LINEAMIENTO TÉCNICO PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS USUARIAS CON ARTROSIS DE RODILLA EN LOS SERVICIOS DE LA CCSS.	
Fecha:	Octubre 2023.
Avalado:	Dr. Wilburg Díaz Cruz. Gerente Médico. Gerencia Médica. CCSS.
Aprobado:	Dr. José Miguel Ángulo Castro. Jefe Área Atención Integral a las Personas.
Elaborado:	Dr. Shang Chieh Wu Hsieh. Medico asistente especialista en Medicina Legal. Área de Atención Integral a las Personas.
Revisado:	
Para:	Funcionarios del primer, segundo y tercer nivel de atención de la CCSS.

Relación con Normativa Vigente

Número	Nombre	Año
No aplica.	Constitución Política de la República de Costa Rica.	1949
L-5395	Ley General de Salud.	1973
L-6227	Ley General de la Administración Pública.	1978
L-7494	Ley de Contratación Administrativa.	1995
L-7852	Desconcentración de los hospitales y clínicas de la CCSS.	1998
L-8239	Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud.	2002
L-8292	Ley de Control Interno.	2002
REG-055	Reglamento Interno de Trabajo, CCSS.	2007
	Gerencia Médica. Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud. Guías de criterios de referencia del I al II nivel de atención. 2019.	2019

BORRADOR

Justificación

La demanda en la atención de los problemas musculoesqueléticos se encuentran entre las razones más comunes de consulta en los servicios de salud públicos y privados. La rodilla es particularmente susceptible a lesiones traumáticas debido a su vulnerable ubicación entre la cadera y el tobillo, donde se encuentra expuesto a las considerables fuerzas transmitidas a través de la extremidad distal desde el suelo.

La artrosis de rodilla se encuentra entre las consultas más frecuentemente atendidas y a la vez referidas desde los equipos básicos de atención integral de salud (EBAIS) a las especialidades de ortopedia y fisiatría, las cuales son especialidades con listas de espera muy abultadas por el mal uso del sistema; esto hace que se generen conflictos entre el ente que refiere y el nivel superior de resolución.

Ante la gran variabilidad de patologías que manejan los médicos en el primer nivel de atención, no hay oportunidad para que, desde los EBAIS se fortalezcan en la evaluación de muchos problemas musculoesqueléticos.

El presente lineamiento para la atención de personas usuarias con artrosis de rodilla pretende optimizar el abordaje clínico y quirúrgico en los diferentes centros de salud de la CCSS, y así desde el primer nivel de atención enfatizar en hacer un examen exhaustivo de todas las estructuras de la rodilla en cada evaluación para abordar a redireccionar la atención de forma adecuada.

Para el presente lineamiento, el grupo elaborador conformado revisó documentación institucional, realizó múltiples búsquedas avanzadas de evidencia científica nacional e internacional y seleccionó la mejor información disponible para la construcción de los diferentes apartados. Además, se consideró como contenido base la información incluida en el Manual Metodológico para la construcción de lineamientos en la DDSS, Código M.GM. DDSS.260812, Versión 02. Este documento se validó por medio del método Delphi modificado, enviado a funcionarios especialistas en ortopedia y específicamente en rodilla identificados en el país, en el período del 15 al 20 de diciembre del 2023; las respuestas fueron recolectadas por medio de formulario Forms, con el compromiso expreso del silencio positivo, dando el resultado para la presentación y claridad de este lineamiento.

BORRADOR

Objetivo

- Optimizar la atención de la artrosis de rodilla en los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- Normalizar el abordaje de los médicos en los diferentes niveles de atención en cuanto a manejo y criterios de referencia de los usuarios con artrosis de rodilla.
- Fortalecer la red de servicios de salud institucional mediante la gestión de atención de salud integrada, coordinada y articulada en los distintos niveles de atención para garantizar el abordaje pronto y oportuno de la patología de artrosis de rodilla.

Fundamentación del lineamiento

Se realiza una revisión de la literatura para justificar los beneficios clínicos a favor de la recuperación de la capacidad funcional de las personas con artrosis de rodilla, y se llegó a la conclusión que, debido a la ausencia de evidencia sobre el beneficio de la artroplastia en la supervivencia de la prótesis, en persona usuarias con artrosis de rodilla sometidos a artroplastia, así como de factores predictores claros, se propone en el siguiente documento un abordaje de la artrosis de rodilla desde el primer nivel hasta la referencia al tercer nivel y su manejo quirúrgico.

