

Hombro doloroso

Dirección Asistencia Sanitaria
Guías de Gestión Asistencial
Fisioterapia

Guías



de Gestión Asistencial
F i s i o t e r a p i a

Hombro doloroso

Autores:

Mercedes Nocito Gaspa (Fisioterapeuta Centro Asistencial Bruc. Barcelona)

Cristina Sanz Márquez (Fisioterapeuta Centro Asistencial Horta. Barcelona)

Isabel Verdura Elordi (Fisioterapeuta Centro Asistencial El Prat de Llobregat. Barcelona)

Yolanda Campderrós Bel (Fisioterapeuta Centro Asistencial Mollet del Vallès. Barcelona)

Eduardo Vila Condom (Fisioterapeuta Centro Asistencial L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona)

Margarita Suñer Bañeras (Fisioterapeuta Centro Asistencial Anglí. Barcelona)

Coordinadora:

Margarita Suñer Bañeras (Fisioterapeuta Centro Asistencial Anglí. Barcelona)

H

▶ **Hombro doloroso**

➔ **PRESENTACIÓN**

Se denomina hombro doloroso a un conjunto de patologías que tienen en común el dolor localizado a nivel de la articulación escápulo-humeral, acompañado, según los casos, de inflamación, limitación articular y atrofia muscular.

➔ **EPIDEMIOLOGÍA**

El hombro doloroso, en sus diversas presentaciones, es una patología frecuente. De acuerdo con un estudio realizado en 2001 sobre una muestra de centros asistenciales Asepeyo de Cataluña, representaba un 23,07% de los pacientes atendidos para tratamiento de partes blandas y ligamentarias en las Unidades de Fisioterapia y un 11,37% del total de pacientes.



Guía clínica para el tratamiento del hombro doloroso: Síndrome subacromial obstructivo (tendinopatías)

I. CONCEPTO DE LA PATOLOGÍA

Cuadro clínico que expresa el compromiso surgido en el espacio subacromial entre las estructuras óseas y las partes blandas que conforman la cofia de rotadores y que puede ir desde la simple bursitis hasta la ruptura masiva de la cofia con retracción del extremo proximal de la misma.

II. VALORACIÓN DE FISIOTERAPIA

El diagnóstico de fisioterapia es un proceso de análisis de las deficiencias e incapacidades, con el objetivo de establecer un programa de tratamiento en función de las necesidades observadas.

El proceso de valoración del **síndrome subacromial obstructivo (tendinopatías)** incluirá:

1. Anamnesis:
 - antecedentes patológicos
 - mecanismo lesional
2. Inspección de:
 - el estado inflamatorio (local y global)
 - las amiotrofias: deltoides y fosas supraespinosas
 - la actitud postural: actitud antiálgica extremidad superior y raquis cervical
 - la piel: color, cicatrices, eczemas, callos...
3. Palpación de:
 - los relieves óseos: articulaciones, alteración de formas y posiciones
 - el tono muscular: hipertonía o hipotonía
 - los puntos dolorosos (localización)
4. Valoración del dolor:
 - localización, topografía y tipo
 - arco doloroso
 - en relación con las actividades de la vida diaria





5. Balance articular pasivo:
 - analítico de la escápula-humeral y torácica
 - global del complejo articular
 - patrón capsular
 - arco doloroso
6. Balance articular activo:
 - movimientos anormales, evasivos, crepitaciones, chasquidos...
 - estado de los tendones, músculos y bolsas serosas
7. Balance muscular:
 - atrofas
 - contracturas
 - déficits en la fuerza muscular
8. Test de Constant (al inicio y al final del proceso de valoración)

➔ **III. OBJETIVOS**

A. GENERALES

1. Conseguir una extremidad funcional e indolora
2. Reincorporación laboral en plazo breve
3. Evitar recidivas

B. ESPECÍFICOS

1. Disminuir el dolor
2. Recuperación de las amplitudes articulares
3. Evitar atrofas musculares
4. Economía articular



➔ IV. PAUTA DE TRATAMIENTO SDME. SUBACROMIAL OBSTRUCTIVO

FASE I: AGUDA (DE 1 A 6 DÍAS)

TRATAMIENTO	
1. Analgesia	Reposo e inmovilización en cabestrillo y almohada por la noche, en posición de descarga de la extremidad y relajación del tendón afecto. Crioterapia y U.S. analítico 5' pulsátil 1MHz en zona dolorosa (repetir alternancia una segunda vez). Masoterapia antiálgica y descontracturante región cérvico-dorsal.
2. Corrección postural	Evitar actitudes antiálgicas del raquis cervical. Evitar la elevación del muñón del hombro.
3. Mantenimiento de las amplitudes articulares	Ejercicios de Codman en arco no doloroso.
RECOMENDACIONES	
La atención al dolor marca el ritmo de la intensidad funcional.	

