DR. CARLOS MORENO CASTILLO
Cirugía de hombro y codo

GUÍA PARA PACIENTES

Paso a paso para tu cirugía de manguito rotador

Desde la decisión de operarte hasta la vuelta a tus actividades.



ANTES DE EMPEZAR

Cómo usar esta guía

Esta guía reúne lo que conversamos en la consulta y lo que vas a vivir en cada etapa: la decisión, la preparación, el día de la cirugía, los primeros días en casa y la rehabilitación. Léela con calma, compártela con quien te va a acompañar y anota tus dudas para resolverlas con el equipo.

La reparación del manguito rotador es una de las cirugías más frecuentes del hombro. Cada paciente llega a ella con una lesión distinta, y por eso varios plazos de esta guía son rangos. Tu indicación personal es siempre la que te entrega tu equipo.

LOS CINCO HITOS DE NUESTRO EQUIPO

1. **Día de la cirugía.** Terminas con un inmovilizador de hombro puesto y te vas con una receta para el dolor.
2. **A la semana.** Primera curación.
3. **A los 14 días.** Retiro de puntos.
4. **A los 14 días.** Inicio de la kinesiología.
5. **Entre la semana 2 y la 3.** Retiro progresivo del inmovilizador, según tu lesión.

Tu contacto durante todo el proceso

Pamela Yáñez, enfermera supervisora del equipo, coordina tus exámenes, tus curaciones y tus controles. Escríbele por WhatsApp al +56 9 6684 7103.

Dos tipos de recuadros

Los recuadros azules, como el de arriba, contienen las indicaciones de nuestro equipo. Los recuadros blancos resumen lo que muestran los estudios científicos, con el número de la referencia entre corchetes. La lista completa está al final.

Contenido

ANTES DE EMPEZAR
Cómo usar esta guía 2

PARTE 1 · LA DECISIÓN
La decisión de operarte 4
Qué es el manguito rotador 5
Cuándo conviene operar 6
Por qué cada cirugía es distinta 7
Los factores que definen tu plan 8
Qué puedes esperar del resultado 9

PARTE 2 · TU EQUIPO
Un equipo detrás de tu cirugía 10
Quién es quién 11
Preguntas útiles para tu consulta 12

PARTE 3 · LA PREPARACIÓN
Las semanas previas 13
Exámenes, medicamentos y salud 14
Prepara tu casa y a quien te acompaña 15
El día anterior 16
Qué llevar a la clínica 17

PARTE 4 · EL DÍA DE LA CIRUGÍA
El día de la cirugía, paso a paso 18
El recorrido completo 19
La anestesia y el bloqueo del brazo 20
El bloqueo: tipos, duración y cuidados 21
Qué se hace dentro de tu hombro 22
La reparación, paso a paso 23
Las primeras horas y el alta 24

PARTE 5 · EN CASA
Los primeros días en casa 25
El dolor en casa 26
El inmovilizador de hombro 27
Dormir las primeras semanas 28
Asearte, vestirte y el día a día 29
Curaciones, puntos y controles 30

PARTE 6 · LA REHABILITACIÓN
La rehabilitación, etapa por etapa 31
Las cinco etapas 32
Médico, kinesiólogo y tú: un mismo plan 33
Trabajo, manejo y deporte 34

PARTE 7 · SEGURIDAD Y CIERRE
Cuándo avisar al equipo 35
Preguntas frecuentes 36
Mi cirugía: hoja para completar 37
Listas para imprimir 38
Sobre esta guía 39
Referencias 40



PARTE 1 · LA DECISIÓN

La decisión de operarte

Operarse es una decisión que tomamos juntos en la consulta. Para llegar a ella revisamos tu historia, el examen de tu hombro y tus imágenes, y conversamos sobre lo que quieres recuperar: dormir sin dolor, volver a tu trabajo, retomar un deporte.

Una buena decisión responde tres preguntas: qué lesión tienes, qué ofrece cada tratamiento en tu caso y qué te exige cada uno. Las páginas que siguen te ayudan a responderlas con tu médico.

Qué es el manguito rotador

El manguito rotador es un grupo de cuatro tendones que rodean la cabeza del húmero: supraespinoso, infraespinoso, subescapular y redondo menor. Mantienen el hombro centrado y te permiten levantar y rotar el brazo.

Cómo se rompe

Un tendón puede romperse de forma parcial, cuando se daña una parte de su espesor, o completa, cuando la rotura atraviesa todo el espesor del tendón. Algunas roturas aparecen después de una caída o de un esfuerzo brusco. Muchas otras se instalan de forma gradual, como parte de una lesión degenerativa del tendón, y dan síntomas con el paso del tiempo.

Qué se siente

- Dolor en la cara externa del hombro y del brazo.
- Dolor que despierta de noche o que impide dormir sobre ese lado.
- Menos fuerza para levantar el brazo, peinarte o tomar objetos en altura.

Cómo se confirma

El diagnóstico se apoya en el examen físico y en imágenes. La ecografía y la resonancia magnética muestran qué tendones están comprometidos, el tamaño de la rotura, cuánto se retrajo el tendón y en qué estado está el músculo. Esa información define las opciones de tratamiento.

Un tendón desprendido no vuelve a insertarse en el hueso por sí solo. Aun así, muchas personas recuperan una función satisfactoria con kinesiología, y otras necesitan reparar el tendón para conseguirla. La página siguiente explica cómo se decide.

Cuándo conviene operar

Situaciones en que suele recomendarse la cirugía

- Una rotura completa en una persona activa.
- Una rotura producida por un traumatismo, sobre todo si hay pérdida de fuerza.
- Dolor o debilidad que se mantienen después de un tratamiento bien hecho con kinesiología.

Situaciones en que conviene partir sin cirugía

- Roturas parciales y tendinopatías.
- Algunas roturas completas pequeñas, sin traumatismo, en personas con menor exigencia física. Se controlan bien con ejercicio guiado, analgesia e infiltraciones.

Cuando el tendón ya no puede repararse

Algunas roturas grandes y antiguas no permiten llevar el tendón de vuelta al hueso. Para ellas existen otras cirugías, que se eligen caso a caso.

