



Brian Waterman, MD

SPORTS MEDICINE & ORTHOPEDICS

ESTABILIZACIÓN DEL HOMBRO ANTERIOR ABIERTO LATERJET

Nombre fecha: _____

Diagnóstico: _____

Fecha de la cirugía _____

Frecuencia: 1 2 3 4 veces/semana

Duración: 1 2 3 4 5 6 Semanas

Fase I MÁXIMA PROTECCIÓN (0-4 Semanas Post-Operatoria)

- Inmovilización durante 4 semanas mediante cabestrillo. • Codo A/AAROM: flexión y extensión.
- Proteja la cápsula anterior y posterior del estiramiento, pero comience el ROM pasivo • Limite FE (elevación supina hacia adelante en el plano escapular) a 90 grados • Limite ER (rotación externa) a 30 grados neutrales • No realice péndulos. • Modalidades (es decir, CryoCuff) PRN (según sea necesario). • Ejercicios de muñeca y agarre. • Comenzar ejercicios isométricos deltoides/manguito • Retirar el cabestrillo para ducharse: mantener el brazo en posición de cabestrillo.

Fase II PROTECCIÓN MODERADA (4-6 semanas después de la operación)

- Límite A/AAROM FE (elevación hacia adelante en el plano escapular) a 140 grados • Límite A/AAROM ER (rotación externa) a 45 grados • Progreso de AAROM a AROM: • Solo movimiento de calidad: evite forzar el movimiento activo con patrones de sustitución. • Recuerde los efectos de la gravedad en la extremidad, haga primero los movimientos eliminados por la gravedad, es decir, en posición supina elevación en el plano escapular. • Isométricos deltoides • Codo AROM • Continuar con ejercicios de muñeca • Modalidades PRN. • Suspender el cabestrillo a las 4-6 semanas.

Fase III PROTECCIÓN MÍNIMA / FORTALECIMIENTO LEVE (6-12 Semanas Post-OP)

- A/AAROM No Limit FE (elevación hacia adelante en el plano escapular) • A/AAROM No Limit ER (rotación externa) • 10-12 semanas, AIAA/PROM para mejorar ER con brazo en abducción de 45 grados. • AROM todas las direcciones debajo de la horizontal, movimientos resistentes a la luz en todos los planos. • Actividades AROM para restaurar la flexión, IR, ADD horizontal según se tolere. • Deltoides, isométricos del manguito rotador progresando a isotónicos. • PRE's para músculos escapulares, dorsal ancho, bíceps, tríceps. • Rotadores de trabajo de PRE en forma aislada (usar neutro modificado). • Enfatizar el fortalecimiento de los músculos del manguito posterior, dorsal ancho y escapular, enfatizando los excéntricos. • Utilizar arcos de ejercicio que protejan la cápsula anterior y posterior del estrés durante los PRE. • Mantenga todos los ejercicios de fuerza por debajo del plano horizontal en esta fase.



Brian Waterman, MD

SPORTS MEDICINE & ORTHOPEDICS

FORTALECIMIENTO Fase IV (12-16 semanas después de la operación)

CRITERIOS:

1. AROM sin dolor 2. Sin dolor con test muscular manual 3. Progreso por respuesta al tratamiento

- Actividades AROM para restaurar la ROM completa.
- Restaurar el ritmo escapulo humeral. • Movilización conjunta. • Programa agresivo de estabilización escapular y fortalecimiento excéntrico. • Inicie ejercicios isotónicos de fortalecimiento del hombro que incluyen: ER tumbado de lado, elevaciones de brazos prono a 0, 90, 120 grados, elevación en el plano de la escápula con IR y ER, agarre cerrado en jalón lateral y ER prono. • Estabilización dinámica WB y NWB. • PRE para toda la musculatura del cuarto superior (comenzar a integrar los patrones de las extremidades superiores). Continuar

enfatar las excéntricas y la estabilización glenohumeral.

Todos los PRE están por debajo del plano horizontal para los no lanzadores.

1. Comience la isocinética.
2. Comenzar actividades de resistencia muscular (UBE).
3. Asiento alto y baja resistencia 4. Debe poder hacer una flexión activa del hombro a 90 grados sin sustitución 5. Continuar con los ejercicios de agilidad.
6. Ejercicios funcionales avanzados.
7. Prueba isocinética.
8. Evaluación de pruebas funcionales.
9. Pleno retorno a las actividades deportivas.

Comentarios:

Evaluación de Capacidad Funcional Endurecimiento por trabajo/Acondicionamiento por trabajo Enseñar HEP

Modalidades:

Estimulación eléctrica Ultrasonido Iontoforesis Fonoforesis
 DIEZ Calor antes/después Hielo antes/después Masaje de puntos gatillo
 A discreción del terapeuta
 Otro _____

Firma: _____

Fecha: _____