

Revista Mexicana de
Medicina Física y Rehabilitación

Volumen
Volume 13

Número
Number 4

Octubre-Diciembre
October-December 2001

Artículo:

Ejercicios isométricos y de resistencia progresiva en pacientes postoperatorios de artroscopia de rodilla. Programa tradicional *versus* programa domiciliario

Derechos reservados, Copyright © 2001:
Sociedad Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación, AC

Otras secciones de
este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

Ejercicios isométricos y de resistencia progresiva en pacientes postoperatorios de artroscopia de rodilla. Programa tradicional versus programa domiciliario

Mayor M.C. Claudia Carolina Bonilla Escotto,*

Gral. Bgda. M.C. José Luis Chávez Olvera*

RESUMEN

Antecedentes: La atrofia e hipotonía del cuadríceps, así como el dolor y el edema, influyen en la recuperación del paciente sometido a artroscopia de rodilla. Existe un déficit del 20 al 40% en la fuerza de los músculos extensores y flexores de rodilla hacia la tercera semana postoperatoria. Algunas publicaciones reportan una recuperación incompleta después de cuatro a ocho semanas. **Objetivo:** Implementar un Programa de Rehabilitación Domiciliario en pacientes postoperatorios de artroscopia de rodilla de etiología postraumática cuya eficacia y tiempo de recuperación sea igual o mejor al tradicional. **Método:** Se comparó el programa tradicional (Grupo 1) con el domiciliario (Grupo 2) evaluando en cada grupo la fuerza muscular (cuadríceps, glúteos mayor y medio e isquiotibiales), arcos de movilidad de la rodilla, circunferencias (20 y 10 cm arriba de la rodilla, suprarrotuliano, mediortolutiano, infrarrotuliano y 10 cm debajo de la rodilla) y el dolor (escala visual análoga). El análisis estadístico se realizó mediante t de Student, prueba de Fisher y U de Mann-Whitney. **Resultados:** En el grupo 1 se demostró recuperación hacia la cuarta semana postartroscopia, mientras que los pacientes del grupo 2 evidenciaron recuperación significativa a partir de la segunda semana. **Conclusiones:** Con el programa domiciliario de ejercicios de resistencia progresiva, la recuperación del paciente postoperatorio de artroscopia de rodilla es más rápida y eficaz que con el programa tradicional.

Palabras clave: Artroscopia, rehabilitación, ejercicios de resistencia, rodilla, cuidados postoperatorios.

ABSTRACT

Antecedents: Quadriceps atrophy and hipotonia, pain and swelling interfere in recovery of knee arthroscopy postoperated patients. Strength is lost in 20 to 40% in knee muscles on third week. Some authors report incomplete recovery after four to eight weeks. **Objective:** Establish Home Rehabilitation Program in postoperated patients of knee arthroscopy with an equal or better recovery than traditional program. **Method:** Traditional and home programs were evaluated by muscular strength (quadriceps, gluteus and hamstrings), range of motion of the knee, circumferences (10 and 20 cm above patellar superior border, suprapatellar, mediumpatellar and infrapatellar, and 10 cm below the knee) and pain (visual analogue scale). Statistic analysis was made with Student's t, Fisher test and Mann-Whitney U. **Results:** In the first group recovery took place at the fourth week after arthroscopy, and in the second group significant recovery was seen since second week. **Conclusions:** Home rehabilitation program of postoperated patient of knee arthroscopy is better and faster than traditional program.

Key words: Arthroscopy, rehabilitation, progressive exercises, knee, postoperative care.

INTRODUCCIÓN

La técnica artroscópica simplifica el periodo postoperatorio de la cirugía intraarticular de rodilla y permite una rehabilitación temprana en la cirugía meniscal y en el tratamiento de lesiones condrales. Existen diversas publicaciones en las que se evidencia una disminución de varios meses a unas cuantas semanas del periodo rehabilitatorio cuando se emplea la técnica artroscópica en comparación con la artrotomía y meniscectomía convencionales.^{1,2}

La atrofia e hipotonía de los músculos extensores y flexores de la rodilla, principalmente el cuadríceps, así como el dolor y

el edema, dificultan la recuperación de los pacientes posoperatorios de artroscopia de rodilla (AR). Evaluaciones de la fuerza muscular (FM), demuestran un déficit residual en los músculos extensores de rodilla de 20 a 40% y en los flexores hasta de un 20% para la tercera semana postquirúrgica. Este déficit predispone a un elevado riesgo de lesiones posteriores, especialmente cuando el paciente se reincorpora a sus actividades cotidianas.³⁻⁷