LO QUE MUESTRAN LOS ESTUDIOS

- En roturas pequeñas y medianas, un ensayo clínico con 15 años de seguimiento encontró mejores resultados con la reparación que con la fisioterapia sola. Las roturas no operadas aumentaron de tamaño con el tiempo [2].
- En personas mayores de 55 años con roturas pequeñas del supraespinoso, sin traumatismo, otro ensayo no encontró ventajas de la cirugía sobre el tratamiento conservador a más de cinco años [3]. Una revisión Cochrane describe resultados parecidos entre ambos tratamientos en el corto plazo [1].
- Las guías clínicas y los consensos actuales recomiendan decidir según la lesión, la edad, la actividad y los objetivos de cada persona [4, 5].

Por eso la indicación es individual. Tu cirujano te explicará en qué grupo está tu lesión y qué puedes esperar de cada camino.



PARTE 1 · LA DECISIÓN

Por qué cada cirugía es distinta

Dos personas con el mismo diagnóstico pueden necesitar cirugías y recuperaciones distintas. Una rotura del manguito rotador se describe por su tamaño, los tendones comprometidos, su espesor, la retracción y el estado del músculo [5].

Con esos datos, más tu edad, tu salud y tu actividad, el cirujano define la técnica, el tiempo de inmovilizador y el ritmo de tu rehabilitación. La página siguiente explica cada factor.

Los factores que definen tu plan

Tu edad	La capacidad del tendón para cicatrizar disminuye con los años. En los estudios, la cicatrización es más frecuente antes de los 50 y baja de forma gradual después [8].
Los tendones rotos	Una rotura aislada del supraespinoso es distinta de una que compromete además el infraespinoso o el subescapular.
El tamaño y la retracción	Cuando el tendón se desprende, el músculo lo tira hacia atrás. Mientras más grande y retraída es la rotura, más tensión soporta la reparación.
La calidad del tendón	Un tendón grueso y firme sostiene mejor las suturas que uno delgado o frágil.
La infiltración grasa	Cuando un músculo pasa mucho tiempo sin trabajar, parte de sus fibras se reemplaza por grasa. Se ve en la resonancia y no se revierte con la cirugía.
El tiempo de evolución	Una rotura reciente suele repararse con más facilidad que una de varios años.
Tu salud	La diabetes y el tabaco se asocian a una cicatrización más difícil [9, 10].
El procedimiento	Según lo anterior, la reparación puede ser completa o parcial, usar una o varias anclas y sumar gestos sobre el tendón del bíceps u otras estructuras.

LO QUE MUESTRAN LOS ESTUDIOS

El tamaño de la rotura, la retracción y la infiltración grasa son los factores que con más frecuencia predicen si el tendón cicatriza [6, 7]. Se valoran siempre en conjunto, junto con tu edad y tu salud.

Qué puedes esperar del resultado

La cirugía fija el tendón al hueso para que cicatrice. Con eso se busca aliviar el dolor, recuperar movimiento y fuerza, y proteger el hombro a largo plazo.

El dolor y el sueño

El dolor nocturno mejora de forma progresiva. En un estudio con cerca de mil pacientes, 88 de cada 100 dormían mal antes de operarse. A los seis meses eran 37 de cada 100, y al año, 22 de cada 100 [27].

El movimiento y la fuerza

La movilidad se recupera durante los primeros meses y la fuerza toma más tiempo. La mejoría continúa hasta cerca del año de la cirugía [26].

La cicatrización del tendón

Depende de los factores de la página anterior. En algunas personas el tendón no cicatriza por completo o vuelve a romperse. Muchas de ellas mantienen el alivio del dolor, aunque con menos fuerza [31]. Por eso el seguimiento se apoya en tu dolor, tu movilidad y tu fuerza.

Lo que depende de ti

- Respetar el inmovilizador y los plazos.
- Hacer la rehabilitación completa, también los ejercicios en casa.
- Evitar el tabaco antes y después de la cirugía [9].
- Mantener bien controladas tus enfermedades, en especial la diabetes [11].

Estas cifras describen grupos de pacientes. Tu pronóstico personal lo conversas con tu cirujano, que conoce tu lesión.



PARTE 2 · TU EQUIPO

Un equipo detrás de tu cirugía

Una cirugía de manguito rotador es un trabajo de equipo. Antes, durante y después de la operación te acompañan profesionales con tareas distintas y un mismo plan.

Saber quién hace qué te permite dirigir cada duda a la persona indicada y llegar al día de la cirugía con todo resuelto.

Quién es quién

El cirujano Dr. Carlos Moreno Castillo	Define contigo la indicación, realiza la cirugía y dirige tus controles y los plazos de tu recuperación.
La enfermera supervisora Pamela Yáñez	Coordina tus exámenes y los trámites con la clínica y con tu previsión. Es tu contacto directo antes y después de la cirugía, y organiza tus curaciones y controles.
El anestesiólogo Habitualmente, Dr. Vicente Béjar	Revisa tus exámenes antes de la cirugía, te cuida durante toda la operación y se ocupa del control del dolor en las primeras horas.
Los kinesiólogos Jorge Ocampo, Javiera Guajardo y Benjamín Olivari	Guían tu rehabilitación desde la segunda semana, etapa por etapa, con el protocolo que corresponde a tu lesión.
La clínica	El personal de admisión, de pabellón y de recuperación te recibe y te cuida el día de la cirugía.
Tu acompañante	Un familiar o amigo que recibe contigo las indicaciones, te lleva a casa y te ayuda los primeros días.

Cómo comunicarte con el equipo

- Cuéntanos todo lo que tomas: medicamentos, vitaminas y productos naturales.
- Avisa cualquier cambio en tu salud antes de la cirugía: fiebre, resfrío, una herida o infección en la piel, un problema dental.
- Anota tus dudas a medida que aparezcan y envíalas por WhatsApp o tráelas a la consulta.
- Si tu kinesiólogo es de otro centro, pídele que se coordine con nuestro equipo. Médico, kinesiólogo y paciente trabajan con el mismo plan.

CONTACTO

WhatsApp (mensajes escritos) y teléfono: +56 9 6684 7103. Correo: contacto@drmorenocastillo.com. Agenda de horas: drmorenocastillo.com/agendar

Preguntas útiles para tu consulta

Llevar las preguntas escritas ayuda a aprovechar la consulta. Estas son las que más sirven antes de una cirugía de manguito rotador.

