



Clínica
Universidad de
La Sabana
Cuidaremos de ti

ES LO
NUESTRO
El PIR®

PROCESO INTERDISCIPLINARIO DE REHABILITACIÓN PIR®

GUÍA DE EDUCACIÓN AL PACIENTE CON SÍNDROME DE SOBREUSO DE MIEMBROS SUPERIORES

SÍNDROME DE SOBREUSO DE MIEMBRO SUPERIOR PARA PACIENTES

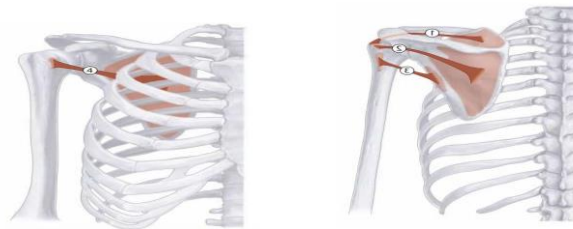
Es una lesión (daño) ocasionada por el uso y movimiento excesivo del hombro, el brazo, el antebrazo o la mano.

Se distinguen principalmente las siguientes enfermedades:

1. Síndrome de manguito rotador

Es una enfermedad caracterizada por dolor en la región del hombro que se produce principalmente con la actividad y genera pérdida o disminución del arco de movimiento.

Se produce por el daño de uno o más de los músculos que forman y refuerzan la articulación del hombro: el infraespinoso, el supraespinoso, el redondo menor y el subescapular, los cuales mostraremos en la siguiente figura con el fin que se haga una idea del lugar donde se encuentra el daño.



Imágenes: Revista Médica Sinergia Vol.6



Es importante que usted como paciente tenga en cuenta que el síndrome de manguito rotador es la causa más común de dolor relacionada con el hombro, la cual se presenta principalmente en la mano dominante. El riesgo de sufrir esta enfermedad aumenta con la edad, sin embargo, existen otros factores de riesgo como el tabaquismo, tener el colesterol alto, haber sufrido un trauma y algunos trabajos que involucran vibración, movimientos frecuentes o por encima de los hombros.

Usted puede tener la enfermedad y ser asintomático, es decir no sentir nada, sin embargo, aproximadamente la mitad de los pacientes tienen dolor que limita la realización de actividades diarias y se empeora con el movimiento. En caso de presentarlo, debería acudir a su médico.



El médico realizará un examen físico completo centrándose en evaluar el hombro, realizará palpación de puntos dolorosos en este lugar y una serie de pruebas tratando de aclarar la enfermedad que usted tiene. Puede sentir un poco de dolor durante la evaluación.

Imágenes: <https://images.google.com/>

 <p>Clínica Universidad de La Sabana Cuidaremos de ti</p> 	<p align="center">PROCESO INTERDISCIPLINARIO DE REHABILITACIÓN PIR®</p>
	<p align="center">GUÍA DE EDUCACIÓN AL PACIENTE CON SÍNDROME DE SOBREUSO DE MIEMBROS SUPERIORES</p>

Después de que su médico realice un examen físico completo, procederá a ordenarle los estudios que considere convenientes para aclarar su diagnóstico:



- Radiografía de hombro: No confirma el diagnóstico de síndrome de manguito rotador, pero podría ayudarle a descartar otras enfermedades.
- Ecografía de hombro: Permite evaluar las rupturas parciales y totales del manguito rotador. Es un buen estudio que su médico puede considerar como medida inicial.
- Resonancia magnética: Es el examen de elección.

Su médico después de tener el diagnóstico definirá el tipo de tratamiento que requiere, dado que algunas lesiones del manguito rotador evolucionan de manera favorable con medidas conservadoras como el uso de ciclos cortos de antiinflamatorios no esteroideos (los cuales deben ser recetados por un médico), corticoesteroides intralesionales; combinado con la terapia física, la cual debe ser prescrita idealmente por el médico fisiatra o su médico tratante y supervisada por las terapeutas físicas con el objetivo de disminuir el dolor, mejorar el movimiento y finalmente retornar la funcionalidad de la extremidad. El manejo quirúrgico estará indicado en los pacientes que no mejoran a pesar de medidas conservadoras, además en casos donde el tiempo de cronicidad es mayor a 6 meses y el tamaño de la ruptura es mayor a 3 cm, dado que el manejo conservador podría no ser efectivo.

2. Epicondilitis

La epicondilitis es una causa común de dolor en el codo en los atletas y la población en general. La epicondilitis se clasifica de acuerdo con el lado del codo comprometido.

Epicondilitis lateral	Epicondilitis medial
Compromiso de la cara externa del codo	Compromiso de la cara interna del codo
Degeneración sintomática crónica de la inserción del tendón extensor común del antebrazo en la región externa del codo.	Inflamación crónica alrededor de los tendones de los músculos flexores y pronadores de la muñeca que se unen a la parte interna del codo.
“Codo de tenista”	“Codo de golfista” o “codo de lanzador”
Más común	Es menos común

 <p>Clínica Universidad de La Sabana Cuidaremos de ti</p> 	<p>PROCESO INTERDISCIPLINARIO DE REHABILITACIÓN PIR®</p>
	<p>GUÍA DE EDUCACIÓN AL PACIENTE CON SÍNDROME DE SOBREUSO DE MIEMBROS SUPERIORES</p>

Personas de mediana edad sin diferencia de género.	Afecta más mujeres que hombres y más comúnmente a personas de mediana edad.
Factores de riesgo: tabaquismo, obesidad, movimientos de extensión repetida de la muñeca.	Factores de riesgo: tabaquismo, obesidad, sexo femenino, movimientos de flexión repetida de la muñeca.
Dolor alrededor en la cara externa del codo, se puede irradiar hacia el antebrazo y parte superior del brazo. Se exagera con extensión de la muñeca.	Dolor en la cara interna del codo empeora con actividades y se alivian con el descanso.