Descripción del lineamiento

Las personas usuarias captadas con diagnóstico de artrosis de rodilla en el primer y segundo nivel de atención deberán ser valoradas de forma integral según criterios clínicos, y en caso necesario ser referidas al Servicio de Ortopedia del segundo o tercer nivel de atención, de acuerdo a lo establecido en el presente lineamiento, con el objetivo que dicha especialidad continúe el seguimiento del usuario y valore la necesidad de abordaje quirúrgico.

Asimismo, las referencias deberán cumplir con los lineamientos para la asignación de citas a pacientes que se refieren para la atención de medicina especializada indicados por la Gerencia Médica.

Por lo anterior, toda referencia debe incluir:

- Nombre del centro de procedencia, nombre del médico que refiere y fecha.
- Ficha de identificación del usuario, edad, estado civil, condición laboral (en caso de población económicamente activa) y escolaridad, dominancia.
- Antecedentes patológicos, descripción detallada de sintomatología articular.
- Antecedentes personales no patológicos, transfusiones realizadas, uso de drogas lícitas-ilícitas y alergia a medicamentos.

BORRADOR

- Antecedentes patológicos Heredofamiliares.
- Antecedentes personales quirúrgicos.
- Antecedentes personales gineco-obstétricos.
- Anotar datos biométricos de la persona usuaria: peso, talla, índice de masa corporal (IMC).
- Examen físico completo enfatizando en exploración de rodilla como se detalla más adelante en el presente lineamiento.

Captación primer nivel de salud

Es importante interrogar y abundar ampliamente en los siguientes aspectos:

Historia Clínica

Es importante identificar la edad del paciente, la actividad funcional, el patrón de afectación artrítica, la salud general y la duración de los síntomas.

Síntomas

- Dolor de rodilla que limita la función, efecto en las distancias a pie.
- Dolor por la noche o en reposo.
- Dolor leve
  - Dolor esporádico.
  - Dolor al subir escaleras.
  - Permite realizar actividades de la vida diaria aunque las que requieren un gran esfuerzo físico pueden verse limitadas.
- Dolor moderado
  - Dolor ocasional.
  - Dolor al caminar por superficies inclinadas durante media hora o parado.
  - Alguna limitación de las actividades de la vida diaria.
- Dolor intenso
  - Dolor casi continuo.
  - Dolor al caminar distancias cortas en superficies inclinadas o al permanecer de pie durante menos de media hora.
  - Actividades de la vida diaria limitadas de forma significativa.
- Dolor grave
  - Dolor contínuo.
  - Dolor durante el reposo.
  - Actividades de la vida diaria limitadas de forma significativa y constante.
- Presencia de inflamación inducida por actividad física.

- Existencia sensación de rigidez de rodilla.
- Molestias mecánica: inestabilidad, bloqueo, sensación de atrapamiento.

Para mayor información consultar la escala terapéutica establecida por la Organización Mundial de la Salud para control del dolor.

Examen físico

- Inspección: hábitos corporales, valoración de la marcha y los pasos, alineación de las extremidades, piel (por ejemplo, cicatrices), marcha antálgica (la rodilla se mantiene en flexión, longitud de zancada más corta, caminar de puntillas de manera compensatoria).
- Rango de movimiento:
  - Falta de extensión completa (contractura en flexión >5 grados).
  - Falta de flexión completa (flexión <110 grados).

