

Abordaje del síndrome de hombro doloroso desde la Atención Primaria de Salud: una propuesta esquemática basada en variables clínicas y demográficas

Antonia Vacarezza A.⁽¹⁾, Cristóbal Díaz L.⁽²⁾, Aaron Andahur T.⁽²⁾ Aníbal Debandi C.⁽²⁾, Guillermo Robles G.⁽²⁾

⁽¹⁾Hospital Comunitario de Tilitil

⁽²⁾Departamento de Traumatología, HCUCH

SUMMARY

Painful shoulder syndrome is the third most common cause of consultation for musculoskeletal disorders in primary health care (PHC). This condition carries significant morbidity and places a considerable burden on higher-level hospitals, largely due to unnecessary referrals resulting from suboptimal initial management. This article proposes a structured framework for managing painful shoulder syndrome from the PHC perspective. It outlines the most prevalent clinical situations and the populations most frequently affected, offering a diagnostic and therapeutic algorithm that incorporates patient demographics, guiding factors toward the most likely pathologies. Once a diagnostic hypothesis has been established, and without red flags, initial management should include analgesia and physical therapy. Advanced imaging studies (ultrasound or magnetic resonance) should be reserved for cases where clinical suspicion warrants them. If pain persists for more than three months, depending on the suspected condition, referral to specialties such as orthopedics for further evaluation or psychiatry for chronic pain management should be considered.

Keywords: shoulder pain, musculoskeletal diseases, primary

Fecha recepción: 8 abril 2025 | Fecha aceptación: 16 mayo 2025

INTRODUCCIÓN

El dolor de hombro es una causa frecuente de consulta médica por enfermedades músculo-esqueléticas y representa aproximadamente el 1.2% de las consultas en Atención Primaria de Sa-

lud (APS) según estudios internacionales⁽¹⁾. Además, se ha estimado que entre un 16% y 26% de la población general ha presentado dolor de hombro en algún momento de su vida, de forma autoinformada⁽¹⁾. Su prevalencia tiende a aumentar con

la edad, siendo más frecuente en personas mayores de 40 años, grupo en el cual también se han identificado múltiples factores de riesgo asociados⁽²⁾. Su incidencia anual varía entre 6,7 y 17,3 casos por cada 1.000 personas, mostrando una fuerte correlación con el aumento de la edad⁽³⁾.

Este síndrome se asocia a una importante carga de morbilidad, ya que interfiere significativamente con actividades básicas de la vida diaria, como peinarse, vestirse, alimentarse e incluso trabajar, lo que con frecuencia conlleva la necesidad de licencia médica temporal⁽⁴⁾. Además, implica un gasto considerable en salud. Por ejemplo, un estudio realizado en Suecia en 2012 estimó que el costo directo promedio por paciente, es decir, el costo por consultas, terapias y medicamentos durante los primeros seis meses de tratamiento fue de 326 euros, de los cuales el 60% correspondía a sesiones de kinesiterapia, sin considerar el gasto asociado a licencias médicas⁽⁵⁾. Al analizar el costo total, incluyendo tanto los costos directos como los indirectos, se observó que un 84% del gasto total se debía a licencias médicas⁽⁵⁾.

Existen factores de riesgo bien establecidos, entre ellos enfermedades metabólicas como la diabetes mellitus tipo 2, que muestran una mayor asociación en mujeres que en hombres⁽⁶⁾. Otros factores relevantes incluyen la obesidad y la presencia de síntomas depresivos⁽⁷⁾.

A pesar de su alta frecuencia, el manejo del dolor de hombro en APS presenta deficiencias, observándose una elevada tasa de derivación a centros de mayor complejidad, lo que contribuye significativamente a la congestión de las listas de espera⁽⁸⁾.

En 2024, el Hospital Clínico Universidad de Chile (HCUCH) se integró al Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN) como centro de referencia para las comunas de Independencia y Tiltit. En

este contexto, el HCUCH ha asumido la función de resolver la demanda de primeras consultas en especialidades, entre ellas Traumatología, donde se ha detectado una elevada proporción de derivaciones por cuadros clínicos que podrían resolverse adecuadamente en APS⁽⁹⁾.

