



PROTOCOLO MANEJO DE ESGUINCE DE DEDOS DE MANOS
M-COE-MEO-PT-001 V1 17-12-2021

1. OBJETIVO

Pretende orientar la toma de decisiones con la intención de estandarizar un tratamiento oportuno para esguince en dedos, evitando complicaciones y limitaciones funcionales, que ocasionen algún tipo de discapacidad.

2. RESPONSABLE

Médico ortopedista.
Fisioterapeuta

3. ALCANCE

El presente protocolo aplica para todo paciente que consulte al servicio de consulta prioritaria o consulta externa en CECIMIN con trauma en dedos de la mano. Inicia desde la valoración inicial hasta la rehabilitación física.

4. ENFOQUE DIFERENCIAL

El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares debido a su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia.

En CECIMIN la atención de los pacientes se realiza sin ningún tipo de discriminación, marginación, invisibilización y violencia, permitiendo la inclusión de la población vulnerable con discapacidad múltiple, trastornos médicos subyacentes, ciclo de vida (adulto y vejez), inclusión étnica (afrodescendiente, indígena, Rron, Gitano), Orientación sexual e identidad de género (hombre, mujer y población LGTBI), Población rural y urbana, Migrantes, nivel educativo y víctimas de conflicto armado. Las particularidades se abordan en el protocolo de atención con enfoque diferencial de CECIMIN.

5. RECURSOS

5.1. Equipo biomédico

Consulta externa

- Camilla
- Goniómetro
- Radiografía en caso de necesidad

5.2. Insumos

- Vendaje elástico
- Férulas
- Coban
- Férula zimmer
- Yeso
- Esparadrapo

5.3. Humanos

- Médico ortopedista
- Fisioterapeuta



PROTOCOLO MANEJO DE ESGUINCE DE DEDOS DE MANOS M-COE-MEO-PT-001 V1 17-12-2021

5.4. Medicamentos

- Acetaminofén
- AINES

6. GENERALIDADES

6.1. DEFINICION Y DESCRIPCIÓN DE PATOLOGÍA

Vía de atención de todo paciente que presente lesión ligamentaria a nivel de articulaciones interfalángicas proximal, distal y metacarpo falángica de los dedos de la mano; se define como esguince cualquier trauma que se presenta en los ligamentos involucrados en estas articulaciones que producen distensión, ruptura parcial o completa de los mismos.

MECANISMO DE PRODUCCIÓN: Por traumatismo directo en la cara lateral o medial del dedo provocando lesión en ligamentos colaterales frecuentemente practicando deportes que manejan balón con la mano: baloncesto, balonmano, voleibol.

CLASIFICACIÓN: Se clasifica en grado I, II, III según su grado de severidad.

- **Grado I** presenta inflamación, dolor, sin limitación, ni signos de inestabilidad. Puede existir tumefacción circunscrita. Dolor a la palpación de cara lateral o medial de la cabeza y base de falanges. No hay inestabilidad articular
- **Grado II** Dolor moderado a la palpación. - Tumefacción moderada. Inestabilidad articular: al realizar movimiento de lateralización a 30° de flexión aparece bostezo. Comparar siempre con el contralateral (por si existiera laxitud)
- **Grado III** Dolor intenso, a veces la rotura total de fibras es indolora. Tumefacción moderada/importante. Inestabilidad articular: Subluxación articular con movimiento de lateralización a 0°

6.2. DIAGNÓSTICO:

Fundamentalmente clínico y por exclusión de otras lesiones articulares.

RADIOLOGÍA:

En grado I: no suele ser necesaria

En grado II: indicada si existe dolor intenso y selectivo a la palpación de estructuras óseas vecinas.

En grado III: puede existir arrancamiento óseo en la inserción ligamentosa.

6.3. Tratamiento



PROTOCOLO MANEJO DE ESGUINCE DE DEDOS DE MANOS
M-COE-MEO-PT-001 V1 17-12-2021

El paciente es llamado por el ortopedista de turno, quien lo valora, clasifica la lesión, como parte del procedimiento se solicita una radiografía del dedo o los dedos comprometidos AP y Lateral, para descartar cualquier lesión ósea o articular asociada.

Cada articulación se evalúa activa y pasivamente, evaluando el arco de movilidad y el dolor, en la evaluación activa se deben descartar lesiones tendinosas asociadas, además se realiza maniobras de estrés para evaluar la estabilidad de la articulación tanto de los ligamentos colaterales como del complejo dorsal y de la placa palmar. Una vez se realiza el diagnóstico se procede al manejo.

