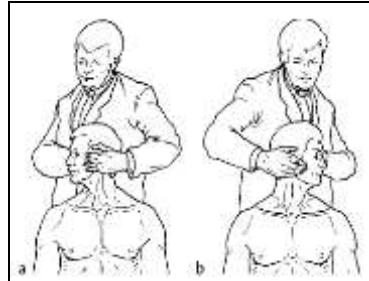
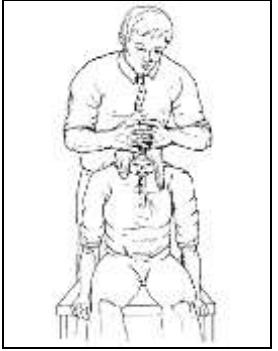
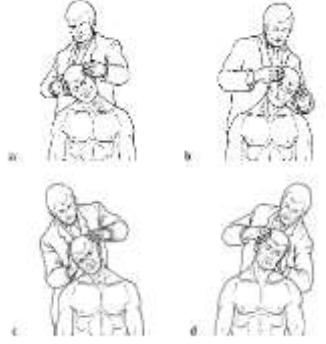


**PROTOCOLO DE PRUEBAS Y MEDICIONES COMPLEMENTARIAS PARA EL DOMINIO
MUSCULOESQUELÉTICO (ADAPTADO DE LA APTA)**

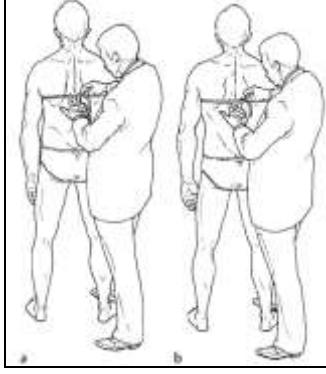
COLUMNA CERVICAL

PRUEBA	CARACTERISTICAS	FIGURA
<i>Prueba de rotación de la columna cervical en posición neutra</i>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Evidenciar una limitación de la amplitud en la columna cervical media Procedimiento: Con ambas manos el terapeuta sujetla la cabeza del paciente por la región parietal y desde la posición neutra, provoca una rotación hacia la derecha y otra hacia la izquierda. Valoración: Las limitaciones de movimiento con presencia de dolor constituyen la expresión de una disfunción segmentaria (artrosis, bloqueo, infecciones o acortamientos musculares). Asimismo, la limitación de la rotación con detención brusca y dolor al final del movimiento es indicativa de trastorno degenerativo, particularmente de la columna cervical media (espondilosis o espondiloartrosis). 	
<i>Prueba de rotación de la cabeza en extensión máxima</i>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Determinar el nivel funcional de la parte inferior de la columna cervical Procedimiento: El terapeuta sujetando la cabeza con una mano en la nuca y la otra en el mentón, efectúa un movimiento de extensión pasiva y un movimiento de rotación hacia un lado con una ligera inclinación lateral. Valoración: Las limitaciones de movimiento con presencia de dolor indican una disfunción segmentaria cuyas causas son en primer lugar, alteraciones degenerativas de la zona media e inferior. Si aparece mareos, debe sospecharse una alteración vascular leve causada por trastornos de la arteria vertebral 	
<i>Prueba de rotación de la cabeza en flexión máxima</i>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Determinar la funcionalidad de la parte superior de la columna cervical Procedimiento: El terapeuta sujetando la cabeza del paciente con una mano en la nuca y la otra en el mentón, efectúa un movimiento de flexión pasiva y un movimiento de rotación hacia un lado con una ligera inclinación lateral. Valoración: Durante el movimiento de flexión máxima, los fragmentos inferiores a C2 se encuentran bloqueados y la rotación se produce en las articulaciones craneales. Las limitaciones del movimiento con presencia de dolor indican una disfunción del segmento y sugieren alteraciones degenerativas, inestabilidad y cambios inflamatorios. 	

<p><i>Prueba de tracción cervical</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo: Diferenciar dolores radiculares y ligamentosos – musculares de los dolores de nuca, hombros y brazos. • Procedimiento: El terapeuta toma al paciente por la mandíbula con una mano más el occipital con la otra mano y efectúa una tracción axial en dirección craneal. • Valoración: La tracción de la columna vertebral cervical implica una descarga de los cartílagos intervertebrales o de las raíces nerviosas. La disminución de las molestias radiculares indica irritación de las raíces nerviosas. Si durante los movimientos de tracción y de rotación el dolor aumenta de intensidad, debe pensarse en una alteración de tipo músculo/ligamentosa o articular/degenerativa. 	
<p><i>Prueba de compresión cervical</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo: Determinar compresión radicular en la columna cervical. • Procedimiento: El terapeuta presiona axialmente con ambas manos en posición neutral en dirección caudal. • Valoración: La compresión del nervio de los discos intervertebrales aumenta los síntomas. La presencia de síntomas difusos que no son claramente específicas puede ser considerado como un signo de deterioro funcional ligamentosa o articular (patología de las facetas articulares). 	
<p><i>Prueba de compresión en flexión</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo: Indicar una lesión posterolateral de los cartílagos intervertebrales. • Posición del paciente: El paciente se encuentra en sedestación. • Procedimiento: El terapeuta se sitúa detrás del paciente e inclina su cabeza hacia delante. Desde el vértice del cráneo se lleva a cabo un movimiento en dirección caudal y axial. • Valoración: Se trata de una prueba útil para comprobar la integridad de los cartílagos intervertebrales. Si existe una alteración posterolateral de estos cartílagos, es posible observar, mediante la flexión forzada su prolapsio en dirección dorsal. Se produce un incremento de la compresión de las raíces nerviosas. El aumento de los síntomas radiculares puede indicar una lesión posterolateral de los cartílagos intervertebrales. La flexión de la cabeza disminuye, la mayor parte de las veces, la carga de las articulaciones de las carillas vertebrales y puede disminuir la intensidad del dolor producido por cambios degenerativos. El aumento del dolor puede indicar, asimismo, una lesión de las estructuras ligamentosas dorsales. 	

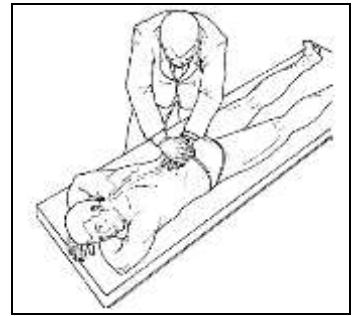
<p>Prueba de diferenciación del dolor cervical de tipo ligamentoso y muscular (O'DONOGHUES)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Diferenciar el dolor de tipo ligamentoso y muscular Posición del paciente: Sedestación Procedimiento: El terapeuta mueve de un lado a otro y de forma pasiva la cabeza del paciente. A continuación, se pide al paciente que mueva la cabeza intentando vencer la resistencia que ofrecen las manos del investigador que hacen fuerza al lado opuesto. Valoración: La aparición del dolor durante el movimiento activo, con contracción isométrica de la musculatura paravertebral, especialmente ipsolateral, pero también contra lateral, es indicativa de disfunción muscular (a – b). El dolor durante el movimiento pasivo sugiere un trastorno ligamentoso o articular degenerativo (c – d). 	
--	---	---

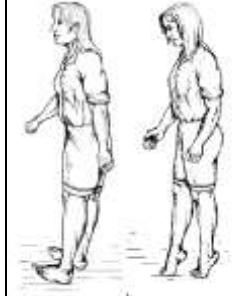
COLUMNA DORSAL Y TORAX

PRUEBA	CARACTERISTICAS	FIGURA
<p>Prueba de la función segmentaria en la columna torácica</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Detectar alteraciones funcionales en la columna dorsal Posición del paciente: Paciente en posición de sestado con ambas manos detrás de la cabeza y los codos juntos. Procedimiento: El terapeuta fija los brazos del paciente con una mano mientras que el dedo índice de la otra mano se ubica sobre la zona dolorosa o los diferentes segmentos torácicos. Luego se mueve pasivamente la columna en flexión, extensión, inclinación lateral y rotación. Valoración: Si la función articular se encuentra intacta, se evidencia una buena movilidad de las apófisis articulares. La ausencia o exceso de elasticidad orienta sobre un trastorno de la movilidad segmentaria asociado a dolor localizado que puede deberse a una irritación a causa de alteraciones inflamatorias degenerativas. 	
<p>Prueba de amplitud torácica</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Medir la amplitud del tórax durante la espiración profunda Posición del paciente: Paciente en bipedestación o sedestación con los brazos paralelos al tronco. Procedimiento: El terapeuta coloca una cinta métrica alrededor del tórax estando el paciente en reposo. Luego se le pide al paciente que realice una inspiración e inmediatamente una espiración forzada. La diferencia de amplitud de entre la espiración e inspiración forzada se encuentra entre 3.5 y 6 cm. Valoración: En la enfermedad de BECHTEREW (espondilitis anquilosante) se observa una amplitud torácica limitada que suele ser indolora. En el bloqueo vertebral, las alteraciones infecciosas o tumorales de la pleura y la pericarditis se aprecia una inspiración y espiración dolorosa con limitación de la amplitud torácica. 	

