

Estabilización posterior

Un movimiento que lleva el brazo hacia el otro lado del cuerpo; es un mecanismo frecuente de inestabilidad posterior del hombro.

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 le servirá de guía para su recuperación tras la estabilización posterior del hombro realizada por el Dr. Kieran Hirpara en el Mater Private Hospital Rockhampton. Cada fase comienza con una explicación sencilla, en lenguaje coloquial, de lo que está ocurriendo y qué aspectos son más importantes; a continuación, se detalla el programa estructurado que podrá compartir con su fisioterapeuta. Lleve esta página o su versión en PDF a su primera sesión de fisioterapia para garantizar una rehabilitación coordinada. Su fisioterapeuta podrá modificar el plan según el progreso de su recuperación.

Si tiene alguna duda respecto a su herida postoperatoria, no dude en contactar 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 posterior corrige la **parte posterior del hombro**, donde el labrum cartilaginoso y la cápsula se han desprendido de la cavidad glenoidea. Dado que la reparación se realiza en la parte posterior de la articulación, el movimiento que más carga ejerce sobre ella es **estirar el brazo hacia adelante mientras lo rota hacia adentro**. En las primeras fases, tres movimientos cotidianos deben evitarse, pues cada uno empuja la cabeza humeral hacia atrás, contra la zona recién reparada:

- **Rotar el brazo hacia adentro** (rotación interna): estirar el brazo detrás de la espalda o girar la mano hacia el abdomen;
- **Estirar el brazo a través del cuerpo** hacia el hombro opuesto (abducción cruzada);
- **Inclinarse o empujar con el brazo operado**.

Esto es lo opuesto a la estabilización anterior, donde lo que se debe evitar es rotar el brazo *hacia afuera*. En el caso de una reparación posterior, el movimiento seguro es rotar el brazo hacia afuera; la **rotación interna es la última en recuperarse**: debe hacerse con suavidad y sin alcanzar el rango completo hasta aproximadamente los

tres meses. Las siguientes fases detallan exactamente cuándo se podrán realizar de nuevo cada uno de esos movimientos restringidos.

Siempre surge la tentación de iniciar los movimientos antes de tiempo, pero la evidencia clínica demuestra que cualquier ganancia adicional de amplitud de movimiento obtenida por apresurarse es temporal; además, la reparación es más frágil durante las primeras seis semanas. Un programa progresivo y gradual garantiza el retorno más seguro y predecible a la función plena. La inestabilidad posterior es poco frecuente, por lo que este cronograma se basa en principios biomecánicos y en protocolos de especialistas, no en ensayos clínicos a gran escala; el Dr. Hirpara ajustará el ritmo según sus necesidades.

Usted llevará un **soporte simple**, no un aparato especial de abducción ni un dispositivo tipo “gunslinger”. La protección proviene de las precauciones mencionadas (mantener el brazo al frente, evitar la rotación interna y los estiramientos cruzados), no de la forma del soporte.

Resumen del proceso:

- **Fase I** – Protección, semanas 0–2
- **Fase II** – Movilidad inicial, semanas 2–4
- **Fase III** – Aumento de movilidad y comienzo del fortalecimiento, semanas 4–6
- **Fase IV** – Avance, semanas 6–8
- **Fase V** – Fortalecimiento, semanas 8–12
- **Fase VI** – Rango completo y entrenamiento con pesas, semanas 12–14
- **Retorno al deporte:** a partir de la semana 12; los deportes de contacto, no antes de los 5 meses

Retorno a sus actividades cotidianas:

- **Trabajo:** empleos sedentarios: según tolerancia; trabajos manuales: al menos 3 meses;
- **Conducción:** una vez retirado el soporte y con control del brazo, generalmente alrededor de las 6 semanas;
- **Levantamiento de pesas:** se pueden iniciar levantamientos ligeros en las primeras semanas, dentro de ciertos límites; evite levantar cargas pesadas durante unos 3 meses;
- **Deportes de contacto** (fútbol, rugby, artes marciales, deportes de raqueta, escalada, equitación): a partir de los 5 meses como mínimo, y únicamente si se cumplen los criterios de retorno al deporte.

