

Instituto Salvadoreño del Seguro Social

SUB DIRECCIÓN DE SALUD

DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA

NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN



**"GUIAS DE MANEJO DE
REHABILITACION TEMPRANA
EN PATOLOGIAS DE ORTOPEDIA
Y TRAUMATOLOGIA"**

MARZO - 2005

PRESENTACIÓN

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social a través de su política de modernización y desarrollo institucional ha promovido reformas técnicas y administrativas orientadas al cumplimiento de su misión de proveer servicios de calidad a los derechohabientes.

Con la finalidad de regular la calidad de atención, El Consejo Directivo aprobó la creación de la División Técnica Normativa, quién a través del Proceso de Normalización es la responsable de estandarizar los procedimientos asistenciales de la prevención secundaria y terciaria en salud.

En este sentido, las “**GUIAS DE MANEJO DE REHABILITACIÓN TEMPRANA EN PATOLOGÍAS DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**” serán los documentos normativos que tendrán como objetivo, guiar a los profesionales en el proceso de toma de decisiones sobre que intervenciones son las más adecuadas en el abordaje de una condición clínica específica, constituyéndose en una herramienta valiosa con que contarán los Centros de Atención que tengan esta especialidad en su portafolio de servicios, quienes deberán proceder a su divulgación, implantación y cumplimiento obligatorio.

Lo que se transcribe para el conocimiento y efectos pertinentes.

Ing. Jorge Mariano Pinto
Director General del ISSS

Instituto Salvadoreño del Seguro Social

SUB DIRECCIÓN DE SALUD

DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA

NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN



**"GUIAS DE MANEJO DE
REHABILITACION TEMPRANA
EN PATOLOGIAS DE ORTOPEDIA
Y TRAUMATOLOGIA"**

MARZO- 2005.

COMITÉ NORMATIVO

JEFE DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA	Dr. Simón Baltazar Agreda
TITULAR DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN	Dr. Héctor Emilio Castillo Reyes
FACILITADOR II DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN	Dr. Odilio Alcides Linares
FACILITADOR II DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN	Dr. Mario Martínez Calderón

**LISTADO DEL PERSONAL QUE PARTICIPÓ EN LA VALIDACIÓN
DE LAS GUÍAS DE MANEJO DE REHABILITACIÓN TEMPRANA
EN PATOLOGÍAS DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA**

- | | | |
|-----|-------------------------------|---------------------------------------|
| 1. | DR.RICARDO FEDERICO FLORES | HOSPITAL MÉDICO QUIRÚRGICO |
| 2. | DR.HERNÁN DARÍO SÁNCHEZ | U.M.SANTA TECLA |
| 3. | DRA.MARÍA TERESA DE ÁVILA | HOSPITAL GENERAL |
| 4. | DRA.CONCEPCIÓN DE CASTANEDA | HOSPITAL GENERAL |
| 5. | DRA.MARITZA ROBLES DE ESCOBAR | U.M.15 DE SEPTIEMBRE Y
U.M.ZACAMIL |
| 6. | DRA.SONIA MAZA DE RIVERA | U.MEDICINA FÍSICA Y REHABIL. |
| 7. | DRA.YANIRA MAGALI FLORES | HOSPITAL NEUMOLÓGICO |
| 8. | DR.HÉCTOR CHICAS | U.MEDICINA FÍSICA Y REHABIL. |
| 9. | DRA.GISELA HERNÁNDEZ | U.MEDICINA FÍSICA Y REHABIL. |
| 10. | DR.CARLOS ARTURO ROMERO | HOSPITAL DE SANTA ANA |
| 11. | DR.JACOBO E.RODRÍGUEZ | HOSPITAL AMATEPEC |
| 12. | DR.JOSÉ RIGOBERTO ANDRADE | HOSPITAL DE SONSONATE |
| 13. | DR.JORGE CABEZAS | U.MEDICINA FÍSICA Y REHABIL. |
| 14. | DRA.ANA CECILIA LIMA | HOSPITAL DE SANTA ANA |
| 15. | DRA.PATRICIA MOLINA | U.M.ILOPANGO |
| 16. | DR.JOSÉ MANEUL SANTOS | HOSPITAL SAN MIGUEL |
| 17. | DR.SALVADOR RODRÍGUEZ | HOSPITAL SONSONATE |
| 18. | DR.RAFael ARMANDO CHORRO | HOSPITAL SONSONATE |

INDICE

No.	CONTENIDO	No. DE PAGINA
1.	INTRODUCCIÓN	1
2.	OBJETIVOS	2
3.	PREVENCIÓN SÍNDROME REPOSO PROLONGADO	3
4.	GUÍA DE MANEJO	9
<i>REHABILITACIÓN TEMPRANA EN:</i>		
5.	FRACTURAS DE LA CABEZA DEL HÚMERO	14
6.	FRACTURAS DEL TERCIO MEDIO DEL HÚMERO	18
7.	FRACTURA DEL CÓNDILO EXTERNO DEL HÚMERO	22
8.	FRACTURA DEL TERCIO DISTAL DEL HÚMERO	26
9.	FRACTURAS SUPRA E INTERCONDILAR DEL HÚMERO	30
10.	FRACTURA DE OLECRANION	34
11.	FRACTURAS DIAFISIARIAS DEL CÚBITO Y RADIO	38
12.	FRACTURA DE BARTON	42
13.	FRACTURA DE COLLES	46
14.	FRACTURA DE MONTEGGIA	50
15.	FRACTURA DE SMITH	54
16.	FRACTURA DE LA CABEZA DEL RADIO	58
17.	FRACTURA DIAFISIATRIA DE LA TIBIA	62
18.	LUXO – FRACTURA DE PELVIS	66

19.	FRACTURA DIAFISIARIA DEL FÉMUR	70
20.	FRACTURA DE PATELLA	74
21.	FRACTURAS DEL PLATILLO TIBIAL	78
22.	FRACTURAS CERVICALES, INTERTROCANTÉRICAS Y SUBTROCANTÉRICAS DEL FÉMUR	82
23.	ARTOPLASTÍA TOTAL DE RODILLA	87
24.	ARTOPLASTÍA TOTAL DE CADERA	92
25.	FRACTURA DEL PILÓN TIBIAL	96
26.	FRACTURA Y LUXACIÓN DEL TOBILLO	100
27.	FRACTURAS EXPUESTAS	104
28.	FRACTURAS DEL MEDIO PIE	108
29.	FRACTURA Y LUXACIÓN DEL ANTEPIE	112
30.	FRACTURA DE ASTRÁGALO	116
31.	LUXACIÓN DE CADERA	120
32.	FRACTURA DE ESCÁPULA	124
33.	FRACTURA DE CLAVÍCULA	128
34.	LUXACIÓN ACROMIO – CLAVICULAR	132
35.	LUXACIÓN ESTERNO – CLAVICULAR	136
36.	VIGENCIA	140

INTRODUCCIÓN

El presente documento tiene como finalidad operativizar las **"GUÍAS DE MANEJO DE REHABILITACIÓN TEMPRANA EN PATOLOGÍAS DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA"**, en el área hospitalaria del ISSS a nivel nacional; esto es posible gracias al trabajo en equipo de los profesionales de las especialidades de Fisiatría y Ortopedia, Fisioterapeutas y de Enfermeras contando con el apoyo administrativo local.

El Proceso de Normalización ha facilitado la elaboración de las presentes Guías de acuerdo al Perfil Epidemiológico Institucional, en el área hospitalaria, las cuales fueron revisadas y consensuadas con los médicos de las ramas de Fisiatría y Ortopedia.

El éxito de la Rehabilitación Temprana de los derechohabientes con algún tipo de trauma, depende de la colaboración y actitud positiva del paciente, del trabajo en equipo, la buena coordinación intra y extramural con la acertada gestión local.

De un adecuado manejo depende que el paciente no llegue a la minusvalía, además es necesario incluir a la familia del enfermo para lograr una reintegración familiar y social de éste.

El esfuerzo dedicado a la elaboración de éstas herramientas técnicas de trabajo, es para lograr brindar una atención oportuna y de calidad a los derechohabientes.

OBJETIVO GENERAL

Regular la calidad de la práctica clínica a través de estandarización de Guías de Manejo y Procedimientos de Rehabilitación Temprana en Patologías de Ortopedia y Traumatología, a fin de realizar una intervención oportuna, adecuada, eficiente e integral, mejorando el pronóstico y la Rehabilitación de los derechohabientes.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Lograr reducir colas de espera en la atención de Fisiatras y Estandarizar y operativizar las "Guías de Manejo de Rehabilitación Temprana en Patologías de Ortopedia y Traumatología" en todos los Centros de Atención del ISSS, que dispongan de área de hospitalización, para disminuir la variabilidad de práctica clínica.

- ✓ Dotar a los Médicos Fisiatras y Ortopedas del ISSS, instrumentos que sirvan de guía para la atención oportuna, adecuada, eficiente e integral.

- ✓ Mejorar la Rehabilitación de los derechohabientes por medio de una práctica clínica eficaz.

PREVENCIÓN Y/O TRATAMIENTO DEL SÍNDROME

DE REPOSO PROLONGADO

Este síndrome empieza a establecerse en el transcurso de la primera semana de reposo absoluto en cama y afecta a la totalidad de los sistemas del organismo: Músculo-esquelético, Respiratorio, Cardiovascular, Endocrino, piel, etc.

Criterios de Inclusión: Se aplicará éste manejo a los y las derechohabientes que presenten una o más de las características siguientes:

1. Una o más semanas de hospitalización.
2. Reposo absoluto ocasionado por la patología primaria.
3. Presencia de factores que precipiten éste síndrome:
 - ▲ Alteraciones metabólicas.
 - ▲ Diabetes Mellitus.
 - ▲ Enfermedades Neurológicas: Cerebrales, Medulares.
 - ▲ Ancianos.
 - ▲ Presencia de signos de descondicionamiento: Hipotensión Ortostática, taquicardia en reposo, Hipotrofia muscular, hiperglicemia, Hiponatremia, etc.
 - ▲ Disminución de los arcos activos de movilidad articular.
 - ▲ Trastornos de depresión-ansiedad(Trastornos mixtos).

Estos casos se atenderán con o sin la referencia del Médico tratante dada la naturaleza de éste Síndrome.

Objetivos de la Intervención Fisiátrica:

1. Disminuir el impacto del Síndrome de Reposo Prolongado.
2. Disminuir las complicaciones Médicas en estos casos.
3. Detectar tempranamente cualquier limitación funcional: Física y/o mental.
4. Educar al paciente y a su familia en la prevención y el tratamiento de éste Síndrome.
5. Disminuir el tiempo de estancia hospitalaria.
6. Optimizar la independencia funcional de los derechohabientes.
7. Disminuir los costos Institucionales.
8. Aumentar la confianza y fortaleza emocional del paciente.

En la prevención y/o tratamiento de este Síndrome, el Médico Rehabilitador realizará las prescripciones siguientes:

A. En Personas Con Severo Compromiso Del Estado General:

1. Reposarlos preferentemente en colchón de agua, de aire fluidificado o en uno tipo cartón de huevos.
2. Realizarles cambios de posición corporal cada 2-3 horas.
3. Vendaje elástico en diagonal – en ocho – con vendas de 4 pulgadas de ancho en ambos miembros inferiores, de pies a rodillas.
4. Cuidados asépticos en la colocación, manejo y cambio de los sistemas de drenaje urinario: Sondas de Foley, preservativos, etc.
5. Mantener la piel seca y limpia; lubricarla en áreas de prominencias óseas sometidas a carga por la posición corporal.

6. Estimulación verbal: Llamarles por su nombre, hacerles preguntas, conversar con ellos y ellas.
7. Ortesis pasivas – en yeso o en materiales termolábiles – para mantener en posición funcional las 4 extremidades, así:
 - **Muñecas y Manos:** Mantener muñecas a 30° de extensión; pulgares en abducción y oponencia; dedos índice a meñique con AMCF, AIFP y AIFD a 30° de flexión.
 - **Tobillos y Pies:** Mantener articulaciones tibio-tarsianas a 90°.
8. Ejercicios Pasivos para todas las articulaciones de la o las articulaciones afectadas en las 4 extremidades, con el propósito de conservar los arcos articulares y para prevenir y para prevenir contracturas y deformidades.
9. Ejercicios Isométricos en masa a cada una de las 4 extremidades y en forma individual a los glúteos máximos, cuádriceps y tibiales anteriores.
10. Colocarlos en mesa de verticalización en forma progresiva, el objetivo será lograr verticalizarlos a 80° - 90°, durante 40 – 60 minutos diariamente.
11. Ejercicios Respiratorios: Doble tos, suspiros, respiración abdomino-diafragmática, respiración segmentaria y drenaje postural, etc., según las condiciones individuales de cada caso.

B. En Personas Con Leve A Moderado Compromiso Del Estado General:

1. Reposarlos en cama preferentemente con colchón de agua, de aire fluidificado, o en uno tipo cartón de huevos.

2. Vendaje elástico en diagonal – en ocho – con vendas de 4 pulgadas de ancho, en ambos miembros inferiores, de pies a rodillas.
3. Instruirle y Asistirle en los cambios de posición corporal cada 2 – 3 horas o tan frecuentemente como lo sienta necesario.
4. Orientarlos y asistirlos en la realización de una micción y defecación fisiológica: Elevar respaldo, sentarlos y colocarles el Cómodo, pichiche, etc.
5. Mantener la piel limpia y seca; lubricarla en áreas de prominencias óseas sometidas a carga por las posiciones corporales.
6. Sentarse sobre el borde de la cama y/o asistirlos en esta acción cuando así lo necesiten.
7. Realizar Ejercicios Respiratorios: Doble tos, suspiros, respiración abdomino-Diafragmática, respiración segmentaria y drenaje postural a quienes lo necesiten.
8. Ejercicios activos libres en las 4 extremidades para conservar las amplitudes articulares y la fuerza muscular en las 4 extremidades.
9. Ejercicios activos-asistidos para recuperar amplitudes articulares y resolver contracturas en aquellas articulaciones y músculos que presenten éstos problemas.
10. Ejercicios Activos Resistidos progresivos para mejorar la potencia muscular en las 4 extremidades.
11. Estimularlos y asistirlos en la práctica de la Bipedestación y la ambulación; esto será con el uso de aditamentos: Anoador, muletas Lofstrand, muletas axilares o bastón. El objetivo final será lograr la marcha independiente.

12. Organizar reuniones con el personal de salud: Médicos, Enfermeras, Trabajadoras Sociales, Auxiliares de Servicio, etc., para sumar esfuerzos en estos objetivos.
13. Estimular e involucrar al paciente y a su grupo familiar inmediato para que se sumen cotidianamente en estos esfuerzos:

ACTIVIDADES EDUCATIVAS Y DE COORDINACIÓN:

El Médico Fisiatra del segundo y tercer nivel deberá:

1. Promover entre los diversos integrantes del equipo de salud, Médicos y Paramédicos la práctica de una medicina integral, que busque en forma simultánea, resolver la patología o trauma que motivó la hospitalización, para lograr la independencia individual del derechohabiente, así como su aptitud para desempeñarse con solvencia en el ámbito familiar, laboral y social.
2. Interactuar con los Jefes de Departamento, Jefes de Servicio, Médicos agregados, Médicos Residentes, Jefes de Enfermería, Trabajadoras Sociales, Auxiliares de Servicio, etc., a fin de informarles, orientarles e inducirles sobre la incorporación de los criterios de independencia funcional de los derechohabientes hospitalizados en sus actividades periódicas propias.
3. Estructurar y revisar subsecuentemente en forma cíclica, los protocolos que contengan la visión, conducta y procedimientos médicos integrados a practicar en los diferentes casos y situaciones que se suelen enfrentar.
4. Incorporar, armonizar y coordinar charlas educativas con el derechohabiente y con su grupo familiar inmediato para que se integren activamente en el logro de estos objetivos.

5. Instruir, según necesidad, a los nuevos recursos humanos que, en el futuro inmediato, se incorporen al trabajo hospitalario para que se vayan sumando a la prevención o su tratamiento temprano del síndrome de reposo prolongado; asimismo que cooperen en la detección y tratamiento de discapacidades síquicas y/o físicas potenciales.

HOSPITAL DE REHABILITACIÓN:

Guía De Manejo Del Paciente Ingresado En El Servicio De Rehabilitación

El objetivo primordial de la Rehabilitación en general es: Lograr que las personas con deficiencias y/o discapacidades logren desenvolverse de la manera más independiente posible en su medio, tanto familiar como laboral y social, potencializando toda capacidad funcional que posea la persona, en sus aspectos motores, sensitivos, cognitivos y emocionales.

Para ello, se necesita el abordaje del paciente por un equipo de profesionales especializados en esta rama, que trabajan de manera interdisciplinaria.

Los procesos de rehabilitación en personas que han sufrido grandes traumas como ECV, TCE Severo, lesión medular, etc., toman un tiempo prolongado, por lo que se divide en varias etapas, de las cuales una de las más importantes es el ingreso del paciente a un Centro de Rehabilitación, que cuente con el equipo, recurso humano, e instalaciones adecuadas para ello.

GUÍA DE MANEJO

1. El paciente podrá ser referido al servicio de encamados de rehabilitación, únicamente por un Médico Fisiatra, ya sea de las Unidades de Atención periféricas o de los diferentes hospitales del ISSS.
2. Deberá cumplir con los siguientes requisitos.
 - a) Hoja de ingreso firmada por Fisiatra.
 - b) Resumen de traslado.
 - c) Prescripción de medicamentos para cumplir durante un día si el traslado es en día de semana, o para 3 días si es en fin de semana.
 - d) Cuadro completo y estudios Rx, TAC (Tomografía Axial Computarizada), si el caso lo amerita, exámenes e informe de Trabajo Social.
 - e) Si el paciente ha recibido interconsultas con otras especialidades, especificar plan de tratamiento a seguir.
 - f) Nota del Médico Fisiatra, que incluya potencial de recuperación y reincorporación laboral.

En el Hospital de Rehabilitación no se realizarán procedimientos Médico-quirúrgicos que sean ajenos a la especialidad, por tanto el paciente deberá estar estable y apto para rehabilitarse.

3. Previo a sus ingresos, los pacientes deben estar estables, cuando se trata de las siguientes condiciones:

Pacientes Descompensados:

- EPOC

- Diabéticos
- Hipertensos arteriales
- Desequilibrio hidroelectrónicos
- Hipertensión intracraneana no compensada
- Insuficiencia cardíaca
- Insuficiencia renal

Problemas Sépticos Serios:

- Neumonías
- Escaras
- Heridas operatorias infectadas o dehiscentes
- Osteomielitis
- Diarrea
- Proceso febriles no investigados en las 48 horas previas al ingreso.

Problemas Psiquiátricos:

- Sicóticos
- Ideación suicida grave aguda
- Alcoholismo en fase abstinencia
- Drogo dependiente en fase aguda
- Violentos agresivos

Pacientes con grave deterioro de su estado general y/o secuelas neurológicas graves no rehabilitable.

Ejemplo:

- Estados vegetativos que ya hayan recibido enseñanza familiar.
 - Post operatorio inmediato.
4. Previa comunicación del Médico Fisiatra, el ingreso será coordinado a través de Enfermería para asignar la unidad adecuada.

5. A su ingreso, el paciente será evaluado por el Médico Fisiatra o Residente de Fisiatría de planta o de turno; de acuerdo a la hora de ingreso, y anotará en expediente clínico: Historia clínica completa, examen físico – funcional, antecedentes patológicos importantes e indicaciones médicas correspondientes, además de exámenes de laboratorio y gabinete que sean necesarios.
6. El Médico Fisiatra correspondiente evaluará el caso y anotará en expediente clínico resumen del caso, objetivos, plan terapéutico y fecha probable de evaluación en equipo interdisciplinario, así como interconsultas y exámenes complementarios. Anotará indicaciones de Terapia Física y Terapia Ocupacional en ficha correspondiente.
7. Todo paciente deberá ser evaluado por Psicología y Psiquiatría desde su inicio.
8. Todo paciente con secuelas importantes deberá ser evaluado en equipo interdisciplinario.
9. En la evaluación se incluirá el componente ocupacional y en el equipo deberán estar presentes: Terapeuta Física, Terapeuta Ocupacional, Educador Especial, Trabajadora Social, Psicóloga, Psiquiatra, Enfermeras, Residente de Fisiatría y Fisiatra encargado del caso a evaluar.

Todos los miembros darán a conocer su informe y lo entregarán por escrito.