Un estudio chileno de 2008 sobre la implementación del Programa de Atención Músculo-Esquelética (PAME) en APS demostró que la rehabilitación kinésica y el manejo conservador de enfermedades músculo-esqueléticas, entre ellas el hombro doloroso, reducen de manera significativa la necesidad de derivación al segundo nivel⁽⁸⁾. En línea con esto, un estudio nacional de 2018 comparó la efectividad de la terapia kinésica autoadministrada versus la realizada por profesionales, sin encontrar diferencias significativas entre ambas modalidades. Esto valida el uso de estrategias de autogestión en centros de APS que no cuenten con acceso directo a kinesioterapia motora⁽⁴⁾.

Este documento tiene por finalidad proponer un protocolo de abordaje del dolor de hombro desde la APS, que permita optimizar el manejo inicial y orientar adecuadamente la derivación al segundo nivel de atención. Con ello se busca abordar oportunamente el problema de las listas de espera, utilizando eficientemente los recursos disponibles en el nivel primario.

ENFRENTAMIENTO

El síndrome de hombro doloroso puede originarse por causas intrínsecas o extrínsecas. Las causas intrínsecas corresponden a patologías que afectan directamente las estructuras articulares y periarticulares, tales como huesos, tendones, músculos y ligamentos. Dentro de este grupo se incluyen entidades clínicas como el síndrome del manguito rotador en sus diversas formas, la capsulitis adhesiva, la patología labro-bicipital y la artrosis glenohumeral o acromioclavicular.

En contraste, las causas extrínsecas se relacionan con dolor referido o irradiado al hombro, producto de afecciones que no se originan en la articulación glenohumeral. Entre estas se encuentran la cervicobraquialgia, los síndromes coronarios y ciertas patologías intraabdominales, entre otras.

La anamnesis cumple un rol clave en la identificación de factores de riesgo y características clínicas que orientan hacia una u otra etiología. Asimismo, el examen físico debe ser exhaustivo e incluir inspección, palpación, evaluación de rangos de movimiento activos y pasivos, además de pruebas funcionales específicas que ayuden a establecer el diagnóstico diferencial.

Sobre esta base, se presenta a continuación un enfoque diagnóstico-terapéutico para las presentaciones clínicas más frecuentes en APS.

RED FLAGS (banderas rojas o señales de advertencia)

La presencia de ciertos hallazgos en la anamnesis y el examen físico obliga a considerar una derivación precoz al nivel secundario, debido al riesgo de patologías de mayor gravedad que podrían requerir evaluación o manejo especializado. Estas incluyen⁽¹⁾:

- Antecedentes de cáncer, síntomas constitucionales como pérdida de peso, sudoración nocturna o fiebre, masas palpables o imágenes radiológicas sugerentes de lesión tumoral
- Eritema local y fiebre, sugerentes de procesos infecciosos
- Historia de trauma, impotencia funcional aguda y completa, o presencia de deformidad evidente
- Déficit motor o sensitivo inexplicable

PATOLOGÍA DEL MANGUITO ROTADOR

Las lesiones del manguito rotador constituyen un continuo patológico que puede manifestarse a lo largo de toda la vida. Se trata de un proceso degenerativo que compromete el complejo muscular-tendinoso del hombro. Su prevalencia aumenta progresivamente con la edad, alcanzando un 10% en personas menores de 20 años y hasta un 62% en mayores de 80 años⁽¹⁰⁾, siendo estos casos, tanto sintomáticos como asintomáticos.

Para fines clínicos, el abordaje diagnóstico y terapéutico se estructurará según los cuadros clínicos típicos y el grupo etario al que pertenece el paciente.

CASO 1: Paciente joven (<35 años), sobreuso

Se trata de un paciente sin comorbilidades relevantes, que realiza actividades con uso repetitivo del hombro, ya sea por trabajo o actividad física (por ejemplo, levantamiento de pesas). Considerar descartar la presencia de banderas rojas. El paciente referirá dolor anterolateral de hombro, de predominio nocturno, exacerbado por movimientos en rotación interna y al apoyar el hombro mientras duerme.

