



Guatemala, 20 de enero de 2022.

Estimado Dr. Luis Pedro Carranza
Presente.

Deseándole éxitos en sus actividades de la vida diaria, por este medio hago de su conocimiento que el paciente Eduardo Rene Fonseca Domínguez, referido a tratamiento de rehabilitación física, con el diagnóstico de **1. Post-reparación del retináculo medial patelar, 2. Reparación de ligamento cruzado anterior de rodilla derecha**. Inicia el proceso de rehabilitación física el día 28 de diciembre del año 2021. Se realizan 10 sesiones de fisioterapia con un intervalo de aplicación de 2 a 3 veces por semana. Finaliza tratamiento el día 20/01/2022, al realizar evaluación final presenta lo siguiente:

Evaluación Funcional Miembro Inferior				
FECHA DE EVALUACIÓN	INICIAL		FINAL	
CADERA	A.A	F.M	A.A	F.M
Flexión	Normal	3	Normal	3+
Extensión	Normal	3+	Normal	3+
Abducción	Normal	3+	Normal	4
Aducción	Normal	2+	Normal	3
Rotación Interna	-----	-----	-----	-----
Rotación Externa	-----	-----	-----	-----
RODILLA	A.A	F.M	A.A	F.M
Flexión	35 grados	2-	70 grados	3-
Extensión	-5 grados	2-	Normal	3
TOBILLO	A.A	F.M	A.A	F.M
Flexión Plantar	Normal	4	Normal	4
Flexión Dorsal	Normal	4	Normal	4
Inversión	Normal	4	Normal	4
Eversión	Normal	4	Normal	4

Intensidad del dolor																					
INICIAL											FINAL										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Observaciones:

Evaluación inicial: Al realizar evaluación inicial paciente **no refiere dolor en ningún movimiento, actividad o posición, únicamente refiere sensación de bloqueo al intentar realizar el movimiento de flexión de rodilla.** Se observan heridas quirúrgicas localizadas en la línea interarticular externa, borde medial interno de rótula, tuberosidad tibial y borde antero-superior de la rótula, se encuentran en proceso de cicatrización, presentan tejido cicatrizal en sus bordes (costras) con leve enrojecimiento de los mismos, no presentan material de sutura, sin embargo, se observa material adherente (pegajoso), el cual según paciente lo atribuye a la colocación de micropore, no se presenta signos de infección. Se observa hematoma difuso en el borde postero-interno de rodilla. Al realizar evaluación palpatoria y exploratoria se percibe leve proceso inflamatorio localizado en la cara anterior de rodilla, asimismo, se percibe área de tensión en el borde postero-interno de rodilla, **al realizar palpación paciente refiere sensación de leve molestia en el borde interno de rodilla, no refiere dolor.** Al evaluar los rangos de amplitud articular se observan en cadera y tobillo conservados dentro de parámetros normales, en rodilla se observa limitado el movimiento de flexión y el movimiento de extensión (este último únicamente es evaluado con goniómetro) en donde se observa limitación en los últimos grados. Presenta debilidad muscular en cadera y en rodilla, por lo que, los grados de fuerza muscular en cadera oscilan en grados 2+, 3 y 3+, en rodilla en grados 2- y en tobillo en grados 4. Se observa atrofia muscular en todos los grupos musculares de predominio en cuádriceps propio de la etapa de inmovilización pre y post-quirúrgica, por lo que se procede a realizar medición para establecer la diferencia de volumen muscular de miembros inferiores, obteniendo los siguientes resultados:

Área de referencia	Miembro inferior derecho	Miembro inferior izquierdo
De espina iliaca antero-superior a 27 centímetros hacia el muslo	63 centímetros	64.5 centímetros
De espina iliaca antero-superior a 37 centímetros hacia el muslo	50.5 centímetros	54.5 centímetros

En base a resultados obtenidos en la medición, se determina la presencia importante de atrofia muscular. Actualmente paciente utiliza inmovilizador, no realiza apoyo, utiliza auxiliares para la marcha (muletas), paciente utiliza venda elástica en rodilla, según refiere para evitar el roce del inmovilizador. Médico tratante vía telefónica indica el retiro del inmovilizador e inicio de apoyo total.

Evaluación final: Al realizar evaluación final **paciente refiere dolor en grados 7 a 8 de intensidad según escala análoga localizado en el borde antero-interno de rodilla, el cual se presenta al intentar forzar el movimiento de flexión de rodilla acompañado de sensación de bloqueo, en el resto de las actividades de la vida diaria no presenta dolor, es importante mencionar que en comparación con evaluación inicial se observa aumento en la intensidad del dolor, lo cual es secundario al aumento de actividades y esfuerzo realizado dentro de las rutinas de ejercicios, ya que previo al inicio del tratamiento según paciente refiere evitaba realizar movimientos de rodilla. Al realizar exploración palpatoria no refiere dolor únicamente molestia localizada en la cara interna de rodilla la cual según paciente redujo su intensidad en un 90%**, se observa leve proceso inflamatorio localizado en la cara anterior de rodilla, las heridas quirúrgicas se observan 100% cicatrizadas, sin presentar signos de infección, no se observan cambios de coloración, paciente realiza retiro del material de curación (micropore), aun presenta un punto de sutura. Al evaluar rangos de amplitud articular se observa en cadera, rodilla y tobillo todos los movimientos conservados dentro de parámetros normales a excepción del movimiento de flexión de rodilla el cual se encuentra limitado, siendo importante mencionar que en comparación a evaluación inicial se observa aumento en los rangos de amplitud articular. Los grados de fuerza muscular en cadera oscilan en 3 y 4, en rodilla en grados 3- y 3, en tobillo en grados 4, al realizar pruebas funcionales paciente no refiere dolor, únicamente sensación de bloqueo (rigidez), en los últimos grados del movimiento de flexión de rodilla que actualmente presenta. Se realiza retiro progresivo de muletas e inmovilizador, al evaluar la marcha se observa déficit en la fase de apoyo y despegue, y leve asimetría de los pasos. Se realiza medición de miembro inferior:

Longitud de medida	Miembro inferior derecho	Miembro inferior izquierdo
De espina iliaca antero-superior 27 centímetros hacia el recorrido del recto anterior	63.5 centímetros	64.5 centímetros
De espina iliaca antero-superior 37 centímetros hacia el recorrido del recto anterior	51 centímetros	54.5 centímetros

Se obtienen resultados en los que se evidencia que persiste atrofia muscular en cuádriceps, (vasto interno y vasto externo) e isquiotibiales propia de etapa post-quirúrgica. Se enfatiza en tratamiento sedativo, rutina de ejercicios isométricos, reeducación muscular, ejercicios de cadena cinética cerrada, reeducación de la marcha e indicaciones para casa.

Agradezco su referencia, quedo a sus órdenes.

Fisiomed Center