

Reparación de tendones flexores

Los tendones flexores que permiten doblar los dedos discurren dentro de vainas estrechas a lo largo de la cara palmar de la mano; un tendón cortado se repara y luego se protege cuidadosamente mientras cicatriza.

Kieran Hirpara © ① ④ 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 la reparación quirúrgica de un **tendón flexor** en el dedo (la estructura que recorre la cara palmar del dedo y permite doblarlo hacia la palma), realizada por el Dr. Kieran Hirpara en el Mater Private Hospital Rockhampton. 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 una rehabilitación coordinada. Su terapeuta podrá modificar el plan según el progreso de su recuperación.

Si tiene alguna duda respecto a su herida postoperatoria, comuníquese con nuestra consulta. A menudo resulta útil tomar una fotografía de la herida y enviarla por correo electrónico para su revisión.

Qué esperar

La reparación del tendón flexor consiste en unir nuevamente los extremos cortados del tendón para que el dedo pueda volver a doblarse. La reparación es lo suficientemente resistente como para permitir movimientos suaves desde el primer momento; sin embargo, es más débil durante las primeras semanas, mientras el tendón cicatriza. Por eso, todo el plan de rehabilitación se basa en realizar movimientos *justo lo necesario* para mantener el deslizamiento del tendón, sin ejercer nunca una fuerza excesiva que pueda romper los puntos de sutura.

Para ello, la mano se coloca en una férula ligera y especial llamada **férula corta de Manchester**. A diferencia de férulas anteriores, más voluminosas, esta es *corta* y termina en el pliegue de la muñeca, dejando esta última libre de movimiento. Permite que la **muñeca se mueva completamente hacia adelante y hacia atrás hasta unos 45 grados**; además, un pequeño bloque impide que los nudillos se estiren más allá de los 30 grados, mientras que las articulaciones de los dedos quedan libres para moverse. Debe llevarse **todo el tiempo durante seis semanas**, quitándola únicamente según las indicaciones para realizar ejercicios y para lavarse.

Lo más ingenioso es el modo en que se utiliza la muñeca: al **doblar la muñeca hacia adelante**, el dedo se estira casi por sí solo (esto se conoce como efecto tenodesis), permitiendo abrir el dedo por completo sin necesidad de

forzarlo con los músculos. Cuando **doblamos la muñeca hacia atrás**, resulta más fácil y seguro curvar suavemente el dedo. Este tipo de movimientos mantienen el deslizamiento del tendón y, lo más importante, evitan que el dedo quede rígidamente doblado, problema muy frecuente tras este tipo de reparación.

Los primeros ejercicios (a partir del día 4–5) son suaves y específicos: primero se dobla el dedo de forma pasiva; luego se realiza un ligero movimiento de flexión activa, partiendo de la punta del dedo; finalmente se estira el dedo con la muñeca doblada. Durante seis semanas **no se permite ningún agarre fuerte ni movimientos forzados**. A las seis semanas se retira la férula y comienza un ligero fortalecimiento; la mayoría de los pacientes recuperan el uso total e ilimitado de la mano al cabo de **diez a doce semanas**.

Precauciones y limitaciones

- Use la **férula corta de Manchester de forma continua durante seis semanas**: quítesela únicamente para realizar los ejercicios y para lavarse, tal como se le indicó.
- **NO** haga un puño cerrado y apretado, y **NO** agarre, levante, tire ni cargue nada con la mano operada durante las primeras seis semanas: una carga excesiva podría romper la reparación.
- **NO** fuerce el dedo para enderezarlo ni para doblarlo; realice todos los movimientos de forma suave, dentro del rango que le hayan enseñado.
- Puede utilizar la mano para tareas muy ligeras y seguras, **excluyendo el dedo lesionado**, siempre que no se produzca ninguna tracción o tensión sobre él.
- Si escucha un chasquido o siente que el dedo “cede” repentinamente, perdiendo la capacidad de doblarse, es posible que el tendón se haya roto: en ese caso, comuníquese de inmediato con la consulta.
- **NO** conduzca mientras lleve la férula; podrá volver a conducir una vez retirada la férula (aproximadamente a las seis semanas), siempre que su agarre y control sean adecuados y cuente con autorización médica.

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

Sus ejercicios

Estos son los ejercicios que aparecen en su folleto. Comience a realizarlos únicamente bajo la guía del Dr. Hirpara y de su terapeuta de mano, respetando siempre el rango de movimiento y las limitaciones que le hayan indicado. Cada sesión sigue el mismo orden seguro: **primero doble el dedo suavemente de forma pasiva**, luego realice su **flexión en gancho activa y los deslizamientos tendinosos**, y finalmente **extienda el dedo con la muñeca flexionada** para evitar que se quede rígido en posición de flexión. Todo debe hacerse con suavidad: se trata de deslizamientos, no de fortalecimiento. Las técnicas de colocación y bloqueo corresponden a fases posteriores y solo deben iniciarse cuando su terapeuta se las indique. Interrumpa cualquier ejercicio que provoque dolor intenso en la zona de la reparación, y nunca haga un puño cerrado hasta que se le dé autorización.

