
	GUIA CLINICA ALTERACIONES SUBACROMIALES		Código	
			GS-DC-008	
	Fecha De Vigencia	18/11/2020	Versión 1	Página 1 de 11

TABLA DECONTENIDO

1.	DEFINICIÓN DE LAS PATOLOGÍAS	2
2.	OBJETIVO	2
3.	ALCANCE	2
4.	RESPONSABILIDAD	3
5.	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	3
6.	GUÍA DE MANEJO	3
	6.1 Enfoque General	3
	6.2 Procedimientos	4
	6.2.1 Evaluación.	4
	6.2.2 Identificación de signos de alarma.	5
	6.2.3 Listado de necesidades específicas.	5
	6.2.4 planteamiento del objetivo retador.	6
	6.2.5 Planteamiento de objetivos por disciplina	6
	6.2.6 Abordaje por fases de rehabilitación.	7
	6.3 Criterios de Egreso	8
	6.4 Criterios de educación postural y causas de origen.	9
	6.5 Criterios de falla y exclusión	11
7	BIBLIOGRAFIA	11

	GUIA CLINICA ALTERACIONES SUBACROMIALES		Código	
			GS-DC-008	
	Fecha De Vigencia	18/11/2020	Versión 1	Página 2 de 11

“GUIA DE MANEJO INTEGRAL DE REHABILITACIÓN-LESIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (AFECCIONES SUB ACROMIALES)

1. DEFINICIÓN DE LAS PATOLOGÍAS

Las Tendinitis del manguito rotador (CIE 10 -M75) Representan un espectro de patologías agudas y crónicas que afectan el tendón en sus cuatro componentes o a cada uno de ellos en forma aislada. Las manifestaciones agudas (a cualquier edad), pueden ser representadas por una condición dolorosa u ocasionalmente por un deterioro funcional o ambos, representando las variaciones entre inflamación de tejidos blandos (mínimo compromiso estructural) y la irritación extrema por avulsión completa (marcado compromiso estructural). La manifestación crónica (se presenta con mayor frecuencia en la década de los cuarenta), es siempre asociada con un incremento gradual de síntomas, especialmente durante las actividades repetitivas o por encima del nivel del hombro.

La Tendinitis Bicipital (CIE 10 M752) Se presenta como dolor localizado en la parte anterior del hombro y puede irradiarse a lo largo del tendón bicipital dentro del antebrazo, con frecuencia ocurre concomitantemente con síndrome de pinzamiento o ruptura del manguito rotador.

La bursitis de hombro (CIE 10 - M755) Es el dolor asociado con la inflamación de la bursa subacromial, o las demás bursas de hombro: subdeltoidea, subescapular y subcoracoidea.


En Aficenter las afecciones subacromiales representan el 8.1% de las principales causas de consulta, representados en 94 casos incidentes durante el primer semestre del 2018¹

2. OBJETIVO

“Promover la rehabilitación integral del usuario con lesiones de miembro superior que padecen patologías subacromiales, potenciando la funcionalidad, la participación en las actividades de la vida diaria y los contextos físico, social y laboral a los que pertenece”.

3. ALCANCE

Esta Guía de manejo define los lineamientos para llevar a cabo el tratamiento en usuarios con patologías de miembros superiores específicamente las afecciones subacromiales que produzcan alteraciones en la biomecánica de la extremidad afectando el desempeño funcional en las tareas cotidianas y entre ellas la actividad laboral, educativa o de recreación.

	GUIA CLINICA ALTERACIONES SUBACROMIALES		Código	
			GS-DC-008	
	Fecha De Vigencia	18/11/2020	Versión 1	Página 3 de 11

4. RESPONSABILIDAD

- Fisioterapeuta
- Terapeuta Ocupacional
- Auxiliar de rehabilitación
- Demás integrantes del grupo rehabilitador (psicólogo, trabajador social, etc.)

5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

5.1 Criterios de Contra referencia: son los indicadores clínicos valorados desde fisioterapia o terapia ocupacional que debe presentar un paciente una vez finalice el tratamiento, también pueden ser llamados criterios de egreso.

