

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

Diagnostico y Tratamiento de
Síndrome de Hombro Doloroso
en Primer Nivel de Atención

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica IMSS-085-08

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

M75.X Lesiones de Hombro

Diagnostico y Tratamiento de Síndrome de Hombro Doloroso en Primer Nivel de Atención

GPC

ISBN en trámite

DEFINICIÓN

El 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. Ellos pueden diferir en cuanto a la gravedad y evolución del cuadro.

Aproximadamente el 10% de la población general de adultos experimentara un episodio de dolor de hombro en su vida. El dolor de hombro es la tercera causa de dolor músculo esquelético, excedido solo por el dolor de espalda y cuello. El dolor de hombro es causa común para la búsqueda de atención, ya que afecta las actividades de la vida diaria, incluyendo el sueño. Se estima que alrededor del 95% de las personas con dolor de hombro son tratados en atención primaria. Muchas de las personas que se presentan con dolor agudo de hombro es probable que tengan condiciones que se resuelven espontáneamente aun sin tratamiento. El 50% de las personas con dolor de hombro no buscan ningún tipo de atención y que el 23% de todos los episodios nuevos de dolor en el hombro se resuelven completamente en un mes y el 44% se resuelve en tres meses a partir de su inicio.

INTERROGATORIO

Los factores de riesgo ocupacional que han demostrado estar asociados con el hombro doloroso son los siguientes:

- Posturas mantenidas, prolongadas o forzadas de hombro.
- Movimientos repetitivos del hombro.
- Fuerza relacionada con manipulación de cargas, movimientos forzados y cargas estáticas de miembros superiores.
- Movimientos repetidos o posturas sostenidas en flexión del codo.
- Exposición a vibración del miembro superior.
- La postura mantenida del hombro, los movimientos repetitivos, la fuerza, la exposición a vibración y los factores psicosociales actúan en forma combinada.

El diagnóstico de hombro doloroso se realiza a través de la valoración médica sistemática del individuo, por lo que se requiere elaborar: historia clínica, indagar toda la información posible sobre antecedentes de dolor en el hombro, inicio, intensidad, localización, progresión, irradiación, factores desencadenantes, incapacidad funcional de hombro, tratamientos previos además de antecedentes laborales y extra laborales.

Es de gran importancia investigar exhaustivamente la edad y las co-morbilidades, ya que al controlar las enfermedades coexistentes en la mayoría de los casos desaparece el dolor del hombro, con esto se evitara la referencia innecesaria de pacientes a 2do o 3er nivel de atención.

Ver cuadros I, II y III

EXPLORACIÓN FÍSICA

A pesar de las limitaciones que tiene la exploración física es un herramienta potencial para identificar las lesiones del hombro

La exploración física debe ser completa: inspección palpación, evaluar movilidad activa/pasiva y rangos de movimiento

Se recomienda realizar el examen físico para evaluar signos específicos, como se indica en la tabla de exploración física de hombro

Las características del dolor y la exploración física sistematizada, son de mucha ayuda para el diagnóstico etiológico:

- Presencia de dolor en región deltoidea con limitación para abducción, rotaciones interna y externa de hombro, pueden orientar hacia patología del manguito rotador.
- Existencia de dolor en la cara anterior del hombro que se extiende a lo largo del tendón bicipital hasta la inserción tendinosa en el antebrazo puede sugerir una tendinitis Bicipital.
- Presencia de dolor e hipersensibilidad en tercio superior de hombro con limitación para abducción pasiva y activa, siendo mayor en movimientos activos, debe hacer sospechar bursitis.
- En el examen físico, además de la evaluación osteo-muscular completa del hombro, cintura escapular y región cervical, se recomienda la inspección y valuación neurológica detallada. Se evalúan signos específicos que ayudan al diagnóstico:
 - Test de Neer, Hawkins-Kennedy y Yocum positivos, hacen sospechar patología del manguito rotador.
 - Test de Speed y Yergason positivos sugieren el diagnóstico de tendinitis bicipital

Ver (Cuadro IV y V)