FASE II: SUBAGUDA (APROXIMADAMENTE DÍAS 7 A 12)

TRATAMIENTO	
1. Analgesia	Crioterapia y U.S. analítico 5' pulsátil 1MHz en zona dolorosa (repetir alternancia una segunda vez). Termoterapia: O.C. / M.O. Masoterapia antiálgica y descontracturante región cérvico-dorsal.
2. Corrección postural	Evitar actitudes antiálgicas de raquis cervical y muñón del hombro
3. Recuperación progresiva de las amplitudes articulares	Movilizaciones pasivas y activoasistidas de la articulación escápulo-humeral y escápulo-torácica (vías de paso indoloras). Movimientos pendulares controlados de Codman.
4. Trabajo muscular en isométrico progresivo	Musculatura escápulo-humeral, privilegiando músculos antagonistas y evitando abductores.
5. Reeducación propioceptiva	Técnicas de decoaptación activa subacromial.
6. Ergoterapia	Enseñanza actividades vida diaria.
RECOMENDACIONES	
Economía articular.	



FASE III: DE CURACIÓN (APROXIMADAMENTE DÍAS 13 A 18)

TRATAMIENTO	
1. Analgesia	Electroterapia antiálgica. Crioterapia final de tratamiento.
2. Reeducción postural	Rearmonización del ritmo escapular y raquis cervical.
3. Recuperación progresiva de las amplitudes articulares	Movilizaciones activoasistidas y libres de la articulación escapulo-humeral y escapulo-torácica (vías de paso indoloras). Movimientos pendulares de Codman.
4. Trabajo muscular en isométrico progresivo (según pauta de la Fase II)	Tonificación global progresiva (contraindicada la musculación partiendo de la posición base).
5. Reeducción propioceptiva	Estabilizaciones rítmicas. Patrones de Kabat.
6. Ergoterapia	Enseñanza actividades vida diaria.
RECOMENDACIONES	
Evitar recaídas. Mantenimiento articular diario en domicilio.	



**ALGORITMO PARA EL TRATAMIENTO
DEL HOMBRO DOLOROSO:
SÍNDROME SUBACROMIAL
(TENDINOPATÍA SIN RUPTURA)**
Unidad de Fisioterapia

Fase I: Aguda (de 1 a 6 días)

- Reposo articular
- Analgesia
- Higiene postural

Reevaluación (día 7):
Visita médica

**Retorno
actividad**

Fase II: Subaguda (de 7 a 12 días)

- Analgesia
- Higiene postural activa
- Mejora amplitud articular
- Reequilibrio musculatura
- Propiocepción

Reevaluación (día 13):
Visita médica

**Retorno
actividad**

Fase III: De curación (de 13 a 18 días)

- Analgesia
- Recuperación amplitud articular
- Tonificación musculatura
- Propiocepción
- Ergoterapia

Reevaluación (día 28):
Visita médica

**Retorno
actividad**

Enviar a unidad
de referencia



Guía clínica para el tratamiento del hombro doloroso: Inestabilidad por luxación escapulo-humeral

➔ I. CONCEPTO DE LA PATOLOGÍA

Cuadro clínico referido a la laxitud patológica de la articulación glenohumeral por lesión de alguna de sus estructuras y que es experimentado por el paciente en forma de hombro doloroso.

➔ II. VALORACIÓN DE FISIOTERAPIA

El diagnóstico de fisioterapia es un proceso de análisis de las deficiencias e incapacidades, con el objetivo de establecer un programa de tratamiento en función de las necesidades observadas.

