


ANEXO 0.20
TERAPIA FÍSICA PARA LESIÓN DE LCP DE RODILLA

	TERAPIA FÍSICA PARA LESIÓN DE LCP DE RODILLA Dirección Médica Código: G DM ST-02	Página 2 / 3 Versión 01 Fecha: 27/04/10
		Emitido a: Procesos misionales

1. DEFINICION

Ruptura parcial o completa, o un estiramiento de cualquier parte del ligamento cruzado posterior o LCP.

2. ETIOLOGIA

El ligamento cruzado posterior generalmente se lesiona por hiperextensión (extensión excesiva de la rodilla), lo cual puede suceder si la persona aterriza torpemente después de saltar. El LCP también se puede lesionar por un golpe directo a la rodilla flexionada, como aplastar o romperse la rodilla en un accidente automovilístico (llamado "lesión de la articulación de la rodilla contra el tablero de instrumentos").

3. CUADRO CLINICO

El LCP es un ligamento potente que se extiende desde la superficie posterosuperior de la tibia hasta la superficie frontal inferior del fémur. Este ligamento impide que la articulación de la rodilla presente inestabilidad posterior, es decir, inestabilidad detrás de la articulación:

- Sensibilidad e inflamación de la rodilla en su zona posterior (fosa poplítea)
- Inestabilidad de la articulación de la rodilla
- Dolor articular en la rodilla

4. TRATAMIENTO

4.1. CONSERVADOR Y/O PREOPERATORIO:

FASE AGUDA	<ul style="list-style-type: none"> • 1-3 días: Técnica Rice (reposo, hielo, compresión, elevación) • Importante acá la electroterapia basada en la aplicación de Electroestimulación, usadas contra la inflamación y el dolor. • Así mismo el uso de un Brace en total extensión y no apoyo inicial.
FASE INTERMEDIA	<ul style="list-style-type: none"> • Añadir a lo anterior: • Incrementar el arco de movimiento a tolerancia del paciente • Contracción isométrica de Cuádriceps • Ejercicios de Cuádriceps en un arco de 30° a 0°. • Iniciar ejercicios para los isquiotibiales de 0° a 10°. • Aplicación de Ultrasonido y Estimulación Eléctrica de Cuádriceps y especialmente en Vasto Interno • Continuar con el Brace en extensión total para dormir durante 2 semanas. • A medida que se incrementa el arco de movimiento, el apoyo a tolerancia, se combinan con ejercicios de cadera en abducción y aducción. • Ejercicios de cadena cinética cerrada, sin abusar de la flexión de rodilla (ángulos iniciales e intermedios) y con los pies apoyados en posición neutra ó ligera dorsiflexión. • Como plan casero recomendar al paciente La Hidroterapia
FASE FINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Estimulación de la propiocepción bipodal, unipodal y multidireccional es importante y vital. Así mismo la bicicleta, los isotónicos en cadena cinética abierta y los ejercicios de cadena cinética cerrada anteriores, laterales, posteriores y diagonales • Cuando los diferentes tests comparativos con el miembro inferior no comprometido, indican que ya existe un valor de 70% de recuperación en la potencia muscular y funcionalidad del miembro lesionado, se inicia gestos deportivos, si se trata de un deportista, aproximándonos a figuras biomecánicas propias del deporte específico, Pliométrial, vertical, horizontal, multisaltos, incrementando nivel de complejidad y una muy buena adaptación cardiovascular.

	<p align="center">TERAPIA FÍSICA PARA LESIÓN DE LCP DE RODILLA</p> <p align="center">Dirección Médica</p> <p align="center">Código: G DM ST-02</p>	Página 3 / 3 Versión 01 Fecha: 27/04/10
		Emitido a: Procesos misionales

4.2. TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

SEMANA 1 - 4	<ul style="list-style-type: none"> • Inmovilización inmediata con brace en total extensión, y para dormir por 4-semanas. • Crioterapia • Inicio de movimientos de la rótula para evitar artrofibrosis en forma inmediata. • Contracciones isométricas de cuádriceps con extensión de rodilla, acostado en posición supino. • Electroestimulación. • decúbito lateral, abducción y aducción de cadera. Libres de tobillo y pié. • Al 5 día, se inicia en posición sentado, flexión pasiva de rodilla, en un ángulo de 0° a 45° • Estiramiento de gastrocóleos y hamstrings con rodilla en extensión con toalla ó theraband. • 3 SEMANAS : Incrementar extensión de 0° a 90°, en posición prona, evitando todavía activos de isquiotibiales, • Ejercicios de cadena cinética cerrada • Continuar con abducción y aducción de cadera, con pesos ligeros debajo de la rodilla o con theraband, en posición decúbito lateral. • La reeducación de la marcha en este momento es muy importante, vigilando dicho apoyo en aumento, a tolerancia del paciente, con el brace no bloqueado para permitir flexión funcional. Para dormir se recomienda al paciente bloquear el brace a 0°, para no permitir flexión mientras duerme. • Continuar con aumento en arcos de movimiento.
SEMANA 6 - 20	<ul style="list-style-type: none"> • Añadir a lo anterior: • Ejercicios activos de isquiotibiales, cadena cinética cerrada en aumento • Propiocepción bipodal y unipodal a tolerancia. • Desplazamientos hacia adelante, atrás, a la derecha, a la izquierda, diagonales, círculos amplios
MES 5 - 6	<ul style="list-style-type: none"> • Añadir a lo anterior: • Continuar potencia en ccc y cca, incremento de la propiocepción. • Si ya la rodilla muestra un adecuado status de control neuromuscular, iniciamos desplazamientos adelante con trote ligero, a velocidad media controlada. • Transición gradual en total arco de flexión-extensión, con buena potencia de cuádriceps-hamstring. • Cadenas cinéticas cerradas en progresión funcional y grado de dificultad
MES 6 - 8	<ul style="list-style-type: none"> • Añadir a lo anterior: • Empezamos pliometría, tanto vertical, como horizontal, graduando la altura en los tests de saltabilidad. • Programa de trote en aumento de velocidad, agilidad y destreza en gestos deportivos específicos. • En este momento un test isokinético es ideal, para comprobar la relación sincrónica de radio cuádriceps-isquiotibiales y comparar con la extremidad no afectada

Cuando los pacientes son deportistas, la mayoría de los ellos, retornan al deporte, generalmente, entre los 9 y 12 meses, después de su acto quirúrgico, dependiendo de su evolución

Elaboró: Luz Dary Candela Cargo: Fisioterapeuta	Revisó: Pedro González Cargo: Dirección Médica	Revisó: Myriam González Cargo: Dirección General
Fecha elaboración: 26/04/10	Fecha revisión: 27/04/10	Fecha aprobación: 27/04/10