5.2 Criterios de Falla: Son los signos o síntomas presentados por el paciente en el proceso de rehabilitación, que obligarían a reportar tempranamente a la entidad que remite, a detener o abortar el tratamiento.


5.3 Escala Análoga del Dolor (EAD): Herramienta empleada para medir la intensidad del dolor, con calificación de 0 a 10, donde: 0 no presencia de dolor, 10 dolor máximo.

5.4 Escala FIM: Escala de medición del nivel de independencia y participación en las actividades de la vida diaria.

6. GUÍA DE MANEJO

6.1 Enfoque General

Se realizara un enfoque sistémico ecológico, donde se buscará la potenciación de cadenas musculares, la reeducación, la recuperación de la función articular del complejo del hombro y la extremidad superior, así como la participación en las actividades que requieran el uso y ejecución funcional de las extremidades superiores; buscando una correcta participación en los contextos laboral, social y familiar.

	GUIA CLINICA ALTERACIONES SUBACROMIALES		Código	
			GS-DC-008	
	Fecha De Vigencia	18/11/2020	Versión 1	Página 4 de 11

El abordaje de la rehabilitación del complejo articular del hombro bajo el METODO AFICENTER, considera como pilar de la intervención el fortalecimiento de la CINTURA ESCAPULAR como pivote para el movimiento de las extremidades superiores. Dentro de los principios generales tenemos que: Los movimientos de abducción del hombro como actividad de cinesiterapia no se ejecutaran en la fase I de rehabilitación, pero si se deberá alcanzar la movilidad esperada de acuerdo al protocolo, es decir, se trabaja movilidad pero no movimientos repetitivos de modo que se minimicen las posibilidades de alterar los procesos de cicatrización tisular propios de cada estructura. El fortalecimiento se progresara inicialmente con ampliación del rango de movimiento y posteriormente el aumento de cargas externas desde proximal hacia distal según los principios de las palancas biomecánicas, que deberán ajustar los brazos de palanca de acuerdo al estadio clínico y respuesta al tratamiento por parte del usuario. Se deberá tener en cuenta que ante alteraciones ligamentarias el propio peso de la extremidad (húmero), con relación al plano de movimiento en que se ejecute la acción, puede convertirse en un factor de riesgo para la rehabilitación.

6.2 Procedimientos

Evaluación, identificación de signos de alarma, listado de necesidades específicas, planteamiento de objetivos, planteamiento de objetivos por disciplina, abordaje por fases de rehabilitación, egreso con recomendaciones, seguimiento al egreso (de ser necesario).


6.2.1 Evaluación.

Observación: Asimetrías trofismos musculares, presencia de edema, postura estática y dinámica, cambios tróficos o crónicos en la piel, presencia de cicatrices.

Palpación: Espasmos peri articulares, derrame articular, tumefacción tisular, puntos gatillo.

Examen de la movilidad articular: Identificación de movimiento limitado y cuantificación del ángulo de limitación empleando goniometría.

Examen muscular: Valoración de la fuerza muscular comparando los siguientes pares musculares: abductores de escapula vs aductores de escapula; rotadores inferiores de escapula vs rotadores superiores; Rotadores mediales glenohumerales vs rotadores laterales; flexores de codo vs extensores de codo; cadena cinética muscular de tronco extensora vs cadena flexora. Para la

	GUIA CLINICA ALTERACIONES SUBACROMIALES		Código	
			GS-DC-008	
	Fecha De Vigencia	18/11/2020	Versión 1	Página 5 de 11

evaluación de los rotadores glenohumerales, se empleara el examen muscular manual de Daniels² calificando x/5

Examen de la flexibilidad. Valoración de la flexibilidad en los siguientes músculos: trapecio superior, pectorales mayor y menor, latísimo del dorso, interescapulares, rotadores laterales de hombro, bíceps y tríceps; abdominales y paravertebrales. La valoración se registrara en índice de flexibilidad porcentual (rango obtenido/rango de movilidad esperado x 100).

Examen de la función: Evaluar el desempeño del hombro en las siguientes actividades: peinarse, cepillarse los dientes, rascarse la espalda, colgar un objeto liviano, cargar un peso medio (hasta 3 kg), lavar ropa, lavar loza, y gesto laboral/deportivo.

