



# Brian Waterman, MD

SPORTS MEDICINE & ORTHOPEDICS

## PROTOCOLO DE REHABILITACIÓN DE ALOINJERTO OSTEOCONDRA A CÓNDILO FEMORAL

Nombre fecha: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Fecha de la cirugía \_\_\_\_\_

Frecuencia: 1 2 3 4 veces/semana

Duración: 1 2 3 4 5 6 Semanas

### FASE I: 0-6 semanas • Se

toleró el WB completo • El

aparato ortopédico bloqueado en extensión completa en todo momento, discontinuar después

de 2 semanas. • ROM: Use CPM por 6 horas/día, comenzando en 0- 40°; avance de 5 a 10° diarios según lo tolere

• 0 a 2 semanas: o Series cuádruples, SLR, bombas de pantorrillas, suspensión pasiva de la pierna a 90° en casa •

2 a 6 semanas: o PROM/AAROM hasta tolerancia, mobs de rótula y articulación tibiofibular, juegos de cuádriceps, isquiotibiales y glúteos, SLR, cadera y núcleo acostados de lado

### FASE II: 6-8 semanas

• Avanzar WB 25% semanalmente hasta completar • Descontinuar el corsé • ROM completo • Avanzar ejercicios de Fase I

### FASE III: 8-12 semanas

• WB completo •

Sin aparatos

ortopédicos • ROM

completo • Entrenamiento

de la marcha • Comenzar actividades de cadena cerrada: sentadillas en la pared, volante, mini-sentadillas,

levantamientos de dedos • Comenzar actividades de postura unilateral, entrenamiento de equilibrio

### FASE IV: 12 semanas – 6 meses

• WB completo

• Sin aparatos

ortopédicos •

ROM completo • Ejercicios avanzados

de fase III • Maximizar el núcleo/glúteos, trabajo de estabilidad pélvica, isquiotibiales

excéntricos • Puede avanzar a elíptica, bicicleta, piscina según lo tolere

### FASE V: 6-12 meses • WB

completo • Sin aparatos

ortopédicos • ROM

completo • Actividad

funcional avanzada • Regreso a la

actividad deportiva específica e impacto cuando el médico lo autorice después de 8 meses.



**Brian Waterman, MD**

SPORTS MEDICINE & ORTHOPEDICS

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: \_\_\_\_\_