

Guía de Práctica Clínica GPC

**ACTUALIZACIÓN
2013**

**Diagnóstico y Manejo del
ESGUINCE DE TOBILLO
en la Fase Aguda
en el Primer Nivel de Atención**

**Guía de Referencia Rápida
Catálogo Maestro de GPC: IMSSO34-08**



ÍNDICE

1. CLASIFICACIÓN	3
2. DEFINICIÓN Y CONTEXTO	4
3. HISTORIA NATURAL.....	5
4. DIAGRAMAS DE FLUJO	19

GPC: DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL ESGUINCE DE TOBILLO EN LA FASE AGUDA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

CIE-10: S93 LUXACIONES ESGUINCES Y TORCEDURAS DE ARTICULACIONES Y LIGAMENTOS DEL TOBILLO Y DEL PIE

2. DEFINICIÓN Y CONTEXTO

DEFINICIÓN

El esguince de tobillo consiste en la ruptura parcial o total de uno o más de los ligamentos en la articulación del tobillo y se caracteriza por dolor, edema y limitación funcional. La atención oportuna de este tipo de lesiones ligamentarias en las primeras 72 horas conlleva a mejores resultados en salud y menores repercusiones sociales y económicas.

PREVENCIÓN

Las personas con alteraciones anatómicas del pie y sobrepeso, así como aquellas que realizan ciertas actividades laborales y deportivas tienen mayor riesgo de sufrir un esguince de tobillo

DIAGNÓSTICO

- Investigar los factores de riesgo relacionados con la lesión, así como los antecedentes y el mecanismo del mismo.
- Examinar el aumento de volumen, la deformidad y la presencia de equimosis
- Determinar el grado de dolor a nivel de los ligamentos peroneos y la funcionalidad de la extremidad afectada.
- Clasificar el grado de la lesión de acuerdo con los datos clínicos, recuperados en la exploración de la extremidad afectada.

En los pacientes que cumplan con los criterios de las reglas de Ottawa, el médico debe solicitar radiografías en proyección anteroposterior, lateral y anteroposterior con rotación medial de 15 a 30 grados (oblicua) en el tobillo lesionado

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Existen una gran variedad de AINES que pueden ser utilizados como tratamiento de primera elección para el control del dolor.
- Administrar paracetamol a dosis de 500 mg tabletas por vía oral cada 6 horas en los primeros 2 días y posteriormente, 500 mg cada 8 horas en los 3 días siguientes.
- En pacientes con edema bimalleolar y dolor importante se recomienda usar un antiinflamatorio combinado con un analgésico (piroxicam más paracetamol o diclofenaco más paracetamol).
- En pacientes con riesgo de sangrado de tubo digestivo o con condiciones particulares, que limiten el uso de los AINES, se sugiere individualizar el caso y considerar para el control del dolor con otras alternativas con menores efectos adversos, incluyendo los inhibidores específicos COX-2.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Con el propósito de fortalecer los ligamentos, mejorar los rangos de movilidad y recuperar la propiocepción del pie afectado; se recomienda realizar las siguientes acciones:

En las primeras 72 horas de la lesión:

- Evitar el apoyo de la articulación en las primeras 48 horas de la lesión.
- Aplicar hielo (local) durante 20 minutos cada 8 horas
- Movilizar activamente el tobillo a tolerancia, con elevación a 30 grados de la extremidad afectada (movimiento de flexión-extensión, inversión-eversión y circonducción hasta 10 repeticiones cada uno)
- Aplicar vendaje elástico no compresivo de forma inicial.
- En caso de edema bimaleolar evolutivo se recomienda utilizar un vendaje tipo Jones (almohadillado anti edema)

Después de las 72 horas:

- Iniciar apoyo parcial diferido con vendaje elástico compresivo (vendas elásticas, vendaje con tela adhesiva, soporte externo de tobillo)
- Indicar ejercicios de propiocepción (rodar una botella, apoyar parcialmente la extremidad lesionada o arrugar una toalla con los dedos del pie)
- Indicar ejercicios de estiramiento y fortalecimiento a contrarresistencia (usando una resistencia contra el pie)
- Se recomienda no utilizar inmovilización con férula de yeso en los esguinces de tobillo grado I y II, evitar el calor local y masaje directo en la fase aguda.

VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

Determinar el tiempo máximo de seguimiento en un paciente con esguince de tobillo, considerar el grado de lesión. En esguince grado I se requiere revaloración al 5º día, su resolución es en menos de 7

TIEMPO ESTIMADO DE RECUPERACIÓN Y DÍAS DE INCAPACIDAD

Determinar el tiempo máximo de seguimiento en un paciente con esguince de tobillo, considerar el grado de lesión. En esguince grado I se requiere revaloración al 5º día, su resolución es en menos de 7 días. En esguince grado II, el seguimiento es por medio de consultas periódicas, hasta 21 días.

