

# GOBIERNO FEDERAL



**SALUD**

**SEDENA**

**SEMAR**

## Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Manejo del Esguince de  
Tobillo en la Fase Aguda para el Primer  
Nivel de Atención.

### GPC

**Guía de Práctica Clínica**

Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-34-08.

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

## GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

**S93 Luxaciones Esguinces y Torceduras de Articulaciones y Ligamentos del Tobillo y del Pie**

**GPC**

**Diagnóstico y Manejo del Esguince de Tobillo  
En la Fase aguda para el Primer Nivel**

**ISBN en trámite**

### DEFINICIÓN

El esguince de tobillo consiste en la ruptura parcial o total de los ligamentos en la articulación del tobillo. 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.

## FACTORES DE RIESGO

- 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
- Es importante identificar, desde inicio de la atención, los factores de riesgo o condiciones clínicas que pueden comprometer la mejoría clínica y la funcionalidad de la extremidad afectada

## DIAGNÓSTICO

Para establecer el diagnóstico clínico se recomienda:

- 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 pacientes con sospecha clínica de esguince de tobillo es necesario solicitar **estudios de radiografía** en proyección anteroposterior, lateral y anteroposterior con rotación medial de 15 a 30 grados en el tobillo lesionado; siempre y cuando cumplan los criterios de las reglas de Ottawa.

## TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Se recomienda para el control del dolor cualquiera de los siguientes medicamentos:

- Piroxicam: a dosis es de 40 mg tabletas vía oral cada 12 horas en los primeros 3 días y posteriormente, 40 mg cada 24 horas en los siguientes 4 días
- Paracetamol a dosis de 500 mg tabletas por vía oral cada 6 horas en los primeros 3 días y posteriormente, 500 mg cada 8 horas en los 4 días siguientes

En pacientes con edema bimaleolar y dolor importante se recomienda usar un anti-inflamatorio combinado con un analgésico (piroxicam más paracetamol o diclofenaco más paracetamol)

## TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

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 o 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) [Figuras 5-5.1].
- 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

## CRITERIOS DE REFERENCIA

El paciente debe referir al paciente con esguince de tobillo a un servicio de ortopedia y traumatología cuando presente algunas de las siguientes condiciones clínicas:

- Luxación o fractura asociada
- Evidencia de compromiso neurovascular, es decir, retardo en el llenado capilar (más de 2 segundos), cianosis de la extremidad afectada y dolor intenso que no cede con el analgésico así como, ausencia de pulsos pedio y tibial posterior e incapacidad para la flexoextensión
- Heridas que involucra la articulación
- Evidencia radiográfica de lesiones en la sindesmosis (proyección con rotación interna del tobillo).
- Referir a segundo nivel los pacientes con diagnóstico de esguince de tobillo grado III y IV.
- Cuando el paciente con esguince de tobillo persista con edema residual, dolor, rigidez, bloqueo articular, inestabilidad crónica o incapacidad para apoyar la extremidad afectada se debe referir al segundo nivel de atención (ortopedia y traumatología)