El proceso de valoración de la **luxación de la articulación glenohumeral** incluirá:

- 1. Anamnesis:**
 - antecedentes patológicos
 - mecanismo lesional
- 2. Inspección de:**
 - el estado inflamatorio (local y global)
 - las amiotrofias: deltoides y fosas supraespinosas
 - la actitud postural: actitud antiálgica extremidad superior y raquis cervical
 - la piel: color, cicatrices, eczemas, callos....
- 3. Palpación de:**
 - los relieves óseos: articulaciones, alteración de formas y posiciones
 - el tono muscular: hipertonía o hipotonía
 - los puntos dolorosos (localización)
- 4. Valoración del dolor:**
 - localización, topografía y tipo
 - arco doloroso
 - en relación con las actividades de la vida diaria
- 5. Balance articular (fase de postinmovilización):**
 - pasivo: analítico de la escapula-humeral y torácica global del complejo articular
 - patrón capsular
 - arco doloroso



6. Balance articular:
 - activo: movimientos anormales, evasivos, crepitaciones, chasquidos,...
 - estado de los tendones, músculos y bolsas serosas
7. Balance muscular
 - atrofas
 - contracturas
 - déficits en la fuerza muscular
8. Test de Constant (al inicio y al final del proceso de valoración)

➔ **III. OBJETIVOS**

A. GENERALES

1. Restauración del equilibrio muscular
2. Rearmonización del ritmo escápulo-humeral
3. Restablecimiento de una biomecánica normal

B. ESPECÍFICOS (FASE INMOVILIZACIÓN)

1. Disminuir el dolor
2. Prevenir patrón capsular

C. ESPECÍFICOS (FASE POSTINMOVILIZACIÓN)

1. Recuperación de las amplitudes articulares





➔ IV. PAUTA DE TRATAMIENTO INESTABILIDAD LUXACIÓN ESCÁPULO-HUMERAL

FASE I: INMOVILIZACIÓN (DE 2 A 3 SEMANAS)

TRATAMIENTO	
1. Cuidado cutáneo	Verificación de los puntos de apoyo de la férula de inmovilización.
2. Corrección postural	Evitar actitudes antiálgicas del raquis cervical. Evitar la elevación del muñón del hombro.
3. Analgesia	Crioterapia local cada 4-6 horas los primeros días. Electroterapia antiálgica. Masoterapia descontracturante (región cérvico-dorsal y tórax).
4. Terapia respiratoria	Ejercicios respiratorios musculatura costal superior.
5. Movilizaciones pasivas articulación escápulo-torácica	Maniobras de reorientación del omoplato sobre parrilla costal.
6. Trabajo muscular estático	Musculatura estabilizadora y depresora de escápula.
7. Reeducación activa de dedos, muñeca y mano	
8. Propiocepción	
9. Aprendizaje de las actividades de la vida diaria con el medio de contención	
RECOMENDACIONES	
La estructura del tratamiento atenderá a los tiempos de cicatrización. Se procurará confortabilidad para reducir las algias en los apoyos en decúbito.	



FASE II: POSTINMOVILIZACIÓN (APROX. 4 SEMANAS)

TRATAMIENTO	
1. Concienciación postural	Mantenimiento de la flexibilidad progresiva del raquis cervical.
2. Analgesia	Crioterapia. Electroterapia antiálgica. Termoterapia. Masoterapia de relajación.
3. Recuperación progresiva de las amplitudes articulares	Movilizaciones pasivas articulación escápulo-humeral de corto recorrido (evitando y limitando los movimientos de retropulsión, abducción y rotación externa en el caso de luxación anterior y los de retropulsión y rotación interna en el caso de luxación posterior). Trabajo muscular dinámico y progresivo del complejo articular del hombro. Movimientos pendulares controlados de Codman.
4. Trabajo muscular estático	Musculatura estabilizadora y depresora del omóplato. Musculatura coaptadora del húmero. Trabajo muscular analítico (subescapular y pectoral mayor).
5. Reeducación propioceptiva	Ejercicios de estabilización rítmica. Ejercicios en cadena cinética cerrada, semicerrada y abierta.
6. Ergoterapia funcional	
7. Adaptación al esfuerzo sostenido	
RECOMENDACIONES	
La aplicación de fuerzas adicionales externas al recorrido articular pasivo, buscando ampliarlo en los sectores limitados, sólo debe autorizarse hacia el final del tratamiento.	



