
		Código	
		Versión	<b>Primera</b>
		Fecha	<b>Mayo, 2017</b>
		Vigencia	<b>Mayo, 2019</b>

**PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EN TRAUMATOLOGIA  
PROTOCOLO: HOMBRO DOLOROSO**

<b>Elaborado por:</b>	<b>Visado por:</b>	<b>Aprobado por:</b>
.-Equipo de Traumatología. .-Equipo de Medicina Física y Rehabilitación. . -Equipo de Gestión Clínica de SSAS.	Subdirector Médico Dr. Jaime Neira	Director de Servicio Dr. Milton Moya
Fecha: 29/05/2017	Fecha: 01/06/2017	Fecha:

		Código	
		Versión	<b>Primera</b>
		Fecha	<b>Mayo, 2017</b>
		Vigencia	<b>Mayo, 2019</b>

**Fecha de Elaboración y revisión.  
Elaborado: Mayo 2017**


<b>Versión Modificada</b>	<b>Descripción de Modificación</b>	<b>Nº documento que deja sin efecto</b>

**Participantes de la elaboración del Documento:**

- . -Equipo de Traumatología SSAS
- .- Equipo de Medicina física y rehabilitación SSAS
- . -Equipo de Gestión Clínica de SSAS.
- . –Medico APS: Dr. Humberto Berrios


**Declaración de Conflicto de Interés**

“Los autores y los revisores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración/revisión de este protocolo”.

		Código	
		Versión	<b>Primera</b>
		Fecha	<b>Mayo, 2017</b>
		Vigencia	<b>Mayo, 2019</b>

## Índice


Fecha de Elaboración y Revisión	2
Autores y Comité Revisor	2
Conflicto de Intereses	2
Introducción	4
Mapas de Red	4
Objetivo	5
Población Objetivo	5
Ámbito de Aplicación	5
Definición o Glosario	5
Desarrollo	6
Flujograma.	12
Metodología de Evaluación.	13
Planes de Difusión.	15
Bibliografía	15

		Código	
		Versión	<b>Primera</b>
		Fecha	<b>Mayo, 2017</b>
		Vigencia	<b>Mayo, 2019</b>

## Introducción:

La patología musculo esquelética es una frecuente causa de consulta en el nivel primario de atención. El médico del nivel primario habitualmente se ve enfrentado a tomar decisiones sobre el manejo clínico de pacientes con patología traumatológica a partir del conocimiento adquirido en el pregrado y la experiencia clínica adquirida en la práctica profesional. Anualmente del total de interconsultas generadas en todos los establecimientos de la Red, las de causas musculo esquelética constituyen el 9 % de toda la lista de espera en el Servicio de Salud Araucanía Sur. Dentro de estas Interconsultas, los diagnósticos de Túnel carpiano (Mano dolorosa con hormigueo), Hombro Doloroso y Rodilla dolorosa, representan las primeras causas de derivación desde el nivel primario al traumatólogo, y también entre especialistas. La mayoría de estas patologías podrían manejarse en el nivel primario, al contar con un documento de orientación clínica que permita tomar decisiones informadas y resolver los problemas de salud prevalentes en su Centro de Salud, y referir al nivel secundario ambulatorio de especialidad aquellos problemas que, de acuerdo a sus características y evolución, requieren de la opinión profesional especializada del área. Además, en este proceso es de alta relevancia contar siempre con el documento formal de Contrarreferencia por parte del especialista, ya que ello también permite un mejor manejo a futuro.

Por lo anterior, se justifica el diseño del presente protocolo, que pretende contribuir a formalizar los procesos de manejo clínico y derivación en los casos de Hombro Doloroso. Este documento fue elaborado siguiendo las pautas establecidas por el MINSAL en cuanto a los puntos que deben conformarlo, los cuales reúnen Introducción, mapas de red, objetivo, población, ámbito de aplicación, responsables, el proceso de distribución para llevar a cabo la implementación del mismo, y la metodología de evaluación. El desarrollo y flujograma del tema en sí, se basó en la mejor evidencia disponible (meta análisis y revisiones sistemáticas) en una búsqueda sistemática de la misma a través de bases electrónicas como Medline, Bireme, Guideline, Dare-HTA, usando las palabras claves en inglés y español: "**Shoulder pain**" "**Primary Health Care**", sumado a estudios que los expertos en el tema consideraban incorporar por su utilidad, para que finalmente y en base a GRADE como un método sistemático y explícito para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones, se resaltan las recomendaciones consideradas: "A Favor" de implementarse, en base a la evidencia, la experiencia de los involucrados y los recursos disponibles.