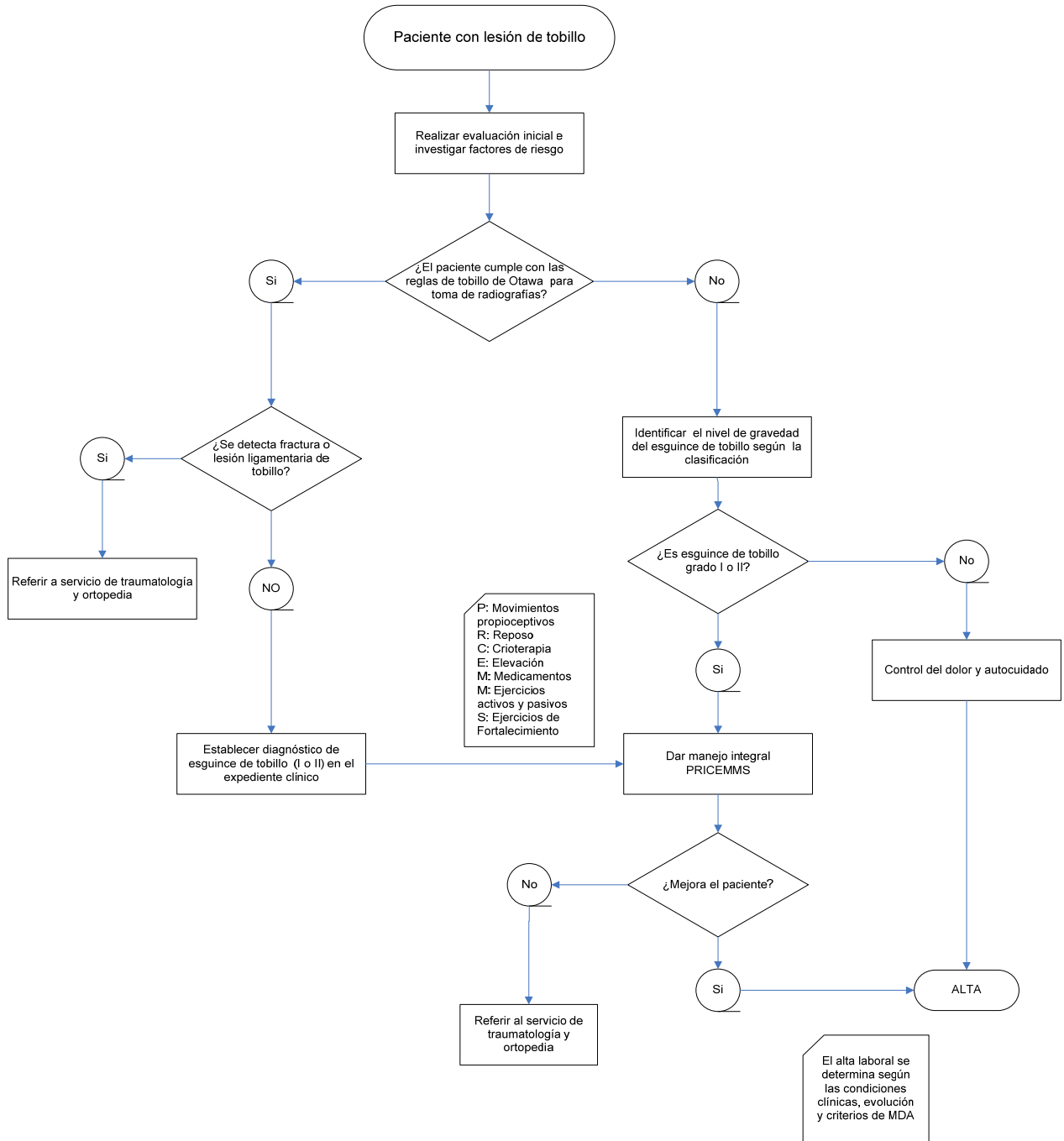
## VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

Para determinar el tiempo máximo de seguimiento en un paciente con esguince de tobillo, el médico familiar debe considerar el grado de lesión.

- En esguince grado I se requiere revaloración al 5to día, su resolución es en un periodo menor de 7 días.
- En esguince grado II, el seguimiento es por medio de consultas periódicas, hasta 21 días después de la lesión

## ALGORITMOS

### Diagnóstico y Manejo del Esguince de Tobillo en Fase Aguda del Adulto



Anexo 1: Clasificación o escalas de la enfermedad

Cuadro I. 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.

