


	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SMD-10
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA DEL DEPORTE		Rev. 03
			Hoja: 1 de 8

GUÍA CLÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA EPICONDILITIS CRÓNICA (CODO DEL TENISTA)

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Puesto	Jefatura de División de Medicina del Deporte	Jefatura de División de Medicina del Deporte	Subdirección de Medicina del Deporte
Firma			

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SMD-10
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA DEL DEPORTE		Rev. 03
			Hoja: 2 de 8

1. Propósito

Establecer los lineamientos necesarios para que la atención que se brinde a los pacientes que son tratados en los servicios de Medicina del Deporte sea uniforme y de acuerdo a los conocimientos actuales, buscando un mejor pronóstico para la vida del paciente.

2. Alcance

Aplica a todo el personal médico, de nutrición y psicología adscritos a los diferentes servicios que conforman la subdirección

3. Responsabilidades

Subdirector:

- Implementar y verificar el cumplimiento de éste procedimiento
- Brindar los recursos necesarios.

Jefe de Servicio:



- Elaborar la guía del padecimiento
- Supervisar el cumplimiento de la misma
- Procurar el cumplimiento de la misma

Medico Adscrito:

- Ejecutar la guía
- Participar en la revisión

4. Políticas de operación y normas.

Revisión será cada dos años o antes si fuera necesario.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SMD-10
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA DEL DEPORTE		Rev. 03
			Hoja: 3 de 8

EPICONDILITIS CRONICA (CODO DEL TENISTA).

5. Definición

5.1 Definición del padecimiento

Está definida como la degeneración hialina de las inserciones tendinosas del músculo extensor del codo, donde existen cambios histológicos correspondientes a una tendinosis, sin células inflamatorias. La aparición de una tendinitis está en relación sobre todo con movimientos repetidos de una articulación o de un tendón, más que con un esfuerzo único. Por tanto no es correcto responsabilizar la aparición de una tendinitis a una actividad realizada aisladamente, sino más bien a la repetición de movimientos o esfuerzos.

6. Diagnóstico

6.1 Cuadro Clínico

El diagnóstico es clínico. Los síntomas tienen un comienzo generalmente insidioso, más raramente agudo. El paciente se queja de dolor en epicóndilo irradiado de forma difusa al antebrazo que le impide hacer ciertos movimientos cotidianos (dar la mano, levantar un peso, usar una herramienta). Puede haber una ligera tumefacción y aumento del calor local. La palpación local del epicóndilo es dolorosa sobre la inserción muscular. Suele ser unilateral y tiene un curso clínico autolimitado con evolución cíclica. Las molestias suelen desaparecer a los 12 meses independientemente del tratamiento realizado.

Examen físico: Dolor a la presión en el epicóndilo lateral; con el antebrazo en contacto con la mesa y el codo extendido a más de 90°, la muñeca en flexión con la mano cerrada en pronación pendiendo fuera del borde de la mesa; la extensión de la muñeca contra resistencia es dolorosa en el epicóndilo. Los movimientos de extensión y de supinación resistida de la muñeca con el codo en extensión son dolorosos en el epicóndilo. Para orientar un diagnóstico adecuado y centrar la exploración física, al valorar una lesión traumática deportiva el médico hará las siguientes preguntas:



- ¿En qué deporte concreto ocurrió?
- ¿Cuál fue el mecanismo de lesión?
- ¿Dónde se localiza el dolor?
- ¿Qué es lo que empeora el dolor?
- ¿Existen otros síntomas asociados?
- ¿Presento aumento de volumen y, en caso afirmativo, cuándo apareció?
- ¿Qué edad tiene el deportista?
- ¿Existen antecedentes de lesiones previas?

Una vez respondidas estas preguntas, el médico realizará una exploración centrada en el sistema músculo-esquelético, nervioso y vascular.

6.2 Laboratorio y Gabinete

Gabinete:

Evaluación radiográfica de codo en proyección antero-posterior y lateral. Para valorar la integridad ósea y descartar alguna lesión concomitante del tejido óseo.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SMD-10
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA DEL DEPORTE		Rev. 03
			Hoja: 4 de 8

6.3 Estudios Especiales

Evaluación con ultrasonido diagnóstico

Evaluación con estudio de resonancia magnética.

Si hay sospecha de lesión de estructuras de tejido blando, en forma total, parcial o intra-sustancia.