• ESTUDIOS DE IMAGEN

- El diagnóstico de hombro doloroso es inicialmente clínico. No se requieren imágenes, a menos que existan signos que demuestren la presencia de condiciones serias que pongan en peligro la vida o la integridad del individuo.
- Los estudios de gabinete como Rx, Ultrasonido y resonancia magnética no estan indicados para dolor agudo.
- Si ya se ha determinado que el hombro doloroso es de origen mecánico y no existe respuesta al tratamiento conservador después de 4 semanas, considere la posibilidad de solicitar estudios especiales como Rayos X, TAC, RMN.
- Ante sospecha de rupturas totales del tendón del manguito rotador está indicada la realización de ecografía de hombro o la RMN
- El Ultrasonido y la resonancia magnética, serán solicitadas a criterio del médico especialista en Ortopedia y Traumatología de 2do o tercer nivel de atención.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Los analgésicos simples son efectivos en el tratamiento a corto plazo del dolor y constituyen la primera alternativa de tratamiento, debido a un menor riesgo de efectos indeseables.
- Se recomienda la administración de analgésicos simples y AINES como se indica en el cuadro VIII
- No se recomienda la administración de corticosteroides orales para el manejo de hombro doloroso por qué no ha demostrado disminución del dolor
- En procesos inflamatorios, síndrome de pinzamiento y pequeñas rupturas del mango se recomienda la filtración intra articular (subacromiales) con anestésico local y cortisona en dos o tres ocasiones
- La infiltración la realizara el medico especialista en traumatología y ortopedia, para lo cual se enviara al paciente al segundo nivel de atención.
- Posteriormente se deberán integrar a un programa de rehabilitación

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Un programa de ejercicio supervisado en general mejora el dolor de hombro a corto y largo plazo. Excepto en casos de fracturas inestables, luxaciones agudas, inestabilidad o hiper movilidad, los pacientes pueden ser aconsejados sobre la realización de ejercicio terapéutico supervisado o un programa hecho en casa para el alivio del dolor

Manejo fisioterapéutico:

Se debe indicar ejercicio supervisado o en casa para el tratamiento de dolor de hombro. El manejo fisioterapéutico con su amplio rango de intervenciones origina mejoría a corto plazo, disminuyendo el dolor, promoviendo cicatrización, reduciendo espasmo muscular, incrementando el rango de movilidad articular, fortalecimiento muscular y previniendo el deterioro funcional.

Educación e Información:

Al trabajador se le deberá informar acerca de la naturaleza de su condición, los factores de riesgo relacionados, medidas de prevención y metas de la terapéutica inicial. Se enfatizará en la responsabilidad del paciente en el plan de tratamiento.

En primer nivel de atención los ejercicios recomendados para programa de rehabilitación en casa serán de acuerdo a la patología diagnosticada basándose en el VI y VII

Es imprescindible para lograr la remisión del dolor y mejoría de la función, evitar la(s) actividad(es), que lo producen. Por lo que el médico requiere hacer énfasis al respecto con el paciente y si el motivo del dolor es la actividad laboral, se recomienda envío inmediato a medicina del trabajo.

CRITERIOS DE REFERENCIA

Envío a Traumatología:

- Indicación quirúrgica
- Hombro congelado
- Ruptura total del mango de los rotadores o del tendón del bíceps en pacientes jóvenes.
- Ruptura o tendinitis que no responden a tratamiento conservador.
- Bursitis subacromiales crónicas después de tres meses de tratamiento conservador sin respuesta a este.
- Inestabilidad glenohumeral grave (luxación recidivante).
- Tendinitis calcificada que no responde a tratamiento (gota y cristales).
- Osteoartrosis que no responden a tratamiento inicial de primer nivel.

Envío a Rehabilitación:

- Tendinitis del manguito de los rotadores.
- Tendinitis de la porción larga del bíceps.
- Rupturas parciales tendinosas en edad avanzada (55 años o más) no quirúrgicas.
- Bursitis de hombro I y II no infecciosas.
- Lesión de manguito rotador estadio I y II menor de 3 meses.
- Osteoartrosis de articulación glenohumeral y acromioclavicular de hombro.
- Lesión neurológica de hombro.
- Luxaciones reducidas.
- Hombro doloroso por afección reumática en estadios tempranos.

Envío a Reumatología:

- Pacientes con antecedentes reumáticos
- No mejoría con tratamiento inicial ni a las técnicas de infiltración

Medicina del trabajo:

- Cuando el dolor este condicionado por la actividad laboral, con la finalidad de valorar cambio de actividad.

VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

El dolor de hombro puede recurrir, aun en presencia de recuperación de síntomas en corto plazo.

El dolor de hombro puede recurrir, aun en presencia de recuperación de síntomas en corto plazo.

En la patología no quirúrgica la recuperación depende de la etiología y factores asociados, siendo generalmente entre 14 y 60 días.

La recuperación de pacientes post operados es en promedio de 6 meses

ESCALAS

CUADRO I. DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO DE ACUERDO A LA LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN

- Lesiones periarticulares (más frecuente), Lesiones articulares (frecuencia 3%),
 - Tendinitis del manguito de los rotadores: supraespinoso, infraespinoso, y redondo menor (70% de las causas que representan el dolor de hombro) Puede estar relacionada con sobrecarga del hombro (trabajadores con edad entre 40-50 años,), inestabilidad articular (<35 años de edad) o degeneración del manguito con la edad (>55 años de edad)
 - Tendinitis calcificante
 - Rotura del tendón del manguito de los rotadores
 - Tendinitis bicipital
 - Rotura del tendón largo del bíceps
 - Artritis acromioclavicular
 - Bursitis subacromiodeltoidea
- Lesiones articulares (frecuencia 3%)
 - Hombro congelado (capsulitis retráctil o adhesiva) son factores de riesgo: sexo femenino, edad avanzada, traumatismo, cirugía, diabetes, problemas cardiorrespiratorios y cerebrovasculares, enfermedad tiroidea y hemiplejía
 - Artritis inflamatoria: artritis reumatoide, espondiloartropatías, polimialgia reumática, conectivopatías.
 - Artritis séptica
 - Artritis microcristalina: gota, condrocalcinosis, hombro de Milwaukee
 - Hemartrosis
 - Artrosis
 - Luxación, subluxación
 - Artropatía amiloide.
- Patología ósea
 - Enfermedad de Paget
 - Neoplasias (mieloma, metástasis)
 - Osteomielitis
 - Traumatismos
 - Necrosis ósea avascular.
- Causas extrínsecas
 - Origen visceral o somático:
 - Pulmón: Tumor Pancoast, neumotórax, pericarditis, pleuritis, embolismo pulmonar.
 - Corazón: Disección aorta, cardiopatía isquémica.
 - Diafragma: mesotelioma, absceso subfrénico.
 - Gastrointestinal: pancreatitis, colecistitis.
 - Rotura visceral abdominal.
 - Origen vascular: aterosclerosis, vasculitis, aneurismas
 - Origen neurológico: lesiones médula espinal (tumores, abscesos), de raíces nerviosas (origen cervical, infección por herpes, tumores), atrapamiento nervios periféricos.
 - Fibromialgia
 - Algiodistrofia

CUADRO II. HISTORIA CLÍNICA

Interrogatorio	Probable patología
Genero	<ul style="list-style-type: none"> - Femenino: hombro congelado (capsulitis adhesiva), artritis reumatoide - Masculino: traumatismos (esguinces, luxaciones, fracturas, ruptura del tendón largo del bíceps).
Edad	<ul style="list-style-type: none"> - Menores de 40 años: inestabilidad, tendinopatía del manguito de los rotadores, traumatismos (esguinces, luxaciones, fracturas, ruptura del tendón largo del bíceps), lesiones de la glenoide y rodete glenoideo. - Mayores de 40 años: rupturas tendinosas (bíceps y mango rotador), capsulitis adhesiva, osteoartritis glenohumeral y acromioclavicular, tendinitis calcificante, bursitis subacromiodeltoidea, hombro congelado (capsulitis adhesiva)
Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> - Fuerzas relacionadas con manipulación de cargas, movimientos forzados, cargas estáticas de miembros superiores, exposición de vibración al miembro superior: lesión Tendinosa y bursitis.
Actividad recreativa	<ul style="list-style-type: none"> - Tenista, halterofilia, nadadores: tendinitis bicipital, alteración de la articulación acromioclavicular: - Béisbol, tenis y softball: inestabilidad ligamentaria y articular - Football, hockey, rapel, alpinismo y esquiadores: traumáticos (esguinces, luxaciones, fracturas, ruptura del tendón largo del bíceps).
Semiología del dolor	Ver Cuadro III
Comorbilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Diabetes mellitus: capsulitis adhesiva - Problemas cardiorrespiratorios, cerebro vasculares, enfermedad tiroidea, hemiplejía, hipotiroidismo: hombro congelado. - Gota y condrocalcinosis: artritis microcristalina
Consumo de medicamentos y drogas	Cortisona: rupturas tendinosas y necrosis aséptica de la cabeza humeral. Alcoholismo y tabaquismo: osteoporosis y alteraciones en la cicatrización.
Antecedentes traumáticos	Subluxaciones, luxaciones, ruptura del manguito de los rotadores, lesión de slip.