<p>Prueba de compresión de las costillas</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Determinar la presencia de bloqueo costo vertebral o costo esternal y de fractura costal. Posición del paciente: Paciente en supino. Procedimiento: El terapeuta se coloca al costado del paciente y efectúa una compresión del tórax por encima del esternón. Por otro lado, la presión puede realizarse de forma bilateral con ambas manos hacia los laterales de la caja torácica. Valoración: Mediante la presión sobre el esternón o al nivel de las costillas se produce un movimiento forzado de las articulaciones esternocostales y costo - vertebrales. La presencia de dolor en una o entre dos costillas sugiere una fractura costal o neuralgia intercostal. 	
---	---	---

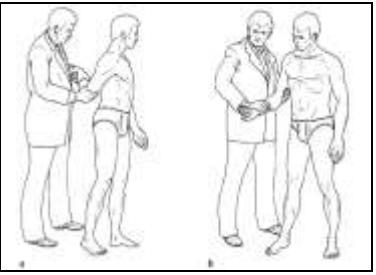
COLUMNA LUMBAR

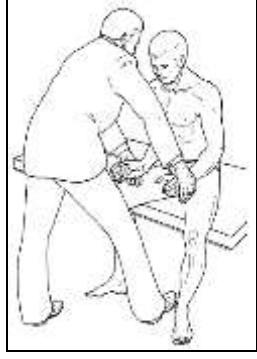
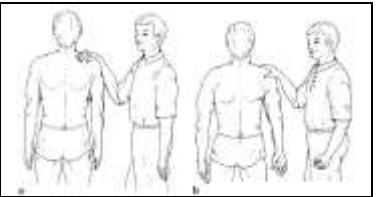
PRUEBA	CARACTERISTICAS	FIGURA
<p>Prueba del pliegue cutáneo de KIBLER</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Evidenciar contracturas, rigidez o adherencias musculares, hiperalgesias y trastornos vegetativos. Posición del paciente: El paciente está en posición prona con los brazos extendidos junto al tronco. Procedimiento: El terapeuta levanta con el pulgar y el dedo índice un pliegue cutáneo y va "rodando" a lo largo de la espalda o hacia las extremidades oblicuamente al recorrido de los dermatomas. Valoración: Se evalúa las diferencias en la capacidad de levantar la piel según las regiones, la consistencia del pliegue cutáneo (pastosa o edematosa) y la falta de capacidad de desplazamiento. 	
<p>Prueba de elasticidad (TEST DE SPRING)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Localizar alteraciones funcionales de la columna lumbar Posición del paciente: Decúbito prono Procedimiento: El terapeuta palpa con los dedos índice y medio las apófisis articulares o bien las láminas articulares del cuerpo vertebral que se va explorar. Con el borde cubital de la otra mano, situada transversalmente sobre los dedos que realizan la palpación, se ejercen ligeras presiones en dirección dorsoventral que se transmiten a través de los dedos. Valoración: Si la función articular se encuentra intacta, ceden con ligera elasticidad las apófisis articulares o bien las láminas. La ausencia o exceso de elasticidad orienta sobre un trastorno de la movilidad segmentaria (bloqueo o hipermovilidad). Por otra parte, es una prueba de provocación, especialmente del ligamento longitudinal posterior, acentuando su dolor que es típicamente profundo, sordo y de difícil localización. 	

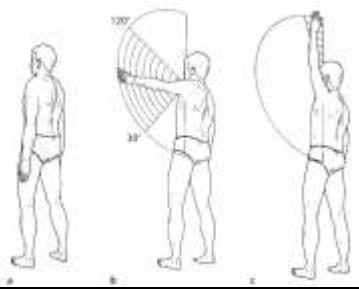
<i>Signo de LASEGUE</i>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Evidenciar la irritación de las raíces nerviosas lumbares Posición del paciente: Decúbito supino Procedimiento: El terapeuta levanta la extremidad inferior extendida en la articulación de la rodilla unos 70° o hasta el punto en que el paciente note algún dolor. Valoración: La presencia de dolor constante en el sacro y la pierna indica irritación de las raíces nerviosas (hernia de disco intervertebral o tumor). Solamente aparece un verdadero signo de Lasegue positivo cuando un dolor lancinante afecta a la pierna y recorre el territorio de irradiación motora y sensitiva de la raíz nerviosa. 	
<i>Signo de BRUDZINSKI</i>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Evidenciar una irritación meníngea Posición del paciente: Decúbito supino Procedimiento: El terapeuta levanta la cabeza y efectúa una flexión cada vez mayor. Valoración: Si al levantar la cabeza se produce una ligera flexión de las articulaciones de la cadera y la rodilla, debe pensarse en un proceso irritativo meníngeo. 	
<i>Prueba de la marcha de talones y de puntillas</i>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Diferenciar un trastorno radicular en la columna vertebral lumbar Posición del paciente: Posición de pie Procedimiento: Se le pide al paciente que se mantenga de talones y luego de puntillas por un momento y si es posible que de algunos pasos. Valoración: La dificultad o imposibilidad de mantenerse o andar de puntillas indica una lesión de S1. La dificultad o imposibilidad de mantenerse o andar sobre los talones sugiere una lesión de L4/L5. 	

HOMBRO

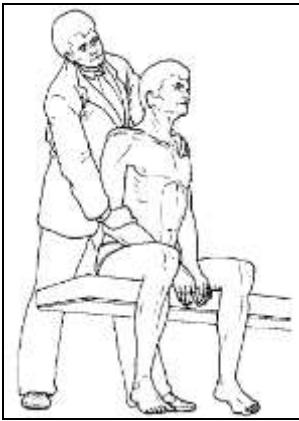
PRUEBA	CARACTERISTICAS	FIGURA
<i>Prueba rápida de combinación de movimientos</i>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Detectar activamente el movimiento en las articulaciones del hombro Posición del paciente: Posición de pie Procedimiento: Para efectuar una prueba rápida de la movilidad de la articulación de la articulación del hombro se pide al paciente que se toque con una mano y por detrás de la cabeza el margen superior de la escápula contra lateral. En un segundo movimiento, la mano se dirige inferiormente por detrás de la espalda para tocar el margen inferior de la escápula contra lateral. Valoración: Las limitaciones del movimiento al comparar ambos lados del cuerpo informan de una posible alteración del hombro que puede diagnosticarse mediante pruebas específicas. 	

<p>Signo de DAWBARN</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Evidenciar una bursitis subacromial Posición del paciente: Posición de sentado Procedimiento: Mientras con una mano el terapeuta realiza una abducción del brazo del paciente, con la otra mano palpa el espacio subacromial desde delante. Durante la abducción pasiva del brazo hasta 90° el terapeuta realiza una presión puntual sobre la región subacromial. Valoración: La presencia de dolor subacromial que puede observarse durante la abducción indica bursitis. Con la abducción, el músculo deltoides se coloca sobre el margen de la bolsa subacromial, lo que alivia el dolor. 	
<p>Prueba del músculo supra espinoso según JOBE</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Evidenciar alteración del músculo supra espinoso Posición del paciente: Esta prueba puede efectuarse con el paciente en sedestación o bipedestación. Procedimiento: Con el codo en extensión se mantiene el brazo del paciente en abducción de 90°, en flexión horizontal de 30° y en rotación interna. Durante el movimiento de abducción y de flexión horizontal, el terapeuta efectúa una presión sobre el brazo de arriba hacia abajo. Valoración: Si la prueba produce dolor más o menos intenso y el paciente no es capaz de realizar una abducción del brazo en 90° y mantenerlo levantado, resistiendo una presión en sentido contrario, se considera un "signo del brazo caído" positivo. Durante la rotación interna se explora especialmente la porción superior del manguito de los rotadores (músculo supra espinoso). 	
<p>Prueba del músculo subescapular</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Evidenciar alteración del músculo subescapular Posición del paciente: Bipedestación. Procedimiento: La prueba es inversa a la del músculo infra espinoso. Con el codo ligeramente separado del cuerpo, se mide la capacidad de rotación externa pasiva en comparación con la contra lateral, así como la rotación interna activa de la articulación glenohumeral. Valoración: La rotación externa pasiva aumentada en comparación con la contra lateral indica rotura del músculo subescapular que puede ser mínima o afectar solamente a la parte superior. En la mayoría de los casos, la causa de un aumento de la rotación externa es la inactividad del músculo subescapular y no su rotura. La enfermedad del músculo subescapular se manifiesta por la disminución de la capacidad de llevar a cabo una rotación interna y por dolor. 	