Después de discutir el caso y estando la mayoría de acuerdo, se anotarán las recomendaciones, plan a seguir, tiempo de estancia hospitalaria, duración del tratamiento en base a objetivos a corto, mediano y largo plazo, los cuales se darán a conocer al paciente y su familia, haciendo énfasis en la importancia de la participación familiar en

rehabilitación del paciente. Se resolverán las dudas que presenten el paciente y/o sus familiares.

El equipo interdisciplinario decidirá los diferentes programas a que se referirá el paciente como: Recreación, 3ª. Edad, etc.

10. Se orientará a la familia para que el paciente continúe su tratamiento ambulatorio, entregando las referencias correspondientes para su seguimiento en las diferentes especialidades, así como los medicamentos que necesite, cubriendo un período de un mes, y la hoja de resumen fisiátrico
11. Todo paciente al ser dado de alta deberá:
 - a) Haber cumplido con un programa de educación para prevenir complicaciones secundarias.
 - b) Habrá recibido enseñanza para plan de hogar, tanto el paciente como su familia.
 - c) Se habrá equipado con sus aditamentos necesarios: Ortesis, bastón, andador, silla de ruedas, adaptaciones, corsets, etc., según criterio del Fisiatra tratante.
 - d) Haber realizado visita domiciliar por Terapia Ocupacional y Trabajadora Social.
 - e) Haber recibido orientación sexual individual y de pareja.
 - f) Se anotará en expediente, condiciones en que se encuentra el paciente al momento del alta y se actualizará ficha de tratamiento de TF y TO(Terapia Física y Terapia Ocupacional).
 - g) Haber sido referido (a RP) Rehabilitación profesional.
 - h) Estar apto para continuar su rehabilitación física y/o cognitiva en forma ambulatoria siempre y cuando presente un buen potencial para ello.

- i) En caso que el Médico Fisiatra considere necesario el traslado del paciente a un hospital de 2º nivel para la atención de complicaciones médicas o quirúrgicas, deberá ser recibido.

12. El Médico Fisiatra coordinará actividades necesarias con otros profesionales e instituciones para garantizar una atención integral del paciente.

Coordinará además actividades docentes y de capacitación del personal, para mantener una atención de calidad.

13. Criterios de Alta:

- a) Haber cumplido con los objetivos trazados en equipo interdisciplinario.
- b) Paciente que no acepte el tratamiento médico indicado. (Deberá firmar el paciente, familiar o apoderado legal, en el expediente la No Aceptación del tratamiento o procedimiento.
- c) Falta de interés o no cumplimiento de las indicaciones medicas.
- d) Agresivos, violentos.
- e) Pacientes no rehabilitados, siempre y cuando los familiares hayan recibido enseñanza para su cuidado por Terapia Física y Enfermería.
- f) Pacientes drogo-dependientes con consumo activo dentro del hospital.

REHABILITACIÓN TEMPRANA EN FRACTURAS DE LA CABEZA DEL HÚMERO

DEFINICIÓN

Personas que presentan fractura de la cabeza del húmero y que han recibido tratamiento ortopédico conservador o quirúrgico.

OBJETIVOS

1. Inicio temprano de la rehabilitación del hombro del miembro superior lesionado.
2. Prevenir el daño funcional a las articulaciones no lesionadas de la extremidad afectada.
3. Prevenir la instalación del Síndrome de Reposo Prolongado.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

1. Informarlo sobre las consecuencias de la fractura en el funcionamiento del hombro.
2. Orientarlo sobre la participación del hombro en sus actividades personales y laborales.
3. Orientarlo sobre la actividad voluntaria que puede y debe hacer con las articulaciones sanas de la extremidad superior afectada.
4. Instruirlo en la utilización del miembro superior contralateral en sus actividades personales.
5. Concientizarlo de lo valioso de su participación y de su interés continuo en la realización constante de las actividades que conducirán a su rehabilitación total.

6. Orientarle sobre higiene adecuada de axila (no utilizar talcos, usar crema lubricante).
7. Orientar sobre cuidado de vendaje y su importancia.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO: ETAPA AGUDA

En el postoperatorio inmediato, el Médico Rehabilitador indicará:

1. Ejercicios isométricos a fibras anteriores, medias y posteriores del deltoides, al manguito rotador y al bíceps braquial aún en el interior del vendaje Mayo u otro instrumento de inmovilización del hombro afectado.
 - a) Ejercicio de circunducción de hombro afectado dentro del vendaje.
2. Ejercicios activos-asistidos o activos libres al codo, muñeca y dedos de la extremidad afecta.
3. Mantener la actividad y utilización normal del miembro superior sano.
4. Estimular la independencia de la persona en las actividades de la vida diaria.
5. No guardar reposo en cama.
6. Ambulación libre.

TRATAMIENTO AMBULATORIO: ETAPAS SUB-AGUDA Y CRÓNICA

Luego de transcurridas 6 semanas post-lesión y siempre que haya una consolidación satisfactoria validada por el Ortopedista tratante, se iniciará la rehabilitación plena del hombro afectado.

El paciente recibirá la evaluación del Médico Fisiatra asignado y éste guiará la recuperación de las amplitudes articulares activas, fuerza

muscular, habilidades y destrezas, así como el retorno a las actividades premórbidas del derechohabiente.

FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO

La Fisioterapeuta y la Terapeuta Ocupacional atenderán y cumplirán las indicaciones del medico tratante al usuario.

La Trabajadora Social hará un estudio relacionado con la realidad familiar del derecho- habiente, de la relación laboral con su patrono y dará las recomendaciones correspondientes a fin de que el proceso de rehabilitación reciba un ambiente positivo.

INCAPACIDAD

Inicialmente 60 días a partir del traumatismo. El Fisiatra tratante determinará subsecuentemente la duración final del tiempo de incapacidad, de acuerdo con la recuperación del hombro afecto y con las exigencias del puesto de trabajo del derechohabiente.

PRONÓSTICO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL

El Fisiatra que atienda el caso durante la etapa aguda, establecerá de acuerdo al tipo de trauma, complicaciones, resultados del manejo quirúrgico, actitud del derechohabiente, etc.; el pronóstico funcional esperado para cada caso.

REFERENCIAS

- ✓ Al Médico Fisiatra del Centro de Atención que esté más cerca del domicilio del derechohabiente para que, luego de alcanzada la consolidación de la fractura, se encargue de conducir el proceso de rehabilitación final.

El paciente deberá presentarle sus estudios radiológicos y los informes técnicos que le entreguen la Terapista Física, la Terapista Ocupacional y la Trabajadora Social que lo atendieron en la etapa aguda, los que serán útiles para el diseño de su plan de tratamiento.

- ✓ El Fisiatra que conducirá el tratamiento ambulatorio hará la referencia a Medicina Ocupacional y/o a Rehabilitación Profesional en aquellos casos que lo estime conveniente.
- ✓ Referencia a Psicología según el criterio de Médico Fisiatra.

REHABILITACIÓN TEMPRANA EN FRACTURAS DEL TERCIO MEDIO DEL HÚMERO

DEFINICIÓN

Personas que presentan fracturas por debajo del cuello quirúrgico del húmero hasta 7 cm. por arriba de la fosa olecraneana que han recibido tratamiento ortopédico conservador o quirúrgico.

OBJETIVOS

1. Inicio temprano de la rehabilitación del hombro y codo del miembro superior lesionado.
2. Prevenir el daño funcional de las articulaciones no lesionados del miembro afectado.
3. Prevenir el desarrollo del Síndrome de Reposo Prolongado.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

1. Informarle sobre las consecuencias de la fractura en la funcionalidad del hombro y del codo.
2. Orientarlo sobre la participación del hombro y del codo en sus actividades personales y laborales.
3. Orientarlo sobre las actividades voluntarias que puede y debe hacer con las articulaciones sanas de la extremidad superior afectada.
4. Instruirlo en la utilización del miembro superior contralateral en sus actividades personales.

5. Concientizarlo sobre lo valioso y fundamental de su participación y de su interés continuo en la realización constante de las actividades que conducirán a su rehabilitación total.
6. Orientar sobre higiene de axila (no utilizar talcos, usar crema).
7. Orientar sobre cuidado de vendaje o férula y su importancia.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO: ETAPA AGUDA

En el postoperatorio inmediato el Médico Rehabilitador indicará:

1. Ejercicios isométricos a fibras anteriores, medias y posteriores del deltoides, al manguito rotador, al bíceps braquial y al supinador largo durante el uso del yeso colgante, férula en "U", pinza de azúcar o cabestrillo en la extremidad afectada.
2. Ejercicios pasivos al hombro y codo de la extremidad afectada para conservar arcos articulares.
3. Ejercicios activos libres a la muñeca y dedos de la extremidad afecta.
4. Estimulación sensoperuptiva en los dermatomos y miótomos innervados por el nervio radial si éste estuviera afectado.
5. Mantener la actividad y utilización normal del miembro superior sano.
6. Estimular la independencia de la persona, en las actividades de la vida diaria.
7. No guardar reposo en cama.
8. Ambulación libre.

9. Indicar estudio electromiográfico y Velocidad Neurológica de Conducción (VNC) si hay afección nerviosa: Indicarle en la etapa subaguda.

TRATAMIENTO AMBULATORIO: ETAPAS SUB-AGUDA Y CRÓNICA

Luego de transcurridas 6 semanas post lesión y siempre que exista una consolidación ósea satisfactoria validada por el Ortopedista tratante, se iniciará la rehabilitación plena del hombro y codo afectados o antes según el criterio del Médico Ortopedista, de acuerdo a la estabilidad de la fijación.

El derechohabiente recibirá la evaluación del Médico Fisiatra asignado y éste guiará la recuperación de las amplitudes articulares activas, fuerza muscular, habilidades y destrezas así como el retorno a las actividades premórbidas del mismo.

FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO

La Fisioterapeuta y la Terapeuta Ocupacional atenderá y cumplirá las indicaciones del medico tratante al usuario.

La Trabajadora Social hará un estudio relacionado con la realidad del núcleo familiar del derechohabiente, de la relación laboral con su patrono y dará las recomendaciones correspondientes, a fin de que el proceso de rehabilitación disponga de un ambiente y una perspectiva positiva.

INCAPACIDAD

Inicialmente 60 días a partir del traumatismo

El Fisiatra tratante determinará subsecuentemente la duración del tiempo de incapacidad final, de acuerdo con la recuperación del hombro

y codo afectos y con las exigencias del puesto de trabajo del derechohabiente.

PRONÓSTICO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL

El Fisiatra que atienda el caso durante la etapa aguda, establecerá de acuerdo al tipo de trauma, complicaciones (compromiso o no del nervio radial, etc.), resultados del manejo quirúrgico, actitud del derechohabiente, etc.; el pronóstico funcional esperado para cada caso.

REFERENCIAS

- Al Médico Fisiatra del Centro de Atención que esté más cerca del domicilio del derechohabiente para que, luego de alcanzada la consolidación de la fractura, se encargue de conducir el proceso de rehabilitación final.

El derechohabiente deberá presentarle sus estudios radiológicos, EMG y los informes técnicos que le entreguen la Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional y la Trabajadora Social, que lo atendieron en la etapa aguda, los que serán útiles para el diseño de plan de tratamiento.

- El Fisiatra que conducirá el tratamiento ambulatorio hará la referencia a Medicina Ocupacional y/o a Rehabilitación Profesional en aquellos casos que lo estime conveniente.
- Referencia a Psicología según criterio del Médico Fisiatra.

REHABILITACIÓN TEMPRANA EN FRACTURA DEL CÓNDILO EXTERNO DEL HÚMERO

DEFINICIÓN

Personas que presentan fractura del cóndilo externo del húmero y que han recibido manejo ortopédico conservador o quirúrgico.

OBJETIVOS

1. Inicio temprano de la rehabilitación del codo del miembro superior lesionado.
2. Prevenir el daño funcional a las articulaciones no lesionadas de la extremidad afectada.
3. Prevenir el desarrollo del Síndrome de Reposo Prolongado.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

1. Informarlo sobre las consecuencias de la fractura en el funcionamiento del codo y de la muñeca.
2. Orientarlo sobre la participación del codo y de la muñeca en sus actividades personales y laborales.
3. Orientarlo sobre la actividad voluntaria que puede y debe hacer con las articulaciones sanas de la extremidad superior afectada.
4. Instruirlo para la utilización del miembro superior contralateral en sus actividades personales.
5. Concientizarlo de lo valioso de su participación y de su interés continuo en la realización constante de las actividades que conducirán a su rehabilitación total.

6. Orientar sobre higiene adecuada de axila, dedos de mano.
7. Orientar sobre cuidados de vendaje y/o férula y de su importancia.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO: ETAPA AGUDA

En el post-operatorio inmediato, el Médico Rehabilitador indicará:

1. Ejercicios isométricos a las fibras del Bíceps Braquial, Tríceps Branquial, supinador largo y flexores de muñeca y dedos de la extremidad afectada.
2. Ejercicios pasivos a hombro y muñeca para conservar arcos articulares en la extremidad afectada.
3. Ejercicios activos libres a dedos del miembro afecto.
4. Mantener la actividad y uso normal del miembro superior sano.
5. Estimular la independencia de la persona en las actividades de la vida diaria.
6. No guardar reposo en cama.
7. Ambulación libre.

TRATAMIENTO AMBULATORIO: ETAPAS SUB-AGUDA Y CRÓNICA

Luego de transcurridas 6-8 semanas post lesión y siempre que exista una consolidación ósea satisfactoria validada por el Ortopedista tratante o antes, según la evaluación clínica, se iniciará la rehabilitación plena del codo y muñeca afectados.

El derechohabiente recibirá la evaluación del Médico Fisiatra asignado y éste guiará la recuperación de las amplitudes articulares activas, fuerza muscular, habilidades y destrezas, así como el retorno a las actividades premórbidas del mismo.

FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO

La Fisioterapeuta y la Terapeuta Ocupacional, atenderán y cumplirán la indicaciones del medico tratante al usuario.

La Trabajadora Social hará un estudio relacionado con la realidad del núcleo familiar del derechohabiente, de la relación laboral con su patrono y dará las recomendaciones correspondientes, a fin de que el proceso de rehabilitación disponga de un entorno y una perspectiva favorables.

INCAPACIDAD

Inicialmente 60 días a partir del traumatismo.

El Fisiatra tratante determinará subsecuentemente la duración del tiempo de incapacidad final, de acuerdo con la recuperación del codo y muñeca afectos y con las exigencias del puesto de trabajo del derechohabiente.

PRONÓSTICO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL

El Fisiatra que atienda el caso durante la etapa aguda establecerá, de acuerdo al tipo de trauma, complicaciones, resultados del manejo quirúrgico, actitud del derechohabiente, etc.. el pronóstico funcional esperado para cada caso.

REFERENCIAS

- ❖ Al Médico Fisiatra del Centro de Atención que esté más cerca del domicilio del derechohabiente para que, luego de alcanzada la consolidación de la fractura, se encargue de conducir el proceso de rehabilitación final.

El derechohabiente deberá presentarle sus estudios radiológicos y los informes técnicos que le entreguen la Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional y la Trabajadora Social que lo atendieron en la etapa aguda, los que serán útiles para el diseño de su plan de tratamiento.

- ❖ El Fisiatra que conducirá el tratamiento ambulatorio hará la referencia al Médico Ocupacional y/o a Rehabilitación Profesional en aquellos casos que lo estime conveniente.
- ❖ Referencia a Psicología cuando el caso lo amerite.

REHABILITACIÓN TEMPRANA EN FRACTURA DEL TERCIO DISTAL DEL HÚMERO

DEFINICIÓN

Personas que presentan fractura del Tercio Distal del Húmero que han recibido tratamiento ortopédico con reducción abierta más fijación interna.

OBJETIVOS

1. Inicio temprano de la rehabilitación del codo del miembro superior lesionado.
2. Prevenir el daño funcional a las otras articulaciones no lesionadas del Miembro Superior afecto.
3. Prevenir la instalación del Síndrome de Reposo Prolongado.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

1. Informarle de las consecuencias de la fractura en el funcionamiento del codo.
2. Orientarlo sobre la participación del codo en sus actividades personales y laborales.
3. Orientarlo sobre la actividad voluntaria que puede y debe hacer con las articulaciones sanas de la extremidad superior afectada.
4. Instruirlo en la utilización del miembro superior contralateral en sus actividades personales.

5. Concientizarlo de lo valioso de su participación y de su interés continuo en la realización constante de las actividades que conducirán a su rehabilitación total.
6. Orientar sobre higiene de axila (no utilizar talcos, usar crema).
7. Orientar sobre cuidado de vendaje o férula y su importancia.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO: ETAPA AGUDA

Se iniciará al 4º. - 6º. día del post-operatorio inmediato e incluirá:

1. Ejercicios isométricos a las fibras del Bíceps Braquial, Tríceps Braquial, supinador largo, flexores y extensores de muñeca y dedos.
2. Ejercicios pasivos a codo y muñeca (excepto en las fracturas tipo A1. En los restantes tipos se removerá cuidadosamente la férula posterior para realizar la movilización pasiva del codo), para conservar los arcos articulares de la extremidad afecta.
3. Ejercicios activos-Asistidos al hombro del miembro superior afectado.
4. Ejercicios activos libres a la muñeca y los dedos del miembro afecto.
5. Mantener la actividad y uso normal del miembro superior sano.
6. Estimular la independencia en las actividades de la vida diaria.
7. No guardar reposo en cama.
8. Ambulación libre.

TRATAMIENTO AMBULATORIO: ETAPAS SUB-AGUDA Y CRÓNICA

Luego de transcurridas 8 semanas post-lesión y siempre que exista una consolidación ósea satisfactoria validada por el Ortopedista tratante, se iniciará la rehabilitación plena del codo afectado o antes, según criterio del Ortopeda.

El derechohabiente recibirá la evaluación del Médico Fisiatra asignado y éste guiará la recuperación de las amplitudes articulares, fuerza muscular, habilidades y destrezas, así como el retorno a las actividades premórbidas del mismo.

FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO

La Fisioterapista y Terapeuta Ocupacional, atenderán y cumplirán las indicaciones del médico tratante al usuario.

La Trabajadora Social hará un estudio relacionado con la realidad inmediata del núcleo familiar del derechohabiente, de la relación laboral con su patrono y dará las recomendaciones correspondientes, a fin de que el proceso de rehabilitación disponga de un entorno y una perspectiva favorables.

INCAPACIDAD

Inicialmente 60 días a partir del traumatismo.

El Fisiatra tratante determinará subsecuentemente la duración del tiempo de incapacidad final, de acuerdo con la recuperación del codo afectado y con las exigencias del puesto de trabajo del derechohabiente.

PRONÓSTICO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL

El Fisiatra que atienda el caso durante la etapa aguda establecerá, de acuerdo al tipo de trauma, complicaciones, resultados del manejo quirúrgico, actitud del derechohabiente, etc., el pronóstico funcional esperado para cada caso.

REFERENCIAS

- ❖ Al Médico Fisiatra del Centro de Atención que esté más cerca del domicilio del derechohabiente para que, luego de alcanzada la consolidación de la fractura, se encargue de conducir el proceso de rehabilitación final.

El derechohabiente deberá presentarle sus estudios radiológicos y los informes técnicos que le entreguen la Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional y la Trabajadora Social que lo atendieron en la etapa aguda, los que serán útiles para el diseño de su plan de tratamiento.

- ❖ El Fisiatra que guiará el tratamiento ambulatorio hará la referencia al Médico Ocupacional y/o a Rehabilitación Profesional en aquellos casos que lo estime conveniente.
- ❖ Referencia a Psicología cuando el caso lo amerite.

REHABILITACIÓN TEMPRANA EN FRACTURAS SUPRA E INTERCONDILAR DEL HÚMERO

DEFINICIÓN

Personas que presentan fracturas extremo distal del húmero con o sin compromiso del cartílago articular y que han recibido tratamiento ortopédico conservador o quirúrgico.

OBJETIVOS

1. Inicio temprano de la rehabilitación del codo del miembro superior lesionado.
2. Prevenir el daño funcional a las otras articulaciones no lesionadas del miembro superior afecto.
3. Prevenir la instalación del Síndrome de Reposo Prolongado.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

1. Informarle de las consecuencias de la fractura en el funcionamiento del codo.
2. Orientarlo sobre la participación del codo en sus actividades personales y laborales.
3. Orientarlo sobre la actividad voluntaria que puede y debe hacer con las articulaciones sanas de la extremidad superior afectada.
4. Instruirlo en la utilización del miembro superior contralateral en sus actividades personales.