  El movimiento articular se registra como el máximo de grados en que se mueve una articular en un determinado plano de movimiento. Así, por ejemplo, la posición de partida cero para la rodilla es la de la pierna extendida por completo. Si el paciente puede doblar la rodilla hasta 135°, la flexión de la rodilla se describirá como flexión de 0º a 135º o simplemente, flexión de 135°.
  - Medición del movimiento de la rodilla. Posición de partida: rodilla extendida, con el paciente en decúbito supino. La flexión se mide en grados a partir de la posición de partida cero. La extensión o hiperextensión se miden en grados en dirección contraria a la flexión en la posición de partida cero.
  - Medición de la limitación del movimiento de la rodilla. La terminología utilizada para el registro de una movilidad limitada de la rodilla es similar a la que se emplea en la mayor parte de las articulaciones: 1) La rodilla se flexiona de 30º a 90º (30 -> 90º). 2) La rodilla presenta una contractura en flexión de 30º con una flexión ulterior a 90º.
- Movilidad y estabilidad:
  - Movilidad preservada y/o articulación estable. La movilidad preservada es equivalente a un rango de movimiento mínimo de 0º - 90º. Articulación estable es equivalente a ausencia de cajón de más de 5 mm con la articulación extendida.
  - Movilidad limitada y/o articulación inestable. La movilidad limitada es equivalente a un rango de movimiento menor de 0º - 90º. Inestable es equivalente a presencia de cajón mayor a 5 mm con la articulación extendida.

- Limitación funcional:
  - Menor. Capacidad funcional adecuada para llevar a cabo las actividades normales y el autocuidado. Capacidad para caminar durante más de una hora.
  - Moderada. Capacidad funcional adecuada para desarrollar solo unas pocas acitvidades de la vida diaria o bien ninguna de ellas. Capacidad para caminar durante media hora.
  - Grave. Totalmente incapacitado. Capacidad para caminar durante menos de media hora o bien incapacidad para caminar.

Diagnóstico:

El establecimiento del diagnóstico de artrosis de rodilla requiere una combinación de datos de la historia clínica y de hallazgos en la exploración física y en los estudios de imagen. Los signos y los síntomas de la artrosis, que pueden aparecer de manera rápida o lenta, principalmente dolor, rigidez articular, y alteración funcional. El dolor se debe a la inflamación sinovial, a la distensión de la cápsula articular, al espasmo muscular y a la irritación de las terminaciones nerviosas.

El diagnóstico se confirma mediante una radiografía de las rodillas, en las que se puede observar signos característicos de la artrosis, como estrechamiento del espacio articular, cambios en el hueso y la formación de osteofitos.

Radiografia de rodillas:

- Vistas recomendadas: vistas en carga de peso de la articulación afectada.
- Vistas opcionales: vista del amanecer, vista PA en 30 grados de flexión.
- Recomendaciones:
  - Patrón de afectación artrítica
    - Tibiofemoral medial y/o lateral y/o femoropatelar
  - Características
    - Estrechamiento del espacio articular
    - Osteofitos
    - Eburnación del hueso
    - Esclerosis subcondral
    - Quistes subcondrales

Clasificación

Cuadro 1. Clasificación

Kellgren y Lawrence (basado en RX con soporte de peso AP)	
Grado 0	Sin estrechamiento del espacio articular (JSN) ni cambios reactivos
Grado 1	Posible labio osteofítico + JSN dudoso
Grado 2	Osteofitos definidos + posible JSN
Grado 3	Osteofitos moderados + JSN definido + algo de esclerosis + posible deformidad del extremo óseo
Grado 4	Osteofitos grandes + JSN marcado + esclerosis severa + deformidad definitiva del extremo óseo

Tratamiento no farmacológico

Los puntos más importantes dentro del tratamiento de la artrosis son el control del dolor y la minimización de las limitaciones de la vida diaria que le puedan originar a la persona usuaria.

El manejo de la artrosis debe basarse en un tratamiento individualizado y adaptado a las expectativas del usuario, a su nivel de movilidad y actividad, a las articulaciones que estén involucradas, a la severidad de la afectación, a las necesidades ocupacionales o vocacionales de la persona usuaria y a la existencia de alguna comorbilidad.

Educación de la persona usuaria

La educación de la persona usuaria y la familia, tanto sobre la patología como sobre su tratamiento, es considerada como parte integral del tratamiento de los usuarios con artrosis de cadera y rodilla.

La educación consiste básicamente en asesorar al paciente y su familia sobre las actividades que provocan mayor sobrecarga articular y los métodos para reducir el estrés articular. Entre las técnicas educativas deben incluirse:

- Eduación individualizada
- Educación grupal
- Llamadas telefónicas regulares
- Entrenamiento en la adquisición de habilidades, incluidas las asistidas por el acompañante.

Además, en pacientes obesos se debe aconsejar la participación en programas de

BORRADOR

reducción de peso, que incluyan tanto consejo dietético como ejercicio aeróbico.