- CRIOTERAPIA: Frío local en las primeras 48 h (30 min/8h): efecto analgésico, anestésico, vasoconstrictor y antiedema.
- ANALGÉSICOS O AINES.
- INMOVILIZACIÓN: Dependerá del grado de lesión, siempre el menor tiempo posible. Con inmovilización parcial si fuera posible para evitar rigidez articular.
 - GRADO I: Vendaje funcional que limita la extensión del ligamento afectado y sustituye su función: Depilar piel y desengrasar con alcohol. Utilizar vendaje adhesivo inelástico (esparadrapo). 2 tiras de anclaje perpendiculares al eje del dedo en diáfisis proximal y distal, 2 sistemas de tiras activas que se cruzan a nivel del ligamento afectado y se extienden desde anclaje proximal al distal. Opcionalmente sindactilizamos uniéndose al dedo homolateral al ligamento: permite la flexoextensión, pero impide los movimientos dolorosos de varo/valgo. Mantener la inmovilización 15 días. Será revisado y/o cambiado por enfermería cada 5 días. Posteriormente se debe sindactilizar durante la práctica deportiva durante 15-30 días.
 - GRADO II: Realizar inmovilización funcional con férula de aluminio, con articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas a 30° de flexión. Mantenerla durante 2 semanas. Después aplicar la inmovilización funcional del grado I hasta completar 3-4 semanas, según inestabilidad, para evitar riesgo de rigidez.
 - GRADO III: Su tratamiento es controvertido. - En ocasiones precisa intervención quirúrgica. Deben derivarse al traumatólogo previa inmovilización con férula de aluminio.

6.3. Rehabilitación física

La rehabilitación de la muñeca siempre debe integrar el codo y la mano y jerarquizar las prioridades útiles para la función; esta rehabilitación depende funcionalmente de la mano.

- Período de inmovilización (fase no consolidada):



PROTOCOLO MANEJO DE ESGUINCE DE DEDOS DE MANOS
M-COE-MEO-PT-001 V1 17-12-2021

- Objetivos y principios:
 - Combatir los fenómenos algícos y tróficos.
 - Insistir en las movilizaciones asociadas de la mano, el codo y el hombro.
 - Recuperar la sensibilidad y la imagen del movimiento.
 - Educar al paciente.
- Movilizaciones en todos los planos de la columna cervical, el hombro, el codo y los dedos.
- Movilizaciones de la muñeca respetando los sectores autorizados.
- Restricción de la pronosupinación.
- Trabajar los músculos de la mano con exclusión del trabajo de fuerza.
- Trabajar la sensibilidad estimulando los receptores de la muñeca, la columna del pulgar y los dedos; trabajar la relación mano-cerebro a partir del reconocimiento de texturas, materiales y objetos, etc.
- Vigilancia del yeso.
- Período postinmovilización (fase consolidada):
 - Objetivos y principios:
 - Obtener amplitudes articulares totales y recuperar progresivamente la extensión y la inclinación radial combinadas.
 - Realizar ejercicios de recuperación progresiva de apoyo sobre el miembro superior.
 - Corregir las compensaciones durante las actividades cotidianas.
 - Fortalecer la musculatura.
 - Aumentar progresivamente las presiones comenzando con las sujeciones de fuerza.
 - Insistir en la velocidad de ejecución de los movimientos funcionales.
 - Continuar el trabajo de sensibilidad de la mano que requiere la participación del codo y la muñeca.
 - Trabajar movimientos funcionales más exigentes derivados de las actividades propias del paciente con el objetivo de mejorar la calidad del movimiento y su percepción.
- Al comienzo del tratamiento, la movilización pasiva de la inclinación radial se debe evitar para no desencadenar fenómenos dolorosos e inflamatorios a nivel de la tabaquera anatómica.
 - Baños de contraste o baños de remolino.
 - Masoterapia localizada a nivel de la mano, eminencia tenar y primer espacio interóseo.
 - Movimientos globales de la muñeca y dedos.
- Progresivamente movilizaciones más analíticas:
 - Movilización pasiva y activa asistida de la muñeca, los dedos y el codo (insistir en la pronosupinación).
 - Movilización pasiva y activa asistida de la articulación trapeziometacarpiana del pulgar: abducción-aducción-antepulsión-retropulsión.
 - Movilización de la articulación metacarpofalángica del pulgar: flexión-extensión, inclinación y rotación longitudinal.



PROTOCOLO MANEJO DE ESGUINCE DE DEDOS DE MANOS
M-COE-MEO-PT-001 V1 17-12-2021

- Movilizaciones activas metódicas y derivadas de los ejercicios de motricidad fina, fuerza, velocidad y apoyo y ejercicios de destreza de la columna del pulgar.
- Trabajo muscular de la muñeca y mano:
 - Trabajo específico de los músculos extrínsecos e intrínsecos del pulgar contra resistencia, con una progresión creciente para ejercitar las prensiones.
 - La utilización de terapia de ondas de choque parece traer buenos resultados en casos de retraso de consolidación.

Observaciones

- Todo paciente que ingrese a servicio de consulta prioritaria debe ser atendido en la menor brevedad, valorado y manejado por el ortopedista del turno.

