



PROTOCOLO DE REHABILITACION TRAS LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CUIDADOS POST--CIRUGÍA E INFORMACIÓN

El presente documento trata de ser una guía para orientarle y ayudarle en su recuperación. En él encontrará la información necesaria para resolver sus posibles dudas tras la intervención y para que pueda colaborar con nosotros en el proceso su rehabilitación. Recuerde que su colaboración es muy importante y que de ella dependerá en gran medida el resultado final de su lesión.

1. FERULA EN EXTENSIÓN

Se colocará una férula de extensión, un aparato que colocado en su pierna no le permitirá que doble la rodilla. Esta férula deberá llevarla las 24 horas los primeros 5 a 7 días , la segunda semana se utilizará solamente durante el día y el retiro completo a partir de la tercera semana. Sirve para estabilizar la rodilla, recuerde que deberá caminar usando muletas y que puede apoyar la pierna.

2. CRIOTERAPIA INTENSIVA

Durante las primeras 48 horas se la colocará 10 minutos tres a cuatro veces por día. .Para ello puede usar unas bolsas de crioterapia que existen en el mercado (tiendas deportivas, ortopedias,...) o simplemente varias bolsas de plástico.

FASE I. MOVILIDAD Y PROTECCION

Una vez que el paciente sea revisado por el traumatólogo y/o rehabilitador su tratamiento continuará en la sala de Fisioterapia.

En esta primera fase, que durará aproximadamente 6 a 8 semanas, nuestros objetivos principales serán:

1. Recuperar la movilidad pasiva completa, principalmente la extensión
2. Luchar contra la atrofia muscular
3. Disminuir el derrame articular
4. Retirar muletas y reeducar la marcha

Es importante conseguir y estimular la colaboración del paciente para que participe de manera activa en su recuperación.

Esta es la relación de ejercicios recomendados:

1. EJERCICIOS ENCAMINADOS A RECUPERAR LA MOVILIDAD PASIVA

a) EXTENSIÓN PASIVA COMPLETA, Es uno de los puntos más importante a conseguir en esta primera fase. Para ello colocamos un pequeño rulo bajo la pierna a la altura del tobillo y le decimos al paciente que haga una contracción de cuádriceps. Aquí también estamos trabajando la potenciación de cuádriceps.



b) FLEXIÓN PASIVA, con el fin de ganar todo el recorrido completo lo antes posible. Se puede hacer de varias maneras. Una de ellas, el propio paciente se va ayudando con las manos para forzar suavemente la flexión de la rodilla. Debe ser sin dolor. Otra forma, el paciente sentado en la camilla con las dos piernas colgando, coloca la pierna sana sobre la operada y con ella se va ayudando a conseguir una mayor flexión de la rodilla intervenida. Todo ello sin dolor. También se puede realizar de esta otra manera. El paciente se coloca tumbado boca arriba cerca de una pared o, como en este caso, con la mitad de la camilla en vertical, y va doblando la rodilla poco a poco ayudándose con la gravedad sin provocar dolor.





En esta ocasión, con la ayuda controlada del fisioterapeuta. O el propio paciente ayudándose con gomas elásticas para forzar suavemente la flexión.



Estos ejercicios de movilización pasiva deben iniciarse en la primera semana post operatoria o en casos excepcionales, de bastante edema intrarticular, empezar en la segunda semana y continuar con ejercicios activos de movilización.

2. EJERCICIOS ENCAMINADOS A LUCHAR CONTRA LA ATROFIA MUSCULAR

a) ISOMETRICOS DE CUADRICEPS, con la rodilla en extensión y un pequeño rulo bajo la rodilla , realizar contracciones isométricas de cuádriceps insistiendo en la potenciación del vasto interno.

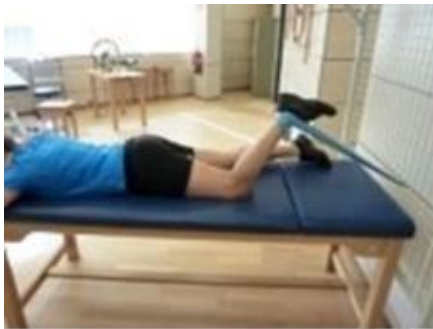
b) ISOMETRICOS DE CUADRICEPS , en extensión levantando la pierna de la camilla unos cuatro dedos aproximadamente y aguantando arriba por unos segundos.



c) **POTENCIACION DE CUADRICEPS**, en extensión ayudado con electroestimulación muscular (estimulación rusa preferentemente)



d) **POTENCIACIÓN DE ISQUIOTIBIALES**. No podemos olvidarnos de este grupo muscular el cual podemos trabajar con resistencia desde las primeras etapas ya que no genera fuerzas nocivas para la plastia. Recomendamos el trabajo con gomas elásticas en decúbito prono, o también en bipedestación.



3. DISMINUIR EL DERRAME ARTICULAR

Nos ayudaremos para ello de la aplicación de la crioterapia (hielo local) y también, del ejercicio en bicicleta estática sin resistencia, pero éste último a partir de la 6° a 7° semana.



4. RETIRAR MULETAS Y/O BASTONES Y REEDUCAR LA MARCHA.

Los bastones comenzaremos a retirarlos lo antes posible, en cuanto tengamos una rodilla estable. Usualmente se comienza a deambular con una muleta en la segunda semana del post

quirúrgico y con bastón en la tercera semana. Es muy importante la corrección precoz de la marcha para así evitar futuros gestos viciados.



FASE II. ESTABILIZACION. (A PARTIR DE LA 8ª SEMANA)

En esta fase es primordial haber recuperado la movilidad completa de la rodilla ya que nos centraremos principalmente en la potenciación muscular y la propiocepción. En el caso de la potenciación trabajaremos al principio con ejercicios excéntricos y con cadena cerrada.

Estos son algunos ejemplos de los ejercicios que se pueden incluir en el programa de potenciación:

Ejercicios excéntricos de cuádriceps en rampa. El paciente se coloca en apoyo monopodal sobre la pierna afecta y realiza flexión de rodilla hasta donde pueda, en arco no doloroso. Para subir nos ayudamos apoyándonos en la pierna sana.



Potenciación de cuádriceps en cadena cinética cerrada. Sentadillas en arco no doloroso.
Potenciación de cuádriceps en decúbito supino con bandas elásticas.



Potenciación de cuádriceps con bandas elásticas en bipedestación.
Sentadillas con la pierna afectada avanzada



Trabajo de Propiocepción:



Por supuesto, en cada sesión se debe realizar estiramientos selectivos de cuádriceps e isquiotibiales.



III FASE. REENTRENAMIENTO

A partir de la 16ª a 18ª semana.

- Podemos empezar con el trabajo de potenciación convencional, en cadena cinética cerrada y en arco completo.
- Continuamos trabajando e incrementando progresivamente los ejercicios propioceptivos
- Inicio de: saltos, saltos monopodales, carrera, carrera con dificultad progresiva (sprint, carreras con cambios de dirección,...)

Esta fase está destinada a terminar de ganar la fuerza y la coordinación para el deporte específico del deportista y por tanto se realiza de forma individualizada y en concordancia con sus recuperadores funcionales, entrenadores y personal trainers.

Este protocolo está basado en las publicaciones del Dr Shelbourne en Estados Unidos, del Dr Johnson en Canadá y el Dr López Vidriero en España.