Al examen físico se observa capacidad funcional conservada, rango osteomuscular pasivo íntegro y pruebas especiales positivas solo para dolor, según la estructura comprometida. De estas podemos destacar:

- Prueba de Hawkins
- Prueba de Neer
- *Speed test* (prueba de velocidad)
- *Upper cut test* (prueba de corte superior)

Diagnósticos más probables: pinzamiento subacromial, bursitis subacromial, tenosinovitis bicipital.

Manejo inicial en APS⁽⁸⁾:

- Solicitar radiografías de hombro en proyecciones AP verdadera, *outlet* y axilar para descartar diagnósticos diferenciales.
- Iniciar tratamiento analgésico, priorizando AINEs sobre opioides, por un máximo de 7 días⁽¹⁰⁾ asociado a relajantes musculares⁽⁸⁾. Como sugerencia basada en la experiencia clínica, sugerimos etoricoxib 120 mg, 1 comp al día (AM) por 7 días vo + ciclobenzaprina 5 mg, 1 comp/noche por 7 días vo.
- No se debe inmovilizar ni utilizar cabestrillo.
- Derivar a kinesioterapia (10 sesiones) focalizándose en fisioterapia, elongación de la musculatura, ejercicios excéntricos, fortalecimiento de la cintura escapular y reeducación motriz.

Seguimiento: controlar en dos meses o tras finalizar la terapia kinésica. Si no hay respuesta, considerar estudios complementarios tal como una ecografía o resonancia magnética o derivación a segundo nivel.

CASO 2:
Paciente adulto (40–60 años), con comorbilidades y dolor progresivo

Paciente con factores de riesgo como tabaquismo, índice de masa corporal elevado, síndrome metabólico, trabajador manual, con presentación de dolor atraumático de larga evolución (meses).

Al examen físico presenta disminución del ROM activo, con compromiso variable del ROM pasivo y pruebas específicas positivas. En este caso, es importante realizar maniobras específicas de lesión del manguito rotador.

- *Jobe test* (prueba de la lata vacía)
- Test de Patte
- *Belly press test* (prueba de prensa abdominal)
- *Speed test* (prueba de velocidad)
- *Upper cut test* (prueba de corte superior)

Se consideran positivas cuando existe déficit de fuerza al comparar con el lado contralateral.

Diagnóstico presuntivo: rotura parcial manguito rotador (más frecuente supraespinal), tenosinovitis bicipital.

Manejo inicial:

- Etoricoxib 120 mg, 1 comp al día (AM) por 7 días vo + ciclobenzaprina 5 mg, 1 comp/noche por 7 días vo. Evitar inmovilización y uso de cabestrillo, pero se puede indicar reposo laboral breve.
- Solicitar radiografías (AP verdadera, *outlet*, axilar) para descartar diagnósticos diferenciales.
- Derivar a kinesiterapia focalizándose en fisioterapia, elongación de la musculatura, ejercicios excéntricos, fortalecimiento de la cintura escapular y reeducación motriz.
- Considerar ecografía de hombro para evaluar extensión de la lesión⁽¹¹⁾.

Criterios de derivación a nivel secundario:

- Mala respuesta al manejo conservador sin posibilidad de acceder a ecografía.
- Ecografía con evidencia de rotura parcial, total o masiva, sin mejoría tras tres meses de tratamiento kinesiológico.

El objetivo de la derivación es permitir una evaluación especializada que defina la necesidad de estudios complementarios, procedimientos terapéuticos o resolución quirúrgica.

CASO 3:
Paciente adulto (40-70 años), con comorbilidades y dolor progresivo

Paciente presenta características demográficas semejantes al caso anterior.

Al examen físico presenta disminución del ROM activo, con compromiso variable del ROM pasivo y pruebas específicas positivas. En este caso, es importante realizar maniobras específicas de lesión completa del manguito rotador.