El éxito de la AR implica un adecuado programa de rehabilitación (PR) que inicie en forma temprana, de manera intensiva y que sea adecuadamente supervisado, de tal manera que se obtenga una recuperación rápida y con un nivel de funcionamiento similar o incluso mejor al que el paciente presentaba antes del procedimiento quirúrgico.^{3,6-8}

Un programa temprano, intensivo y bien supervisado durante las cuatro primeras semanas postartroscopia, puede lo-

* Área de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Central Militar.

grar una recuperación más rápida y sin efectos adversos. La verdadera prueba de la rehabilitación es cuando el paciente puede retornar al mismo nivel de función previo a la cirugía.^{3,7,8}

Por lo tanto, la clave de los PR en pacientes postoperatorios de artroscopia de rodilla depende de restaurar la FM y la función de la extremidad involucrada, disminuyendo previamente el edema y el dolor, ya que la rehabilitación no estará completa hasta que la fuerza y flexibilidad de cada músculo de la extremidad inferior sea igual o mayor a la del lado opuesto.^{3,5,9,10}

Existen diversos PR postquirúrgica para la rodilla;^{2,3,11,12} sin embargo, la mayoría de ellos implican que el paciente acuda a un centro especializado en rehabilitación, que por un lado origina costos tanto para el paciente como para la institución hospitalaria; particularmente, en lo referente al traslado, tiempo, así como personal capacitado. Por otra parte, representa un esfuerzo físico para el paciente, lo que conlleva un mayor riesgo de lesionarse la rodilla intervenida durante su traslado al centro de rehabilitación.

Por lo anterior, surge la necesidad de crear una estrategia eficaz, basado en un programa de ejercicios que el paciente pueda realizar en su hogar, y únicamente bajo la supervisión y evaluación directa por el médico especialista en rehabilitación (MER), quien deberá brindar motivación y educación al paciente, a fin de obtener su constancia y apego al programa de ejercicios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo observacional, longitudinal, comparativo y prospectivo en el que se incluyeron 20 pacientes de ambos sexos, con un rango de edad entre 18 y 50 años, postoperatorios de AR de etiología postraumática y previamente sanos, que acudieron a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Central Militar (HCM) en el periodo comprendido entre octubre de 2000 y enero de 2001. A cada paciente se le solicitó su autorización por escrito, previa explicación detallada de las características y fines del presente trabajo y se le asignó de manera aleatoria a uno de dos grupos de estudio.

Grupo 1 (Grupo control)

Los pacientes recibieron el siguiente esquema de rehabilitación:

- 1er día. Únicamente reposo.
- 2º día. Ejercicios isométricos de cuadríceps.
- A partir del tercer día, cada paciente fue manejado en el Área de Medicina Física y Rehabilitación por el personal de terapistas físicos mediante ejercicios de resistencia progresiva de los músculos glúteos mayor y medio, cuadríceps e isquiotibiales; así como movilizaciones activo-asistidas para mejorar arcos de movilidad de la rodilla, realizados a la manera tradicional del servicio.

Grupo 2 (Grupo experimental)

A los pacientes que integraron este grupo se les proporcionó una hoja en la que se describe el programa de ejercicios (*Figura 1*); mismos que el paciente llevó a cabo por sí mismo en la sala del hospital o en su casa, sin necesidad de acudir al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, y se manejan de la siguiente forma:

- 1er día. Únicamente reposo.
- 2º día. Ejercicios isométricos de cuadríceps. 20 repeticiones cada 2 horas.
- 3er día. Ejercicios isométricos de 20 repeticiones cada dos horas más rutina de 5 a 10 repeticiones dos veces al día.
- 4º día. Lo mismo, iniciando con 10 repeticiones e incrementando dos o tres repeticiones adicionales cada sesión hasta lograr 20 repeticiones.
- 5º a 9º día. Igual pero aumentando a 20 repeticiones tres veces por día.
- 10º a 14º día. Igual al anterior pero con polaina de $\frac{1}{2}$ kg de peso.
- 15º a 19º día. Aumentar a 1 kg de peso.
- 20º a 24º día. Aumentar a $1\frac{1}{2}$ kg de peso.
- 25º a 30 día. Aumentar a 2 kg de peso y mantenerse.

