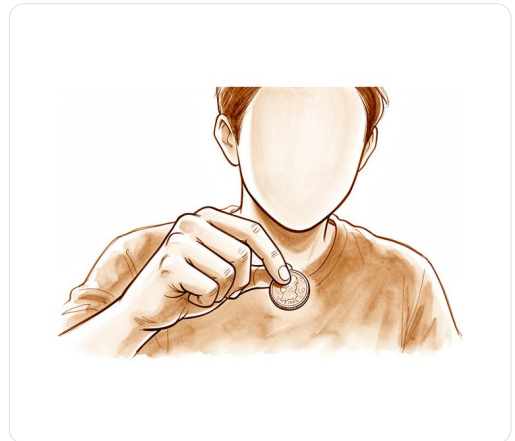


Fusión de la articulación interfalángica distal

La fusión de la articulación DIP fija la pequeña articulación situada más cerca de la uña, convirtiéndola en una unidad sólida y sin dolor en una posición ligeramente flexionada; durante las primeras semanas, los huesos se unen, de modo que la articulación deja de moverse.

Kieran Hirpara © ⓘ 4.0



Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

Este protocolo le servirá de guía para su recuperación tras una **fusión de la articulación DIP** (artrodesis), procedimiento mediante el cual se une de forma permanente la pequeña articulación situada en la punta del dedo, la más cercana a la uña, realizado por el Dr. Kieran Hirpara en el Mater Private Hospital Rockhampton. El proceso comienza con un programa de ejercicios para realizar en casa; posteriormente, siga el protocolo clínico estructurado redactado **para su terapeuta de mano**: lleve esta página o su versión en PDF a su primera sesión de terapia para garantizar que la rehabilitación se lleve a cabo de manera coordinada. Su terapeuta podrá modificar el plan según la evolución de su recuperación.

Si tiene alguna duda o inquietud respecto a la herida quirúrgica, no dude en ponerse en contacto con el consultorio. A menudo resulta útil tomar una fotografía de la herida y enviarla por correo electrónico para su revisión.

Qué esperar

La fusión de la articulación DIP se realiza cuando la pequeña articulación más cercana a la uña está deteriorada y dolorosa, generalmente a causa de artritis (las protuberancias óseas llamadas nódulos de Heberden), o para extirpar un quiste mucoso problemático junto con el espolón óseo subyacente. En lugar de intentar mantener en movimiento una articulación dañada y dolorosa, la operación **la fusiona de forma sólida** en una posición ligeramente flexionada y funcional (hasta unos 35°). Por diseño, **esa articulación ya no se mueve nunca**, y a cambio desaparece el dolor y la punta del dedo queda estable y fuerte para realizar pinzas. La fijación suele hacerse con un pequeño **tornillo sin cabeza implantado bajo la piel** que permanece allí para siempre (no es necesario extraerlo); en ocasiones se usa un **alambre K**, que se retira alrededor de las seis semanas. Si se extirpó un quiste mucoso, también deberá cuidar la piel o el pliegue ungueal mientras esa zona cicatriza.

Toda su rehabilitación se basa en una idea sencilla: **proteger la fusión hasta que el hueso se una, pero mantener en movimiento todo lo demás**. Por lo general, el hueso queda unido al cabo de **seis a ocho semanas**, y las radiografías lo confirman alrededor de las **diez semanas**. Hasta entonces:

- La **punta del dedo fusionada se inmoviliza y protege** para no alterar la consolidación ósea.
- **Todas las demás articulaciones siguen moviéndose**: la articulación media del dedo, la articulación metacarpofalángica, el pulgar, la muñeca y todos los demás dedos, para evitar que la mano se vuelva rígida.
- Se **controla la hinchazón** y se **cuida la cicatriz** para que el dedo permanezca cómodo y flexible.
- Una vez que el hueso se ha unido, la capacidad de hacer pinzas y agarrar se recupera de forma gradual, no de golpe.

Precauciones y limitaciones

- **Use la férula para la punta del dedo según las indicaciones**. Al principio se usa de forma continua; posteriormente, solo durante las actividades. Mantiene inmóvil la articulación fusionada, pero permite que **la articulación intermedia del dedo (la PIP) se mueva libremente**.
- **NO haga agarres fuertes, no apriete con fuerza ni levante cargas pesadas con el dedo operado** hasta que la fusión sea completa y el médico lo autorice; durante las primeras seis semanas, límitese a cargas de aproximadamente **1 kg (≈ 2 lb)**.
- **Mueva todas las demás articulaciones desde el inicio**: la articulación intermedia y las articulaciones interfalángicas del dedo, el pulgar, la muñeca y todos los demás dedos.
- **Mantenga el vendaje seco y la mano elevada** durante los primeros 10–14 días para reducir la hinchazón; siga también las indicaciones de cuidado del pliegue ungueal o del sitio donde se extirpó el quiste mucoso, si aplica.
- Si tiene un **clavo K**, protéjalo y mantenga la zona limpia hasta su extracción, que se realiza alrededor de las **seis semanas**; el tornillo implantado no requiere extracción.
- **NO conduzca** hasta que haya retirado la férula voluminosa y pueda agarrar y controlar el volante con seguridad; generalmente esto ocurre alrededor de las **seis semanas**, según criterio de su cirujano.