- *Jobe test* (prueba de la lata vacía)
- Test de Patte
- *Drop arm test* (prueba del brazo caído)
- *External rotation lag sign* (signo de retraso de la rotación externa)
- *Lift off* (maniobra de Gerber)
- *Hornblower's sign* (signo de Hornblower)
- *Belly press test* (prueba de prensa abdominal)

Al tener dos pruebas específicas para tendones distintos positivas, sugiere lesión masiva manguito rotador.

Diagnóstico presuntivo: rotura completa manguito rotador (supraespínoso y/o infraespínoso, subescapular)

Manejo inicial:

- Etoricoxib 120 mg, 1 comp al día (AM) por 7 días vo + ciclobenzaprina 5 mg, 1 comp/noche por 7 días vo.
- Evitar inmovilización y uso de cabestrillo.
- Solicitar radiografías (AP verdadera, *outlet*, axilar) para descartar diagnósticos diferenciales.
- Derivar a kinesiterapia focalizándose en fisioterapia, elongación de la musculatura, ejercicios excéntricos, fortalecimiento de la cintura escapular y reeducación motriz.

- Considerar ecografía de hombro para evaluar extensión de la lesión⁽¹¹⁾.

Criterios de derivación a nivel secundario:

- Mala respuesta al manejo conservador sin posibilidad de acceder a ecografía.
- Ecografía con evidencia de rotura parcial, total o masiva, sin mejoría tras tres meses de tratamiento.

El objetivo de la derivación es permitir una evaluación especializada que defina la necesidad de estudios complementarios, procedimientos terapéuticos o resolución quirúrgica.

CASO 4:
Dolor de hombro súbito atraumático, adulto (30-50 años, mayor prevalencia en mujeres)

Paciente con dolor súbito no traumático de hombro. Al examen físico puede observarse disminución del ROM activo, con compromiso variable del pasivo y pruebas de pinzamiento positivas.

Diagnósticos presuntivos: tendinopatía cálcica, capsulitis adhesiva (etapa inicial), artritis séptica

La tendinopatía cálcica corresponde al depósito de cristales de calcio en los tendones del manguito rotador, afectando en un 80% al supraespínoso y en un 15% al infraespínoso⁽¹²⁾. El paciente referirá dolor en cara lateral del hombro irradiado al brazo, de inicio súbito. Es frecuente como motivo de consulta en servicio de urgencias por lo que se denomina el “cólico del hombro”, haciendo referencia al cólico renal.

La capsulitis adhesiva es condición caracterizada por una rigidez progresiva y dolor en el hombro, secundaria a un engrosamiento y contractura de la cápsula articular glenohumeral, lo que provoca una limitación importante del rango de movimiento,

tanto activo como pasivo. Se asocia a paciente con diabetes mellitus e hipotiroidismo.

La artritis séptica es una infección bacteriana aguda de la articulación glenohumeral que puede causar destrucción articular rápida, por lo que requiere diagnóstico y tratamiento urgente. Aunque puede afectar cualquier articulación, su presencia en el hombro representa hasta un 10-15% de los casos en adultos. Es relevante considerar factores de riesgos, tales como:

- Edad avanzada
- Inmunosupresión (diabetes, VIH, uso de corticoides)
- Artropatías previas (artritis reumatoide, artrosis)
- Procedimientos intraarticulares previos
- Uso de drogas intravenosas

Tabla 1. Manejo inicial

Patología	Tendinopatía cárquica	Capsulitis adhesiva	Artritis séptica
Farmacoterapia	Etoricoxib 120 mg, 1 comp al día (AM) por 7 días vo + ciclobenzaprina 5 mg, 1 comp/noche por 7 días vo	Etoricoxib 120 mg, 1 comp al día (AM) por 7 días vo + ciclobenzaprina 5 mg, 1 comp/noche por 7 días vo Considerar el uso de corticoides oral (prednisona 20 mg, 1 comp/día por 5 días)	No indicar terapia antibiótica frente a la sospecha clínica
Imagenología	Radiografías hombro (AP verdadera, outlet, axilar) permite visualizar calcificaciones	Radiografías hombro (AP verdadera, outlet, axilar) normal. Ver Figura 1. Derivar a	Radiografías hombro (AP verdadera, outlet, axilar) puede presentar cambios corticales. Su realización no debe retrasar la derivación oportuna
Tratamiento	Derivar a kinesiterapia focalizándose en fisioterapia, elongación de la musculatura, ejercicios excéntricos, fortalecimiento de la cintura escapular y reeducación motriz.	kinesiterapia focalizándose en fisioterapia, elongación capsular y balance escapular.	Aseo quirúrgico + terapia antibiótica. Indicar régimen cero.