A cada paciente en ambos grupos se realizaron valoraciones semanales, en forma ciega durante un periodo de cuatro semanas en las cuales se determinaron las siguientes mediciones:

- Fuerza muscular del cuadríceps, glúteo mayor, glúteo medio e isquiotibiales según la escala de Lowett que comprende de 0 a 5 puntos.¹⁴
- Arcos pasivos de movilidad de la rodilla según Daniels.¹⁵
- Circunferencias mediorrotuliana, suprarrotuliana, infrarrotuliana, 10 cm por debajo de la rótula, así como 10 y 20 cm por arriba de la misma.
- Sensibilidad al dolor acorde a la escala visual analógica (EVA).¹⁷

RESULTADOS

El grupo de pacientes pertenecientes al PR tradicional (Grupo 1), estuvo integrado por nueve individuos (el décimo paciente abandonó el estudio) 4 mujeres y 5 hombres. El grupo de pacientes pertenecientes al PR domiciliario (Grupo 2), estuvo conformado por diez pacientes, cinco mujeres y cinco hombres, sin encontrarse diferencia significativa entre ambos grupos.

La edad media de los pacientes del Grupo 1 fue de 35.3 años \pm 12.1 DE (intervalo, 18 a 50), asimismo, las edades de los pacientes del grupo 2, oscilaron entre los 22 y los 50 años (edad media 38.0 años \pm 9.7 DE) ($p > 0.05$).

1º día reposo.

2º día ejercicios isométricos. 10 a 20 repeticiones cada 2 horas.

3º día isométricos 10 a 20 repeticiones cada 2 horas + rutina 5 a 10 repeticiones 2 veces al día.

4º día isométricos 10 a 20 repeticiones cada 2 horas + rutina 3 veces al día comenzando con 10 repeticiones y aumentando 2 ó 3 repeticiones más cada sesión hasta lograr 20 repeticiones.

5º a 9º día isométricos 10 a 20 repeticiones cada 2 horas + rutina 20 repeticiones 3 veces al día.

10º a 14º día lo mismo con polaina de $\frac{1}{2}$ kilo de peso.

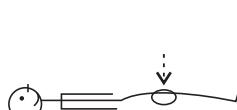
15º a 19º día aumentar a 1 kilo de peso.

20º a 24º día aumentar a $1\frac{1}{2}$ kilos de peso.

25º a 30º día aumentar a 2 kilos de peso y mantenerse.

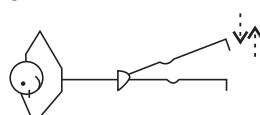
Isométricos

1



Oprimir almohadilla con la rodilla hacia abajo

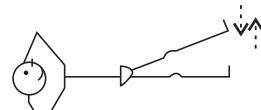
3



Boca abajo subir y bajar una pierna 45° con una almohada bajo el abdomen

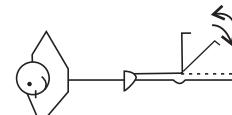
Rutina

2



Boca arriba subir y bajar una pierna 45°

4



Boca abajo flexionar y extender una pierna con una almohada bajo el abdomen.

Nota: Todos los ejercicios deben realizarse primero con una pierna y después con la otra, en forma lenta y progresiva, siguiendo las instrucciones descritas arriba día con día.

Figura 1. Programa de ejercicios de resistencia progresiva domiciliaria.

Análisis comparativo entre los grupos.

Fuerza muscular.

Músculo cuadríceps

En el grupo 1 se encontró durante la primera semana que el 33.3% de los casos tuvieron una FM de dos y 66.6% de tres.

En el grupo 2, 20% de los pacientes tuvieron una FM de dos y el 80% de tres. Para la cuarta semana 22.2% de los casos del grupo 1 alcanzaron una FM de tres, 55.6% de cuatro y 22.2% de cinco, a diferencia del grupo 2, en el que 20% de los pacientes obtuvieron una FM de cuatro y 80% alcanzaron cinco de FM en esta misma semana ($p < 0.05$) (Figura 2).

Músculo glúteo mayor

Durante la primera semana 66.7% de los casos registraron una FM de tres y 33.3% tuvieron cuatro de FM en el grupo 1 (Grupo control). Para el grupo 2 fue del 20% con FM de tres, 70% con cuatro y 10% con cinco ($p < 0.01$) (Figura 2).

Al cabo de las cuatro semanas el grupo 2 alcanzó una FM de 5, no así el grupo control ($p < 0.05$) (Figura 3).