Para el cuidado de la herida, la hinchazón y las cicatrices, consulte las pautas de [cuidado de heridas](#) de nuestra consulta.

Sus ejercicios

Estos son los ejercicios que aparecen en su folleto informativo. Comience a realizarlos únicamente bajo la guía del Dr. Hirpara y de su terapeuta de mano, respetando todos los límites que se le hayan indicado. Los ejercicios iniciales tienen como objetivo mantener el resto de la mano en movimiento libre **sin afectar la falange fusionada**: movimiento de las articulaciones situadas a ambos lados de la fusión, de todos los demás dedos, del pulgar y de la muñeca; deslizamientos tendinosos y control de la hinchazón. **El fortalecimiento de la prensión y el pellizco corresponden a una fase posterior**, por lo que no debe iniciarse hasta que la fusión sea visible en

la radiografía y se le haya dado autorización expresa. Interrumpa cualquier ejercicio que provoque dolor intenso en la punta del dedo.

Su protocolo clínico

El resto de esta página describe el protocolo clínico por fases para la rehabilitación tras una artrodesis de la articulación DIP (articulación interfalángica distal). Esta sección debe entregarse a su terapeuta de mano; cada fase comienza con una explicación sencilla en lenguaje coloquial sobre lo que se está haciendo. El principio fundamental es **proteger el sitio de la artrodesis hasta lograr la unión ósea, manteniendo al mismo tiempo movilidad completa en todas las demás articulaciones**: la articulación DIP se inmoviliza mediante una férula P2-P3 que deja libre la articulación PIP; se controla el edema y la cicatrización, y la fuerza de pinza y agarre se va reintroduciendo progresivamente solo tras la consolidación ósea.

Antes de iniciar el tratamiento, revise el informe quirúrgico del paciente y su historial médico; además, consulte con el cirujano responsable sobre el tipo de fijación utilizada (tornillo de compresión sin cabeza, no extraíble, o aguja K, extraída aproximadamente a las 6 semanas), la posición de fusión ósea (ligera flexión, hasta unos 35°) y si se realizó resección de un quiste mucoso junto con escisión de piel y pliegue ungueal. Por lo general, la consolidación clínica se observa alrededor de 6-8 semanas, mientras que la consolidación radiográfica ocurre aproximadamente a las 10 semanas. El cronograma de rehabilitación que se detalla a continuación representa un consenso experto preliminar; su aplicación queda a criterio del cirujano y debe confirmarse mediante radiografías antes de retirar la férula y comenzar la carga funcional.

FASE 1 – PROTECCIÓN Y ESTABILIZACIÓN (SEMANAS 0 A 2)

Durante estas dos primeras semanas se protege la fusión recién realizada y se controla la hinchazón y la cicatrización, al tiempo que se mantienen en movimiento todas las articulaciones no afectadas para evitar cualquier rigidez.

Para su terapeuta de mano:

Educación y precauciones - Vendaje quirúrgico grueso o férula con **elevación** durante los primeros **10-14 días**; mantenga el vendaje seco - Proteja el sitio de la artrodesis; **no se debe aplicar carga** sobre la yema del dedo operado - Si hay un alambre K en el sitio, proteja el punto de inserción; revise también la herida resultante de la excisión de quistes o pliegues ungueales, si procede

Manejo - Herida: utilice los vendajes quirúrgicos según indicaciones; vigile signos de infección - Edema: mantenga elevación, realice movimientos suaves de bombeo con la mano y aplique hielo según sea necesario - Ejercicios: realice **movimientos activos de amplitud completa en todas las articulaciones no afectadas**: articulaciones PIP y MCP del dedo operado, pulgar, muñeca y demás dedos; inicie los deslizamientos tendinosos cuando el paciente lo tolere

Criterios para avanzar - La herida se ha estabilizado; la hinchazón está controlada; listo para pasar a una férula personalizada y desmontable que bloquee la articulación DIP alrededor de las dos semanas

FASE 2 – FÉRULA REMOVIBLE PARA BLOQUEO DE LA ARTICULACIÓN DIP CON ACTIVIDAD (SEMANAS 2 A 6)

A partir de la segunda semana, el vendaje voluminoso se sustituye por una **férula removible personalizada para bloqueo de la articulación DIP** (una órtesis tipo Stax/mallet que abarca desde **P2 hasta P3**), la cual inmoviliza únicamente la articulación distal de los dedos y **deja libre la articulación PIP**. Durante esta fase, debe llevarse continuamente. Se fomenta el movimiento activo en todas las demás articulaciones; se controla la hinchazón y la cicatrización, y la punta del dedo permanece sin carga.