Figura 1. Radiografía de Hombro anteroposterior y outlet escápula normal en paciente de 60 años. Revela sólo hallazgos degenerativos en relación con patología de manguito rotador.

Derivación a servicio de urgencias: sospecha de artritis séptica.

Seguimiento: si no hay respuesta al tratamiento tras tres meses, considerar derivación a segundo nivel en el caso de tendinopatía cárquica. Si no existe mejoría progresiva de la movilidad respecto a la capsulitis adhesiva, se sugiere derivación a los seis meses.

CASO 5: Paciente mayor de 70 años, con dolor crónico de hombro

Dolor atraumático y progresivo, con hallazgos clínicos similares a los casos 2 y 3. Puede tratarse de una rotura del manguito rotador de larga data de carácter degenerativo o artrosis glenohumeral (primaria o secundaria a artropatía manguito rotador).

La artrosis glenohumeral constituye la tercera artropatía degenerativa más frecuente⁽¹³⁾. Afecata predominantemente a personas mayores de 60 años, sin distinción por sexo y se caracteriza por la aparición de dolor progresivo de evolución crónica. En esta se observa una limitación del rango de movimiento (ROM) tanto activo como pasivo, con especial restricción en la rotación externa, sin evidencia de déficit motor.



Figura 2. Radiografía anteroposterior y *outlet* de escápula en artrosis centroprimitiva o primaria de hombro. Un hallazgo característico es el “osteofito en barba” que se observa en la porción inferior del húmero.



Figura 3. Radiografía anteroposterior y *outlet* de escápula en artropatía de manguito rotador severa. Se observa la disminución del espacio acromiohumeral debido al ascenso del húmero producto de la disfunción del manguito rotador.

Es muy importante indagar en este grupo etario antecedentes de cáncer, síntomas constitucionales, masas palpables de repentina aparición u otra bandera roja sugerente de malignidad.

Diagnósticos presuntivos: artrosis glenohumeral o rotura irreparable del manguito rotador. En ambos casos, el enfrentamiento inicial es el mismo.

Manejo inicial⁽¹⁴⁾:

- Radiografía de hombro en proyecciones AP verdadera y *outlet* para bien confirmar la ar-

trosis glenohumeral o descartar otras patologías malignas tales como lesiones metastásicas o fracturas patológicas. Fundamental en este grupo etario. Ver Figuras 2 y 3.

- No se recomienda la ecografía, ya que no modifica la conducta terapéutica.
- Se sugiere manejo analgésico con paracetamol 1 gramo c/8 hrs vo + tramadol 100 mg/ml, 10 gotas c/8 hrs vo. Es importante educar al paciente respecto a los efectos adversos del tramadol (naúseas, vómitos, constipación).
- Derivar a kinesioterapia para fisioterapia y balance escapular.

Derivar a fisiatría si:

- Hay fracaso del manejo con analgesia adecuada y kinesioterapia.
- Se requiere abordaje integral del dolor crónico.

En el caso de la artrosis glenohumeral, se debe evaluar al paciente a los tres meses para valorar la respuesta al tratamiento conservador. En ausencia de mejoría clínica, se justifica la derivación al nivel secundario para evaluación por el especialista en Traumatología.

CERVICOBRAQUIALGIA

Es frecuente en la práctica clínica que el paciente consulte por dolor de hombro referido por patología cervical.

En este contexto, una anamnesis detallada resulta fundamental para orientar la sospecha hacia una patología cervical.

Elementos clínicos sugestivos de origen cervical^(14,17):

- Dolor urente o tipo quemante
- Debilidad muscular sin antecedente de trauma o dolor articular significativo

- Presencia de parestesias
- Exacerbación de los síntomas con movimientos cervicales

Estos pacientes suelen tener entre 35 y 55 años, sin predominancia de sexo, con historia de dolor progresivo atraumático.