Músculo glúteo medio

En el grupo 1, 44.4% de los pacientes registró una FM de tres y 55.6% de cuatro durante la primera semana. En esta sema-

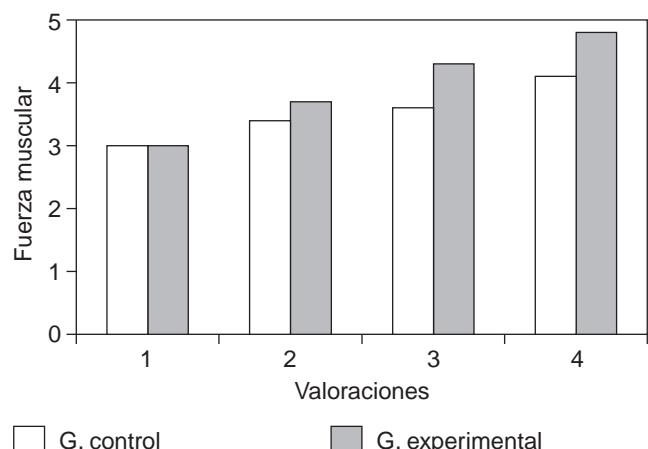


Figura 2. Fuerza muscular en el cuadríceps de la rodilla operada. Grupo control vs grupo experimental.

na, 20% de los pacientes tuvieron FM de tres, 70% de cuatro y 10% de cinco en el grupo 2 ($p > 0.05$) (Figura 4). Para la semana cuatro posterior a la artroscopia 44.4% de los pacientes del grupo 1 tuvieron FM de cuatro y 55.6% de cinco, a diferencia del grupo 2 en el cual 100% de los pacientes alcanzaron una fuerza muscular de cinco ($p < 0.05$) (Figura 4).

Músculos isquiotibiales

En la primera semana se encontró en el grupo 1, 33.3% de los casos con una FM de dos, 44.4% de tres y 22.2% de cuatro y en el grupo 2 a 20% de pacientes con una FM de dos y 80% de tres. A partir de la segunda semana se encontró diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos ($p < 0.05$) y en la cuarta semana 22.2% de los pacientes del grupo 1 alcanzaron una FM de tres, 55.6% de cuatro y 22.2% de cinco. En esta misma semana 20% de los pacien-

tes del grupo 2 obtuvieron una FM de cuatro y 80% de cinco ($p < 0.05$) (Figura 5).

Circunferencias

En el cuadro I, se resume para ambos grupos la circunferencia promedio determinada a 10 y 20 cm arriba de la rodilla operada, a nivel supra, medio e infrarrotuliano y a 10 cm debajo de la rodilla.

Arcos pasivos de movilidad

En la evaluación que se efectuó durante la primera semana posterior a la artroscopia, el grupo 1 obtuvo una flexión media de 87.22 grados \pm 28.3 DE, y en el grupo 2, se registró una flexión media de 83 grados \pm 22.5 DE ($p > 0.05$). La flexión de ambas rodillas se incrementó a partir de la segunda semana, mostrando el grupo 2 una flexión significativamente superior que permaneció con esa tendencia hasta la semana 4 (Cuadro II).

En cuanto al parámetro de extensión de la rodilla, resulta importante señalar que hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en las cuatro semanas posteriores al procedimiento artroscópico, como es posible apreciar en el cuadro II, este parámetro no se afectó en el grupo 2, ya que dicha diferencia depende principalmente del grupo control.

Sensibilidad al dolor

Mediante la aplicación de la escala dolorimétrica EVA se evidenció durante la primera semana que el grupo 1 tuvo un valor medio de 4.75 (3.41 DE y los pacientes del grupo 2 tuvieron un valor medio de 5.7 (1.33 DE. Al cabo de la cuarta semana, el Grupo 1 tuvo un valor medio en la EVA de 1.62 (1.18 DE, mientras el grupo 2 alcanzó un valor medio de 0.4 (0.69 (t de Student = 2.74, $p < 0.05$) (Figura 6).

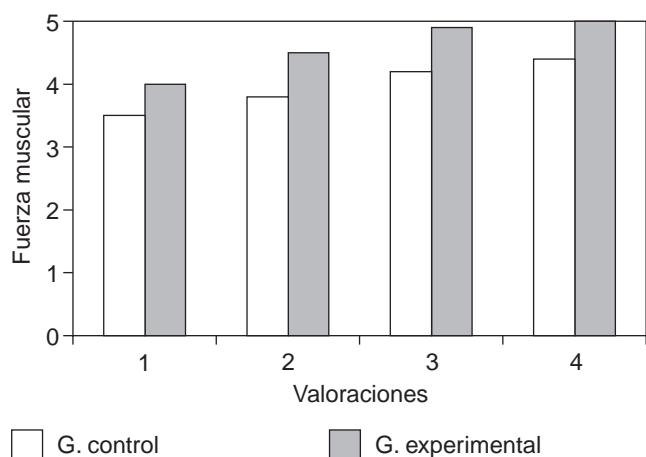


Figura 3. Fuerza muscular en el glúteo mayor de la rodilla operada. Grupo control vs grupo experimental.

