

 Gobierno de Chile	SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR – QUILLOTA	Cód: PRO-RCR-25
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL	Versión : 01
	PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE SINDROME TUNEL CARPIANO	F. Emisión : 28/07/11 F. Revisión : 28/07/13 Página 1 de 6

PROTOCOLO DE SINDROME TUNEL CARPIANO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

2010-2013

Elaborado por Dr. Kristo Gasic. Dra. Sandra Lanza	Revisado por Dr. Francisco Armijo Dra. Rayén Gac	Autorizado por Dra. Margarita Estefan
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha: 15/07/11	Fecha: 19/07/11	Fecha: 28/07/11





SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR - QUILLOTA	Cód: PRO-RCR-25
SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL	Versión : 01
PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE SINDROME TUNEL CARPIANO	F. Emisión : 28/07/11
	F. Revisión : 28/07/13
	Página 1 de 6

**PROTOCOLO DE SINDROME TUNEL CARPIANO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**

2010-2013

Elaborado por Dr. Kristo Gasic	Revisado por Dr. Francisco Armijo Dra. Rayén Gac	Autorizado por Dra. Margarita Estefan
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha: 15/07/11	Fecha: 19/07/11	Fecha: 28/07/11

1. **Introducción:** Es la mononeuropatía por atrapamiento más frecuente (Prevalencia 1.5% hombres, 5% Mujeres).

2. **Objetivo:**

Estandarizar el proceso de derivación en pacientes con síndrome del túnel carpiano en atención primaria con el fin de mejorar la resolutivez y el proceso asociado a la pertinencia diagnóstica.

3. **Alcance:**

3.1. Equipo de Salud Atención Primaria/SAPU

3.2. Médico UEA/ Hospital

3.3. Médico Especialista CAE/Hospital

4. **Responsabilidad:**

4.1. Directores/as de establecimientos de Atención Primaria

4.2. Jefe de policlínico de especialidades.

4.3. Director de Hospital

5. **Fundamento:** la estandarización de esta patología contribuirá a su adecuado manejo y derivación considerando su alta prevalencia

6. **Definiciones**

Síndrome de Túnel Carpiano (STC): Atrapamiento del nervio mediano en la muñeca, a nivel del retinaculum flexor.

6.1 Clasificación:

STC leve: neuro-apraxia, examen normal. 35 % mejoría espontánea en 6 meses

STC Moderado: Axonotmesis, hipoestesia marcada con Discriminación de 2 puntos sobre 6 mm, hipotrofia y paresia tenar.

STC severo: Axonotmesis con fibrosis interfascicular. Tinel y Phalen se hacen negativos por denervación, paresia con atrofia marcada.

6.2 Sospecha clínica:

- Acroparestesias y/o hipoestесias en pulgar, índice, medio y parte del anular.
- Síntomas fluctuantes al comienzo, empeoramiento nocturno.
- Dolor irradiado desde la mano hacia proximal y que puede llegar hasta el hombro.
- Sensación de hinchazón de los dedos, generalmente no visible.
- Debilidad y rigidez de manos matinal, caída de las cosas de las manos en forma inusual.
- Atrofia tenar, piel seca, cambios de color.

Preguntar por: Traumatismo de la muñeca, actividades laborales y hobbies que requieren de movimientos repetitivos de la muñeca o de los dedos. Embarazo o uso anticonceptivos. Diabetes, hipotiroidismo, amiloidosis, artritis reumatoide.

6.3. Pruebas diagnósticas:

a) Test de Tinel: Golpear con el dedo índice la parte anterior de su muñeca. Si reproduce la sensación de agujas en mano o antebrazo puede ser indicativo.

2) Test de Phalen: Luego de doblar la muñeca hacia abajo y mantenerla en esta posición entre 15 segundos y 3 minutos. Si experimenta sensación de agujas o dolor esto puede apoyar el diagnóstico.

3) Velocidad de conducción nerviosa: (VCN) Mide la habilidad del nervio para conducir estímulos eléctricos al músculo.