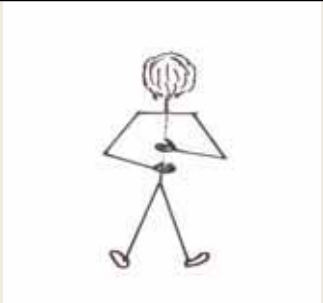



CUADRO III. SEMIOLOGÍA DEL DOLOR Y SU RELACIÓN CON EL PROBABLE ORIGEN DE LA LESIÓN

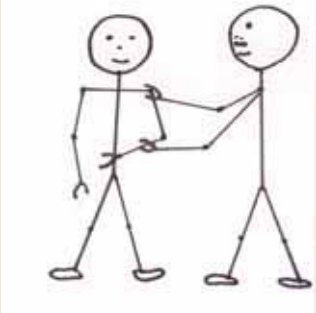
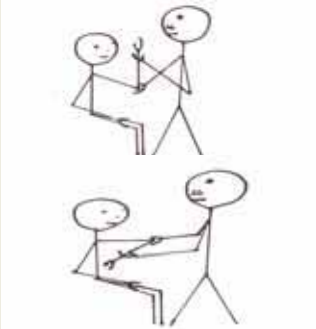


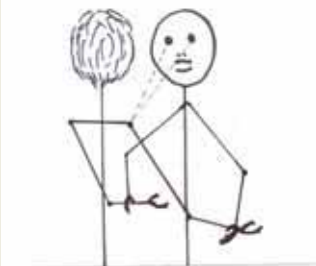
Inicio	<p>Agudo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fracturas, luxaciones - Lesiones tendinosas - Bursitis <p>Crónico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tendinitis degenerativa
Localización	<p>Anterior-superior</p> <ul style="list-style-type: none"> - Articulación acromio-clavicular <p>Anterior irradiado a hombro</p> <ul style="list-style-type: none"> - Porción larga del bíceps <p>Subacromial</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bursitis <p>Anterior y lateral</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lesión del manguito rotador <p>Difuso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capsulitis adhesiva
Irradiación	<p>A cualquier sitio</p> <p>Causa extrínseca:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tumor pancoast - Neumotórax - Cardiopatía isquémica
Horario (predominio)	<p>Nocturno</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lesión del manguito rotador - Capsulitis adhesiva
Fenómenos que lo acompañan	<p>Sensación de adormecimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Probable lesión neurológica
Limitación de la movilidad	<p>Limitación superior a 90°</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lesión tendinosa <p>Limitación superior a 140°</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lesión articular

CUADRO IV. EXPLORACIÓN FÍSICA

Inspección	<p>Paciente de pie o sentado con el tórax y hombros descubiertos para comparar y apreciar asimetrías, anomalías morfológicas, posturales o relieves.</p> <p>Postura antialgica: hombro en rotación interna y aducción, mano doblada sobre el abdomen, para disminución de la hipertensión articular.</p> <p>Signos inflamatorios locales</p>
Palpación	<p>Buscar puntos dolorosos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Articulación esterno-clavicular: artritis, artrosis - Articulación acromio clavicular: Artritis, artrosis y luxaciones - Tuberosidad mayor y menor del humero con los signos de fricción - Corredora bicipital: tendinitis bicipital - Masas musculares. Contracturas, atrofias musculares y puntos de gatillo
Maniobras especiales	<p>Exploración de movilidad activa, pasiva y cotraresistencia, además exploración de fuerza y sensibilidad Ver cuadro V</p>