Determinar el tiempo de incapacidad en el paciente con esguince de tobillo grado I, considerando los datos clínicos identificados en la evaluación inicial y las actividades del puesto de trabajo. Este tiempo no debe exceder de 7 días. Es importante, consignar los datos en el expediente clínico.

Determinar el tiempo de incapacidad en el paciente con esguince de tobillo grado II, considerando los datos clínicos identificados en la evaluación inicial y las actividades del puesto de trabajo. Se sugiere no exceder los 21 días, con evaluaciones periódicas; consignando la evolución clínica en el expediente clínico.

Se recomienda que la expedición de la incapacidad temporal para el trabajo sea congruente con el grado de lesión y dependerá del tipo de esfuerzo físico y actividad laboral que realiza el paciente

CUADRO IV. CLASIFICACIÓN DE LOS ESGUINCES DE TOBILLO, SEGÚN LA GRAVEDAD DE LA LESIÓN

Grado	Manifestaciones clínicas
Grado I	Lesión parcial de un ligamento sin pérdida funcional o con limitación leve (ejemplo: el paciente es capaz de caminar con apoyo total y dolor mínimo). Edema e inflamación leve, no existe inestabilidad mecánica (examen clínico de inestabilidad negativo) y las fibras del ligamento están distendidas pero intactas. Lesión microscópica.
Grado II	Lesión incompleta de un ligamento, dolor y edema moderados. Con discapacidad funcional moderada, equimosis de leve o moderada, edema sobre las estructuras afectadas, limitación parcial de la función y el movimiento (el paciente tiene dolor cuando apoya o camina). Inestabilidad de leve a moderada al examen clínico de inestabilidad unilateral con datos positivos leves. Algunas fibras del ligamento están parcialmente desgarradas. Lesión parcial.
Grado III	Lesión completa y pérdida de la integridad del ligamento, edema severo (más de cuatro centímetros por arriba de peroné), equimosis severa. Pérdida de la función y el movimiento (el paciente es incapaz de caminar o apoyarse). Inestabilidad mecánica (examen clínico de inestabilidad con datos positivos de moderado a severo). Los ligamentos están completamente desgarrados y no son funcionales. Lesión total (ruptura).
Grado IV	Luxación de la articulación; en el servicio de traumatología se decide si es necesario el manejo quirúrgico.

Nota: El grado IV corresponde a la luxación de la articulación, que de manera estricta no corresponde a esta guía, sin embargo, es importante mencionarlo para decidir un manejo quirúrgico por el servicio de traumatología.

Modificada de American College of Foot and Ankle Surgeon 1997: Preferred Practice Guideline 1/97

CUADRO V. REGLAS DE OTTAWA PARA ESGUINCE DE TOBILLO

A)	DOLOR EN LA ZONA MALEOLAR Y UNO O MÁS DE LOS SIGUIENTES DATOS:
1.	Dolor a la palpación a lo largo de los 6 cm. distales del borde posterior de la tibia o punta del maléolo medial
2.	Dolor a la palpación a lo largo de los 6 cm distales del borde posterior del peroné o punta del maléolo lateral
3.	Incapacidad de soportar el propio peso (dar 4 pasos sin ayuda) inmediatamente tras el traumatismo y en urgencias
B)	DOLOR EN LA REGION MEDIA DEL PIE Y UNO O MÁS DE LOS SIGUIENTES DATOS:
1.	Dolor a la palpación de la base del quinto metatarsiano
2.	Dolor a la palpación del hueso navicular
3.	Incapacidad de soportar el propio peso (dar 4 pasos sin ayuda) inmediatamente tras el traumatismo y en urgencias