La bibliografía también aconseja la realización de una evaluación psicosocial que incluya el análisis de los mecanismos de respuesta, tales como la negación y/o evitación de ciertas actividades, y la existencia de síntomas de depresión para poder ofrecer un adecuado apoyo psicológico que resulte tan importante como cualquier otra terapia médica.

Protección articular

Dentro del tratamiento conservador de la artrosis pueden incluirse medidas que traten de disminuir la sobrecarga articular como son ayudas a la marcha (bastón en mano contraria a la articulación afectada), calzado con suela de goma, ortesis (plantillas de diseño específico), otras ayudas técnicas (elevadores de asiento, agarraderas…) y medidas para evitar caídas, incluyendo la modificación del hogar de la persona usuaria si fuese necesario.

Medidas físicas

Las terapias físicas y el ejercicio mejoran la función y el dolor de la artrosis mediante el aumento de la flexibilidad y fuerza de los músculos que forman parte de la articulación afectada. Es necesario crear programas individuales y apropiados, seleccionando con cuidado los tipos de ejercicios incluidos y el lugar de su desarrollo, para intentar maximar sus resultados. Se ha visto que los programas supervisados suelen presentar mejores resultados que los desarrollados en casa por el propio sujeto. Otros factores a tener en cuenta a la hora de diseñar los programas de ejercicios son: el tipo de articulación que está afectada, la presencia o no de inflamación, las condiciones musculares, el rango de movilidad del que se parte, la capacidad individual para realizar los ejercicios y la comorbilidad de cada persona usuaria. Todos los programas incluyen la realización de ejercicios con un rango de movilidad y una fuerza isométrica-isotónica determinados en función a las características de cada persona usuaria.

Tratamiento farmacológico

Actualmente, no existe un tratamiento farmacológico capaz de prevenir la progresión del daño articular originado en la artrosis, por lo tanto, la finalidad principal del tratamiento farmacológico es tratar de disminuir el dolor mediante la administración de analgésicos y el uso de fármacos anti-inflamatorios no esteroideos, se recomiendan AINE tópicos y orales.

BORRADOR

Tratamiento Quirúrgico:

Cuadro 2. PLAZOS RAZONABLES MÁXIMOS DE ATENCIÓN POR NIVEL DE ATENCIÓN

Días de máximos de espera	Prioridad	Definición del riesgo
0- 365	BAJA	Pacientes cuya patología permite la demora del tratamiento, ya que aquella no produce secuelas importantes clínicas ni sociales. Sin riesgo ni impacto en la calidad de la vida de las personas.
0- 240	MEDIA	Admite una demora relativa, con prioridad media. Riesgo a corto plazo, impacto relativo en la calidad de vida.
0- 120	ALTA	Pacientes cuyo tratamiento quirúrgico: siendo programable; tiene alta prioridad. Riesgo vital inminente establecido por el médico tratante.

Fuente: Gerencia Médica, CCSS (2023)

Cuadro 3. Criterio Médico de los tiempos de espera máximos, para atropatía de Rodilla y Gonartrosis según nivel de priorización

Patología	Baja	Media	Alta
Artropatía de Rodilla	691	240	120
Gonartrosis	850	730	365

Fuente: Unidad Técnica de Listas de espera, a partir de criterio de comisión y modelo actuarial, 2019

<u>Artroplastia de rodilla</u>

Una vez tomada la decisión de su realización, tras recibir la información adecuada y siempre en los casos en los que exista posibidad de elección, paciente y cirujano deben elegir el tipo de artroplastia que se va a llevar a cabo: artroplastia total, bicompartimental o unicompartimental

BORRADOR

Artroplastia unicompartimental

Sus indicaciones son las mismas que para la artroplastia total pero, en estos casos, la enfermedad debe estar aislada en un solo compartimiento, los ligamentos deben estar intactos o repararse en el mismo acto quirúrgico y no puede existir una deformidad que necesite ser corregida.

Entre sus contraindicaciones se citan la existencia de inflamación (artritis inflamatorias), capacidad de flexión menor de 90, más de 15 de contractura en flexión, gran deformidad no corregible con diseños unicompartimentales, obesidad, entre otras.