		Código	
		Versión	<b>Primera</b>
		Fecha	<b>Mayo, 2017</b>
		Vigencia	<b>Mayo, 2019</b>

## Mapas de Red

Nivel Primario:

- Dirección de Departamentos de Salud Municipal (DSM)
- Dirección de Hospitales de base Comunitaria y Nodo
- Dirección de Establecimientos Atención primaria Salud (CESFAM, CECOSF, Postas de Salud Rural y Estaciones Médicos Rurales)
- Box médico o Clínico de los distintos establecimientos
- Servicios de Urgencias (Servicio Atención Primaria Urgencia, Servicio de Urgencia Rural)

Nivel Secundario:

- Unidad de Traumatología y Fisiatría de Hospitales Nodo y del HHAH
- Servicio de medicina Física y Rehabilitación de Hospitales Nodo y HHAH
- Dirección y Sub Dirección Médica de Hospitales Nodo y del HHAH
- Consultorios de Especialidades al HHAH
- Dirección y Subdirección Médica del SSAS

## Objetivo

Definir un sistema de referencia y contra referencia en la Red Asistencial de salud de pacientes portadores de Hombro Doloroso, para fortalecer la calidad de la atención, el uso de los recursos y optimizar la comunicación entre los diferentes niveles de atención.

## Población Objetivo

Para la atención de todo paciente con Hombro Doloroso en todos los niveles de atención de salud de nuestra Red Asistencial.

## Ámbito de Aplicación


Este protocolo deberá ser aplicado en todos los establecimientos de la Red Asistencial del Servicio de Salud Araucanía sur, y deberá estar en conocimiento de directores de establecimientos, Jefes de Servicio, así como jefes de Sector.

Dirigidas a Médicos Generales, Médicos de Familia o Médicos Especialistas (Traumatólogos, Fisiatras), Kinesiólogos, terapeutas ocupacionales y otros profesionales del nivel primario y secundario de atención de la Red Asistencial del Servicio de Salud de la Araucanía Sur.

## Responsables

De la Ejecución:

- . -Profesionales: Médicos generales, Médicos familiares o Médicos especialistas (Traumatólogos, Fisiatras), Kinesiólogos y otros profesionales del nivel primario y secundario de atención de la Red asistencial del servicio de Salud de la Araucanía Sur.
- . -De los Depts./Unidades encargadas:

		Código	
		Versión	<b>Primera</b>
		Fecha	<b>Mayo, 2017</b>
		Vigencia	<b>Mayo, 2019</b>

Direcciones de establecimientos de atención primaria salud y hospitales de base comunitaria; Servicio de traumatología y Medicina Física y Rehabilitación de Hospitales Nodo y del HHA; Dirección y subdirección médica de Hospitales Nodo y del HHA; Dirección y Sub dirección médica del SSAS.

### **Definiciones o Glosario de términos**

APS: Atención Primaria en Salud  
 CAE: Consultorio adosado de Especialidades  
 CECOSF: Centro Comunitario de Salud Familiar  
 CESFAM: Centro de Salud familiar  
 CIRA: Consejo Integrado de Red Asistencial  
 FC: Ficha Clínica  
 HHA: Hospital Hernán Henríquez Aravena.  
 SIC: Solicitud de Interconsulta  
 SOME: Servicio de orientación Médica estadístico.  
 SSAS: Servicio de Salud Araucanía SUR

### **Desarrollo**

#### ***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. El dolor en el hombro no es un diagnóstico específico por esta razón se define como síndrome, ya que su etiología es diversa.