El procedimiento

La estabilización posterior suele realizarse mediante artroscopia (cirugía mínimamente invasiva); en ocasiones, se emplea una pequeña incisión abierta. El labrum desgarrado y la cápsula posterior del hombro se vuelven a fijar y tensar en el borde de la cavidad glenoidea (a veces denominado “reparación de Bankart inversa” o “capsulorrafia posterior”). La función de la rehabilitación es evitar que la cabeza del hueso femoral ejerza presión sobre dicha reparación mientras cicatriza: en una fase inicial se limitan los movimientos hacia adelante, hacia adentro y a través del cuerpo; posteriormente se recupera gradualmente la amplitud de movimiento, la fuerza y la funcionalidad completas.

Uso del cabestrillo

El cabestrillo sostiene el brazo y sirve como recordatorio para mantenerlo en la posición adecuada mientras la reparación cicatriza. Las reglas son sencillas:

- Use un **cabestrillo sencillo** durante unas **6 semanas**, especialmente cuando esté fuera de casa o en presencia de otras personas. El Dr. Hirpara **no** utiliza almohadas de abducción, cuñas ni férulas tipo “gunslinger”; el cabestrillo sencillo, junto con las precauciones de posición que se indican a continuación, es lo que protege la reparación posterior.
- **No duerma con el cabestrillo puesto.** Duerma sin él, manteniendo el brazo **fuera de la posición de riesgo**: colóquelo ligeramente delante de usted, sin girarlo hacia adentro ni cruzarlo sobre el cuerpo. Una almohada debajo del brazo ayuda a mantenerlo en esa posición.
- Quítese el cabestrillo para **ducharse y para hacer los ejercicios** (una vez que le hayan enseñado cómo hacerlos). Cada vez que no lleve el cabestrillo, mantenga el brazo relajado y **delante del cuerpo**; nunca permita que quede detrás de la espalda o cruzado sobre el pecho.
- Aplique hielo si el hombro está hinchado o adolorido, sobre todo después de hacer ejercicio.

Preste atención a su postura mientras usa el cabestrillo: mantenga las orejas, hombros y caderas alineados y evite encorvarse. Una buena postura protege la espalda y ayuda a prevenir la rigidez del hombro.

Su fisioterapeuta empleará tres tipos de movimientos: **rango de movimiento pasivo (PROM)** (el brazo permanece completamente relajado, y es el otro brazo o el fisioterapeuta quien realiza todo el movimiento); **rango de movimiento activo asistido (AAROM)** (el brazo sano o algún objeto ayuda al brazo operado a moverse); y **rango de movimiento activo (AROM)** (usted mismo mueve el brazo mediante su propia fuerza). Su equipo médico le indicará cuál de estos métodos corresponde en cada etapa.

Precauciones clave – NO hacer

Especialmente durante las primeras seis semanas, se deben evitar las siguientes acciones para proteger la reparación en la parte posterior del hombro:

- **NO** gire el brazo hacia adentro más allá de la posición recta hacia adelante (posición neutra): no estire el brazo hacia atrás ni gire la mano hacia el abdomen. **La rotación interna es el movimiento más importante que se debe evitar al principio**, y es el último en recuperarse.
- **NO** estire el brazo a través del cuerpo hacia el hombro opuesto (no realice movimientos cruzados).
- **NO** combine el estiramiento hacia adelante con la rotación interna del brazo; esta es exactamente la posición que ejerce mayor carga sobre la reparación.
- **NO** apoye peso sobre el brazo operado, ni lo use para levantarse de una silla o cama, ni soporte cargas con él.
- **NO** levante, empuje ni tire de objetos pesados con el brazo operado en las primeras etapas.
- **NO** fuerce ni estire el brazo en ninguna de estas direcciones; permita que el rango de movimiento se recupere gradualmente dentro de los límites indicados por su fisioterapeuta.

- Después de una reparación posterior, girar el brazo **hacia afuera** es una dirección segura; sin embargo, debe mantenerse dentro de los límites establecidos por su fisioterapeuta.

Sus primeros días en el hospital

Algunas normas para la sala de hospitalización y para sus primeros días en casa:

- Utilice hielo para aliviar el dolor, si es necesario.
- Al usar el cabestrillo, relaje el hombro y deje que el cabestrillo soporte el peso del brazo; mantenga el brazo delante del cuerpo.
- Tome los analgésicos antes de hacer los ejercicios y antes de sus sesiones de fisioterapia.
- Puede sacar el brazo del cabestrillo para hacer los ejercicios y para ducharse.
- Use el cabestrillo durante unas 6 semanas, especialmente cuando esté fuera de casa.
- A menos que haya concertado usted mismo la fisioterapia, ya se ha programado una cita para usted; dicha cita figura en su paquete de alta.
- Si tiene algún problema, comuníquese con la consulta o informe a su fisioterapeuta.

