



PROTOCOLO

SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

Código : GCDSSA094

Edición : 01

Fecha : 07 de Julio 2017

Página : 15 de 15

Vigencia : 2017- 2020

PROTOCOLO HOMBRO DOLOROSO

Elaborado	Revisado	Aprobado
<p>Dra. Yuri Romero P, Asesor Dpto. Atención Primaria en Salud, Servicio de Salud Aconcagua.</p> <p>Dr. Marcelo Acevedo J. Traumatólogo Hospital San Juan de Dios, Los Andes.</p> <p>Dra. Rina Carvallo T, Fisiatra Centro de Rehabilitación Integral, Hospital San Camilo.</p> <p>Comisión APS Dr. Yasser Amar S., CESFAM San Felipe el Real., Dra. Aylin Acevedo V, CESFAM Segismundo Iturra I, Dra. Harabels Carreño, CESFAM Pedro Aguirre Cerda, Dr. Alvaro Paredes B, CESFAM Llay Llay.</p>	<p>E.U Carla Vásquez V, Asesor Rehabilitación Dirección Servicio de Salud Aconcagua.</p> <p>Mat. Paola Sazo G. Encargada Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente, Dirección Servicio de Salud Aconcagua.</p>	<p>Dr. Luis Foncea C. Médico Cardiólogo Sub Director de Gestión Asistencial, Dirección Servicio de Salud Aconcagua.</p>
Fecha: 03 de Julio 2017	Fecha: 05 de Julio 2017	Fecha: 07 de Julio de 2017



PATOLOGÍAS DE HOMBRO**1. Declaración Conflicto de Intereses**

Los profesionales participantes como autores y/o Revisores de este protocolo declaran no presentar conflicto de interés con el tema a revisar.

2. Introducción

El Síndrome de hombro doloroso se presenta con mucha frecuencia, provocando limitación funcional del miembro torácico que repercute en las actividades de la vida diaria y la calidad de vida.

El dolor de hombro es responsable de aproximadamente el 16% de todas las quejas de tipo musculoesqueléticas, con una incidencia de aproximadamente 15 episodios nuevos por 1000 pacientes evaluados en la atención primaria. El 70% de la población tendrá alguna vez dolor en el hombro, con una recurrencia estimada de hasta 40-50% en un seguimiento a 12 meses.

En general el diagnóstico y tratamiento se retrasa algún tiempo en el primer nivel de atención, lo que genera incapacidades prolongadas y exacerbación de los síntomas y complicaciones. Al ser de origen multifactorial supone una mayor dificultad en cuanto al diagnóstico y tratamiento por lo que se requiere establecer criterios clínicos específicos de manejo.

El propósito de este documento es ser una herramienta para estandarizar el diagnóstico y tratamiento del Síndrome de hombro doloroso en los diferentes niveles de atención.

3. Mapa de Red

CENTROS DERIVADORES	CENTRO DE DERIVACIÓN ESPECIALIDADES
CESFAM Llay Llay	Traumatología. Consultorio Adosado de Especialidades Hospital San Juan de Dios de Los Andes
CESFAM Eduardo Raggio.	
CESFAM Panquehue	
CESFAM Valle los Libertadores.	
CESFAM Dr. Segismundo Iturra I	
CESFAM Curimón	
CESFAM San Felipe El Real	
CESFAM Dr. Jorge Ahumada	
CESFAM Rinconada	
CESFAM San Esteban	
CESFAM Cordillera Andina	
CESFAM Centenario	
CESFAM Pedro Aguirre Cerda	

4. Objetivo

Definir el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y derivación oportuna de las patologías que producen hombro doloroso, tales como: Tendinitis Bicipital, Lesiones del manguito Rotador y pinzamiento Subacromial.

5. Alcance

El presente protocolo es de aplicación en:

- Centros de Salud Familiar, CECOSF, Y Postas de Salud Rural
- Consultorios de especialidades, policlínico de Traumatología de Hospitales de mayor complejidad y Red de Rehabilitación del Servicio de Salud Aconcagua
- Hospitales de la Familia y la Comunidad.