Artroplastia total

Actualmente es el tipo de artroplastia más realizado. Todas ellas consisten en un componente femoral, otro tibial y uno rotuliano. Existen gran cantidad de diseños, siendo el más común el sistema modular que presenta una base metálica en el componente tibial.

Para disminuir el riesgo de complicaciones en artroplastia de rodilla, se propone realizarla en aquellos pacientes que presenten el siguiente perfil:

- Edad comprendida entre los 55 y los 85 años.
- Índice de masa corporal IMC < 30 kg/m2.

Cuadro 4. Factores Predictivos

Factores predictores de efectividad de la artroplastia de rodilla para necesidad de revisión	
Calidad muy baja	La edad por debajo de los 60 años (29-60 años) aumentó el riesgo de necesidad de revisión de la prótesis en pacientes con artrosis sometidos a artroplastia de rodilla.
Calidad muy baja	Aunque se móstro una tendencia al aumento del riesgo de necesidad de revisión en pacientes obesos, el índice de masa corporal (IMC) dentro del rango analizado (IMC menor y mayor a 30 kg/m2) no pareció un factor predictivo importante a la hora de disminuir la necesidad de revisión en pacientes con artrosis sometidos a artroplastia de rodilla.

BORRADOR

Complicaciones de la artroplastia total de rodilla

Las complicaciones durante la intervención y después de ella son poco comunes pero, como en cualquier proceso quirúrgico, pueden aparecer problemas relacionados con la anestesia, la medicación, reacciones alérgicas, etc. Otras complicaciones pueden ser:

- Tromboembolismo: El tromboembolismo pulmonar tiene una incidencia muy baja cuando se administra profilaxis, pero sin ella puede oscilar entre el 40-80 % de las intervenciones.
- Infección: Al igual que la anterior, presenta unos valores de aparición muy pequeños si se administra profilaxis antibiótica.
- Alteraciones femoropatelares: Entre las alteraciones que podemos encontrar se presentan:
  - Inestabilidad femoropatelar: Se manifiesta por subluxación o luxación completa de la rótula. El rango de incidencia varía entre el 1-20 %. Su diagnóstico se establece a través de pruebas radiológicas estándares junto a una proyección tangencial de la rótula. El tratamiento dependerá del grado de luxación y puede incluir la realización de resección quirúrgica de los tejidos blandos laterales, realineación femoropatelar y revisión de componentes mal posicionados.
  - Pérdida de componente rotuliano: La pérdida de este componente puede ir asociada a osteolisis o migración de la prótesis y normalmente es un proceso secundario a otra complicación. Entre los problemas que pueden ir asociados a ella destacan: inestabilidad, fractura, malposición de algún componente, osteoporosis, necrosis avascular y una cementación insuficiente.
  - Fallo del componente rotuliano: Normalmente se asocia con prótesis en las que el componente rotuliano es metálico. Por ello, el uso de este diseño se ha ido abandonando a favor de los componentes rotulianos fabricados con polietileno en su totalidad.
  - Fractura rotuliana: Puede producirse por traumatismo, flexión excesiva de la rodilla y necrosis avascular de la rótula, pero también puede estar relacionada con determinadas técnicas quirúrgicas, diseños de prótesis y posicionamiento de los componentes. El diagnóstico se establece por visualización de la fractura en pruebas radiológicas de rutina pero se recomienda la realización de una radiografía tangencial de la rótula ante la posibilidad de no resultar visible en una visión anteroposterior. Su tratamiento dependerá de la gravedad de la fractura, el estado del componente rotuliano (que existan pérdidas o esté bien

conservado) y el del mecanismo extensor. Podrá tratarse de manera conservadora o por reducción abierta y fijación de la fractura, asociada o no a revisión de los componentes protésicos.

- ˝Clunk˝ rotuliano: Salto audible que normalmente se presenta al pasar de flexión a extensión (de 60º a 30º) como resultado de la formación de tejido fibroso en el tendón del músculo cuádriceps. Se trataba de una complicación muy frecuente en los primeros diseños de prótesis con sustitución del ligamento cruzado posterior pero, con el desarrollo de nuevos modelos, su incidencia ha disminuido mucho.
- Lesión del mecanismo extensor: Se trata de una complicación poco frecuente, cuya manifestación principal es la incapacidad de realizar una extensión activa de la rodilla y cuyo tratamiento es, necesariamente, quirúrgico junto a fisioterapia prequirúrgica con el fin de mantener la capacidad de extensión y evitar la posibilidad de desarrollo de una contractura irreversible mientras se espera la intervención.