*DEBE SOLICITARSE VCN A TODO PACIENTE CON SOSPECHA DE ATRAPAMIENTO MEDIANO PARA SU EVALUACIÓN DENTRO DE 4 SEMANAS, SERÁ SOLICITADA DESDE EL NIVEL SECUNDARIO.

6.4 Manejo:

Objetivo: Disminuir el dolor y evitar secuelas funcionales en la mano.

El tratamiento dependerá de la severidad del cuadro e incluye las siguientes medidas:

- Readecuación ergonómica de las actividades laborales, férulas de descanso.
- Muñequera ortopédica para mantener la muñeca estirada mientras se duerme.

6.4.1. Farmacológico: STC leves y moderados

Corticoides: Inyecciones de corticoides directamente al túnel del carpo han demostrado beneficio hasta por 1 mes, pero aumenta el riesgo de lesiones neurales y tendíneas.

Se prefiere iniciar: Prednisona vo. 20 mg/día por 7 ds luego 10 mg/ día por 7 ds.

Amitriptilina 25 mg/noche

*No hay evidencia clara con AINE, piridoxina y diuréticos

6.4.2. Cirugía: STC moderado a severo

Esta operación se llama descompresión del túnel carpiano, (vía directa o endoscópica). Apertura del retinaculum flexor con tenosinovectomía parcial, neurólisis con apertura epineural e interfascicular en casos graves.

Post- cirugía será necesario kinesioterapia para aumentar la fuerza del puño y evitar que las articulaciones se pongan rígidas. En los casos severos se necesitará mayor tiempo de terapia física, para recuperar la fuerza de la mano.

Los resultados de la cirugía son generalmente buenos.

6. Prioridad de la derivación:

Se deberán derivar pacientes a policlínico de neurología:

Ante la sospecha fundada de un síndrome de túnel carpiano, con historia concordante y pruebas diagnósticas.

7. Referencia y Contrareferencia

Características de la derivación:

Interconsulta con datos completos: RUT, edad (fecha de nacimiento), hipótesis diagnóstica.

Detallar características clínicas, hallazgos del examen físico y examen neurológico.

Indicar el tratamiento seguido, señalando medicamento, dosis y tiempo de uso.

Derivar a Consultorio Adosado Externo (al policlínico Neurología adultos) donde se solicitará si corresponde VCN.

8. Indicadores:

Nº de pacientes con S. de túnel carpiano derivado de acuerdo a protocolo *100

Total de pacientes con S. de túnel carpiano derivados desde APS

9. Referencia

The electromyographer's handbook 2d edition, 1989

Neuroortopedia Clínica, Edit. Mediterráneo, Chile, 2002.

Neuroevidencia, National Guideline clearinghouse, 2006

Adams RD, Victor M: Principles of neurology, 2006.



MINISTERIO DE SALUD
Servicio de Salud
Viña del Mar-Quillota
Int. N° 340 de 05.10.2011

RESOLUCIÓN EXENTA N° 5103

VIÑA DEL MAR, 13 OCT. 2011

VISTO:

Lo dispuesto en la Ley N° 18.575 sobre Bases Generales de la Administración del Estado, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL N°1/19.653, publicado con fecha 17 de noviembre del 2001. Lo establecido en la Ley N° 18.880, que Establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de la Administración del Estado. Lo dispuesto en la Ley N° 18.834, sobre Estatuto Administrativo, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL N° 29 (Hacienda), publicado con fecha 16 de marzo de 2005. Las facultades que a la suscrita otorgan el decreto con Fuerza Ley N°1/2005 del Ministerio de Salud, Publicado con fecha 24 de abril de 2006, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763/79 y de las Leyes N° 18.983 y N°18.469, conjuntamente con los Decretos Supremos N° 140/2005 y N° 123/2010, ambos del Ministerio de Salud.

