



Brian Waterman, MD

SPORTS MEDICINE & ORTHOPEDICS

DIRECTRICES DE REHABILITACIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE TTO + MPFL

Nombre fecha: _____

Diagnóstico: _____

Fecha de la cirugía _____

Frecuencia: 1 2 3 4 veces/semana

Duración: 1 2 3 4 5 6 Semanas

FASE I: 0-2 semanas •

WBAT con muletas • Apórtese
en todo momento, bloqueado en extensión • ROM 0-90
grados • Ejercicios: o Bombas de pantorrillas, juegos
de cuádriceps o SLR en aparatos ortopédicos,
modalidades

FASE II: 2-6 semanas

• WB completo
• Abrazadera abierta de 0 a 90
grados o Apagado por la
noche • ROM: progresa hasta el
máximo • Ejercicios: o Progresa en
la flexibilidad sin soporte de peso o Comienza el
trabajo del centro, la cadera y los glúteos en el piso y réflex

FASE III: 6-8 semanas

• WB completo
• Suspende el aparato
ortopédico • ROM completo
• Ejercicios: o Cuádriceps
de cadena cerrada avanzada, equilibrio de progreso, trabajo central/pélvico y de estabilidad o Comenzar
bicicleta estacionaria a las 6 semanas o SLR avanzado, ejercicio basado en el piso

FASE IV: 8-16 semanas

• WB
completo • Sin
aparato
ortopédico •
ROM completo • Ejercicios: o Flexibilidad y fortalecimiento de progreso, progresión de equilibrio funcional, núcleo, glúteos
programa
o Bicicleta avanzada después de 12
semanas o Agregar elíptica, natación después de 14 semanas

FASE V: 16-24 semanas • WB

completo • Sin corsé •
ROM completo



Brian Waterman, MD

SPORTS MEDICINE & ORTHOPEDICS

• Ejercicios: o

Maximizar el equilibrio dinámico y estático de una sola pierna o

Glúteos/estabilidad pélvica/núcleo + programa de cuádriceps de cadena cerrada e independiente de HEP o

Comience a entrenar ejercicios específicos del deporte según lo tolere después de 16 semanas una vez que lo autorice el médico

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: _____