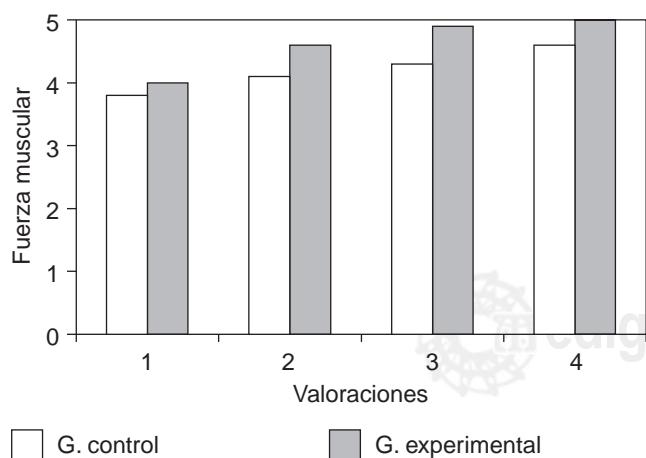


Figura 4. Fuerza muscular en glúteo medio en la rodilla operada. Grupo control vs grupo experimental.

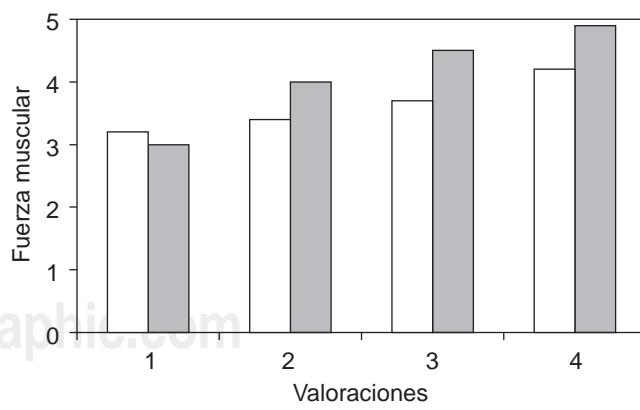


Figura 5. Fuerza muscular en isquiotibiales de la rodilla operada. Grupo control vs grupo experimental.

Cuadro I. Circunferencias de la rodilla operada.

| Semana | Grupo 1** | Grupo 2** | Student's t | p |
|----------------------------|--------------|--------------|-------------|---------|
| 20 cm arriba de la rodilla | | | | |
| 1 ^a | 50.77 ± 3.42 | 51.90 ± 2.37 | -0.83 | 0.20 NS |
| 2 ^a | 50.38 ± 3.49 | 51.75 ± 2.27 | -1.01 | 0.16 NS |
| 3 ^a | 50.27 ± 3.00 | 52.00 ± 2.38 | -1.37 | 0.04 |
| 4 ^a | 50.66 ± 2.79 | 52.50 ± 2.56 | -1.49 | 0.03 |
| 10 cm arriba de la rodilla | | | | |
| 1 ^a | 43.11 ± 3.04 | 45.20 ± 2.96 | -1.51 | 0.07 NS |
| 2 ^a | 42.55 ± 3.26 | 45.30 ± 2.80 | -1.97 | 0.032 |
| 3 ^a | 42.83 ± 3.72 | 45.20 ± 2.93 | -1.54 | 0.07 NS |
| 4 ^a | 42.50 ± 3.76 | 45.45 ± 2.83 | -1.94 | 0.034 |
| A nivel suprarrotuliano | | | | |
| 1 ^a | 38.55 ± 3.12 | 39.75 ± 2.18 | -0.97 | 0.17 NS |
| 2 ^a | 38.11 ± 3.69 | 39.05 ± 1.83 | -0.71 | 0.24 NS |
| 3 ^a | 37.66 ± 3.88 | 38.50 ± 1.66 | -0.61 | 0.27 NS |
| 4 ^a | 37.38 ± 3.85 | 38.45 ± 1.78 | -0.78 | 0.22 NS |
| A nivel mediorrotuliano | | | | |
| 1 ^a | 36.66 ± 3.22 | 38.40 ± 2.17 | -1.39 | 0.09 NS |
| 2 ^a | 36.50 ± 3.33 | 37.80 ± 1.93 | -1.05 | 0.15 NS |
| 3 ^a | 36.44 ± 3.68 | 36.90 ± 1.92 | -0.34 | 0.36 NS |
| 4 ^a | 36.33 ± 3.80 | 36.85 ± 1.76 | -0.38 | 0.35 NS |
| A nivel infrarrotuliano | | | | |
| 1 ^a | 34.38 ± 2.42 | 35.95 ± 2.55 | -1.36 | 0.035 |
| 2 ^a | 34.16 ± 3.14 | 35.15 ± 2.49 | -0.75 | 0.22 NS |
| 3 ^a | 33.83 ± 2.77 | 34.80 ± 1.91 | -0.89 | 0.19 NS |
| 4 ^a | 33.66 ± 2.72 | 34.75 ± 2.07 | -0.98 | 0.16 NS |
| 10 cm abajo de la rodilla | | | | |
| 1 ^a | 33.66 ± 3.09 | 34.75 ± 3.63 | -0.69 | 0.24 NS |
| 2 ^a | 33.83 ± 3.73 | 35.10 ± 3.90 | -0.74 | 0.23 NS |
| 3 ^a | 33.83 ± 3.66 | 35.20 ± 3.90 | -0.78 | 0.22 NS |
| 4 ^a | 34.00 ± 3.76 | 35.55 ± 3.81 | -0.86 | 0.20 NS |