6.4 Clasificación en su caso

N/A

7. Tratamiento

7.1 Médico

- Reducir el dolor con aplicaciones de hielo.
- Reposo de la actividad que cause el dolor pero manteniendo el acondicionamiento físico.
- Aplicación de calor en etapa postaguda (según criterio). Masajes de hielo alternando con calor.
- Utilización de un vendaje adhesivo con material deportivo.
- Indicar antiinflamatorios.
- Fisioterapia criterio de rehabilitador.

El proceso de rehabilitación se divide en tres fases:

FASE 1. Disminución de la inflamación y el dolor. Consiste en reposo, frío local (hielo) y, si es necesario, antiinflamatorios.

FASE 2. Mejorar la flexibilidad, y aumentar la fuerza.

Ejercicios suaves de contracción muscular consistentes en flexión, extensión y rotación de muñeca.



Suele seguirse la siguiente secuencia:

- 1) Extensión de muñeca.
- 2) Flexión de muñeca.
- 3) Flexión - Extensión combinadas de muñeca.
- 4) Pronación/Supinación del antebrazo.
- 5) Extensión de los dedos.
- 6) Ejercicios de flexión de dedos con una pelota.

FASE 3. Mejorar la fuerza muscular, mantener y mejorar la flexibilidad, y volver gradualmente al nivel previo de actividad deportiva. A veces, en esta fase, conviene hacer modificaciones en el equipo.

7.2 Medicamentos

Dependiendo de la fase en que se encuentre el proceso se usaran antiinflamatorios no esteroideos vía oral, intramuscular y tópica.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SMD-10
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA DEL DEPORTE		Rev. 03
			Hoja: 5 de 8

7.3 Seguimiento

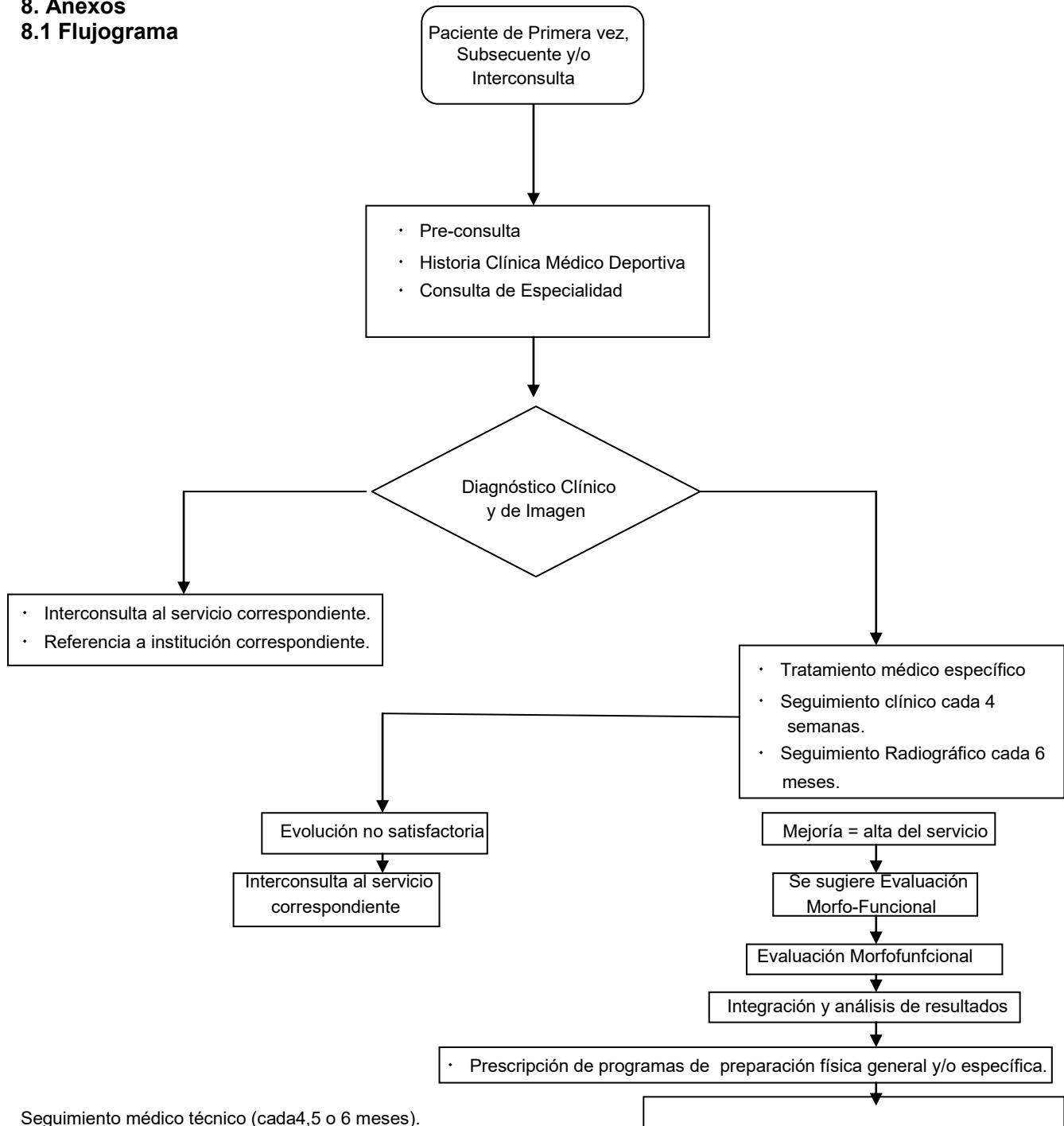
Citas al servicio cada mes para evaluación clínica y cada 6 meses con radiografías de codo en proyección antero-posterior y lateral.



