

GUÍA CLÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DE LOS ESGUINCES DE TOBILLO

ESGUINCE DE TOBILLO (1,4,9,14,18)

- Es una de las patologías más frecuentes en Atención Primaria (12%) y que en gran número puede ser tratada en A.P sin necesidad de derivación Hospitalaria
- La cronificación del proceso es un hecho frecuente (30-40%) si no es bien tratada. (39)
- El 85% de los esguinces afectan al ligamento lateral externo (LLE), siendo el haz mas afectado (66%) el ligamento peroneoastragalino anterior (PAA). En el 22% de los casos se afecta de manera conjunta el PAA y el ligamento peroneocalcaneo (PC), rara vez se afecta el ligamento peroneoastragalino posterior (PAP) y cuando se produce suele ir asociado con fracturas del maleolo posterior.
- Menos frecuentes: Ligamento lateral interno (5%), sindésmosis tibioperonea (10%)
- Grados: desde distensión pasando por rotura parcial (con rotura de un 5% de las fibras) o completa de ligamentos.

MECANISMO FISIOPATOLÓGICO: (1,2,4, 14, 21,45)

- El mecanismo fisiopatológico básico de lesión del LLE es la inversión forzada del tobillo, lo que supone una acción combinada de flexión y supinación del pie.
- El esguince del LLI se produce cuando el tobillo sufre una eversión brusca o una rotación externa forzada.

CLÍNICA: (1,2,3,4,10,14,15,18,20, 21)

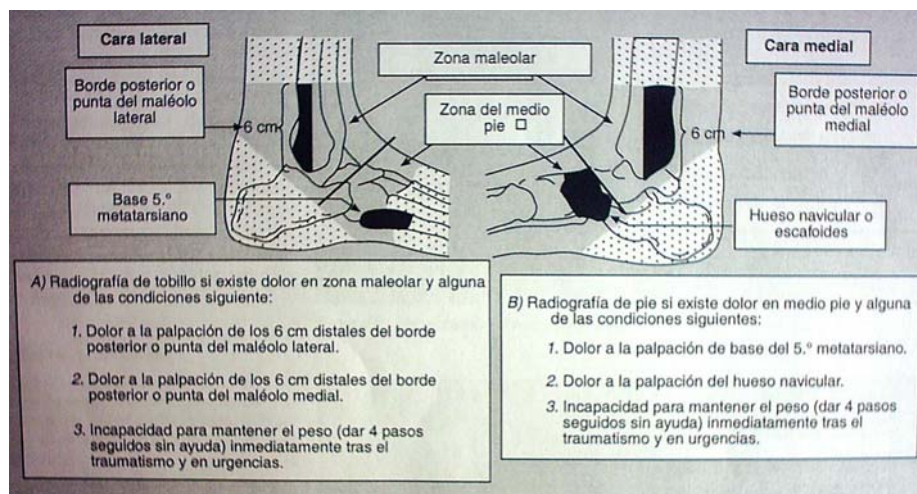
- *GRADO I (DISTENSIÓN ELONGACIÓN):*
 - Ligero edema
 - Dolorimiento
 - Escasa pérdida funcional
 - Inversión: dolor leve.
 - Cajón ant: negativo
 - Bostezo: negativo
- *GRADO II (DESGARRO PARCIAL):*
 - Edema es mayor, en las primeras horas
 - Dolor mas intenso (+ en fase precoz)
 - Dificultad notoria para la deambulaci3n
 - Equimosis tardía: > 18 h
 - Inversión: dolor intenso
 - Caj3n ant: negativo
 - Bostezo: negativo
- *GRADO III (DESGARRO COMPLETO):*
 - Importante edema, inmediato
 - Dolor intenso, + tardío
 - Incapacidad para el apoyo
 - Equimosis: inmediata: < 18 h
 - Inversión: imposible por dolor
 - Caj3n ant: Positivo (> 3 mm)
 - Bostezo: Positivo (> 15°)

