



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE ESQUINA POSTEROLATERAL (Lunden 2010)

Opción Quirúrgica

Este protocolo puede ser combinado con los de reconstrucción de ligamento cruzado teniendo en cuenta todas las restricciones de cada uno

RESTRICCIONES

- Descarga total durante las primeras seis semanas
- Ortesis bloqueada en extensión total durante las primeras 6 semanas llevada de continuo con excepción de realización de ejercicios de movilidad y cuádriceps
- El paciente debe evitar la rotación tibial externa, así como la del pie/tobillo, especialmente desde sentado así como la hiperextensión durante los 4 primeros meses
- No ejercicios de isquiotibiales en OKC durante los 4 primeros meses

FASE 1

Semanas 1-2

- Edema: hielo, compresión, elevación
- Movilidad: objetivo de 0-90° de F/E en semana 2. Movilizar cuatro veces al día pasivo y activo-asistido
- Activación del cuádriceps: ALSR realizado con la ortesis 30 repeticiones 4-5 veces al día, *sets* de extensión con fulcro bajo rodilla 30 repeticiones cada hora.
- *Core*: región lumbopélvica y cadera. Ejercicios llevando la ortesis que no incrementen las fuerzas en varo, hiperextensión o rotación tibial externa

Semanas 3 -6

- Movilidad: continuar con los ejercicios de movilización. Se deben alcanzar los 0°-120°
- Continuar el trabajo de activación de cuádriceps y *core*

FASE 2

Semanas 7-12

- Ortesis: uso discontinuo si el paciente es capaz de ejecutar el ALSR sin un déficit de extensión de rodilla
- Carga: comienzo de carga parcial con muletas, con correcto patrón sin cojera descargando el peso que sea necesario. Objetivo de carga total en 2 semanas
- Bicicleta estática: comienzo si se han alcanzado mínimo los 105° grados de flexión, días alternos empezando por 5 minutos aumentando hasta 20 y basado en la respuesta de la rodilla al aumento de actividad. Si aumento de derrame o dolor reducir tiempo o días

Semanas 13-16

- Carga: total sin muletas con. El paciente debería tener correcto patrón de marcha sin compensaciones
- Movilidad: si déficit de 5° grados de extensión o no más de 110° de flexión derivación a médico
- Bicicleta estática: diaria
- Comienzo de natación sin patada abierta
- Prensa de pierna con 25% de peso corporal hasta fatiga. No exceder los 70° de flexión de rodilla
- Sentadilla con 50% de peso corporal de nuevo no excediendo los 70° de flexión. Progresión lenta hasta peso corporal completo
- CKC: progresión en sentadilla a dos piernas, *lunges*, sentadilla a una pierna. Todos realizados sin exceder los 70° de flexión

FASE 3

Semanas 16-24

- Objetivos de aumentar la fuerza de cuádriceps, aumentar la resistencia, mejorar la coordinación y propiocepción
- Programa de marcha: 20 a 30 minutos diarios con ritmo medio a ligero. Añadir cinco minutos al día
- Bicicleta: añadir resistencia según tolerancia. De 3 a 5 veces por semana dejando fatiga en miembros inferiores
- CKC: progresión avanzada. Añadir superficies inestables, patrones de movimiento, resistencia, etc
- Pliometría: progresión de saltos asistidos, saltos, trote con zancada a saltos, saltos en distancia
- RTR: criterio de ser capaz de realizar 20 sentadillas unipodales con más de 60º de flexión y buen control

Semana 24 - En adelante

- Objetivo de alcanzar fuerza máxima
- Plan de ejercicio de mantenimiento de 3 a 5 veces por semana
- El médico es quien da autorización para ejercicios con tareas específicas del deporte como cambios de dirección o giros según pruebas de imagen, test clínicos y progresión funcional. Comunicación médico-fisioterapeuta crítica

CRITERIOS DE RTP

- Tiempo de 6 a 9 meses
- Simetría >85%
- Radiografías de estrés en varo satisfactorias