Su protocolo clínico

El resto de esta página describe el protocolo clínico por etapas para la rehabilitación tras la reparación de tendones flexores, utilizando el **yeso corto de Manchester y un régimen de movilización temprana activa (EAM)**. Esta sección debe entregarse a su terapeuta de mano; cada fase comienza con una explicación sencilla en lenguaje coloquial de lo que está ocurriendo. En las primeras semanas, la reparación es más frágil y se somete a la carga de la **flexión activa y resistida de los dedos (formar un puño cerrado)**; por ello, el protocolo protege contra una flexión excesiva mientras fomenta deliberadamente el desplazamiento del tendón y la extensión activa de las articulaciones interfalángicas para prevenir la contractura en flexión, que es la complicación más problemática.

Antes de iniciar el tratamiento, revise el informe quirúrgico del paciente y su historial médico; además, consulte con el cirujano tratante respecto a la zona de la lesión, la configuración y resistencia de las suturas utilizadas, cualquier liberación de poleas y la posible reparación concomitante de nervios digitales. Las reparaciones de tendones flexores realizadas por el Dr. Hirpara se tratan con un yeso dorsal corto de Manchester (que termina en el pliegue de la muñeca), el cual permite flexión y extensión completa de la muñeca hasta 45°; las articulaciones metacarpofalángicas quedan bloqueadas a 30° de flexión, mientras que las articulaciones interfalángicas permanecen libres. Este yeso debe usarse a tiempo completo durante seis semanas. Solo se añaden férulas de extensión nocturnas si se desarrolla una deformidad de flexión en las articulaciones interfalángicas.

FASE I – MOVILIZACIÓN ACTIVA TEMPRANA CON LA FÉRULA CORTA DE MANCHESTER (SEMANAS 0 A 6)

Durante las primeras seis semanas se protege la reparación del tendón mientras se mantiene el deslizamiento tendinoso y se evita que el dedo quede rígido en una contractura de flexión. La mano se mantiene todo el tiempo en la férula corta de Manchester (flexión total de muñeca, extensión hasta 45°, bloqueo de las articulaciones metacarpofalángicas a 30°, articulaciones interfalángicas libres). La movilización activa comienza alrededor del día 4-5. Cada sesión sigue un orden establecido: primero flexión pasiva de las articulaciones interfalángicas; luego formación activa del puño en gancho iniciando desde la articulación interfalángica distal con la muñeca extendida; finalmente extensión activa de los dedos con la muñeca flexionada (movimiento sinérgico y preventivo de contracturas). No se permite forzar el rango articular máximo ni realizar flexión con resistencia.

Para su terapeuta de mano:

Educación y precauciones - Usar **la férula corta de Manchester todo el tiempo**: flexión total de muñeca, **extensión hasta 45°**, **bloqueo de las articulaciones metacarpofalángicas a 30°**, articulaciones interfalángicas libres; retirarla únicamente para ejercicios e higiene - Iniciar la movilización activa temprana el **día 4-5** - **No forzar el rango articular máximo ni realizar flexión con resistencia**; prohibido agarrar, levantar o tirar - Uso “seguro” y moderado de la mano, **excluyendo el dedo lesionado** - Utilizar la férula de extensión nocturna únicamente si comienza a desarrollarse una deformidad de flexión en las articulaciones interfalángicas

Manejo - Herida: aplicar vendajes quirúrgicos según indicaciones; vigilar signos de infección - Edema: elevar la mano, controlar suavemente el edema digital y prevenir adherencias - Secuencia de ejercicios en cada sesión: (1) **primero realizar flexión pasiva completa de las articulaciones interfalángicas**; (2) **formar activamente el**

puño en gancho iniciando desde la articulación interfalángica distal con la muñeca extendida a 45°; (3) extensión activa de los dedos con la muñeca flexionada (movimiento sinérgico y preventivo de contracturas); según indicación, añadir ejercicio de **colocar y mantener** en una posición de puño ligero - Revisión terapéutica **semanal** durante esta fase

Criterios para avanzar a la siguiente fase - Cicatrización completa de la herida; integridad de la reparación tendinosa a las seis semanas; mantenimiento del deslizamiento tendinoso; ausencia de contractura significativa de flexión en las articulaciones interfalángicas

FASE II: RETIRO DEL YESO Y TRABAJO SOBRE LOS TEJIDOS BLANDOS Y LA CICATRIZ (SEMANA 6)

A las seis semanas se retira el yeso. El enfoque pasa a ser recuperar el rango de movimiento pasivo y activo completo, liberar cualquier rigidez temprana y manejar la cicatriz. Aún no se ha iniciado el fortalecimiento; el uso de un yeso de extensión nocturno solo se indica si persiste una deformidad por flexión residual.