Sobre tu lesión

- ¿Qué tendones están rotos y de qué tamaño es la rotura?
- ¿Cuánta retracción e infiltración grasa muestra mi resonancia?
- ¿Qué pasa si decido esperar?

Sobre la cirugía

- ¿Qué procedimiento planificas en mi caso?
- ¿Dónde me opero y cuánto tiempo estaré en la clínica?
- ¿Qué tipo de anestesia y de bloqueo recibiré?

Sobre la recuperación

- ¿Cuánto tiempo usaré el inmovilizador?
- ¿Cuándo empiezo la kinesiología y dónde?
- ¿Cuándo podré manejar, volver a mi trabajo y retomar mi deporte?

Sobre la preparación

- ¿Qué medicamentos debo ajustar antes de la cirugía?
- ¿Desde qué hora debo estar en ayuno y a qué hora me presento?
- ¿Qué trámites debo hacer con mi previsión?

UN CONSEJO

Pide a tu acompañante que escuche las respuestas contigo. Dos personas recuerdan mejor que una, sobre todo el día del alta.



PARTE 3 · LA PREPARACIÓN

Las semanas previas

La preparación empieza varias semanas antes. En este tiempo se completan tus exámenes, se revisan tus medicamentos y se ordenan los trámites con la clínica y con tu previsión.

Llegar con todo resuelto reduce los imprevistos del día de la cirugía y te deja concentrarte en tu recuperación.

Exámenes, medicamentos y salud

Exámenes

La enfermera coordina tus exámenes preoperatorios. El anestesiólogo los revisa antes de la cirugía para confirmar que estás en condiciones de operarte.

Medicamentos

Lleva a la consulta la lista completa de lo que tomas, con dosis y horarios. Estos grupos pueden necesitar un ajuste antes de la cirugía:

- Anticoagulantes y antiagregantes, incluida la aspirina.
- Antiinflamatorios.
- Medicamentos para la diabetes.
- Medicamentos inyectables o en comprimidos para la diabetes o para bajar de peso, como la semaglutida [12].
- Vitaminas, suplementos y productos naturales.

INDICACIÓN DE TU EQUIPO

No suspendas ni cambies ningún medicamento por tu cuenta. El equipo te dirá qué hacer con cada uno y desde qué día.

Diabetes

Llegar a la cirugía con la glicemia bien controlada, y mantenerla así después, favorece la cicatrización del tendón [10, 11].

Tabaco

Fumar se asocia a un mayor riesgo de que el tendón vuelva a romperse [9]. Dejar de fumar antes de la cirugía y durante la recuperación es una de las medidas que más dependen de ti.

Piel

Cuida la piel del hombro y de la axila. Evita rasurarte por tu cuenta y avisa si aparece una herida, una picadura o cualquier lesión cerca de la zona.

Trámites

Pamela te guía con el consentimiento informado, la orden de hospitalización y el bono PAD o los documentos de tu Isapre.

Prepara tu casa y a quien te acompaña

Durante las primeras semanas vas a hacer casi todo con una mano. Dejar tu casa lista antes de la cirugía te ahorra esfuerzo y dolor.

- [ ] Un lugar para dormir semisentado: almohadas apiladas, un respaldo o un sillón reclinable.
- [ ] Ropa holgada que se abotone o se cierre por delante.
- [ ] Comida preparada o fácil de calentar para los primeros días.
- [ ] Los objetos de uso diario a la altura de la cintura y del lado no operado.
- [ ] Compresas frías o bolsas de hielo en el congelador.
- [ ] Calzado sin cordones y una superficie antideslizante en la ducha.

Tu red de apoyo

- [ ] Un adulto que te acompañe el día de la cirugía y durante las primeras 24 horas.
- [ ] Alguien que te traslade a las curaciones y controles. Mientras uses el inmovilizador no puedes manejar.
- [ ] Ayuda con las compras, la cocina y el cuidado de niños o mascotas durante las primeras semanas.

Un ensayo antes de la cirugía

Pasa un día haciendo todo con la mano del lado no operado: vestirte, comer, asearte, usar el teléfono. Vas a descubrir qué necesitas dejar a mano y qué tareas conviene delegar.

TRABAJO Y LICENCIA

Conversa con tu empleador antes de la cirugía. El tiempo de reposo depende de tu trabajo, y lo define tu cirujano en los controles.

El día anterior

INDICACIÓN DE TU EQUIPO

- **Ayuno.** Al menos 8 horas antes de la cirugía sin comer ni beber. La enfermera te confirma desde qué hora, según tu horario de pabellón.
- **Medicamentos.** Toma solo los que el equipo autorizó, con un sorbo pequeño de agua.
- Si el anestesiólogo te entrega una indicación distinta, sigue la suya.

El ayuno protege tus pulmones durante la anestesia: con el estómago vacío disminuye el riesgo de que su contenido pase a la vía respiratoria [13, 14].

La tarde y la noche anterior

- Cena liviano y dentro del horario que te indicaron.
- Dúchate con agua y jabón. Deja el hombro y la axila sin cremas, desodorante ni perfume.
- Retira el esmalte de uñas, las joyas y los piercings.
- Deja listo el bolso y confirma con tu acompañante la hora de salida.
- Duerme lo mejor que puedas.

La mañana de la cirugía

- Mantén el ayuno. Si comiste o bebiste fuera de lo indicado, avisa al equipo antes de salir.
- Toma tus medicamentos autorizados con un sorbo de agua.
- Usa ropa cómoda y abierta por delante. Deja en casa los lentes de contacto.
- Llega a la clínica a la hora que te indicaron.

AVISA ANTES DE SALIR DE CASA

Escribe al equipo si amaneces con fiebre, tos, vómitos, una herida en el hombro o cualquier malestar nuevo. A veces conviene reprogramar la cirugía, y es mejor saberlo antes de que llegues a la clínica.

Qué llevar a la clínica

- ☐ Carnet de identidad o pasaporte.
- ☐ Exámenes preoperatorios y resonancia, con el informe y las imágenes.
- ☐ Consentimiento informado firmado.
- ☐ Bono PAD o documentos de tu previsión.
- ☐ Lista de tus medicamentos, con dosis y horarios.
- ☐ El inmovilizador de hombro, si el equipo te pidió llevarlo.
- ☐ Ropa holgada con botones o cierre por delante y calzado cómodo.
- ☐ Artículos de aseo básicos, por si pasas la noche en la clínica.
- ☐ Teléfono con carga y su cargador.
- ☐ Esta guía, con tus preguntas anotadas.