CONSIDERANDO:

1.- Los principios orientadores de la Reforma de la Salud, que apuntan a la equidad, participación, descentralización y satisfacción de los usuarios, los cuales deben ser cumplidos por el Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, las prioridades programáticas emanadas del Ministerio de Salud, y la necesidad de contribuir al mejoramiento de la capacidad resolutive de la red asistencial, mejorando la accesibilidad, oportunidad y calidad técnica.



2.- La circunstancia que al Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota le corresponde la organización, planificación, coordinación y control de las acciones de salud que prestan los establecimientos de su red asistencial, para el cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas del Ministerio de Salud.

3.- El correo electrónico de fecha 05 de octubre de 2011, de la Sra. Jefe (S) del Subdepartamento de Atención Primaria de Salud y Programa, de la Subdirección de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, por medio del cual se solicita la elaboración de las respectivas resoluciones aprobatorias de los Protocolos de Referencia y Contrareferencia, para el período 2010 – 2013.

4.- El Protocolo de Referencia y Contrareferencia de Síndrome Túnel Carpiano, para el período 2011 – 2013, emanado de la Subdirección de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, se dicta la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1. **APRUÉBASE**, el Protocolo de Referencia y Contrareferencia de Síndrome de Túnel Carpiano 2011 – 2013, en los establecimientos hospitalarios de la Red Asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota.
2. **CÚMPLASE**, de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución Exenta N° 1600 de Contraloría General de la República, con la transcripción íntegra del documento que se aprueba en este acto y cuyo tenor es el siguiente:

PROTOCOLO DE SÍNDROME DE TÚNEL CARPIANO REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA 2010 – 2013

1. **Introducción:** Es la mononeuropatía por atrapamiento mas frecuente (Prevalencia 1.5% hombres, 5% Mujeres).



2. Objetivo:

Estandarizar el proceso de derivación en pacientes con síndrome del túnel carpiano en atención primaria con el fin de mejorar la resolutivez y el proceso asociado a la pertinencia diagnóstica.

3. Alcance:

- 3.1. Equipo de Salud Atención Primaria/SAPU
- 3.2. Médico UEA/ Hospital
- 3.3. Médico Especialista CAE/Hospital

4. Responsabilidad:

- 4.1. Directores/as de establecimientos de Atención Primaria
- 4.2. Jefe de policlínico de especialidades.
- 4.3. Director de Hospital

5. Fundamento: la estandarización de esta patología contribuirá a su adecuado manejo y derivación considerando su alta prevalencia

6. Definiciones

Síndrome de Túnel Carpiano (STC): Atrapamiento del nervio mediano en la muñeca, a nivel del retinaculum flexor.

6.1 Clasificación:

STC leve: neuro-apraxia, examen normal. 35 % mejoría espontánea en 6 meses

STC Moderado: Axonotmesis, hipoestesia marcada con Discriminación de 2 puntos sobre 6 mm, hipotrofia y paresia tenar.

STC severo: Axonotmesis con fibrosis interfascicular. Tinel y Phalen se hacen negativos por denervación, paresia con atrofia marcada.

6.2 Sospecha clínica:

- Acroparestesias y/o hipoestesis en pulgar, índice, medio y parte del anular.
- Síntomas fluctuantes al comienzo, empeoramiento nocturno.



- Dolor irradiado desde la mano hacia proximal y que puede llegar hasta el hombro.
- Sensación de hinchazón de los dedos, generalmente no visible.
- Debilidad y rigidez de manos matinal, caída de las cosas de las manos en forma inusual.
- Atrofia tenar, piel seca, cambios de color.

Preguntar por: Traumatismo de la muñeca, actividades laborales y hobbies que requieren de movimientos repetitivos de la muñeca o de los dedos. Embarazo o uso anticonceptivos. Diabetes, hipotiroidismo, amiloidosis, artritis reumatoide.

6.3. Pruebas diagnósticas:

a) Test de Tinel: Golpear con el dedo índice la parte anterior de su muñeca. Si reproduce la sensación de agujas en mano o antebrazo puede ser indicativo.

