


	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SMR-18
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Rev. 03</b>
		<b>Hoja: 1 de 9</b>	

## GUÍA CLÍNICA DE REHABILITACIÓN EN LUXACIÓN DE RÓTULA

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

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-DM-16
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja:</b> 2 de 9

## 1. Propósito:

Proporcionar atención médica de excelencia.

## 2. Alcance:

Pacientes con luxación rotuliana

## 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

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-DM-16
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja:</b> 3 de 9

## 4. Políticas de operación y normas.

Revisión será cada dos años o antes si fuera necesario.

## LUXACION RECIDIVANTE DE ROTULA

### 5. Definición

La luxación recidivante de rótula (LRR) es una alteración de la dinámica del aparato extensor, que afecta con frecuencia a jóvenes, caracterizado por episodios recurrentes de inestabilidad rotuliana al deslizarse en forma brusca la patela fuera de su encarrilamiento normal.

### 6. Diagnóstico



#### 6.1 Cuadro Clínico

Fallo brusco o aflojamiento articular de la rodilla debido a inhibición del cuádriceps por dolor; signo de aprehensión o temor al dolor; aumento de la trayectoria lateral de la rótula; clínicamente se valorara con medición del ángulo Q: se trata del ángulo formado por una línea que va de la espina ilíaca ántero-superior al centro de la rótula y otra línea que va del centro de la rótula a la tuberosidad tibial anterior. Para medir este ángulo colocaremos una toalla enrollada debajo de la rodilla para que ésta se mantenga en un ángulo de 10° a 20° de flexión

#### 6.2 Laboratorio y Gabinete

Laboratorio: sin hallazgos de importancia

Gabinete: estudios radiológicos estándar AP con apoyo, laterales con flexión de rodillas a 30 grados; posteroanteriores a 45 grados ambas rodillas y proyecciones de Merchant a 45 grados.

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-DM-16
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja:</b> 4 de 9

### 6.3 Estudios Especiales

Tomografía axial computarizada para valoración en tercera dimensión de la articulación patelofemoral Resonancia Magnética: Para valoración de lesiones asociadas como son las lesiones de los retinaculos o el ligamento patelofemoral, así como lesiones asociadas de las diferentes estructuras de la rodilla.

### 6.4 Clasificación en su caso

N/A

## 7. Tratamiento

### 7.1 Médico



Orientación general al paciente sobre su padecimiento, higiene articular y cuidados generales

#### 7.1.1 Medicamentos

Anti inflamatorios en caso necesario así como uso de analgésicos.

#### 7.1.2 Rehabilitación

La rehabilitación del paciente con luxación de rotula aguda implica el uso inmovilización por al menos 5 días y uso de crioterapia antes iniciar con fisioterapia, una vez que la inflamación aguda haya disminuido se puede continuar con medios físicos como es la crioterapia y el uso de analgesia eléctrica en caso de dolor importante, seguido de movimiento articular pasivo a la patela en dos ejes y activo asistido a la rodilla 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 Se continúa con electroterapia en caso de dolor e inflamación según sea el caso con medios como los TENS, corrientes

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-DM-16
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja:</b> 5 de 9

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. La fuerza muscular va encaminada a mejorar el aparato extensor, especialmente el vasto interno, ya que es un importante estabilizador medial de la patela. Se realiza con ejercicios combinados de cadena cerrada (cicloergometro) y abierta, de estos últimos iniciando con isotónicos sin carga y evaluar cada dos semanas para ir progresando con carga y en algún momento con ejercicios de resistencia progresiva.

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.

En algunos casos está indicado el uso de ortesis como bandas, cintas y rodilleras.



Para los pacientes posquirúrgicos se sigue un procedimiento diferente en cada caso dependiendo del tratamiento realizado, en los casos de liberación de retináculo y plicatura el tratamiento no varía mucho del cuadro agudo, solo se progresa de manera gradual el arco de movimiento, de manera gentil y a tolerancia durante el proceso de su rehabilitación. En caso de reconstrucción del ligamento patelofemoral, se progresa el rango de movimiento inicialmente con restricción y de acuerdo a evolución y acuerdo conjunto con cirugía se progresa hasta completar el arco. El uso de muletas ocupa de 5-7 días en caso de que el paciente tenga dolor y se sienta inseguro. El fortalecimiento muscular se inicia desde la primera semana así 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 Otros

N/A

### 7.2 Quirúrgico

A cargo de artroscopia

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-DM-16
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja:</b> 6 de 9