5. Concientizarlo de lo valioso de su participación y de su interés continuo en la realización constante de las actividades que conducirán a su rehabilitación total.
6. Orientar sobre higiene de axila (no utilizar talcos, usar crema).
7. Orientar sobre cuidado de vendaje o férula y su importancia.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO: ETAPA AGUDA

En el post-operatorio inmediato, el Médico Rehabilitador indicará:

1. Ejercicios isométricos a las fibras del Bíceps Braquial, Tríceps Braquial, supinador largo, flexores y extensores de muñeca y dedos.
2. Ejercicios pasivos a codo. (excepto en aquellos que han recibido manejo conservador) y muñeca, para conservar los arcos articulares de la extremidad afectada.
3. Ejercicios activos-Asistidos al hombro del miembro superior afectado.
4. Ejercicios activos libres a la muñeca y los dedos del miembro afecto.
5. Mantener la actividad y uso normal del miembro superior sano.
6. Estimular la independencia en las actividades de la vida diaria.
7. No guardar reposo en cama.
8. Ambulación libre.

TRATAMIENTO AMBULATORIO: ETAPAS SUB-AGUDA Y CRÓNICA

Luego de transcurridas 6 - 8 semanas post-lesión y siempre que exista una consolidación ósea satisfactoria validada por el Ortopedista tratante, se iniciará la rehabilitación plena del codo afectado.

El derechohabiente recibirá la evaluación del Médico Fisiatra asignado y éste guiará la recuperación de las amplitudes articulares, fuerza muscular, habilidades y destrezas, así como el retorno a las actividades premórbidas del mismo.

FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO

La Fisioterapista y Terapeuta Ocupacional, atenderán y cumplirán las indicaciones del médico tratante al usuario.

La Trabajadora Social hará un estudio relacionado con la realidad inmediata del núcleo familiar del derechohabiente, de la relación laboral con su patrono y dará las recomendaciones correspondientes, a fin de que el proceso de rehabilitación disponga de un entorno y una perspectiva favorables.

INCAPACIDAD

Inicialmente 60 días a partir del traumatismo.

El Fisiatra tratante determinará subsecuentemente la duración del tiempo de incapacidad final, de acuerdo con la recuperación del codo afectado y con las exigencias del puesto de trabajo del derechohabiente.

PRONÓSTICO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL

El Fisiatra que atienda el caso durante la etapa aguda establecerá, de acuerdo al tipo de trauma, complicaciones, resultados del manejo quirúrgico, actitud del derechohabiente, etc., el pronóstico funcional esperado para cada caso.

REFERENCIAS

- ❖ Al Médico Fisiatra del Centro de Atención que esté más cerca del domicilio del derechohabiente para que, luego de alcanzada la consolidación de la fractura, se encargue de conducir el proceso de rehabilitación final.

El derechohabiente deberá presentarle sus estudios radiológicos y los informes técnicos que le entreguen la Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional y la Trabajadora Social que lo atendieron en la etapa aguda, los que serán útiles para el diseño de su plan de tratamiento.

- ❖ El Fisiatra que guiará el tratamiento ambulatorio hará la referencia al Médico Ocupacional y/o a Rehabilitación Profesional en aquellos casos que lo estime conveniente.
- ❖ Psicología cuando el caso lo amerite.

REHABILITACIÓN TEMPRANA DE LA FRACTURA DE OLECRANON

DEFINICIÓN

Personas que presentan fractura del extremo proximal de la ulna y que han recibido tratamiento ortopédico quirúrgico.

OBJETIVOS

1. Inicio temprano de la rehabilitación del codo del miembro superior lesionado.
2. Prevenir el daño funcional a las articulaciones no lesionadas del miembro superior afecto.
3. Prevenir la instalación del Síndrome de Reposo Prolongado.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

1. Informarle de las consecuencias de la fractura en el funcionamiento del codo.
2. Orientarlo sobre la participación del codo en sus actividades personales y laborales.
3. Orientarlo sobre la actividad voluntaria que puede y debe hacer con las articulaciones sanas de la extremidad superior afectada.
4. Instruirlo en la utilización del miembro superior contralateral en sus actividades personales.
5. Concientizarlo de lo valioso de su participación y de su interés continuo en la realización constante de las actividades que conducirán a su rehabilitación total.

6. Orientar sobre higiene de axila (no utilizar talcos, usar crema).
7. Orientar sobre cuidado de vendaje o férula y su importancia.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO: ETAPA AGUDA

En el post-operatorio inmediato, el Médico Rehabilitador indicará:

1. Ejercicios isométricos a las fibras del Bíceps Braquial, Tríceps Braquial, supinador largo, flexores y extensores de muñeca y dedos.
2. Ejercicios pasivos a codo neutralizando la acción de la fuerza de gravedad para flexión y extensión del mismo.
3. Ejercicios activos-Asistidos al hombro del miembro superior afectado.
4. Ejercicios activos libres a muñeca y dedos del miembro afecto.
5. Mantener la actividad y uso normal del miembro superior sano.
6. Estimular la independencia en las actividades de la vida diaria.
7. No guardar reposo en cama.
8. Ambulación libre.

TRATAMIENTO AMBULATORIO: ETAPAS SUB-AGUDA Y CRÓNICA

Luego de transcurridas 6 semanas post-lesión y siempre que exista una consolidación ósea satisfactoria validada por el Ortopedista tratante, se iniciará la rehabilitación plena del codo afectado o antes, según el criterio médico.

El derechohabiente recibirá la evaluación del Médico Fisiatra asignado y éste guiará la recuperación de las amplitudes articulares, fuerza muscular, habilidades y destrezas, así como el retorno a las actividades premórbidas del mismo.

FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO

La Fisioterapeuta y Terapeuta Ocupacional, atenderán y cumplirán las indicaciones del médico tratante al usuario.

La Trabajadora Social hará un estudio relacionado con la realidad inmediata del núcleo familiar del derechohabiente, de la relación laboral con su patrono y dará las recomendaciones correspondientes, a fin de que el proceso de rehabilitación disponga de un entorno y una perspectiva favorables.

INCAPACIDAD

Inicialmente 60 días a partir del traumatismo.

El Fisiatra tratante determinará subsecuentemente la duración del tiempo de incapacidad final, de acuerdo con la recuperación del codo afectado y con las exigencias del puesto de trabajo del derechohabiente.

PRONÓSTICO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL

El Fisiatra que atienda el caso durante la etapa aguda establecerá, de acuerdo al tipo de trauma, complicaciones, resultados del manejo quirúrgico, actitud del derechohabiente, etc., el pronóstico funcional esperado para cada caso.

REFERENCIAS

- ❖ Al Médico Fisiatra del Centro de Atención que esté más cerca del domicilio del derechohabiente para que, luego de alcanzada la consolidación de la fractura, se encargue de conducir el proceso de rehabilitación final.

El derechohabiente deberá presentarle sus estudios radiológicos y los informes técnicos que le entreguen la Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional y la Trabajadora Social que lo atendieron en la etapa aguda, los que serán útiles para el diseño de su plan de tratamiento.

- ❖ El Fisiatra que guiará el tratamiento ambulatorio hará la referencia al Médico Ocupacional y/o a Rehabilitación Profesional en aquellos casos que lo estime conveniente.
- ❖ Psicología según el caso lo amerite.

REHABILITACIÓN TEMPRANA DE LAS FRACTURAS DIAFISIARIAS DEL CÚBITO Y RADIO

DEFINICIÓN

Personas que presentan fractura de la Diáfisis del cúbito y/o del radio que, de acuerdo a la ausencia o presencia de un desplazamiento y/o angulación ya definidos, reciban manejo ortopédico conservador o quirúrgico respectivamente.

OBJETIVOS

1. Inicio temprano de la rehabilitación del hombro, codo y muñeca del miembro superior lesionado.
2. Prevenir el daño funcional a las articulaciones no lesionadas del miembro superior afecto.
3. Prevenir la instalación del Síndrome de Reposo Prolongado.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

1. Informarle de las consecuencias de la fractura del cúbito y/o del radio en el funcionamiento del codo y de la muñeca.
2. Orientarle sobre la participación del codo y de la muñeca en sus actividades personales y laborales.
3. Orientarlo sobre la actividad voluntaria que puede y debe hacer con las articulaciones sanas de la extremidad superior afectada.
4. Instruirlo en la utilización del miembro superior contralateral en sus actividades personales.

5. Concientizarlo de lo valioso de su participación y de su interés continuo en la realización constante de las actividades que conducirán a su rehabilitación total.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO: ETAPA AGUDA

En el post.-operatorio inmediato, el Médico Rehabilitador indicará:

1. Ejercicios isométricos al Bíceps Braquial, Tríceps Braquial, Supinador largo, flexores y extensores de muñeca y dedos.
2. Ejercicios Pasivos para flexión y extensión de codo y muñeca (retirando momentáneamente la férula que mantiene el codo a 90°.de flexión). No realizar ejercicios para Pronación y Supinación del Antebrazo.
3. Ejercicios activos-asistidos gentiles para la flexión, elevación, extensión, abducción y rotaciones externas e internas del hombro de la extremidad afectada.
4. Ejercicios activos libres gentiles a los dedos del miembro afecto, incluyendo a los músculos intrínsecos de la mano.
5. Mantener la actividad y el uso normal del miembro superior sano.
6. Estimular la independencia de la persona en las actividades de la vida diaria.
7. No guardar reposo en cama.
8. Ambulación libre.

TRATAMIENTO AMBULATORIO: ETAPAS SUB-AGUDA Y CRÓNICA

Luego de transcurridas 8 semanas, post-lesión y siempre que exista una consolidación ósea satisfactoria, validada por el Ortopedista tratante, se iniciará la rehabilitación plena del codo y muñeca afectados.

El derecho-habiente recibirá la evaluación del Médico Fisiatra asignado y éste guiará la recuperación de las amplitudes articulares activas, fuerza

muscular, habilidades y destrezas así como el retorno a las actividades premórbidas del mismo.

FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO

La Fisioterapeuta y la Terapeuta Ocupacional, atenderán y cumplirán las indicaciones del médico tratante al usuario.

La Trabajadora Social hará un estudio relacionado con la realidad inmediata del núcleo familiar del derechohabiente, de la relación laboral con su patrono y dará las recomendaciones correspondientes, a fin de que el proceso de rehabilitación disponga de un entorno y una perspectiva favorables.

INCAPACIDAD

Inicialmente 60 días a partir del traumatismo.

El Fisiatra tratante determinará subsecuentemente la duración del tiempo de incapacidad final, de acuerdo con la recuperación del codo y la muñeca afectados y con las exigencias del puesto de trabajo del derechohabiente.

PRONÓSTICO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL

El Fisiatra que atienda el caso durante la etapa aguda establecerá, de acuerdo con el tipo de trauma, complicaciones, resultados del manejo quirúrgico, actitud del derechohabiente, etc., el pronóstico funcional esperado para cada caso.

REFERENCIAS

- ❖ Al Médico Fisiatra del Centro de Atención que esté más cerca del domicilio del derechohabiente para que, luego de alcanzada la consolidación de la fractura, se encargue de conducir el proceso de rehabilitación final.
- ❖ El derechohabiente deberá presentarle sus estudios radiológicos y los informes que le entreguen la Fisioterapeuta, la Terapeuta Ocupacional y la Trabajadora Social que lo atendieron en la etapa aguda, los que serán útiles para el diseño de su plan de tratamiento.
- ❖ El Fisiatra que guiará el tratamiento ambulatorio hará la referencia al Médico Ocupacional y/o a Rehabilitación Profesional en aquellos casos que lo estime conveniente.

REHABILITACIÓN TEMPRANA DE LA FRACTURA DE BARTON

DEFINICIÓN

Personas que presentan una fractura marginal anterior del radio, con o sin luxación de la articulación de la muñeca y de la articulación radiocubital distal que han recibido tratamiento ortopédico conservador o quirúrgico.

OBJETIVOS

1. Inicio temprano de la rehabilitación de hombro hasta la mano del miembro superior lesionado.
2. Prevenir el daño funcional a las articulaciones no lesionadas del miembro superior afecto.
3. Prevenir la instalación del Síndrome de Reposo Prolongado.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

1. Instruirle en el cuidado de los tutores externos y/o material de osteosíntesis si ésta ha sido la opción quirúrgica seleccionada.
2. Enseñarle los cuidados que debe observar con el aparato de yeso que se le ha colocado.
3. Informarle de las consecuencias de la fractura o fractura-luxación en el funcionamiento de la muñeca.
4. Orientarlo sobre la participación de la muñeca en sus actividades personales y laborales.
5. Orientarlo sobre la actividad voluntaria que puede y debe hacer con las articulaciones sanas de la extremidad superior afectada.

6. Instruirlo en la utilización del miembro superior contralateral en sus actividades personales.
7. Concientizarlo de lo valioso de su participación y de su interés continuo en la realización constante de las actividades que conducirán a su rehabilitación total.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO: ETAPA AGUDA

- 1) En el post-operatorio inmediato, el Médico Rehabilitador indicará:
 - Ejercicios isométricos gentiles a Bíceps Braquial, Tríceps Braquial, extensores y flexores de muñeca y dedos.
- 2) Ejercicios pasivos gentiles para flexo-extensión del codo. No realizar ejercicios para pronación y supinación del antebrazo ni para flexión y extensión de muñeca.
- 3) Ejercicios activos-asistidos para flexión y extensión de los dedos de la extremidad afectada.
- 4) Ejercicios activos libres en el hombro del miembro afecto y en los músculos intrínsecos de la mano.
- 5) Mantener la actividad y uso normal del miembro superior sano.
- 6) Estimular la independencia de la persona en las actividades de la vida diaria.
- 7) No guardar reposo en cama.
- 8) Ambulación libre.

TRATAMIENTO AMBULATORIO: ETAPAS SUB-AGUDA Y CRÓNICA

Luego de transcurridas 6-8 semanas post-lesión y siempre que exista una consolidación ósea satisfactoria, validada por el Ortopedista tratante, se iniciará la rehabilitación plena de la muñeca y mano afectadas.

El derechohabiente recibirá la evaluación del Médico Fisiatra asignado y éste guiará la recuperación de las amplitudes articulares activas, fuerza muscular, habilidades y destrezas, así como el retorno a las actividades premórbidas del mismo.

FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO

La Fisioterapeuta y la Terapeuta Ocupacional atenderán y cumplirán las indicaciones del médico tratante al usuario.

La Trabajadora Social hará un estudio relacionado con la realidad inmediata del núcleo familiar del derechohabiente, de la relación laboral con su patrono y dará las recomendaciones correspondientes, a fin de que el proceso de rehabilitación disponga de un entorno y de una perspectiva favorable.

INCAPACIDAD

Inicialmente 60 días a partir del traumatismo.

El Fisiatra tratante determinará subsecuentemente la duración del tiempo de incapacidad final, de acuerdo con la recuperación de la muñeca y dedos afectados y con las exigencias del puesto de trabajo del derechohabiente.

PRONÓSTICO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL

El Fisiatra que atienda el caso durante la etapa aguda establecerá, de acuerdo con el tipo de trauma, complicaciones, resultados del manejo quirúrgico, actitud del derechohabiente, etc., el pronóstico funcional esperado para cada caso.

REFERENCIAS

Al Médico Fisiatra del Centro de Atención que esté más cerca del domicilio del derechohabiente para que, luego de alcanzada la consolidación de la fractura, se encargue de conducir el proceso de rehabilitación final.

El derechohabiente deberá presentarle sus estudios radiológicos y los informes que le entreguen la Fisioterapeuta, la Terapeuta Ocupacional y la Trabajadora Social que le atendieron en la etapa aguda, los que serán útiles para el diseño de su plan de tratamiento.

El Fisiatra que guiará el tratamiento ambulatorio hará la referencia al Médico Ocupacional y/o a Rehabilitación Profesional en aquellos casos que lo estime conveniente.

REHABILITACIÓN TEMPRANA DE LA FRACTURA DE COLLES

DEFINICIÓN

Personas que presentan fractura completa a una pulgada o menos del extremo distal del radio con desplazamiento dorsal del fragmento distal, con o sin fractura de la apófisis estiloides del cúbito.

OBJETIVOS

1. Inicio temprano de la rehabilitación de hombro hasta mano del miembro superior lesionado.
2. Prevenir el daño funcional a las articulaciones no lesionadas del miembro superior afecto.
3. Prevenir la instalación del Síndrome de Reposo Prolongado.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

1. Instruirle en el cuidado de los tutores externos y/o material de osteosíntesis o aparato de yeso, si ésta ha sido la opción quirúrgica seleccionada.
2. Informarle de las consecuencias de la fractura en el funcionamiento de la muñeca y la mano.
3. Orientarlo sobre la participación de la muñeca y la mano en sus actividades personales y laborales.
4. Orientarlo sobre la actividad voluntaria que puede y debe hacer con las articulaciones sanas de la extremidad superior afectada.
5. Instruirlo en la utilización del miembro superior contralateral en sus actividades personales.

6. Concientizarlo de lo valioso de su participación y de su interés continuo en la realización constante de las actividades que conducirán a su rehabilitación total.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO: ETAPA AGUDA

En el post-operatorio inmediato, el Médico Rehabilitador indicará:

1. Ejercicios isométricos a Bíceps Braquial, Tríceps Braquial, supinador largo, extensores y flexores de muñeca y dedos.
2. Ejercicios pasivos para flexo-extensión del codo si se ha utilizado férula posterior para su inmovilización.
3. Ejercicios activos libres en el hombro y en los músculos intrínsecos de la mano del miembro afecto.
4. Mantener la actividad y uso normal del miembro superior sano.
5. Estimular la independencia de la persona en las actividades de la vida diaria.
6. No guardar reposo en cama.
7. Ambulación libre.

TRATAMIENTO AMBULATORIO: ETAPAS SUB-AGUDA Y CRÓNICA

Luego de transcurridas 6-8 semanas post-lesión y siempre que exista una consolidación ósea satisfactoria, validada por el Ortopedista tratante, se iniciará la rehabilitación plena de la muñeca y mano afectadas.

El derechohabiente recibirá la evaluación del Médico Fisiatra asignado y éste guiará la recuperación de las amplitudes articulares activas, fuerza

muscular, habilidades y destrezas, así como el retorno a las actividades premórbidas del mismo.

FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO

La Fisioterapeuta y la Terapeuta Ocupacional atenderán y cumplirán las indicaciones del médico tratante al usuario.

La Trabajadora Social hará un estudio relacionado con la realidad inmediata del núcleo familiar del derechohabiente, de la relación laboral con su patrono y dará las recomendaciones correspondientes, a fin de que el proceso de rehabilitación disponga de un entorno y de una perspectiva favorables.

INCAPACIDAD

Inicialmente 60 días a partir del traumatismo.

El Fisiatra tratante determinará subsecuentemente la duración del tiempo de incapacidad final, de acuerdo con la recuperación de la muñeca y mano afectadas y con las exigencias del puesto de trabajo del derechohabiente.

PRONÓSTICO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL

El Fisiatra que atienda el caso durante la etapa aguda establecerá, de acuerdo con el tipo de trauma, complicaciones, resultados del manejo quirúrgico, actitud del derechohabiente, etc., el pronóstico funcional esperado para cada caso.

REFERENCIAS

- ❖ Al Médico Fisiatra del Centro de Atención que esté más cerca del domicilio del derechohabiente para que, luego de alcanzada la

consolidación de la fractura, se encargue de conducir el proceso de rehabilitación final.

- ❖ El derechohabiente deberá presentarle sus estudios radiológicos y los informes que le entreguen la Fisioterapeuta, la Terapeuta Ocupacional y la Trabajadora Social que le atendieron en la etapa aguda, los que serán útiles para el diseño de su plan de tratamiento.
- ❖ El Fisiatra que guiará el tratamiento ambulatorio hará la referencia al Médico Ocupacional y/o a Rehabilitación Profesional en aquellos casos que lo estime conveniente.

REHABILITACIÓN TEMPRANA DE **LA FRACTURA DE MONTEGGIA**

DEFINICIÓN

Personas que presentan fractura en el tercio proximal de la Ulna asociada a luxación de la cabeza del radio que han recibido tratamiento ortopédico quirúrgico.

