.1. Estandarizar y describir las actividades a realizar en pacientes con dolor de rodilla con el fin de mejorar la resolutivez y el proceso asociado a pertinencia diagnóstica.

### **3. Alcance:**

- 3.1. Equipo de Salud Atención Primaria
- 3.2. Médico Especialista CAE/ Hospital

### **4. Referencia:**

No aplicable

### **5. Documentos Aplicables:**

Documento de referencia y contrareferencia (interconsulta)

### **6. Definición:**

**Genu varo** : está constituido por una angulación muslo-pierna abierta hacia adentro (rodillas separadas).

**Genu valgo** : está constituido por una angulación muslo-pierna abierta hacia fuera (rodillas juntas).



**Disfunción fémoro-patelar :** concepto que se refiere a un funcionamiento anormal entre rótula y fémur, de modo tal que genera dolor en la cara anterior de la rodilla, especialmente cuando la rodilla trabaja en flexión.  
**Meniscopatía :** daño meniscal que produce disfunción de la rodilla (dolor, bloqueos, pérdida de estabilidad).

**7. Responsabilidad:**

- 7.1. Directores/as de establecimientos de Atención Primaria
- 7.2. Director de CAE
- 7.3. Director de Hospital

**8. Prioridad de la derivación:**

- 8.1. aquellos pacientes que no respondan al tratamiento habitual.

**9. Referencia y contrareferencia:**

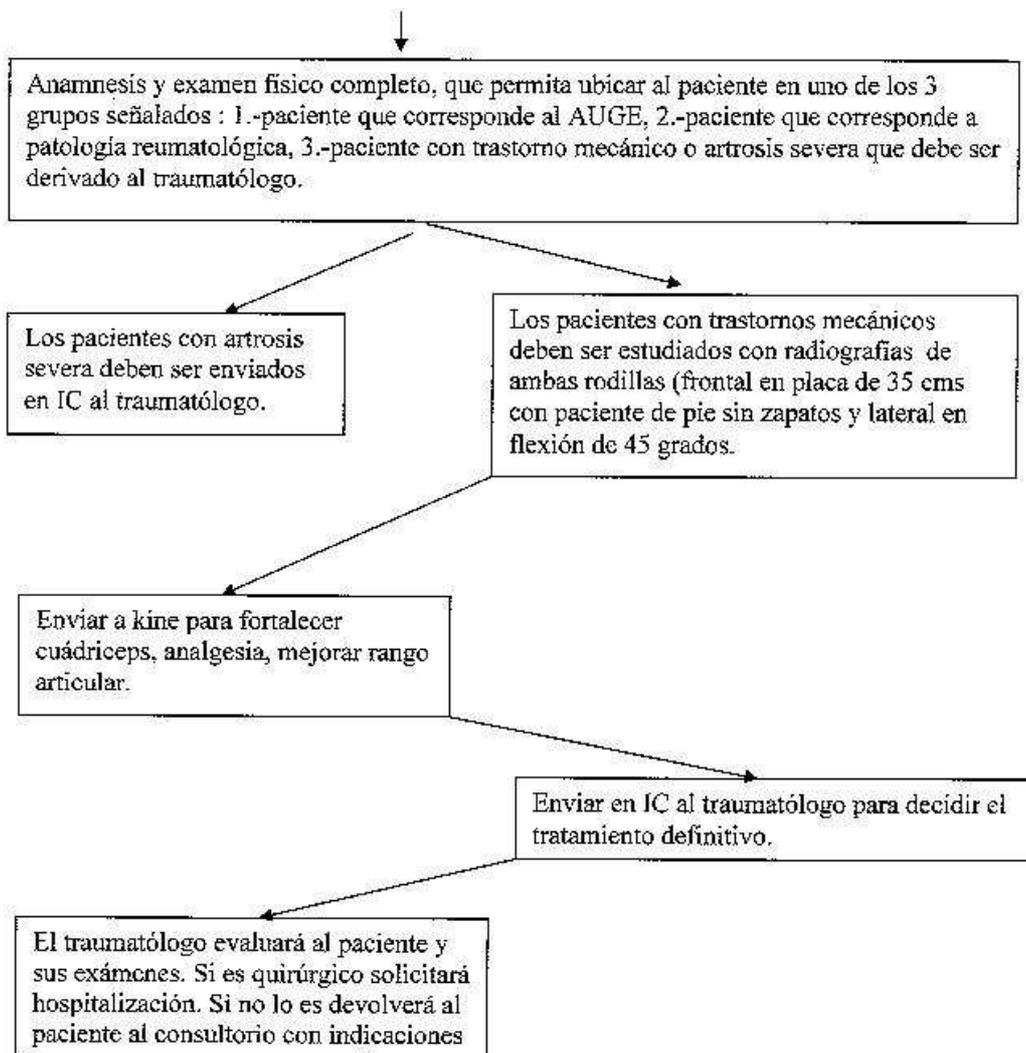
**9.1. Conducta de los médicos de APS:**

- 9.1.1. Anamnesis cuidadosa, examen físico completo, pedir radiografía de rodillas, para concluir a qué grupo de patología corresponde el paciente: AUGÉ, patología reumatológica, trastorno mecánico, artrosis severa.
- 9.1.2. Los pacientes con trastornos mecánicos de sus rodillas deben ser enviados a kinesiterapia para analgesia y reforzamiento muscular, más medicamentos analgésicos, en espera de evaluación traumatológica.
- 9.1.3. Los pacientes con artrosis severa de rodilla, deben ser derivados al traumatólogo para tratamiento quirúrgico.

**10. Algoritmo de derivación:**

DOLOR DE RODILLAS





### 11. Indicadores:

11.1. Pertinencia de la derivación (del total de IC enviadas)

Definición Indicador	% de cumplimiento del protocolo
Tipo de Indicador	Proceso
Dimensión	Seguridad del paciente
Formula	<u>Pac derivados según protocolo de dolor de rodillasX100</u>



	Total de pacientes derivados por dolor de rodillas
Estándar	70%
Justificación	Pesquisa oportuna de patología de rodillas
Fuente de información	FICHA CLÍNICA - SIDRA
Periodicidad	Semestral
Responsable	Jefe traumatología adulto CAE

**12. Anexos:**

No aplica.

3. **ESTABLÉCESE**, el cumplimiento de la presente resolución a los establecimientos hospitalarios de la Red Asistencial, dependientes del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, disponiéndose la notificación formal a los respectivos Directores.

**ANÓTESE, REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y NOTIFIQUESE,**



**DRA. ELBA MARGARITA ESTEFAN SAGUA**  
DIRECTORA  
S. S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA

*dm*  
DRA. EMES/DR. FPG/DRA. RGD/RSM/ACP/acp

**DISTRIBUCION:**

- Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.
- Directores de Hospitales Red Asistencial S.S.V.Q.
- Subdirección de Gestión Asistencial S.S.V.Q.
- Auditoría S.S.V.Q.
- Asesoría Jurídica S.S.V.Q.
- Of. de Partes S.S.V.Q.



**TRANSCRITO FIELMENTE**  
MINISTRO DE FE  
S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA