


	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SMR-17
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	DIRECCIÓN MÉDICA		Rev. 03
			Hoja: 1 de 10

GUÍA CLÍNICA DE REHABILITACIÓN EN MENISGOPATIAS DE LA RODILLA

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Puesto	Jefatura de Servicio Rehabilitación del Deporte	Jefatura de División Rehabilitación Ortopédica	Subdirección Medicina de Rehabilitación
Firma			

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DM-15
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	DIRECCIÓN MÉDICA		Rev. 03
		Hoja: 2 de 10	

1. Propósito

Establecer los lineamientos necesarios para la atención a los pacientes tratados en el servicio de Rehabilitación del Deporte. Y que sea uniforme y de acuerdo a los conocimientos actuales buscando un mejor pronóstico para la vida y función del paciente.

2. Alcance

A todo el personal médico y paramédico del servicio de Rehabilitación del deporte

3. Responsabilidades

Subdirector:



- Implementar y verificar el cumplimiento de éste procedimiento
- Brindar los recursos necesarios.

Jefe de Servicio:

- Elaborar la guía del padecimiento
- Supervisar el cumplimiento de la misma
- Procurar el cumplimiento de la misma

Médico Adscrito:

- Ejecutar la guía
- Participar en la revisión

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DM-15
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	DIRECCIÓN MÉDICA		Rev. 03
		Hoja: 3 de 10	

4. Políticas de operación y normas.

Revisión será cada dos años o antes si fuera necesario.

MENISCOPATIAS DE LA RODILLA

5. Definición



Lesión meniscal: El menisco es un fibrocartílago, su composición es ligeramente diferente del cartílago articular. Cada rodilla tiene un menisco medial y lateral que se unen por ligamentos coronoides a la tibia proximal. Los meniscos tienen forma de “c” o semiluna. El anillo meniscal es angosto centralmente y más grueso en la periferia, creando una cavidad profunda para sostener los cóndilos femorales. En una sección coronal, el menisco tiene una forma de cuña triangular.

Los meniscos tienen muchas funciones incluyendo, transmisión y absorción de carga, lubricación, estabilización de la articulación y propiocepción.

Es sabido que la falta de parte o todo de uno o ambos meniscos llevará a cambios degenerativos articulares posteriores. Esto llevará a grados variables de incapacidad, múltiples cirugías, que terminaran en el reemplazo articular. La incidencia de lesiones meniscales agudas es 61/100,000. En atletas se presenta en forma secundaria a un trauma, En pacientes sobre 65 años, hay un 60% incidencia de rupturas meniscales degenerativas aguda.

6. Diagnóstico

El diagnóstico de lesiones meniscales puede establecerse obteniendo una historia clínica detallada con respecto al mecanismo de lesión, la presencia de derrame, tiempo de evolución y síntomas. La mayoría de los pacientes jóvenes describe un evento traumático agudo, como una lesión de tipo torsional. Sin embargo puede existir también el antecedente de valgo y/o varo forzados. El dolor se localiza a nivel de la interlínea articular medial o lateral y se exagera con la actividad y disminuye con el reposo. Otro síntoma muy frecuente es el bloqueo de la

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DM-15
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	DIRECCIÓN MÉDICA		Rev. 03
		Hoja: 4 de 10	

articulación de la rodilla. En el examen físico el dolor en la línea articular es el hallazgo más común en los pacientes con un menisco dañado. El derrame puede estar en algún momento presente en el curso de la presentación clínica, al igual que el bloqueo articular. Las pruebas especiales como la de McMurray es positiva en aproximadamente el 60% de casos y se buscan otras como la maniobra de Apley y Steinmann para ayudar a tener la mayor certeza clínica. La lesión meniscal degenerativa en pacientes mayores puede no estar asociada con trauma pero el dolor y derrame también están presentes.

Las radiografías simples son de escaso beneficio para establecer diagnóstico de lesión de menisco, el único dato que puede hallarse en la radiografía simple ap con carga de rodillas es la disminución del espacio femorotibial.