El hombro, analizado como unidad anátomo-funcional, consta de tres articulaciones verdaderas: glenohumeral, esternocostoclavicular, acromioclavicular y dos articulaciones falsas: escapulotorácica y subacromial. Corresponde a una articulación de tipo móvil con una fosa glenoidea superficial, mientras que el húmero está suspendido al omoplato por tejido blando, músculos, ligamentos, una cápsula articular y tiene sólo un apoyo óseo mínimo. El movimiento normal del hombro es el resultado de la acción conjunta de las articulaciones glenohumeral, acromioclavicular y esternoclavicular, a lo que se agrega el deslizamiento de la escápula sobre el tórax.

De acuerdo a la localización, se pueden clasificar en lesiones periarticulares (más frecuente), lesiones articulares, patología ósea, causas extrínsecas, vascular, neurológico, fibromialgia y síndrome de dolor regional complejo.

#### ***Etiología:***

Las causas extrínsecas son las principales y son el resultado del roce del manguito rotador con estructuras óseas o ligamentosas periféricas. Se dividen en primarios, si resultan de

		Código	
		Versión	<b>Primera</b>
		Fecha	<b>Mayo, 2017</b>
		Vigencia	<b>Mayo, 2019</b>

alteraciones congénitas o adquiridas de la anatomía coracoacromial, y en secundarios cuando resultan de inestabilidad glenohumeral.

### **Anamnesis:**

Es importante recoger 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. 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. Existen múltiples maniobras que orientan el diagnóstico de las causas articulares, aunque la sensibilidad y especificidad de las mismas es muy variable en función del patrón oro con las que se compare y la prevalencia de la patología,


- Inspección: Observar al paciente desde ingreso a la consulta, la forma del braceo, posturas antialgicas, alineación postural, velocidad y simetría de la marcha (marcha temerosa).
- Palpación: Con el paciente en posición sentado y con el hombro descubierto se procede a la palpación. Buscando puntos dolorosos.
- La movilidad: con el paciente sentado, se evalúa la movilidad activa, pasiva del hombro y contra resistencia del hombro. Verificar si el ritmo escápulo-humeral y escápulotorácico es armónico o no. Prestar atención a la aparición de dolor, crujidos o topes articulares durante el movimiento.

Activa: se explora con el hombro descubierto, 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, la cual se realiza con una mano que moviliza la extremidad suavemente y con la otra se estabiliza el hombro.

### **Diagnostico:**

Se debe 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 más frecuentes son:

.-Patología del manguito de los rotadores (tendinopatía del manguito, síndrome de atrapamiento, bursitis subacromial y rotura del manguito) en la exploración se determina *limitación parcial a los movimientos activos y pasivos en algunos rangos de movilidad*

