

Ejercicios Fase II



Series
 Repeticiones
 Sostenidos
 Series



Series
 Repeticiones
 Sostenidos
 Series



Series
 Repeticiones
 Sostenidos
 Series



Series
 Repeticiones
 Sostenidos
 Series



Series
 Repeticiones
 Sostenidos
 Series



Series
 Repeticiones
 Sostenidos
 Series



Series
 Repeticiones
 Sostenidos
 Series

Ejercicios Fase III



Series
 Repeticiones
 Sostenidos
 Series



Series
 Repeticiones
 Sostenidos
 Series



Series
 Repeticiones
 Sostenidos
 Series



Series
 Repeticiones
 Sostenidos
 Series



Series
 Repeticiones
 Sostenidos
 Series



Series
 Repeticiones
 Sostenidos
 Series



Series
 Repeticiones
 Sostenidos
 Series



Series
 Repeticiones
 Sostenidos
 Series

NOTA: recuerde que ninguna actividad le debe generar dolor, de ser así, debe suspender e informar a su terapeuta para hacer modificaciones del ejercicio.



María Mercedes Bermúdez A.
 Fisioterapeuta Escuela del Deporte
 mercedes.bermudez@fisiosalud.co

Cra 1A Oeste No. 1 - 76, E. Alférez Real
 Teléfono: 892 0508 - Móvil: 316 445 7356 ó 316 289 3144
 info@fisiosalud.co - fisiomarket@yahoo.com.co
 Cali, Valle del Cauca
www.fisiosalud.co

Pinzamiento Femoroacetabular

María Mercedes Bermudez
 Fisioterapeuta
 Diseño de Plan casero
 Equipo de Rehabilitación
 en Artroscopia de Cadera
info@fisiosalud.co

Dr. Bernardo Aguilera
 Ortopedia y Cirugía
 Artroscopia de Cadera
baguilera@imbanaco.com.co

El **objetivo** es brindarle a usted y su familia la información básica sobre los cuidados que debe tener un paciente con **ARTROSCOPIA DE PINZAMIENTO FEMORO ACETABULAR**.

¿QUÉ ES LA ARTROSCOPIA DE CADERA?

- Es una técnica quirúrgica en donde sin hacer incisiones mayores se puede acceder a la cadera y solucionar problemas articulares o periarticulares.
- Con incisiones de menos de un centímetro y con ayuda de un sistema de lentes, cámaras e instrumental especializado es posible resolver problemas que antes requerían hacerse con incisiones mayores.
- Esta técnica se usa en la mayoría de las articulaciones y no se había desarrollado en la cadera dada la dificultad de acceder a ella.
- El impulso que ha tenido en los últimos 10 años ha sucedido como respuesta a la necesidad de resolver los problemas de las caderas siendo menos agresivos.

¿QUÉ ES EL PINZAMIENTO FEMOROACETABULAR?

Es una alteración que se produce por un cambio en la forma del acetábulo o en la unión cuello-cabeza del femur. Esta malformación produce limitación de la movilidad de la cadera, y probablemente esté implicada en el desarrollo de muchas de las artrosis de cadera que se catalogan como primarias.

¿QUÉ SE SIENTE EN LA CADERA QUE TIENE PINZAMIENTO?

Antes de iniciar la sintomatología lo más frecuente que se encuentra es:

1. Limitación de los arcos de movilidad, especialmente en las rotaciones Ej.: dificultad para cruzar la pierna en la manera de visita social (rotación externa), dificultad para colocarse los calcetines (rotación externa), dificultad para abrir las piernas (abducción), dificultad para bajarse del carro (rotación interna), dificultad para hacer los movimientos correctos en el swing del golf (rotación interna y externa).

Después de iniciar el dolor el comportamiento de cuadro es:

1. Aparición insidiosa de dolor con exacerbación principalmente con evento específico, generalmente deportivo u otra actividad física.
2. Dolor es en la región inguinal o glútea o en ambos.
3. El cuadro sede en intensidad con reposo y con AINES pero no desaparece y comienza a limitar la movilidad por dolor.
4. EL dolor vuelve a aumentar de intensidad y en algunas ocasiones es difícil de localizar (por lo cual cuando se pregunta el lugar el paciente agarra la región trocanterica mostrando el signo de la "C").
5. El paciente se queja de dolor puntual en actividades como estar mucho tiempo sentado o actividades que requieren rotaciones de la cadera especialmente bajarse del carro.

¿QUÉ SE HACE EN LA CIRUGÍA DE PINZAMIENTO?

1. Remodelación y/o re inserción del mismo con suturas de anclaje de 2.4 mm.
2. Condrolastia por abrasión y estabilización térmica del cartílago.
3. Resección del borde acetabular en la lesiones tipo PINZA (pincer).
4. Osteocondroplastia de la parte anterior y superior del cuello y cabeza femoral en las lesiones tipo LEVA (Cam).

¿QUÉ SE VA A SENTIR DESPUÉS DE LA CIRUGÍA?

Quedará hospitalizado por un día para manejar el dolor después de la cirugía.