CUADRO V. MANIOBRAS ESPECIALES PARA EL DIAGNÓSTICO

Maniobra	Descripción	Diagnóstico	Figura	Sen	Esp
Maniobra Apley superior (Schatch –test)	El paciente en bipedestación debe tocarse el margen medial superior de la escapula contralateral con el dedo índice	Valora una enfermedad de manguito de los rotadores (lesión nivel del músculo supraespinoso)			
Maniobra Apley inferior	Paciente bipedestación debe tocarse el hombro opuesto o bien con la punta de los dedos el ángulo inferior de la escapula contralateral.	Valora lesión del manguito de los rotadores (probable músculo subescapular)			
Maniobra de Jobe	El codo en extensión manteniendo el brazo en abducción en 90 °, flexión horizontal de 30° y rotación interna, se efectúa una presión de arriba hacia abajo sobre el brazo.	Valoración del músculo supraespinoso		44%	90%
Prueba del músculo subescapular	Flexión del codo a 90° por detrás del cuerpo se realiza rotación interna contra resistencia	Valora tendinitis de subescapular o ruptura del mismo		62%	100%
Prueba del músculo infraespinoso	Paciente sentado con los codos en flexión de 90° el clínico coloca sus manos sobre el dorso de las manos del paciente y se le pide que efectúe una rotación externa del antebrazo contra resistencia.	Valora el músculo infraespinoso		42%	90%

<p>Prueba Yergason</p>	<p>El paciente con el codo flexionado a 90° y antebrazo en supinación. El clínico con la mano izquierda palpa el area de la corredera bicipital y con la otra mano toma la mano del paciente en forma de saludo ejecutando pronación mientras el paciente realiza supinación contra resistencia Valora</p>	<p>Estabilidad de la porción larga de bíceps.</p>		<p>86.1%</p>	<p>37%</p>
<p>Prueba de pinzamiento (Hawkins Kennedy)</p>	<p>El paciente con el hombro y codo con flexión a 90°, realiza rotación interna, el clínico estabiliza el codo y guía el movimiento hacia rotación interna.</p>	<p>Valora la compresión del tendón músculo supraespinoso y ruptura del manguito rotador</p>		<p>72%</p>	<p>66%</p>
<p>Prueba de aprehensión anterior (prueba estabilidad del hombro)</p>	<p>El paciente en sedestación o decúbito supino se coloca el hombro en abducción de 90° y rotación externa forzada. Se presenta dolor en cara anterior de hombro</p>	<p>Indica síndrome de inestabilidad</p>		<p>72%</p>	<p>96%</p>
<p>Prueba de Arco doloroso</p>	<p>Con el brazo en posición anatómica se efectúa una abducción activa y pasiva</p>	<p>En abducción entre 140° y 180° aparece dolor en articulación acromioclavicular</p>		<p>77%</p>	<p>79%</p>
<p>Signo del surco, Cajón inferior</p>	<p>Con el paciente en sedestación con una mano el clínico estabiliza el hombro no afectado, y con la otra tracciona distalmente el brazo por encima de la articulación del codo flexionado. La inestabilidad muestra un hoyo en la piel del hombro afectado.</p>	<p>Prueba de inestabilidad multidireccional</p>			