## 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

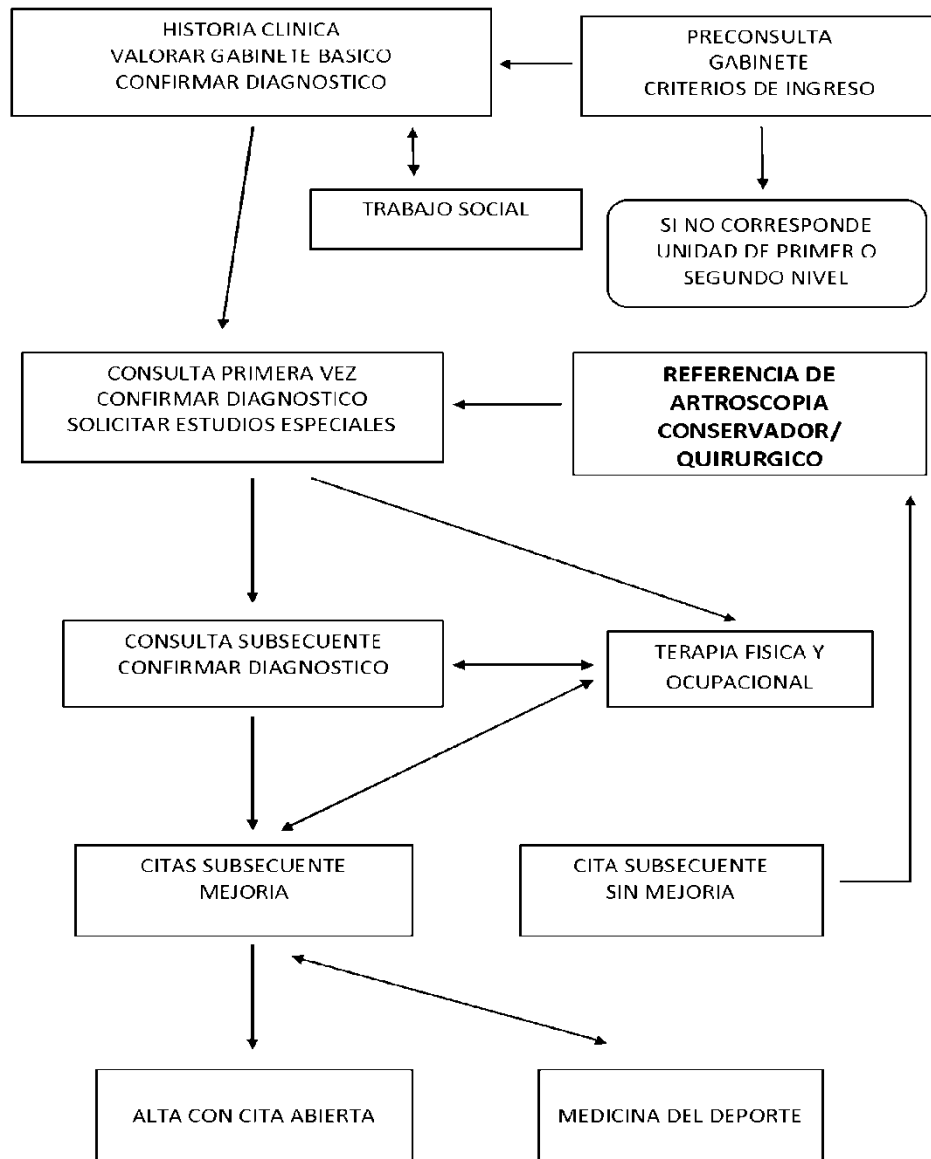
Se realiza mediante la sintomatología a través del interrogatorio y evaluación del dolor, de la capacidad funcional y el bienestar del paciente así como la reincorporación a las actividades de la vida diaria incluyendo el aspecto laboral, y muy importantemente el estado anímico del paciente a lo largo de su evolución.



## 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





	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-DM-16
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja:</b> 8 de 9

## 10.2 Referencias bibliograficas y Guías clínicas específicas

1. Goodfellow J, Hungerford DS, Zindel M. Patello-femoral joint mechanics and pathology. Functional anatomy of the patello-femoral joint. J Bone Joint Surg Br. 1976;58:287-90.
2. Insall J, Goldberg V, Salvati E. Recurrent dislocation and the high-riding patella. ClinOrthopRelat Res. 1972;88:67-9.
3. Senavongse W, Amis AA. The effects of articular, retinacular, or muscular deficiencies on patellofemoral joint stability. J Bone Joint Surg Br. 2005;87: 577-82.
4. Dejour D, Le Coultre B. Osteotomies in patello-femoral instabilities. SportsMedArthrosc. 2007;15:39-46.
5. Sanders TG, Morrison WB, Singleton BA, Miller MD, Cornum KG. Medial patellofemoral ligament injury following acute transient dislocation of the patella: MR findings with surgical correlation in 14 patients. J Comput Assist Tomogr. 2001;25:957-62.
6. Maenpaa H, Lehto MU. Patellar dislocation. The long-term results of nonoperative management in 100 patients. Am J Sports Med. 1997;25:213-7.
7. Stefancin JJ, Parker RD. First-time traumatic patellar dislocation: a systematic review. Clin OrthopRelat Res. 2007;455:93-101.
8. Kolowich PA, Paulos LE, Rosenberg TD, Farnsworth S. Lateral release of the patella: indications and contraindications. Am J Sports Med. 1990; 18:359-65.
9. Kujala UM, Jaakkola LH, Koskinen SK, Taimela S, Hurme M, Nelimarkka O. Scoring of patellofemoral disorders. Arthroscopy. 1993;9:159-63.
10. Utting MR, Mulford JS, Eldridge JD. A prospective evaluation of trochleoplasty for the treatment of patellofemoral dislocation and instability. J Bone Joint Surg Br. 2008;90:180-5.
11. Stetson WB, Friedman MJ, Fulkerson JP, Cheng M, Buuck D. Fracture of the proximal tibia with immediate weightbearing after a Fulkerson osteotomy. Am J SportsMed. 1997;25:570-4.



	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-DM-16
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Rev. 03</b>
		<b>Hoja:</b> 9 de 9	

## 11. Control de cambios

Revisión	Descripción del cambio	Fecha
01	Actualización 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