Lo que se queda en casa

Joyas, relojes, dinero en efectivo y objetos de valor.

La llegada

Preséntate en la clínica a la hora indicada por el equipo o por la propia clínica. Esa hora es anterior a la de pabellón: el ingreso, el cambio de ropa y la evaluación de enfermería toman tiempo.

Tu acompañante

Ven con un adulto que pueda esperarte y llevarte de vuelta. Después de la anestesia no puedes manejar ni volver solo a tu casa. Si te vas el mismo día, esa persona debe quedarse contigo las primeras 24 horas.

SI TE OPERAS CON BONO PAD DE FONASA

Pamela revisa contigo los pasos y la documentación del bono antes del ingreso. Más información en drmorenocastillo.com/padfonasa



PARTE 4 · EL DÍA DE LA CIRUGÍA

El día de la cirugía, paso a paso

Ese día pasarás por varias etapas con distintos profesionales. Todas tienen un orden y un propósito. En cada una te preguntarán tu nombre, la cirugía y el lado que se opera: es parte de los controles de seguridad.

En la página siguiente está el recorrido completo, desde la admisión hasta el alta.

PARTE 4 · EL DÍA DE LA CIRUGÍA

El recorrido completo

1. **Admisión.** Presentas tus documentos y te asignan una habitación o un box de preparación.
2. **Enfermería.** Te cambias de ropa, controlan tus signos vitales y te instalan una vía venosa.
3. **Confirmación.** El equipo revisa contigo tu identidad, la cirugía y el lado. Se marca el hombro que se opera.
4. **Anestesia.** El anestesiólogo conversa contigo, resuelve tus dudas y realiza el bloqueo del brazo.
5. **Pabellón.** Te acomodan en la posición que requiere la cirugía, con el cuerpo y el brazo protegidos. La reparación dura entre 1 y 2 horas.
6. **Recuperación.** Despiertas en la sala de recuperación con el inmovilizador puesto y el brazo dormido por el bloqueo. Ahí controlan tu presión, tu respiración y tu dolor.
7. **Habitación.** Cuando estás despierto, sin náuseas y con el dolor controlado, vuelves a tu habitación. El cirujano conversa contigo y con tu acompañante sobre lo que encontró y lo que hizo.
8. **Alta.** Te vas el mismo día o al día siguiente, según la hora de tu cirugía y cómo te sientas.

PARA TU ACOMPAÑANTE

Entre el ingreso a pabellón y el paso a la habitación suelen transcurrir varias horas. Ese tiempo incluye la anestesia, la cirugía y la recuperación. Una espera larga es lo habitual.



PARTE 4 · EL DÍA DE LA CIRUGÍA

La anestesia y el bloqueo del brazo

La cirugía se hace habitualmente con anestesia general, es decir, dormido, más un bloqueo del plexo braquial.

El plexo braquial es el conjunto de nervios que da sensibilidad y movimiento al hombro y al brazo. El anestesiólogo ubica esos nervios con un ecógrafo e inyecta anestesia local a su alrededor. El bloqueo ayuda a controlar el dolor durante la cirugía y en las horas siguientes.

El bloqueo: tipos, duración y cuidados

Tipos de bloqueo

El más usado en la cirugía de hombro es el bloqueo interescalénico, que se realiza en la base del cuello [15, 16]. Otras técnicas actúan cerca de la clavícula o sobre los nervios supraescapular y axilar. El anestesiólogo elige la técnica y los medicamentos según tu caso.

Cuánto dura

El brazo puede permanecer dormido entre 8 y 24 horas, según el anestésico y los medicamentos que lo acompañan. En los estudios, el mayor alivio del dolor se concentra en las primeras 8 horas [17] y puede prolongarse con medicamentos como la dexametasona [32]. Tu anestesiólogo te dirá cuánto espera que dure el tuyo.

Lo que es normal mientras dura

- El brazo dormido, pesado y sin fuerza, a veces hasta la mano.
- La voz algo ronca o un párpado más caído. Son efectos transitorios del anestésico sobre nervios vecinos y pasan cuando termina el bloqueo.
- Una respiración algo más superficial, que también es transitoria [18]. Si sientes dificultad para respirar, avisa de inmediato al personal o acude a un servicio de urgencia.

MIENTRAS EL BRAZO ESTÁ DORMIDO

- Mantenlo dentro del inmovilizador. No lo sientes y no puedes protegerlo.
- Aléjalo del calor y del frío intenso. Espera a recuperar la sensibilidad para aplicar hielo.
- Evita apoyarte o dormir sobre ese brazo.
- Toma el primer analgésico de tu receta a la hora indicada, antes de que el bloqueo termine, aunque todavía no sientas dolor.

Cuando el bloqueo termina

La sensibilidad vuelve de forma gradual, con hormigueo. En ese momento el dolor puede aparecer con intensidad durante algunas horas. Se conoce como dolor de rebote, es esperable y se controla mejor cuando los analgésicos ya están actuando [17, 19].



PARTE 4 · EL DÍA DE LA CIRUGÍA

Qué se hace dentro de tu hombro

Nuestro equipo repara el manguito rotador por artroscopia. La palabra significa mirar dentro de la articulación: por incisiones de menos de un centímetro, llamadas portales, entran una cámara del grosor de un lápiz y los instrumentos de trabajo. El cirujano opera mirando una pantalla.

Durante toda la cirugía entra suero a presión en el hombro. El suero distiende la articulación y mantiene la visión limpia. Por eso tu hombro puede verse hinchado al terminar y el apósito puede humedecerse las primeras horas.

La reparación, paso a paso

1. **Explorar.** El artroscopio recorre la articulación y el espacio sobre el manguito. Se confirman el tamaño y la forma de la rotura y la calidad del tendón.
2. **Limpiar y preparar.** El shaver, una fresa pequeña que corta y aspira, retira el tejido inflamado. La radiofrecuencia corta y coagula con precisión. Con ambos se prepara el hueso donde se fijará el tendón.
3. **Colocar las anclas.** Las anclas son implantes pequeños que se fijan dentro del hueso y traen suturas de alta resistencia.
4. **Pasar las suturas.** Un pasador de sutura atraviesa el tendón con cada hilo. Unas pinzas llamadas rescatadores recuperan los hilos por los portales.
5. **Fijar el tendón.** Las suturas se anudan o se tensan hasta que el tendón queda apoyado sobre el hueso, en su lugar.
6. **Tratar lo asociado.** Si hace falta, se trata el tendón del bíceps o se regulariza el hueso que roza el manguito.

La cirugía dura en promedio entre 1 y 2 horas. Las anclas quedan dentro del hueso y no se retiran. Las heridas son 2 a 4 incisiones pequeñas que se cierran con puntos.

La cirugía abierta

Algunos cirujanos reparan el manguito con cirugía abierta o a través de una incisión pequeña. Los estudios que comparan ambas técnicas muestran resultados similares a mediano y largo plazo [20, 21]. La artroscopia permite además revisar toda la articulación y tratar las lesiones asociadas por incisiones pequeñas.

LO QUE CAMBIA SEGÚN TU LESIÓN

El número de anclas, la forma de pasar las suturas y los gestos asociados se deciden durante la cirugía, al ver el tendón. El cirujano te explica al terminar lo que encontró y lo que hizo.

Las primeras horas y el alta

Al terminar pasas a la sala de recuperación y luego a tu habitación. El bloqueo sigue actuando, por lo que estas horas suelen ser tranquilas.

CUÁNDO TE VAS A TU CASA

- Si te operas en la mañana, muchas veces puedes irte ese mismo día.
- Si te operas al final de la tarde, lo habitual es pasar una noche en la clínica.
- La decisión final la toma el equipo según cómo te sientas y tus antecedentes de salud.

Para irte de alta necesitas

- Estar despierto y orientado.
- Tolerar líquidos sin náuseas.
- Tener el dolor controlado.
- Contar con un adulto que te acompañe las primeras 24 horas.

Te vas con

- El inmovilizador de hombro puesto.
- Una receta con los medicamentos para el dolor y sus horarios.
- Las indicaciones escritas del alta.
- La licencia médica, si corresponde.

El primer paso en casa

Tú o tu familiar escriben a Pamela Yáñez para coordinar la primera curación y los controles.

LA PRIMERA NOCHE

Avisa al equipo si el dolor no cede con los medicamentos indicados, si los vómitos te impiden tomarlos o si el apósito se mancha con sangre de forma abundante. Acude a un servicio de urgencia si tienes dificultad para respirar, dolor en el pecho o la mano fría, pálida o azulada. La lista completa está en la página 35.



PARTE 5 · EN CASA

Los primeros días en casa

Las primeras semanas en casa tienen tres tareas: controlar el dolor, proteger la reparación con el inmovilizador y cuidar las heridas. Esta parte explica cada una y cómo adaptar tu día a día mientras el hombro cicatriza.

En la imagen, un inmovilizador de hombro bien puesto: el antebrazo descansa en el soporte, el codo queda al fondo y una banda rodea el tronco para mantener el brazo junto al cuerpo.

El dolor en casa

El hombro duele después de esta cirugía, sobre todo los primeros días y de noche. Es esperable y tiene tratamiento. El objetivo es que el dolor sea tolerable y te deje descansar y hacer tus ejercicios.

Lo que más ayuda

- **Sigue la receta por horario.** Los primeros días toma los analgésicos a la hora indicada, sin esperar a que el dolor sea intenso.
- **Confía en la combinación.** La receta reúne medicamentos que actúan de formas distintas. Juntos controlan mejor el dolor y permiten usar menos medicamentos fuertes [15].
- **Usa frío local.** Una compresa fría envuelta en una tela, 15 a 20 minutos, varias veces al día, cuando ya recuperaste la sensibilidad.
- **Acomoda el brazo.** El inmovilizador bien ajustado y una almohada bajo el codo alivian la tensión.
- **Muévete.** Caminar dentro de la casa varias veces al día ayuda a tu circulación y a tu ánimo.

Efectos de los analgésicos

Algunos producen náuseas, estreñimiento o somnolencia. Toma líquidos, come fibra y evita el alcohol y manejar mientras los uses. Avisa al equipo si las molestias persisten.

INDICACIÓN DE TU EQUIPO

Toma solo los medicamentos de tu receta, en las dosis y horarios indicados. Consulta al equipo antes de agregar otro analgésico o un antiinflamatorio.

El dolor disminuye de forma gradual durante las primeras semanas. La noche suele ser el momento más incómodo por un tiempo, y el sueño mejora mes a mes [27].

El inmovilizador de hombro

Después de reparar el manguito necesitas un inmovilizador de hombro. Sostiene el antebrazo y, con una banda que rodea el tronco, mantiene el brazo pegado al cuerpo. Un cabestrillo simple solo cuelga el antebrazo del cuello y deja que el hombro se mueva.

INDICACIÓN DE TU EQUIPO

- Lo usarás entre 2 y 3 semanas, de día y de noche.
- En roturas grandes o masivas el plazo puede llegar a 6 semanas, y cuando se repara el subescapular, a cerca de 4.
- El retiro es progresivo y lo indica el cirujano.

Cómo usarlo

- Ajústalo para que el codo quede apoyado al fondo y el hombro relajado. El peso del brazo descansa en el inmovilizador y en la banda del tronco.
- La mano queda a la altura del codo o un poco más arriba.
- Sácalo solo para asearte, vestirte y hacer los ejercicios que te indicaron.
- Varias veces al día, mueve los dedos y la muñeca, y el codo según lo que te indicaron. Así evitas la rigidez y la hinchazón de la mano. Si se trató el tendón del bíceps, el equipo puede limitar algunos movimientos del codo por un tiempo.

Lo que debes evitar

- Levantar el brazo operado con su propia fuerza.
- Cargar peso, empujar, tirar o apoyarte en ese brazo.
- Llevar la mano detrás de la espalda.
- Manejar.

LO QUE MUESTRAN LOS ESTUDIOS

Los ensayos que comparan inmovilizadores con y sin cojín de abducción encuentran resultados similares en dolor, función y cicatrización [22]. El modelo y el plazo los define el cirujano según la reparación.



PARTE 5 · EN CASA

Dormir las primeras semanas

Las primeras semanas suele ser más cómodo dormir semisentado, con el respaldo elevado o en un sillón, y con una almohada bajo el brazo operado. Mantén el inmovilizador puesto también de noche.

Es una recomendación de comodidad. Si encuentras otra posición sin dolor y conservas el inmovilizador, también sirve. El sueño mejora de forma gradual, mes a mes [27].

Asearte, vestirte y el día a día

Asearte

- Mantén los apósitos secos hasta la curación.
- Para lavar la axila, inclina el tronco hacia adelante y deja que el brazo cuelgue relajado. El brazo se separa del cuerpo por la gravedad, sin esfuerzo del hombro.
- Sécate bien antes de volver a poner el inmovilizador.
- Tina, piscina y mar esperan hasta que el equipo los autorice.

Vestirte

- Para vestirte, primero el brazo operado y después el otro.
- Para desvestirte, primero el brazo sano.
- Las prendas abiertas por delante lo hacen todo más fácil.

Comer, escribir y usar el teléfono

Con autorización del equipo, puedes usar la mano del lado operado en tareas livianas a la altura de la mesa, con el codo apoyado y el brazo dentro del inmovilizador.

En el día a día

- Camina todos los días, primero dentro de la casa y luego afuera.
- Siéntate en sillas con respaldo y apoya el brazo en un cojín.
- Pide ayuda para cocinar, cargar bolsas y abrir frascos.

Curaciones, puntos y controles

TU CALENDARIO CON EL EQUIPO

Al alta	Tú o un familiar escriben a Pamela Yáñez.
A la semana	Primera curación.
A los 14 días	Retiro de puntos.
A los 14 días	Inicio de la kinesiología.
En los controles	El cirujano revisa tu evolución y define cada cambio de etapa.

Pamela coordina tus horas según la fecha de tu cirugía. Guarda sus mensajes: ahí quedan tus fechas y tus indicaciones.

Tus heridas

Los portales son incisiones pequeñas cubiertas por apósitos. Los primeros días es normal ver el hombro hinchado, un moretón que baja hacia el brazo o el pecho y el apósito levemente manchado.

Cómo cuidarlas

- Mantén los apósitos limpios y secos.
- Cámbialos solo si el equipo te lo indicó y como te enseñaron.
- Deja las heridas sin cremas, alcohol ni otros productos.
- Después del retiro de puntos, el equipo te dirá cuándo puedes mojar la zona.

Cuándo escribir antes de tu curación

Escribe al equipo si la herida se pone roja, caliente o más hinchada, si sale líquido turbio o si aparece fiebre. Una foto de la herida ayuda a orientar la consulta.



PARTE 6 · LA REHABILITACIÓN

La rehabilitación, etapa por etapa

El tendón reparado necesita tiempo para unirse al hueso. Esa unión gana resistencia de forma progresiva y alcanza una firmeza útil cerca de los 3 a 4 meses. La rehabilitación avanza al ritmo de esa cicatrización: primero protege, después recupera el movimiento y al final devuelve la fuerza [23].

Nuestro equipo trabaja con protocolos definidos según el tipo de lesión, basados en los del Massachusetts General Hospital [30].

LO QUE MUESTRAN LOS ESTUDIOS

Los ensayos que comparan empezar el movimiento antes o después encuentran resultados parecidos en dolor y función [24]. Empezar antes recupera la movilidad más rápido y reduce la rigidez [25]. En las roturas grandes se protege la reparación por más tiempo [23].

Las cinco etapas

Etapa 1 · Protección Desde la cirugía hasta cerca de la semana 3	Usas el inmovilizador. Desde la segunda semana el kinesiólogo mueve tu hombro sin que el músculo reparado trabaje. Mano, muñeca y codo se mueven según lo indicado.
Etapa 2 · Movilidad asistida Semanas 4 a 6	Mueves el hombro con ayuda del otro brazo, de un bastón o de poleas.
Etapa 3 · Movilidad activa Semanas 7 a 10	Mueves el hombro por tu cuenta. Todavía sin pesos y sin hacer fuerza con el brazo operado.
Etapa 4 · Fortalecimiento Desde la semana 11 o 12	Bandas elásticas y cargas livianas que aumentan de forma gradual, con autorización del cirujano.
Etapa 5 · Retorno a la actividad Entre el mes 4 y el 6	Trabajo pesado y deporte, según la exigencia de cada actividad. La fuerza completa puede tardar hasta un año.

Ajustes según tu lesión

- **Roturas pequeñas y medianas.** Siguen el esquema general.
- **Roturas parciales.** Igual o algo más rápido.
- **Roturas grandes y masivas.** Inmovilizador hasta 6 semanas, movilidad activa más tarde, fortalecimiento cerca del cuarto mes y deportes exigentes entre el sexto y el séptimo mes.
- **Reparación del subescapular.** La rotación externa se limita las primeras semanas, el inmovilizador se usa cerca de 4 semanas y el fortalecimiento empieza cerca de la semana 8.

INDICACIÓN DE TU EQUIPO

Estos son los plazos habituales de nuestro equipo. Cuando la cirugía combina varias reparaciones o incluye el tendón del bíceps, el cirujano los ajusta y te lo informa en los controles.

Médico, kinesiólogo y tú: un mismo plan

La rehabilitación funciona cuando las tres partes trabajan alineadas.

El cirujano	Conoce lo que se reparó y con qué firmeza. Define los plazos y autoriza cada cambio de etapa.
El kinesiólogo	Conoce el protocolo, guía los ejercicios, mide tu avance e informa al cirujano.
Tú	Haces los ejercicios en casa, respetas los límites de cada etapa y avisas lo que sientes.

Si haces tu kinesiología en otro centro

Entrega esta guía a tu kinesiólogo y pídele que se coordine con nuestro equipo. Necesita saber qué tendones se repararon, qué tamaño tenía la rotura y qué plazos indicó el cirujano.

Reglas que valen en todas las etapas

- Los ejercicios en casa cuentan tanto como las sesiones.
- Una molestia leve durante el ejercicio es esperable. Un dolor intenso o que dura horas es motivo para detenerte y consultar.
- Los plazos se adelantan o se retrasan solo con indicación del cirujano.
- Haz los ejercicios todos los días, aunque sean pocos minutos.

Señales de buen avance

- El dolor nocturno disminuye semana a semana.
- Cada control muestra un poco más de movimiento.
- Recuperas tareas simples: vestirte, peinarte, alcanzar un vaso.