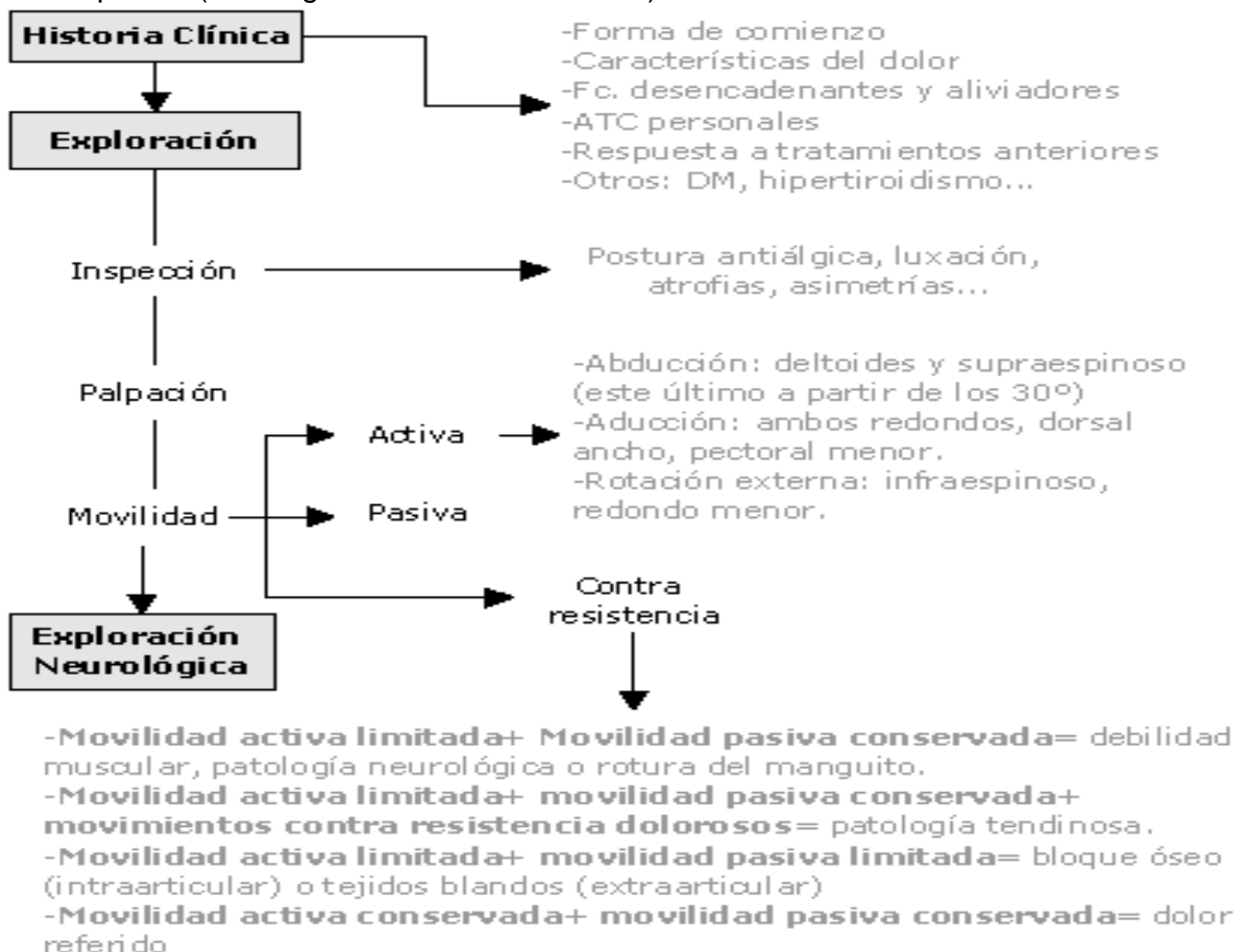
		Código	
		Versión	<b>Primera</b>
		Fecha	<b>Mayo, 2017</b>
		Vigencia	<b>Mayo, 2019</b>
			<b>Página 8 de 15</b>

En la 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 (55 años de edad)


.-Enfermedades de la articulación glenohumeral (hombro congelado y artritis), enfermedad de la articulación acromioclavicular, infecciones y luxaciones traumáticas. En la exploración se determina *limitación total a los movimientos activos y pasivos*

En el 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.

Ver esquema: (fuente guía clínica Fisterra.2003)





		Código	
		Versión	<b>Primera</b>
		Fecha	<b>Mayo, 2017</b>
		Vigencia	<b>Mayo, 2019</b>

### **Diagnósticos diferenciales:**

Debe distinguirse las causas extrínsecas, ya que en este caso el dolor es referido, la patología de base se encuentra fuera de las estructuras del hombro:

*Neurológicas:* compresión de raíces nerviosas de C5, C6; compresión del nervio supraespinoso; lesiones en el plexo braquial; lesión en el cordón espinal; enfermedad en columna cervical; síndrome del desfiladero torácico; Herpes zoster.

*Abdominales:* Enfermedad hepatobiliar; Mesotelioma, Absceso subfrénico.

*Causas cardiovasculares:* Isquemia miocárdica, Trombosis de la vena axilar, Disección aórtica.

*Causas torácicas:* Neumonía del lóbulo superior, tumores apicales de pulmón o metástasis, embolismo pulmonar, neumotórax.

*Otras:* Polimialgia reumática, Fibromialgia, distrofia simpaticorefleja.

### **Estudios complementarios:**

A nivel primario:

*Radiografía simple de hombro Ap y lateral:* 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.

A nivel secundario:

*Ecografía:* Tiene una sensibilidad y especificidad elevadas para las roturas parciales (0,72/0,93) y completas (0,95/0,96) del manguito de los rotadores y algo menor para la tendinopatía (0,67/0,88), bursitis subacromial (0,79/0,74) y tendinitis calcificante (1/0,85). Se recomienda cuando el tratamiento conservador ha fallado.