OBJETIVOS

1. Inicio temprano de la rehabilitación desde hombro hasta mano del miembro superior lesionado.
2. Prevenir el daño funcional a las articulaciones no lesionadas del miembro superior afecto.
3. Prevenir la instalación del Síndrome de Reposo Prolongado.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

1. Informarle de las consecuencias de la fractura en el funcionamiento del codo y de la muñeca.
2. Orientarlo sobre la participación del codo y de la muñeca en sus actividades personales y laborales.
3. Orientarlo sobre la actividad voluntaria que puede y debe hacer con las articulaciones sanas de la extremidad superior afectada.
4. Instruirlo en la utilización del miembro superior contralateral en sus actividades personales.
5. Concientizarlo de lo valioso de su participación y de su interés continuo en la realización constante de las actividades que conducirán a su rehabilitación total.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO: ETAPA AGUDA

En el post-operatorio inmediato, el Médico Rehabilitador indicará:

1. Ejercicios isométricos gentiles a Bíceps Braquial, Tríceps Braquial, supinador largo, extensores y flexores de muñeca y dedos.
2. Ejercicios pasivos asistidos dejando articulación del codo de éste para flexo-extensión y de la muñeca. No realizar ejercicios para pronación y supinación del antebrazo. (Retirar cuidadosamente la férula posterior)
3. Ejercicios activos-asistidos para flexión y extensión de los dedos de la extremidad afectada.
4. Ejercicios activos libres para el hombro y para los músculos intrínsecos de la mano del miembro afecto.
5. Mantener la actividad y uso normal del miembro superior sano.
6. Estimular la independencia de la persona en las actividades de la vida diaria.
7. No guardar reposo en cama.
8. Ambulación libre.

TRATAMIENTO AMBULATORIO: ETAPAS SUB-AGUDA Y CRÓNICA

Luego de transcurridas 6-8 semanas post-lesión y siempre que exista una consolidación ósea satisfactoria, validada por el Ortopedista tratante, se iniciará la rehabilitación plena del codo y de la muñeca afectadas.

El derechohabiente recibirá la evaluación del Médico Fisiatra asignado y éste guiará la recuperación de las amplitudes articulares activas, fuerza

muscular, habilidades y destrezas, así como el retorno a las actividades premórbidas del mismo.

FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO

La Fisioterapeuta y la Terapeuta Ocupacional atenderán y cumplirán las indicaciones del médico tratante al usuario.

La Trabajadora Social hará un estudio relacionado con la realidad inmediata del núcleo familiar del derechohabiente, de la relación laboral con su patrono y dará las recomendaciones correspondientes, a fin de que el proceso de rehabilitación disponga de un entorno y de una perspectiva favorables.

INCAPACIDAD

Inicialmente 60 días a partir del traumatismo.

El Fisiatra tratante determinará subsecuentemente la duración del tiempo de incapacidad final, de acuerdo con la recuperación del codo y de la muñeca afectados y con las exigencias del puesto de trabajo del derechohabiente.

PRONÓSTICO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL

El Fisiatra que atienda el caso durante la etapa aguda establecerá, de acuerdo con el tipo de trauma, complicaciones, resultados del manejo quirúrgico, actitud del derechohabiente, etc., el pronóstico funcional esperado para cada caso.

REFERENCIAS

- ❖ Al Médico Fisiatra del Centro de Atención que esté más cerca del domicilio del derechohabiente para que, luego de alcanzada la

consolidación de la fractura, se encargue de conducir el proceso de rehabilitación final.

- ❖ El derechohabiente deberá presentarle sus estudios radiológicos y los informes que le entreguen la Fisioterapeuta, la Terapeuta Ocupacional y la Trabajadora Social que le atendieron en la etapa aguda, las que serán útiles para el diseño de su plan de tratamiento.
- ❖ El Fisiatra que guiará el tratamiento ambulatorio hará la referencia al Médico Ocupacional y/o a Rehabilitación Profesional en aquellos casos que lo estime conveniente.

REHABILITACIÓN TEMPRANA DE LA **FRACTURA DE SMITH**

DEFINICIÓN

Personas que presentan fractura completa a una pulgada o menos del extremo distal del radio con desplazamiento palmar y proximal del fragmento distal con o sin trazo intra-articular.

OBJETIVOS

1. Inicio temprano desde hombro hasta mano del miembro superior lesionado.
2. Prevenir el daño funcional a las articulaciones no lesionadas del miembro superior afecto.
3. Prevenir la instalación del Síndrome de Reposo Prolongado.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

1. El Médico tratante instruirá en el cuidado de los tutores externos y/o material de osteosíntesis, si ésta ha sido la opción quirúrgica seleccionada.
2. Informarle de las consecuencias de la fractura en el funcionamiento de la muñeca y la mano de la extremidad afectada.
3. Orientarlo sobre la participación de la muñeca y la mano en sus actividades personales y laborales.
4. Orientarlo sobre la actividad voluntaria que puede y debe hacer con las articulaciones sanas de la extremidad superior afectada.
5. Instruirlo en la utilización del miembro superior contralateral en sus actividades personales.

6. Concientizarlo de lo valioso de su participación y de su interés continuo en la realización constante de las actividades que conducirán a su rehabilitación total.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO: ETAPA AGUDA

En el post-operatorio inmediato, el Médico Rehabilitador indicará:

1. Ejercicios isométricos al Deltoides, supraespinoso, Bíceps braquial, Tríceps braquial, supinador largo, flexores y extensores de muñeca y dedos.
2. Ejercicios pasivos para flexión y extensión de codo- si el tipo de inmovilización utilizado lo permite- en la extremidad afecta.
3. Ejercicios activos-asistidos para la flexión y extensión de los dedos de la extremidad afecta.
4. Ejercicios activos libres para el hombro y los músculos intrínsecos de la mano del miembro afecto.
5. Mantener la actividad y uso normal del miembro superior sano.
6. Estimular la independencia de la persona en las actividades de la vida diaria.
7. No guardar reposo en cama.
8. Ambulación libre.

TRATAMIENTO AMBULATORIO: ETAPAS SUB-AGUDA Y CRÓNICA

Luego de transcurridas 6-8 semanas post-lesión y siempre que exista una consolidación ósea satisfactoria, validada por el Ortopedista tratante, se iniciará la rehabilitación plena de la muñeca y mano afectadas.

El derechohabiente recibirá la evaluación del Médicos Fisiatra asignado y éste guiará la recuperación de las amplitudes articulares, fuerza muscular, habilidades y destrezas, así como el retorno a las actividades premórbidas del mismo.

FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO

La Fisioterapeuta y la Terapeuta Ocupacional, atenderán y cumplirán las indicaciones del médico tratante al usuario.

La Trabajadora Social hará un estudio relacionado con la realidad inmediata del núcleo familiar del derechohabiente, de la relación laboral con su patrono y dará las recomendaciones correspondientes, a fin de que el proceso de rehabilitación disponga de un entorno y una perspectiva favorables.

INCAPACIDAD

Inicialmente 60 días a partir del traumatismo.

El Fisiatra tratante determinará subsecuentemente la duración del tiempo de incapacidad final, de acuerdo con la recuperación de la muñeca y mano afectadas y con las exigencias del puesto de trabajo del derechohabiente.

PRONÓSTICO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL

El Fisiatra que atienda el caso durante la etapa aguda, establecerá, de acuerdo con el tipo de trauma, complicaciones, resultados del manejo quirúrgico, actitud del derechohabiente, etc., el pronóstico funcional esperado para cada caso.

REFERENCIAS

- ❖ Al Médico Fisiatra del Centro de Atención que esté más cerca del domicilio del derechohabiente para que, luego de alcanzada la consolidación de la fractura, se encargue de conducir el proceso de rehabilitación final.
- ❖ El derechohabiente deberá presentarle sus estudios radiológicos y los informes que le entreguen la Fisioterapeuta, la Terapeuta Ocupacional y la Trabajadora Social que lo atendieron en la etapa aguda, los que serán útiles para el diseño de su plan de tratamiento.
- ❖ El Fisiatra que guiará el tratamiento ambulatorio hará la referencia al Médico Ocupacional y/o a Rehabilitación Profesional en aquellos casos que lo estime conveniente.

REHABILITACIÓN TEMPRANA DE LA FRACTURA DE LA CABEZA DEL RADIO

DEFINICIÓN

Personas que presentan una fractura – pérdida de continuidad- de la cabeza y/o cuello del radio y que han recibido tratamiento ortopédico conservador o quirúrgico.

OBJETIVOS

1. Inicio temprano de la rehabilitación desde hombro hasta mano del miembro superior lesionado.
2. Prevenir el daño funcional a las articulaciones no lesionadas del miembro superior afecto.
3. Prevenir la instalación del Síndrome de Reposo Prolongado.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

1. Informarle de las consecuencias de la fractura en el funcionamiento del codo.
2. Orientarlo sobre la participación de la muñeca y la mano en sus actividades personales y laborales.
3. Orientarlo sobre la actividad voluntaria que puede y debe hacer con las articulaciones sanas de la extremidad superior afectada.
4. Instruirlo en la utilización del miembro superior contralateral en sus actividades personales.
5. Concientizarlo de lo valioso de su participación y de su interés continuo en la realización constante de las actividades que conducirán a su rehabilitación total.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO: ETAPA AGUDA

En el post-operatorio inmediato, el Médico Rehabilitador indicará:

1. Ejercicios isométricos a la cintura escapular, Bíceps braquial, Tríceps braquial, supinador largo, flexores y extensores de muñeca y dedos.
2. Ejercicios pasivos a flexión y extensión con fijación de codo, si se ha hecho manejo conservador y se ha utilizado una férula posterior a 90°. como recurso inmovilizador.
3. Ejercicios activos-asistidos a flexión y extensión de muñeca. No realizar movimientos de pronación y supinación.
4. Ejercicios activos libres a hombro y dedos del miembro afecto.
5. Mantener la actividad y uso normal del miembro superior sano.
6. Estimular la independencia de la persona en las actividades de la vida diaria.
7. No guardar reposo en cama.
8. Ambulación libre.

TRATAMIENTO AMBULATORIO: ETAPAS SUB-AGUDA Y CRÓNICA

Luego de transcurridas 6-8 semanas post-lesión y siempre que exista una consolidación ósea satisfactoria, validada por el Ortopedista tratante, se iniciará la rehabilitación del codo afectado.

El derechohabiente recibirá la evaluación del Médico Fisiatra asignado y éste guiará la recuperación de las amplitudes articulares, fuerza muscular, habilidades y destrezas, así como el retorno a las actividades premórbidas del mismo.

FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO

La Fisioterapeuta y la Terapeuta Ocupacional, atenderán y cumplirán las indicaciones del médico tratante al usuario.

La Trabajadora Social hará un estudio relacionado con la realidad inmediata del núcleo familiar del derechohabiente, de la relación laboral con su patrono y dará las recomendaciones correspondientes, a fin de que el proceso de rehabilitación disponga de un entorno y una perspectiva favorables.

INCAPACIDAD

Inicialmente 60 días a partir del traumatismo.

El Fisiatra tratante determinará subsecuentemente la duración del tiempo de incapacidad final, de acuerdo con la recuperación de la muñeca y mano afectadas y con las exigencias del puesto de trabajo del derechohabiente.

PRONÓSTICO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL

El Fisiatra que atienda el caso durante la etapa aguda, establecerá, de acuerdo con el tipo de trauma, complicaciones, resultados del manejo quirúrgico, actitud del derechohabiente, etc., el pronóstico funcional esperado para cada caso.

REFERENCIAS

- ❖ Al Médico Fisiatra del Centro de Atención que esté más cerca del domicilio del derechohabiente para que, luego de alcanzada la consolidación de la fractura, se encargue de conducir el proceso de rehabilitación final.

- ❖ El derechohabiente deberá presentarle sus estudios radiológicos y los informes que le entreguen la Fisioterapeuta, la Terapeuta Ocupacional y la Trabajadora Social que lo atendieron en la etapa aguda, los que serán útiles para el diseño de su plan de tratamiento.
- ❖ El Fisiatra que guiará el tratamiento ambulatorio hará la referencia al Médico Ocupacional y/o a Rehabilitación Profesional en aquellos casos que lo estime conveniente.

REHABILITACIÓN TEMPRANA DE LA FRACTURA DIAFISIARIA DE LA TIBIA

DEFINICIÓN

Son personas que sufren una fractura en la diáfisis tibial, entre las metáfisis proximal y distal del hueso, que han recibido manejo ortopédico conservador o quirúrgico.

OBJETIVO

1. Inicio temprano de la rehabilitación de la rodilla y el tobillo del Miembro Inferior Lesionado.
2. Prevenir el daño funcional a las articulaciones no lesionadas del Miembro Inferior Afecto.
3. Prevenir la instalación del Síndrome de Reposo Prolongado.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

1. Informarle de las consecuencias de la fractura en el funcionamiento de la rodilla y el tobillo del miembro lesionado.
2. Orientarle sobre la participación de la rodilla y el tobillo en sus actividades personales y laborales.
3. Orientarle sobre la actividad voluntaria que puede y debe hacer con las articulaciones sanas de la extremidad inferior afectada.
4. Instruirle en la utilización del Miembro Inferior Contralateral y de ambos Miembros Superiores en sus actividades personales.
5. Concientizarle de lo valioso de su participación y de su interés continuo en la realización constante de las actividades que conducirán a su rehabilitación total.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO: ETAPA AGUDA

En el post-operatorio inmediato, el Médico Rehabilitador indicará:

1. Ejercicios isométricos al Cuadriceps, Tibial Anterior, peroneos laterales (largo y corto), Isquiotibiales, Bíceps Crural y Gastrocnemios del Miembro Inferior lesionado.
2. Ejercicios Pasivos a rodilla y tobillo, en caso de que se haya colocado un yeso tipo Sarmiento como método de manejo conservador o se le haya colocado Tutores externos y fijadora interna – placas, como recurso de manejo quirúrgico, en el Miembro Inferior afectado.
3. Ejercicios activos asistidos a la cadera del Miembro Inferior afecto.
4. Ejercicios activos libres a los dedos de la extremidad lesionada, a todas las articulaciones del Miembro Inferior contralateral y de ambos Miembros Superiores.
5. Ejercicios activos resistidos progresivos a hombros, codos y muñecas de ambos Miembros Superiores y a la cadera, rodilla y tobillo del Miembro Inferior sano.
6. Utilizar normalmente ambos miembros superiores.
7. Estimular la independencia de la persona en las actividades de la vida diaria.
8. Sentarle en el borde de la cama, en períodos de 15 – 20 minutos, 4 ó 5 veces al día.
9. No guardar reposo absoluto en cama: Sentarse, ponerse en pie y caminar por períodos de 15 – 20 minutos, 4 ó 5 veces al día.
10. Adiestrarle en marcha con muletas axilares – en columpios medio y completo – utilizando el apoyo de su Miembro Inferior sano provisto de su zapato correspondiente.

No debe apoyarse en ningún caso el Miembro Inferior Afectado.

TRATAMIENTO AMBULATORIO: ETAPAS SUB-AGUDA Y CRÓNICA

Luego de transcurridas 6 – 8 semanas post-lesión y siempre que exista una consolidación ósea satisfactoria, validada por el Ortopedista tratante, se iniciará la carga ponderal progresiva y la rehabilitación plena de la rodilla y el tobillo afectados.

El derechohabiente recibirá la evaluación del Médico Fisiatra asignado y éste guiará la recuperación progresiva de la carga ponderal del Miembro Inferior afectado, así como de las amplitudes articulares, fuerza muscular y habilidades y destrezas del mismo. También valorará el momento oportuno para que el derechohabiente retorne a sus labores habituales.

FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO

La Fisioterapeuta atenderá y cumplirá las indicaciones del médico tratante al usuario.

La Trabajadora Social hará un estudio relacionado con la realidad inmediata del núcleo familiar del derechohabiente, de la relación laboral con su patrono y dará las recomendaciones correspondientes, a fin de que el proceso de rehabilitación disponga de un entorno y una perspectiva favorables.

INCAPACIDAD

Inicialmente 60 días a partir del traumatismo.

El Fisiatra tratante, determinará subsecuentemente la duración del tiempo de incapacidad final, de acuerdo con la recuperación de la rodilla y tobillo afectados, calidad de la carga ponderal recuperada, retiro de

aditamentos para la marcha, etc., buscando que el derechohabiente esté en condiciones de responder a las exigencias de su Puesto de Trabajo.

PRONÓSTICO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL

El Fisiatra que atienda, establecerá de acuerdo con el tipo de trauma, complicaciones, resultados del manejo quirúrgico, actitud del derechohabiente, etc., el pronóstico funcional esperado para cada caso.

REFERENCIAS

- ❖ Al Médico Fisiatra del Centro de Atención que esté más cerca del domicilio del derechohabiente para que, luego de alcanzada la consolidación de la fractura, se encargue de conducir el proceso de rehabilitación final.
- ❖ El derechohabiente deberá presentarle sus estudios radiológicos y los informes que le entregarán la Fisioterapeuta, la Terapeuta Ocupacional y la Trabajadora Social que lo atendieron en la etapa aguda, los que serán útiles para el diseño de su plan de tratamiento.
- ❖ El Fisiatra que guiará el tratamiento ambulatorio hará la referencia al Médico Ocupacional y/o a Rehabilitación Profesional en aquellos casos que lo estime conveniente.

REHABILITACIÓN TEMPRANA DE LA **LUXO – FRACTURA DE PELVIS**

DEFINICIÓN

Personas que sufren fractura de las estructuras que conforman el anillo pélvico: Ilión, Isquiún, Pubis y Sacro y/o luxación de sus articulaciones: Sínfisis púbica y sacroilíaca, con o sin compromiso del acetábulo y que han recibido manejo ortopédico conservador.

OBJETIVOS

1. Inicio temprano de la rehabilitación de las estructuras pélvicas lesionadas.
2. Prevenir el daño funcional a las articulaciones no lesionadas de las extremidades superiores e inferiores.
3. Prevenir la instalación del Síndrome de Reposo Prolongado.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

1. Informarle de las consecuencias de la Luxo-fractura de pelvis en su funcionamiento corporal: Sedestación, Bipedestación y marcha.
2. Orientarle sobre la participación de la pelvis en sus actividades personales y laborales.
3. Orientarle sobre la actividad voluntaria que puede y debe hacer con las articulaciones sanas de las cuatro extremidades.
4. Instruirle en la utilización de sus extremidades superiores en sus actividades personales.
5. Concientizarle de lo valioso de su participación y de su interés continuo en la realización constante de las actividades que conducirán a su rehabilitación total.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO: ETAPA AGUDA

En el período inmediato posterior al manejo conservador, el Médico Rehabilitador indicará:

1. Ejercicios isométricos a Cuadriceps, Tibiales anteriores, Peroneos laterales (largo y corto), Isquiotibiales, Bíceps crural y Gastrocnemios de ambos miembros inferiores; también a rectos abdominales.
2. Ejercicios pasivos a las caderas de ambos miembros inferiores a tolerancia.
3. Ejercicios activos asistidos a las rodillas de ambos miembros inferiores.
4. Ejercicios activos libres a ambos tobillos y dedos de los miembros inferiores y a todas las articulaciones de ambos miembros superiores.
5. Ejercicios activos resistidos progresivos a ambos miembros superiores.
6. Ejercicios y cuidados respiratorios: Suspiros, doble tos, respiración abdomino-Diafragmática.
7. Estimular la independencia de la persona en las actividades de la vida diaria, exceptuando sedestación, Bipedestación y marcha.
8. El reposo en cama debe ser en colchón de agua. Hamaca pélvica.

TRATAMIENTO AMBULATORIO: ETAPAS SUB-AGUDA Y CRÓNICA

Luego de transcurridas 8 – 10 semanas post – lesión y siempre que exista una consolidación ósea satisfactoria, validada por el Ortopedista tratante, se iniciará la rehabilitación plena del derechohabiente: Con carga ponderal progresiva apoyada en andador, muletas axilares o bastón según las características particulares de su luxofractura pélvica.

El derechohabiente recibirá la evaluación del Médico Fisiatra asignado y éste guiará la recuperación progresiva de la carga ponderal de la pelvis afectada, así como del equilibrio y destrezas del tronco.

También valorará el momento oportuno para que el derechohabiente retorne a sus labores habituales.

FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO

La Fisioterapeuta, atenderá y cumplirá las indicaciones del médico tratante al usuario.

La trabajadora Social hará un estudio relacionado con la realidad inmediata del núcleo familiar del derechohabiente, de la relación laboral con su patrono y dará las recomendaciones correspondientes, a fin de que el proceso de rehabilitación disponga de un entorno y una perspectiva favorables.

INCAPACIDAD

Inicialmente 60 días a partir del traumatismo.

El Fisiatra tratante determinará subsecuentemente la duración del tiempo de incapacidad final, de acuerdo con la recuperación funcional de la Luxo-fractura pélvica, retiro de aditamentos para la marcha hasta que el derechohabiente esté en condiciones de responder a las exigencias de su puesto de trabajo.

