



# Brian Waterman, MD

SPORTS MEDICINE & ORTHOPEDICS

## ARTROPLASTIA TOTAL DE HOMBRO INVERSA (ESFERA INVERSA) PT PROTOCOLO

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

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Fecha de la cirugía \_\_\_\_\_

Frecuencia: 1 2 3 4 veces/semana

Duración: 1 2 3 4 5 6 Semanas

### Semanas 0-6:

- Mantenga el cabestrillo durante 4 semanas, luego suspenda. o La almohada debajo del cabestrillo se puede suspender después de 2 semanas o Quitar la férula para los ejercicios en el hogar y bañarse únicamente
- El paciente debe hacer los ejercicios en el hogar después de la operación o péndulos, ROM del codo, ROM de la muñeca, fortalecimiento del agarre

### Semanas 6-12:

- PROM > AAROM > AROM en tolerado, excepto... o Sin IR activo/extensión hacia atrás durante 6 semanas. Se toma el tendón del subescapular abajo para la cirugía y luego reparado después. Se tarda unas 6 semanas en volver a crecer en el húmero y regenerar la sangre y el suministro de nervios. o Sin resistencia a la rotación interna / extensión hacia atrás hasta 12 semanas después de la operación o Fortalecimiento del agarre OK Calor antes del PT y hielo después del PT Objetivos: aumentar el ROM según lo tolere a 90° FF / 20° ER. Sin manipulación Comenzar isométricos y bandas ER/FF/ABD con resistencia a la luz, solo movimientos concéntricos No hay retracciones escapulares con bandas todavía

### Meses 3-12:

- Comienza IR/BE resistido (isométricos/bandas); isometrico > bandas ligeras > pesos o Fortalecimiento avanzado según lo tolere; 10 repeticiones, 1 serie por ejercicio para estabilizadores del manguito rotador, deltoides y escapular
- Aumente el ROM al máximo con estiramientos pasivos en los rangos finales.
- Comience con movimientos excéntricos, pliométricos y ejercicios de cadena cerrada a las 12 semanas.

### 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: \_\_\_\_\_