PATOLOGÍAS DE HOMBRO

6. Asignación de Responsabilidades:

- Sub. Directores Médicos de Establecimientos de la Red Asistencial: Velar por la difusión y monitorear el cumplimiento del presente protocolo.
- Profesionales Médicos y Kinesiólogos de Atención Primaria de la Red Asistencial, del Servicio de Salud Aconcagua, serán responsables de la aplicación del presente protocolo.
- Hospitales de la Familia y Comunidad: Profesionales Médicos serán responsables de la aplicación del presente protocolo.
- Médicos Especialistas Traumatólogos y Fisiatras de Hospitales de mayor complejidad, y Centro de Rehabilitación de la Red asistencial, serán responsables de la aplicación del protocolo en relación a la medición de pertinencia en las derivaciones y contra referir a los pacientes de acuerdo a procedimiento definido.
- Sub. Dirección de Gestión Asistencial, Dirección Servicio de Salud Aconcagua, a través del Médico asesor, será responsable de la actualización y monitoreo del presente protocolo.

7. Población Objetivo

Pacientes mayores de 15 años que presentan Hombro Doloroso.

8. Abreviaturas y Definiciones

- **APS:** Atención Primaria de salud
- **SIC:** Solicitud de Interconsultas
- **FCE:** Ficha Clínica Electrónica
- **SHD:** Síndrome de Hombro doloroso
- **TB:** Tendinitis Bicipital.
- **MR:** Manguito Rotador
- **PS:** Pinzamiento Subacromial
- **SEN:** Sensibilidad
- **ESP:** Especificidad

Síndrome de Hombro doloroso: Es un conjunto de signos y síntomas que comprende un grupo heterogéneo de diagnósticos que incluyen alteraciones de músculos, tendones, nervios, vainas tendinosas, síndromes de atrapamiento nervioso, alteraciones articulares y neurovasculares.

Tendinitis: Los tendones son las estructuras fibrosas que unen a los músculos con los huesos. Cuando estos tendones inflaman o lesionan, se le denomina tendinitis. En muchos casos, también se presenta tendinosis (degeneración del tendón).

Tendinitis Cálctica en MR: es la tendinitis asociada a depósitos cálcicos en el espesor de los tendones comprometidos.

Manguito Rotador: El manguito de los rotadores es un grupo de cuatro músculos (supra espinoso, subescapular, redondo menor y el infra espinoso) y tendones responsables de ayudar a estabilizar y mover la articulación del hombro. Su principal función es ser depresores de la cabeza humeral. De los cuatro músculos del manguito rotador, el tendón que se lesiona más comúnmente es el supra espinoso.

Pinzamiento Subacromial: Corresponde al pellizcamiento de los tendones del MR, a raíz de un estrechamiento del espacio que hay entre este y el acromion.



SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA PROTOCOLO

PATOLOGÍAS DE HOMBRO

Bursitis Subacromial: Se considera la inflamación de la bursa subacromial, secundario al pinzamiento subacromial.

9. Desarrollo

El dolor en el hombro no es un diagnóstico específico por esta razón se define como síndrome, ya que su etiología es diversa, Con respecto a su clasificación, de acuerdo a la localización de la lesión: Lesiones peri articulares (más frecuente), Lesiones articulares (frecuencia 3%), Patología ósea, Causas extrínsecas, Origen vascular, Origen neurológico, Fibromialgia y Algiodistrofia.

9.1 Etiología:

Ante un paciente con hombro doloroso debemos distinguir inicialmente las causas relacionadas propiamente con la articulación (las más frecuentes) de otras patologías que producen dolor referido a esa zona (extrínsecas).

Las causas extrínsecas son el resultado del roce del manguito rotador con estructuras óseas o ligamentosas periféricas. Se dividen en primarios, si resultan de alteraciones congénitas o adquiridas de la anatomía coracoacromial, y en secundarios cuando resultan de inestabilidad glenohumeral.

Entre los primarios se considera la morfología de la parte anterior del acromion, la inclinación del acromion, el hueso acromial, los espolones acromiales y los osteofitos acromio claviculares de orientación inferior, engrosamiento del ligamento coracoacromial, etc. En los secundarios se produce un estrechamiento relativo de la salida de los tendones del manguito rotador provocada por su incapacidad de deprimir la cabeza humeral.

La debilidad de los estabilizadores estáticos de la articulación, cápsula y ligamentos glenohumerales, sobrecarga los estabilizadores dinámicos. El estrechamiento del espacio Subacromial se produce con la subluxación superior de la cabeza humeral que provoca un pinzamiento.