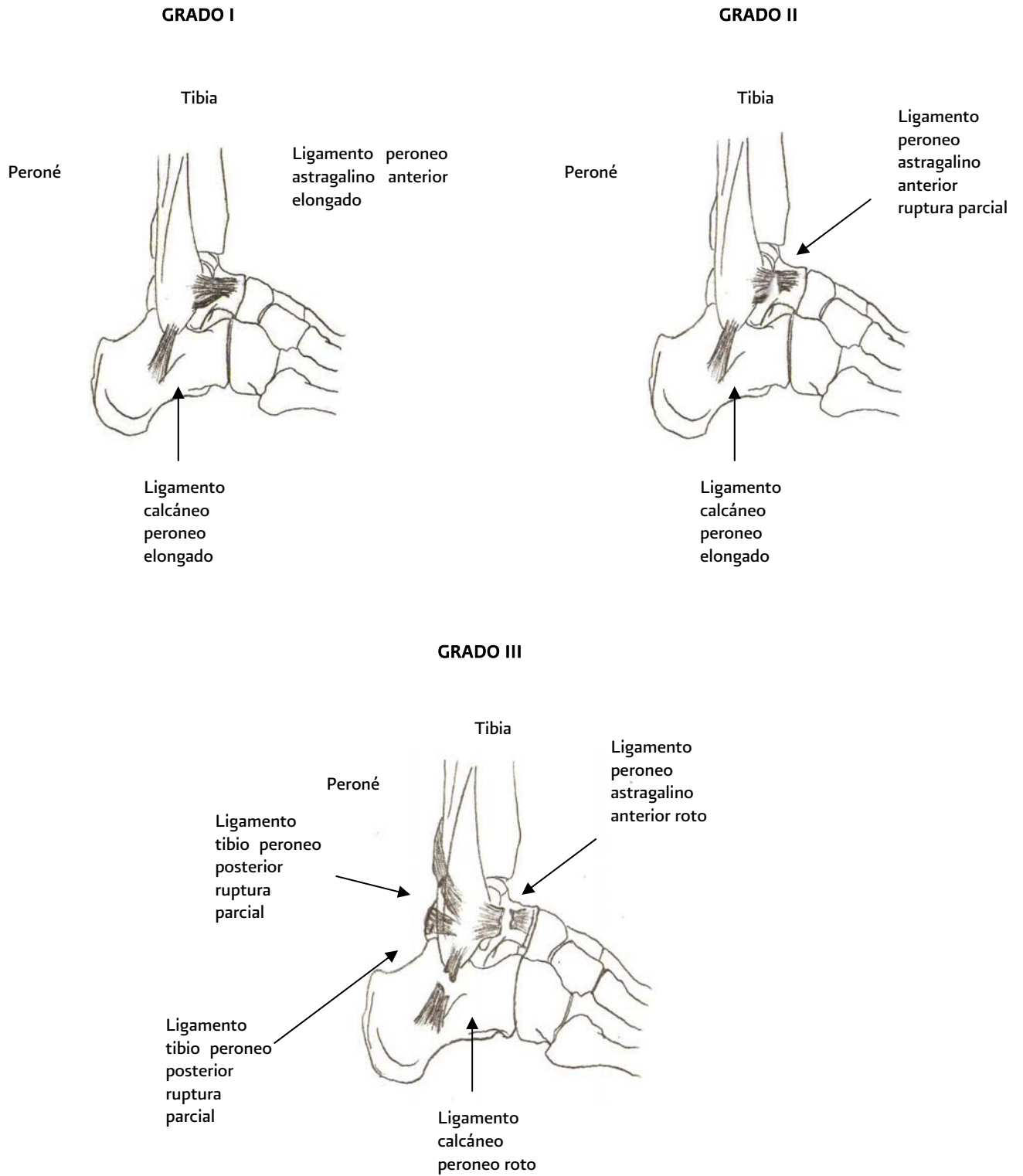
Modificada de American College of Foot and Ankle Surgeon 1997: Preferred Practice Guideline 1/97

**Cuadro II. Días de incapacidad por esguince de tobillo grado II según actividad física en el ámbito laboral**

<b>Actividad</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Optimo</b>	<b>Máximo</b>
Trabajo sedentario	0	3	7
Trabajo ligero	1	3	7
Trabajo moderado	3	7	14
Trabajo intenso	7	14	28
Trabajo muy intenso	7	14	28