<p>Prueba del músculo infra espinoso</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Evidenciar alteración del músculo infra espinoso Posición del paciente: Esta prueba puede efectuarse con el paciente en sedestación o bipedestación. Procedimiento: Es mejor efectuar la prueba comparativamente en ambos lados. Los brazos del paciente deben estar relajados y en posición anatómica, la articulación del codo se encuentra flexionada a 90°. El terapeuta coloca la palma de sus manos sobre el dorso de las manos del paciente. Se le pide que efectúe una rotación externa del antebrazo, venciendo la resistencia que ofrece el terapeuta. Valoración: La aparición de dolor o de debilidad durante la rotación externa indica una alteración del músculo infra espinoso. Dado que la rotura de este músculo la mayor parte de las veces no provoca dolor, la debilidad que se observa durante la rotación indica con gran probabilidad su rotura. 	
<p>Prueba del músculo redondo mayor</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Evidenciar contractura del músculo redondo mayor Posición del paciente: Bipedestación Procedimiento: El terapeuta situado detrás del paciente valorará la posición de las manos. Valoración: El músculo redondo mayor produce una rotación interna del brazo. Si existe una contractura muscular, el brazo afectado se mantendrá en rotación interna y la palma de la mano mirará hacia atrás. Si esto sucede en posición de relajación, será indicativo de contractura del músculo redondo mayor. 	
<p>Prueba de abducción de 0°</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Evidenciar dolor y debilidad por rotura del manguito de los rotadores Posición del paciente: Bipedestación Procedimiento: Con los brazos del paciente en posición neutra, paralelos al tronco, el terapeuta sujeta por el tercio inferior del antebrazo. El paciente intenta realizar una abducción venciendo la posición efectuada por el terapeuta. Valoración: La aparición de dolor y en especial de debilidad durante la abducción y la permanencia del brazo elevado deben hacer pensar en una rotura del manguito de los rotadores. La centralización errónea de la cabeza del húmero, llamada elevación de la cabeza del humero por rotura del manguito de los rotadores, comporta una relativa influencia de la musculatura externa del hombro. Las roturas pequeñas pueden compensarse desde el punto de vista funcional, ya que producen perdidas insignificantes de la función. Las roturas de mayor tamaño se reconocen por debilidad y pérdida de la función. 	

<p>Prueba de APLEY</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Evidenciar lesión del manguito de los rotadores Posición del paciente: Bipedestación. Procedimiento: El paciente debe intentar tocarse el margen medial superior de la escápula contra lateral con el dedo índice. Valoración: La aparición de dolor por encima del manguito de los rotadores, con incapacidad de llegar a tocar la escápula como consecuencia de la limitada movilidad (en la rotación externa y en la abducción) indica una enfermedad del manguito de los rotadores (probablemente del músculo supra espinoso). 			
<p>Arco doloroso</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Diferenciar dolor por lesión del músculo supra espinoso o lesión de la articulación acromioclavicular. Posición del paciente: Bipedestación. Procedimiento: Con el brazo en posición anatómica se efectúa una abducción activa y pasiva. Valoración: El dolor que aparece durante una abducción entre 70° y 120° indica una lesión del tendón del músculo supra espinoso, que durante esta fase se encuentra entre el troquiter y el acromion por lo que sufre un estrechamiento, a diferencia de la afección de la articulación acromioclavicular, en cuyo caso el dolor aparece primero durante una abducción de 140° a 180°. Por encima de 120° la mayor parte de las veces no aparece dolor. 			
<p>Prueba de aducción horizontal forzada</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Evidenciar la presencia de dolor en la articulación acromioclavicular Posición del paciente: Bipedestación Procedimiento: Se efectúa un movimiento de aducción horizontal del brazo del lado afectado hacia el lado sano (aducción forzada). Valoración: La presencia de dolor en la articulación acromioclavicular indica un trastorno articular o un <i>impingement</i> anterior. 			
<p>Prueba de desplazamiento horizontal de la clavícula</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Evidenciar inestabilidad de la articulación acromioclavicular Posición del paciente: Sedente Procedimiento: El extremo distal de la clavícula se sujetta entre dos dedos y se mueve en todas las direcciones. Valoración: Una movilidad clavicular aumentada, con dolor o sin él, indica inestabilidad de la articulación acromioclavicular. Si hay artrosis se observa dolor a la presión y al movimiento. En la rotura de la articulación acromioclavicular con desgarro de los ligamentos coracoclavicular se pone de manifiesto el “signo de la tecla de piano”. La dislocación (subluxación) del extremo clavicular libre se mueve proximalmente por la tracción de la musculatura del cuello y puede presionarse hacia abajo contra resistencia elástica. 			

<p>Prueba de YERGASON</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Determinar la funcionalidad del tendón de la porción larga del bíceps. Posición del paciente: Sedestación Procedimiento: El paciente sitúa el brazo paralelo al cuerpo y flexionado por la articulación del codo. El terapeuta apoya una mano en el hombro y palpa con el dedo índice la corredera bicipital y con la otra sujeta la mano del paciente. Venciendo la resistencia que ofrece el terapeuta, el paciente debe efectuar una supinación del antebrazo. Con ello se produce una tensión aislada del tendón de la porción larga del bíceps. Valoración: La presencia de dolor en la corredera bicipital indica una alteración del tendón de la porción larga del bíceps (por ejemplo, tenosinovitis). El dolor de provocación típico puede intensificarse mediante la presión sobre el tendón en la corredera. 	
<p>Prueba de aprehensión anterior</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Evidenciar síndrome de inestabilidad en el hombro Posición del paciente: Sedestación Procedimiento: Con una mano el terapeuta sujetá las partes blandas del hombro y con la otra mueve el brazo del paciente. Efectúa una abducción pasiva del hombro con el brazo flexionado por la articulación del codo y una rotación externa máxima manteniendo el brazo en esta posición. Para observar el estado de los ligamentos glenohumerales superiores, medio e inferior, la prueba se lleva a cabo con abducciones de 80°, 90° y 120°. Valoración: La aparición de dolor en la zona anterior del hombro junto a la contracción de la musculatura indica un síndrome de inestabilidad. Mediante esta contracción de la musculatura el paciente intenta evitar que se produzca una subluxación o una luxación de la cabeza humeral. También la ausencia de dolor, pero con contracción de la musculatura de la zona anterior del hombro (músculo pectoral), puede indicar un síndrome de inestabilidad. 	
<p>Prueba de aprehensión posterior</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Evidenciar inestabilidad posterior del hombro Posición del paciente: Decúbito supino Procedimiento: El terapeuta coloca una mano debajo de la escápula y con la otra sujetá el brazo por la articulación del codo. Mediante una presión del brazo (abducido, flexionado horizontalmente y en rotación interna) hacia atrás, en la dirección del eje del brazo, el terapeuta intenta efectuar una subluxación dorsal de la cabeza del húmero. Valoración: Cuando existe laxitud de la escápula articular y de los ligamentos se produce una subluxación o incluso una luxación de la cabeza humeral con el correspondiente dolor. Mientras se efectúa presión axial sobre la cabeza del humero, se realiza una abducción y retroversión crecientes del brazo. La cabeza del humero anteriormente subluxada o luxada puede reducirse mediante esta maniobra, palpando y oyendo un "clic". 	

