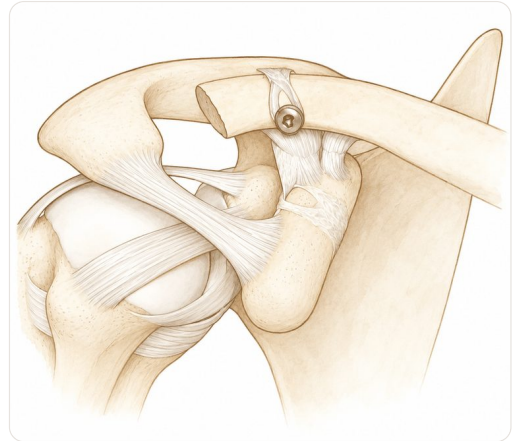


Estabilización de la articulación acromioclavicular

La articulación acromioclavicular (AC), punto de unión entre la clavícula y el omóplato.

Kieran Hirpara © ⓘ ⓘ 4.0



Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

Este protocolo describe la rehabilitación posterior a la estabilización de la articulación acromioclavicular (AC) realizada por el Dr. Kieran Hirpara en el Mater Private Hospital Rockhampton. Su objetivo es restaurar la alineación de dicha articulación, situada entre la clavícula y el omóplato, tras una dislocación; para ello se utiliza un dispositivo de suspensión, a veces reforzado con un injerto tendinoso. Lleve esta página o su versión en PDF a su primera sesión de fisioterapia para garantizar una rehabilitación coordinada. Su fisioterapeuta adaptará el proceso de rehabilitación a su caso particular, guiándolo a través de las siguientes fases según la evolución de su hombro.

Si tiene alguna duda respecto a la herida quirúrgica, no dude en ponerse en contacto con el consultorio. A menudo resulta útil tomar una fotografía de la herida y enviarla por correo electrónico para su evaluación.

Qué esperar

La estabilización de la articulación acromioclavicular difiere de la mayoría de las cirugías artroscópicas de hombro: se realiza una reparación que debe protegerse mientras cicatriza, y lo que más carga sobre ella es simplemente el peso del propio brazo. La gravedad tira constantemente del brazo (y, por ende, del omóplato) hacia abajo, alejándolo de la clavícula; esa es precisamente la dirección que la estabilización debe contrarrestar. Por ello, la rehabilitación temprana es deliberadamente protectora: el cabestrillo soporta el peso del brazo, los movimientos se mantienen dentro de límites seguros, y el fortalecimiento se pospone hasta que la reparación haya madurado.

El cabestrillo cumple una función protectora. Úselo durante **6 semanas**; durante las primeras **tres semanas**, también debe llevarlo al dormir, pues incluso acostado el peso del brazo ejerce presión sobre la reparación. Después de tres semanas, puede quitárselo en la cama. Cuando no lleve el cabestrillo, ya sea para lavarse o para hacer ejercicios, mantenga el brazo apoyado: apoye el antebrazo en una almohada o en una mesa, en lugar de dejarlo colgando o cargando peso. Por la noche, la mayoría de las personas se sienten más cómodas acostadas

boca arriba o sobre el lado no operado; si se acuesta boca arriba, coloque una almohada pequeña bajo el codo y el antebrazo para evitar que el hombro se hunda hacia atrás. Evite acostarse sobre el hombro operado mientras la reparación cicatriza.

No debe conducir mientras lleve el cabestrillo. En el caso de esta cirugía, eso significa aproximadamente seis semanas.

Su programa de ejercicios incluye tres tipos de movimientos; su equipo médico le indicará cuáles son aplicables en su caso:

- **Rango de movimiento activo:** se permiten los movimientos sin ayuda externa.
- **Rango de movimiento activo asistido:** se utiliza el otro brazo o algún objeto para ayudar a mover el brazo.
- **Rango de movimiento pasivo:** el brazo permanece completamente relajado; el otro brazo o una fuerza externa realiza el 100 % del movimiento.

Resumen del proceso:

- **Fase I: Protección de la reparación,** semanas 0–6
- **Fase II: Recuperación del movimiento,** semanas 6–12
- **Fase III: Fortalecimiento,** semanas 12–18
- **Fase IV: Regreso a deportes y actividades pesadas,** a partir de la semana 18

Estos intervalos semanales son orientativos, no fijos; los protocolos publicados para esta cirugía varían, y su fisioterapeuta ajustará el progreso según el estado de la reparación y su capacidad de movimiento, no según el calendario. La mayoría de las personas pueden utilizar el brazo para actividades cotidianas normales alrededor de los tres meses. El regreso a deportes de contacto o con colisiones suele tardar entre cuatro y seis meses; en algunos deportes y profesiones, el proceso de recuperación es aún más prolongado.