Así mismo evaluar (Para terapia ocupacional solamente)

Patrones de movimiento globales: Los patrones de empujar, halar, cargar / levantar, transportar, lanzar[U1] con propulsión y lanzar rudimentario. Alcances en el plano alto, medio y bajo.

Patrones de movimiento funcionales: Patrón mano-cabeza, mano-boca, mano-espalda, mano-cadera, mano-rodilla y mano-pie.


Patrones de movimiento integrales: Agarres gruesos; agarres cilíndricos, latero laterales, palmar y a mano llena, agarres finos; pinzas fina, trípode, oposición.

Los calificativos son: Funcional – Semifuncional – Disfuncional.

Examen del Desempeño Ocupacional: Evaluar en nivel de independencia en las actividades de autocuidado, productivas o del trabajo y de ocio/tiempo libre, teniendo en cuenta la limitación en la actividad y la restricción en la participación. (Lo anterior está relacionado con lo descrito en la CIF)

Pruebas especiales³: Neer, Yokum, Hawkins, Speed, Yergason, Gelbert, Cajón anterior – Posterior, aprensión.

6.2.2 Identificación de signos de alarma.

	GUIA CLINICA ALTERACIONES SUBACROMIALES		Código	
			GS-DC-008	
	Fecha De Vigencia	18/11/2020	Versión 1	Página 6 de 11

Posterior a la valoración se identificara la presencia o no de signos de alarma y condiciones que no son de manejo para rehabilitación integral desde el diagnostico de patología subacromial; tales como:

- Hombro doloroso de origen neurológico: Plexopatía braquial, síndrome doloroso regional complejo, neuropatías periféricas.
- Hombro doloroso secundario a condiciones serias: fracturas, luxaciones, tumores, infección, artropatías inflamatorias.
- Hombro con dolor referido secundario a patología no osteomuscular.
- Hombro con dolor de origen mecánico: desgarros mayores, inestabilidad glenohumeral, capsulitis adhesiva.


6.2.3 Listado de necesidades específicas.

Partiendo de la evaluación exhaustiva se hará un listado de necesidades específicas, las cuales tiendan a solucionarse con la intervención; como ejemplo se anota:

1. Edema en contorno deltoideo que genera dismetría de 1.8 Cms en perímetro de hombro
2. Asincrónica escapulo humeral, predominando componente escapular por encima de 90 grados de abducción.
3. Retracción de pectoral mayor, generando una asimetría en su índice de flexibilidad correspondiente al 40 %
4. Asimetría muscular en par de fuerzas rotadores glenohumerales. Rotadores mediales (4/5) Vs Laterales (2/5)
5. No logra peinarse, ni desabrocharse el sostén; tampoco logra lanzar objetos con peso menor a 1 libra distancias superiores a 2 metros

6.2.4 Planteamiento del objetivo retador.

Partiendo de la evaluación, de la identificación de las necesidades, y de las expectativas del paciente y su familia, se diseñará un objetivo general e interdisciplinar, y objetivos específicos que orienten el proceso de rehabilitación.

	GUIA CLINICA ALTERACIONES SUBACROMIALES		Código	
			GS-DC-008	
	Fecha De Vigencia	18/11/2020	Versión 1	Página 7 de 11

6.2.5 Planteamiento de objetivos por disciplina


Se diseñarán buscando que lleven al alcance del objetivo retador, deberá ser coherente con la solución de las necesidades específicas y deberá tener en cuenta la participación y roles del paciente. Cada objetivo deberá ser medible con indicadores de mejoría. Como ejemplo se anota:

1. Resolver edema en contorno deltoideo aboliendo disimetría de en perímetro de hombro
2. Normalizar sincrónica escapulohumeral hasta 160 grados de abducción.
3. Incrementar la flexibilidad del pectoral mayor generando un porcentaje de retracción de 0%.
4. Lograr simetría muscular en par de fuerzas rotadores glenohumerales
5. Reestablecer la función de peinarse el cabello y cepillarse los dientes con la extremidad superior afectada o dominante, con escasos o ningún síntoma.