Después de la cirugía se puede presentar:

- Dolor principalmente con el movimiento.
- Poco apetito.
- Tendrá sensación de adormecimiento de los genitales, que ira recuperando rápidamente.
- Tendrá sensación de dolor y adormecimiento en la parte lateral del muslo-transitorio.
- Adormecimiento y un poco de dolor en los tobillos - transitorio y se recupera rápidamente.
- Tendrá un poco de dificultad para orinar que es transitorio.
- El primer día va a orinar en múltiples ocasiones.

- Del día 1 al 3 - presentará molestias por el adormecimiento y dolor a la movilización de la cadera se iniciará una equimosis (se podrá morada) en el muslo en la parte anterior y lateral, se iniciaran ejercicios con dificultad y con dolor.
- El 3 día iniciará su programa de rehabilitación, importante iniciar trabajo en bicicleta para favorecer el proceso de cicatrización.
- Del día 4 al 7 - se realizará la primera curación, la equimosis estará ya consolidada, los movimientos son más fáciles pero todavía se presenta un poco de dolor, al caminar con las muletas no se tiene problemas en las noches, se tendrá dolor en reposo y es difícil acomodarse en la cama.
- Mientras ejecuta sus ejercicios puede aparecer CLICK al doblar y estirar la pierna, esto es por la capsulotomía y desaparecerá.

RECOMENDACIONES

¿Cómo ayudar a disminuir la inflamación?

Es importante buscar el apoyo de terapeutas que realicen drenaje linfático. Estas son maniobras muy suaves que ayudan a eliminar sustancias de desecho y disminuyen el dolor.

¿Cómo debo cuidar la cicatriz?

Después de retirados los apósitos, debe limpiar la cicatriz con alcohol y cubrir la piel con microporo.

Evaluar de forma diaria la coloración de la piel. Si observa cambios debe consultar al médico o terapeuta.

Cuando la cicatriz este libre, se debe presionar con crema hidratante en forma circular sobre la herida.

¿Qué posición puedo adoptar en la cama?

Los primeros días usted debe preocuparse porque ningún movimiento altere su proceso post quirúrgico, existen varias posiciones que puede adoptar para dormir, a continuación las presentamos:

De lado:

En posición boca arriba, ubique una almohada en medio de sus piernas y gire suavemente hacia el lado de la cadera sana, con esto conseguirá descanso y alineación de la columna, evitando que la rodilla pase la línea media.



Boca abajo:

Es la posición ideal de descanso durante los primeros días, favorece el estiramiento de los músculos de la cadera y descanso para la región lumbar que se fatiga cuando se inicia la caminata con las muletas, es importante que desde la posición de lado pase boca abajo y utilice una almohada pequeña bajo el abdomen.



Boca arriba:

En esta posición es importante evitar la ROTACIÓN EXTERNA (el pie mirando hacia afuera). Para esto es importante ubicar almohadas al lado de las rodillas o del pie y de esta forma se bloqueará este desplazamiento que puede sobreestimar las estructuras que se están cicatrizando.



¿Qué son las circunducciones?

El especialista y la terapeuta le indicarán cómo hacer estos movimientos; son círculos amplios que se hacen con la cadera doblada y no generan ningún dolor. Éste se le explicará en el consultorio y se deben realizar en casa todos los días.

¿Cómo debo usar las muletas?

Deben estar a la altura adecuada, no deben producir tensión sobre la axila y el codo debe estar levemente flexionado al sujetarlo para evitar dolores en los brazos y espalda.

- No debe colgarse sobre ellas.
- Para caminar durante las primeras semanas debe avanzar las muletas junto con el pie afectado, apoyando solo el 30% del peso de su cuerpo sobre esta extremidad.
- El retiro de las muletas para cada paciente será orientado por el ortopedista y terapeuta.



No debe realizar rotaciones

Es ideal utilizar un calzador o la ayuda de un familiar para colocar los zapatos.



No cruzar la pierna en posición sedente.



Si tiene necesidad de subir un escalón, recuerde:

- Para subir: Arriba los buenos (No operada)
- Para bajar: Abajo los malos (Operada)
- No usar asientos bajitos
- Tomar los medicamentos según indicaciones.

No realizar flexiones profundas

Evitar agacharse a recoger objetos.



Ejercicios para rellizar en casa (Fase I)

1. Acostado boca arriba deslizar el talón sobre la cama hacia la cadera. 3 series de 10 repeticiones.



2. Acostado boca arriba y con la pierna extendida y punta de dedos mirando arriba, presionar firmemente el balón. 10 repeticiones de 10".



3. Acostada boca arriba presionar el balón firmemente entre las rodillas, 10 veces por 10".



4. En la misma posición de la figura (3), deje las rodillas dobladas y con su espalda presione firmemente hacia la camilla haciendo contacción abdominal.

5. Sentada y usando una banda, cinturón o toalla avanzar hacia adelante para estirar la parte posterior de la pierna sin que haya dolor. Y la segunda opción es acostado boca arriba elevar la pierna. 5 elevaciones sostenidas por 10".



6. Sentada al borde de la cama presionar firmemente el balón con la pierna y la punta del pie mirando hacia arriba.



7. Sentado al borde de la cama o una silla extender la pierna y sostener durante 10 segundos, 10 veces.



8. Sentado con balón entre las rodillas presionar firmemente el balón y a la vez elevar los talones 3 series de 10 repeticiones.