	Grado I	Grado II	Grado III
Dolor	Leve, inmediato	Moderado, inmediato	Tardío o inexistente
Apoyo	Posible, dolor leve	Dolor intenso	Imposible
Edema	No o escaso	Primeras horas	Inmediato
Equimosis	No	No o tardío (>18 h)	Inmediato (<18h)
Inversión	Dolor leve	Dolor intenso	Imposible por dolor
Cajón anterior	Negativo	Negativo	Positivo (>3mm)
Bostezo	Negativo	Negativo	Positivo (>15°)

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: (1,2,4,9,14,15,18,45)

RADIOGRAFÍA:

- No es necesaria
- Solo indicada si se sospechan lesiones óseas asociadas.
- Solicitarla si se cumplen *las Reglas de Ottawa*: (5,6,7,8,9,23,24,37,45)
 - Existe dolor intenso al palpar zona posterior de maleolo tibial y/o peroneal (+-6cm distales)
 - Incapacidad total para la deambulación (dar 4 pasos seguidos sin ayuda)
 - Dolor a palpación de la zona del escafoides tarsal o de la base del 5º metatarsiano.
- Proyecciones: AP y lateral para el tobillo; AP y oblicua para el pie.



EXCLUSIÓN DE REGLAS OTTAWA:

- Politraumatismo.
- Déficit sensitivo.
- Embarazadas.
- Menores de 18 años.
- Déficit cognitivo: TCE, demencia...
- Gran edema que impida ver estructuras óseas.
- Lesiones cutáneas 2º a traumatismo.
- Tiempo transcurrido desde traumatismo mayor a 7-10 días

Esquema extraído con la autorización de la Revista Atención Primaria. Aguinaga JR, Ventura I, Tejera E, Huarte I, Cuende A, Gómez M et al. Validación de las reglas del tobillo de Ottawa en las lesiones agudas de tobillo. Atención Primaria 1999; 24: 203-208. (7)

Las Reglas de Ottawa son unas guías de decisión clínica estandarizadas y validadas internacionalmente para el diagnóstico de esguince de tobillo. Con la aplicación de estas reglas se evita realizar innecesariamente gran número de radiografías ya que el diagnóstico es clínico, reduciendo considerablemente el tiempo de estancia en los servicios de Urgencias y reduciendo el coste sanitario y evitando irradiaciones innecesarias para el paciente. (5,6,7,8,9,23,24,37)

TRATAMIENTO: (1,2,3, 4,10,12,13,16,17,18,20,21,45)

La primera asistencia se prestará en Urgencias, PAC o consulta de AP y posteriormente el seguimiento se realizará para los Grados I y II (si no ha sido necesaria la RX) en AP, los grados II (si ha sido necesaria la RX por cumplirse las reglas de Ottawa) y grado III se derivarán a Urgencias del Hospital y desde allí se remitirán al Traumatólogo como consulta preferente los de grado III y los grado II con arrancamiento óseo (especificando en el informe de derivación "**conforme a protocolo**").

En los Centros de Salud con unidad de Radiología se hará la placa en todos los casos que estén indicados (que cumplan las reglas de Ottawa) y posteriormente la inmovilización adecuada. En los esguinces de Grado III y en todos los esguinces con lesión ósea se solicitará consulta con el traumatólogo como consulta preferente (especificando en el informe de derivación "**conforme a protocolo**"), evitando así el paso por el servicio de urgencias hospitalarias.

- 1 -CRICER:** Efecto analgésico, anestésico, vasoconstrictor y antiedema: (1,2,3, 4,20)
- Crioterapia (no utilizar si Sdr. Raynaud preexistente): aplicación de hielo por el paciente durante 20 min. cada 2h
 - Compresión.
 - Elevación.
 - Reposo.

En esta fase el paciente debe evitar el apoyo durante 48-72h.

2 - AINES/ ANALGESIA.

Ayudan a disminuir el dolor y la inflamación (1,4,14,16)

3 - INMOVILIZACIÓN:

Enfermería debe desempeñar un papel importante en todas las fases del tratamiento y especial en la inmovilización. Será la encargada de colocar las férulas y los vendajes funcionales, revisarlos, sustituirlos, avisar al médico si detecta alguna complicación y fomentar la realización de ejercicios isométricos y activo-asistidos.