*Resonancia Magnética:* La sensibilidad y especificidad diagnóstica es superior a la TAC. Es útil en el estudio de los síndromes subacromiales y en la patología del manguito de los rotadores cuando la ecografía sea dudosa


### **Tratamiento:**

Las evidencias sobre el tratamiento más adecuado son poco consistentes ya que los estudios difieren en la metodología e incluso en la propia definición de hombro doloroso. Existe acuerdo en recomendar:

#### **En APS**

.- Reposo relativo de la articulación y limitación de los movimientos principalmente los repetitivos o que provocan dolor. No usar Cabestrillo

.- Analgesia con paracetamol o antiinflamatorios no esteroideos (AINES); es el tratamiento de primera elección. No existen datos que comparen la eficacia de uno frente a otros y se recomienda elegirlos en función de sus contraindicaciones y la situación clínica del paciente. De segunda línea de tratamiento se debe asociar el uso de opioides.

		Código	
		Versión	<b>Primera</b>
		Fecha	<b>Mayo, 2017</b>
		Vigencia	<b>Mayo, 2019</b>

.- Ejercicio y fisioterapia: Su objetivo es restablecer la movilidad de la articulación. Existe discreta evidencia a favor de la eficacia del ejercicio en la disminución del dolor. Deben indicarse los que aumentan el rango de movimiento, de flexibilidad y fortalecimiento muscular. La evidencia es discreta en relación al beneficio de la fisioterapia asociada a los programas de ejercicio, principalmente para la patología del manguito de los rotadores y la artritis acromioclavicular. Los ultrasonidos tienen escaso valor en el tratamiento y no existen datos suficientes para recomendar el calor o el frío como mejor opción terapéutica, por lo tanto su indicación es según evolución del paciente.


Control médico APS en 10 días, si cuadro persiste derivar a Kinesiología. Si cuadro permanece por más de tres meses, de predominio nocturno, persistencia de la limitación funcional y sin respuesta a tratamiento kinésico. Se deriva a nivel secundario.

***Crterios o condiciones de Referencia a Especialidades (Traumatología, Fisiatria , Reumatologia):***

- Antecedentes de traumatismo asociado, con limitación funcional y dolor persistente
- Persistencia de dolor tras 3-6 meses de tratamiento conservador.
- Historia de inestabilidad de la articulación o traumatismo.
- Sospecha de rotura del manguito de los rotadores.
- Diagnóstico dudoso.
- Presencia de signos de alarma que hagan sospechar afectación extrínseca del hombro
- Antecedentes personales de neoplasia, presencia de tumoración o deformidad sin justificación aparente.
- Presencia de signos físicos que hagan sospechar infección.
- Antecedentes de traumatismo reciente que hagan sospechar la presencia de luxación de hombro.
- Datos clínicos que hagan sospechar rotura reciente del manguito de los rotadores.
- Datos clínicos de compromiso neurológico.

**Abordaje en la especialidad:**

.-Infiltración con glucocorticoides: A nivel de especialidad, es el tratamiento de segunda elección. No está indicada si se sospecha rotura de manguito de los rotadores. A corto plazo son más eficaces que la actitud expectante o la fisioterapia, aunque no está claro su efecto a largo plazo. Son más eficaces realizadas en las fases agudas o subagudas. La dosis y frecuencia de su aplicación son variables. Se recomienda utilizar triamcinolona o metilprednisolona *por no más de tres infiltraciones al año*. Puede producir hiperglucemia a los 2 días de su aplicación por lo que debe utilizarse con precaución en pacientes diabéticos.

		Código	
		Versión	<b>Primera</b>
		Fecha	<b>Mayo, 2017</b>
		Vigencia	<b>Mayo, 2019</b>

.- Cirugía: debe considerarse siempre la última opción terapéutica, cuando ha fallado el tratamiento conservador bien llevado y persiste sintomatología. Debe recomendarse tratamiento rehabilitador posterior a cualquiera de las técnicas quirúrgicas empleadas.

#### **Criterios específicos de remisión a Traumatología:**

- Indicación quirúrgica
- Hombro congelado
- Rotura total del manguito de los rotadores o del tendón del bíceps en pacientes jóvenes.
- Rotura 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).