La artrografía ha informado tasas de exactitud del 60% a 97% en el diagnóstico de lesión de menisco. No obstante, la resonancia magnética (MRI) se ha convertido en el procedimiento de la imagen de elección. Este examen tiene sensibilidad del 94% a 98% para el menisco medial y 90% a 96% para el menisco lateral.



La artroscopía sigue siendo la mejor herramienta de diagnóstico.

Los desgarros meniscales pueden ser el resultado de una lesión aguda o de una degeneración (crónica) gradual con el envejecimiento. Son clasificadas de acuerdo a la morfología, situación, tamaño, y estabilidad. La morfología incluye rupturas longitudinales, oblicuas, radiales, verticales, horizontales y degenerativas

7. Tratamiento

7.1 Médico

Se encuentra encaminado a disminuir la inflamación y a controlar el dolor, y una vez logrado esto a recuperar el arco de movimiento de la rodilla, evitar o disminuir contracturas musculares y a implementar un programa de fortalecimiento muscular de acuerdo a cada paciente que puede incluir ejercicios de cadena cinética cerrada, abierta o ambos, con el fin de recuperar la fuerza muscular del cuádriceps y los isquiotibiales. Y puede variar de acuerdo a la presentación

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DM-15
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	DIRECCIÓN MÉDICA		Rev. 03
			Hoja: 5 de 10

del caso ya sea aguda o crónica, así como si es un tratamiento conservador o es un paciente posquirúrgico egresado del servicio de artroscopia.

Manejo conservador: No todas las lesiones de menisco causan síntomas. Las rupturas longitudinales pequeñas (menos de 10 mm) pueden sanar espontáneamente en las pacientes jóvenes cuando se llevan adecuadamente las indicaciones y la rehabilitación. Los desgarros estables y los desgarros de espesor parcial normalmente no requieren tratamiento quirúrgico. Sin embargo, si los pacientes continúan siendo sintomáticos después de 3 meses, el tratamiento quirúrgico es el recomendado y es cuando se realiza la valoración por el servicio de artroscopía.

7.1.1 Medicamentos



Analgésicos y antiinflamatorios

7.1.2 Rehabilitación

La rehabilitación del paciente con lesión de menisco aguda no quirúrgica implica el uso de medios físicos como es la crioterapia y el uso de analgesia eléctrica, seguido de movimiento articular activo asistido tratando de mejorar el arco de movimiento de forma gradual protegiendo el daño mayor a las estructuras de la rodilla. Después de 3-4 días de crioterapia se cambia a la modalidad de termoterapia que incluye distintos medios físicos como la compresa húmeda caliente, el ultrasonido, el laser y la diatermia. Se continúa con electroterapia en caso de dolor e inflamación según sea el caso con medios como los TENS, corrientes interferenciales, diadinámicas, etc. Se insiste en recuperar el arco de movimiento así como estiramiento muscular y especial atención a la recuperación de la fuerza muscular.

En los casos crónicos en que no hay dolor intenso se indica el uso de calor local, ejercicios para mejorar el arco de movimiento y disminuir al máximo las contracturas así como fortalecimiento muscular por isotónicos o por resistencia progresiva.

Para los pacientes posquirúrgicos se sigue un procedimiento diferente en caso de remodelación y menisectomía que cuando se realiza reparación meniscal y si hay procedimientos agregados como reparación de ligamentos, o microfracturas en caso de

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DM-15
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	DIRECCIÓN MÉDICA		Rev. 03
			Hoja: 6 de 10

lesiones condrales. El tratamiento general no cambio respecto a las lesiones agudas, solo se puntualiza algunos detalles como el movimiento articular el cual se realiza de manera activa asistida a tolerancia y en caso de reparación se limita a 90° o menos según cada caso cuando es comentado con los cirujanos en el pase de visita en piso, y se progresa una vez que se cumplen los tiempos de cicatrización que varían de 3-4 semanas. El uso de muletas ocupa de 5-10 días en casos de no reparación y se prolongas hasta 4 semanas en aquellos que se reparan o microfracturan. El fortalecimiento muscular se inicia desde la primera semana asi como el estiramiento, y se combinan ejercicios de cadena cerrada en aparatos como el cicloergometro y el kinetron, y para la reeducación de la marcha se ocupan las barras paralelas y el espejo además de la rampa y la escalerilla.