**ALGORITMO PARA EL TRATAMIENTO
DEL HOMBRO DOLOROSO:
INESTABILIDAD POR LUXACIÓN
ESCÁPULO-HUMERAL
Unidad de Fisioterapia**

Fase I: Inmovilización (de 2 a 3 semanas)

- Analgesia
- Corrección postural en reposo
- Actividad muscular estática
- Propiocepción

Reevaluación (día 21):
Visita médica

**Retorno
actividad**

Fase II: Postinmovilización (aprox. 4 semanas)

- Analgesia
- Higiene postural
- Recuperación amplitudes
- Trabajo muscular estático y dinámico
- Propiocepción
- Ergoterapia

Reevaluación (día 28):
Visita médica

**Retorno
actividad**

Enviar a unidad
de referencia



Guía clínica para el tratamiento del hombro doloroso: Capsulitis retráctil

➔ I. CONCEPTO DE LA PATOLOGÍA

Limitación de la movilidad activo-pasiva de la articulación del hombro con trastorno de la secuencia de movimiento escápulo-torácica. Puede presentarse de forma consecutiva a múltiples cuadros como fracturas de la región del hombro, cirugía de cualquiera de los otros cuadros clínicos, procesos inflamatorios, algodistrofia, etc., o bien de forma primaria.

➔ II. VALORACIÓN DE FISIOTERAPIA

El diagnóstico de fisioterapia es un proceso de análisis de las deficiencias e incapacidades, con el objetivo de establecer un programa de tratamiento en función de las necesidades observadas.

El proceso de valoración de la **capsulitis retráctil** incluirá:

- 1. Anamnesis:**
 - antecedentes patológicos
 - mecanismo lesional
- 2. Inspección de:**
 - el estado inflamatorio (local y global)
 - las amiotrofias: deltoides y fosas supraespinosas
 - la actitud postural: actitud antiálgica extremidad superior y raquis cervical
 - la piel: color, cicatrices, eczemas, callos....
- 3. Palpación de:**
 - los relieves óseos: articulaciones, alteración de formas y posiciones
 - el tono muscular: hipertonía o hipotonía
 - los puntos dolorosos (localización)
- 4. Valoración del dolor:**
 - localización, topografía y tipo
 - arco doloroso
 - en relación con las actividades de la vida diaria



5. Balance articular:
 - pasivo: analítico de la escápula-humeral y torácica global del complejo articular
patrón capsular
arco doloroso
6. Balance articular:
 - activo: movimientos anormales, evasivos, crepitaciones, chasquidos,...
estado de los tendones, músculos y bolsas serosas
7. Balance muscular:
 - atrofas
 - contracturas
 - déficits en la fuerza muscular
8. Test de Constant (al inicio y al final del proceso de valoración)

➔ **III. OBJETIVOS**

A. GENERALES

1. Aliviar el dolor
2. Conseguir una buena funcionalidad de la cintura escapular
3. Evitar recidivas
4. Mejorar la calidad de vida del paciente

B. ESPECÍFICOS

1. Aliviar el dolor
2. Propiocepción
3. Mejorar la movilidad
4. Higiene postural
5. Enseñanza pautas domiciliarias



➔ IV. PAUTA DE TRATAMIENTO CAPSULITIS RETRÁCTIL

FASE I, DE INSTAURACIÓN: DOLOR Y LIMITACIÓN DE LA MOVILIDAD

TRATAMIENTO	
1. Analgesia	Masoterapia descontracturante región cérvico-dorsal. Electroterapia antiálgica. Crioterapia y termoterapia alternas.
2. Corrección postural	Evitar actitudes antiálgicas del raquis cervical. Evitar la elevación del muñón del hombro.
3. Mantenimiento de las amplitudes articulares	Movilizaciones pasivas articulación escapulo-torácica (maniobras de reorientación del omóplato sobre parrilla costal). Movimientos pendulares de Codman (en arco no doloroso). Cinesiterapia activa asistida del complejo articular del hombro.
4. Trabajo muscular estático	Musculatura estabilizadora y depresora de escápula. Técnicas de sostén-relajación.
5. Propiocepción	Maniobras de recentraje de la cabeza humeral.
6. Aprendizaje actividades de la vida diaria	Pauta de ejercicios en domicilio.
RECOMENDACIONES	
Reposo / Cuidados posturales.	