7. PASO A PASO:

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTRO
Anamnesis	Valoración y clasificación de la lesión	Medico ortopedista	Historia clínica
Tratamiento Esguince grado I	Manejo con Cobán o con inmovilización con férula según el dolor que presente el paciente, se formula medicación analgésica y se remite a consulta externa para continuar su manejo.	Medico ortopedista	Historia clínica
Tratamiento Esguince grado I	Manejo con férula por 8 días inicialmente hasta la valoración por consulta externa, donde se decide si se sigue con la inmovilización se cambia a un Yugo y	Medico ortopedista	Historia clínica

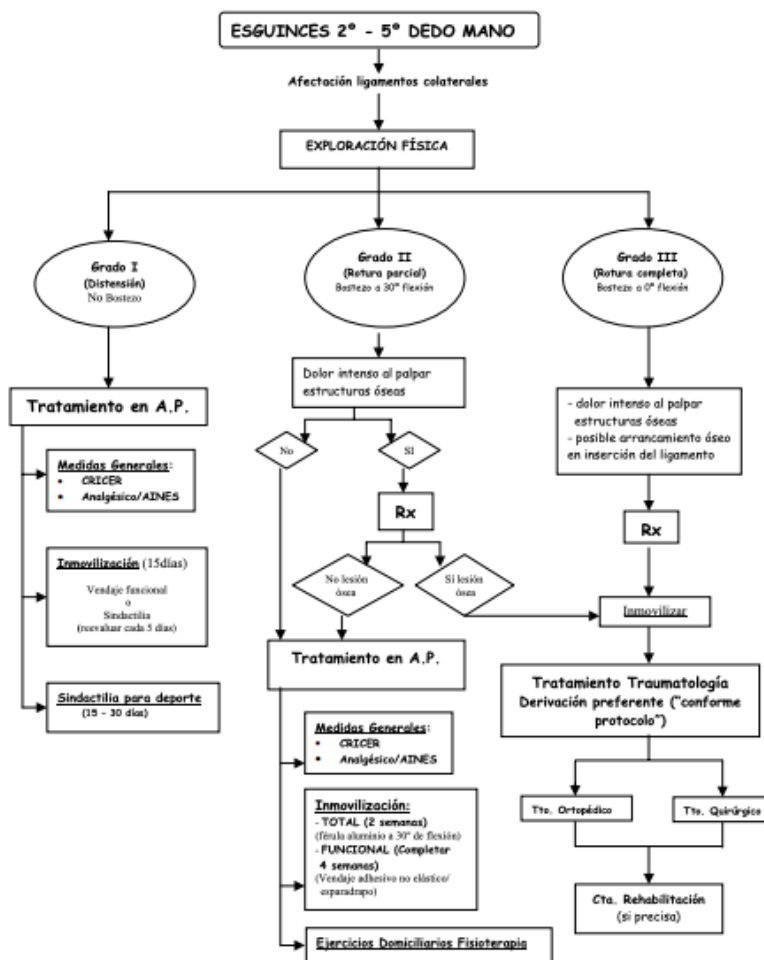


**PROTOCOLO MANEJO DE ESGUINCE DE DEDOS DE MANOS
M-COE-MEO-PT-001 V1 17-12-2021**

	Cobán, y se inicia programa de rehabilitación, según el dolor que presenta el paciente y el grado de inestabilidad.		
Tratamiento Esguince grado I	Manejo con férula de 8 a 15 días, valoración en 8 días por consulta externa donde se decide igual que el grado II, el continuar con inmovilización hasta 20 días o se inicia otro tipo de tratamiento ya mencionado o incluso manejo con cirugía	Medico ortopedista	Historia clínica

8. FLUJOGRAMA

PROTOCOLO MANEJO DE ESGUINCE DE DEDOS DE MANOS M-COE-MEO-PT-001 V1 17-12-2021



9. BIBLIOGRAFÍA

- Mano Traumática Urgencias, Merle M, Dautel G, Loda G, cap. 4 pag. 33-44
- Guía Clínica para el tratamiento de esguinces en dedos, junta de Extremadura <https://areasaludplasecia.es/aspwp/protocolos-guias-clinicas>
- Alonso JM, Guillen García P. Tratamiento conservador de las lesiones musculotendinosas. Madrid. IDAEPSA.
- Martín Zurro A.; Cano Pérez J.F.: Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica (4ª Edición). Madrid: Editorial Harcourt Brace.
- 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; evidenciadclinica@legis.com.co
- M. A. Gallego Sánchez, M.C. Sanz Rodrigo y F. León Vázquez. Tratamiento de las lesiones traumáticas de metacarpo y dedos en Atención Primaria.
- Green Operative Hand Surgery, volume 1 cap. 28 pag. 772-808



**PROTOCOLO MANEJO DE ESGUINCE DE DEDOS DE MANOS
M-COE-MEO-PT-001 V1 17-12-2021**