Las causas intrínsecas se relacionan con el grado de vascularización dentro del tendón, con menor capacidad de reparación del colágeno y mayor posibilidad de sobrecarga.

Actualmente se tiende a considerar los factores conjuntamente Se ha demostrado que el infra espinoso también tiene una zona crítica de hipo vascularización similar a la del supraespinoso y, sin embargo, la frecuencia de roturas es muy inferior a la del supraespinoso.

Se sugiere tener en cuenta la clasificación del acromion (clasificación de Bigliani) (Anexo N 1).

Las causas las podemos clasificar de la siguiente manera:

Tabla 1. Causas Hombro Doloroso

1. Causas peri articulares:	<ul style="list-style-type: none"> • Tendinitis del manguito de los rotadores: supraespinoso, infra espinoso y redondo menor. Suponen el 70% de las causas de hombro doloroso. Tendinitis cálcica. • Rotura del tendón del manguito de los rotadores: puede
-----------------------------	---



SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA PROTOCOLO

PATOLOGÍAS DE HOMBRO

	<p>ser parcial o total. Tendinitis bicipital.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rotura del tendón largo del bíceps. • Bursitis subacromiodeltoidea.
2. Causas articulares	<ul style="list-style-type: none"> • Capsulitis adhesiva (hombro congelado) • Artritis acromioclavicular. • Artritis inflamatoria: artritis reumatoide, espondiloartropatías, conectivopatías. • Artritis séptica. • Artritis microcristalina: gota, condrocalcinosis, hombro de Milwaukee. • Hemartrosis. • Artrosis. • Luxación, subluxación.
3. Patología ósea:	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad de Paget. • Neoplasias (mieloma, metástasis). • Osteomielitis. • Traumatismos. • Necrosis ósea avascular.

9.2 Manejo en APS:

Anamnesis

Es importante registrar la existencia de traumatismos previos, ejercicio físico o maniobras repetitivas del brazo así como la actividad laboral del paciente y definir las características del dolor, factores que lo desencadenan o mejoran, sintomatología general y antecedentes personales, con el fin de orientar la etiología del dolor tales como:

- Enfermedades crónicas y cirugías.
- Aspectos sociales y/o deportivos.
- Historia de traumatismos directos o indirectos sobre el hombro.
- Antecedentes de fracturas.
- Presentación del cuadro clínico (progresiva o bruscamente).
- Tiempo de evolución del proceso.
- Antecedentes de caídas previas.
- Dominancia diestra o zurda del paciente.
- Tratamientos efectuados tanto médicos, de reposo y/o de rehabilitación.
- Descartar patología de origen laboral.

Esta patología está directamente asociada con la edad, en personas menores de 30 años, es frecuente la inestabilidad, mientras que en las mayores es más frecuente el síndrome subacromial y/o patología del manguito rotador, con mayor incidencia de roturas.

Examen Físico:

Con respecto a la evaluación, ésta no debe dirigirse sólo a la exploración del hombro, sino incluir todas aquellas que puedan ser adecuadas para el correcto diagnóstico etiológico.

La exploración del hombro incluye la inspección, palpación y exploración de la movilidad activa y pasiva.



SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA PROTOCOLO

Código : GCDSSA094

Edición : 01

Fecha : 07 de Julio 2017

Página 6 de 15

Vigencia : 2017-2020

PATOLOGÍAS DE HOMBRO

Inspección: observar al paciente desde ingreso a la consulta, la forma de desvestirse, la forma del braceo, posturas antiálgicas, alineación postural, velocidad y simetría de la marcha.

Se recomienda el examen de pie, frente al examinador, solicitando la movilidad de ambas extremidades superiores aplicando simultáneamente test de apley.

Palpación: con el paciente en posición sentado y con el hombro descubierto se procede a la palpación. Importante es seguir un orden para no olvidar puntos dolorosos.

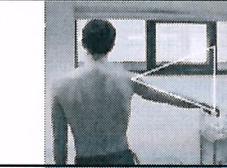
Es importante destacar que la palpación busca identificar las estructuras lesionadas.