** Media ± DE

El análisis estadístico se realizó mediante procedimientos de estadística descriptiva. La edad, arcos pasivos de movilidad y circunferencias se compararon mediante la prueba t de Student para muestras independientes,¹³ el sexo mediante la prueba exacta de Fisher. La fuerza muscular se comparó mediante la prueba U de Mann-Whitney para muestras pequeñas¹⁶ y la EVA se comparó con la prueba t de Student de acuerdo con lo demostrado en estudios donde se evidencia

Cuadro II. Arcos pasivos de movilidad.

| Semana | Grupo 1** | Grupo 2** | Student's t | p |
|----------------|----------------|----------------|-------------|-----------|
| Flexión | | | | |
| 1 ^a | 87.22 ± 28.30 | 83.00 ± 22.51 | 0.3616 | 0.3610 NS |
| 2 ^a | 102.78 ± 16.60 | 115.50 ± 19.21 | -1.5352 | 0.0715 NS |
| 3 ^a | 116.11 ± 16.35 | 131.50 ± 9.44 | -2.5464 | 0.0104 |
| 4 ^a | 120.56 ± 16.85 | 133.50 ± 4.74 | -2.3342 | 0.0160 |
| Extensión | | | | |
| 1 ^a | -5.56 ± 11.30 | 0 | -1.56 | 0.06 NS |
| 2 ^a | -5.56 ± 8.46 | 0 | -2.08 | 0.02 |
| 3 ^a | -6.67 ± 7.91 | 0 | -2.67 | 0.007 |
| 4 ^a | -6.67 ± 7.91 | 0 | -2.67 | 0.007 |

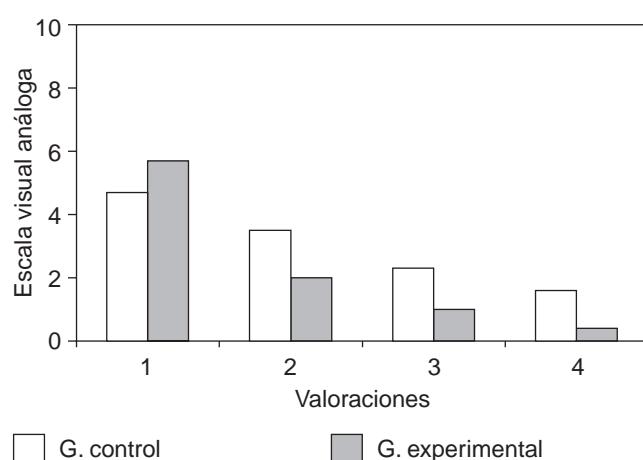
** Media ± DE

que es factible la consideración numérica de esta escala dolorimétrica.¹⁷

DISCUSIÓN

La cirugía artroscópica de rodilla es un procedimiento de avanzada que ha permitido abordar las alteraciones de las estructuras de dicha articulación con mínima invasión, a pesar de lo cual, existen problemas residuales que se deben atender de manera oportuna, precisa y eficaz, como son la hipotrofia muscular, específicamente del cuadríceps y de la musculatura pelvitrocantárea, la hidroartrosis postquirúrgica y el dolor.^{1,2}