FASE II, DE RIGIDEZ: BLOQUEO MECÁNICO

TRATAMIENTO	
1. Analgesia	Masoterapia descontracturante región cérvico-dorsal. Electroterapia antiálgica. U.S. sobre ganglio estrellado.
2. Concienciación postural	Recordar actitudes antiálgicas: raquis cervical y muñón del hombro.
3. Mantenimiento de las amplitudes articulares	Movilizaciones pasivas manuales indoloras de las articulaciones gleno-humeral y escápulo-torácica (técnicas de Mennel y Sohler). Movimientos pendulares de Codman (en arco no doloroso). Movilizaciones autoasistidas (indoloras) extremidad superior afecta.
4. Trabajo muscular en isométrico	Musculatura estabilizadora y depresora del omóplato.
5. Reeducación propioceptiva	Recentraje cabeza humeral. Decoaptación.
6. Aprendizaje actividades vida diaria	Pauta de ejercicios en domicilio.
RECOMENDACIONES	
Vías de paso indoloras.	

FASE III, DE RECUPERACIÓN

TRATAMIENTO	
1. Analgesia	Masoterapia descontracturante región cérvico-dorsal. Electroterapia antiálgica.
2. Concienciación postural	Rearmonización biomecánica del raquis cervical.
3. Recuperación progresiva de las amplitudes articulares	Movilizaciones pasivas manuales indoloras de las articulaciones gleno-humeral y escápulo-torácica (técnicas de Mennel y Sohler). Movimientos pendulares de Codman. Movilizaciones activas libres y resistidas (indoloras) extremidad superior afecta.
5. Trabajo muscular en isométrico	Musculatura estabilizadora y depresora del omóplato. Musculatura periarticular del hombro.
6. Estiramientos pasivos progresivos bíceps y pectoral mayor	Capsulares. Musculares (bíceps y pectoral mayor).
7. Reeducación propioceptiva	Patrones de Kabat.
8. Aprendizaje actividades vida diaria	
RECOMENDACIONES	
Evitar recidivas / Mantenimiento articular diario en domicilio.	



Guía clínica para el tratamiento de la ruptura del manguito de rotadores posterior a la cirugía reparadora

➡ I. CONCEPTO DE LA PATOLOGÍA

Ruptura de origen degenerativo y/o traumática de los tendones que configuran la cofia de rotadores. Comporta una impotencia funcional de la extremidad superior afecta.

El paciente acude a la Unidad de Fisioterapia aproximadamente 15 días después de la intervención quirúrgica.

➡ II. VALORACIÓN DE FISIOTERAPIA

El diagnóstico de fisioterapia es un proceso de análisis de las deficiencias e incapacidades, con el objetivo de establecer un programa de tratamiento en función de las necesidades observadas.

Los parámetros a valorar en el caso de la **ruptura del manguito de rotadores postquirúrgica** son:

1. Estado de la inmovilización con férula y postura del segmento cérvico-escapular, procediendo, eventualmente, a su corrección.
2. Tipos de dolor: continuo, ocasional, intenso, moderado, diurno, nocturno, etc.
3. Estado de la piel: cicatriz quirúrgica, hematomas, seromas, adherencias, pliegues cutáneos y puntos de apoyo.
4. Balance articular pasivo:
 - analítico de la articulación escápulo-humeral y torácica
 - global del complejo articular
 - patrón capsular
 - arco doloroso
5. Trofismo muscular:
 - atrofias
 - contracturas
 - déficits en la fuerza muscular



➔ **III. OBJETIVOS**

GENERALES

1. Reincorporación a la vida laboral
2. Conseguir una articulación funcional e indolora
3. Evitar las recidivas
4. Mejorar la calidad de vida

ESPECÍFICOS

Fase I

1. Analgesia
2. Normalización pasiva de la articulación escapulo-humeral
3. Propiocepción
4. Economía articular
5. Aprendizaje de las actividades de la vida diaria con férula

Fase II

1. Analgesia
2. Recuperación activa de las amplitudes articulares
3. Propiocepción
4. Economía articular
5. Aprendizaje de las actividades de la vida diaria

Fase III

1. Analgesia
2. Tonificación global y adaptación al esfuerzo sostenido
3. Propiocepción
4. Economía articular
5. Aprendizaje de las actividades de la vida diaria