La movilidad: con el paciente de pie tanto anterior y posterior, se evalúa la movilidad activa y pasiva del hombro. Verificar si el ritmo escapulo-humeral y escapulo-torácico es armónico o no. Prestar atención a la aparición de dolor, crujidos o topes articulares durante el movimiento.

Movilidad activa: se explora solicitando al paciente la reproducción activa de los siguientes movimientos del hombro: flexión, extensión, abducción, aducción, rotación externa e interna. Si se detectan limitaciones a la movilidad activa se procederá a la evaluación de la movilidad pasiva.

Movilidad pasiva: con una mano se moviliza la extremidad suavemente y con la otra se estabiliza el hombro.

Tabla 2 Maniobras especiales para el diagnóstico

Zona de Exploración	Maniobra		Sen	Esp
Espacio Subacromial	1.1 Arco doloroso: Realiza abducción activa del brazo. El dolor aparece a los 60-90° y desaparece después de 120°.		33-74%	81%
	M. de Neer: El explorador bloquea el movimiento de la escápula mientras se realiza un movimiento pasivo del hombro en abducción, flexión y rotación interna.		68-89%	30-69%
	1.2 M. de Hawkins-Kenedy: El brazo y el codo en flexión de 90° y se descende el antebrazo para provocar una rotación interna del hombro.		72-92%	24-66%
	1.3 M. de Yocum: El paciente coloca la mano del lado explorado sobre el hombro contralateral y se eleva activamente el codo contra la resistencia de la mano del explorador sin elevar el hombro		23-79%	40-82%



SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA PROTOCOLO

PATOLOGÍAS DE HOMBRO

<p>T. Supraespinoso</p>	<p>1.4 M. de Jobe: Brazo en abducción de 90°, 30° de flexión anterior y en rotación interna con el pulgar hacia abajo. El explorador empuja el brazo hacia abajo mientras el paciente intenta mantener la exploración inicial. Si se provoca dolor puede ser signo de tendinopatía, pero si no hay fuerza para mantener la posición puede indicar rotura del tendón.</p>		<p>41- 89 %</p>	<p>50- 98 %</p>
<p>T. Infraespinoso</p>	<p>1.5 Rotación externa contra resistencia: Se realiza una rotación externa contra resistencia tras colocar el paciente el brazo pegado al cuerpo con el codo flexionado a 90° y el antebrazo en rotación neutra</p>		<p>42- 98 %</p>	<p>54- 98 %</p>
<p>T. Subescapular</p>	<p>1.6 Signo de Napoleón: Se coloca el codo en un plano anterior a la escápula y se evalúa la capacidad de mantener la mano sobre el abdomen. Si existe diferencia con el brazo no afectado, puede indicar rotura o debilidad del subescapular.</p>		<p>25 %</p>	<p>98 %</p>
	<p>1.7 M. de Gerber: El paciente realiza una rotación interna del hombro y coloca la palma de la mano hacia fuera. El explorador fuerza la rotación interna y suelta la mano. Si el subescapular está afectado la mano golpeará en la región dorsolumbar.</p>		<p>17- 92 %</p>	<p>60- 98 %</p>



SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA PROTOCOLO

PATOLOGÍAS DE HOMBRO

T. Porción larga del bíceps	1.8 M. de Speed: El paciente coloca el brazo en flexión anterior con el hombro en rotación externa y el codo en extensión completa y la palma de la mano hacia arriba. El explorador se opone a la antepulsión. La presencia de dolor o debilidad indica tendinopatía.		40-80 %	35-97 %
	1.9 M. de Yergason: El explorador bloquea el movimiento del hombro. El paciente mantiene el codo pegado al tronco en flexión de 80° y realiza una supinación contra resistencia.		32 %	87 %
	1.10 Signo de Popeye: El músculo se desplaza hacia el codo cuando se realiza una flexión del codo contra resistencia.		No evaluado	No evaluado
Articulación acromioclavicular	1.11 Test de O'Brien: Se realiza una flexión del hombro, aducción horizontal y rotación interna. Es positiva si se desencadena dolor en la articulación.		16-95 %	90-95 %
	1.12 Compresión activa de la articulación		96 %	10 %

NOTA: Regla clínica: si un paciente tiene debilidad del supra espinoso (elevar el brazo contra resistencia con el pulgar apuntando al suelo), más debilidad a la rotación externa, más un test de Neer +, la probabilidad de una rotura es del 98%. Si tiene 2 de estos signos y > 60 años, la probabilidad de rotura sigue siendo de 98%. Si no tiene ninguno de estos signos, la probabilidad de rotura es sólo de un 5%.