Fase I – Protección (semanas 0–2)

Las dos primeras semanas consisten en proteger la reparación quirúrgica mientras se mantiene una movilidad suave. Debe seguir usando el cabestrillo sencillo, mantener el brazo delante del cuerpo y realizar únicamente ejercicios suaves que permitan mover la mano, la muñeca y el codo, además de “posicionar” la escápula, todo ello sin ejercer carga alguna sobre la parte posterior del hombro. Dos reglas son fundamentales: mantener el brazo siempre delante del cuerpo y nunca girarlo hacia adentro; además, no se debe forzar ni estirar ninguna zona. El movimiento asistido hacia adelante debe limitarse a aproximadamente la mitad del recorrido posible, y el giro hacia afuera solo hasta la posición frontal (neutra).

- **Cabestrillo:** cabestrillo sencillo para uso diurno; durante el sueño se retira, pero el brazo debe permanecer delante del cuerpo, sin girar hacia adentro. Se quita para realizar ejercicios y ducharse.
- **Movimientos permitidos:** únicamente movimientos asistidos y pasivos. Elevación asistida hacia adelante hasta unos **60°** (aproximadamente la mitad del recorrido posible); giro hacia afuera solo hasta la posición frontal (neutra); **no se permite rotación interna más allá de la posición neutra, ni estirar el brazo detrás de la espalda ni cruzarlo frente al cuerpo.**
- **Ejercicios:** oscilaciones pendulares; movimientos suaves de mano, muñeca y codo; apretar una pelota; posicionamiento de la escápula; elevación asistida hacia adelante (hasta la mitad del recorrido); rotación externa asistida hasta la posición neutra.

Listo para pasar a la siguiente fase cuando: el dolor haya disminuido y esté bien controlado; pueda mantener cómodamente el brazo en la posición protegida (delante del cuerpo, sin girar hacia adentro); la elevación

asistida hacia adelante alcance sin dificultad la mitad del recorrido posible; la herida haya cicatrizado sin complicaciones; y siga con confianza todas las precauciones relacionadas con la parte posterior del hombro.

Fase II – Movilización temprana (semanas 2–4)

A partir de la segunda semana, se incrementa gradualmente la movilidad, siempre dentro de los límites seguros. Su fisioterapeuta guiará la realización de movimientos pasivos y asistidos bajo supervisión, estableciendo dichos límites; usted podrá incorporar ejercicios isométricos suaves (presión mantenida) para empezar a activar los músculos, manteniendo el brazo inmóvil. El brazo debe permanecer **delante del cuerpo**: no se permite estirarlo hacia atrás ni cruzarlo frente al cuerpo; la rotación interna debe mantenerse en posición neutra.

- **Cabestrillo:** se sigue utilizando; mantenga el brazo delante del cuerpo; no estire el brazo hacia atrás.
- **Movimientos permitidos (bajo supervisión del fisioterapeuta):** elevación hacia adelante hasta aproximadamente **60°**, rotación externa hasta unos **45°**, abducción lateral hasta unos **90°**; **la rotación interna debe mantenerse en posición neutra (0°) al lado del cuerpo**. No se usan poleas en casa.
- **Ejercicios:** abducción lateral asistida; ejercicios isométricos suaves de rotación externa e interna (solo en posición neutra) y abducción lateral; fortalecimiento de los músculos de la escápula; estiramientos del cuello. Interrumpa cualquier ejercicio que provoque dolor en la parte posterior del hombro.

Estará listo para pasar a la siguiente fase cuando: alcance los límites de movimiento indicados sin presentar síntomas en la parte posterior del hombro; el dolor y cualquier hinchazón estén controlados; y tenga buen control de los músculos de la escápula al realizar movimientos suaves.