La evolución de la cirugía de rodilla demanda que desde el punto de vista de la rehabilitación se contemple una nueva perspectiva en el manejo de los pacientes sometidos a AR

**Figura 6.** Evolución del dolor.

para obtener resultados óptimos de este procedimiento, que fue diseñado precisamente para evitar daño innecesario como sucedía con la cirugía abierta.⁶

Comúnmente el cirujano ortopedista canaliza al paciente al área de rehabilitación, donde el MER prescribe el programa postoperatorio tradicional para ser llevado a cabo con la supervisión del terapista físico, iniciando con ejercicios isométricos del cuadríceps y posteriormente los ejercicios de resistencia progresiva hasta que es dado de alta. La duración de este proceso puede ser de tres hasta seis meses, con buenos resultados habitualmente, cumpliéndose así con el manejo tradicional de este tipo de pacientes.^{2,6,7}

En el presente trabajo se enfatiza la participación del MER, como orientador, consejero, evaluador y motivador del paciente en el PR postoperatorio, de tal manera que en el grupo de estudio se implementó un programa domiciliario sin necesidad de que el paciente acuda a tratamiento al área de rehabilitación, con la intención de que se realizaran los ejercicios de manera continua con base a un horario adaptado a las necesidades del paciente, bajo el control directo del MER. Mientras tanto, el grupo control realizó el programa de rehabilitación postoperatorio de la manera tradicional, es decir, con asistencia a la unidad y siguiendo todos los lineamientos habituales.

La evaluación postoperatoria en ambos grupos, fue exactamente igual (en forma ciega) y se siguió la evolución del dolor, la inflamación, la fuerza muscular y los arcos de movilidad de la rodilla por medio de los procedimientos citados en material y método. El seguimiento fue personal en ambos grupos. De esta manera se resaltó la importancia del control del MER.

En el presente estudio no se encontró diferencia significativa en cuanto a la edad y el sexo de los pacientes entre ambos grupos.

Con respecto a las circunferencias, se observó, a 10 y 20 cm arriba de la rodilla y a 10 cm por debajo de la misma, cómo se fue incrementando la masa muscular durante el transcurso del PR, siendo más importante en el grupo domiciliario.

En cuanto a las circunferencias a nivel supra, medio e infrarrotuliano, se apreció una disminución progresiva en este parámetro, lo cual refleja un decremento en el edema postoperatorio, ya que esta medición proporciona información de los fondos de saco sinoviales y de los vastos medial y lateral. En este caso, el efecto fue similar en ambos grupos, sin encontrar diferencia estadísticamente significativa.

En relación con los arcos de movilidad tanto en flexión como en extensión se logró apreciar un incremento progresivo en ambos grupos, siendo más importante en el grupo 2, diferencia que se tornó estadísticamente significativa a partir de la segunda semana.

Con respecto a la fuerza muscular, se observó que el programa domiciliario tuvo un efecto más rápido y mejor sobre la recuperación de este parámetro en el cuadríceps e isquiotibiales. Sin embargo, en cuanto a los músculos glúteo mayor y glúteo medio el efecto fue el mismo con ambos grupos.

En cuanto al dolor, en el grupo 2 disminuyó a partir de la segunda semana, desapareciendo totalmente a las cuatro semanas, a diferencia del grupo 1 en el que el efecto sobre la disminución del dolor fue menor.

Cabe mencionar que no existen hasta el momento actual estudios que comparen los programas domiciliarios con programas institucionales, por lo que este trabajo abre las puertas a futuras investigaciones que profundicen a este respecto.

En forma empírica, en los últimos dos años en que el seguimiento personalizado se ha llevado a cabo por el MER, se implementaron PR para diversas patologías de rodilla, incluyendo procesos degenerativos, traumáticos o quirúrgicos con buenos resultados; lo cual motivó la participación entusiasta del mismo paciente al beneficiarse con los resultados del programa sin la necesidad de asistir a tratamiento al área de rehabilitación. Asimismo, los cirujanos ortopedistas apreciaron la buena evolución de los casos, lo cual propició un aumento en el número de casos referidos para su rehabilitación, inclusive para un control preoperatorio, lo cual ha optimizado los resultados.