Es importante descartar signos y síntomas de alarma:

- Dolor no relacionado con la movilidad o posición del hombro.
- Dolor difícil de localizar por el paciente.
- Presencia de masa o tumor.
- Presencia de hinchazón, calor, enrojecimiento y sensibilidad.
- Patrón neurológico, con dolor irradiado desde cuello a segmentos más distales del miembro superior y déficit sensitivos.
- Agravado por las posiciones del cuello más que del hombro.
- Presencia de zonas gatillo. (Anexo N 2)
- Síntomas constitucionales.
- Síntomas respiratorios o abdominales



SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA PROTOCOLO

Código : GCDSSA094

Edición : 01

Fecha : 07 de Julio 2017

Página 9 de 15

Vigencia : 2017-2020

PATOLOGÍAS DE HOMBRO

- Antecedentes personales de enfermedades inflamatorias, metabólicas y endocrinas.

La combinación de antecedentes personales, edad y positividad de ciertas maniobras pueden orientar mejor el diagnóstico, una vez identificada la causa se procede al manejo de la patología teniendo en cuenta el Nivel de resolución al cual orientar el tratamiento. De ser necesario se complementara la atención con la solicitud de Imágenes diagnosticas:

9.3 Solicitud de Imágenes Complementarias

Radiografía simple de hombro: Permite identificar fundamentalmente las fracturas, luxaciones y osteoartritis de la articulación glenohumeral, acromioclavicular y esternoclavicular.

La disminución del espacio Subacromial a menos de 1 cm. en proyección de abducción de 90° del hombro aporta datos indirectos de patología del manguito de los rotadores, pero con poca fiabilidad diagnóstica
Proyección: AP y Axial de escapula o Outlet.

Ecografía: Tiene una sensibilidad y especificidad elevadas para las roturas parciales y completas del manguito de los rotadores y algo menor para la tendinopatía, bursitis subacromial y tendinitis calcificante. Se recomienda cuando el tratamiento conservador ha fallado **(No disponible en APS)**

Educación: Entregar recomendaciones escritas para actividades de la vida diaria y autocuidado y cartilla de ejercicios. (Anexo N 3)

Tratamiento ambulatorio:

- Reposo articular relativo.
- AINES (como primera línea) y/o analgésicos disponibles en arsenal de APS y dependiendo de cada caso.
- No inmovilizar, no usar cabestrillo.
- Uso de medidas físicas frío local (15 minutos, tres veces al día.)
- Indicar control en 15 días si persisten síntomas.

9.4 Criterios de referencia a CCR

La derivación se efectuará posterior al Control médico en 15 días, si cuadro persiste derivar a Centro de Rehabilitación (CCR o Salas RIO) de establecimiento correspondiente.

Todo paciente derivado a CCR o Sala RIO debe ir con orden de rehabilitación la cual debe ser tramitada en el SOME correspondiente. (Anexo N 4)

9.5 Criterios de exclusión para atención en CCR y Sala RIO:

- Diagnóstico de Capsulitis adhesivas.
- Desgarro tendinoso independiente de sus grados.

9.6 Criterios de Derivación a Nivel secundario

Se derivará a especialista Traumatólogo a través de Tele traumatología o SIC a nivel secundario en los siguientes casos:

- Si persiste con sintomatología posterior a terapia kinésica + tratamiento médico o bien no tolera terapia.
- Capsulitis adhesivas.
- Desgarro tendinoso independiente de sus grados
- Sospecha de tumor o masa



SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA PROTOCOLO

Código : GCDSSA094

Edición : 01

Fecha : 07 de Julio 2017

Página 10 de 15

Vigencia : 2017-2020

PATOLOGÍAS DE HOMBRO

9.7 Casos especiales

- Luxación recidivante de hombro, derivar al momento del diagnóstico.
- Artritis séptica derivar a servicio de urgencia traumatológica en Hospital San Juan de Dios de Los Andes al momento de la sospecha diagnóstica.

Documentación clínica requerida: interconsulta con registro clínico completo que contemple historia de la enfermedad, antecedentes mórbidos, fundamentos clínicos, tratamientos indicados, realizados y exámenes complementarios: Radiografía AP Y Outlet.