6.2.6 Abordaje por fases de rehabilitación.

La intervención se realizara buscando llevar el proceso de recuperación según las fases planteadas y reconociendo los indicadores respectivos para progresar en la fase de rehabilitación.


FASE DE REHABILITACION	Nº DE SESIONES	INDICADORES DE EVALUACION
FASE I	5	<ul style="list-style-type: none"> • Movilidad escapular completa • Movilidad glenohumeral pasiva: flexión 170[U2]°, abducción 170°, rotación externa 60°, rotación interna + extensión pulgar toca proceso espinoso de LII • Dolor menor o igual a 5/10 en escala análoga subjetiva de percepción del dolor. • Fuerza escapular mayor o igual 3/5 en el examen muscular manual

	GUIA CLINICA ALTERACIONES SUBACROMIALES		Código GS-DC-008	
	Fecha De Vigencia	18/11/2020	Versión 1	Página 8 de 11

	5	<ul style="list-style-type: none"> • Movilidad escapular completa • Movilidad glenohumeral pasiva: flexión 180[U3]°, abducción 175°, rotación externa 80°, rotación interna + extensión: pulgar toca proceso espinoso de TXII • Movilidad activa: flexión mayor o igual a 90°, abducción mayor o igual 90°, rotación externa 80°, rotación interna + extensión pulgar toca L I. • Dolor menor o igual a 3/10 en escala análoga subjetiva de percepción del dolor.
FASE II		<ul style="list-style-type: none"> • Fuerza escapular mayor o igual 4/5 en el examen muscular manual. • Incremento en actividades funcionales por encima del 70% de la función esperada.
FASE III	5	<ul style="list-style-type: none"> • Movilidad escapular completa • Movilidad glenohumeral pasiva: flexión 180°, abducción 180°, rotación externa 80°, rotación interna + extensión: pulgar toca proceso espinoso de TXI • Movilidad activa: flexión 180°, abducción 180°, rotación externa 80°, rotación interna + extensión pulgar toca TXI. • No dolor en reposo. Dolor menor o igual a 3/10 en escala análoga subjetiva de percepción del dolor al movilizar en rangos extremos. • Fuerza escapular mayor o igual +4/5 en el examen muscular manual. • Fuerza estabilizadores primarios rotadores internos > - 4/5 , rotadores externos > +3/5 • Conocimiento de plan casero y de prevención causas de origen. • Realización de las siguientes actividades peinarse, cepillarse los dientes, rascarse la espalda, colgar un objeto liviano, cargar un peso medio (hasta 3 kg), lavar ropa, lavar loza, y gesto laboral/deportivo.

6.3 Criterios de Egreso

- Identificar en la evaluación alguno de los **criterios de falla o exclusión** antes mencionados.
- **Fuerza muscular funcional:** El paciente es capaz de movilizar su extremidad superior cargando el peso de la misma y un peso agregado hasta de 3 libras.
- **Movilidad articular:** El paciente excursiona en la totalidad de la movilidad articular del complejo articular del hombro.


	GUIA CLINICA ALTERACIONES SUBACROMIALES		Código	
			GS-DC-008	
	Fecha De Vigencia	18/11/2020	Versión 1	Página 9 de 11

- **Dolor:** Se ha presentado una reducción del dolor articular en reposo mayor o igual a 3 puntos en la Escala Análoga del Dolor (EAD); y en movimiento el dolor presenta una reducción mayor o igual a 2 puntos en la EAD.
- **Funcionalidad:** El paciente logra ejecutar con adecuada biomecánica y con mínimos síntomas las siguientes actividades:
 - Peinarse
 - Abrocharse el sostén (mujeres)
 - Tocarse el proceso espinoso de la XII vertebra torácica
 - Cargar bolsas con carga 3 libras, con el brazo pendiente al lado del tórax.
- **Conocimiento del plan casero y prevención de causas de origen:** El paciente conoce y practica plan casero de ejercitación propuesto por grupo rehabilitador tratante. Así mismo el paciente conoce los criterios de educación postural y causas de origen.