Fase I – Protección de la reparación (Semanas 0–6)

Las primeras seis semanas tienen como objetivo permitir la cicatrización de la reparación mientras se mantiene el movimiento del resto del brazo. El cabestrillo soporta el peso del brazo cuando usted está de pie o en movimiento. Desde el primer día, su mano, muñeca y codo deben seguir moviéndose: utilice la mano para tareas ligeras como escribir y comer mientras el brazo permanece en el cabestrillo. En cuanto al hombro, se inician ejercicios pendulares suaves y movimientos asistidos dentro de límites estrictos: nada por encima de la altura del hombro, sin estirar el brazo a través del cuerpo ni hacia atrás. El hielo y los analgésicos regulares facilitan la realización de estos ejercicios. Tome los analgésicos antes de hacer ejercicios o sesiones de fisioterapia. Puede ducharse una vez que las indicaciones de cuidado de la herida lo permitan; para lavar bajo el brazo operado, incline el torso hacia adelante y deje que el brazo se aleje suavemente del cuerpo, en la misma posición que en los ejercicios pendulares.

Durante esta fase, no levante nada que pese más de medio kilogramo con el brazo operado, no lleve bolsas en ese lado, no se apoye en el brazo ni lo use para levantarse de la cama o una silla, y no deje que el brazo cuelgue

sin soporte: todas estas acciones tiran del omóplato hacia abajo, alejándolo de la clavícula y sobrecargando la reparación.

Para su fisioterapeuta:

Objetivos

- Proteger la estabilización quirúrgica y favorecer la cicatrización de los tejidos blandos
- Controlar el dolor y la hinchazón; proteger la cicatrización de la herida
- Prevenir la rigidez del hombro dentro de los rangos permitidos
- Mantener la amplitud de movimiento de la mano, muñeca, codo y cuello

Manejo

- Usar el cabestrillo durante 6 semanas siempre que esté de pie o en movimiento; apoyar el brazo cuando no lo lleve
- Ejercicios pendulares varias veces al día
- Elevación pasiva y asistida en el plano de la escápula, limitada a 90 grados
- Rotación externa pasiva y asistida según la tolerancia del paciente (inicialmente hasta unos 30 grados)
- Movilización activa de la mano, muñeca, codo y antebrazo; apretar una pelota
- Retracción y depresión de la escápula, así como corrección postural
- Rotaciones isométricas internas y externas, por debajo del umbral de dolor, en posición neutra
- Movilización de tejidos blandos y de la articulación escapulotorácica según sea necesario; masaje de la cicatriz una vez curada
- Aplicar hielo durante 15–20 minutos varias veces al día, según sea preciso; administrar analgésicos antes de ejercicios y sesiones

Precauciones

- Evitar que el peso del brazo tire de la fijación: no dejar que cuelgue, no cargar peso ni ejercer tracción hacia abajo
- No elevar el brazo por encima de 90 grados en ningún plano
- No realizar movimientos activos del hombro fuera del programa asistido prescrito
- No realizar aducción horizontal a través del cuerpo ni rotación interna detrás de la espalda
- No levantar nada que pese más de medio kilogramo; no apoyar el peso corporal en el brazo
- No conducir mientras lleve el cabestrillo

Criterios para avanzar a la siguiente fase

- Alrededor de 90 grados de flexión pasiva en el plano de la escápula
- Alrededor de 30 grados de rotación externa pasiva en el plano de la escápula
- Tolerancia al programa de movilidad y ejercicios isométricos, con disminución del dolor y la hinchazón

Fase II – Recuperación del movimiento (Semanas 6–12)

A partir de las seis semanas aproximadamente, se va retirando el cabestrillo y se van eliminando progresivamente las restricciones de movimiento. Los movimientos asistidos pasan a ser movimientos activos, y el rango de movimiento aumenta de forma constante; como referencia, los protocolos publicados proponen incrementar el rango de movimiento en aproximadamente 15 grados cada semana, con el objetivo de alcanzar un movimiento completo alrededor de la semana 12. En esta fase se inician ejercicios suaves con bandas elásticas para el manguito rotador y los músculos del omóplato. No obstante, hay que seguir respetando la zona operada: mantenga el peso levantado en torno a un kilogramo, y evite empujar o tirar con fuerza, hacer flexiones, así como levantar objetos por encima de la cabeza o cruzando el cuerpo. El movimiento de alcanzar detrás de la espalda suele ser el último en recuperarse.