CUADRO VI. TRATAMIENTO DE PRIMER NIVEL DE SÍNDROME DE HOMBRO DOLOROSO

<p>Artrosis acromioclavicular glenohumeral</p>	<p>- Síndrome de pinzamiento subacromial - Tendinitis del manguito de los rotadores</p>	<p>Tendinitis de la porción larga del biceps</p>	<p>Bursitis subacromial</p>
<p>AINES+ Analgésicos</p>	<p>AINES + Analgésicos</p>	<p>AINES + Analgésicos</p>	<p>AINES + Analgésicos</p>
<p>Termoterapia: 1.- Utilizar compresas húmedas o secas calientes (toalla en agua caliente o microondas). Colocar por 20 minutos en hombro afectado. 2.- <u>Ejercicios de calentamiento</u>: Iniciar movilizaciones libres a todos los arcos de movilidad de hombro afectado a tolerancia, (abducción, aducción, rotación externa, rotación interna, flexión extensión, así como a articulaciones de codo, antebrazo y dedos. <u>Ejercicios de estiramiento (1° semana)</u>. <u>Ejercicios de Fortalecimiento (2° semana)</u>. 3.- Se deberán realizar en repeticiones de 10 por cada ejercicio 3 veces al día previo calor. (Ver anexo 7)</p>	<p>1.-Reposo o inmovilización temporal de articulación afectada (primeras 48hrs). 2.-Colocar 3 minutos frío local y 5 minutos calor en sesiones de 10 veces 3 o 4 veces al día en área afectada, para disminuir dolor e inflamación. 3.- A los 2 días iniciar termoterapia + movilizaciones pendulares a favor de la gravedad, con movimientos en círculos de afuera hacia adentro en forma progresiva aumentando el arco de movilidad (Ejercicios de Codman). 4.- Si la inflamación y el dolor no responde a tratamiento inicial deberá ser referido a 2° nivel para tratamiento especializado para valorar tratamiento con inyección local y posteriormente tratamiento de rehabilitación especializado. (Ver anexo 7)</p>	<p>1.-Reposo o inmovilización temporal de articulación afectada (primeras 48hrs). 2.-Colocar 3 minutos frío local y 5 minutos calor en sesiones de 10 veces 3 o 4 veces al día en área afectada, para disminuir dolor e inflamación. 3.- A los 2 días iniciar termoterapia + movilizaciones pendulares a favor de la gravedad, con movimientos en círculos de afuera hacia adentro en forma progresiva aumentando el arco de movilidad. Evitar movimientos que provoquen mecanismo de lesión como: flexión forzada de hombro por arriba de 90° y supinación forzada de antebrazo. 4.- Si la inflamación y el dolor no responde a tratamiento inicial deberá ser referido a 2° nivel para tratamiento especializado para valorar tratamiento con inyección local y posteriormente tratamiento rehabilitatorio especializado. (Ver anexo 7)</p>	<p>1.-Reposo o inmovilización temporal de articulación afectada (primeras 48hrs). 2.-Colocar 3 minutos frío local y 5 minutos calor en sesiones de 10 veces 3 o 4 veces al día en área afectada, para disminuir dolor e inflamación. 3.- A los 2 días iniciar termoterapia + movilizaciones pendulares a favor de la gravedad, con movimientos en círculos de afuera hacia adentro en forma progresiva aumentando el arco de movilidad. 4.- A la semana iniciar movilizaciones a todos los arcos de movilidad de hombro afectado en contra de la gravedad (Abducción, aducción, rotación externa, rotación interna, flexión extensión), así como a articulaciones de codo, antebrazo y dedos. 5.- Si la inflamación y el dolor no responde a tratamiento inicial deberá ser referido a 2° nivel para tratamiento especializado para valorar tratamiento con inyección local y posteriormente tratamiento rehabilitatorio especializado. y/o extracción de líquido de Bursa para su análisis (Ver anexo 7)</p>

CUADRO VII. EJERCICIOS DE REHABILITACIÓN PARA PRIMER NIVEL

Ejercicios de Codman

Flexione el cuerpo desde la cintura hasta que el tronco se encuentre paralelo al suelo. Deje que el brazo doloroso cuelgue como un péndulo enfrente de usted y balancéelo lenta y suavemente en pequeños círculos. A medida que el músculo se caliente, haga los círculos cada vez más grandes. Práctiquelo durante un minuto.



Ejercicios de estiramiento

A. Coloque la mano del brazo doloroso sobre el hombro opuesto. Con la otra mano tome el codo desde abajo y empújelo hacia arriba con suavidad hasta donde sea posible sin que esto le produzca dolor. Mantenga esa posición durante unos segundos y luego lleve el brazo con suavidad hasta la posición inicial. Repítalo 10-15 veces.



B. Colóquese de pie con el hombro doloroso a unos 60-90 cm. de la pared. Extienda el brazo, coloque la yema de los dedos sobre la pared y súbalos suavemente hasta donde sea posible. A continuación, acérquese a la pared y vea si puede subir los dedos un poco más. El objetivo es alcanzar el punto en donde el brazo se encuentre extendido hacia arriba contra la pared. Cuando usted haya llegado lo más alto posible, mantenga esa posición durante unos cuantos segundos y luego baje los dedos por la pared. Repítalo 5-10 veces.