El ritmo de cada persona es distinto. Tu punto de comparación es tu propio avance entre un control y el siguiente.

Trabajo, manejo y deporte

Manejar

Vuelves a manejar cuando ya no usas el inmovilizador, tienes movilidad y fuerza para controlar el volante y el equipo lo autoriza. Manejar con el brazo inmovilizado no es seguro. Tampoco manejes mientras tomes medicamentos que producen somnolencia.

Trabajo

- **De oficina o con poca exigencia física.** Muchas personas lo retoman en algunas semanas, con el brazo protegido, según su dolor y su licencia.
- **Con carga o esfuerzo.** Los trabajos que exigen fuerza, cargar peso o usar los brazos sobre la cabeza se retoman habitualmente entre el cuarto y el sexto mes, y en algunos casos requieren más tiempo.

Deporte

- Caminar, desde los primeros días.
- Bicicleta estática y trote suave, cuando el cirujano lo autorice.
- Deportes de raqueta, lanzamiento, natación y pesas, entre el cuarto y el sexto mes, de forma progresiva.
- Deportes de contacto y de alta exigencia, según tu lesión y tu evolución.

LO QUE MUESTRAN LOS ESTUDIOS

- La mayoría de las personas vuelve a su trabajo después de la cirugía. El regreso es más frecuente en los trabajos de menor exigencia física [28].
- La mayoría de los deportistas recreativos retoma su deporte al mismo nivel [29].
- La mejoría en dolor, movimiento y fuerza continúa hasta cerca del año [26].

Tu licencia y tus plazos de retorno los define el cirujano en los controles, según tu trabajo y tu evolución.

Cuándo avisar al equipo

Las complicaciones después de esta cirugía son poco frecuentes. Conocer estas señales te permite actuar a tiempo y con tranquilidad.

ESCRIBE O LLAMA AL EQUIPO EL MISMO DÍA SI NOTAS

- Fiebre sobre 38 °C.
- La herida roja, caliente, más hinchada o con secreción.
- Dolor que aumenta en lugar de disminuir, o que no cede con los medicamentos indicados.
- Hormigueo o adormecimiento de la mano que sigue después de terminado el bloqueo.
- Náuseas o vómitos que te impiden tomar tus medicamentos.

ACUDE A UN SERVICIO DE URGENCIA SI PRESENTAS

- Dificultad para respirar o dolor en el pecho.
- La mano fría, pálida o azulada.
- Un sangrado abundante que no se detiene al comprimir.
- Hinchazón o dolor en una pantorrilla, para una evaluación médica ese mismo día.

Cómo contactarnos

WhatsApp (mensajes escritos) y teléfono del equipo: +56 9 6684 7103. Describe lo que notas, desde cuándo y, si se trata de la herida, envía una foto.

Fuera del horario de atención, acude al servicio de urgencia de la clínica donde te operaste y cuenta que fuiste operado por nuestro equipo.

Lo que es esperable y no requiere aviso

- Hinchazón del hombro y moretones que bajan hacia el brazo o el pecho durante las primeras semanas.
- Dolor más marcado de noche.
- Apósitos levemente manchados los primeros días.
- Cansancio y sueño alterado las primeras semanas.

Preguntas frecuentes

¿Cuándo podré dormir acostado?
Cuando te resulte cómodo y sin dolor. Suele lograrse de forma gradual durante las primeras semanas.

¿Duele el retiro de puntos?
Es una molestia breve. Las incisiones son pequeñas y el retiro toma pocos minutos.

¿Necesitaré una resonancia de control?
Habitualmente no. El seguimiento se apoya en tu dolor, tu movilidad y tu fuerza. El cirujano pide imágenes cuando la evolución lo justifica.

¿Puedo hacerme una resonancia con las anclas?
Las anclas que se usan hoy son, en general, compatibles con la resonancia. Avisa siempre al centro de imágenes que tienes implantes en el hombro para que lo confirmen.

¿Qué hago si me caigo o hago un movimiento brusco?
Mantén el inmovilizador, aplica frío y avisa al equipo ese mismo día para definir si necesitas una evaluación.

¿Puedo tomar alcohol?
Evítalo mientras tomes analgésicos.

¿Cuándo veré el resultado final?
La mayor parte de la recuperación ocurre en los primeros seis meses y la mejoría continúa hasta cerca del año [26].

¿Y si tengo roto el manguito del otro hombro?
Cada hombro se evalúa por separado. Cuando ambos necesitan cirugía, se operan en tiempos distintos.

¿Dónde encuentro más información?
En drmorenocastillo.com están las páginas de preparación, posoperatorio y preguntas frecuentes, además de otras guías del equipo.

Mi cirugía: hoja para completar

Fecha de la cirugía _____

Clínica _____

Hora de llegada _____

Hombro que se opera _____

Ayuno desde las _____

Medicamentos que debo ajustar y desde cuándo _____

_____

Medicamentos que sí tomo la mañana de la cirugía _____

Mi acompañante y su teléfono _____

Después de la cirugía

Primera curación _____

Retiro de puntos _____

Inicio de kinesiología _____

Kinesiólogo _____

Control con el cirujano _____

Tiempo de inmovilizador indicado _____

Restricciones especiales indicadas por mi cirujano _____

Mis preguntas

_____

_____

_____

_____

Listas para imprimir

La semana anterior

- [ ] Exámenes hechos y entregados.
- [ ] Medicamentos revisados con el equipo.
- [ ] Trámites de previsión y consentimiento firmados.
- [ ] Casa preparada y acompañante confirmado.

La noche anterior

- [ ] Cena liviana dentro del horario indicado.
- [ ] Ducha con agua y jabón.
- [ ] Sin esmalte, joyas ni piercings.
- [ ] Bolso listo con documentos, exámenes y resonancia.
- [ ] Hora de salida acordada con tu acompañante.

La mañana de la cirugía

- [ ] Ayuno cumplido.
- [ ] Medicamentos autorizados tomados con un sorbo de agua.
- [ ] Ropa abierta por delante.
- [ ] Llegada a la clínica a la hora indicada.

Al volver a casa

- [ ] Mensaje a Pamela Yáñez para coordinar la curación.
- [ ] Analgésicos por horario, empezando antes de que termine el bloqueo.
- [ ] Brazo siempre en el inmovilizador.
- [ ] Lugar para dormir semisentado listo.
- [ ] Teléfono del equipo a mano: +56 9 6684 7103.