En la mayoría de los casos las epicondilitis pueden confirmarse clínicamente mediante una anamnesis y un examen físico exhaustivo, sin embargo, el médico confirmará el diagnóstico mediante una imagen que puede ser un ultrasonido, el cual es un método eficiente, no invasivo y relativamente rentable. La resonancia magnética es el estudio de elección, permite confirmar el diagnóstico y descartar otras causas de dolor en el codo.

El tratamiento será guiado a controlar el dolor, preservar el movimiento de la extremidad afectada, mejorar la fuerza y la resistencia, restaurar la función normal y prevenir un mayor deterioro del antebrazo y la mano, para esto se realizará un manejo multimodal que puede ser quirúrgico o no quirúrgico, siempre acompañado de terapia física y rehabilitación. Además, terapia ocupacional para ajuste de conductas deportivas o laborales y así prevenir nuevos daños.

El tratamiento conservador puede mejorar hasta el 90% de los pacientes. La atención no quirúrgica generalmente incluye modificación de la actividad, fisioterapia, medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, terapia física con medios físicos, órtesis y ejercicios de estiramiento guiados. El manejo quirúrgico quedará reservado para aquellos pacientes que no tienen una respuesta adecuada al tratamiento.

3. Síndrome del túnel del carpo



Es una condición médica frecuente que consiste en la compresión del nervio mediano en su paso a través de la muñeca.

<https://revistamedica.com/>



Clínica
Universidad de
La Sabana
Cuidaremos de ti

ES LO
NUESTRO
El PIR®

PROCESO INTERDISCIPLINARIO DE REHABILITACIÓN PIR®

GUÍA DE EDUCACIÓN AL PACIENTE CON SÍNDROME DE SOBREUSO DE MIEMBROS SUPERIORES

El tratamiento de la enfermedad puede dividirse en manejo médico o métodos quirúrgicos, dependiendo de la gravedad. El manejo médico incluye aditamentos, férulas, corticosteroides intralesionales y terapia física y ocupacional. Estas formas de terapia mejoran los síntomas en un plazo de dos a seis semanas, con un beneficio máximo a los tres meses. El uso de férulas es una buena opción debido a su facilidad y bajo costo. Estas han mostrado mejorar el dolor en muchos pacientes y ayuda a la ergonomía de las manos.



El manejo quirúrgico se reserva solo para las personas con enfermedad severa por electrodiagnóstico, recurrencia de los síntomas, déficit motor o sensorial progresivo o quienes no presentan mejoría después de 6 meses a pesar de manejo médico; dado que más del 80% de las personas que padecen el síndrome del túnel carpiano tienen una respuesta positiva a los tratamientos conservadores.

Imágenes: <https://images.google.com/>

La terapia física, rehabilitación y terapia ocupacional debe ser considerada tanto en el paciente en manejo conservador o manejo quirúrgico (cirugía). Su acción reduce el dolor, estimula los procesos de restauración, aumenta el rango de movimiento y mejora el rendimiento de la extremidad. En un gran porcentaje de casos en los que no existen anomalías anatómicas del canal carpiano, la funcionalidad de la mano afectada puede restaurarse mediante programas de rehabilitación de fisioterapia adecuados.

Se pueden usar medios físicos como calor exógeno, terapias de estiramiento, recuperación de arcos de movimiento y fortalecimiento de la extremidad. Esto es particularmente eficaz en las primeras etapas de la enfermedad y en pacientes jóvenes en los que se asocia a una sobrecarga laboral.

Bibliografía



Clínica
Universidad de
La Sabana
Cuidaremos de ti

ES LO
NUESTRO
El PIR®

**PROCESO INTERDISCIPLINARIO DE REHABILITACIÓN
PIR®**

**GUÍA DE EDUCACIÓN AL PACIENTE CON SÍNDROME DE
SOBREUSO DE MIEMBROS SUPERIORES**

1. Génova A, Dix O, Saefan A, Thakur M, Hassan A. Carpal Tunnel Syndrome: A Review of Literature. *Cureus*. 2020 Mar 19;12(3):e7333. doi: 10.7759/cureus.7333. PMID: 32313774
2. Alfaro R, Ramírez R, Solano J. Lesiones del manguito de los rotadores. *Revista Médica Sinergia Vol.6 (1)*, Enero 2021
3. Becker J, Nora DB, Gomes I, Stringari FF, Seitensus R, Panosso JS, Ehlers JAC: An evaluation of gender, obesity, age and diabetes mellitus as risk factors for carpal tunnel syndrome. *Clin Neurophysiol*. 2002
4. Wang L. Guiding Treatment for Carpal Tunnel Syndrome. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2018 Nov;29(4):751-760. doi: 10.1016/j.pmr.2018.06.009
5. Zaralieva A, Georgiev G P, Karabinov V, et al. (March 03, 2020) Physical Therapy and Rehabilitation Approaches in Patients with Carpal Tunnel Syndrome. *Cureus* 12(3): e7171. DOI 10.7759/cureus.
6. Reece CL, Susmarski A. Medial Epicondylitis. 2022 Apr 30. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island