- GRADO I (DISTENSIÓN ELONGACIÓN): (1,3, 4, 21,22,44,45)

- Vendaje elástico adhesivo inicial durante 2 sem. También se puede utilizar vendaje funcional que permite el apoyo. (En esta caso revisar cada 3-4 días y cambiar cada 5-7 días o antes si aparece alguna complicación) (**ANEXO I y II**)
- A los 2-3 días se permite el apoyo progresivo, sin carga con ayuda de bastones: favorecerá una mejor rehabilitación propioceptiva posterior.
- Se permitirá la realización de ejercicios isométricos y activo-asistidos (básicamente eversión y dorsiflexión) del pie incluso de cadera y rodilla para fortalecer musculatura del pie.

- GRADO II (DESGARRO PARCIAL): (1,3,4, 21,22,44,45)

- Férula de yeso almohadillado:- Revisar a las 72 h
 - No permitir apoyo
- A las 72h se reevaluará por el médico de AP y se enviará a Enfermería para el siguiente tratamiento:
 - Si poca/moderada inflamación y dolor: vendaje funcional con esparadrappo (revisar cada 3-4 días y cambiar cada 5-7 días o antes si aparece alguna complicación) o bien vendaje adhesivo elástico (**ANEXO I Y II**)
 - Si intenso edema y/o incapacidad funcional: Férula de yeso.
- Mantener 2-3 semanas (tanto la férula de yeso como el vendaje funcional o el elástico).
- Fases posteriores: uso durante 3-4 semanas alguna protección: Tobillera elástica, vendaje funcional.

- **GRADO III (DESGARRO COMPLETO):** (1,3, 4, 21, 22,44,45)

- Remitir al traumatólogo preferente (haciendo constar en el informe de derivación "**conforme a protocolo**") para revisión en aproximadamente 15 días, previa inmovilización con férula de yeso (la elección del tratamiento estaría en función de la edad y la actividad física a desarrollar):

- Trat. Ortopédico:- Férula de yeso 3-4 semanas.
 - Se podrá permitir el apoyo a la semana en función de cada caso en particular.
- Trat. Quirúrgico:- En jóvenes y actividad física alta.
 - En esguinces recidivantes.
 - Cuando se detecte mucha inestabilidad

Existe Evidencia Clínica de que el tratamiento funcional (vendaje elástico, adhesivo soporte externo semirrígido...(25,33,34,35,36)) frente a la inmovilización fija a 0º (25,26,27,38,41,42) acortó significativamente los periodos de reinserción a su actividad habitual, a corto plazo redujo el edema, a medio plazo la inestabilidad objetiva, a largo plazo disminuyó la proporción de personas que no volvieron a practicar deporte, pero a muy largo plazo estas diferencias no fueron significativas.

En cuanto a la inmovilización, en una revisión sistemática identificó dos ECA (25,28) en los que se encontró que un yeso semirrígido redujo significativamente el tiempo necesario para volver al trabajo, no encontrando diferencias significativas en cuanto al dolor, inflamación e inestabilidad objetiva a corto plazo.

Según algunos autores hasta el 80-90% de los casos pueden ser tratados con buenos resultados sin cirugía. En varias revisiones sistemáticas (fecha de búsqueda 2000, 17 ECA, 1950 personas y un ECA posterior) (25,28, 29,32,30) se comparó el tratamiento quirúrgico versus cualquier tratamiento conservador, encontrando una reducción significativa de la proporción de personas que no volvieron a las actividades deportivas y de las personas con inestabilidad objetiva, pero no encontró diferencias en cuanto a recurrencia, edema, dolor o inestabilidad subjetiva, también incrementó significativamente la proporción de personas con rigidez de tobillo. No obstante esta última revisión sistémica anotó deficiencias metodológicas y no había evidencia suficiente para determinar la efectividad relativa del tratamiento quirúrgico y el conservador.

4- HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR:

Existe Evidencia Clínica de los beneficios del uso de la heparina de bajo peso molecular (HBPM) en la prevención y tratamiento de procesos tromboembólicos. Se utilizará HBPM en todos aquellos casos en los que el grado del esguince precise inmovilización con yeso y/o cirugía y que existan factores de riesgo asociado (edad avanzada, inmovilidad/encamamiento, tabaquismo, embarazo, anticonceptivos orales, cáncer, desordenes protrombóticos de la coagulación adquiridos o heredados). (43)

5 -REHABILITACIÓN: (1,4,12,13,16,21,22,40)

- Importante para asegurar la recuperación anatómica y funcional, impidiendo laxitudes ligamentosas y la tendencia a la cronicidad del proceso
- Debe comenzar lo antes posible (48-72 h en grado I y grado II, si no precisa inmovilización con yeso).

- Recomendaciones: **(ANEXO III)**:

- Crioterapia durante 10 min.
 - Estiramientos del tobillo en flexión-extensión máxima, primero pasivos y luego activos (15 veces).
 - Marcha descalzo con talones y puntillas (2 minutos).
 - Escribir el alfabeto en el aire con los dedos del pie.
 - Apretar contra el suelo una pelota de tenis (4 ciclos de 15-20 segundos).
 - Empujar hacia arriba con dorso del pie un objeto (4 ciclos de 15-20 segundos).
 - Empujar un objeto pesado con ambos lados del pie (4 ciclos de 15-20 segundos).
 - Empujar la pared con el borde externo del pie (4 ciclos de 15-20 segundos).
 - Hacer ejercicio de equilibrio sobre tabla o patrón (2 minutos).
 - Al terminar, elevar el tobillo y volver a aplicar hielo durante 10 ó 15 minutos.
- Deben realizarse 1 ó 2 veces al día, durante 12-15 días.

ESGUINCE DE TOBILLO

Afectación ligamentos maleolares

EXPLORACIÓN FÍSICA

Grado I

Distensión
 Cajón ant ⊖
 Bostezo ⊖

Tratamiento A.P

Medidas Generales:
 - CRICER
 - Analgésico/AINES

Inmovilización
 - Vendaje elástico/funcional (2 - 3 semanas)
 - Permitir apoyo 2 - 3 días

Ejercicios fisioterapia domiciliarios

Grado II

Desgarro parcial
 Cajón ant ⊖
 Bostezo ⊖

Reglas Ottawa:

- Dolor \pm 6 cm distales tibia/peroné
- Imposibilidad de dar 4 pasos seguidos
- Dolor a palpación:
 - Zona escafoides tarsal
 - Base 5° metatarsiano

No

Si

Tratamiento A.P

Medidas Generales:
 - CRICER
 - Analgésico/AINES

Inmovilización
 72h: -Ferula de Yeso
 -Descarga
 HBPM (si factores de riesgo)

Reevaluar

Leve

Importante

- Vendaje funcional ó
 - Venda elástica adhesiva
 2 - 3 semanas

Férula yeso
 (si gran dolor /edema /
 impotencia funcional)

Ejercicios fisioterapia domiciliarios

Grado III

Desgarro completo
 Cajón ant ⊕ > 3m.m
 Bostezo ⊕ > 15°

Reglas Ottawa:

- Dolor \pm 6 cm Distales tibia/peroné
- Imposibilidad de dar 4 pasos seguidos
- Dolor a palpación:
 - Zona escafoides tarsal
 - Base 5° metatarsiano

Rx Tobillo y/o pie

No lesión ósea
Grado II

• Lesión ósea
 • Grado III

- Inmovilizar con férula
 - HBPM (si factores de riesgo)
 - Derivación preferente ("conforme a protocolo") a
Traumatología

Tratamiento Traumatología
 (valorar edad act física)

Trat. ortopédico
 (Férula Yeso 3-4sem)

Trat. quirúrgico

Consulta Rehabilitación
 (si precisa)

BIBLIOGRAFIA:

1. Rodríguez Alonso J. J., Valverde Román L. Manual de traumatología en Atención Primaria. Madrid: SKB, 1996.
2. Adams, J.C. Manual de fracturas y de lesiones articulares. Barcelona: TORAY. E., 1983.
3. De Felipe J. A., Tratamiento funcional del esguince de tobillo. Toledo: MAPFRE. 1999
4. Salcedo Joven, I. Sánchez González. A. ad col. Esguince de tobillo. Valoración en Atención Primaria. Medicina Integral. Madrid. IDEPSA 2000. 36(2): 15-24
5. McBride KL. Validation of the Ottawa ankle rules. Experiencie at a community hospital. Can Fam Physican 1997; 43: 459-465
6. Stiell IG; Greenberg GH, Mcknight et al. Decision rules for the use of radiography in acute ankle injuries: refinement and prospective validation. JAMA 1993; 269: 1127-1132.
7. Aguinaga JR, Ventura I, Tejera E, Huarte I, Cuende A, Gómez M et al. Validación de las reglas del tobillo de Ottawa en las lesiones agudas de tobillo. Atención Primaria 1999; 24: 203-208.
8. Aguinaga JR, Fernández K, Pascual N, Oyarzábal I, Argaina J, Laizaso MJ. Análisis de la implementación de unas reglas de decisión clínica: reglas del Tobillo de OttaWa. Emergencias 2000; 12: 80-89
9. P. Garcés et al. Reglas del Tobillo de Ottawa: análisis de su validez como reglas de decisión clínica en la indicación de radiografías em los traumatismos de tobillo y/o medio de pie. Atención Primaria. Vol.28. Núm. 2. 30 de junio 2001:129-135
10. Iversen Larry D., Swiontkowski Marc F. Manual de Urgencias en ortopedia y Traumatología. Barcelona: MASSON- Little, Brown, S.A. 1997
11. M. A. Gallego Sánchez, M.C. Sanz Rodrigo y F. León Vázquez. Tratamiento de las lesiones traumáticas de metacarpo y dedos en Atención Primaria. JANO 4-10 Diciembre de 1998. VOL. LV , nº 1280.
12. M^a. R. Serra Gabriel, J. Díaz Petit, M^a L. de Sande Carril. Fisioterapia en Traumatología, Ortopedia y Reumatología. Barcelona: SPRINGER-VERLAG IBERICA, S.A. 1997
13. Arturo Molina Ariño. Rehabilitación: Fundamentos, técnicas y aplicación. Valladolid: Edición Especial para Fraternidad. EDITORIAL MEDICA EUROPEA S.A. 1990
14. H. Duran Sacristán, J. Méndez Martín. Tratado de Patología y Clínica Quirúrgica. Madrid: EMALSA, INTERAMERICANA. 1988.
15. Birrer, R.B.; Cartwright T.J.; Delton, J.R.: Diagnostico inmediato del traumatismo de tobillo. Medicina y Ciencia de la Actividad Física, 1995; 1(1): 31-37
16. Fields, K. B.; Rasco, T; Kramer, J.S.; Cates, R: Rehabilitation excercises for common sports injuries, Am. Fam. Physucan, 1992; 45 (3): 1.233-1243.
17. Brendan M.; Reilly M.D.: Practical estrategiasin outpatient medicine (2^a edición). Filadelfia, Pennsylvania: W.B. Saunders Company. Editado en España por Editorial JIMS, S.A. Barcelona.1995.
18. Martin Zurro A.; Cano Perez J.F.: Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica (4^a Edición).Madrid: Editorial Harcourt Brace.
19. J. Vidal Fuentes: Terapéutica con Técnicas de Infiltración en Aparato Locomotor. Madrid: EDITORIAL MEDICA INTERNACIONAL. 1988.
20. Birrer RB, Bordelon RL, Sammarco Gj. Ankle: don't dismiss a sprain. Pacient Care 1992; 26 (4):6-28
21. Rodríguez Alonso J.J, Valverde Roman L. Manual de Traumatología en Atención Primaria. Madrid. SKB:1996
22. Alonso JM, Guillen García P. Tratamiento conservador de las lesiones músculotendinosas. Madrid. IDAEPSA.1999.
23. I Stiell, G Wells, A Laupacis et al. Multicentre trial to introduce the Ottawa ankle rules for use of radiography in acute ankle injuries. British Medical Journal 1995 311: 594-7.
24. G Nichol, IG Stiell, GA Wells et al. An economic analysis of the Ottawa knee rule. Annals of Emergency Medicine 1999; 34: 438-447.
25. Evidencia Clínica Concisa. La mejor evidencia disponible a escala internacional para una práctica clínica efectiva, edición 3, mayo de 2004, Grupo Editorial Legis Sa, Bogotá Colombia; evidenciaclinica@legis.com.co