<p>Prueba del cajón anterior y posterior</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Evidenciar inestabilidad anterior y posterior en el hombro Posición del paciente: Sedestación. Procedimiento: Durante la exploración el terapeuta se coloca detrás del paciente y coloca la mano izquierda encima del hombro derecho del paciente con el fin de estabilizar la clavícula y el margen superior de la escápula. Con la mano derecha mueve el hombro (la cabeza humeral adelante y atrás). Valoración: Un desplazamiento claro hacia delante o hacia atrás de la cabeza humeral (con o sin dolor) indica inestabilidad. 	
<p>Signo del surco – cajón inferior</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Evidenciar inestabilidad superior del hombro Posición del paciente: Sedestación o bipedestación Procedimiento: Con una mano el terapeuta estabiliza el hombro no afectado y con la otra mueve el brazo distalmente por encima de la articulación del codo flexionado. Valoración: La inestabilidad con descenso de la cabeza humeral muestra un hoyo en la piel (signo del surco). La medida de la subluxación puede cuantificarse mediante una radiografía funcional (peso en la mano). La estabilidad inferior no muestra ningún patrón típico de enfermedad, sino que aparece como inestabilidad multidireccional. La prueba puede efectuarse de modo que el brazo permanezca en abducción de 90°. En casos de inestabilidad, ejerciendo una presión desde arriba y sobre el tercio proximal del brazo se puede provocar una subluxación distal de la cabeza del humero, en cuyo caso aparece un claro “escalón” por debajo del acromion. 	

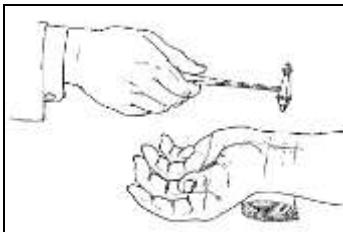
CODO Y ANTEBRAZO

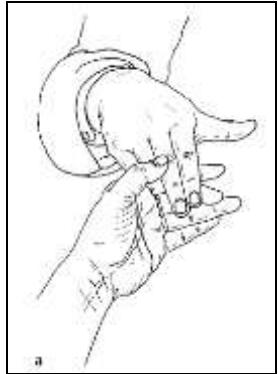
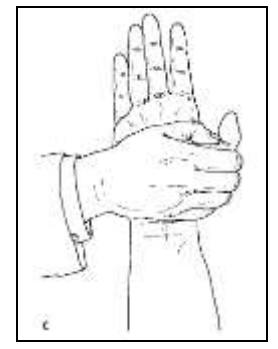
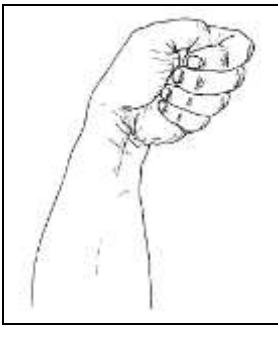
PRUEBA	CARACTERISTICAS	FIGURA
<p>Prueba de esfuerzo en supinación</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Evidenciar la integridad de la articulación del codo Posición del paciente: Sedestación Procedimiento: El terapeuta toma con una mano el antebrazo del paciente y con la otra sostiene el codo por la región medial. A continuación, efectúa un movimiento brusco de supinación. Valoración: Con esta prueba se evalúa la integridad de la articulación del codo, incluida las estructuras óseas y ligamentosas. 	

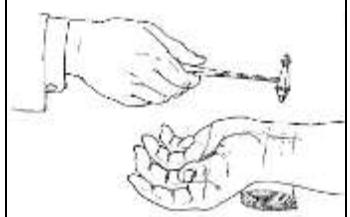
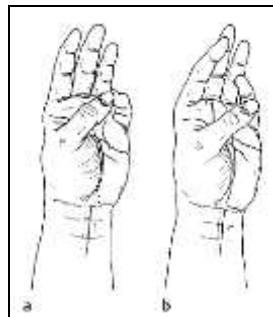
<p>Prueba de esfuerzo en varo</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Evidenciar la estabilidad del ligamento lateral radial de la articulación del codo. Posición del paciente: Sedestación manteniendo el brazo en extensión Procedimiento: Con una mano, el terapeuta estabiliza el brazo por la región medial (interna) y con la otra realiza una aducción del antebrazo contra el brazo por la articulación del codo (esfuerzo en varo) Valoración: Debe prestarse atención a la presencia de dolor, así como a la medida exacta del movimiento, en comparación con el lado contrario. 	
<p>Prueba de esfuerzo en valgo</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Evidenciar inestabilidad del ligamento lateral cubital. Posición del paciente: Sedestación manteniendo el brazo en extensión. Procedimiento: El terapeuta estabiliza con una mano el brazo del paciente por la región lateral (externa) y con la otra efectúa una abducción del antebrazo contra el brazo, por la articulación del codo. Valoración: Debe prestarse atención a la aparición del dolor, así como a una movilidad excepcional o alterada contra lateral. 	
<p>Prueba de Thomson (signo del codo de tenista)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Evidenciar dolor intenso en el epicóndilo lateral Posición del paciente: Bipedestación Procedimiento: Se pide al paciente que, con la mano en ligera extensión de la muñeca, cierre el puño con fuerza y extienda el codo. El terapeuta fija la articulación de la muñeca del paciente por la cara ventral mientras con la otra sujetá el puño. El paciente debe continuar la extensión de la mano venciendo la oposición del terapeuta, quien intenta hacer presión para flexionar el puño. Valoración: La aparición de dolor intenso en el epicóndilo lateral y en la parte radial de la musculatura extensora es muy indicativa de epicondilitis lateral. 	

<i>Signo del codo de golfista</i>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Evidenciar una epicondilitis medial Posición del paciente: Sedestación Procedimiento: El paciente flexiona el codo y efectúa una flexión palmar de la mano. El terapeuta sujeta con una mano la mano del paciente y con la otra fija el el brazo. El paciente debe intentar extender el brazo venciendo la resistencia del terapeuta. 	
<i>Signo de Tinel</i>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Valorar síndrome del surco del nervio cubital Posición del paciente: Sedestación. Procedimiento: El terapeuta sujeta el brazo del paciente y golpea con el martillo de los reflejos sobre surco del nervio cubital. Valoración: El nervio cubital discurre por un surco óseo detrás del epicóndilo medial. Debido a su situación relativamente superficial a menudo aparecen trastornos del nervio por presión. 	
<i>Prueba de compresión del músculo supinador</i>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Evidenciar una alteración del ramo profundo del nervio radial Posición del paciente: Bipedestación Procedimiento: El terapeuta palpa con una mano y distalmente al epicóndilo lateral el surco radial del músculo extensor radial largo del carpo (primer radial externo) y con la otra se opone a la pronación supinación activas. Valoración: Un dolor constante a la presión en el surco muscular o bien que se agudiza durante la pronación o supinación en la parte proximal y radial del antebrazo indica una compresión del ramo profundo del nervio radial que atraviesa el músculo supinador. 	

MUÑECA Y MANO

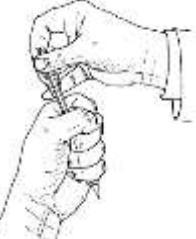
PRUEBA	CARACTERISTICAS	FIGURA
<i>Signo de Tinel</i>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Determinar una lesión del nervio mediano Posición del paciente: Sedestación Procedimiento: La mano se sitúa en ligera flexión dorsal, apoyada sobre un almohadón en la camilla, con un martillo de reflejos o con el dedo índice se percute sobre el nervio mediano en la articulación de la muñeca. Valoración: Las parestesias y el dolor en la mano e incluso en el antebrazo indican un síndrome de compresión del nervio mediano (síndrome del túnel carpiano). 	

PRUEBA	CARACTERISTICAS	FIGURA
<i>Prueba del músculo flexor profundo de los dedos</i>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Evidenciar lesión en la musculatura flexora de los dedos Posición del paciente: Sedente Procedimiento: El terapeuta coloca dos dedos de su mano (índice y medio) en la cara palmar de los dedos afectados del paciente que se encuentra en extensión, y le pide que flexione solamente la falange distal. La exploración debe realizarse siempre en cada dedo por separado. Valoración: Cuando no es posible flexionar la falange distal, ello se debe a una lesión del tendón (desgarro tendinoso). Si la flexión del dedo se acompaña de dolor debe pensarse en una tenosinovitis. Es importante diferenciar la artrosis de la articulación distal con relación a la limitación de la movilidad articular. 	
<i>Prueba de los músculos flexor y extensor largo del dedo pulgar</i>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Evidenciar lesión en la musculatura del pulgar Posición del paciente: Sedente Procedimiento: El terapeuta sujetá el dedo pulgar del paciente por la articulación metacarpo falángico y le pide que realice una flexión y una extensión de la falange distal del dedo. Valoración: La dificultad de los movimientos de flexión y extensión de la articulación distal del dedo pulgar indica una lesión (desgarro tendinoso) o una enfermedad (tenosinovitis) del tendón. 	
<i>Prueba del músculo flexor superficial de los dedos</i>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Evidenciar enfermedad de QUERVAIN Posición del paciente: Sedente Procedimiento: El paciente rodea con los dedos de la mano en presa su pulgar, flexionando en oposición sobre la palma y efectúa una desviación de la muñeca hacia el lado cubital de la extremidad (movimiento activo o pasivo). Valoración: La aparición de dolor y crepitación en la apófisis estiloides del radio indica tenosinovitis inespecífica de los músculos abductor largo y extensor corto del pulgar. Es importante diferenciar la tenosinovitis de QUERVAIN y la artrosis de la articulación carpo metacarpiana del pulgar. 	