Al examen físico, pueden encontrarse pruebas específicas positivas como:

- Test de Spurling
- Test de movilidad del miembro superior (*upper limb tension test*)
- Test de distracción cervical

Además, puede observarse compromiso sensitivo o motor en la distribución de raíces nerviosas específicas.

Un examen útil para diferenciar dolor de origen cervical del dolor de hombro es el *arm squeeze test*: consiste en aplicar compresión sobre el tercio medio del brazo. Si se reproduce el dolor, sugiere origen cervical con un valor predictivo positivo cercano al 97%⁽¹⁴⁾.

Manejo inicial en APS^(14,17):

- Solicitar radiografías de columna cervical en proyecciones AP y lateral.
- Indicar analgesia con AINEs por máximo siete días. Si predominan síntomas de tipo radicular, asociar pregabalina.
- Derivar a kinesioterapia.

Seguimiento:

Realizar control clínico a los tres meses. En caso de persistencia de los síntomas, la derivación dependerá de la presentación clínica:

- Si persiste la sintomatología neurológica, derivar a Traumatología de columna.

- Si el cuadro se limita a dolor sin compromiso neurológico, derivar a Fisiatría.

DISCUSIÓN

El dolor de hombro constituye una de las causas más frecuentes de consulta en la APS, siendo responsable de una proporción significativa de derivaciones a especialidades, muchas de las cuales podrían evitarse mediante un abordaje estructurado y eficiente desde el nivel primario. Este trabajo propone un enfoque práctico basado en factores clínicos y demográficos, con el objetivo de fortalecer la capacidad resolutiva del médico general.

Como se describe en esta propuesta, la estrategia inicial debe basarse en tres pilares fundamentales: uso racional de la imagenología básica (radiografía), analgesia multimodal y kinesioterapia. En particular, la radiografía de hombro sigue siendo una herramienta de alto valor diagnóstico, especialmente cuando se utilizan proyecciones adecuadas (AP verdadera, *outlet* y axilar), permitiendo detectar patologías como artrosis, tendinopatía calcíca o fracturas no desplazadas, sin incurrir en costos elevados ni demoras diagnósticas.

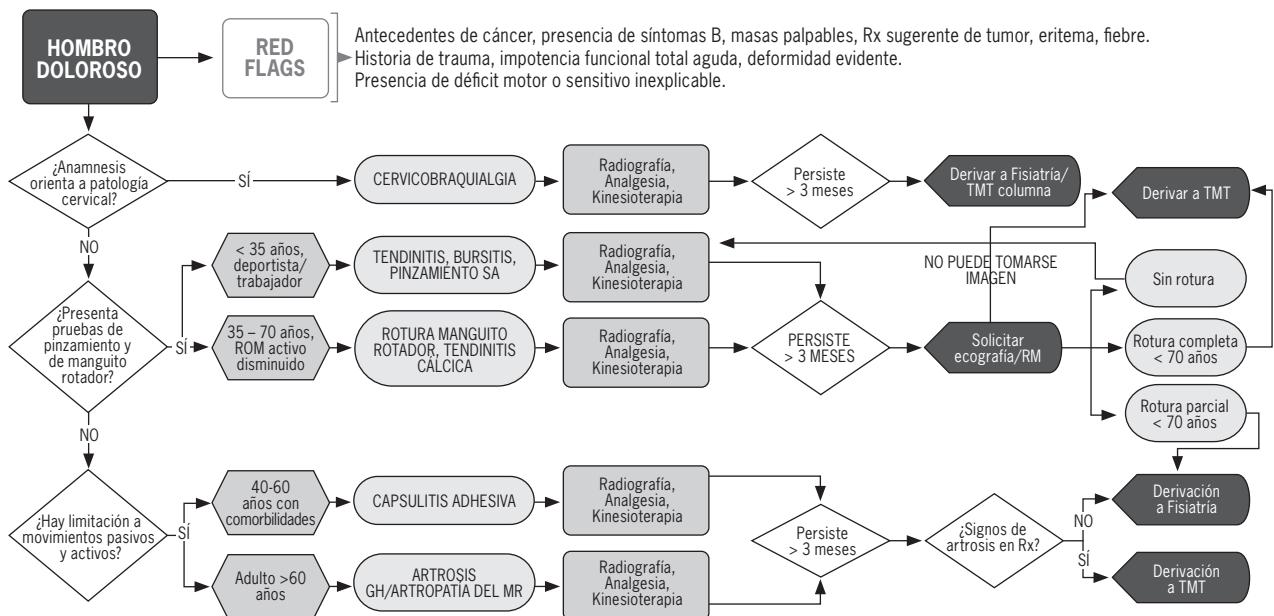
En cuanto a la analgesia, se recomienda el uso de antiinflamatorios no esteroidales (AINEs) en ciclos cortos como tratamiento de primera línea. En escenarios de dolor persistente, es razonable escalar a esquemas combinados con analgésicos centrales o relajantes musculares, siempre considerando el perfil de riesgo del paciente. De forma complementaria, el manejo no farmacológico, mediante kinesioterapia dirigida o autoadministrada ha demostrado ser efectivo en estudios clínicos, mostrando equivalencia funcional entre la modalidad presencial y domiciliaria, lo que permite ampliar la cobertura terapéutica incluso en contextos de limitada disponibilidad de recursos.