9.8 Criterios de Contra referencia

Para continuar los controles en APS, el médico especialista deberá enviar documento de Contrareferencia (Anexo N 5) validado por el Servicio de Salud, con la siguiente Información.

- Diagnósticos
- Resultados de exámenes (Si procede)
- Indicaciones: Medidas generales y terapia farmacológica.
- Frecuencia de control en especialidades si es necesario

La indicación de Contrareferencia desde CAE deberá ser evaluada por Médico general en APS a través de consulta de Morbilidad para dejar registro clínico en FCE de los antecedentes enviados.

9.9 Priorización de Interconsultas Referidas y Tiempos de Respuesta.

- Priorización Baja con tiempo de respuesta entre 30 a 90 días.

10. Indicadores (Metodología de Evaluación)

Título	Pertinencia de derivación a traumatología por diagnóstico de Hombro Doloroso.
Descripción Racionalidad	y Supervisar el cumplimiento del protocolo de derivación por diagnóstico de Hombro Doloroso.
Dominio	Proceso
Numerador	Total de interconsultas por Hombro Doloroso revisadas que cumplen el 100% de la pauta de cotejo. X 100
Denominador	Total de interconsultas por Hombro Doloroso con pauta de cotejo aplicada, revisadas en el periodo.
Fuente de datos	Numerador: Sistema de registro electrónico de interconsulta o registros manuales, pautas de cotejo que cumplen al 100%.
Muestreo recomendado	Muestra aleatoria del total de derivaciones por Hombro Doloroso, realizadas en el año por centros de atención primaria, considerando $\pm 10\%$ de rango de error y un 50% de porcentaje de cumplimiento esperado.
Periodicidad	Anual
Umbral	$\geq 90\%$
Áreas de aplicación	CESFAM que realizan derivaciones a Traumatología por Hombro Doloroso
Responsables	Sub. Dirección Médica CESFAM.
Anexos	Pauta de Cotejo
Referencias bibliográficas	N/A



SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA PROTOCOLO

PATOLOGÍAS DE HOMBRO

11. Normas y Referencias

- Protocolo Tendinitis Miembro Superior Servicio de Salud Aconcagua año 2014, Dr, Marcelo Acevedo, Dra. Mariela Quiroz El Al.
- https://www.clinicalascondes.com/area-academica/revistas/RevistaMedicaJulio2001/articulo_006.htm.
- Diagnóstico y tratamiento del SÍNDROME DE HOMBRO DOLOROSO en primer nivel de atención, Guía de Referencia Rápida Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-085-08 año 2016, Durango 289- 1A Colonia Roma Delegación Cuauhtémoc, 06700 M

12. Anexos

Anexo 1 Clasificación de Bigliani

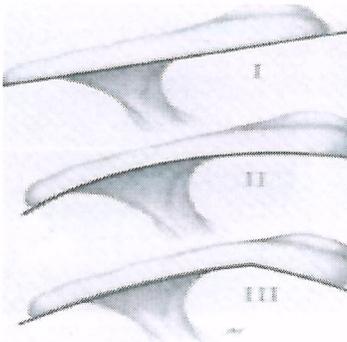
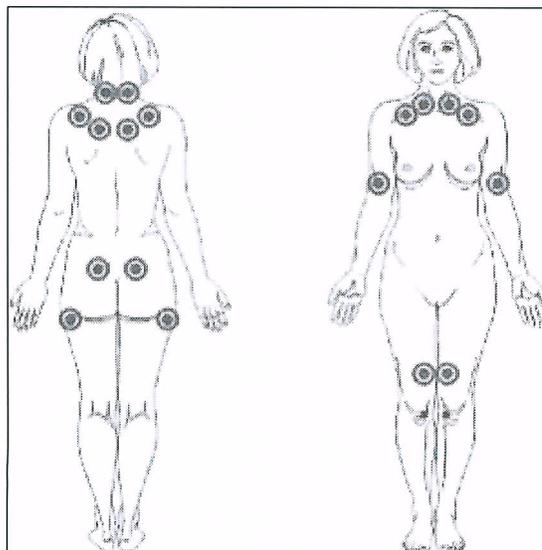


Figura 7.Tipos de acromion según Bigliani.
Fuente: https://www.clinicalascondes.com/area-academica/revistas/RevistaMedicaJulio2001/articulo_006.htm

Anexo 2. Puntos Gatillo para Fibromialgia.