7.1.3

Algunos casos requieren un procedimiento especial como aquellos en que se realiza trasplante de menisco, en los que se apega al protocolo establecido para dicho procedimiento.

7.2 Quirúrgico



A cargo del servicio de artroscopia

8. Evaluación del resultado

8.1 Cuantitativo

Se analiza con mediciones clínicas como perimetría, arcos de movimiento con goniómetro, medición de contracturas musculares y evaluación de la fuerza con el examen manual muscular y cuando es necesario con el uso de isocinesia con equipo biodex. Así también se evalúa el dolor con la escala visual análoga.

8.2 Cualitativo

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DM-15
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	DIRECCIÓN MÉDICA		Rev. 03
		Hoja: 7 de 10	

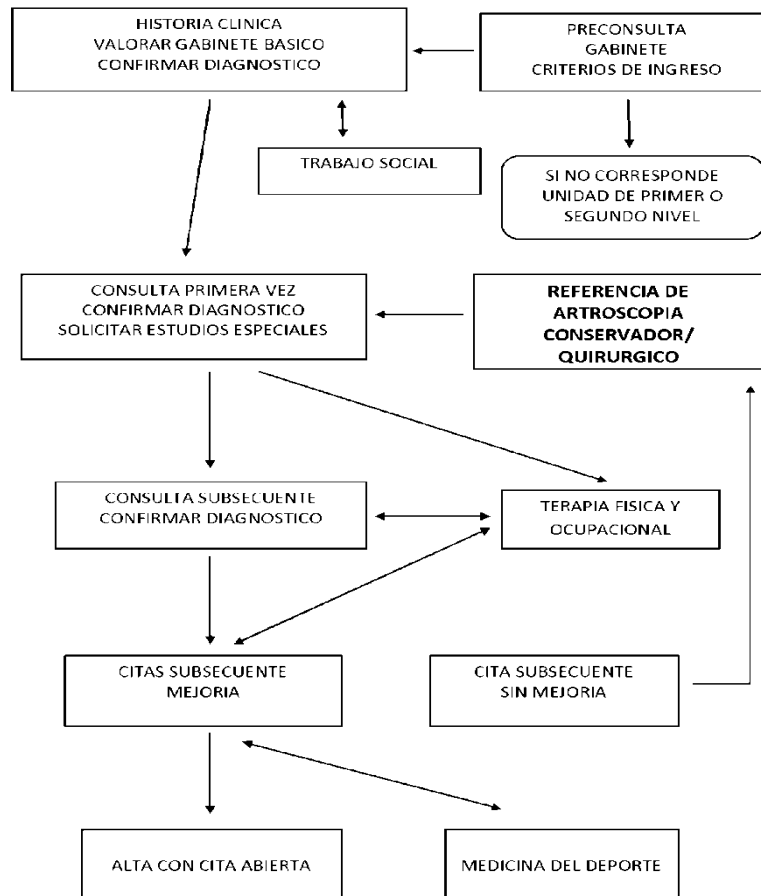
Se realiza mediante la sintomatología a través del interrogatorio y evaluación del dolor, de la capacidad funcional y el bienestar del paciente así como la reincorporación a las actividades de la vida diaria incluyendo el aspecto laboral, y muy importantemente el estado anímico del paciente a lo largo de su evolución. Se utilizan también en algunos casos escalas especiales para rodilla como lo es Lysholm y Tegner.

9. Criterios de alta



Cuando el paciente está asintomático, con arcos de movimiento completos, fuerza en 5 y contracturas al mínimo, es dado de alta con cita abierta.