➔ IV. PAUTA DE TRATAMIENTO Y CRONOGRAMA. RUPTURA MANGUITO ROTADORES POSTERIOR A LA CIRUGÍA REPARADORA

FASE I: SEMANAS 3ª, 4ª Y 5ª DESDE LA INTERVENCIÓN

Objetivos	Tratamiento
Analgesia	Crioterapia. Masoterapia de relajación en región cérvico-dorsal. Ultrasonido de 1 a 1,5 w/cm ² , pulsátil, pericatricial, 5 minutos. TENS de 10 HZ, de 15 a 20 minutos.
Normalización pasiva art. escápulo-humeral	Movilizaciones pasivas art. escápulo-torácica mediante maniobras de reorientación sobre la parrilla costal. Movilizaciones pasivas art. gleno-humeral en todos los planos (vías de paso indoloras y evitar efecto tenodesis). Ejercicios autoasistidos de la art. escápulo-humeral en elevación y rotación (D.S. brazo palanca corta). Ejercicios de decoaptación mediante contracciones isométricas de la musculatura depresora y estabilizadora de la escápula. Ejercicios activos de las articulaciones libres: codo, muñeca y mano.
Propiocepción	Movimientos inducidos de tronco (en sedestación o en plano inclinado).
Economía articular	Reconocimiento esquema corporal.
Aprendizaje de las actividades de la vida diaria	Ergoterapia (con férula). Pautas domiciliarias.
RECOMENDACIONES	
Atención al dolor. Preservación de la sutura tendinosa. Evitar la capsulitis retráctil.	



FASE II: SEMANAS 6^a, 7^a Y 8^a

Objetivos	Tratamiento
Analgesia	Termoterapia previa. Crioterapia final. TENS, en función de las necesidades.
Recuperación activa amplitudes articulares	Reeducación de la elevación del brazo: basculación interna de la escápula y descenso activo de la cabeza humeral. Trabajo estático deltoides y musculatura periarticular. Cinesiterapia activa libre y progresiva.
Trabajo muscular	Refuerzo de la estabilidad gleno-humeral: ejercicios isométricos musculatura implicada en las rotaciones. Refuerzo de la estabilidad escápulo-torácica: ejercicios isométricos musculatura depresora y estabilizadora.
Propiocepción	Ejercicios en cadena cinética abierta y semicerrada.
Economía articular	Higiene postural. Autoestiramiento raquis cérvico-dorsal. Decoaptación activa. Retirada progresiva de la férula.
Aprendizaje de las actividades de la vida diaria	Ergoterapia. Pautas domiciliarias.
RECOMENDACIONES	
Reequilibración muscular global. Cinética articular armoniosa. Al final de esta fase se hará valoración del balance articular activo.	



FASE III: SEMANAS 9ª, 10ª, 11ª Y 12ª

Objetivos	Tratamiento
Analgesia	Termoterapia previa. Crioterapia final. Electroterapia, en función de las necesidades.
Tonificación global y adaptación al esfuerzo sostenido	Técnicas de refuerzo muscular de la Fase II. Tonificación muscular global dinámica brazo afecto. Mecanoterapia dinámica controlada.
Propiocepción	Ejercicios de estabilización rítmica. Ejercicios en cadena cinética abierta, semicerrada y cerrada.
Economía articular	Higiene postural. Rearmonización dinámica del ritmo escapular. Decoaptación activa. Utilización de técnicas de pasaje. Recentraje cabeza humeral.
Aprendizaje de las actividades de la vida diaria	Ergoterapia. Pautas domiciliarias.
RECOMENDACIONES	
En caso de dolor, volver a Fase II. La tonificación se hará progresivamente, en función de la tolerancia del paciente. Test de Constant.	

Anexos



➔ ANEXO I

Test de Constant

Consiste en un test de valoración funcional, aceptado por la Sociedad Europea de Cirugía del Hombro, que se utiliza como herramienta de seguimiento evolutivo y de control de ganancias en diferentes actividades de la vida diaria.

A los diferentes ítems de valoración se les da una puntuación cuyo máximo es de 100 puntos en total.

El test se ha de ponderar, es decir, comparar con la extremidad contralateral, teniendo en cuenta la edad del paciente.