PRONÓSTICO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL

El Fisiatra que atienda, establecerá, de acuerdo con el tipo de trauma, complicaciones, resultados del manejo ortopédico, actitud del derechohabiente, etc., el pronóstico funcional esperado para cada caso.

REFERENCIAS

- ❖ Al Médico Fisiatra del Centro de Atención que esté más cerca del domicilio del derechohabiente para que, luego de alcanzada la resolución de la luxa-fractura, se encargue de conducir el proceso de rehabilitación final.
- ❖ El derechohabiente deberá presentarle sus estudios radiológicos y los informes que le entregarán la Fisioterapista, que lo atendieron en la etapa aguda, los que serán útiles para el diseño de su plan de tratamiento.
- ❖ El Fisiatra que guiará el tratamiento ambulatorio, hará la referencia al Medicina del Trabajo y/o a Rehabilitación Profesional en aquellos casos que lo estime conveniente.

REHABILITACIÓN TEMPRANA DE LA FRACTURA DIAFISIARIA DEL FÉMUR

DEFINICIÓN

Personas que presentan fracturas comprendidas entre las metáfisis proximal y distal del fémur y que, de acuerdo a las características de la lesión ósea, han recibido el manejo quirúrgico ortopédico correspondiente.

OBJETIVOS

1. Inicio temprano de la rehabilitación de la cadera y rodilla del miembro inferior lesionado.
2. Prevenir el daño funcional a las articulaciones no lesionadas del miembro inferior afecto.
3. Prevenir la instalación del Síndrome de Reposo Prolongado.

INTRUCCIONES AL PACIENTE

1. Informarle de las consecuencias de la fractura en el funcionamiento de la cadera y la rodilla del miembro lesionado.
2. Orientarle sobre la participación de la cadera y la rodilla en sus actividades personales y laborales.
3. Orientarle sobre la actividad voluntaria que puede y debe hacer con las articulaciones sanas de la extremidad inferior afectada.
4. Instruirle en la utilización del miembro inferior contralateral y de ambos miembros superiores en sus actividades personales.
5. Concientizarle de lo valioso de su participación y de su interés continuo en la realización constante de las actividades que conducirán a su rehabilitación total.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO: ETAPA AGUDA

En el post-operatorio inmediato, el Médico Rehabilitador indicará:

1. Ejercicios Isométricos al Cuadriceps, Tibial Anterior, Peroneos Laterales (largo y corto), Isquiritibiales, Bíceps Crural y Gastrocnemios del miembro inferior lesionado.
2. Ejercicios pasivos a cadera y rodilla del miembro afectado.
3. Ejercicios activos libres al tobillo y dedos de la extremidad lesionada, a todas las articulaciones del miembro inferior contralateral y de ambos miembros superiores.
4. Ejercicios activos resistidos progresivos a hombros, codos y muñecas de ambos miembros superiores y a la cadera rodilla y tobillo del miembro inferior sano.
5. Utilizar normalmente ambos miembros superiores.
6. Estimular la independencia de la persona en las actividades de la vida diaria.
7. Sentarle en el borde la cama, en períodos de 15 – 20 minutos, 4 ó 5 veces al día.
8. No guardar reposo absoluto en cama: Sentarse, ponerse en pie y caminar por períodos de 15 – 20 minutos, 4 ó 5 veces al día, sin apoyo de pesa ponderal.
9. Adiestrarle en marcha con muletas axilares – en columpios medio y completo – utilizando el apoyo de su miembro inferior sano, provisto de su zapato correspondiente.

No debe apoyarse en ningún caso el Miembro Inferior Afectado.

TRATAMIENTO AMBULATORIO: ETAPAS SUB-AGUDA Y CRÓNICA

Luego de transcurridas 8 semanas post-lesión y siempre que exista una consolidación ósea satisfactoria, validada por el Ortopedista tratante, se iniciará la rehabilitación plena de la cadera y la rodilla afectados y luego de obtenida la autorización ortopédica para el apoyo del miembro lesionado se iniciará la carga ponderal progresiva.

El derechohabiente recibirá la evaluación del Médico Fisiatra asignado y éste guiará la recuperación progresiva de la carga ponderal del Miembro Inferior afectado, así como de las amplitudes articulares, fuerza muscular y de las habilidades y destrezas del mismo.

También valorará el momento oportuno para que el derechohabiente retorne a sus labores habituales.

FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO

El personal de Trabajo Social del Centro de Atención en coordinación con la Fisioterapeuta atenderán y cumplirán las indicaciones del médico tratante al usuario, harán un estudio relacionado con la realidad inmediata del núcleo familiar del derechohabiente, de la relación laboral con su patrono y darán las recomendaciones correspondientes, a fin de que el proceso de rehabilitación disponga de un entorno y una perspectiva favorables.

INCAPACIDAD

Inicialmente 60 días a partir del traumatismo.

El Fisiatra tratante determinará subsecuentemente la duración del tiempo de incapacidad final, de acuerdo con la recuperación de la rodilla afectada, calidad de recuperación de la carga ponderal, retiro de

aditamentos para la marcha, etc., buscando que el derechohabiente esté en condiciones de responder a las exigencias de su puesto de trabajo.

PRONÓSTICO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL

El Fisiatra que atienda el caso establecerá, de acuerdo con el tipo de trauma, complicaciones, resultados del manejo quirúrgico, actitud del derechohabiente, etc., el pronóstico funcional esperado para cada caso.

REFERENCIAS

- ❖ Al Médico Fisiatra del Centro de Atención que esté más cerca del domicilio del derechohabiente para que, luego de alcanzada la consolidación de la fractura, se encargue de conducir el proceso de rehabilitación final.
- ❖ El derechohabiente deberá presentarle sus estudios radiológicos y los informes que le entregarán la Fisioterapeuta, que lo atendieron en la etapa aguda, los que serán útiles par el diseño de su plan de tratamiento.
- ❖ El Fisiatra que guiará el tratamiento ambulatorio, hará la referencia a Medicina del Trabajo y/o a Rehabilitación Profesional en aquellos casos que lo estime conveniente.

REHABILITACIÓN TEMPRANA **DE LA FRACTURA DE PATELLA**

DEFINICIÓN

Personas que presentan fractura de la patella y que han recibido manejo ortopédico conservador o quirúrgico.

OBJETIVOS

1. Inicio temprano de la rehabilitación de la rodilla del miembro inferior lesionado.
2. Prevenir el daño funcional a las articulaciones no lesionadas del miembro inferior afecto.
3. Prevenir la instalación del Síndrome de Reposo Prolongado.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

1. Informarle de las consecuencias de la fractura en el funcionamiento de la rodilla del miembro lesionado.
2. Orientarle sobre la participación de la rodilla en sus actividades personales y laborales.
3. Orientarle sobre la actividad voluntaria que puede y debe hacer con las articulaciones sanas de la extremidad inferior afectada.
4. Instruirle en la utilización del miembro inferior contralateral y de ambos miembros superiores en sus actividades personales.
5. Concientizarle de lo valioso de su participación y de su interés continuo en la realización constante de las actividades que conducirán a su rehabilitación total.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO: ETAPA AGUDA

En el post-operatorio inmediato, el Médico Rehabilitador indicará:

1. Ejercicios no isométricos de Cuadríceps, Tibial Anterior, Peroneos Laterales (largo y corto), Isquiotibiales, Bíceps Crural y Gastrocnemios del Miembro Inferior lesionado.
2. Ejercicios activos libres a cadera, tobillo y dedos del miembro inferior afectado.
3. Iniciar apoyo ponderal con miembro afecto y extensión de rodilla.
4. Ejercicios activos resistidos progresivos al miembro inferior contralateral y a ambos miembros superiores.
5. Utilizar normalmente ambos miembros superiores.
6. Estimular la independencia de la persona en las actividades de la vida diaria.
7. Sentarle en el borde de la cama, en períodos de 15 – 20 minutos, 4 ó 5 veces al día.
8. Marcha con muletas axilares en 3 puntos a las 48 – 72 horas post-cirugía; antes de este momento puede emplearse la marcha en columpios medio y completo.
9. No guardar reposo absoluto en cama: Sentarse, ponerse en pié y caminar por períodos de 15 – 20 minutos, 4 ó 5 veces al día.

TRATAMIENTO AMBULATORIO: ETAPAS SUB-AGUDA Y CRÓNICA

Luego de transcurridas 6 – 8 semanas post-lesión y siempre que exista una consolidación ósea satisfactoria, validada por el Ortopedista

tratante, se iniciará la rehabilitación plena de la rodilla afectada y la carga ponderal completa del miembro inferior afecto.

El derechohabiente recibirá la evaluación del Médico Fisiatra asignado y éste guiará la recuperación progresiva de la carga ponderal del miembro inferior afectado así como de las amplitudes articulares, fuerza muscular y de las habilidades y destrezas del mismo.

También valorará el momento oportuno para que el derechohabiente retorne a sus labores habituales.

FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO

La Fisioterapeuta y la Terapeuta Ocupacional atenderán y cumplirán las indicaciones del médico tratante al usuario.

INCAPACIDAD

Inicialmente 60 días a partir del traumatismo.

Según evaluación médica del médico tratante.

El Fisiatra tratante determinará subsecuentemente la duración del tiempo de incapacidad final, de acuerdo con la recuperación de la rodilla afectada, la calidad de recuperación de la carga ponderal, retiro de aditamentos para la marcha, recuperación satisfactoria de los arcos activos de la rodilla, fuerza muscular, etc., buscando que el derechohabiente esté en condiciones de responder a las exigencias de su puesto de trabajo.

PRONÓSTICO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL

El Fisiatra que atienda el caso durante la etapa aguda, establecerá, de acuerdo con el tipo de trauma, complicaciones, resultados del manejo quirúrgico, actitud del derechohabiente, etc., el pronóstico funcional esperado para cada caso.

REFERENCIAS

- ❖ Al Médico Fisiatra del Centro de Atención que esté más cerca del domicilio del derechohabiente para que, luego de alcanzada la consolidación de la fractura, se encargue de conducir el proceso de rehabilitación final.
- ❖ El derechohabiente deberá presentarle sus estudios radiológicos y los informes que le entregarán la Fisioterapeuta, la Terapeuta Ocupacional y la Trabajadora Social que lo atendieron en la etapa aguda, los que serán útiles para el diseño de su plan de tratamiento.
- ❖ El Fisiatra que guiará el tratamiento ambulatorio, hará la referencia a Medicina del Trabajo y/o a rehabilitación profesional en aquellos casos que lo estime conveniente.

REHABILITACIÓN TEMPRANA **DE LAS FRACTURAS DEL PLATILLO TIBIAL**

DEFINICIÓN

Personas que presentan fractura de la epífisis proximal de la tibia y que han recibido manejo ortopédico conservador o quirúrgico.

OBJETIVOS

1. Inicio temprano de la rehabilitación del miembro inferior lesionado.
2. Prevenir el daño funcional a las articulaciones no lesionadas del miembro inferior afecto.
3. Prevenir la instalación del Síndrome de Reposo Prolongado.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

1. Informarle de las consecuencias de la fractura en el funcionamiento de la rodilla del miembro inferior lesionado.
2. Orientarle sobre la participación de la rodilla en sus actividades personales y laborales.
3. Orientarle sobre la actividad voluntaria que puede y debe hacer con las articulaciones sanas de la extremidad inferior afectada.
4. Instruirle en la utilización del miembro inferior contralateral y de ambos miembros superiores en sus actividades personales.
5. Concientizarle de lo valioso de su participación y de su interés continuo en la realización constante de las actividades que conducirán a su rehabilitación total.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO: ETAPA AGUDA

En el post-operatorio inmediato, el Médico Rehabilitador indicará:

1. Ejercicios isométricos, Tibial Anterior, Peroneos laterales (largo y corto), Isquiotibiales, Bíceps Crural y Gastrocnemios del miembro inferior lesionado.
2. Ejercicios activos libres o activos asistidos a la cadera y al tobillo del miembro inferior afecto.
3. Ejercicios activos resistidos al miembro inferior contralateral y a ambos miembros superiores.
4. Utilizar normalmente ambos miembros superiores.
5. Estimular la independencia de la persona en las actividades de la vida diaria.
6. Sentarle en el borde de la cama, en períodos de 15 – 20 minutos, 4 ó 5 veces al día.
7. Marcha con muletas axilares- en columpios medio y completo- utilizando el apoyo del miembro inferior sano provisto de su zapato correspondiente.
8. No guardar reposo absoluto en cama: Sentarse, ponerse en pié y caminar por períodos de 15 – 20 minutos, 4 ó 5 veces al día.

No debe apoyarse en ningún caso el Miembro Inferior afectado.

TRATAMIENTO AMBULATORIO: ETAPAS SUB-AGUDA Y CRÓNICA

Luego de transcurridas 8 – 10 semanas post-lesión y siempre que exista una consolidación ósea satisfactoria, validada por el Ortopedista

tratante, se iniciará la carga ponderal progresiva y la rehabilitación plena de la rodilla afectada.

El derechohabiente recibirá la evaluación del Médico Fisiatra asignado y éste guiará la recuperación progresiva de la carga ponderal del miembro inferior afectado, así como de las amplitudes articulares, fuerza muscular y de las habilidades y destrezas del mismo.

También valorará el momento oportuno para que el derechohabiente retorne a sus labores habituales.

FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO

La Fisioterapeuta atenderá y cumplirá las indicaciones del médico tratante al usuario.

La Trabajadora Social hará un estudio relacionado con la realidad inmediata del núcleo familiar del derechohabiente, de la relación laboral con su patrono y dará las recomendaciones correspondientes, a fin de que el proceso de rehabilitación disponga de un entorno y una perspectiva favorables.

INCAPACIDAD

Inicialmente 60 días a partir del traumatismo.

El Fisiatra tratante determinará subsecuentemente la duración del tiempo de incapacidad final, de acuerdo con la recuperación de la rodilla afectada, calidad de la carga ponderal recuperada, retiro de aditamentos par la marcha, etc., buscando que el derechohabiente esté en condiciones de responder a las exigencias de su puesto de trabajo.

PRONÓSTICO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL

El Fisiatra que atienda el caso establecerá, de acuerdo con el tipo de trauma, complicaciones, resultados del manejo quirúrgico, actitud del derechohabiente, etc., el pronóstico funcional esperado para cada caso.

REFERENCIAS

- ❖ Al Médico Fisiatra del Centro de Atención más cerca del domicilio del derechohabiente para que, luego de alcanzada la consolidación de la fractura, se encargue de conducir el proceso de rehabilitación final.
- ❖ El derechohabiente deberá presentarle sus estudios radiológicos y los informes que le entregarán la Fisioterapeuta, que lo atendieron en la etapa aguda, los que serán útiles para el diseño de su plan de tratamiento.
- ❖ El Fisiatra que guiará el tratamiento ambulatorio hará la referencia al Médico Ocupacional y/o a rehabilitación profesional en aquellos casos que lo estime conveniente.

REHABILITACIÓN TEMPRANA DE LAS FRACTURAS
CERVICALES, INTERTROCANTÉRICAS Y
SUBTROCANÉRICAS DEL FÉMUR

DEFINICIÓN

Personas que presentan fractura del cuello del fémur (intracapsulares) o fracturas intertrocantericas o subtrocantericas (extracapsulares) y que han recibido manejo ortopédico quirúrgico.

OBJETIVOS

1. Inicio temprano de la rehabilitación de la cadera del miembro inferior lesionado.
2. Prevenir el daño funcional a las articulaciones no lesionadas del miembro inferior afecto.
3. Prevenir la instalación del Síndrome de Reposo Prolongado.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

1. Informarle de las consecuencias de la fractura en el funcionamiento de la cadera del miembro lesionado.
2. Orientarle sobre la participación de la cadera en sus actividades personales y laborales.
3. Orientarle sobre la actividad voluntaria que puede y debe hacer con las articulaciones sanas de la extremidad inferior afectada.
4. Instruirle en la utilización del miembro inferior contralateral y de ambos miembros superiores en sus actividades personales.
5. Concientizarle de lo valioso de su participación y de su interés continuo en la realización constante de las actividades que conducirán a su rehabilitación total.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO: ETAPA AGUDA

En el post-operatorio inmediato, el Médico Rehabilitador tiene 2 opciones terapéuticas de acuerdo a la posibilidad de apoyo precoz o no.

A. CASOS DE APOYO PRECOZ POSIBLE:

- 1) Se le instruye al derechohabiente sobre los movimientos que no debe hacer: Flexión de cadera con rodilla extendida, rotación externa de cadera y aducción de cadera del miembro inferior lesionado.
- 2) Ejercicios activos – asistidos a la cadera del miembro inferior afecto; flexión (de 0-45 grados) con rodilla flexionada, abducción (de 0-30°)
- 3) Ejercicios isométricos a cuádriceps, isquiotibiales, bíceps crural y gastrocnemios del miembro inferior lesionado.
- 4) Ejercicios activos libres al tobillo del miembro inferior afecto; a la cadera, rodilla y tobillo del miembro inferior contralateral y a los hombros, codo, muñeca y mano de ambos miembros superiores.
- 5) Sentarlo en la cama a las 24 – 48 horas post-cirugía, el derechohabiente debe movilizarse para ello sobre el lado de la cama que corresponde al miembro inferior sano.
- 6) Bipedestación asistida al cuarto día post-operatorio, con el apoyo de un andador o de barras paralelas o verticalización progresiva en ancianos.
- 7) Utilizar normalmente ambos miembros superiores.
- 8) Ejercicios activos resistidos progresivos a hombro, codo y muñeca de ambos miembros superiores y a la cadera, rodilla y tobillo del miembro inferior sano.

- 9) No guardar reposo absoluto en cama: Sentarse en períodos de 15 – 20 minutos, 4 ó 5 veces al día.
- 10) Estimular la independencia de la persona en las actividades de la vida diaria.

B. CASOS DE APOYO DIFERIDO:

Se emplean las mismas técnicas de rehabilitación que las descritas en los casos de apoyo precoz; pero con menor intensidad; la analgesia es fundamental. No deben aplicarse fuerzas sobre el foco de fractura. Consideraciones Específicas:

- 1) Enseñarle a deslizar el miembro operado sobre la cama para levantarse del lado sano, durante los desplazamientos de cama a silla y viceversa.
- 2) Iniciar marcha con muletas axilares- en columpios medio y completo- o en 3 puntos con apoyo virtual (apoyo simulado) del miembro inferior afecto. En personas ancianas, emplear la mesa de verticalización progresiva.
- 3) La reanudación del apoyo será una decisión conjunta del Ortopedista y el Fisiatra tratantes.

TRATAMIENTO AMBULATORIO: ETAPAS SUB-AGUDA Y CRÓNICA

Luego de transcurridas 8 – 10 semanas post-lesión y siempre que exista una consolidación ósea satisfactoria, validada por el Ortopedista tratante, se iniciará la carga ponderal progresiva y la rehabilitación plena de la cadera afectada.

El derechohabiente recibirá la evaluación del Médico Fisiatra asignado y éste guiará la recuperación progresiva de la carga ponderal del miembro

inferior afectado, así como de las amplitudes articulares, fuerza muscular y de las habilidades y destrezas del mismo.

También valorará – en caso de personas en edad productiva – el momento oportuno para que el derechohabiente retorne a sus labores habituales.

FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO

La Fisioterapeuta atenderá y cumplirá las indicaciones del médico tratante al usuario.

INCAPACIDAD

Inicialmente 60 días a partir del traumatismo.

El Fisiatra tratante determinará subsecuentemente la duración del tiempo de incapacidad final, de acuerdo con la recuperación de la cadera afectada, calidad de la carga ponderal recuperada, retiro de aditamentos para la marcha, etc., buscando que el derechohabiente esté en condiciones de responder a las exigencias de su puesto de trabajo.

PRONÓSTICO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL

El Fisiatra que atienda el caso establecerá, de acuerdo con el tipo de trauma, complicaciones, resultados del manejo quirúrgico, actitud del derechohabiente, etc. el pronóstico funcional esperado para cada caso.

REFERENCIAS

- ❖ Al Médico Fisiatra del Centro de Atención más cerca del domicilio del derechohabiente para que, luego de alcanzada la consolidación de la fractura, se encargue de conducir el proceso de rehabilitación final.

- ❖ -El derechohabiente deberá presentarle sus estudios radiológicos y los informes que le entregarán la Fisioterapeuta que lo atendió en la etapa aguda, los que serán útiles para el diseño de su plan de tratamiento.
- ❖ -El Fisiatra que guiará el tratamiento ambulatorio hará la referencia a Medicina del Trabajo y/o a Rehabilitación Profesional en aquellos casos que lo estime conveniente.