6.4 Criterios de educación postural y causas de origen.

La educación básica que debe recibir un paciente que padece de un hombro doloroso es la siguiente:


Recomendaciones	Como realizarla	Para qué?
Mantener buena postura	-Procurar una postura alineada especialmente en sus hombros, cuello y espalda. Manteniendo hombros atrás, pecho moderadamente erguido, abdomen y glúteos con moderada tensión	De esta forma se alinean las estructuras del hombro, cuello y espalda alta, previniendo choques biomecánicos e impactaciones en hombro y cintura escapular.

	GUIA CLINICA ALTERACIONES SUBACROMIALES		Código GS-DC-008	
	Fecha De Vigencia	18/11/2020	Versión 1	Página 10 de 11

Prestar especial atención ala postura al dormir.	Debe evitar dormir sobre el hombro en rehabilitación Debe evitar dormir con el brazo en abducción y rotación lateral (postura de poner la mano detrás de la cabeza mientras duerme boca arriba).	Evitando estas posturas, se favorecerá una adecuada circulación sanguínea y un pronto proceso de cicatrización.
Evitar carga de objetos pesados por encima de los hombros	No debe manipular pesos superiores a 5 kg por encima de 90° de flexión / abducción de hombro.	Busca prevenir sobrecarga y aumento de compresión en el espacio subacromial de hombro.
Promover cargas y posiciones funcionales	Es permitido manejar pesos en la mano con el brazo pendiente de hasta 5 kg	Esta carga en esta posición favorece tracción benéfica para el hombro, adicionalmente previene la hipotrofia por desuso.
Prevenir la repetitividad	Debe evitar movimientos repetitivos de hombro por encima de 90° de flexión / abducción con flexión de codo.	Evitar sobrecarga tendinosa de los músculos del manguito rotador
Prevenir posturas sostenidas o forzadas	Evitar posturas mantenidas, prolongadas o forzadas de hombro, especialmente con posicionamiento de manos por encima del nivel de los hombros. Asi mismo Evitar exposición a vibración del miembro superior	Evitar sobrecarga tendinosa de los músculos del manguito rotador

6.5 Criterios de falla y exclusión

- La identificación de cualquiera de los **signos de alarma** anteriormente descritos.
- El incremento del dolor con la intervención, cuantificado en 4 o más puntos en la Escala Análoga del Dolor (EAD).
- Disminución de la capacidad funcional con la intervención

	GUIA CLINICA ALTERACIONES SUBACROMIALES		Código	
			GS-DC-008	
	Fecha De Vigencia	18/11/2020	Versión 1	Página 11 de 11

- Apatía y mala actitud del paciente frente al proceso de rehabilitación desde fisioterapia.

Bibliografía

- Ministerio de la Protección Social, Colciencias, Centro de Estudios e Investigación en Salud de la Fundación Santa Fe de Bogotá, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. Guía Metodológica para el desarrollo de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. Bogotá, Colombia 2010.
- Resolución número 1043 de 2006 ministerio de la protección social.
- Physical treatment reoutfitter in the painful shoulder. T. Bravo Acosta, , E. Quiriello Rodríguez, Y. Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología, Volumen 12, Issue 1, January–June 2009, Pages 12–19
- Daniels L, Catherine Worthingham. 2014. Pruebas Funcionales Musculares. Tomado de: <http://es.slideshare.net/iPhysioEdu/pruebas-funcionales-musculares-lucille-daniels-catherine-worthingham>
- Gerstner J. 2011 Semiologia del aparato locomotor. Cali. Colombia.13 edicion. EditorialCelsus
- CarrieM. Lori B. 2006. Therapeutic Exercise Moving Toward Function. Badalona (España).Editorial Paidotribo.
- Blanchard V, Barr S, Cerisola F. The effectiveness of corticosteroid injections compared with physiotherapeutic interventions for adhesive capsulitis: a systematic review. Physiotherapy 2010; 96: 95-107.
- Carlos Eduardo Ugalde Ovarés, Daniel Zúñiga Monge, Ricardo Barrantes Monge. ACTUALIZACIÓN DEL SÍNDROME DE HOMBRO DOLOROSO: LESIONES DEL MANGUITO ROTADOR. Medicina Legal de Costa Rica. Vol. 30 (1), Marzo 2013. ISSN 1409-0015. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v30n1/art06v30n1.pdf>.