El paciente debe estar sentado confortablemente contra el respaldo de una silla sin apoyabrazos. Sólo se necesita un goniómetro y un dinamómetro (pesacartas).

Los ítems a valorar son:

- 1. Dolor** (valoración subjetiva basada en entrevista).
- 2. AVD** Actividad de la Vida Diaria (valoración subjetiva basada en entrevista).
- 3. Rangos de movimiento.**
- 4. Fuerza:** Para esta valoración se realiza un movimiento de abd. en el plano de la escápula superando como mínimo los 90°, venciendo la resistencia de un muelle dinamométrico y aguantando dicha posición durante 5 segundos, repitiéndolo 5 veces. La fuerza será la media de las 5 veces y se denominará “fuerza del hombro”.



FECHA

EXAMINADOR

TEST DE CONSTANT DEL HOMBRO

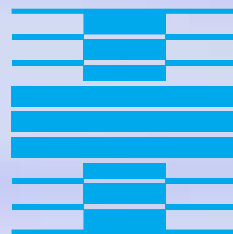
	DER.	IZQ.
DOLOR (15 P.)		
1 - En la vida diaria: Barosensibilidad 15 / a gran esfuerzo 10 / a pequeño esfuerzo 5 / constante 0		
2 - Calidad del mismo: Ningún dolor 15 / leve 10 / moderado 5 / severo 0		
DOLOR REAL (1+2)/2		
ACTIVIDAD DE LA VIDA DIARIA (20 P.)		
TRABAJO O ACTIVIDAD COTIDIANA (0 a 4 P.)		
4 para trabajo o actividad cotidiana a tope		
TIEMPO LIBRE O DEPORTE (0 a 4 P.) 4 para actividad completa.		
DORMIR (0 a 2 P.) 2 por dormir sin problemas		
POSICIÓN CÓMODA PARA HACER LAS COSAS (2 a 10 P.)		
Cintura (2 P.), Cifoides (4 P.), Cuello (6 P.), Cabeza (8 P.), por encima de la Cabeza (10 P.)		
ARCO DE MOVIMIENTO (40 P.)		
FLEXIÓN.		
0/30° = 0 P. 61/90° = 4 P. 121/150° = 8 P.		
31/60° = 2 P. 91/120° = 6 P. 151/180° = 10 P.		
ABDUCCIÓN.		
(Igual que la flexión)		
ROTACIÓN EXTERNA		
- Detrás de la cabeza / codo hacia delante = 2 P.		
- Detrás de la cabeza / codo hacia atrás = 4 P.		
- Encima de la cabeza / codo hacia delante = 6 P.		
- Encima de la cabeza / codo hacia atrás = 8 P.		
- Elevación completa = 10 P.		
ROTACIÓN INTERNA		
- Dorso de la mano a cara lateral del muslo = 0 P.		
- Dorso de la mano a nalga = 2 P.		
- Dorso de la mano a Art. Sacroilíaca = 4 P.		
- Dorso de la mano a Cintura = 6 P.		
- Dorso de la mano a D-12 = 8 P.		
- Dorso de la mano a D-7 = 10 P.		
FUERZA		
(Máximo 25 P. para 12 Kg.)		
(Por Kg. = 2,084 P.)		
TOTAL		



➔ BIBLIOGRAFÍA

- Donatelli, R., *Fisioterapia del hombro*, Ed. JIMS, Barcelona, 1989.
- Jully, J.L. y Auvity, J., *Médecine de rééducation de l'épaule douloureuse*, Ed. Frison-Roche, París, 1990.
- Liotard, J.P., Expert, J.M., Mercanton, G. y Padey, A., "Rehabilitación del hombro", en *Enciclopedia Médico Quirúrgica*, Ed. Elsevier, París, 1995.
- Simon, L. y Rodineau, J., *Épaule et médecine de rééducation*, Ed. Masson, París, 1984.
- Sohier, R., *La kinesithérapie de l'épaule*, Ed. Kiné-Sciences, La Louvière, Bélgica, 1985.





ASEPEYO

MUTUA DE ACCIDENTES DE
TRABAJO Y ENFERMEDADES
PROFESIONALES DE LA
SEGURIDAD SOCIAL N° 151

ASEPEYO

<http://www.asepeyo.es>
e-mail: asepeyo@asepeyo.es