C. Manténgase erguido y coloque el dorso de la mano del lado afectado sobre su espalda. Con la otra mano, lance el extremo de una toalla de baño sobre el hombro sano y tómelo con la mano que se encuentra atrás de la espalda. Jale con suavidad la toalla con la mano sana, elevando el brazo doloroso. No jale la toalla con violencia, hágalo hasta donde sea posible sin que la maniobra le produzca dolor. Mantenga esa posición durante unos cuantos segundos y vuelva lentamente a la posición inicial. Repítalo 10-15 veces.



D. Coloque la mano del brazo doloroso atrás de su cintura. Con la palma dirigida hacia la espalda, trate de levantar la mano sobre su espalda hasta donde sea posible, como si los dedos caminaran hacia arriba por la columna vertebral. Mantenga esa posición durante unos segundos y luego permita que la mano se deslice hacia la cintura. Repítalo 5-10 veces

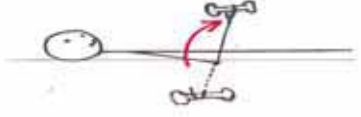
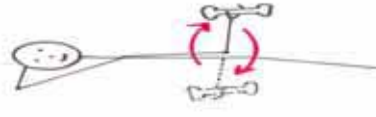



E. Sitúese con la espalda apoyada en la pared. Con las palmas frente a frente, entrelace los dedos y coloque las manos en la nuca. Trate de mover los codos hacia atrás hasta que toquen la pared. Manténgalos ahí durante unos segundos y luego muévalos hacia delante. Repítalo 10-15 veces



Ejercicios de fortalecimiento

Necesitará unas pesas de 0.5 - 2.5 Kg. para ejecutar estos ejercicios; las latas de alimentos son útiles, pero es más fácil sostener las pesas de gimnasia.

<p>A. Acuéstese sobre su espalda con el codo junto al costado y flexionado a 90 grados, de manera que el antebrazo se dirija hacia fuera. Levante lentamente la mano que sostiene la pesa, hasta que ésta apunte hacia el techo; luego regrese a la posición inicial Repítalo 10 veces. A medida que el hombro se fortalezca, repítalo hasta 20 veces.</p>	
<p>B. Acuéstese sobre su costado y mantenga el codo cerca del cuerpo y flexionado a 90 grados, como en el ejercicio 1. Levante lentamente la mano que sostiene la pesa, hasta que ésta apunte hacia el techo; luego bájela. Repítalo 10 veces, hasta llegar a 20 veces a medida que el hombro se fortalezca.</p>	
<p>C. En posición de pie o sentado, sostenga las pesas en ambas manos y gire las manos hasta que los pulgares apunten hacia el piso. Extienda los brazos unos 30 grados hacia delante, levántelos suavemente hasta que se encuentren un poco abajo del nivel del hombro y luego bájelos. (No los eleve por arriba del nivel del hombro porque esto puede perjudicar a los músculos y a los tendones por esfuerzo excesivo). Repítalo 10 veces y aumente el número de repeticiones en forma gradual hasta llegar a 20.</p>	

CUADRO VIII. ANALGÉSICOS USADOS EN EL TRATAMIENTO DE SÍNDROME DE HOMBRO DOLOROSO

Medicamento	Tipo de tratamiento	Dosis por intervalo	Intervalo de Administración (horas)	Días de tratamiento
Analgésicos simples				
Paracetamol:	Primera alternativa	0.5 a 1 g	6 - 8	7 a 14 días
Acido Acetil Salicílico	Otra alternativa *	0.5 a 1 g	6 - 8	7 a 14 días
AINES				
Ibuprofeno ***	Segunda alternativa	400 mg	6 - 8	7 a 14 días
Diclofenaco	Otra alternativa **	50 mg No exceder de 150 mg al día	8 - 12	7 a 14 días
Naproxeno	Otra alternativa **	250 a 500 mg	12	7 a 14 días
Piroxicam:	Otra alternativa **	20 mg	12	7 a 14 días
Indometacina	Otra alternativa **	25 a 50 mg.	6 - 8	7 a 14 días
Celecoxib	Otra alternativa **	100 mg	12	7 a 14 días