REHABILITACIÓN TEMPRANA DE LA ARTROPLASTÍA TOTAL DE RODILLA

DEFINICIÓN

Personas que han recibido el reemplazo total de los componentes articulares naturales de la rodilla por un material sintético, donde los cóndilos femorales son substituidos por un componente metálico y el platillo tibial se cambia por un componente de polietileno.

OBJETIVOS

1. Inicio temprano de la rehabilitación de la rodilla del miembro inferior intervenido quirúrgicamente.
2. Prevenir el daño funcional a las articulaciones no lesionadas del miembro inferior afectado.
3. Prevenir la instalación del Síndrome de Reposo Prolongado.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

1. Preoperatoriamente el derechohabiente debe ser informado por el Fisiatra sobre el dolor y edema que se localizarán en su rodilla post-cirugía.
2. Preoperatoriamente deben enseñársele los ejercicios que practicará con su rodilla, tobillo y cadera del miembro inferior afectado.
3. Preoperatoriamente se le adiestrará en el manejo de muletas axilares haciendo una marcha en tres puntos.
4. Orientarle sobre la participación de la rodilla en sus actividades personales y laborales.

5. Orientarle sobre la actividad voluntaria que puede y debe hacer con las articulaciones sanas de la extremidad inferior afectada.
6. Instruirle en la utilización del miembro inferior contralateral y de ambos miembros superiores en sus actividades personales.
7. Concientizarle de lo valioso de su participación y de su interés continuo en la realización constante de las actividades que conducirán a su rehabilitación total.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO: ETAPA AGUDA

En el post-operatorio inmediato, el médico rehabilitador indicará:

1. Colocación del miembro inferior intervenido quirúrgicamente en elevación a 30°.
2. Colocación de vendas elásticas de 4 pulgadas de ancho – en trazos en ocho – en el pie y pierna del miembro inferior afecto.
3. Movilizaciones rotulianas – céfalo-caudales y mediolaterales – a la rótula del miembro inferior operado.
4. Ejercicios isométricos al Cuadríceps, Tibial Anterior y Flexores de rodilla de la extremidad afectada.
5. Ejercicios activos para flexión y extensión de rodilla – en la medida que el derechohabiente logre hacerlos en las primeras 24 horas. Además, ejercicios activos libres para dorsiflexión y flexión plantar de tobillo en el miembro inferior afectado.
6. Elevación del miembro inferior afecto con la rodilla extendida.
7. Sentarle a la orilla de la cama.
8. Compresas frías por 20 minutos al perímetro de la rodilla afectada.
9. Ejercicios activos resistidos progresivos a ambos miembros superiores.

En el segundo día post-quirúrgico agregar a lo anterior:

1. Sentarlo en una silla al lado de la cama: Por períodos de 10 – 15 minutos, o más si lo tolera.
2. Ejercicios activos asistidos para flexión de rodilla, con rangos hasta 45 – 60° de flexión y retorno a la extensión asistida de la misma en cada acción.
3. Masaje para drenaje – de segmentos proximales a distales en pierna y pié, si existiera edema por estasis.
4. Siempre cerrar cada sesión con compresas frías por 20 minutos.
5. Volver a colocar vendaje elástico en ocho y elevar el miembro afectado a 30°.

En el tercer día post-quirúrgico agregar a lo anterior:

1. Bipedestación asistida y marcha con andador o muletas axilares, en territorios cercanos a su lecho, por períodos de 15 – 20 minutos, tres a cuatro veces al día, a tolerancia.

En el quinto día post-quirúrgico se substituirá el andador por muletas axilares haciendo marcha en 3 puntos; se buscará alcanzar una flexión activa de rodilla de 90 – 95°.

TRATAMIENTO AMBULATORIO: ETAPAS AGUDA Y SUB-AGUDA

Inmediatamente a su egreso hospitalario, el derechohabiente recibirá la evaluación del Médico Fisiatra asignado y éste guiará la recuperación de la carga ponderal progresiva del miembro inferior intervenido, así como el logro de la flexión esperada de rodilla – 100 – 115° - , la extensión plena de la misma, fuerza muscular y las habilidades y destrezas de la misma.

Hará el retiro progresivo de los aditamentos para la marcha de una manera personalizada.

También valorará – en el caso de personas en edad productiva – el momento oportuno para que el derechohabiente retorne a sus actividades habituales.

FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO

La Fisioterapeuta atenderá 3 – 4 veces al día al derechohabiente y la Terapeuta Ocupacional lo hará 2 – 3 veces al día buscando recuperar la independencia en las actividades de la vida diaria.

La Trabajadora Social hará un estudio relacionado con la realidad inmediata del núcleo familiar del derechohabiente, de la relación laboral con su patrono y dará las recomendaciones correspondientes, a fin de que el proceso de rehabilitación disponga de un entorno y una perspectiva favorables.

INCAPACIDAD

Inicialmente 60 días a partir del día de realización de la cirugía.

El Fisiatra tratante determinará subsecuentemente la duración del tiempo de incapacidad final, de acuerdo con la recuperación funcional de la rodilla intervenida, retiro de aditamentos para la marcha, etc., buscando que el derechohabiente esté en condiciones de responder con éxito a sus actividades personales, recreativas o laborales.

PRONÓSTICO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL

El Fisiatra que atienda el caso durante la etapa aguda, establecerá, de acuerdo con los resultados de la cirugía de reemplazo articular, complicaciones, capacidad física y actitud del derechohabiente, el pronóstico funcional esperado para cada caso.

REFERENCIAS

- ❖ Al Médico Fisiatra del Centro de Atención más próximo al domicilio del derechohabiente para que, luego de obtenida la capacidad para recibir manejo ambulatorio, se encargue de conducir el proceso de rehabilitación final.
- ❖ El derechohabiente deberá presentarle sus estudios radiológicos y los informes que le entregarán la Fisioterapeuta, la Terapeuta Ocupacional y la Trabajadora Social que lo atendieron en la etapa aguda, los que serán útiles para el diseño de su plan de tratamiento.
- ❖ En aquellas personas que aún se desempeñan en actividades productivas, el Fisiatra que guiará el manejo ambulatorio, hará la referencia al Médico Ocupacional y/o a Rehabilitación Profesional en los casos que lo estime conveniente.

REHABILITACIÓN TEMPRANA **DE LA ARTROPLASTÍA TOTAL DE CADERA**

DEFINICIÓN

Personas que han recibido un reemplazo de los componentes articulares naturales de la cadera por material sintético, donde el acétabulo se cambia por una copa y la cabeza femoral por un vástago endomedular provisto de una cabeza (prótesis femoral).

OBJETIVOS

1. Inicio temprano de la rehabilitación de la cadera del miembro inferior intervenido quirúrgicamente.
2. Prevenir el daño funcional a las articulaciones no lesionadas del miembro inferior afecto.
3. Prevenir la instalación del Síndrome de Reposo Prolongado.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

1. Enseñarle al derechohabiente a instalarse correctamente en la cama: Utilizar cojín para abducción de la cadera afectada.
2. Enseñarle los movimiento que no debe hacer con la cadera operada: Flexiones de tronco mayores de 90°, flexiones de rodilla mayores de 90° y la aducción y rotaciones internas de ambas caderas.
3. Orientarle sobre la participación de la cadera en sus actividades personales y laborales.
4. Orientarle sobre la actividad voluntaria que puede y debe hacer con las articulaciones sanas de la extremidad inferior afectada.

5. Instruirle en la utilización del miembro inferior contralateral y de ambos miembros superiores en sus actividades personales.
6. Concientizarle de lo valioso de su participación y de su interés continuo en la realización constante de las actividades que conducirán a su rehabilitación total.
7. Solicitar permiso para que el familiar dé los cuidados intrahospitalariamente.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO: ETAPA AGUDA

En el post-operatorio inmediato, el Médico Rehabilitador indicará:

1. Posicionarse en cama utilizando un cojín abductor de caderas y tratar de mantener alineada el resto de la extremidad.
2. Ejercicios isométricos a Cuadríceps y Tibial anterior del miembro inferior afecto.
3. Ejercicios activos – asistidos a flexión de cadera – con rodilla flexionada – sin exceder de 90°, también a rodilla – sin exceder de 90° - en el miembro inferior intervenido quirúrgicamente.
4. Ejercicios activos libres al tobillo del miembro inferior afecto, a todas las articulaciones del miembro inferior contralateral y de ambos miembros superiores.
5. Utilizar normalmente ambos miembros superiores.
6. Sentarle a las 24 horas posteriores a la cirugía, en períodos de 20 – 30 minutos, 4 ó 5 veces al día.
7. Estimular la independencia de la persona en las actividades de la vida diaria.
8. Mejorar el equilibrio del tronco evitando flexionarlo más allá de los 90°.
9. Iniciar bipedestación asistida a las 48 horas posteriores a la intervención quirúrgica.

10. Iniciar marcha asistida – en barras paralelas o con andador – a partir de las 72 – 96 horas posteriores a la cirugía; practicarla por períodos de 15 – 20 minutos, 4 – 5 veces al día. Posteriormente, se irán incrementando en duración y frecuencia.
11. Ejercicios activos resistidos progresivos a ambos miembros superiores y al miembro inferior contralateral.
12. Cerrar cada sesión aplicando compresas frías a la cadera afecta por 20 minutos.

TRATAMIENTO AMBULATORIO: ETAPAS SUB-AGUDA Y CRÓNICA

Inmediatamente a su egreso hospitalario, el derechohabiente recibirá la evaluación del Médico Fisiatra asignado y éste guiará la recuperación de la carga ponderal progresiva del miembro inferior intervenido y la rehabilitación funcional de la cadera en cuanto a amplitudes articulares, fuerza muscular y de las habilidades y destrezas de la misma.

También valorará – en el caso de personas en edad productiva – el momento oportuno para que el derechohabiente retorne a sus actividades habituales.

FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO

La Fisioterapeuta atenderá 3 – 4 veces al día al derechohabiente y la Terapeuta Ocupacional lo hará 2 – 3 veces al día buscando recuperar la independencia en las actividades de la vida diaria.

La Trabajadora Social hará un estudio relacionado con la realidad inmediata del núcleo familiar del derechohabiente, de la relación laboral con su patrono y dará las recomendaciones correspondientes, a fin de que el proceso de rehabilitación disponga de un entorno y una perspectiva favorables.

INCAPACIDAD

Inicialmente 60 días a partir del día del ingreso a hospital.

El Fisiatra tratante determinará subsecuentemente la duración del tiempo de incapacidad final, de acuerdo con la recuperación funcional de la cadera intervenida, retiro de aditamentos para la marcha, etc., buscando que el derechohabiente esté en condiciones de responder con éxito a sus actividades personales, recreativas o laborales.

PRONÓSTICO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL

El Fisiatra que atienda el caso durante la etapa aguda establecerá, de acuerdo con los resultados de la cirugía de reemplazo articular, complicaciones, capacidad física y actitud del derechohabiente, el pronóstico funcional esperado para cada caso.

REFERENCIAS

- ❖ Al Médico Fisiatra del Centro de Atención más próximo al domicilio del derechohabiente para que, luego de obtenida la capacidad para recibir manejo ambulatorio, se encargue de conducir el proceso de rehabilitación final.
- ❖ El derechohabiente deberá presentarle sus estudios radiológicos y los informes que le entregarán la Fisioterapeuta, la Terapeuta Ocupacional y la Trabajadora Social que le atendieron en la etapa aguda, los que serán útiles para el diseño de su plan de tratamiento.
- ❖ En aquellas personas que aún se desempeñan en actividades productivas, el Fisiatra que guiará el manejo ambulatorio, hará la referencia al Médico Ocupacional y/o a Rehabilitación Profesional en los casos que lo estime conveniente.

REHABILITACIÓN TEMPRANA DE LA FRACTURA DEL PILÓN TIBIAL

DEFINICIÓN

Personas que presentan fractura de la metáfisis tibial distal con compromiso de la superficie de apoyo de la articulación del tobillo y que han recibido manejo ortopédico conservador o quirúrgico.

OBJETIVOS

1. Inicio temprano de la rehabilitación del tobillo del miembro inferior lesionado.
2. Prevenir el daño funcional a las articulaciones no lesionadas del miembro inferior afecto.
3. Prevenir la instalación del Síndrome de Reposo Prolongado.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

1. Informarle de las consecuencias de la fractura en el funcionamiento del tobillo.
2. Orientarle sobre la participación del tobillo en sus actividades personales y laborales.
3. Orientarle sobre la actividad voluntaria que puede y debe hacer con las articulaciones sanas de la extremidad inferior afectada.
4. Instruirle en la utilización del miembro inferior contralateral en sus actividades personales.
5. Concientizarle de lo valioso de su participación y de su interés continuo en la realización constante de las actividades que conducirán a su rehabilitación total.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO: ETAPA AGUDA

En el post-operatorio inmediato, el Médico Rehabilitador indicará:

1. Ejercicios isométricos a los músculos tibial anterior, Peroneos laterales – largo y corto – Tríceps Sural, Pedio, Flexores y Extensores de los dedos.
2. Ejercicios activos libres para rodilla y cadera del miembro afecto.
3. Ejercicios activos resistidos progresivos al miembro inferior contralateral y a ambos miembros superiores.
4. Adiestrarlo en la marcha con muletas axilares utilizando desplazamientos en columpios medio y completo, sin cargar el miembro afecto.
5. Estimular la independencia de la persona en las actividades de la vida diaria.
6. No guardar reposo absoluto en cama.
7. Cuidado de los fijadores externos, si éstos se hubieran utilizado.

TRATAMIENTO AMBULATORIO: ETAPAS SUB-AGUDA Y CRÓNICA

Luego de transcurridas 8 semanas post-lesión y siempre que exista una consolidación ósea satisfactoria, validada por el Ortopedista tratante, se iniciará la rehabilitación plena del tobillo afectado.

El derechohabiente recibirá la evaluación del Médico Fisiatra asignado y éste guiará la recuperación de las amplitudes articulares, fuerza muscular, el inicio y la progresión adecuada de la carga ponderal – según señalamientos del Ortopedista tratante -, el retiro progresivo de los aditamentos para la marcha, la recuperación de habilidades y destrezas, así como el retorno a las actividades premórbidas del mismo.

FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO

La Fisioterapeuta y la Terapeuta Ocupacional atenderán y cumplirán las indicaciones del médico tratante al usuario.

La Trabajadora Social hará un estudio relacionado con la realidad inmediata del núcleo familiar del derechohabiente, de la relación laboral con su patrono y dará las recomendaciones correspondientes, a fin de que el proceso de rehabilitación disponga de un entorno y de una perspectiva favorables.

INCAPACIDAD

Inicialmente 60 días a partir del traumatismo por el Ortopeda.

El Fisiatra tratante determinará subsecuentemente la duración del tiempo de incapacidad final, de acuerdo con la recuperación del tobillo afectado y con las exigencias del puesto de trabajo del derechohabiente.

PRONÓSTICO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL

El Fisiatra que atienda el caso durante la etapa aguda establecerá, de acuerdo con el tipo de trauma, complicaciones, resultados del manejo quirúrgico, lesión de nervios periféricos, actitud del derechohabiente, etc., el pronóstico funcional esperado para cada caso.

REFERENCIAS

- ❖ Al Médico Fisiatra del Centro de Atención que esté más cerca del domicilio del derechohabiente para que, luego de alcanzada la consolidación de la fractura, se encargue de conducir el proceso de rehabilitación final.

- ❖ El derechohabiente deberá presentarle sus estudios radiológicos y los informes que le entreguen la Fisioterapeuta, la Terapeuta Ocupacional y la Trabajadora Social que le atendieron en la etapa aguda, los que serán útiles para el diseño de su plan de tratamiento.
- ❖ El Fisiatra que guiará el tratamiento ambulatorio, hará la referencia al Médico Ocupacional y/o a Rehabilitación Profesional en aquellos casos que lo estime conveniente.

REHABILITACIÓN TEMPRANA DE LA FRACTURA Y LUXACIÓN DEL TOBILLO

DEFINICIÓN

Personas que presentan fractura y pérdida de la relación articular tibio-peroneo-astragalina y que han recibido el manejo ortopédico conservador o quirúrgico correspondiente.

OBJETIVO

1. Inicio temprano de la rehabilitación del tobillo del miembro inferior lesionado.
2. Prevenir el daño funcional a las articulaciones no lesionadas del miembro inferior afecto.
3. Prevenir la instalación del Síndrome de Reposo Prolongado.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

1. Informarle de las consecuencias de la fractura – luxación en el funcionamiento del tobillo.
2. Orientarle sobre la participación del tobillo en sus actividades personales y laborales.
3. Orientarle sobre la actividad voluntaria que puede y debe hacer con las articulaciones sanas de la extremidad inferior afectada.
4. Instruirle en la utilización del miembro inferior contralateral en sus actividades personales.
5. Concientizarle de lo valioso de su participación y de su interés continuo en la realización constante de las actividades que conducirán a su rehabilitación total.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO: ETAPA AGUDA

En el post-quirúrgico inmediato, el Médico Rehabilitador indicará:

1. Ejercicios isométricos a los músculos tibial anterior, peroneos laterales – largo y corto, Tríceps sural, pedio, flexores y extensores de los dedos.
2. Ejercicios activos libres para la cadera y rodilla del miembro afecto.
3. Ejercicios activos resistidos progresivos al miembro inferior contra lateral y a ambos miembros superiores.
4. Adiestrarlo en la marcha con muletas axilares, utilizando desplazamiento en columpios medio y completo, sin apoyar el miembro afecto.
5. Estimular la independencia de la persona en las actividades de la vida diaria.
6. No guardar reposo absoluto en cama.

TRATAMIENTO AMBULATORIO: ETAPAS SUB-AGUDA Y CRÓNICA

Luego de transcurridas 6 semanas post-lesión y siempre que exista una consolidación ósea satisfactoria validada por el Ortopedista tratante, se iniciará la rehabilitación plena del tobillo afectado.

El derechohabiente recibirá la evaluación del Médico Fisiatra asignado y éste guiará la recuperación de las amplitudes articulares, fuerza muscular, el inicio y la progresión adecuada de la carga ponderal – según señalamientos del Ortopedista tratante-, el retiro progresivo de los aditamentos para la marcha, la recuperación de sus habilidades y destrezas, así como el retorno a las actividades premórbidas del mismo.

FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO

La Fisioterapeuta y la Terapeuta Ocupacional, atenderán y cumplirán las indicaciones del médico tratante al usuario.

La Trabajadora Social hará un estudio relacionado con la realidad inmediata del núcleo familiar del derechohabiente, de la relación laboral con su patrono y dará las recomendaciones correspondientes, a fin de que el proceso de rehabilitación disponga de un entorno y de una perspectiva favorables.

INCAPACIDAD

Inicialmente 45 días a partir del traumatismo.

El Fisiatra tratante determinará, subsecuentemente, la duración del tiempo de incapacidad final, de acuerdo con la recuperación del tobillo afectado y con las exigencias del puesto de trabajo del derechohabiente.

PRONÓSTICO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL

El Fisiatra que atienda el caso durante la etapa aguda establecerá, de acuerdo con el tipo de trauma, complicaciones, resultados del manejo quirúrgico, actitud del derechohabiente, etc., el pronóstico funcional esperado para cada caso.

REFERENCIAS

- ❖ Al Médico Fisiatra del Centro de Atención que esté más cerca del domicilio del derechohabiente, para que, luego de alcanzada la consolidación de la luxofractura, se encargue de conducir el proceso de rehabilitación final.

- ❖ El derechohabiente deberá presentarle sus estudios radiológicos y los informes que le entreguen la Fisioterapeuta, la Terapeuta Ocupacional y la Trabajadora Social que lo atendieron en la etapa aguda, los que serán útiles para el diseño de su plan de tratamiento.
- ❖ El Fisiatra que guiará el tratamiento ambulatorio, hará la referencia al Médico Ocupacional y/o a Rehabilitación Profesional en aquellos casos que lo estime conveniente.

REHABILITACIÓN TEMPRANA **EN LAS FRACTURAS EXPUESTAS**

DEFINICIÓN

Personas que presentan una fractura acompañada de pérdida de continuidad de la piel y que, por consecuencia, tienen comunicación con el exterior, no importando el diámetro de la ruptura cutánea y que han recibido el manejo ortopédico quirúrgico correspondiente.