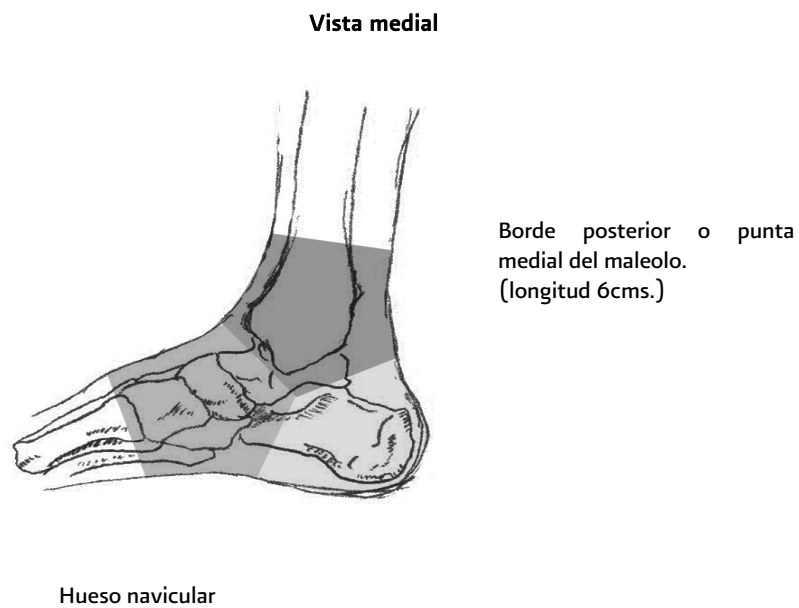
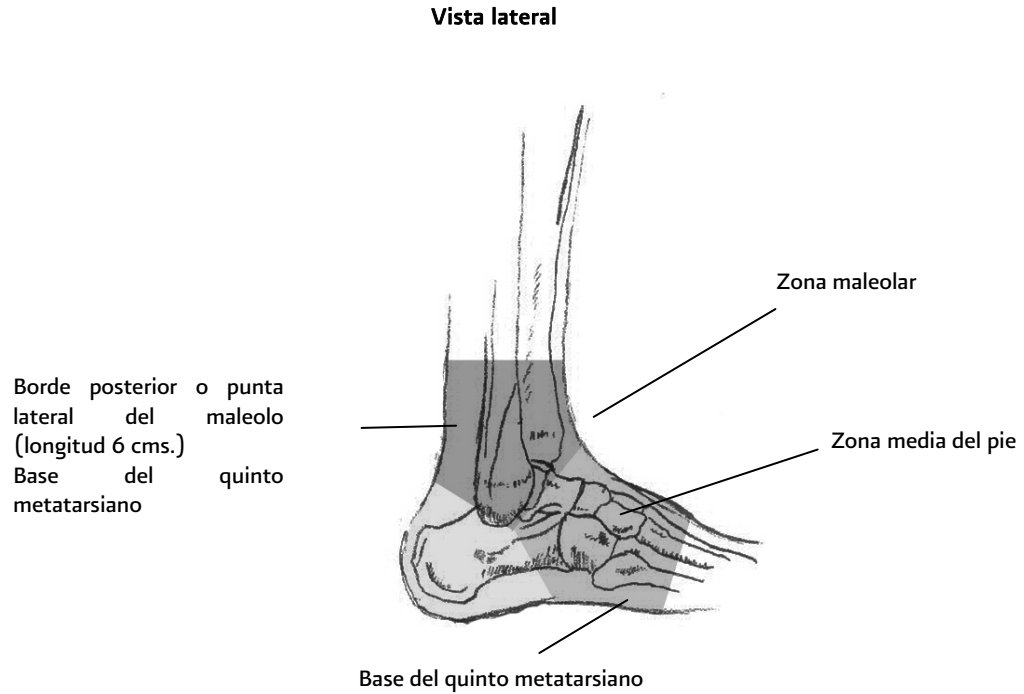


FIGURA 1. GRADOS DE ESGUINCE A –GRADO I, B – GRADO II, C – GRADO III



Fuente: Dibujos, Gerardo Luna Vidriales

FIGURA 2. REGLAS DE OTTAWA PARA EL ESGUINCE DE TOBILLO



Fuente: Dibujos, Gerardo Luna Vidriales

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

Fuente: Archivo Fotográfico del grupo de trabajo de la GPC

Figura 4. Ejercicios de movilización activa en flexo-extensión a tolerancia



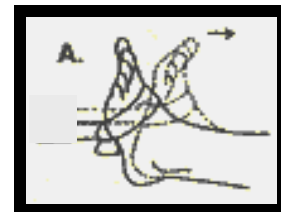
Figura 5. Ejercicios de propiocepción arrugando una toalla con los dedos del pie



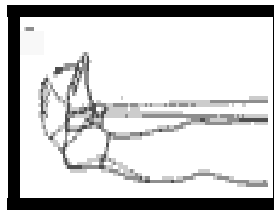
Figura 5.1. Ejercicios propioceptivos con descarga alterna de peso



Figura 6. Ejercicios de fortalecimiento contrarresistencia (asistidos con una venda elástica)



Ejercicio para músculos dorsiflexores

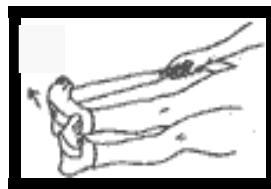


Ejercicio para músculos flexores plantares

Figura 6. Ejercicios de fortalecimiento contrarresistencia (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 Ortiz Cazares  
Ilustraciones del grupo de trabajo