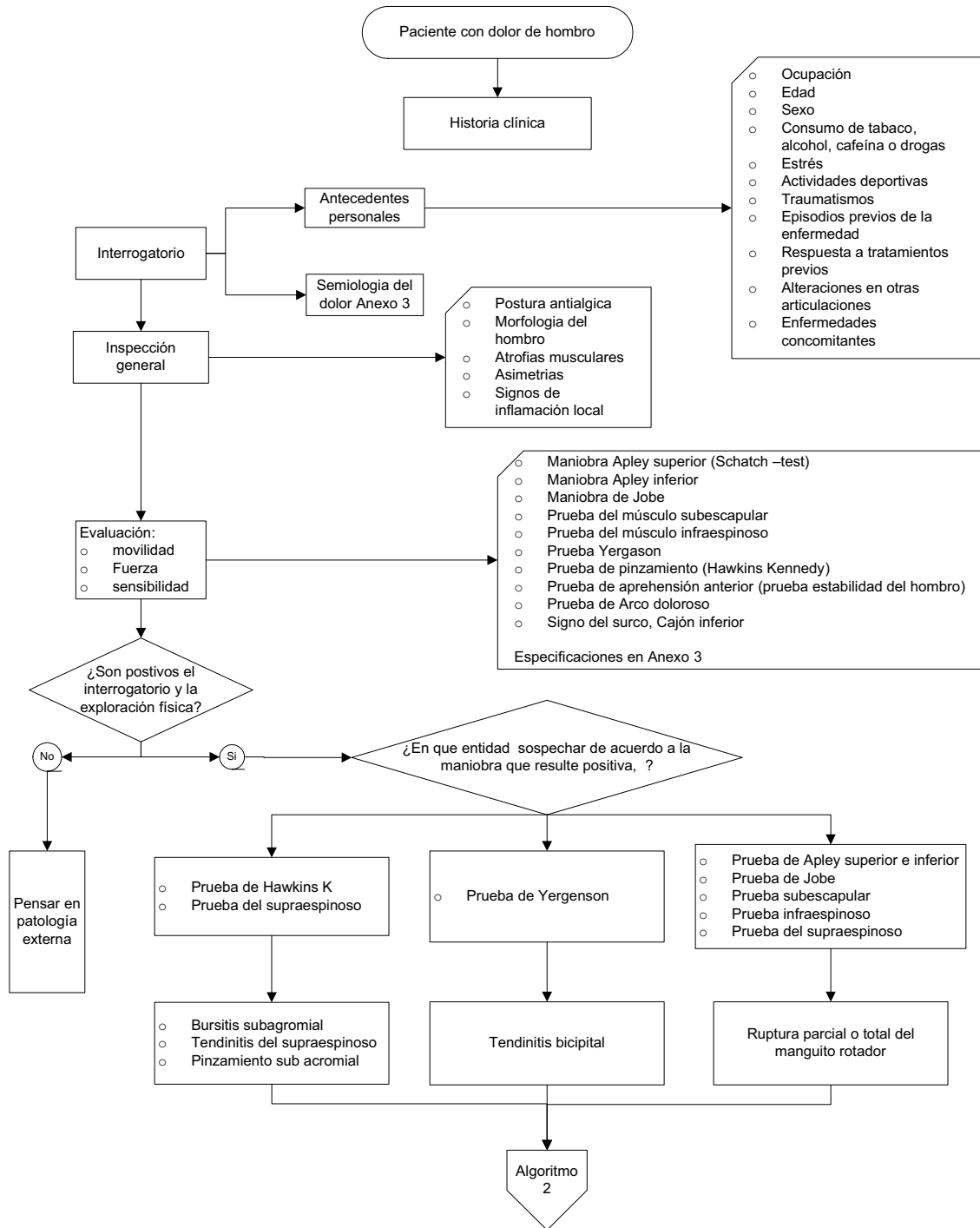
* Alternativa del paracetamol;

** Alternativa del ibuprofeno

*** Medicamento de elección de acuerdo a las evidencias encontradas en la literatura

ALGORITMOS

DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE HOMBRO DOLOROSO



ALGORITMO 2. TRATAMIENTO DE SÍNDROME DE HOMBRO DOLOROSO