Para su terapeuta de mano:

Evaluaciones - Rango de movimiento activo y pasivo en las articulaciones MCP/PIP/DIP; presencia de cualquier contractura por flexión en la articulación interfalángica; calidad del deslizamiento tendinoso (evaluar presencia de adherencias); revisión de la cicatriz y la herida

Educación y precauciones - **El yeso se retira a las seis semanas** (solo se usa el yeso de extensión nocturno si persiste una contractura por flexión en la articulación interfalángica) - Se puede iniciar un uso funcional leve; **aún no se permite el agarre con resistencia ni la carga**

Manejo - Estiramientos de los tejidos blandos para restaurar la flexión y extensión completas; iniciar **manejo de la cicatriz** una vez que esta haya sanado - Continuar con los ejercicios de deslizamiento tendinoso; introducir **técnicas de bloqueo** si las adherencias limitan dicho deslizamiento - Progresar hacia un uso funcional leve de la mano

Criterios para avanzar - La herida y la cicatriz están estabilizadas; el rango de movimiento pasivo es casi completo; el deslizamiento tendinoso se mantiene; listo para iniciar el fortalecimiento gradual

FASE III: FORTALECIMIENTO Y RETORNO A LA ACTIVIDAD (SEMANAS 6 A 12)

A medida que la reparación quirúrgica madura, se inician los estiramientos graduales y el fortalecimiento progresivo, aumentándose gradualmente hasta lograr un uso completamente libre de restricciones. Se espera que el retorno a la actividad plena y sin limitaciones ocurra alrededor de las diez a doce semanas, según criterios clínicos.

Para su terapeuta de mano:

Evaluaciones - Rango de movimiento compuesto y cualquier contractura residual; fuerza de agarre y de pellizco en comparación con el lado contralateral; respuesta de la zona reparada a la carga gradual

Educación y precauciones - Iniciar **estiramientos graduales y fortalecimiento progresivo** a partir de la semana seis aproximadamente; aumentar la carga de forma gradual - Evitar el agarre máximo repentino o la aplicación de cargas resistidas hasta que se haya recuperado la fuerza

Manejo - Fortalecimiento progresivo del agarre y el pellizco (desde plastilina hasta ejercicios con resistencia graduada); continuar con estiramientos si persiste rigidez; seguir trabajando la cicatriz según sea necesario - Avanzar hacia **la actividad plena y sin restricciones a las 10–12 semanas** - Considerar el alta terapéutica una vez que el rango de movimiento y la fuerza sean funcionales y se haya logrado un retorno adecuado a la actividad; derivar nuevamente al cirujano tratante si la recuperación se estanca o persiste una contractura en flexión

Criterios para el retorno a la actividad plena - Rango de movimiento funcional; fuerza de agarre y pellizco adecuada y casi simétrica respecto al lado contralateral; uso sin dolor ni restricciones, generalmente a las 10–12 semanas

Volver al trabajo y a las actividades cotidianas

Se recomienda un uso ligero y seguro de la mano (**excluyendo el dedo lesionado**) desde el principio, mientras se lleva la férula, siempre y cuando no se ejerzan fuerzas de tracción, agarre o tensión sobre la zona reparada. En las primeras semanas, será necesario contar con ayuda, ya que **durante las primeras seis semanas no se podrá agarrar, levantar ni cargar nada con la mano operada**. La férula se retira aproximadamente a las seis semanas, momento a partir del cual se inicia un ligero fortalecimiento muscular.

Dado que **no se debe conducir mientras se lleva la férula dorsal**, deberá organizar el transporte durante las primeras seis semanas. La conducción se reanuda **después de retirar la férula (alrededor de las seis semanas)**, una vez que el agarre y el control de los dedos sean adecuados y tras recibir autorización en la consulta de seguimiento. **Se espera que, alrededor de las diez a doce semanas, pueda volver a realizar todas las actividades sin restricciones, incluyendo el agarre firme y tareas más pesadas**; este proceso se llevará a cabo de forma gradual, y será evaluado por el Dr. Hirpara y su terapeuta de mano en función del movimiento y la fuerza del dedo, no únicamente en base al tiempo transcurrido.

Después de seguir el protocolo

Este protocolo se complementa con las recomendaciones generales de recuperación que brinda la clínica; 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 publicadas sobre rehabilitación con movilización temprana tras la reparación de tendones flexores; su recuperación continua será guiada individualmente por el Dr. Hirpara y su terapeuta de mano, según el progreso de su dedo.