OBJETIVOS

1. Inicio temprano de la rehabilitación músculo-esquelética y articular de la o las extremidades lesionadas.
2. Prevenir el daño funcional a las articulaciones no lesionadas de la o las extremidades afectas.
3. Prevenir la instalación del Síndrome de Reposo Prolongado.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

1. Informarle de las consecuencias y de las posibles complicaciones de este tipo de fracturas en el funcionamiento de la o las articulaciones de la o las extremidades lesionadas.
2. Orientarle sobre la participación de la o las áreas lesionadas en sus actividades personales y laborales.
3. Orientarle sobre las actividades voluntarias que puede y debe hacer con las articulaciones sanas de la o las articulaciones afectadas.
4. Instruirle en la utilización de sus extremidades sanas en sus actividades personales.

5. Concientizarle de lo valioso de su participación y de su interés continuo en la realización constante de las diversas actividades y cuidados que reducirán las posibles complicaciones y que conducirán a su rehabilitación total.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO: ETAPA AGUDA

En el post-operatorio inmediato, el Médico Rehabilitador indicará:

1. Ejercicios isométricos a aquellos grupos musculares que actúen en el o los huesos y/o articulaciones lesionadas.
2. Ejercicios pasivos a las articulaciones de la o las extremidades lesionadas que así lo requieran.
3. Ejercicios activos-asistidos a aquellas articulaciones de las extremidades o zonas afectas, que así lo necesiten a causa de dolor, afección neurológica o vascular, edema, etc.
4. Ejercicios activos libres a las articulaciones sanas de la o las extremidades afectadas y a todas aquellas de las extremidades sanas.
5. Mantener el uso absoluto de las extremidades sanas.
6. Estimular la independencia de la persona en las actividades de la vida diaria (higiene y arreglo personal, alimentación, vestido y traslado corporal).
7. Sentarle en el borde de la cama, bipedestarse y ambular – con o sin uso de aditamentos para la marcha – tan pronto como sea posible.
8. No guardar reposo absoluto en cama.
9. Prevenir el deterioro pulmonar cardiovascular, fenómenos tromboembólicos, cutáneos, etc.

TRATAMIENTO AMBULATORIO: ETAPAS SUB-AGUDA Y CRÓNICA

Luego de transcurridas 6 – 8 semanas post-lesión y siempre que exista una consolidación ósea satisfactoria, validada por el Ortopedista tratante o cuando éste lo considere oportuno, se iniciará la rehabilitación plena de la o las extremidades lesionadas.

El derechohabiente recibirá la evaluación del Médico Fisiatra asignado y éste guiará la recuperación de las amplitudes articulares, fuerza muscular, habilidades y destrezas de las áreas lesionadas, así como su retorno a sus actividades premórbidas.

FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO

La Fisioterapeuta y la Terapeuta Ocupacional, atenderán y cumplirán las indicaciones del médico tratante al usuario.

La Trabajadora Social hará un estudio relacionado con la realidad inmediata del núcleo familiar del derechohabiente, de la relación laboral con su patrono y dará las recomendaciones correspondiente, a fin de que el proceso de rehabilitación disponga de un entorno y una perspectiva favorables.

INCAPACIDAD

Inicialmente 60 días a partir del traumatismo.

El Fisiatra tratante determinará subsecuentemente la duración del tiempo de incapacidad final, de acuerdo con la recuperación de las articulaciones y extremidades afectadas y con las exigencias del puesto de trabajo del derechohabiente.

PRONÓSTICO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL

El Fisiatra que atienda el caso durante la etapa aguda establecerá, de acuerdo con el tipo de trauma, complicaciones, resultados del manejo quirúrgico, actitud del derechohabiente, etc., el pronóstico funcional esperado para cada caso.

REFERENCIAS

- ❖ Al Médico Fisiatra del Centro de Atención que esté más cerca del domicilio del derechohabiente para que, luego de consolidada la o las fracturas, se encargue de conducir el proceso de rehabilitación final.
- ❖ El Derechohabiente deberá presentarle sus estudios radiológicos y los informes que le entreguen la Fisioterapeuta, la Terapeuta Ocupacional y la Trabajadora Social que le atendieron en la etapa aguda, los que serán útiles para el diseño de su plan de tratamiento.
- ❖ El Fisiatra que guiará el tratamiento ambulatorio, hará la referencia al Médico Ocupacional y/o a Rehabilitación profesional en aquellos casos que lo estime conveniente.

REHABILITACIÓN TEMPRANA **DE LAS FRACTURAS DEL MEDIO PIE**

DEFINICIÓN

Personas que presentan fractura de los huesos que conforman la parte media del pie – escafoides, cuboides y el primero, segundo y tercer cuneiformes – incluyendo las articulaciones proximal y distal a estos huesos, como son la articulación de chopart y de lisfranc respectivamente y que han recibido el manejo ortopédico conservador o quirúrgico que les corresponde.

OBJETIVOS

1. Inicio temprano de la rehabilitación del tobillo y pie afectados.
2. Prevenir el daño funcional a las articulaciones no lesionadas del miembro inferior afecto.
3. Prevenir la instalación del Síndrome de reposo prolongado.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

1. Informarle sobre las consecuencias de la o las fracturas en el funcionamiento del tobillo y del pie.
2. Orientarle sobre la participación del tobillo y del pie en sus actividades personales y laborales.
3. Orientarle sobre la actividad voluntaria que puede y debe hacer con las articulaciones sanas de la extremidad inferior afectada.
4. Instruirle en la utilización del miembro inferior contralateral en sus actividades personales.

5. Concientizarle de lo valioso de su participación y de su interés continuo en la realización constante de las actividades que conducirán a su rehabilitación total.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO: ETAPA AGUDA

En el post-operatorio inmediato, el Médico Rehabilitador indicará:

1. Ejercicios isométricos a los músculos tibial anterior, peroneos laterales, largo y corto, tríceps sural, pedio y flexo-extensores de los dedos.
2. Ejercicios activos libres para la rodilla y cadera del miembro afecto.
3. Ejercicios activos resistidos progresivos al miembro inferior contralateral y a ambos miembros superiores.
4. Adiestrarle en la marcha con muletas axilares utilizando desplazamientos en columpios medio y completo, sin cargar el miembro inferior afectado.
5. Estimular la independencia de la persona en las actividades de la vida diaria.
6. No guardar reposo absoluto en cama.

TRATAMIENTO AMBULATORIO: ETAPAS SUB-AGUDA Y CRÓNICA

Luego de transcurridas 6 - 8 semanas post-lesión y siempre que exista una consolidación ósea satisfactoria, validada por el Ortopedista tratante, se iniciará la rehabilitación plena del tobillo y pie afectados.

El derechohabiente recibirá la evaluación del Médico Fisiatra asignado y éste guiará la recuperación de las amplitudes articulares, fuerza muscular, el inicio y la progresión adecuada de la carga ponderal - según señalamientos del Ortopedista tratante -, el retiro progresivo de los aditamentos para la marcha, la recuperación de sus habilidades y destrezas, así como el retorno del mismo a sus actividades premórbidas.

FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO

La Fisioterapeuta y la Terapeuta Ocupacional atenderán y cumplirán las indicaciones del médico tratante al usuario.

La Trabajadora Social hará un estudio relacionado con la realidad inmediata del núcleo familiar del derechohabiente, de la relación laboral con su patrono y dará las recomendaciones correspondientes, a fin de que el proceso de rehabilitación disponga de un entorno y de una perspectiva favorables.

INCAPACIDAD

Inicialmente 60 días a partir del traumatismo.

El Fisiatra tratante determinará, subsecuentemente, la duración del tiempo de incapacidad final, de acuerdo con la recuperación del tobillo y pie afectados y con las exigencias del puesto de trabajo del derechohabiente.

PRONÓSTICO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL

El Fisiatra que atienda el caso durante la etapa aguda, establecerá, de acuerdo con el tipo de trauma, complicaciones, resultados del manejo quirúrgico, actitud del derechohabiente, etc., el pronóstico funcional esperado para cada caso.

REFERENCIAS

- ❖ Al Médico Fisiatra del Centro de Atención que esté más cerca del domicilio del derechohabiente para que, luego de alcanzada la consolidación de la o las fractura(s), se encargue de conducir el proceso de rehabilitación final.

- ❖ El derechohabiente deberá presentarle sus estudios radiológicos y los informes que le entreguen la Fisioterapeuta, la Terapeuta Ocupacional y la Trabajadora Social, que le atendieron en la etapa aguda, los que serán útiles para el diseño de su plan de tratamiento.
- ❖ El Fisiatra que guiará el tratamiento ambulatorio, hará la referencia al Médico Ocupacional y/o a Rehabilitación Profesional en aquellos casos que lo estime conveniente.

REHABILITACIÓN TEMPRANA DE LA FRACTURA Y LUXACIÓN DEL ANTEPIE

DEFINICIÓN

Personas que sufren traumatismos que provocan fracturas de los metatarsianos o de las falanges de los dedos y/o luxaciones de las articulaciones metatarsofalángeas y que han recibido el manejo ortopédico quirúrgico correspondiente.

OBJETIVOS

1. Inicio temprano de la rehabilitación del pie del miembro inferior lesionado.
2. Prevenir el daño funcional a las articulaciones no lesionadas del miembro inferior afecto.
3. Prevenir la instalación del Síndrome de Reposo Prolongado.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

1. Informarle de las consecuencias de la fractura en el funcionamiento del pie – carga ponderal y movilidad – del miembro inferior lesionado.
2. Orientarle sobre la participación del pie en las actividades personales y laborales.
3. Orientarle sobre la actividad voluntaria que puede y debe hacer con las articulaciones sanas de la extremidad inferior afectada.
4. Instruirle en la utilización del miembro inferior contralateral y de ambos miembros superiores en sus actividades personales.

5. Concientizarle de lo valioso de su participación y de su interés continuo en la realización constante de las actividades que conducirán a su rehabilitación total.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO: ETAPA AGUDA

En el post – operatorio inmediato, el Médico Rehabilitador indicará:

1. Ejercicios isométricos al cuádriceps, tibial anterior, peroneos laterales (largo y corto), pedio, extensores y flexores de los dedos del miembro inferior lesionado.
2. Ejercicios pasivos al tobillo del miembro inferior afecto.
3. Ejercicios activos libres a la cadera y rodilla del miembro inferior lesionado; a todas las articulaciones del miembro inferior contralateral y de ambos miembros superiores.
4. Ejercicios activos resistidos progresivos a hombros, codos y muñecas de ambos miembros superiores; a la cadera, rodilla y tobillo del miembro inferior sano y a la cadera y rodilla del miembro inferior afectado.
5. Utilizar normalmente ambos miembros superiores y el miembro inferior sano.
6. Sentarle en el borde de la cama en períodos de 20 – 30 minutos, 4 ó 5 veces al día.
7. No guardar reposo absoluto en cama: Sentarse, ponerse en pie y caminar 4 ó 5 veces al día.
8. Adiestrarle en la marcha con muletas axilares – en columpios medio y completo – utilizando el apoyo de su miembro inferior sano, provisto del zapato correspondiente.
9. Estimular la independencia de la persona en actividades de la vida diaria.

No debe apoyarse en ningún caso el miembro inferior afectado.

TRATAMIENTO AMBULATORIO: ETAPAS SUB-AGUDA Y CRÓNICA

Luego de transcurridas 6 semanas post-lesión y siempre que exista una consolidación ósea satisfactoria, validada por el Ortopedista tratante, se iniciará la carga ponderal progresiva y la rehabilitación plena de la movilidad del pie afectado durante la marcha.

El derechohabiente recibirá la evaluación del Médico Fisiatra asignado y éste guiará la recuperación progresiva de la carga ponderal del miembro inferior afectado, así como de las amplitudes articulares, fuerza muscular, habilidades y destrezas del mismo. También valorará el momento oportuno para que el derechohabiente retorne a sus labores habituales.

FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO

La Fisioterapeuta atenderá y cumplirá las indicaciones del médico tratante al usuario.

La Trabajadora Social hará un estudio relacionado con la realidad inmediata del núcleo familiar del derechohabiente, de la relación laboral con su patrono y dará las recomendaciones correspondientes, a fin de que el proceso de rehabilitación disponga de un entorno y una perspectiva favorables.

INCAPACIDAD

Inicialmente 60 días a partir del traumatismo.

El Fisiatra tratante determinará subsecuentemente la duración del tiempo de incapacidad final, de acuerdo con la recuperación del pie afectado, calidad de recuperación de la carga ponderal, retiro de

aditamentos para la marcha, etc., buscando que el derechohabiente esté en condiciones de responder a las exigencias de su puesto de trabajo.

PRONÓSTICO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL:

El Fisiatra que atienda el caso, establecerá, de acuerdo con el tipo de trauma, complicaciones, resultados del manejo quirúrgico, actitud del derechohabiente, etc, el pronóstico funcional esperado para cada caso.

REFERENCIAS

- ❖ Al Médico Fisiatra del Centro de Atención que esté más cerca del domicilio del derechohabiente para que, luego de alcanzada la consolidación de la fractura, se encargue de conducir el proceso de rehabilitación final.
- ❖ El derechohabiente deberá presentarle sus estudios radiológicos y los informes que le entregarán la Fisioterapeuta, que le atendieron en la etapa aguda, los que serán útiles para el diseño de su plan de tratamiento.
- ❖ El Fisiatra que guiará el tratamiento ambulatorio, hará la referencia a Medicina del Trabajo y/o a Rehabilitación Profesional en aquellos casos que lo estime conveniente.

REHABILITACIÓN TEMPRANA DE LA **FRACTURA DE ASTRÁGALO**

DEFINICIÓN

Personas que sufren fractura de la cabeza, el cuello o del cuerpo del Astrágalo y que han recibido el manejo ortopédico quirúrgico correspondiente.

OBJETIVOS

1. Inicio temprano de la rehabilitación del tobillo y pie del miembro inferior lesionado.
2. Prevenir el daño funcional a las articulaciones no lesionadas del miembro inferior afecto.
3. Prevenir la instalación del Síndrome de Reposo Prolongado.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

1. Informarle de las consecuencias de la fractura en el funcionamiento del tobillo y del pie del miembro lesionado.
2. Orientarle sobre la participación del tobillo y el pie en sus actividades personales y laborales.
3. Orientarle sobre la actividad voluntaria que puede y debe hacer con las articulaciones sanas de la extremidad inferior afectada.
4. Instruirle en la utilización del miembro inferior contralateral y de ambos miembros superiores en sus actividades personales.
5. Concientizarle de lo valioso de su participación y de su interés continuo en la realización constante de las actividades que conducirán a su rehabilitación total.
6. Orientar sobre el no apoyo del pie afectado.

7. Orientar sobre cuidado e higiene de pies.
8. Orientar sobre cuidado de férula y su importancia.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO: ETAPA AGUDA

En el post – operatorio inmediato, el Médico Rehabilitador indicará:

1. Ejercicios isométricos al Cuádriceps, tibial anterior, peroneos laterales (largo y corto), gastrocnemios y flexo – extensores de los dedos.
2. Ejercicios activos libres a la cadera y rodilla del miembro inferior afectado; a todas las articulaciones del miembro inferior contralateral y de ambos miembros superiores.
3. Ejercicios activos resistidos progresivos a hombros, codos y muñecas de ambos miembros superiores; a la cadera, rodilla y tobillo del miembro inferior sano y a la cadera y rodilla del miembro inferior afectado.
4. Utilizar normalmente ambos miembros superiores y el miembro inferior sano.
5. Sentarle en el borde de la cama en períodos de 20 – 30 minutos, 4 ó 5 veces al día.
6. No guardar reposo absoluto en cama: Sentarse, ponerse en pie y caminar 4 ó 5 veces al día y mantener periódicamente el miembro afecto en elevación por 20 – 30 minutos, 4 veces al día.
7. Adiestrarle en la marcha con muletas axilares – en columpios medio y completo – utilizando el apoyo de su miembro inferior sano provisto del zapato correspondiente.
8. Estimular la independencia de la persona en actividades de la vida diaria.

No debe apoyarse en ningún caso el miembro inferior afectado.

TRATAMIENTO AMBULATORIO: ETAPAS SUB-AGUDA Y CRÓNICA

Luego de transcurridas 6 - 8 semanas post – lesión y siempre que exista una consolidación ósea satisfactoria, validada por el Ortopedista Tratante, se iniciará la carga ponderal progresiva y la rehabilitación plena de la movilidad del tobillo y pie afectados.

El derechohabiente recibirá la evaluación del Médico Fisiatra asignado y éste guiará la recuperación progresiva de la carga ponderal del miembro inferior afectado, así como de las amplitudes articulares, fuerza muscular, habilidades y destrezas del mismo. También valorará el momento oportuno para que el derechohabiente retorne a sus labores habituales.

FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO

La Fisioterapeuta y la Terapeuta Ocupacional atenderán y cumplirán las indicaciones del médico tratante al usuario.

La Trabajadora Social hará un estudio relacionado con la realidad inmediata del núcleo familiar del derechohabiente, de la relación laboral con su patrono y dará las recomendaciones correspondientes, a fin de que el proceso de rehabilitación disponga de un entorno y una perspectiva favorables.

INCAPACIDAD

Inicialmente 60 días a partir del traumatismo.

El Fisiatra tratante determinará subsecuentemente la duración del tiempo de incapacidad final, de acuerdo con la recuperación del tobillo y pie afectados, calidad de la carga ponderal recuperada, retiro de

aditamentos para la marcha, etc., buscando que el derechohabiente esté en condiciones de responder a las exigencias de su puesto de trabajo.

PRONÓSTICO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL

El Fisiatra que atienda el caso durante la etapa aguda establecerá, de acuerdo con el tipo de trauma, complicaciones, resultados del manejo quirúrgico, actitud del derechohabiente, etc., el pronóstico funcional esperado para cada caso.

REFERENCIAS

- ❖ Al Médico Fisiatra del Centro de Atención que esté más cerca del domicilio del derechohabiente para que, luego de alcanzada la consolidación de la fractura, se encargue de conducir el proceso de rehabilitación final.
- ❖ El derechohabiente deberá presentarle sus estudios radiológicos y los informes que le entregarán la Fisioterapeuta, la Terapeuta Ocupacional y la Trabajadora Social que lo atendieron en la etapa aguda, los que serán útiles para el diseño de su plan de tratamiento.
- ❖ El Fisiatra que guiará el tratamiento ambulatorio hará la referencia al Médico Ocupacional y/o Rehabilitación Profesional en aquellos casos que lo estime conveniente.
- ❖ Referencia a Psicología cuando el caso lo amerite.

REHABILITACIÓN TEMPRANA DE **LA LUXACIÓN DE CADERA**

DEFINICIÓN

Personas que sufren pérdida de la relación Anatómico – Fisiológica de la articulación coxo-femoral y que han recibido el manejo ortopédico – conservador o quirúrgico – correspondiente.

OBJETIVOS

1. Inicio temprano de la rehabilitación de las estructuras de la cadera del miembro inferior lesionado.
2. Prevenir el daño funcional a las articulaciones no lesionadas del miembro inferior afecto y de las extremidades restantes
3. Prevenir la instalación del Síndrome de Reposo Prolongado.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

1. Informarle de las consecuencias de la luxación de cadera en su funcionamiento corporal: Soporte de peso, sedestación, bipedestación y marcha; hacer énfasis en la necrosis o vascular de la cabeza del fémur.
2. Orientarle sobre la participación de la cadera en sus actividades personales y laborales.
3. Orientarle sobre la actividad voluntaria que puede y debe hacer con las articulaciones sanas de las cuatro extremidades.
4. Instruirle en la utilización del miembro inferior contralateral y de ambos miembros superiores en sus actividades personales.

5. Concientizarle de lo valioso de su participación y de su interés continuo en la realización constante de las actividades que conducirán a su rehabilitación total.
6. Modificar hábitos para disminuir la actividad de la cadera afecta.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO: ETAPA AGUDA

En el período inmediato, posterior al manejo conservador o quirúrgico, el Médico Rehabilitador indicará:

1. Ejercicios isométricos a Cuádriceps, tibiales anteriores, peroneos laterales (largo y corto), isquiotibiales, bíceps crural y gastrocnemios del miembro inferior lesionado.
2. Ejercicios activos asistidos a la rodilla del miembro inferior lesionado.
3. Ejercicios activos libres al tobillo y dedos del miembro inferior afectado; a todas las articulaciones del miembro inferior contralateral y de ambos miembros superiores.
4. Ejercicios activos resistidos progresivos a hombros, codos y muñecas de ambos miembros superiores y a la cadera, rodilla y tobillo del miembro inferior sano.
5. Utilizar normalmente ambos miembros superiores y el miembro inferior sano.
6. Ejercicios y cuidados respiratorios: Suspiros, doble tos y respiración abdomino – diafragmática.
7. Sentarle en el borde de la cama manteniendo caderas en abducción – si el tipo de inmovilización utilizada lo permite - en períodos de 20 – 30 minutos, 4 ó 5 veces al día.
8. Estimular la independencia de la persona en las actividades de la vida diaria: Alimentación, arreglo personal.