Para su fisioterapeuta:

Objetivos

- Retirar progresivamente el cabestrillo
- Restaurar el rango de movimiento activo en todos los planos (hasta alcanzar uno completo o casi completo alrededor de la semana 12)
- Iniciar un fortalecimiento suave; minimizar la atrofia muscular
- Restablecer el ritmo escapulohumeral y el control neuromuscular

Manejo

- Pasar de movimientos activo-asistidos a movimientos activos de elevación; incluir deslizamientos contra la pared o la encimera para la flexión
- Realizar elevaciones en el plano escapular prestando atención a la mecánica del omóplato: evitar cualquier interrupción brusca en el movimiento
- Introducir gradualmente la rotación interna detrás de la espalda (inicialmente hasta la altura del cinturón)
- La aducción horizontal solo debe realizarse como movimiento activo; no aplicar estiramiento pasivo aún
- Ejercicios con banda elástica: rotación interna y externa, flexión de bíceps, remo y ejercicios para el serrato anterior
- Ejercicios dinámicos para el omóplato y el manguito rotador: rotación externa en decúbito lateral, remo en decúbito prono, extensión en decúbito prono, ejercicios en forma de “T” y “Y” en decúbito prono, y elevación lateral de brazo de pie
- Ejercicios de propiocepción y estabilización rítmica
- Terapia manual y movilización articular según sea necesario

Precauciones

- No levantar objetos más pesados de un kilogramo con el brazo operado
- No empujar ni tirar con fuerza; no hacer flexiones

- No levantar objetos pesados por encima de la cabeza ni cruzando el cuerpo
- Evitar estiramientos en el extremo del rango de movimiento que impliquen aducción cruzada del cuerpo; el movimiento detrás de la espalda debe progresar de forma gradual

Criterios para avanzar

- Al menos 140 grados de flexión pasiva y 60 grados de rotación externa pasiva en el plano escapular
- Flexión activa contra la gravedad de al menos 100 grados, manteniendo una mecánica correcta
- Tolerancia al rango de movimiento activo y al programa inicial de fortalecimiento

Fase III – Fortalecimiento (Semanas 12–18)

Una vez que la reparación ha cicatrizado y el movimiento se ha restablecido en gran medida, se centra la atención en recuperar la fuerza. Los estiramientos que antes estaban prohibidos (estiramientos cruzados del cuerpo y de rotación interna detrás de la espalda) se utilizan ahora para alcanzar los últimos grados de amplitud de movimiento. El entrenamiento de resistencia avanza desde bandas elásticas hasta pesos ligeros; además, se inician flexiones contra la pared antes de progresar. El entrenamiento con pesas en el gimnasio suele reintroducirse a partir de la semana 16, inicialmente con un rango de movimiento limitado y cargas ligeras. En esta fase, se sigue evitando el levantamiento de pesos por encima de la cabeza y los movimientos de empuje o tracción bruscos.

Para su fisioterapeuta:

Objetivos

- Alcanzar una amplitud de movimiento activa y pasiva completa en todos los planos
- Desarrollar progresivamente la fuerza, resistencia y control neuromuscular del manguito rotador y los estabilizadores escapulares
- Preparar al paciente para una vuelta gradual a cargas propias del deporte

Manejo

- Estiramientos multidireccionales hasta el límite de la amplitud: estiramiento cruzado del cuerpo, rotación interna detrás de la espalda, manos detrás de la cabeza, estiramiento “sleepers”, rotación externa a 90 grados de abducción
- Incorporación progresiva de resistencia (aprox. 0.5–2.5 kg) al programa de ejercicios: rotación externa en decúbito lateral, remo en decúbito prono, extensión en decúbito prono, ejercicios en forma de “T” y “Y” en decúbito prono, elevación lateral en posición de pie
- Progresión con bandas elásticas: ejercicios en forma de “T”, “W”, diagonales, rotación interna y externa a 90 grados
- Ejercicios en cadena cerrada: flexiones contra la pared a partir de la semana 12, progresando según la tolerancia del paciente

