

Descompresión subacromial

Facilitó el movimiento por encima de la cabeza durante las primeras semanas posteriores a la descompresión subacromial.

Kieran Hirpara © ⓘ 4.0



Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

Este protocolo describe la rehabilitación posterior a una descompresión subacromial artroscópica aislada (acromioplastia, con o sin extirpación de la bursa inflamada) realizada por el Dr. Kieran Hirpara en el Mater Private Hospital Rockhampton. Lleve esta página o su versión en PDF a su primera sesión de fisioterapia para garantizar una rehabilitación coordinada. Su fisioterapeuta guiará su recuperación individualmente a través de las siguientes fases, según la evolución de su hombro.

Importante: La descompresión subacromial suele realizarse junto con una reparación del manguito rotador. Este protocolo corresponde únicamente a una descompresión subacromial aislada. Si su intervención quirúrgica incluyó también una reparación del manguito rotador, deberá seguir el [protocolo de reparación del manguito rotador](#); el tendón reparado requiere un ritmo de recuperación más lento.

Si tiene alguna duda respecto a la herida quirúrgica tras la operación, comuníquese con el consultorio. A menudo resulta útil tomar una fotografía de la herida y enviarla por correo electrónico para su evaluación.

Qué esperar

La descompresión subacromial crea más espacio para los tendones del manguito rotador al lijar la superficie inferior del acromion (el techo óseo del hombro) y al extirpar la bursa inflamada. No se repara nada que requiera protección, por lo que la rehabilitación temprana consiste en movilizar el hombro, no en mantenerlo en reposo: desde el primer día es seguro moverlo, y hacerlo desde el inicio evita que se vuelva rígido mientras cicatriza.

El cabestrillo que llevará al despertar sirve únicamente para su comodidad; no protege nada. Úselo lo menos posible y abandónelo cuanto antes: la mayoría de las personas dejan de usarlo en los primeros días, y los protocolos establecidos indican que debe retirarse a más tardar a las dos semanas. **No conduzca durante al menos seis semanas después de cualquier cirugía de hombro**, incluso una vez retirado el cabestrillo; su cirujano le dará autorización para conducir, normalmente en la revisión a las seis semanas.

Su programa de ejercicios incluye tres tipos de movimientos; su fisioterapeuta le indicará cuáles son adecuados en cada etapa:

- **Rango de movimiento activo:** se permite mover el hombro sin ayuda ni asistencia.
- **Rango de movimiento activo asistido:** se utiliza el otro brazo u otro objeto para ayudar a mover el brazo afectado.
- **Rango de movimiento pasivo:** el brazo permanece completamente relajado; el otro brazo o una fuerza externa realiza el 100 % del movimiento.

Resumen del proceso:

- **Fase I – Movilización temprana** – aproximadamente las primeras dos semanas
- **Fase II – Recuperación del rango de movimiento y comienzo del fortalecimiento** – semana 2–6
- **Fase III – Fortalecimiento** – semana 6–12
- **Fase IV – Retorno a la actividad plena** – a partir de la semana 12

En las primeras semanas el hombro suele estar adolorido más que frágil; algunas personas notan molestias durante hasta seis semanas. Las guías clínicas indican que la mayoría experimenta una clara mejoría del dolor alrededor de los tres meses, y los síntomas pueden seguir mejorando hasta un año después. Los intervalos semanales indicados a continuación son orientativos, no fijos; su fisioterapeuta ajustará el progreso según la evolución del movimiento de su hombro, no según el calendario.

Fase I – Movilización temprana (Semana 0–2)

Durante la operación se suele aplicar un bloqueo nervioso, por lo que el brazo permanecerá entumecido durante varias horas después; comience a tomar sus analgésicos antes de que el efecto desaparezca. En las primeras dos semanas, los objetivos son sencillos: controlar el dolor y la hinchazón, y lograr que el hombro se mueva sin molestias. Aplique hielo con regularidad para aliviar el dolor. Comience a mover la mano, la muñeca y el codo de inmediato; añada ejercicios pendulares y movimientos asistidos del brazo según le resulte cómodo. Utilice el brazo para actividades cotidianas ligeras como lavarse, vestirse y comer. Tome sus analgésicos antes de hacer ejercicios y antes de las sesiones de fisioterapia. Esta es una cirugía mínimamente invasiva, realizada mediante dos o tres pequeñas incisiones cubiertas con apósitos impermeables; puede ducharse sobre ellas desde el primer día (evite remojarlas o frotarlas), y permanecerán en su lugar hasta la revisión de la herida a los 10–14 días. Las personas que trabajan en oficinas suelen volver al trabajo en las primeras dos semanas; no podrá conducir hasta que su cirujano se lo autorice, generalmente en la revisión de la semana seis.

Para su fisioterapeuta:

Objetivos

- Controlar el dolor y la hinchazón
- Restablecer un rango de movimiento sin dolor (iniciando con movimientos asistidos y progresando a movimientos activos)

- Prevenir la atrofia muscular y comenzar a recuperar la estabilidad dinámica
- Lograr independencia en actividades cotidianas ligeras

Manejo

- Aplicar crioterapia regularmente para el dolor y la hinchazón; administrar analgésicos antes de los ejercicios y sesiones
- Ejercicios de amplitud de movimiento para codo, muñeca, mano, cuello y región torácica desde el día 1
- Ejercicios pendulares; elevación asistida del brazo mediante polea o varilla en el plano escapular; rotaciones externas e internas a partir de 30–45° de abducción
- Progresar hacia movimientos activos según le resulte cómodo
- Ejercicios de estabilización escapular en posición sentada; conciencia postural
- Ejercicios isométricos submáximos (flexión, extensión, abducción, rotación externa e interna) y estabilización rítmica suave
- A partir de la semana 2: aplicar calor antes del ejercicio si resulta útil; avanzar con los ejercicios de rotación hasta alcanzar 90° de abducción; realizar rotaciones externas e internas con banda elástica, manteniendo el brazo pegado al cuerpo

Precauciones

- Realice los ejercicios dentro de los límites de comodidad: no fuerce ni estire en exceso; el dolor servirá como guía
- Utilice el cabestrillo únicamente para mayor comodidad; retírelo en los primeros días y abandónelo a las dos semanas
- No conduzca durante seis semanas (esto aplica a cualquier cirugía de hombro)
- No levante objetos pesados, no levante nada por encima de la cabeza ni realice movimientos bruscos
- Evite empujarse hacia arriba desde una silla o cama usando el brazo operado durante las primeras seis semanas: se ha adelgazado el acromion, por lo que debe evitarse la carga excesiva mientras se reconfigura

Criterios para avanzar

- El dolor se controla adecuadamente con analgésicos sencillos
- La hinchazón disminuye y las heridas cicatrizan sin complicaciones
- El paciente realiza movimientos asistidos con comodidad, y los movimientos activos vuelven a ser posibles por debajo de la altura del hombro

Fase II – Recuperación del rango de movimiento y comienzo del fortalecimiento (Semana 2–6)

Esta fase consiste en recuperar el resto del movimiento y empezar a fortalecer el brazo. Los ejercicios progresan desde movimientos asistidos hasta movimientos activos del brazo en todas las direcciones; la mayoría de los protocolos publicados prevén un rango de movimiento completo o casi completo al cabo de unas seis a ocho semanas. El fortalecimiento se inicia de forma suave: primero sin carga, luego con bandas elásticas y pesos muy ligeros para los músculos del manguito rotador y de la escápula. Muchas personas consideran útil aplicar calor antes del ejercicio y hielo después. Durante esta fase, y bajo la guía de su fisioterapeuta, suele ser posible realizar actividades moderadas (levantar objetos ligeros por debajo de la altura del hombro).

Para su fisioterapeuta:

Objetivos

- Alcanzar un rango de movimiento activo completo o casi completo en todos los planos alrededor de la semana 6–8
- Recuperar y mejorar la fuerza del manguito rotador y de la escápula
- Normalizar el ritmo escapulohumeral y el control neuromuscular
- Seguir reduciendo el dolor

Manejo

- Progresar el rango de movimiento en todos los planos, incluyendo la rotación interna detrás de la espalda mediante un suave estiramiento capsular posterior
- Realizar movilizaciones de la articulación glenohumeral (deslizamientos inferiores, posteriores y anteriores) según sea necesario
- Iniciar un programa isotónico sin carga (elevación del hombro, remo en decúbito prono, abducción horizontal en decúbito prono, extensión hasta la posición neutra, rotación externa en decúbito lateral, abducción hasta 90°); añadir peso ligero (alrededor de 0.5–1 kg) tras una semana de realización de repeticiones sin dolor y bajo control
- Realizar rotaciones externas e internas con bandas elásticas; progresar hacia ejercicios de rotación en posiciones más elevadas según la tolerancia del paciente
- Trabajar el control neuromuscular de la escápula y el trapecio inferior; condicionar el tronco, el core y las extremidades inferiores
- Ejercicios de resistencia para el miembro superior; aplicar calor antes y hielo después de las sesiones según preferencia

Precauciones

- Evitar ejercicios con carga en el rango de movimiento donde haya dolor por pinzamiento; los ejercicios pueden ser exigentes, pero no deben reproducir el dolor previo a la cirugía

- No enfocar el entrenamiento en el músculo supraespinoso ni en la parte media del deltoides hasta que no haya dolor; evitarlos si provocan dolor en reposo o durante la noche
- Continuar evitando empujar con el brazo operado ni levantar cargas pesadas o por encima de la cabeza hasta pasadas seis semanas

Criterios para avanzar

- Rango de movimiento completo y sin dolor, con mínima sensibilidad al tacto
- Fuerza del manguito rotador alrededor de 4/5 en las pruebas manuales, con buen control de la escápula

Fase III – Fortalecimiento (Semana 6–12)

Una vez recuperado el movimiento, la atención se centra en la fuerza, la resistencia y el control. El entrenamiento de resistencia avanza desde el uso de bandas elásticas hasta pesas; los ejercicios se vuelven más dinámicos. Para quienes regresan al deporte, se inicia un trabajo pliométrico controlado y una vuelta gradual al entrenamiento. Por lo general, la natación se reanuda a partir de la sexta semana (primero con brazada de pecho, luego libre cuando el paciente se sienta cómodo); asimismo, las actividades de carga moderada (levantar objetos por debajo de la altura del hombro) suelen ser posibles a partir de esa misma semana. Un programa intermitente de retorno al deporte comienza habitualmente en la semana 10–12, una vez cumplidos los criterios de fuerza.

Para su fisioterapeuta:

Objetivos

- Mejorar la fuerza, la potencia y la resistencia del complejo del hombro
- Optimizar el control neuromuscular, la propiocepción y los patrones de movimiento (sin movimientos bruscos del hombro)
- Preparar al paciente para un retorno gradual al deporte y a actividades de mayor carga

Manejo

- Avanzar en el programa isotónico: ejercicios isométricos → bandas elásticas → pesas; trabajar el manguito rotador, el deltoides y los estabilizadores escapulares en 2–3 series de 8–12 repeticiones
- Introducir ejercicios con resistencia excéntrica, ejercicios en cadena cerrada y estabilización rítmica; incluir actividades propioceptivas como soportar peso corporal o arrodillarse en cuatro puntos
- Actividades pliométricas: primero ejercicios con ambas manos (pases al pecho, lanzamientos laterales) para luego pasar a ejercicios con una sola mano (dribbling contra la pared, lanzamientos) hacia el final de esta fase
- Iniciar el programa intermitente de retorno al deporte en la semana 10–12, si se cumplen los criterios
- Continuar con ejercicios de fortalecimiento del core y condicionamiento físico; aplicar crioterapia según sea necesario

Precauciones

- Los ejercicios deben ser exigentes pero, en esencia, no causar dolor; suspender cualquier actividad que provoque dolor en reposo o durante la noche
- El levantamiento de pesas pesadas y las cargas sostenidas por encima de la cabeza deben esperar hasta aproximadamente los tres meses

Criterios para avanzar

- Rango de movimiento activo completo y sin dolor (aproximadamente igual al lado no afectado)
- Fuerza cercana a la del lado no afectado (según estudios publicados, se requiere un 70% para iniciar entrenamiento dinámico y cerca del 90% para volver al deporte)
- Ausencia de dolor o sensibilidad al aumentar progresivamente la carga

Fase IV – Retorno a la actividad plena (a partir de la semana 12)

La fase final consiste en un retorno gradual a trabajos pesados, tareas por encima de la altura de los hombros y actividades deportivas. El levantamiento de pesas pesadas o repetitivo, así como el trabajo prolongado por encima de la altura de los hombros, suelen reanudarse a partir de los tres meses aproximadamente. El retorno a deportes de competición (en especial aquellos que requieren movimientos por encima de la cabeza) depende del cumplimiento de ciertos criterios y no de la fecha: movilidad completa sin dolor, fuerza similar a la del lado sano y confianza al realizar ejercicios específicos del deporte. Con frecuencia, el hombro sigue mejorando incluso después de esta fase; las guías clínicas indican que la mejora puede persistir hasta un año.

Para su fisioterapeuta:

Objetivos

- Retorno gradual a trabajos pesados, actividades por encima de la altura de los hombros y deportes
- Mantener a largo plazo la amplitud de movimiento, la fuerza y el control

Manejo

- Continuar el programa de fortalecimiento, introduciendo progresivamente ejercicios de gimnasio y específicos del deporte según la tolerancia
- Seguir con el programa deportivo intermitente, retomando gradualmente el lanzamiento y otras actividades por encima de la altura de los hombros
- Realizar estiramientos capsulares y ejercicios de mantenimiento de forma autónoma según sea necesario

Precauciones

- La progresión debe guiarse por la ausencia de síntomas; si aparece dolor, reduzca la carga, restablezca un rango de movimiento cómodo y vuelva a fortalecer

Criterios para avanzar

- Amplitud de movimiento completa y sin dolor
- Resultados satisfactorios en pruebas de fuerza y funcionalidad (alrededor del 90 % de los valores del lado sano, según las guías publicadas para el retorno al deporte)
- Evaluación clínica positiva

Después de seguir el protocolo

Las fases descritas anteriormente se han adaptado de protocolos de rehabilitación publicados y guías para pacientes sobre la descompresión subacromial artroscópica: OrthoIndy, Sports Surgery New York, Gundersen Health System Sports Medicine, Twin Cities Orthopedics, Oxford University Hospitals NHS Foundation Trust y Royal Berkshire NHS Foundation Trust. Los rangos de semanas indicados son orientativos, no fijos; su rehabilitación posterior será guiada individualmente por su fisioterapeuta, en colaboración con nuestra clínica, según la evolución de su hombro. Esta página complementa las recomendaciones generales de recuperación de nuestra clínica; consulte [control del dolor postoperatorio](#) y [cuidado de la herida](#). Para información sobre la intervención quirúrgica y la afección que trata, consulte [descompresión subacromial](#). La base científica de este protocolo (incluida su relación con los resultados de los ensayos clínicos sobre cirugía subacromial) se resume en la sección de evidencia, disponible en formato PDF en la parte superior de esta página.