10. Anexos



10.1 Flujograma



10.2 Referencias bibliográficas y Guías clínicas específicas

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DM-15
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	DIRECCIÓN MÉDICA		Rev. 03 Hoja: 9 de 10

1. **Meniscal injuries: A critical review;** Paul H. Lentoand VenuAkuthota et al, Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation 15 (2000) 55–62 *Rehabilitation Institute of Chicago, Chicago, IL60611, USA.*
2. **Meniscal Injury: II. Management** *Patrick E. Greis, MD, Michael C. Holmstrom, MD, Davide D. Bardana, MD, FRCSC, and Robert T. Burks, MDJ Am AcadOrthopSurg 2002;10:177-187.*
3. **The consequences of meniscectomy. Review article.** The journal of bone and joint surgery (Br). Vol 88-B. No. 12, december 2006.
4. **Meniscus Repair Considerations in Treatment and Update of Clinical Results,** *Eric C. McCarty, MD*; Robert G. Marx, MD, MSc** Kenneth E. DeHaven, MD†, Clinical orthopaedics and related research Number 402, pp. 122–134 2002 Lippincott Williams & Wilkins, Inc*
5. **Postoperative follow up and rehabilitation after meniscus replacement,** *Konh d. aAgaard h, Verdonk R. et al, Scand J Med Sci Sports 1999;9: 177-180. Munksgaard, 1999.*
6. **Current Progress in Meniscal Repair and Postoperative Rehabilitation;** *Scott W. Pyne, MD Current Sports Medicine Reports 2002, 1:265–271 Current Science Inc*
7. **Correlates of knee extensor training load used in rehabilitation after knee surgery;** Matthew C. Morrissey and Peter c. Goodwin; Journal of Strength and Conditioning Research, 2007, 21(4), 1050–1052_ 2007 National Strength & Conditioning Association. *Road, Manchester M13 OJA, United Kingdom.*
8. **Effectiveness of Supervised Physical Therapy in the Early Period After Arthroscopic Partial Meniscectomy.** *Peter C Goodwin, Matthew C Morrissey et al, Physical Therapy . Volume 83 . Number 6, June 2003.*

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DM-15
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	DIRECCIÓN MÉDICA		Rev. 03 Hoja: 10 de 10

9. Physical Therapy After Arthroscopic Partial Meniscectomy: Is It Effective?; *Peter C. Goodwin and Matthew C. Morrissey* Exercise and Sport Sciences Reviews Centre for Applied Biomedical Research, GKT School of Biomedical Sciences, King's College London, United Kingdom M0091-6631/3102/85-90 Copyright © 2003 by the American College of Sports Medicine

10. The Meniscus: Review of Basic Principles With Application to Surgery and Rehabilitation Timothy Brindle*; John Nyland†; Darren L. Johnson* *Journal of Athletic Training* 2001;36(2):160-169 by the National Athletic Trainers' Association, Inc www.journalofathletictraining.org

11. Effect of arthroscopic partial meniscectomy on the function of quadriceps femoris; Hiroshi Akima Maya Hioki Takemitsu Furukawa. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* (2008) 16:1017-1025

12. Allograft Meniscus Transplantation; Background, Indications, Techniques, and Outcomes; Richard W. Kang, BS; Christian Lattermann, MD; Brian J. Cole, MD, MBA; *The journal of knee surgery* July 2006 / Vol 19 No 3

13. Meniscal Transplantation; René Verdonk, M.D., Ph.D; Fredrik Almqvist, M.D., Ph.D; *Techniques in knee surgery* 1(1):23-35, 2002

11. Control de cambios

Revisión	Descripción del cambio	Fecha
01	Actualización de imagen institucional	JUN 15
02	Transición del SGC de la Norma ISO 9001:2008 a la Norma ISO 9001: 2015	MAY 18
03	Actualización de Imagen Institucional	DIC 20