9. Si el reposo absoluto en cama es necesario, debe utilizarse colchón de agua.
10. La bipedestación y el tipo de marcha se realizarán en el momento y en la forma apropiadas de acuerdo a lineamientos acordados con el ortopedista tratante.

TRATAMIENTO AMBULATORIO: ETAPAS SUB-AGUDA Y CRÓNICA

Luego de transcurridas 10 - 12 semanas post - lesión y siempre que exista una restauración ligamentosa satisfactoria, validada por el Ortopedista Tratante, se iniciará la rehabilitación plena del derechohabiente, con carga ponderal progresiva apoyado en muletas axilares u ortesis de descarga en el miembro inferior afectado, según la elección que se haya hecho..

El derechohabiente recibirá la evaluación del Médico Fisiatra asignado y éste guiará la recuperación progresiva de la carga ponderal del miembro inferior afectado, así como de las amplitudes articulares, fuerza muscular, habilidades y destrezas del mismo. También valorará el momento oportuno para que el derechohabiente retorne a sus labores habituales.

FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO

La Fisioterapeuta y la Terapeuta Ocupacional atenderán y cumplirán las indicaciones del médico tratante al usuario.

La Trabajadora Social hará un estudio relacionado con la realidad inmediata del núcleo familiar del derechohabiente, de la relación laboral con su patrono y dará las recomendaciones correspondientes, a fin de que el proceso de rehabilitación disponga de un entorno y una perspectiva favorables.

INCAPACIDAD

Inicialmente 60 a 90 días a partir del traumatismo según el caso.

El Fisiatra tratante determinará subsecuentemente la duración del tiempo de incapacidad final, de acuerdo con la recuperación funcional de la cadera afectada, retiro de aditamentos para la marcha, etc., buscando que el derechohabiente esté en condiciones de responder a las exigencias de su puesto de trabajo.

PRONÓSTICO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL

El Fisiatra que atienda el caso durante la etapa aguda establecerá, de acuerdo con el tipo de lesión, complicaciones, resultados del manejo quirúrgico, actitud del derechohabiente, etc., el pronóstico funcional esperado para cada caso.

REFERENCIAS

- ❖ Al Médico Fisiatra del Centro de Atención que esté más cerca del domicilio del derechohabiente para que, luego de alcanzada la resolución de la luxación de cadera, se encargue de conducir el proceso de rehabilitación final.
- ❖ El derechohabiente deberá presentarle sus estudios radio e imagenológicos y los informes que le entregarán la Fisioterapeuta, la Terapeuta Ocupacional y la Trabajadora Social que lo atendieron en la etapa aguda, los que serán útiles para el diseño de su plan de tratamiento.
- ❖ El Fisiatra que guiará el tratamiento ambulatorio hará la referencia al Médico Ocupacional y/o Rehabilitación Profesional en aquellos casos que lo estime conveniente.

REHABILITACIÓN TEMPRANA **DE LA FRACTURA DE ESCÁPULA**

DEFINICIÓN

Personas que presentan pérdida de continuidad en cualesquiera de las porciones de la Escápula y que han recibido el correspondiente manejo ortopédico conservador o quirúrgico.

OBJETIVOS

1. Inicio temprano de la rehabilitación del hombro del miembro superior lesionado.
2. Prevenir el daño funcional a las articulaciones no lesionadas del miembro superior afecto.
3. Prevenir la instalación del Síndrome de Reposo Prolongado.

INTRUCCIONES AL PACIENTE

1. Informarle de las consecuencias de la fractura de la Escápula en el funcionamiento del hombro.
2. Orientarle sobre la participación del hombro en sus actividades personales y laborales.
3. Orientarle sobre la actividad voluntaria que puede y debe hacer con las articulaciones sanas de la extremidad superior afectada.
4. Instruirle en la utilización del miembro superior contralateral en sus actividades personales.
5. Concientizarle de lo valioso de su participación y de su interés continuo en la realización constante de las actividades que conducirán a su rehabilitación total.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO: ETAPA AGUDA

En el post-operatorio inmediato, el Médico Rehabilitador indicará:

1. Ejercicios isométricos en masa a todo el miembro superior afecto.
2. Ejercicios pasivos al codo del miembro superior afectado sujetando la articulación escápulo – humeral, si el tipo de inmovilización utilizada lo permite.
3. Ejercicios activos libres a muñeca y dedos.
4. Ejercicios activos resistidos progresivos manuales a la muñeca y dedos del miembro superior lesionado.
5. Mantener la actividad y el uso normal del miembro superior sano.
6. Estimular la independencia de la persona en las actividades de la vida diaria*.
7. No guardar reposo en cama*.
8. Ambulación libre*.

*** SI NO EXISTEN LESIONES NEUROLÓGICAS QUE LO IMPIDAN TEMPORALMENTE.**

TRATAMIENTO AMBULATORIO: ETAPAS SUB-AGUDA Y CRÓNICA

Luego de transcurridas 8 semanas post-lesión y siempre que exista una consolidación ósea satisfactora, validad por el Ortopedista tratante, se iniciará la rehabilitación plena del hombro afectado.

El derechohabiente recibirá la evaluación del Médico Fisiatra asignado y éste guiará la recuperación de las amplitudes articulares activas, fuerza muscular, habilidades y destrezas, así como el retorno a las actividades premórbidas del mismo.

FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO

La Fisioterapeuta y la Terapeuta Ocupacional atenderán y cumplirán las indicaciones del médico tratante al usuario.

La Trabajadora Social hará un estudio relacionado con la realidad inmediata del núcleo familiar del derechohabiente, de la relación laboral con su patrono y dará las recomendaciones correspondientes, a fin de que el proceso de rehabilitación disponga de un entorno y una perspectiva favorables.

INCAPACIDAD

Inicialmente 60 días a partir del traumatismo.

El Fisiatra tratante determinará subsecuentemente la duración del tiempo de incapacidad final, de acuerdo con la recuperación del hombro afectado y con las exigencias del puesto de trabajo del derechohabiente.

PRONÓSTICO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL

El Fisiatra que atienda el caso durante la etapa aguda establecerá, de acuerdo con el tipo de trauma, complicaciones, resultados del manejo quirúrgico, actitud del derechohabiente, etc., el pronóstico funcional esperado para cada caso.

REFERENCIAS

- * Al Médico Fisiatra del Centro de Atención que esté más cerca del domicilio del derechohabiente para que, luego de alcanzada la consolidación de la fractura, se encargue de conducir el proceso de rehabilitación final.

- * El derechohabiente deberá presentarle sus estudios radiológicos y los informes que le entreguen la Fisioterapeuta, la Terapeuta Ocupacional y la Trabajadora Social que lo atendieron en la etapa aguda, los que serán útiles para el diseño de su plan de tratamiento.
- * El Fisiatra que guiará el tratamiento ambulatorio hará la referencia al Médico Ocupacional y/o a rehabilitación profesional en aquellos casos que lo estime conveniente.

REHABILITACIÓN TEMPRANA **DE LA FRACTURA DE CLAVÍCULA**

DEFINICIÓN

Personas que presentan pérdida de continuidad de la clavícula y que han recibido el correspondiente manejo ortopédico conservador o quirúrgico.

OBJETIVOS

1. Inicio temprano de la rehabilitación del hombro y cuello del miembro superior lesionado.
2. Prevenir el daño funcional a las articulaciones no lesionadas del miembro superior afecto.
3. Prevenir la instalación del síndrome de reposo prolongado.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

1. Cuidado de los vendajes
2. Informarle de las consecuencias de la fractura de la clavícula del miembro superior lesionado.
3. Prevenir el daño funcional a las articulaciones no lesionadas del miembro superior afecto.
4. Prevenir la instalación del síndrome de reposo prolongado.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

1. Informarle de las consecuencias de la fractura de la clavícula en el funcionamiento del hombro.
2. Orientarle sobre la participación del hombro en sus actividades personales y laborales.

3. Orientarle sobre la actividad voluntaria que puede y debe hacer con las articulaciones sanas de la extremidad superior afectada.
4. Instruirle en la utilización del miembro superior contralateral en sus actividades personales.
5. Concientizarle de lo valioso de su participación y de su interés continuo en la realización constante de las actividades que conducirán a su rehabilitación total.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO: ETAPA AGUDA

En el post-operatorio inmediato, el Médico Rehabilitador indicará:

1. Ejercicios isométricos al manguito rotador, fibras, anteriores, medias y posteriores del Deltoides, pectoral mayor del hombro afectado.
2. Ejercicios pasivos y gentiles a hombro: En decúbito dorsal para arcos parciales de abducción, flexión y aducción del mismo, sujetando el Fisioterapeuta con la palma de la mano la zona de lesión.
3. Siempre en decúbito dorsal: Si se ha utilizado cabestrillo, retirarlo temporalmente y realizar ejercicios activos libres a codo, muñeca y mano del miembro superior afectado.
4. Mantener la actividad y el uso normal del miembro superior sano.
5. Estimular la independencia de la persona en las actividades de la vida diaria.
6. No guardar reposo en cama.
7. Ambulación libre.

TRATAMIENTO AMBULATORIO: ETAPAS SUB-AGUDA Y CRÓNICA

Luego de transcurridas 8 semanas post – lesión y siempre que exista una consolidación ósea satisfactoria, validada por el Ortopedista tratante, se iniciará la rehabilitación plena del hombro afectado.

El derechohabiente recibirá la evaluación del Médico Fisiatra asignado y éste guiará la recuperación de las amplitudes articulares activas, fuerza muscular, habilidades y destrezas, así como el retorno a las actividades premórbidas del mismo.

FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO

La Fisioterapeuta y la Terapeuta Ocupacional atenderán y cumplirán las indicaciones del médico tratante al usuario.

La Trabajadora Social hará un estudio relacionado con la realidad inmediata del núcleo familiar del derechohabiente, de la relación laboral con su patrono y dará las recomendaciones correspondientes, a fin de que el proceso de rehabilitación disponga de un entorno y una perspectiva favorables.

INCAPACIDAD

Inicialmente 60 días a partir del traumatismo.

El Fisiatra tratante determinará subsecuentemente la duración del tiempo de incapacidad final, de acuerdo con la recuperación del hombro afectado y con las exigencias del puesto de trabajo del derechohabiente.

PRONÓSTICO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL

El Fisiatra que atienda el caso durante la etapa aguda establecerá, de acuerdo con el tipo de trauma, complicaciones, resultados del manejo

quirúrgico, actitud del derechohabiente, etc., el pronóstico funcional esperado para cada caso.

REFERENCIAS

- Al médico Fisiatra del Centro de Atención que esté más cerca del domicilio del derechohabiente para que, luego de alcanzada la consolidación de la fractura, se encargue de conducir el proceso de rehabilitación final.
- El derechohabiente deberá presentarle los estudios radiológicos y los informes que le entreguen la Fisioterapeuta, la Terapeuta Ocupacional y la Trabajadora Social que le atendieron en la etapa aguda, los que serán útiles para el diseño de su plan de tratamiento.
- El Fisiatra que guiará el tratamiento ambulatorio hará la referencia al Médico Ocupacional y/o a rehabilitación profesional en los casos que lo estime conveniente.

REHABILITACIÓN TEMPRANA **DE LA LUXACIÓN ACROMIO – CLAVICULAR**

DEFINICIÓN

Personas que sufren un trauma que causa separación del extremo distal de la clavícula, que se articula con el acromión.

OBJETIVOS

1. Inicio temprano de la rehabilitación del hombro del miembro superior afectado.
2. Prevenir el daño funcional a las articulaciones no lesionadas del miembro superior afecto.
3. Prevenir la instalación del síndrome de reposo prolongado.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

1. Informarle de las consecuencias de la luxación de la articulación acromio – clavicular en el funcionamiento del hombro.
2. Orientarle sobre la participación de la articulación acromio – clavicular en sus actividades personales y laborales.
3. Orientarle sobre la actividad voluntaria que puede y debe hacer con las articulaciones sanas de la extremidad superior afectada.
4. Instruirle en la utilización del miembro superior contralateral en sus actividades personales.
5. Concientizarle de lo valioso de su participación y de su interés continuo en la realización constante de las actividades que conducirán a su rehabilitación total.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO: ETAPA AGUDA

En el post – operatorio inmediato, el Médico Rehabilitador indicará:

1. Ejercicios isométricos al manguito rotador, fibras anteriores, medias y posteriores del Deltoides y pectoral mayor del hombro afectado.
2. Ejercicios pasivos gentiles al hombro – si el tipo de inmovilizador lo permite – para la flexión, extensión, abducción y rotaciones sin exceder de 30° y sujetando manualmente la zona de fractura.
3. Ejercicios activos libres a codo, muñeca y mano del miembro superior lesionado.
4. Ejercicios activos resistidos progresivos a muñeca y mano del miembro dañado.
5. Mantener la actividad y el uso normal del miembro superior sano.
6. Estimular la independencia de la persona en las actividades de la vida diaria.
7. No guardar reposo en cama.
8. Ambulación libre.

TRATAMIENTO AMBULATORIO: ETAPAS SUB-AGUDA Y CRÓNICA

Luego de transcurridas 6 semanas post – lesión y siempre que exista una restauración satisfactoria, validada por el Ortopedista tratante, se iniciará la rehabilitación plena del hombro afectado.

El derechohabiente recibirá la evaluación del Médico Fisiatra asignado y éste guiará la recuperación de las amplitudes articulares activas, fuerza muscular, habilidades y destrezas, así como el retorno a las actividades premórbidas del mismo.

FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO

La Fisioterapeuta y la Terapeuta Ocupacional atenderán y cumplirán las indicaciones del médico tratante al usuario.

La Trabajadora Social hará un estudio relacionado con la realidad inmediata del núcleo familiar del derechohabiente, de la relación laboral con su patrono y dará las recomendaciones correspondientes, a fin de que el proceso de rehabilitación disponga de un entorno y una perspectiva favorables.

INCAPACIDAD

Inicialmente 45 días a partir del traumatismo.

El Fisiatra tratante determinará subsecuentemente la duración del tiempo de incapacidad final, de acuerdo con la recuperación del hombro afectado y con las exigencias del puesto de trabajo del derechohabiente.

PRONÓSTICO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL

El Fisiatra que atienda el caso durante la etapa aguda establecerá, de acuerdo con el tipo de trauma, complicaciones, resultados del manejo quirúrgico, actitud del derechohabiente, etc., el pronóstico funcional esperado para cada caso.

REFERENCIAS

- * Al Médico Fisiatra del Centro de Atención que esté más cerca del domicilio del derechohabiente para que, luego de alcanzada la restauración de la luxación acromioclavicular, se encargue de conducir el proceso de rehabilitación final.

- * El derechohabiente deberá presentarle los estudios radiológicos y los informes que le entreguen la Fisioterapeuta, la Terapeuta Ocupacional y la Trabajadora Social que le atendieron en la etapa aguda, los que serán útiles para el diseño de su plan de tratamiento.
- * El Fisiatra que guiará el tratamiento ambulatorio hará la referencia al Médico Ocupacional y/o rehabilitación profesional en aquellos casos que lo estime conveniente.

REHABILITACIÓN TEMPRANA **DE LA LUXACIÓN ESTERNO – CLAVICULAR**

DEFINICIÓN

Personas que sufren un trauma que causa separación del extremo proximal de la clavícula, que se articula con el manubrio del esternón y que han recibido el manejo ortopédico, conservador o quirúrgico, correspondiente.

OBJETIVOS

1. Inicio temprano de la rehabilitación del hombro del miembro superior afectado.
2. Prevenir el daño funcional a las articulaciones no lesionadas del miembro superior afecto.
3. Prevenir la instalación del síndrome de reposo prolongado.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

1. Informarle de las consecuencias de la luxación de la articulación esterno – clavicular en el funcionamiento del hombro.
2. Orientarle sobre la participación de la articulación esterno – clavicular en sus actividades personales y laborales.
3. Orientarle sobre la actividad voluntaria que puede y debe hacer con las articulaciones sanas de la extremidad superior afectada.
4. Instruirle en la utilización del miembro superior contralateral en sus actividades personales.
5. Concientizarle de lo valioso de su participación y de su interés continuo en la realización constante de las actividades que conducirán a su rehabilitación total.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO: ETAPA AGUDA

En el post – operatorio inmediato, el Médico rehabilitador indicará:

1. Ejercicios isométricos al manguito rotador, fibras anteriores, medias y posteriores del Deltoides y pectoral mayor del hombro afectado.
2. Ejercicios pasivos al hombro – si el tipo de inmovilizador lo permite – para la flexión, extensión, abducción y rotación sin exceder de 30° y sujetando manualmente la zona de fractura.
3. Ejercicios activos libres a codo, muñeca y mano del miembro superior lesionado.
4. Ejercicios activos resistidos progresivos a muñeca y mano del miembro dañado.
5. Mantener la actividad y el uso normal del miembro superior sano.
6. Estimular la independencia de la persona en las actividades de la vida diaria.
7. No guardar reposo en cama.
8. Ambulación libre.

TRATAMIENTO AMBULATORIO: ETAPAS SUB – AGUDA Y CRÓNICA:

Luego de transcurridas 4 semanas post – lesión y siempre que exista una restauración satisfactoria, validada por el Ortopedista tratante, se iniciará la rehabilitación plena del hombro afectado.

El derechohabiente recibirá la evaluación del Médico Fisiatra asignado y éste guiará la recuperación de las amplitudes articulares activas, fuerza muscular, habilidades y destrezas así como el retorno a las actividades premórbidas del mismo.

FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO

La Fisioterapeuta y la Terapeuta Ocupacional atenderán y cumplirán las indicaciones del médico tratante al usuario.

La Trabajadora Social hará un estudio relacionado con la realidad inmediata del núcleo familiar del derechohabiente, de la relación laboral con su patrono y dará las recomendaciones correspondientes, a fin de que el proceso de rehabilitación disponga de un entorno y una perspectiva favorables.

INCAPACIDAD

Inicialmente 30 días a partir del traumatismo.

El Fisiatra tratante determinará subsecuentemente la duración del tiempo de incapacidad final, de acuerdo con la recuperación del hombro afectado y con las exigencias del puesto de trabajo del derechohabiente.

PRONÓSTICO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL

El Fisiatra que atienda el caso aguda establecerá, de acuerdo con el tipo de trauma, complicaciones, resultados del manejo quirúrgico, actitud del derechohabiente, etc., el pronóstico funcional esperado para cada caso.

REFERENCIAS

- * Al Médico Fisiatra del Centro de Atención que esté más cerca del domicilio del derechohabiente para que, luego de alcanzada la consolidación de la fractura, se encargue de conducir el proceso de rehabilitación final.

- * El derechohabiente deberá presentarle sus estudios radiológicos y los informes que le entreguen la Fisioterapeuta y la Terapeuta Ocupacional que le atendieron en la etapa aguda, los que serán útiles par el diseño de su plan de tratamiento.
- * El Fisiatra que guiará el tratamiento ambulatorio hará la referencia a Medicina del Trabajo y/o a rehabilitación profesional en aquellos casos que lo estime conveniente.

OBSERVANCIA DE LA GUIA

La vigilancia del cumplimiento de las presentes **"GUIAS DE MANEJO DE REHABILITACIÓN TEMPRANA EN PATOLOGÍAS DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA"**, corresponde a las Direcciones de Centros de Atención del ISSS a nivel nacional, donde se proporciona atención en el ámbito de sus competencias.

VIGENCIA DE LA GUIA

Las presentes **"GUIAS DE MANEJO DE REHABILITACIÓN TEMPRANA EN PATOLOGÍAS DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA"**, entrará en vigencia a partir del mes de Abril 2005, y sustituyen a todas las circulares y lineamientos e instructivos que han sido elaborados previamente por los diferentes Centros de Atención.

San Salvador, Marzo de 2005.

AUTORIZACIÓN

Dr. Hector Emilio Castillo R.
Dr. Simon Baltazar Agreda C.
Titular Depto. de Normalizacion y Estandarizacion Jefe Division Tecnica Normativa

Dra. Marjorie Fortín
Sub-Directora Salud ISSS



PROCESO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN
2005

Lima.