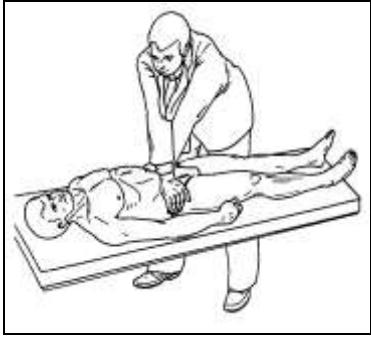
<p>Signo de Tinel</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Determinar una lesión del nervio mediano Posición del paciente: Sedestación Procedimiento: La mano se sitúa en ligera flexión dorsal, apoyada sobre un almohadón en la camilla, con un martillo de reflejos o con el dedo índice se percute sobre el nervio mediano en la articulación de la muñeca. Valoración: Las parestesias y el dolor en la mano e incluso en el antebrazo indican un síndrome de compresión del nervio mediano (síndrome del túnel carpiano). 	
<p>Prueba rápida de funcionalidad de la mano</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Indicar rápidamente una parálisis del nervio cubital Posición del paciente: Sedestación Procedimiento: Se pide al paciente que cierre el puño. Valoración: Si los dedos cuarto y quinto se encuentran en extensión, es decir, no es posible efectuar una flexión de las articulaciones metacarpo falángica e interfalángica proximal, existe parálisis de los músculos interóseos. Si se trata de una paresia del nervio cubital de larga evolución aparece una evidente atrofia muscular entre los dedos uno, dos, cuatro y cinco. 	

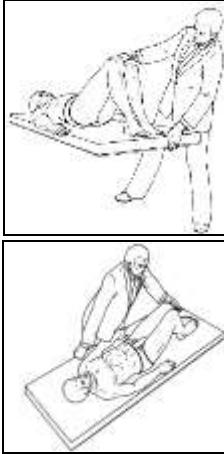
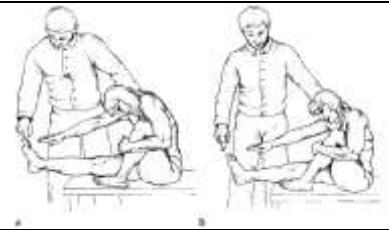
Pruebas funcionales de la mano

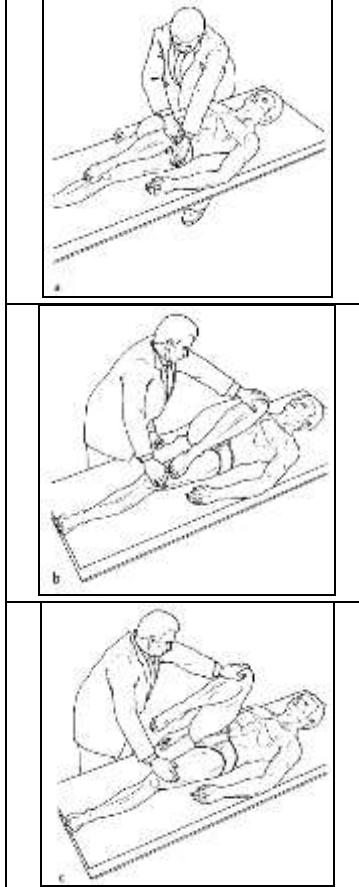
PRUEBA	PROCEDIMIENTO	VALORACIÓN
<p>Prueba de sostenimiento de una aguja</p> 	<p>El paciente debe efectuar un pequeño movimiento de oposición entre la yema del dedo pulgar y el dedo índice.</p>	<p>Para realizar la prueba de forma satisfactoria, la sensibilidad del paciente debe estar intacta. Se debe repetir la prueba una y otra vez con los ojos cerrados. Asimismo, los músculos lumbricales e interóseos deben tener una capacidad de funcionamiento completa.</p>
<p>Prueba de sostenimiento de una llave</p> 	<p>Se pide al paciente que sujete una llave entre el dedo pulgar y la cara medial del dedo índice.</p>	<p>Un déficit de la sensibilidad de la cara medial del dedo índice, como por ejemplo en una lesión del nervio radial, no permite sujetar una llave entre los dedos.</p>
<p>Prueba de sujeción grosera</p>	<p>Se pide al paciente que sujete con fuerza un lápiz en la palma de la mano, cerrando el puño a la vez que el terapeuta intenta extraerlo.</p>	<p>Las lesiones del nervio mediano o cubital no permiten realizar una flexión completa de los dedos. También la fuerza se encuentra</p>

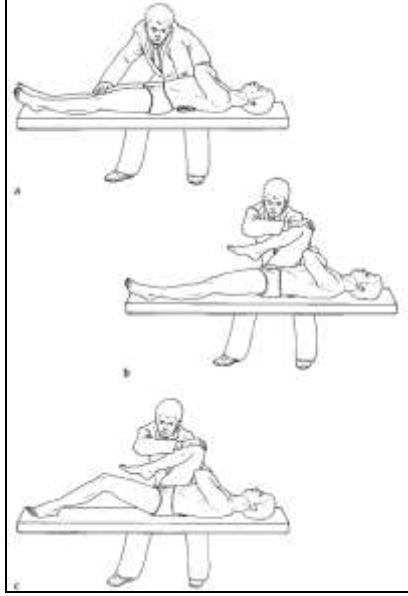
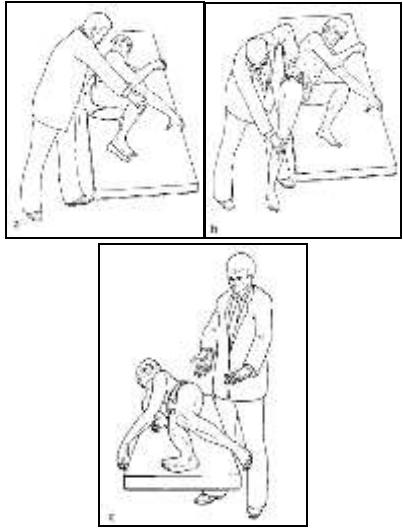
	<p>Si existe una limitación en la flexión, se repite la prueba utilizando un objeto de mayor diámetro.</p>	<p>disminuida y el resultado de la prueba seropositivo.</p>
<p>Prueba de sujeción en la palma de la mano</p> 	<p>La capacidad de cierre de la mano del paciente se comprueba con una pelota que debe sujetar con fuerza.</p>	<p>Se comprueba la fuerza de aducción del dedo pulgar y la capacidad de flexión de los dedos, con lo que se valora la función motora de los nervios mediano y cubital.</p>

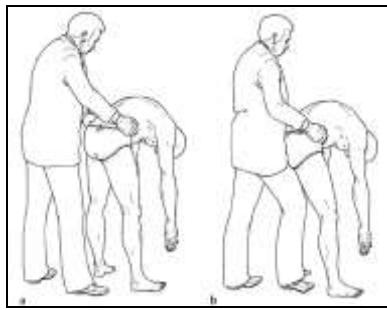
PELVIS Y CADERA

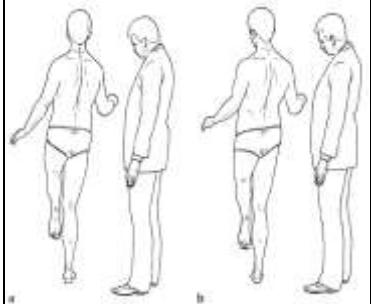
PRUEBA	CARACTERISTICAS	FIGURA
<p><i>Prueba de distención sacroliliaca</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Detectar la participación de los ligamentos pélvicos anteriores en el síndrome de la articulación sacro ilíaca. Posición del paciente: Decúbito supino Procedimiento: El terapeuta realiza con ambas manos una presión ventral y hacia el exterior sobre los huesos ilíacos. Valoración: Un dolor profundo indica la distención de los ligamentos sacro ilíacos anteriores: sacro espinoso y sacro tuberoso. El dolor en la región glútea puede estar motivada por la irritación de la parte posterior de la articulación sacro ilíaca. 	