Fase III – Aumentar el rango de movimiento y comenzar el fortalecimiento (semanas 4–6)

El rango de movimiento se amplía, y se inicia el primer fortalecimiento leve en la dirección segura de rotación externa. Comienzas a realizar movimientos de alcance con asistencia activa, como caminar contra la pared, y ejercicios suaves con bandas elásticas para los músculos rotadores externos. La rotación interna solo se permite en pequeña medida, y únicamente bajo indicación de tu fisioterapeuta; sigue siendo el movimiento más protegido. El cabestrillo se sigue utilizando durante el día hasta la sexta semana.

- **Cabestrillo:** se usa de forma sencilla durante el día hasta aproximadamente la semana 6. Si lo quitas por la noche, evita girar el brazo hacia adentro.
- **Movimientos permitidos:** elevación hacia adelante hasta unos **90°**, movimientos hacia el lateral según lo permita la comodidad, rotación externa hasta unos **45°** a la altura del hombro (o completa si el brazo está extendido lateralmente); **la rotación interna se limita a unos 30° y solo bajo indicación de tu fisioterapeuta**. Comienza a realizar movimientos de alcance con asistencia activa (caminar contra la pared).

No levantes, empujes ni tires objetos que pesen más de 2 libras, y evita cualquier movimiento por encima de la cabeza.

- **Ejercicios:** caminar contra la pared; continuar ejercicios para la escápula y ejercicios isométricos; iniciar trabajo suave con bandas elásticas para la rotación externa en posición lateral.

Listo para pasar a la siguiente fase cuando: logres realizar movimientos con asistencia activa de manera fluida y con buen control de la escápula; el dolor esté bien controlado; y progreses dentro de los límites establecidos sin provocar molestias en la zona posterior del hombro.

Fase IV – Avance (semanas 6–8)

El cabestrillo se retira a las seis semanas. Se va recuperando progresivamente el movimiento activo en todas las direcciones, **excepto en la rotación interna**, la cual se sigue limitando deliberadamente (se mantiene en un máximo de unos 45° hasta la semana 12). El fortalecimiento muscular también aumenta: ejercicios leves para el manguito rotador y los músculos escapulares, las primeras flexiones controladas contra una pared, y movimientos diagonales de todo el brazo usando una banda elástica ligera.

- **Cabestrillo:** se retira a las 6 semanas.
- **Movimientos permitidos:** movimiento activo hasta el **máximo tolerado, EXCEPTO rotación interna**, la cual permanece **limitada a unos 45° hasta la semana 12** (tanto al costado como a la altura del hombro). Se permite levantar cargas ligeras, hasta unos 5 libras.
- **Ejercicios:** rotación externa en decúbito lateral; flexiones contra la pared (que se van intensificando gradualmente; cargan directamente la parte posterior del hombro); patrones diagonales con banda elástica; continuación del fortalecimiento del manguito rotador y de los músculos escapulares.

Listo para pasar a la siguiente fase cuando: se haya recuperado el movimiento activo en todas las direcciones, excepto en la rotación interna; la fuerza muscular vaya aumentando de forma constante; y no haya dolor ni hinchazón tras realizar los nuevos ejercicios de fortalecimiento.

Fase V – Fortalecimiento (semanas 8–12)

Esta fase tiene como objetivo desarrollar fuerza, control y resistencia para el trabajo y el deporte. La rotación interna sigue limitada a unos 45° hasta la semana 12; sin embargo, se trabajan plenamente todos los demás planos de movimiento. El programa incluye un entrenamiento más completo para el manguito rotador y los músculos de la escápula (su fisioterapeuta podría llamarlo “Thrower’s 10”), además de ejercicios de control dinámico.

- **Suspensión:** ninguna.

- **Movimientos permitidos:** completos en todos los planos, **excepto la rotación interna, que permanece limitada a unos 45° hasta la semana 12.**
- **Ejercicios:** remos con bandas de resistencia; ejercicios en posición prona en forma de “T” y “W”; fortalecimiento de la escápula; ejercicios de control dinámico y estabilización. Su fisioterapeuta podría añadir **estabilización rítmica** (ejercicios suaves de mantenimiento de postura en los que empuja ligeramente su brazo y usted ofrece resistencia) para reentrenar el control; se trata de una intervención manual sin diagramas ilustrativos. La carga se incrementa gradualmente hasta alcanzar aproximadamente 7–10 libras.

Estará listo para pasar a la siguiente fase cuando: su capacidad de rotación interna mejore; el fortalecimiento se realice sin dolor ni hinchazón reactiva; y su fuerza aumente de manera equilibrada en comparación con el otro lado.