Pese a estas recomendaciones, la práctica clínica demuestra una persistente tendencia a sobrediagnosticar y sobreindicar estudios de imagen avanzada —como la ecografía o la resonancia magnética— en etapas tempranas, muchas veces motivada por la presión de los propios pacientes o por inseguridad diagnóstica de los profesionales. Es por ello que se propone fortalecer la educación clínica, tanto a nivel de formación médica continua como en la relación médico-paciente, para alinear expectativas y racionalizar los recursos diagnósticos. A su vez, la incorporación de algoritmos clínicos adaptados al contexto local, como el presentado en este trabajo, puede contribuir a estandarizar la conducta médica en APS y facilitar la toma de decisiones.

Otro aspecto fundamental es el seguimiento estructurado a tres meses, periodo clave para evaluar la respuesta al tratamiento conservador e identificar aquellos casos que requerirán derivación a especialidad. Esta práctica, sin embargo, se ve limitada por las altas cargas asistenciales y la escasez de espacios protegidos para reevaluación en APS. Frente a esto, se sugiere avanzar hacia modelos de atención basados en protocolos clínicos y coordinaciones efectivas entre niveles de atención, idealmente integrando equipos de rehabilitación y salud mental cuando el cuadro clínico lo amerite.

En suma, el fortalecimiento del rol del médico general en el manejo del dolor de hombro no solo es factible, sino necesario, como parte de una es-

Figura 4. Enfrentamiento del hombro doloroso en APS



La figura presenta un esquema resumido del enfoque propuesto para el manejo del hombro doloroso en Atención Primaria. El primer paso consiste en la identificación de signos de alarma ("Red Flags") que indiquen la necesidad de una derivación inmediata al nivel secundario. En ausencia de estos, se debe evaluar la posibilidad de una cervicobraquialgia como diagnóstico diferencial. Si esta se descarta, el abordaje se realiza según el grupo etario del paciente y los hallazgos del examen físico. En todos los casos el manejo será inicialmente conservador y deberá reevaluarse a los tres meses. Si el paciente persiste con molestias, se debe considerar la derivación al nivel secundario según sea el caso.

TMT: traumatología, MR: Manguito rotador, ECO: ecografía, ROM: rango osteomuscular, SA: subacromial, Rx: Radiografía, GH: glenohumeral, RM: Resonancia Magnética.

trategia de contención de la demanda asistencial y mejora de la calidad de atención. La implementación de protocolos prácticos, basados en evidencia local e internacional, puede reducir la sobrecarga

hospitalaria, optimizar los tiempos de atención y mejorar la experiencia del paciente en el sistema de salud.