<p>Prueba de Galiazz y Ellis</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Valorar la diferencia de longitud en las piernas Posición del paciente: Supino con apoyo de los pies sobre la camilla en flexión de rodilla. Procedimiento: El terapeuta valora el aspecto, la posición y la postura de ambas rodillas. Valoración: Habitualmente ambas rodillas se encuentran a la misma altura. Si una queda más arriba que la otra, significa que la tibia de ese lado es más larga. Si una de las rodillas está adelantada indica que el fémur es más largo de ese lado. 	
<p>Test de las puntas de los dedos</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Valorar la contractura de la musculatura isquioocrural Posición del paciente: Sedestación con las extremidades inferiores extendidas. Procedimiento: El paciente efectúa una flexión de la extremidad inferior por la articulación de la cadera y rodilla y con el brazo del mismo lado la acerca a la parte superior del cuerpo. La otra extremidad permanece en extensión. Se pide al paciente que con la punta de los dedos de la mano libre intente tocarse los dedos del pie. La prueba se repite en el lado contrario. Valoración: Si existe contractura de la musculatura isquioocrural el paciente no puede llevar la mano hacia la punta de los pies y se queja de dolor en la parte posterior del muslo. 	

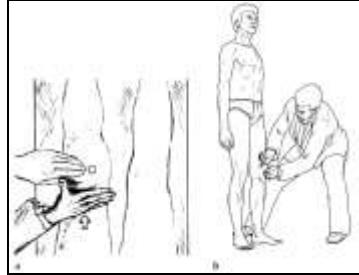
<p>Pruebas de ligamentos pélvicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo: Evidenciar patologías en los ligamentos pélvicos • Posición del paciente: Decúbito supino • Procedimiento: <ol style="list-style-type: none"> a) Para examinar el estado del ligamento iliolumbar, la pierna debe flexionarse por las articulaciones de la rodilla y coxofemoral y a continuación efectuar una aducción hacia la articulación coxofemoral contra lateral. b) Para examinar el estado de los ligamentos sacro espinoso y sacro ilíaco debe efectuarse una flexión máxima de la pierna por las articulaciones de la rodilla y coxofemoral, así como una aducción hacia el hombro contra lateral. c) Para examinar el ligamento sacro tuberoso debe efectuarse una flexión máxima de las articulaciones de la rodilla y coxofemoral hacia el hombro ipsilateral. • Valoración: Si después de unos segundos aparece dolor a la distensión, ello es indicativo de un acortamiento y de sobrecarga funcional de los ligamentos, así mismo, la articulación sacro ilíaca puede aparecer hipermóvil o bloqueada. Cuando existe dolor a la distensión de los ligamentos iliolumbares, generalmente se irradia a la región inguinal (diagnóstico diferencial: trastorno de la articulación coxofemoral). Pero si el dolor se da a nivel de los ligamentos sacro espinosos – sacro ilíacos, se propaga al dermatoma S1 (latero dorsal a la articulación de la cadera hasta la rodilla). Por último, si el dolor es del ligamento sacro tuberoso se irradia hacia la parte dorsal del muslo. 	 <p>The diagram consists of three separate line drawings labeled 'a', 'b', and 'c'. Drawing 'a' shows a patient lying on their back with their right leg bent at the knee and hip, and the foot being held by a clinician's hands to perform an internal rotation (adduction) of the hip. Drawing 'b' shows the patient in a similar position, but with the knee being flexed at the hip and knee, and the foot being held to perform a lateral bending motion. Drawing 'c' shows the patient lying on their back with their right leg bent at the knee and hip, and the knee being bent at the hip and knee, with the foot being held to perform a lateral bending motion.</p>
--	---	---

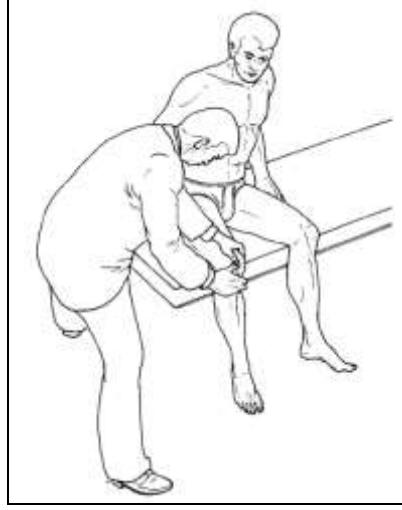
<p>Prueba de contractura del músculo recto femoral según Thomas</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Evidenciar contractura del músculo femoral Posición del paciente: Decúbito supino Procedimiento: La pierna que no está afectada realiza un movimiento de flexión hasta que se anula la lordosis lumbar con la ayuda del terapeuta, que sitúa una mano entre la columna vertebral del paciente y la camilla. Valoración: Si existe una contractura en flexión la cadera que se explora no queda extendida sobre la camilla, sino que adopta una flexión progresiva y, por consiguiente, una posición en creciente flexión de la pelvis. Es posible observar contracturas en flexión de la cadera por artrosis, inflamaciones y posiciones malas de la articulación, que pueden comportar alteraciones de la columna vertebral. 	
<p>Prueba de Ober</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Valorar la contractura de la cintilla iliotibial Posición del paciente: El paciente se encuentra en decúbito lateral con las piernas flexionadas y apoyadas sobre el lado sano (para compensar la lordosis) Procedimiento: El terapeuta sujetá con una mano la pierna afectada y con la otra estabiliza la pelvis. Mediante una extensión de la pierna afectada que se va a explorar, por la articulación de la cadera, el muslo se sitúa en la misma línea que la pelvis con lo que la cintilla iliotibial queda fijada a la altura del trocánter mayor. En esta posición se efectúa una aducción de la pierna. Valoración: Si existe un acortamiento de la cintilla iliotibial, la cadera presentará un límite en la aducción en relación directa con el grado de acortamiento. Si las piernas no caen aduciéndose, es decir, se produce rápidamente un movimiento de flexión y rotación, indica contractura de la cintilla iliotibial. La prueba suele ser indolora, aunque a veces puede ocasionar dolor en la zona del cóndilo lateral del fémur. 	

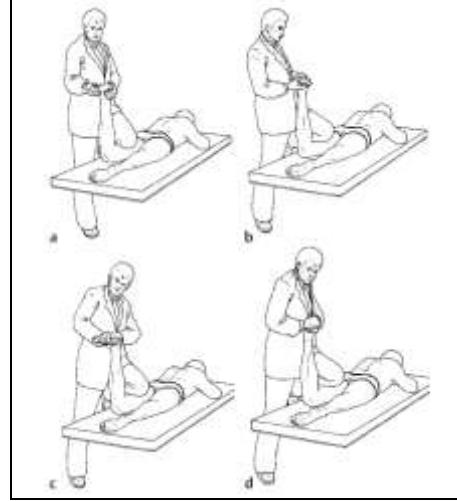
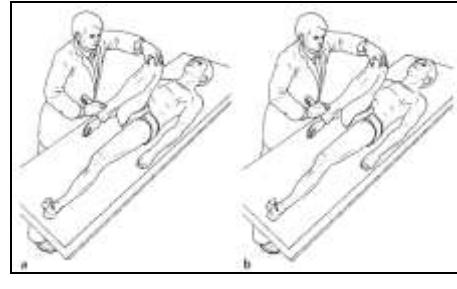
<p>Prueba de la sacudida axial de la pierna</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Indicar un trastorno de la articulación de la cadera Posición del paciente: Decúbito supino Procedimiento: Se pide al paciente que mantenga una pierna en extensión y la otra lleve a la flexión por la articulación de la rodilla quedando la articulación coxofemoral en rotación externa. El maléolo externo de la pierna flexionada se sitúa por encima de la rotula de la otra pierna. El terapeuta sujeta con ambas manos la parte distal del muslo y lo sacude en dirección axial. Valoración: La aparición de dolor en la ingle indica una artropatía de la cadera, como coxartrosis o un aflojamiento del implante en portadores de prótesis. Las molestias en la columna vertebral lumbar pueden aparecer por afección del disco intervertebral o alteraciones reumáticas de la columna. 	
<p>Prueba de inclinación anterior asistida</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Diferenciar entre el dolor lumbar y el sacro ilíaco. Posición del paciente: Bipedestación Procedimiento: El terapeuta que se sitúa detrás del paciente le pide que se incline hacia delante hasta el momento en que aparece dolor. El paciente se reincorpora nuevamente y se le pide que vuelva a inclinarse hacia delante. Esta vez el terapeuta ejerce presión con su muslo sobre el hueso sacro y guía el movimiento de inclinación ventral sujetando ambas piernas. Valoración: La inclinación implica la participación funcional de la articulación sacro - ilíaca y lumbosacra, así como el movimiento de algunos segmentos lumbares. El dolor que aparece durante la inclinación libre sugiere un síndrome articular sacro ilíaco y desaparece o mejora al fijar la pelvis. Si existen trastornos lumbares aparece dolor durante la inclinación ventral tanto si es asistida como si no. 	