#### **Remitir a Reumatología:**


Pacientes con antecedentes reumáticos que expliquen el síndrome: Artritis Reumatoide, Polimialgia, Artrosis etc y que no ha mejorado con tratamiento inicial según corresponda la patología.

#### **Criterios específicos de remisión a Medicina Física y Rehabilitación:**

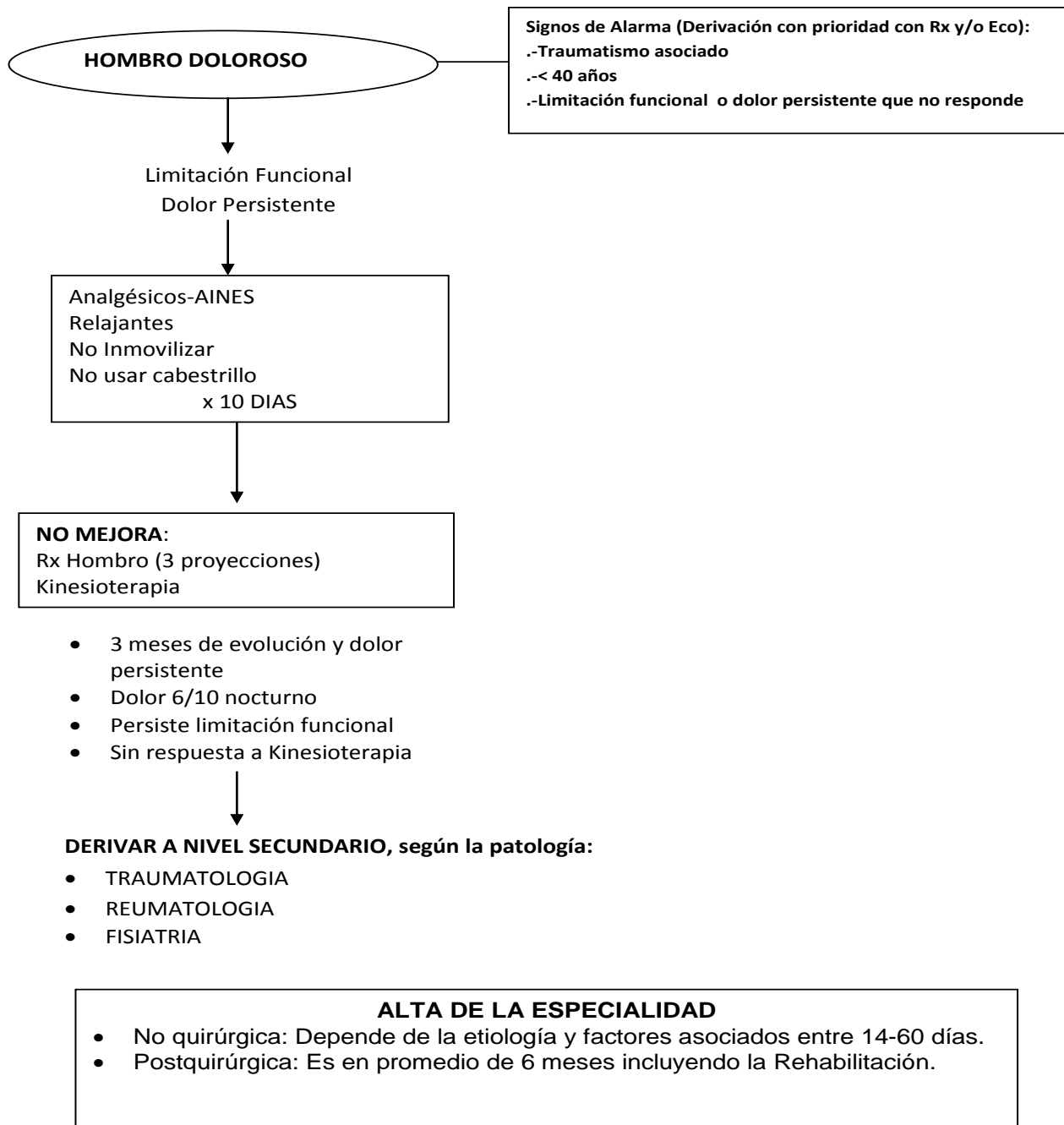
Tendinitis del manguito de los rotadores.  
Tendinitis de la porción larga del bíceps.  
Roturas parciales tendinosas en edad (55 años o más) no quirúrgicas.  
Bursitis de hombro I y II no infecciosas.  
Lesión de manguito rotador estadio I y II menor de 3 meses.  
Osteoartrosis de articulación glenohumeral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


#### **Criterios de Alta en la especialidad:**

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.