26. Kerkhoffs GMMJ, Rowe BH, Assendelft WJJ, et al. Immobilisation and functional treatment for acute lateral ankle ligament injuries in adults (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software. Search date 2000; primary sources Cochrane Musculoskeletal Injuries Group specialised register, Cochrane Controlled Trials Register, Medline, Embase, hand searches of reference lists of articles, and personal Contact with organisations (Medical Departments of the Dutch Defence Forces and the Royal Dutch Football Association) and researcher in the field.
27. Ardevol J, Bolibar I, Belda V, et al. Treatment of complete rupture of the lateral ligaments of the ankle: a randomised clinical trial comparing cast immobilization with functional treatment. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2002; 10: 371-377
28. Kerkhoffs GMMJ, Handoll HHG, de Bie, et al. Surgical versus conservative treatment for acute injuries of the lateral ligament complex of the ankle in adults (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software. Search date 2000; primary sources Cochrane Musculoskeletal Injuries Group specialised register, Cochrane Controlled Trials Register, Medline, Embase, Biosis, Current Contents, hand searches of reference lists of articles, and personal contact with organisations and researcher in the field.
29. Korkala O, Rusanen M, Jokipii P, et al. A prospective study of the treatment of severe tears of the lateral ligament of the ankle. *Int Orthop* 1987; 11: 13-17
30. Pijnenburg AC, Van Dijk CN, Bossuyt PM, et al. Treatment of ruptures of the lateral ankle ligaments: a meta-analysis. *J Bone Joint Surg Am* 2000; 82: 761-773. Search date 1998; primary sources Cochrane, Medline, Embase, hand searches of references from the published reviews, and personal contact with authors.
31. Pellow JE, Brantingham JW. The efficacy of adjusting the ankle in the treatment of subacute and chronic grade I and grade II ankle inversion sprains. *J Manipulative Physiol Ther* 2001; 24: 17-24.
32. Pijnenburg ACM, Bogaard K, Krips R, et al. Operative and functional treatment of rupture of the lateral ligament of the ankle. A randomised, prospective trial. *J Bone Joint Surg Br* 2003; 85: 525-530
33. Kerkhoffs GMMJ; Struijs PAA, Marti RK, et al. Different functional treatment strategies for acute lateral ankle ligament injuries in adults (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software. Search date 2000; primary sources Cochrane Musculoskeletal Injuries Group specialised register, Cochrane Controlled Trials Register, Medline, Embase, Biosis, Current Contents, hand searches of reference lists of articles, and personal contact with organisations (Medical Departments of the Dutch Defence Forces and the Royal Dutch Football Association) and researcher in the field.
34. Johannes Ej, Sukul DM, Spruit PJ, et al. Controlled trial of a semi-rigid bandage ('Scotchrap') in patients with ankle ligament lesions. *Curr Med Res Opin* 1993; 13: 154-162
35. Wester JU, Jespersen SM, Nielsen KD, et al. Wobble board training after partial sprains of the lateral ligaments of the ankle: a prospective randomized study. *J Orthop Sports Phys Ther* 1996; 23: 332-336.
36. Vijakka T, Rokkanen P. The treatment of ankle sprain by bandaging and antiphlogistic drugs. *Ann Chir Gynaecol* 1983; 72: 66-70.
37. Bachmann et al. Accuracy of Ottawa ankle rules to exclude fractures of the ankle and mid-foot: a systematic review. *BMJ* 2003; 326: 417-423.
38. Hazañas Ruiz S; Galvez Alzaraz L, Cepas Soler JA. <Estabilización funcional frente a inmovilización ortopédica en esguince de tobillo grado I-II (leve). Atención Primaria. 1999. 23(7): 425-438.
39. Jay Hertel, PhD, ATC. Functional Anatomy, Pathomechanics, and pathophysiology of Lateral Ankle Instability. *Journal of Athletic Training*. 2002 December; 37 (4): 364-375
40. Collins N, Teys P, Vicenzino B. The initial effects of a Mulligan's mobilization with movement technique on dorsiflexion and pain in subacute ankle sprains. *Man Ther*. 2004 May; 9(2): 77-82.
41. Eiff MP. Early mobilization versus immobilization in the treatment of lateral sprains. *Am J Sports Med* 1994; 22: 83-88.
42. Karlsson J. Early functional treatment for acute ligament injuries of the ankle joint. *Scand J Med Sci Sports* 1996; 6: 341-345.