PARTE 7 · SEGURIDAD Y CIERRE

Sobre esta guía

El Dr. Carlos Moreno Castillo es traumatólogo, especialista en cirugía de hombro y codo. Atiende en Los Ángeles y Angol, en el centro-sur de Chile, junto a su equipo de enfermería, anestesia y kinesiología.

Esta guía reúne los protocolos del equipo y la evidencia científica disponible a noviembre de 2026. Entrega información general y no reemplaza la consulta ni las indicaciones personales de tu equipo tratante.

Más guías, artículos y la agenda de horas: drmorenocastillo.com

Primera edición, noviembre de 2026. Fotografías: archivo del Dr. Carlos Moreno Castillo. Las imágenes de las páginas 25 y 28 son escenas ilustrativas creadas para esta guía.

Referencias

1. Karjalainen TV, et al. Surgery for rotator cuff tears. Cochrane Database Syst Rev. 2019. PMID 31813166.
2. Moosmayer S, et al. Fifteen-year results of a comparative analysis of tendon repair versus physiotherapy for small-to-medium-sized rotator cuff tears. J Bone Joint Surg Am. 2024. PMID 39197154.
3. Kukkonen J, et al. Operative versus conservative treatment of small, nontraumatic supraspinatus tears in patients older than 55 years. J Shoulder Elbow Surg. 2021;30:2455-2464. PMID 33774172.
4. American Academy of Orthopaedic Surgeons. Management of Rotator Cuff Injuries: Evidence-Based Clinical Practice Guideline. 2025.
5. Hurley ET, et al. Rotator cuff tears part I: diagnosis, nonoperative management, and repair of posterosuperior tears. An international expert consensus statement. Arthroscopy. 2026. PMID 42770373.
6. Zhao J, et al. Risk factors affecting rotator cuff retear after arthroscopic repair: a meta-analysis and systematic review. J Shoulder Elbow Surg. 2021. PMID 34089878.
7. Darbandi A, et al. Fatty infiltration, tear size, and retraction size are significant risk factors for retear after arthroscopic rotator cuff repair. Arthroscopy. 2025. PMID 38986851.
8. Diebold G, et al. Relationship between age and rotator cuff retear: a study of 1,600 consecutive rotator cuff repairs. J Bone Joint Surg Am. 2017. PMID 28719559.
9. Fan N, et al. The effects of smoking on clinical and structural outcomes after rotator cuff repair. J Shoulder Elbow Surg. 2022. PMID 34813890.
10. Lu X, et al. The influence of diabetes mellitus on rotator cuff repair. Comb Chem High Throughput Screen. 2021. PMID 33081680.
11. Liang J, et al. Perioperative glycemic control reduces the risk of retear in diabetic patients following arthroscopic rotator cuff repair. J Orthop Sci. 2025;30:78-84. PMID 38307821.
12. Oprea AD, et al. Perioperative management of patients taking glucagon-like peptide 1 receptor agonists: SPAQI multidisciplinary consensus statement. Br J Anaesth. 2025;135:48-78. PMID 40379536.
13. American Society of Anesthesiologists. Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration. Anesthesiology. 2017. PMID 28045707.
14. Joshi GP, et al. 2023 American Society of Anesthesiologists practice guidelines for preoperative fasting. Anesthesiology. 2023. PMID 36629465.
15. Toma O, et al. PROSPECT guideline for rotator cuff repair surgery. Anaesthesia. 2019. PMID 31392721.
16. Hurley ET, et al. Nerve blocks for shoulder arthroscopy: a systematic review of randomized controlled trials with a network meta-analysis. Am J Sports Med. 2026. PMID 42499167.
17. Abdallah FW, et al. Will the real benefits of single-shot interscalene block please stand up? Anesth Analg. 2015;120:1114-1129. PMID 25822923.
18. Oliver-Fornies P, et al. Hemidiaphragmatic paralysis after ultrasound-guided brachial plexus blocks for shoulder surgery. J Clin Anesth. 2025. PMID 40494113.
19. Yang X, et al. Research progress of rebound pain after nerve block in arthroscopic rotator cuff repair. Front Med. 2025. PMID 41169428.
20. Carr AJ, et al. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of open and arthroscopic rotator cuff repair (UKUFF). Health Technol Assess. 2015. PMID 26463717.
21. Plachel F, et al. A systematic review of long-term clinical and radiological outcomes of arthroscopic and open/mini-open rotator cuff repairs. Am J Sports Med. 2023. PMID 35179393.
22. Gao JH, et al. Sling versus abduction brace shoulder immobilization after arthroscopic rotator cuff repair. Orthop J Sports Med. 2023. PMID 37538535.
23. Thigpen CA, et al. The American Society of Shoulder and Elbow Therapists' consensus statement on rehabilitation following arthroscopic rotator cuff repair. J Shoulder Elbow Surg. 2016;25:521-535. PMID 26995456.
24. Mazuquin B, et al. Effectiveness of early versus delayed rehabilitation following rotator cuff repair. PLoS One. 2021. PMID 34048450.
25. Hao B, et al. Effects of early exercise and immobilization after arthroscopic rotator cuff repair surgery. BMC Musculoskelet Disord. 2025. PMID 40082920.
26. Zuke WA, et al. Establishing maximal medical improvement after arthroscopic rotator cuff repair. Am J Sports Med. 2018. PMID 28650679.
27. Feltri P, et al. Rotator cuff repair: sleep disturbance significantly improves after arthroscopic tendon repair. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2025. PMID 39189149.
28. Haunschild ED, et al. Return to work after primary rotator cuff repair. Am J Sports Med. 2021. PMID 33395315.
29. Klouche S, et al. Return to sport after rotator cuff tear repair. Am J Sports Med. 2016. PMID 26316611.
30. Massachusetts General Hospital, Sports Medicine. Rehabilitation protocols for arthroscopic rotator cuff repair.
31. Russell RD, et al. Structural integrity after rotator cuff repair does not correlate with patient function and pain: a meta-analysis. J Bone Joint Surg Am. 2014;96:265-271. PMID 24553881.
32. Albrecht E, et al. Intravenous versus perineural dexamethasone to prolong analgesia after interscalene brachial plexus block. Br J Anaesth. 2024;133:135-145. PMID 38782616.