- Entrenamiento con máquinas a partir de la semana 16: rango de movimiento limitado y cargas ligeras (remo, tracción vertical, ejercicios para bíceps y tríceps; el empuje se reintroduce con cautela)
- Ejercicios de estabilización rítmica, propiocepción y sincronización escapulohumeral

Precauciones

- Evitar el levantamiento de pesos pesados, especialmente por encima de la cabeza, así como empujes o tracciones bruscos
- El fortalecimiento debe realizarse sin dolor y sin exceder los límites de amplitud que provoquen molestias
- Mantener el control escapular en todo el rango de movimiento; reducir la carga si se observan movimientos anómalos o compensaciones

Criterios para avanzar

- Movilidad activa y pasiva del hombro dentro de límites funcionales en todas las direcciones
- Tolerancia al programa de fortalecimiento progresivo sin aparición de síntomas dolorosos

Fase IV – Retorno al deporte y al trabajo pesado (a partir de la semana 18)

La fase final consiste en un retorno gradual a trabajos exigentes, cargas por encima de la cabeza y actividades deportivas. Se incorporan ejercicios pliométricos y específicos de cada deporte al programa de fortalecimiento; además, los programas por intervalos guían el retorno al lanzamiento, la natación, el golf y los deportes de raqueta. El retorno a deportes de contacto y colisión suele tardar entre cuatro y seis meses desde la cirugía, dependiendo de la recuperación total de la movilidad, la fuerza y la confianza en el brazo; los programas publicados para atletas de contacto a veces duran más, hasta unos nueve meses. Los atletas de fuerza suelen volver a su entrenamiento habitual en un plazo similar. Su fisioterapeuta y cirujano le guiarán en la autorización final; algunos atletas de contacto optan por usar un protector de hombro durante la primera temporada tras la cirugía.

Para su fisioterapeuta:

Objetivos

- Mantener una amplitud de movimiento completa
- Aumentar progresivamente la fuerza, la potencia y la resistencia según las exigencias del trabajo y el deporte del paciente
- Retorno gradual y basado en criterios a deportes de contacto y con cargas por encima de la cabeza

Manejo

- Continuar y avanzar el programa de fortalecimiento de la Fase III

- Progresiones en ejercicios de cadena cerrada: progresión de flexiones en superficies inestables, ejercicios con pelota contra la pared
- Ejercicios pliométricos para atletas de lanzamiento y con cargas por encima de la cabeza: lanzamientos contra un reboteador, ejercicios con pelota pesada, dribbleo contra la pared, ejercicios de desaceleración
- Programas deportivos por intervalos para lanzamiento, golf, tenis y natación
- Fortalecimiento y resistencia de la cadena cinética específicos para la función y la ocupación del paciente

Precauciones

- El retorno a deportes de contacto y colisión solo debe realizarse cuando se haya recuperado plenamente la amplitud de movimiento, la fuerza y tras obtener autorización quirúrgica
- La progresión debe guiarse por la ausencia de síntomas: si aparece dolor o sensación de inestabilidad, se debe retroceder un paso en el programa

Después de seguir el protocolo

Las fases descritas anteriormente se basan en protocolos de rehabilitación publicados para la estabilización y reconstrucción de la articulación acromioclavicular: el programa de rehabilitación de Massachusetts General Brigham Sports Medicine, el programa de reconstrucción de la articulación acromioclavicular del Massachusetts General Hospital, las guías de estabilización de las unidades ortopédicas del Reino Unido, así como una revisión sistemática de protocolos de reconstrucción de dicha articulación disponibles públicamente. Los plazos indicados en semanas son orientativos y no fijos; los programas publicados varían. Su rehabilitación continua será guiada individualmente por su fisioterapeuta, en colaboración con nuestra clínica, según la evolución de su reparación quirúrgica y su capacidad de movimiento. Esta página complementa las indicaciones generales de recuperación que ofrece nuestra clínica; consulte [control del dolor postoperatorio](#) y [cuidado de la herida](#). Para información sobre la intervención quirúrgica y la lesión tratada, véase [Estabilización de la articulación acromioclavicular](#). La evidencia científica que sustenta este protocolo (reconstrucción, estudios sobre pérdida de reducción y estudios de rehabilitación) se resume en la sección de evidencia, disponible en formato PDF en la parte superior de esta página.