



**Brian Waterman, MD**

SPORTS MEDICINE & ORTHOPEDICS

PAUTAS DE REHABILITACIÓN PARA TTO

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  
• Suspender 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: \_\_\_\_\_