2) Test de Phalen: Luego de doblar la muñeca hacia abajo y mantenerla en esta posición entre 15 segundos y 3 minutos. Si experimenta sensación de agujas o dolor esto puede apoyar el diagnóstico.

3) Velocidad de conducción nerviosa: (VCN) Mide la habilidad del nervio para conducir estímulos eléctricos al músculo.

*DEBE SOLICITARSE VCN A TODO PACIENTE CON SOSPECHA DE ATRAPAMIENTO MEDIANO PARA SU EVALUACIÓN DENTRO DE 4 SEMANAS, SERÁ SOLICITADA DESDE EL NIVEL SECUNDARIO.

6.4 Manejo:

Objetivo: Disminuir el dolor y evitar secuelas funcionales en la mano.

El tratamiento dependerá de la severidad del cuadro e incluye las siguientes medidas:

- Readecuación ergonómica de las actividades laborales, férulas de descanso.
- Muñequera ortopédica para mantener la muñeca estirada mientras se duerme.



6.4.1. Farmacológico: STC leves y moderados

Corticoides: Inyecciones de corticoides directamente al túnel del carpo han demostrado beneficio hasta por 1 mes, pero aumenta el riesgo de lesiones neurales y tendíneas.

Se prefiere iniciar: Prednisona vo. 20 mg/día por 7 ds luego 10 mg/ día por 7 ds.

Amitriptilina 25 mg/noche

*No hay evidencia clara con AINE, piridoxina y diuréticos

6.4.2. Cirugía: STC moderado a severo

Esta operación se llama descompresión del túnel carpiano. (vía directa o endoscópica). Apertura del retinaculum flexor con tenosinovectomía parcial, neurólisis con apertura epineural e interfascicular en casos graves.

Post- cirugía será necesario kinesioterapia para aumentar la fuerza del puño y evitar que las articulaciones se pongan rígidas. En los casos severos se necesitará mayor tiempo de terapia física, para recuperar la fuerza de la mano.

Los resultados de la cirugía son generalmente buenos.

6. Prioridad de la derivación:

Se deberán derivar pacientes a policlínico de neurología:

Ante la sospecha fundada de un síndrome de túnel carpiano, con historia concordante y pruebas diagnósticas.

7. Referencia y Contrareferencia

Características de la derivación:

Interconsulta con datos completos: RUT, edad (fecha de nacimiento), hipótesis diagnóstica.

Detallar características clínicas, hallazgos del examen físico y examen neurológico.

Indicar el tratamiento seguido, señalando medicamento, dosis y tiempo de uso.



Derivar a Consultorio Adosado Externo (al policlínico Neurología adultos) donde se solicitará si corresponde VCN.

8. Indicadores:

Nº de pacientes con S. de túnel carpiano derivado de acuerdo a protocolo *100

Total de pacientes con S. de túnel carpiano derivados desde APS

9. Referencia

The electromyographer's handbook 2d edition, 1989

Neuroortopedia Clínica, Edit. Mediterráneo, Chile, 2002.

Neuroevidencia, National Guideline clearinghouse, 2006

Adams RD, Victor M: Principles of neurology, 2006.

3. **ESTABLÉCESE**, el cumplimiento de la presente resolución a los establecimientos hospitalarios de la Red Asistencial, dependientes del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, disponiéndose la notificación formal a los respectivos Directores.

ANÓTESE, REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y NOTIFIQUESE,

**DRA. ELBA MARGARITA ESTEFAN
SAGUA
DIRECTORA
S. S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA**

DRA. EMES/DR. FPG/ DRA. RGD/RSM/ACP/acp

DISTRIBUCION:

- Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.
- Directores de Hospitales Red Asistencial S.S.V.Q.
- Subdirección de Gestión Asistencial S.S.V.Q.
- Auditoría S.S.V.Q.
- Asesoría Jurídica S.S.V.Q.
- Of. de Partes S.S.V.Q.