7.4 Criterios de alta

Se dará el alta cuando el paciente haya recuperado el 100 % de sus arcos de movimiento no dolorosos pasivos y contra resistencia.

8. Anexos



8.1 Flujoograma



	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SMD-10
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA DEL DEPORTE		Rev. 03
	Hoja: 7 de 8		

9. Referencias bibliográficas y Guías clínicas específicas

- 1 Andreu JJ, Gómez-Reino JJ. Protocolos de tratamiento en Reumatología. Barcelona: Sociedad Española de Reumatología; 1998
- 2 Barr S, Cerisola FL, Blanchard V. Effectiveness of corticosteroid injections compared with physiotherapeutic interventions for lateral epicondylitis: a systematic review. *Physiotherapy*. 2009 Dec;95(4):251-65.
- 3 Bisset L, Beller E, Jull G, Brooks P, Darnell R, Vicenzino B. Mobilisation with movement and exercise, corticosteroid injection, or wait and see for tennis elbow: randomised trial. *BMJ*. 2006 Nov 4;333(7575):939.
- 4 Bisset L, Paungmali A, Vicenzino B, Beller E. A systematic review and metaanalysis of clinical trials on physical interventions for lateral epicondylalgia. *Br J Sports Med*. 2005 Jul;39(7):411-22
- 5 Buchbinder R, Green SE, Struijs P. Tennis elbow. *Clin Evid (Online)*. 2008 May 28;2008. pii: 1117.
- 6 Green S, Buchbinder R, Barnsley L, Hall S, White M, Smidt N, Assendelft W. Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) para tratar el dolor en la parte lateral del codo en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 7 Hay E, Paterson S, Lewis M, Hosie G, Croft P. Pragmatic Randomised Controlled Trial of Local Corticosteroid Injection and Naproxen for Treatment of Lateral Epicondylitis of Elbow in Primary Care. *BMJ* 1999; 319: 964-68.
- 8 Johnson GW, Cadwallader K, Scheffel SB, Epperly TD. Treatment of lateral epicondylitis. *Am Fam Physician*. 2007 Sep 15;76(6):843-8.
- 9 Labelle H, Guibert R, Joncas J, Newman N, Fallaha M, Rivard CH. Lack of scientific evidence for the treatment of lateral epicondylitis of the elbow. An attempted metaanalysis. *J Bone Joint Surg Br*. 1992 Sep;74(5):646-51
- 10 Mallen CD, Chesterton LS, Hay EM. Tennis elbow. *BMJ*. 2009 Sep 2;339:b3180.
- 11 Solveborn S, Buch F, Mallmin H, Adalberth G. Cortisone Injection with Anesthetic Additives for Radial Epicondylalgia (Tennis Elbow) *Clin Orthop* 1995; 316:99-105 PubMed
- 12 Van Rijn RM, Huisstede BM, Koes BW, Burdorf A. Associations between workrelated factors and specific disorders at the elbow: a systematic literature review. *Rheumatology (Oxford)*. 2009 May;48(5):528-36.
- 13 Waersted M, Hanvold TN, Veiersted KB. Computer work and musculoskeletal disorders of the neck and upper extremity: a systematic review. *BMC Musculoskelet Disord*. 2010 Apr 29;11:79

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SMD-10
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA DEL DEPORTE		Rev. 03
			Hoja: 8 de 8

10. Control de cambios

Revisión	Descripción del cambio	Fecha
01	Actualización de imagen Institucional	JUN 15
02	Transición del SGC de la Norma ISO 9001:2008 a la Norma ISO 9001:2015	MAY 18
03	Actualización de Imagen Institucional	DIC 20