PATOLOGÍAS DE HOMBRO

Anexo 3 Cartilla de Ejercicios y Recomendaciones. (Parte Frontal)

3. AUTOCUIDADO

¿COMO PREVENIMOS LAS LESIONES DEL HOMBRO?



EVITAR MANTENER MUCHO TIEMPO UNA MISMA POSTURA O POSICION.

EVITAR REALIZAR MOVIMIENTOS REPETITIVOS DEL HOMBRO (ESPECIALMENTE CON EL CODO EN FLEXIÓN).

¿COMO CUIDAMOS NUESTROS HOMBROS CUANDO TENGO DOLOR?



NO TRABAJAR LARGO RATO CON LOS BRAZOS POR ARRIBA DE LA CABEZA.



NO FORZAR EL HOMBRO HACIA ATRÁS.



EVITAR REALIZAR FUERZA RELACIONADA CON MANIPULACIÓN DE CARGAS DE PESOS.

SI NO



PREFIERE ESTAS POSTURAS PARA DORMIR Y COLOCA UN COJIN EN TU CODO DE APOYO.



RED DE REHABILITACION

GUIA EDUCATIVA



HOMBRO DOLOROSO CRONICO

Cartilla de Ejercicios y Recomendaciones. (Parte Posterior)

¿QUE ES HOMBRO DOLOROSO CRONICO?

ES EL DOLOR EN LA PARTE SUPERIOR Y EXTERNA DEL HOMBRO QUE PUEDE IRROMPERSSE AL BRZO CON DEBILIDAD, CRIGIDO Y DISMINUCION DE LA MOVILIDAD DE INSTALACION PROGRESIVA A LO LARGO DE MESES.



¿QUE LO ORIGINA?

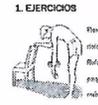
UNA COMBINACION DE FACTORES COMO LA EDAD Y LA REALIZACION DE ESFUERZOS REPETITIVOS, LOS QUE PRODUCEN UNA INFLAMACION Y DESGASTE DE LOS TEJIDOS, COMO EL CARTILAGO Y LOS TENDONES.



¿QUE PUEDO HACER?

1. EJERCICIOS

Relaxate el cuerpo. Deja uno de tus brazos colgando estirado como un péndulo. Refuerzalo lentamente y suavemente en pequeñas amplitudes. A medida que el dolor va reduciendo, hazlo los círculos cada vez más grandes.



Colócate de pie con el hombro doloroso en la pared. Estira el brazo, colócale la yema de los dedos sobre la pared y síbalo suavemente hasta donde sea posible. Cuando tengas fuerza lo más alta posible, mantén esa posición durante unos minutos seguidos y luego huele los dedos por la pared.

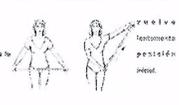


Manténlo erguido y entoque el dorso de la mano del lado afectado sobre tu espalda. Con la otra mano, hace el extremo de una regla de baño sobre el hombro suyo y fíjalo con la mano que se encuentra atrás de la espalda. Tócalo con suavidad la toalla con la mano suya, elevando el brazo doloroso, hazlo tanto donde sea posible sin que te molestes la articulación. Mantén esa posición durante unos minutos seguidos y

2. APLICAR FRIO O CALOR

FRIO:
EN FASE AGUDA PODEMOS APLICAR FRIO DURANTE 10 A 20 MINUTOS CADA 4 HORAS POR TRES DIAS.

CALOR:
PODEMOS APLICAR CALOR DURANTE 20 MINUTOS LAS VECES QUE SEA NECESARIO.






SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA PROTOCOLO

Código : GCDSSA094

Edición : 01

Fecha : 07 de Julio 2017

Página **14** de **15**

Vigencia : 2017-2020

PATOLOGÍAS DE HOMBRO

Anexo 5

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

DOCUMENTO DE CONTRARREFERENCIA
(COMPLETAR TODOS LOS DATOS CON LETRA LEGIBLE)

HOSPITAL: _____ FECHA: _____

ESPECIALIDAD: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ RUT : _____

ESTABLECIMIENTO DE DESTINO: _____

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

1. _____
2. _____
3. _____

TRATAMIENTO Y EXÁMENES EFECTUADOS

INDICACIONES A LA ATENCIÓN PRIMARIA (Incluye Fármacos)

DERIVAR AL NIVEL DE ESPECIALIDAD EN CASO DE:

FIRMA Y TIMBRE DE MÉDICO QUE CONTRARREFIERE

PATOLOGÍAS DE HOMBRO

Anexo 6 Pauta de Cotejo, Sistema de evaluación

Nivel Primario:		Puntos
1.	Antecedentes clínicos	
2.	Criterio de referencia establecidos en el protocolo	
3.	Diagnóstico de referencia	

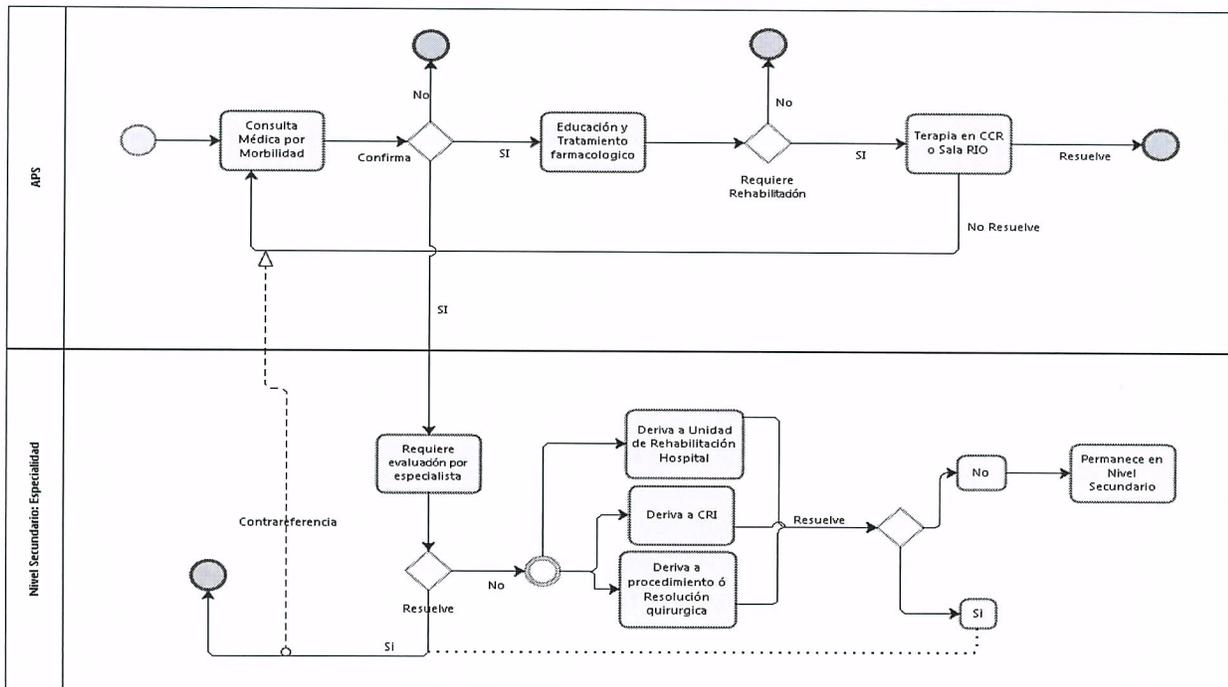
Interconsulta:

1.	Datos completos del paciente	
2.	Antecedentes Clínicos solicitados en Protocolo	
3.	Diagnóstico de Referencia	

Ficha nivel secundario:

1.	Evaluación clínica	
2.	Confirmación o Descarte de Diagnóstico	
3.	Plan o indicaciones terapéuticas	

Anexo 7 Flugograma de Derivación.



13. Plan de Distribución a la Red

13.1 Este protocolo será distribuido a los 13 CESFAM y 1 Hospital de mayor complejidad el cual tiene la especialidad de traumatología, todos de la Red Asistencial del Servicio de Salud Aconcagua.

13.2 Difusión: Página Web del Servicio de Salud Aconcagua Publicación a partir de Agosto de 2017

Capacitación continua para Médicos de APS.

Reunión de Médicos Gestores de la red.