CONCLUSIONES

Con el programa domiciliario de ejercicios de resistencia progresiva, la recuperación del paciente postoperatorio de artroscopia de rodilla, es más rápida y eficaz que con el programa tradicional.

La recuperación de la fuerza muscular y de los APM, con el programa domiciliario, es más rápida y eficaz que con el programa tradicional.

La disminución del edema postoperatorio mediante el PR tradicional es comparable al observarlo con el programa domiciliario.

La disminución del dolor se logra con mayor facilidad con el PR domiciliario.

En la CA de rodilla, el MER implementa el programa postoperatorio domiciliario y es capaz de tener control total del caso, mediante la sensibilización y supervisión del paciente, sin necesidad de que éste acuda a un servicio de rehabilitación, con lo que se logra su constancia y apego al programa, y por ende, su recuperación es más rápida y eficaz.

El presente trabajo abre las puertas a investigaciones futuras para profundizar en la estandarización de nuevos programas de rehabilitación domiciliarios que proporcionen mayores ventajas en cuanto a costos, tiempo y esfuerzo tanto para el paciente como para el hospital.

REFERENCIAS

1. Simonnet J. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Kinesiterapia Medicina Física*. Paris. Praxis Médica. 1999: 1-5.
2. Zarins B, Byle J, Harris BA. Knee rehabilitation following arthroscopic meniscectomy. *Clin Orthop* 1985; 198: 36-42.
3. Malone T, Blackburn TA, Wallace LA. Knee rehabilitation. *Physical Ther* 1980; 60: 1602-09.
4. Antich TJ, Brewster CE. Modification of quadriceps femoris muscle exercises during knee rehabilitation. *Physical Ther* 1986; 66: 1246-50.
5. Campbell DE, Glenn W. Foot-pounds of torque of the normal knee and the rehabilitated postmeniscectomy of the knee. *Physical Ther* 1979; 59: 418-21.
6. Stam HJ, Binkhorst RA, Van Nieuwenhuyzen HF. The long-term consequence of strength deficits after meniscectomy. *Arch Phys Med Rehabil* 1993; 74: 271-5.
7. Moffet H, Richards CL, Malouin F. Early and intensive physiotherapy accelerates recovery postarthroscopic meniscectomy: results of a randomized controlled study. *Arch Phys Med Rehabil* 1994; 75: 415-26.
8. Seto JL, Orofino AS, Morriser MC. Assessment of quadriceps/hamstring strength, knee ligament stability, functional and sports activity levels five years after anterior cruciate ligament reconstruction. *Am J Sports Med* 1988; 16: 170-8.
9. Campbell DE, Glenn W. Rehabilitation of knee flexor and knee extensor muscle strength in patients with meniscectomies, ligamentous repairs, and chondromalacia. *Physical Ther* 1982; 62: 10-5.
10. Beynnon BD, Fleming BC, Johnson RJ. Anterior cruciate ligament strain behavior during rehabilitation exercises *in vivo*. *Am J Sports Med* 1995; 24-34.
11. Enad JG, Loomis LL. Patellar tendon repair: postoperative treatment. *Arch Phys Med Rehabil* 2000; 81: 786-88.
12. Yasuda K, Sasaki T. Exercise after anterior cruciate ligament reconstruction. The force exerted on the tibia by the separate isometric contractions of the quadriceps or the hamstrings. *Clin Orthop* 1987; 220: 277-83.
13. Méndez RI, Namihira GD, Moreno AL, Sosa de Martínez C. *El protocolo de investigación clínica*. México. Editorial Trillas. 1986: 145-48.
14. Daza JL. *Test de movilidad articular y examen muscular de las extremidades*. Ed. Panamericana. 1996: 18-34.
15. Daniels-Worthingham's. Pruebas funcionales musculares. 6^a ed. Buenos Aires. Ed. Marban. 1999: 2-9.
16. Levin RI, Rubin DS. *Statistics for management*. Prentice Hall., New Jersey. Upper Saddle River. 1994: 719-23.
17. Dexter F, Chestnut DH. Analysis of statistical test to compare visual analog scale measurements among groups. *Anesthesiology* 1995; 82: 896-902.

Domicilio para correspondencia:

Mayor M.C. Claudia Carolina Bonilla Escotto
Gaviotas No. 27, Fracc. Las Alamedas, Atizapán,
Edo. de México. C.P. 52970
Tel. 58221709 ó 04454351263