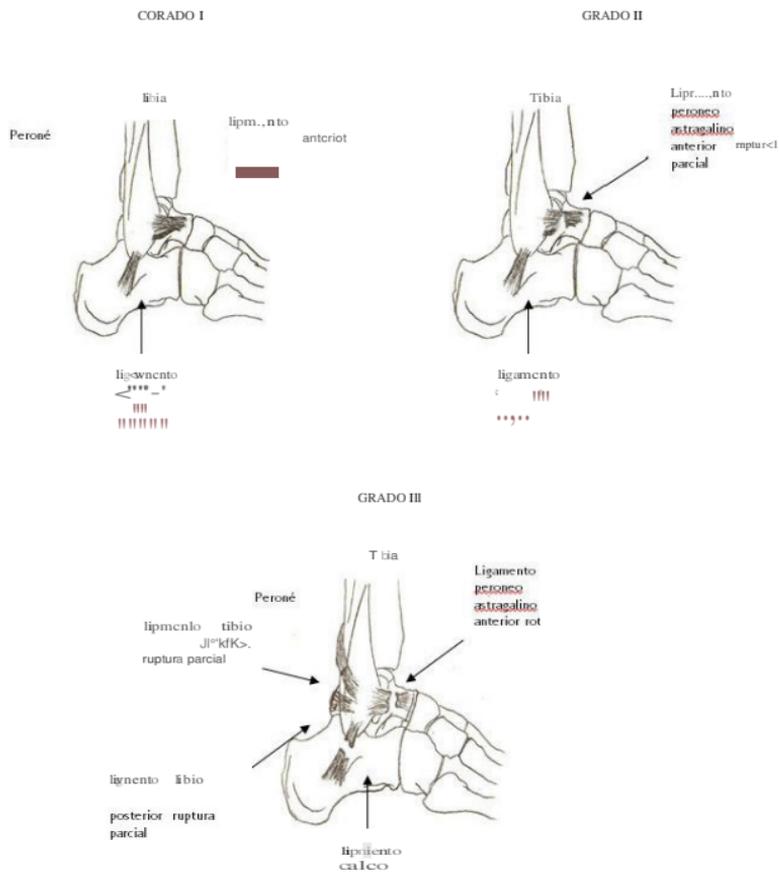
Fuente: Modificado de Bachmann LM, Kolb E, Koller MT, Sturer J, ter Riet G. Accuracy of Ottawa ankle rules to exclude fractures of the ankle and mid-foot: systematic review. BMJ 2003;326:417-23.

CUADRO VI. DÍAS DE INCAPACIDAD POR ESGUINCE DE TOBILLO GRADO I- II SEGÚN ACTIVIDAD FÍSICA EN EL ÁMBITO LABORAL

Actividad	Mínimo	Óptimo	Máximo
Trabajo sedentario	0	3	7
Trabajo ligero	1	3	7
Trabajo medio	3	7	14
Trabajo pesado	7	14	28
Trabajo muy pesado	7	14	28

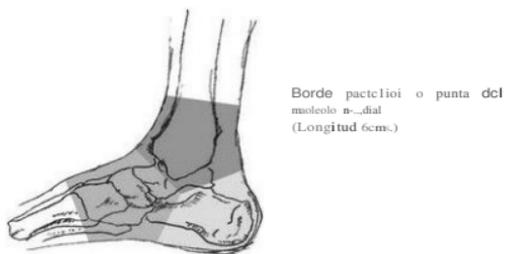
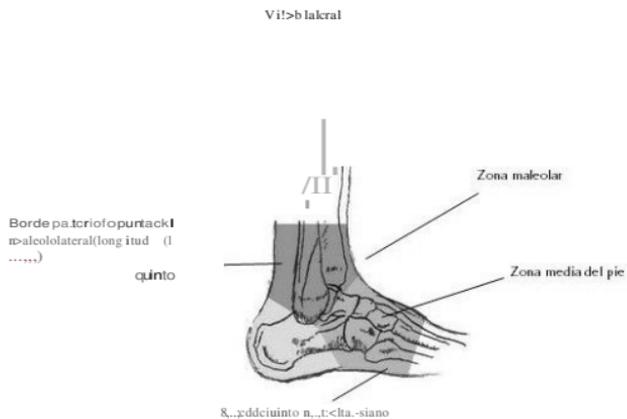
MDA (<http://www.mdguidelines.com/>) 19/06/2013

FIGURA I. GRADOS DE ESGUINCE A -GRADO I. B-GRADO II ,C -GRADO III



Fuente: Dibujos, Gerardo Luna Vidriales

FIGURA 7..REGLAS OE OITAWA PARA E.I ESGUIN CE DE: TOBILLO



Fuente: Dibujos, Gerardo Luna Viduales

FIGURA 3. ESGUINCE DE TOBILLO GRADO II



Datos clínicos

1. Dolor
2. Aumento de volumen
3. Equimosis
4. Laxitud ligamentaria

Exploración del Bostezo Articular: Maniobra de bostezo positivo que indica laxitud ligamentaria, el ligamento peroneo-astragalino anterior es el que se lesiona con más frecuencia



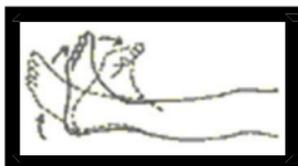


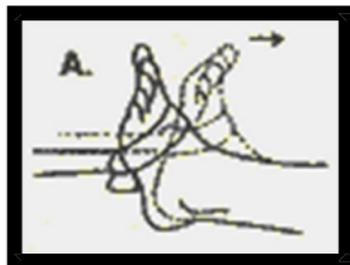
FIGURA 5. EJERCICIOS DE PROPIOCEPCIÓN ARRUGANDO UNA TOALLA CON LOS DEDOS DEL PIE