		Código	
		Versión	<b>Primera</b>
		Fecha	<b>Mayo, 2017</b>
		Vigencia	<b>Mayo, 2019</b>

## Flujograma



		Código	
		Versión	<b>Primera</b>
		Fecha	<b>Mayo, 2017</b>
		Vigencia	<b>Mayo, 2019</b>

### Metodología de Evaluación

Fuente de datos: Ficha clínica y Solicitud de Interconsulta (SIC) de cada establecimiento. SOME

Formato Auditoría de Implementación de protocolos.

Mediante auditoría de fichas clínica en los establecimientos de la Red involucrados en la resolución del Protocolo a auditar.

Procedimiento:

1. Seleccionar los pacientes atendidos a nivel secundario con diagnóstico de las patologías protocolizadas, posterior a difusión de protocolos, de éstos se seleccionará una muestra representativa (según estadística)
2. Realizar revisión de: Ficha nivel Primario, Interconsulta y Ficha de Nivel secundario, de acuerdo a la siguiente pauta.

Presencia o no en la ficha de 3 elementos relevantes del protocolo para cada nivel de atención:

#### Ficha Nivel Primario:

Puntos

		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	


Total: -----

		Código	
		Versión	<b>Primera</b>
		Fecha	<b>Mayo, 2017</b>
		Vigencia	<b>Mayo, 2019</b>

Se considerará implementado cuando al menos cumple con un total de 6 puntos presentes y con 2 puntos en cada nivel para cada proceso de paciente auditado.

De todos los casos auditados por Protocolo se calculará el porcentaje de casos con evidencia de implementación del total de casos evaluados y se entregará en el siguiente formato.

	Protocolo	% Implementación
<b>Especialidad</b>	<b>1</b>	
	<b>2</b>	
<b>Especialidad</b>	<b>1</b>	
	<b>2</b>	

		Código	
		Versión	<b>Primera</b>
		Fecha	<b>Mayo, 2017</b>
		Vigencia	<b>Mayo, 2019</b>

### Plan de Difusión:

- . -Envió por correo electrónico en Formato digital a los responsables de la Ejecución del protocolo.
- . -Presentación y entrega a los responsables de los establecimientos.

### Bibliografía

- . - Atkins D, et al; GRADE Working Group. Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations I: critical appraisal of existing approaches The GRADE Working Group. BMC Health Serv Res. 2004; 4 (1): 38.
- .-Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Hombro Doloroso en Primer Nivel de Atención, México: Cortés y cols. Instituto Mexicano del Seguro Social; 2008.
- .-Marín-Gómez M y cols. La calidad de la atención al hombro doloroso. Audit clínico. Gac Sanit. 2006;20(2):116-23
- .-López y cols. Guía Clínica Manejo del Hombro Doloroso del Adulto Mayor en la Comunidad. MINSAL 2006.
- .-Guia Clinica Fisterra: Hombro Doloroso. 2003.
- .-House J, Mooradian A. Evaluation and management of shoulder pain in primary care clinics. South Med J. 2010;103(11):1129-35. PubMed
- .-Jordan KP, Kadam UT, Hayward R, Porcheret M, Young C, Croft P. Annual consultation prevalence of regional musculoskeletal problems in primary care: an observational study. BMC Musculoskelet Disord. 2010;11:144.
- .-Huygen F, Patijn J, Rohof O, Lataster A, Mekhail N, van Kleef M, et al. Painful shoulder complaints. Pain Pract. 2010;10(4):318-26.
- .-P. Zitko y cols. Programa de Atención Musculo-esquelético en atención primaria: Primera evaluación semestral Rev Chil Salud Pública 2008; Vol 12 (1): 26-36