- Parálisis del nervio peroneo: Es la complicación neurológica más común en este tipo de cirugía. Entre sus manifestaciones clínicas se encuentran parestesia, hipoestesias e hipotonía extensora del tobillo.
- Lesión vascular: Es una complicación muy poco frecuente y normalmente se trata de la aparición de trombosis.
- Inestabilidad femorotibial: Se da en el 1-2 % de las artroplastias, siendo la causa del 10-20 % de las revisiones protésicas. Se manifiesta por sensación de fallo con las actividades cotidianas y dolor.
- Fractura periprotésica: Puede ocurrir en el componente femoral, el tibial o el rotuliano. Se da más frecuentemente en pacientes con osteoporosis, artritis reumatoide y en casos en los que existe mucha rigidez articular
  - Fractura femoral: Las fracturas femorales supracondilares pueden asociarse a la producción de muescas importantes en la parte anterior del fémur durante la cirugía. Si las fracturas no están desplazadas y los componentes se mantienen bien alineados, se tratan con tratamiento conservador y colocación de alguna ortesis. En caso contrario hay que reducirla quirúrgicamente y fijarlas con tornillos, colocación de placas o clavos intramedulares. Si además existe pérdida del componente femoral requiere revisión de la prótesis.
  - Fractura tibial: Su aparición es poco frecuente y según el grado de desplazamiento y de alineación, se tratarán con tratamiento conservador o quirúrgico.

- Úlceras: La fina piel que envuelve a la rodilla puede lesionarse y requiere una cura adecuada que evite la aparición de otras complicaciones como infecciones.
- Desgaste del polietileno: Se trata de un fenómeno común debido a la fricción del componente femoral y el polietileno de tibia y rótula. Su clínica puede variar desde ser asintomática hasta la presentación de dolor, inflamación y deformidad de la articulación con carácter progresivo. El tratamiento incluirá observación periódica, cambio del polietileno e incluso revisión total de la prótesis en caso de pérdida de algún componente.
- Fallo aséptico: Puede originarse por múltiples causas pero su diagnóstico se realizará a través de la aparición progresiva, en sucesivas radiografías, de líneas de radiotransparencia. Para descartar infección se deben realizar recuentos celulares a través de aspiración articular, tinción de Gram, cultivos, estudio de velocidad de sedimentación y de la proteína C reactiva.
- Rigidez: Produce limitación del rango de movilidad pero no existen criterios universales para su diagnóstico que permitan su definición exacta. Su tratamiento puede incluir movilización bajo anestesia (más efectiva si se realiza antes de transcurridos 3 meses tras la colocación de la prótesis), lisis de adherencias a través de artroscopia y revisión de la prótesis.
- Dolor protésico inexplicable o artroplastia dolorosa idiopática: Dolor persistente o nuevo, que tras la eliminación de las posibles causas intrínsecas y extrínsecas, no se encuentra su origen. Su tratamiento es difícil por la ausencia de factores conocidos y complica seriamente el porvenir de la artroplastia. Puede suponer un fracaso de la intervención.

Referencias

1. Grays´s Anatomy. Susan Standring. 41st edition. Elsevier. 2016.
2. Grupo elaborador de la Guía para el uso apropiado de artroplastia de rodilla en pacientes con artrosis. (2013). *Guía para el uso apropiado de artroplastia de rodilla en pacientes con artrosis en el SSPA.* Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.
3. Orthopaedic Basic Science: *Foundation of Clinical Practice.* Roy Aaron 5th edition. American Academyof Orthopaedic Surgeons. 2020.

Responsable del cumplimiento

- Médicos de los Establecimientos de Salud CCSS.

Responsable de verificar el cumplimiento:

- Direcciones Médicas de las Áreas de Salud y de los Hospitales.

Monitoreo y evaluación:

- Dirección médica general

Contacto para consultas:

- Dr. Shang Wu Hsieh. Médico especialista en Medicina Legal. Área Intención Integral a las Personas.
- Correo electrónico: corraaip@ccss.sa.cr o scwuh@ccss.sa.cr

BORRADOR