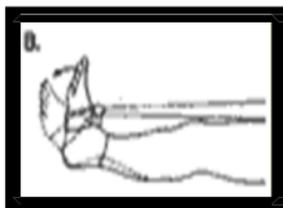
FIGURA 5.1. EJERCICIOS PROPIOCEPTIVOS CON DESCARGA ALTERNA DE PESO



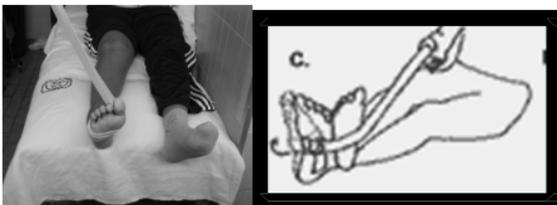
FIGURA 6. EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO CONTRARRESISTENCIA (ASISTIDOS CON UNA VENDA ELÁSTICA)



EJERCICIO PARA MÚSCULOS DORSIFLEXORES



EJERCICIO PARA MÚSCULOS FLEXORES PLANTARES
FIGURA 6. EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO CONTRARRRESISTENCIA
(ASISTIDOS CON UNA VENDA ELÁSTICA)



EJERCICIOS PARA MÚSCULOS INVERTORES



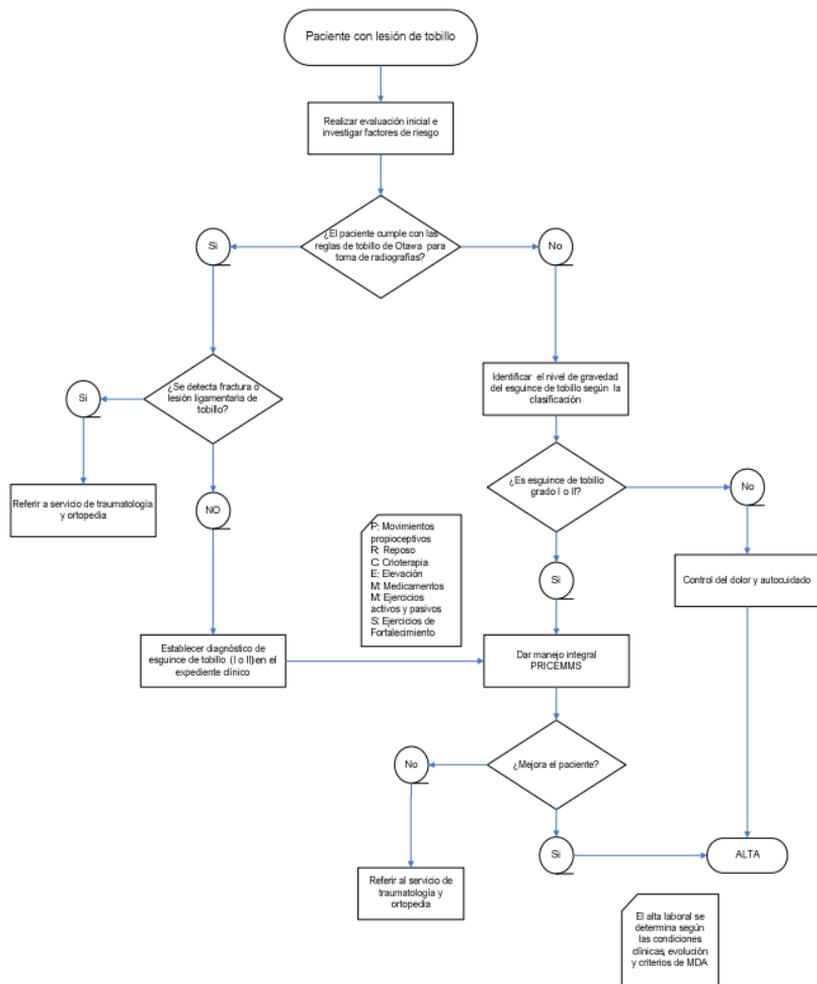
EJERCICIOS PARA MÚSCULOS EVERTORES

FIGURA 6.1. EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO CONTRARRESISTENCIA (ASISTIDO CON UNA VENDA ELÁSTICA)



Fuente: Fotografías, T.F. Carlos Ortíz Cazares
Ilustraciones del primer grupo de trabajo, 2008.

4. DIAGRAMAS DE FLUJO



Durango 289- 1A Colonia Roma
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.
Página Web: www.imss.gob.mx

Publicado por IMSS
© Copyright IMSS

Editor General
División de Excelencia Clínica
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad
2013

ISBN: **En Trámite**