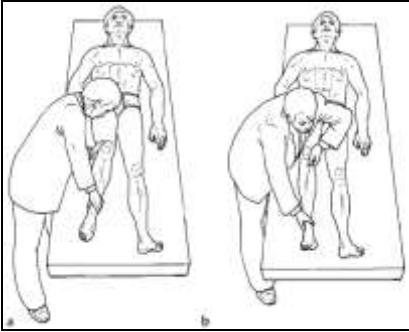
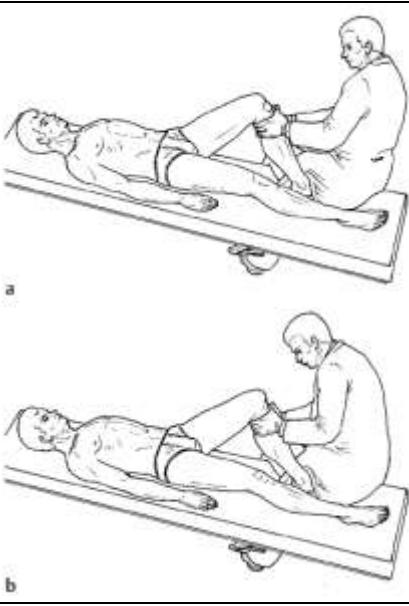
<p><i>Signo de Trendelenburg Duchenne</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Determinar la funcionalidad de la musculatura pelvitrocantárea Posición del paciente: Bipedestación Procedimiento: El terapeuta se coloca detrás del paciente, que permanece en bipedestación. Se le pide que levante una pierna flexionando por la articulación de la rodilla y de la cadera. Valoración: Si los músculos glúteos se encuentran afectos y se produce una pérdida de funcionalidad, no es posible mantener la pelvis sobre el lado de apoyo y se inclina hacia el lado sano y no sobrecargado (signo de Trendelenburg positivo). 	
---	---	---

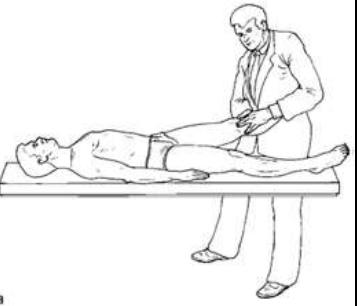
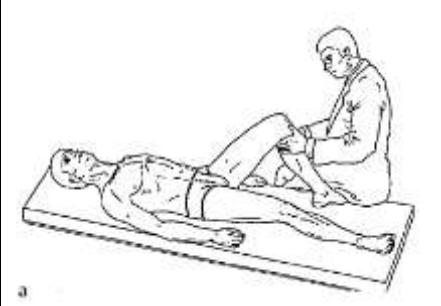
RODILA

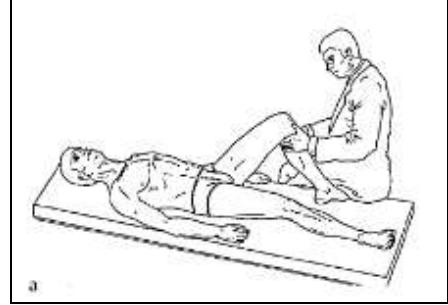
PRUEBA	CARACTERISTICAS	FIGURA
<p><i>Prueba de la rótula bailarina</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Evidenciar un derrame articular de la rodilla Posición del paciente: Decúbito supino o bipedestación Procedimiento: Con un mano presiona desde arriba el fondo de saco supra rotuliano y con la otra presiona la rótula contra el fémur o la mueve en dirección medial y lateral con una ligera presión. Valoración: La resistencia elástica es un signo patológico de derrame articular. 	

<p>Prueba de desplazamiento de la rótula</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Evidenciar condropatía o artrosis retro rotuliana Posición del paciente: Decúbito supino Procedimiento: El terapeuta sujetta con el dedo pulgar y el índice de ambas manos la mitad superior e inferior de la rótula. Luego se produce un movimiento lateral, ambos pulgares desplazan la rótula por encima del cóndilo lateral del fémur y el dedo índice en sentido lateral. Valoración: El aumento en el desplazamiento lateral o medial sugiere una laxitud ligamentosa, una subluxación de la rótula o una tendencia a la luxación. La presencia de crepitación en el desplazamiento de la rótula indica condropatía o artrosis retro rotuliana. Un desplazamiento caudal limitado de la rótula indica un acortamiento del músculo recto femoral o una elevación de la rótula. 	
<p>Prueba de MacConnell</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Detectar una artrosis retro rotuliana Posición del paciente: Sedestación sobre la camilla con las piernas colgadas en relajación. Procedimiento: El terapeuta efectúa una presión de la rótula con ambos pulgares desde la parte lateral hasta la medial. Valoración: El dolor esta provocado por una contracción isométrica del cuádriceps como por ejemplo cuando se está de cuclillas o subiendo y bajando escaleras. Si aparece puede aliviarse con la dislocación medial de la rótula. La mejora del dolor con la dislocación medial de la rótula constituye un criterio diagnóstico de dolor retro rotuliano. 	

<p><i>Prueba de tracción y presión</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo: Indicar una lesión del menisco externo e interno • Posición del paciente: Decúbito prono flexionando 90° la rodilla afectada. • Procedimiento: El terapeuta fija el muslo con su rodilla mientras efectúa una rotación de la rodilla del paciente, primero fraccionándola y después presionándola. • Valoración: La aparición de dolor en la articulación de la rodilla flexionada durante la rotación con tracción que efectúa el terapeuta indica una alteración de la capsula y de sus ligamentos, prueba de presión positiva. La aparición de dolor durante una rotación interna indica una lesión del menisco externo, es decir una alteración de la capsula y los ligamentos laterales. El dolor durante una rotación externa indica una lesión del menisco interno, es decir, una alteración de la capsula y de los ligamentos mediales. 	
<p><i>Prueba de Mac Murray</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo: Evidenciar patología meniscal • Posición del paciente: Decúbito supino con la articulación de la rodilla y cadera completamente flexionadas. • Procedimiento: El terapeuta sujetá la rodilla con una mano y el pie con la otra, entonces efectúa una rotación externa e interna del muslo para luego mantener la pierna en esta posición donde realiza una extensión para obtener un ángulo de 90°. • Valoración: La aparición de dolor durante la extensión de la rodilla en rotación externa y en abducción del muslo indica una lesión del menisco interno y en rotación interna, indica una lesión del menisco externo. Cuando hay un pinzamiento de una lengüeta del menisco del asta posterior, aparece un resalte o un chasquido articular al realizar una flexión pronunciada. El resalte en posición de ángulo recto indica una lesión de la posición media del menisco. 	