43. Evidencia Clínica. La fuente internacional de la mejor evidencia disponible para una atención efectiva de salud, edición 1, mayo 2002, Grupo editorial Legis S.A. Bogotá. Colombia.
44. Ronal McRae. FRCS (Eng, Glas) AIMBI. Ortopedia y Fracturas. Exploración y tratamiento. Marban Libros S.L. Madrid: 2000.
45. Guiro Cano L, Pleguezuela Cobo E, Pérez Mesquida M.A. Tratamiento funcional de esguince de tobillo. Rev. Rehabilitación, Madrid 2004, art. 38 (4):182-7.

- ESGUINCE DE TOBILLO:

<http://www.zonamedica.com.ar/categorias/medicinailustrada/esguincedetobi/definision.htm>

- EJERCICIOS PARA LA TORCEDURA DE TOBILLO:

<http://www.buenasalud.com/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=2281&ReturnCatID=21>

COMPONENTES GRUPO DE TRABAJO.

D. Miguel A. Abad Hernández.- Reumatólogo.- HOSP. "VIRGEN DEL PUERTO"
D. Roberto López Ortiz.- Traumatólogo.- HOSP. "VIRGEN DEL PUERTO"
D^a Soledad Vega Venancio.- Fisioterapeuta.- HOSP. "VIRGEN DEL PUERTO"
D^a Sonia Sánchez Martín.- Enfermera.- E.A.P. CABEZUELA DEL VALLE
D. Ángel Fernández Mateos.- Médico.- E.A.P. PLASENCIA II
D. Ignacio Araujo Ramos.- Médico.- E.A.P. JARAIZ DE LA VERA
D. Casimiro Montes López.- Médico.- E.A.P. ALDEANUEVA DEL CAMINO
D. José Antonio Fernández Merchán.- Pediatra.- E.A.P. PLASENCIA I
D. Gabriel Hernández Solís.- M.I.R.- HOSP. "VIRGEN DEL PUERTO"
D. Manuel Garlito Vázquez.- Aux. Enfermería Fisioterapia.- E.A.P. MOHEDAS DE GRANADILLA
D. Carlos Hernández Romero.- Enfermero.- E.A.P. PLASENCIA III
D^a M^a José Gabriel Aragón.- Fisioterapeuta.- E.A.P. MONTEHERMOSO
D^a M^a del Mar Palomero Plata.- Fisioterapeuta.- E.A.P. MOHEDAS DE GRANADILLA
D. Ignacio Escudero Sánchez.- Director Médico A.P.- G.A.S. PLASENCIA
D^a Camino Mateos Villayandre.- Técnico de Salud.- G.A.S. PLASENCIA
D^a Lidia Peral Baena.- Directora Enfermería A.P.- G.A.S. PLASENCIA
D^a Belén Sánchez Montero.- Coordinadora Médico E.A.P.- G.A.S. PLASENCIA
D^a Teresa Fabregat Domínguez.- Resp. Enfermería de E.A.P. 's.- G.A.S. PLASENCIA

* Coordinador del Grupo: Ignacio ARAUJO RAMOS

* Nuestro agradecimiento a la Secretaria de Dirección de Atención Primaria de la Gerencia del Área, que ha llevado a cabo el trabajo administrativo: Consuelo SIMÓN GARCÍA, y a D^a Elvira LÓPEZ NIETO por su colaboración.