Para su terapeuta de mano:

Instrucciones y precauciones - Férula removible personalizada para bloqueo de la articulación DIP (P2–P3, PIP libre) que debe llevarse **continuamente** durante esta fase - **Prohibido realizar agarres fuertes o pinzas**; el límite de carga funcional es de aproximadamente **2 lb (≈ 1 kg)**

Manejo - Ejercicios: movilización activa de las articulaciones **PIP, MCP, pulgar y muñeca**, así como de **todos los demás dedos**; **deslizamientos tendinosos** (posición de gancho, puño cerrado, mano extendida) - Hinchazón: mantener la elevación de la mano y añadir **compresión** (vendaje Coban o manga ligera) según tolerancia - Cicatriz: iniciar **masaje cicatricial** una vez que la herida haya cicatrizado por completo; cuidado de los pliegues ungueales en zonas donde se extirpó un quiste mucoso

Criterios para avanzar a la siguiente fase - Mantenimiento del rango de movimiento en articulaciones PIP/MCP; hinchazón controlada; herida completamente cicatrizada; **se observa consolidación ósea alrededor de la semana seis** (solo se procederá a retirar la férula tras confirmación radiológica de la consolidación)

FASE 3 – RETIRAR PROGRESIVAMENTE EL SPLINT Y COMENZAR EL FORTALECIMIENTO SUAVE (SEMANAS 6 A 8)

Una vez que la fusión ósea se haya confirmado en la radiografía (clínicamente, alrededor de 6–8 semanas), se retira progresivamente el splint (solo se usa durante actividades o para protección), y el alambre K, si se utilizó, se retira aproximadamente a las seis semanas. Entonces se inicia el fortalecimiento suave de la pinza y la prensión.

Para su terapeuta de mano:

Educación y precauciones - Retirar progresivamente el splint en la articulación DIP una vez confirmada la fusión: seguir usándolo únicamente para protección o durante actividades según sea necesario; **el alambre K se retira alrededor de la semana 6** - Aumentar la carga de forma gradual; el límite funcional es de aproximadamente **5 lb (≈ 2 kg)** a partir de la semana 8

Manejo - Ejercicios: iniciar **fortalecimiento suave de la prensión y la pinza**: uso de plastilina terapéutica, ejercicios ligeros de pinza y prensión; mantener el rango completo de movimiento en todas las demás articulaciones; continuar el cuidado de la cicatriz - Reevaluar cualquier hinchazón residual o rigidez en las articulaciones PIP/MCP y tratar según sea necesario

Criterios para avanzar - Confirmación radiográfica de la fusión; punta del dedo sin molestias; tolerancia al aumento gradual de carga sin dolor en el sitio de fusión

FASE 4 – FORTALECIMIENTO PROGRESIVO Y ALTA DEL TRATAMIENTO (SEMANAS 8 A 12)

Una vez consolidada la fusión, se procede al fortalecimiento para recuperar la función normal de la mano; alrededor de la semana 12 se levantan todas las restricciones.

Para su terapeuta de mano:

Educación y precauciones - Fortalecimiento progresivo de la prensión y el pellizco; límite funcional aproximado de **10 lb (≈ 4,5 kg)** alrededor de la **semana 10 - Sin restricciones a partir de la semana 12**, sujeto a revisión por parte del cirujano

Manejo - Ejercicios: prensión y pellizco resistivos de forma gradual (desde plastilina hasta pinzas y cargas específicas para tareas); objetivo: recuperar el uso funcional completo de la mano - Considere el **alta del tratamiento** cuando se logre una punta digital estable y sin dolor, además de una función y fuerza de la mano casi normales - Derive nuevamente al cirujano tratante si aparece dolor en la zona de la fusión, hay dudas sobre la consolidación ósea o el resultado funcional resulta insatisfactorio

Criterios para el alta - Fusión ósea consolidada y sin dolor; movilidad completa en todas las articulaciones no fusionadas; recuperación de la capacidad de pellizco y prensión funcionales

Volver al trabajo y a las actividades cotidianas

Se recomienda, desde el principio y dentro de lo que resulte cómodo, el uso moderado de **los demás dedos y del resto de la mano**; únicamente se debe evitar mover la punta del dedo que ha sido fusionada. Por lo general, se puede **conducir** al cabo de unas **seis semanas**, una vez retirado el grueso yeso y cuando el paciente pueda agarrar y controlar el volante de forma segura; esta decisión queda a criterio del Dr. Hirpara durante la revisión médica, por lo que deberá planificar contar con ayuda para el transporte durante las primeras semanas. Los movimientos de **pinzamiento y agarre suave** suelen iniciarse alrededor de las seis semanas y se intensifican a partir de las ocho semanas, una vez que el hueso se haya soldado. El uso **completo, intenso o para actividades deportivas** de la mano suele alcanzarse alrededor de las **doce semanas**. Estos plazos son **guías basadas en el consenso de expertos, no fechas límite fijas**: la valoración de su cirujano y los resultados de la radiografía (que confirman la soldadura ósea) son los factores determinantes.

Después de seguir este protocolo

Este protocolo se complementa con las recomendaciones generales de recuperación del consultorio; consulte también [control del dolor postoperatorio](#), [cuidado de la herida](#) y [manejo de las cicatrices](#). El plan por fases descrito anteriormente se basa en las guías de rehabilitación publicadas tras una artrodesis de la articulación DIP; su recuperación continua será supervisada individualmente por el Dr. Hirpara y su terapeuta de mano, según la evolución de la curación de su dedo.