Fase VI – Rango completo de movimiento y entrenamiento con pesas (semanas 12–14)

A las doce semanas, **la rotación interna se restaura finalmente por completo.** En este momento se inician los estiramientos detrás de la espalda y a través del cuerpo, y el entrenamiento en el gimnasio pasa de las máquinas a las pesas libres. Los flexiones de brazos se van practicando desde la pared hasta el suelo. El objetivo en esta fase es lograr **una rotación interna completa y simétrica**, igual a la del otro lado, ya que la rotación interna es el movimiento que una reparación posterior protege durante más tiempo.

- **Soporte ortopédico:** ninguno.
- **Movimientos permitidos:** **rango completo de movimiento en todas las direcciones, incluida la rotación interna**, progresando gradualmente y sin forzar.
- **Ejercicios:** rotación interna con un palo; rotación interna en posición lateral; estiramiento a través del cuerpo; estiramiento “sleepers”; estiramiento con toalla para alcanzar detrás de la espalda; flexiones de bíceps y ejercicios de condicionamiento general. Continúe y prograse con los ejercicios de fortalecimiento del manguito rotador, de la escápula y de los músculos diagonales de la fase anterior.

Listo para pasar a actividades deportivas cuando: la rotación interna sea cada vez más simétrica con el otro lado; tenga movilidad completa y sin dolor en todas las direcciones; y su fuerza vaya aumentando hasta igualar la del otro lado, sin presentar inflamación reactiva.

Retorno al deporte y al trabajo

El retorno se basa en **criterios clínicos**, no únicamente en el calendario, y debe contar con la autorización tanto del Dr. Hirpara como de su fisioterapeuta.

- **Deportistas que lanzan o realizan movimientos por encima de la cabeza:** se inicia un programa progresivo de lanzamiento o de intervalos a partir de aproximadamente **14–16 semanas**, aumentando gradualmente el volumen y la intensidad.
- **Deportes de contacto y colisión** (rugby, fútbol, artes marciales, deportes de raqueta, escalada, equitación): **no antes de los 5 meses**, y únicamente cuando se cumplan los siguientes criterios.
- **Trabajo:** se permite el trabajo sedentario según la tolerancia; el trabajo manual o pesado, al menos 3 meses después de la cirugía.

Estará listo para volver al deporte cuando:

- tenga **rango de movimiento completo y sin dolor** en todas las direcciones, incluida la rotación interna, simétrica con el lado contralateral;
- su **fuerza en rotación externa e interna sea similar a la del otro lado** (para su fisioterapeuta: un índice de simetría de aproximadamente **90% o más** en cuanto a fuerza de rotación interna y externa, medida mediante dinamometría isocinética o manual; en casos de reparación posterior, es fundamental asegurar una fuerza de **rotación interna** simétrica, ya que esta es la dirección protegida);
- haya completado cualquier programa específico para su deporte (como un programa de lanzamiento por intervalos) sin presentar dolor ni sensación de inestabilidad; y
- el Dr. Hirpara le haya dado el visto bueno en la revisión médica.

Después de seguir este protocolo

Este protocolo se utiliza en conjunto con las recomendaciones generales de recuperación del consultorio; consulte [manejo del dolor postoperatorio](#) y [cuidado de la herida](#). En cuanto a la afección en sí, consulte [inestabilidad del hombro](#).

El cronograma por fases, los límites de protección específicos para lesiones posteriores, el retorno gradual de la rotación interna y los criterios para volver a la práctica deportiva se elaboraron tomando como referencia los protocolos publicados sobre estabilización posterior por la Medicina Deportiva de la Universidad de Virginia y la Medicina Deportiva de la Universidad de Nuevo México (Protocolos de rehabilitación para la reparación del labrum posterior), la Medicina Deportiva de Massachusetts General Brigham (Reparación del labrum Bankart posterior), así como el artículo clínico “Rehabilitación tras la estabilización posterior del hombro” (International Journal of Sports Physical Therapy, 2021). Dicho protocolo fue adaptado al enfoque de este consultorio por el Dr. Hirpara. El programa de ejercicios original se basa en el trabajo de Leonard Funk y la Unidad de Hombro de Wrightington (shoulderdoc.co.uk).