REFERENCIAS

1. Mitchell C, Adebajo A, Hay E, Carr A. Shoulder pain: diagnosis and management in primary care. *BMJ* 2005;331:1124–8.
2. Djade CD, Porgo TV, Zomahoun HTV, Perrault-Sullivan G, Dionne CE. Incidence of shoulder pain in 40 years old and over and associated factors: A systematic review. *Eur J Pain* 2020;24:39–50.
3. Urwin M, Symmons D, Allison T, Brammah T, Busby H, Roxby M et al. Estimating the burden of musculoskeletal disorders in the community: the comparative prevalence of symptoms at different anatomical sites, and the relation to social deprivation. *Ann Rheum Dis* 1998;57:649–55.
4. Contreras J, Liendo R, Díaz C, Díaz M, Osorio M, Guzmán R et al. Efectividad de un programa de rehabilitación autoadministrado en el tratamiento del síndrome de hombro doloroso en atención primaria de salud: un estudio clínico aleatorizado, simple ciego. *Rev Médica Chile* 2018;146:959–67.
5. Virta L, Joranger P, Brox JI, Eriksson R. Costs of shoulder pain and resource use in primary health care: a cost-of-illness study in Sweden. *BMC Musculoskelet Disord.* 2012;13:17.
6. Espinoza MA, Abbott T, Passi A, Balmaceda C. Health and economic effects on patients with type 2 diabetes mellitus in the long run: predictions for the Chilean population. *Diabetol Metab Syndr* 2022;14:155.
7. Lahti V, Ibounig T, Rämö L, Häkkinen T, Shiri R, van der Windt D et al. Risk factors for shoulder pain and stiffness in adults aged 44 and older: an 11-year longitudinal population-based study. *Scand J Rheumatol* 2025;54:135–41.
8. Zitko P, Durán F, Keil N, Monasterio A, Soto R, Leppe J. Programa de Atención Musculoesquelética en Atención Primaria: primera evaluación semestral. *Rev Chil Salud Pública* 2008;12:26–36.
9. Tobar A, Délano R. Editorial. Desafíos de la Ley Hospital Clínico Universidad de Chile. *Rev Hosp Clínico Univ Chile* 2023;34:187–8.
10. Dickinson RN, Kuhn JE. Nonoperative treatment of rotator cuff tears. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2023;34:335–55.
11. Molina J, Carter R. Protocolo de Referencia y Contra Referencia de Síndrome de Hombro Doloroso en >15 años, SSMO [Internet]. [cited 2025 Mar 26]. Consultado en <https://www.saludorientante.cl/websaludorientante/wp-content/uploads/2017/01/sd-hombro-doloroso-listo.pdf>
12. Chianca V, Albano D, Messina C, Midiri F, Mauri G, Aliprandi A et al. Rotator cuff calcific tendinopathy: from diagnosis to treatment. *Acta Biomed Atenei Parm* 2018;89(1-S):186–96.

13. Tirabassi J, Aerni G. Shoulder conditions: glenohumeral joint osteoarthritis and adhesive capsulitis. FP Essent 2020;491:17–21.
14. Bokshan SL, DePasse JM, Eltorai AEM, Paxton ES, Green A, Daniels AH. An evidence-based approach to differentiating the cause of shoulder and cervical spine pain. Am J Med 2016;129:913–8.
15. Schiefer M, Teixeira PFS, Fontenelle C, Carminatti T, Santos DA, Righi LD et al. Prevalence of hypothyroidism in patients with frozen shoulder. J Shoulder Elbow Surg 2017;26:49–55.
16. Huang SW, Lin JW, Wang WT, Wu CW, Liou TH, Lin HW. Hyperthyroidism is a risk factor for developing adhesive capsulitis of the shoulder: a nationwide longitudinal population-based study. Sci Rep. 2014 Feb 25;4(1):4183.
17. Neck Pain Guidelines: Revision 2017: using the evidence to Guide Physical Therapist Practice. J Orthop Sports Phys Ther. 2017 Jul;47(7):511–2.



CORRESPONDENCIA

Dra. Antonia Vacarezza Armendariz
Hospital Comunitario de Tilitil
Daniel Moya 100, Tilitil
E-mail: acvacarezza@gmail.com