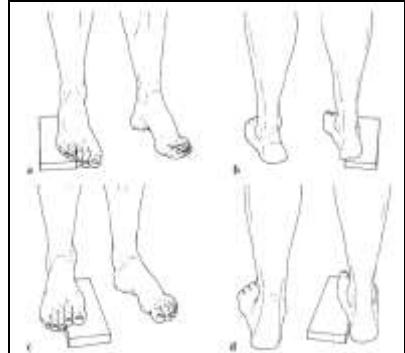
<p>Prueba de Bohler Kromer</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo: Evidenciar alteración del menisco interno y externo. • Posición del paciente: Decúbito supino • Procedimiento: Con una mano el terapeuta estabiliza el fémur desde la parte lateral y con la otra sujetla el maléolo interno. Con la pierna en abducción (posición en valgo) se lleva a cabo una flexo - extensión de la rodilla. A continuación, el terapeuta sujetla el maléolo externo y el fémur desde la parte interna y efectúa una flexo extensión de la rodilla con la pierna aducción (posición en varo). • Valoración: La aparición de dolor en la interlinea articular interna durante la flexo extensión de la rodilla con la pierna en aducción sugiere una alteración del menisco interno. Con la pierna en abducción, indica una alteración del menisco externo. A partir de esta prueba es posible examinar al mismo tiempo por la cara anterior el aparato ligamentoso de la articulación de la rodilla en el lado en que no se realiza ningún movimiento. 	
<p>Signo de Finoschietto (signo de salto)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo: Comprobar una lesión simultanea del ligamento cruzado anterior y del menisco interno. • Posición del paciente: Decúbito supino • Procedimiento: Prueba del cajón anterior en flexión de 90° de la articulación de la rodilla. • Valoración: Si existe rotura del ligamento cruzado anterior, la prueba del cajón anterior en flexión de 90° comporta un desplazamiento ventral de la tibia. Debido a la falta de suspensión ligamentosa, durante el movimiento del cajón anterior se eleva el cóndilo femoral hasta el cuerno posterior del menisco interno. Si la prueba es positiva, se puede oír un crujido y/o palpar un resalte. Si se presiona la tibia en dirección dorsal, el cóndilo femoral se desliza nuevamente hacia abajo desde el cuerno posterior del menisco interno. La alteración del cuerno posterior del menisco interno o su suspensión capsular en relación con la insuficiencia del ligamento cruzado anterior comporta una alteración del menisco rodante – deslizante tras la rotura del ligamento cruzado, que conduce a un desgarro del cuerno posterior del menisco interno. 	

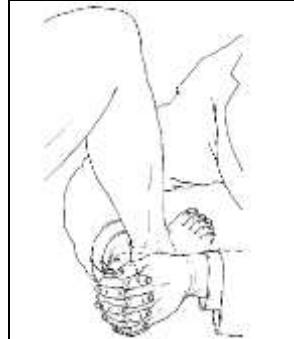
<p><i>Prueba de abducción y aducción (prueba de valgo y varo)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Comprobar inestabilidad interna y externa de la rodilla. Posición del paciente: Decúbito supino Procedimiento: El terapeuta sujetá con ambas manos la articulación de la rodilla por la cabeza de la tibia mientras palpa la interlinea articular. Valoración: La estabilidad lateral se verifica con una flexión de 20° y una extensión completa. La posición de extensión completa evita una abertura lateral, siempre que la capsula posterior y el ligamento cruzado posterior se encuentren intactos, aunque el ligamento lateral interno este desgarrado. En flexión de 20°, la capsula posterior se encuentra a tensión y mediante la maniobra de valgo se puede explorar el ligamento lateral interno de forma aislada como el principal agente estabilizador. A la inversa sucede cuando se realiza una maniobra en varo. 	
<p><i>Prueba del cajón anterior con flexión de 90° de la rodilla</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Comprobar la estabilidad del ligamento cruzado anterior. Posición del paciente: Decúbito supino con la articulación de la cadera flexionada 45° y de la rodilla 90°. Procedimiento: Con la musculatura flexora relajada se tracciona en dirección ventral. La prueba se realiza en posición neutral o en rotación externa de 15° del pie para verificar la inestabilidad antero externa. Valoración: Si existe insuficiencia crónica del ligamento cruzado anterior, se puede palpar un cajón anterior, es decir un desplazamiento ventral de la tibia, mediante un movimiento suave. En las lesiones recientes la exploración del cajón anterior en flexión de 90° suele ser negativa, dado que los pacientes a menudo no alcanzan este ángulo de flexión de forma indolora y efectúan una contracción refleja. 	

<p><i>Prueba del cajón posterior en flexión de 90°</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Evidenciar inestabilidad posterolateral en la rodilla Posición del paciente: Decúbito supino Procedimiento: La prueba del cajón posterior se lleva a cabo en flexión y en subextensión, al igual que la del cajón anterior, pero en traslación posterior con rotación neutra, interna o externa de la pierna. Valoración: La inestabilidad posterolateral aislada indica exposición próxima a la extensión, su máxima traslación y en flexión de 90°, su máxima rotación posterolateral y su mínimo cajón posterior. Si las estructuras ligamentosas posterolaterales y el ligamento cruzado posterior son insuficientes, en todos los grados de flexión se observa un aumento del cajón posterior, rotación externa y abertura articular lateral. 	
--	---	---

TOBILLO Y PIE

PRUEBA	CARACTERISTICAS	FIGURA
<p><i>Prueba de desplazamiento de los dedos</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Valorar la inestabilidad de las articulaciones proximales de los dedos. Posición del paciente: Bipedestación Procedimiento: Con una mano el terapeuta fija medialmente el ante pie. Mientras con la otra sujeta la parte distal de la falange efectúa un movimiento de la base contra las cabezas de la metatarsianos en sentido plantar y dorsal. Valoración: La aparición de dolor en la articulación de los dedos junto a signos de inestabilidad, indica alteraciones de la posición de los dedos, con formación de dedos en garra funcionales por sobrecarga. Si esta inestabilidad progresiva, los dedos se fijan en la articulación proximal en posición de flexión dorsal. La articulación permanece luxada. 	

<p>Test del crujido</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Valorar <i>hallux rigidus</i> Posición del paciente: Sentado sobre el borde de la camilla con los pies colgando Procedimiento: Con el pie relajado y colgando se sujetan el dedo gordo del pie y se efectúan movimientos plantares, dorsales y de rotación de la articulación proximal del dedo gordo. Valoración: Si existe un <i>hallux rigidus</i>, todos los movimientos son dolorosos y la flexión dorsal se encuentra limitada. Además, se palpan y se oyen “crujidos” en la articulación, originados por los cambios artrósicos. 	
<p>Prueba de bloques laterales de Coleman</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Valorar la flexibilidad con deformidades de la parte posterior del pie. Posición del paciente: Bipedestación Procedimiento: Según la magnitud y naturaleza de la deformidad del pie se colocan diferentes bloques de madera y de distinta altura debajo del pie (en su cara lateral o medial). Valoración: Si existe una contractura deformante en varo de la parte anterior del pie con desviación compensatoria en valgo de la parte posterior, con la prueba del bloque interno es posible determinar la flexibilidad y una contractura pronunciada patológica de la parte posterior del pie. 	
<p>Prueba del cajón</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Explorar la estabilidad de la parte superior de la articulación del tobillo. Posición del paciente: Decúbito supino Procedimiento: El terapeuta mueve por la parte superior de la articulación en dirección dorsal y mantiene fija la tibia con la otra mano. En un segundo momento, mientras mantiene fija la tibia con la mano, mueve el pie en dirección ventral. Valoración: La exploración debe efectuarse comparativamente en ambos lados. Si existe una rotura del ligamento lateral por la parte posterior de la articulación se observa mayor movilidad del pie hacia delante. Si existe rotura del ligamento lateral anterior existe mayor movilidad hacia atrás. 	

<p>Prueba de presión sobre el talón prueba de presión sobre el talón</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Valorar fractura del calcáneo por sobrecarga Posición del paciente: Sentado sobre la camilla con los pies en suspensión Procedimiento: El terapeuta presiona simétricamente el talón entre ambas eminencias tenares. Valoración: Si existe una fractura del calcáneo por sobrecarga, los pacientes notan fuertes dolores en la región del talón. Las fracturas del calcáneo por sobrecarga aparecen en pacientes con osteoporosis intensas, por lo que presentan una marcha claramente dolorosa y a menudo con descarga del peso en los talones, que pueden estar inflamadas y ser muy dolorosas a la presión. 	
<p>Signo de Tinel</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Indicar síndrome del túnel tarsiano Posición del paciente: Decúbito prono con la articulación de la rodilla flexionada 90°. Procedimiento: Con el martillo de reflejos, el terapeuta golpea el nervio tibial por detrás del maléolo interno. Valoración: La presencia de dolor y disestesias en la planta del pie indican un síndrome del túnel tarsiano. En esta enfermedad se aprecia una lesión crónica del nervio en el maléolo interno y por debajo del retináculo de los músculos flexores. Puede palparse el nervio detrás del maléolo interno, lo que ocasiona dolor. Si existe una lesión avanzada, del nervio pueden apreciarse déficit sensitivo en la zona de inervación plantar, así como paresias y atrofia de los músculos de la planta del pie. 	