

PROTOCOLO ESPECIFICO DE EXPLORACION

DEL APARATO LOCOMOTOR

G. ALDAVE VILLANUEVA * - M. L. GONZALO RUIZ * - M. D. GUERRERO SANCHEZ *
J. GUILLEN MATEO * - J. F. JAULIN PLANA * - S. F. JULIAN SIERRA *

(*) Médico Especialista en Hidrología.

Nos encontramos ante una situación en la que cada centro de tratamiento crenoterápico sigue formas diferentes de reflejar los datos de anamnesis y exploración. Esta falta de unidad de criterios crea una dificultad o imposibilidad de recopilar datos objetivos para realizar estudios con rigor científico. Por lo cual, consideramos necesario tener un protocolo común como sistemática de trabajo en este campo.

Exponemos un protocolo específico de aparato locomotor donde se reflejan los síntomas y signos de mayor interés clínico. En primer lugar señalaremos los criterios de valoración común a seguir en cada uno de los parámetros y segmentos estudiados:

1.—**Dolor:** Vamos a valorar la intensidad siguiendo la escala del 0 al 3 (0=No Dolor, 1=Dolor Leve, 2=Dolor moderado, 3=Dolor Intenso) así como su forma de aparición (E=Espontáneo, P=a la Presión, M=al Movimiento).

2.—**Inflamación:** Valorándola en una escala del 0 al 3 (0=No inflamación, 1=Inflamación leve, 2 = Inflamación moderada, 3 = Inflamación intensa).

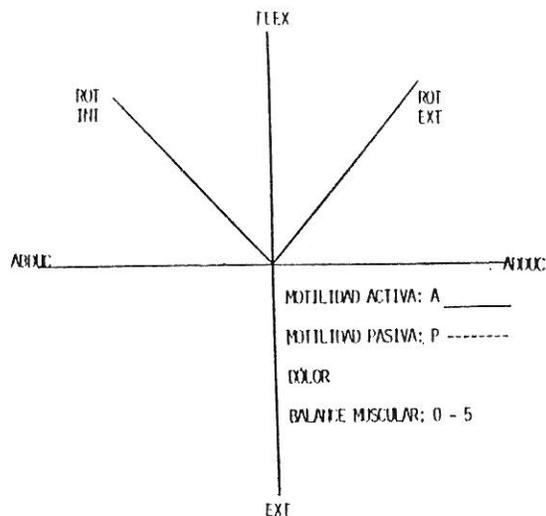
3.—**Balance articular:** Se realiza en base a las medidas goniométricas.

4.—**Balance muscular:** Se valora siguiendo la escala de LOVET de 0 a 5 (0=Sin contracción muscular, 1 = Contracción visible o palpable, 2=Movimiento activo posible eliminando la gravedad, 3=Movimiento activo posible contra la gravedad, 4=Movimiento activo posible contra la gravedad y resistencia, 5=Potencia muscular normal).

Estos dos balances, el articular y el muscular, quedan reflejados en un sistema de ejes, cada uno de los cuales representan los movimientos específicos de cada articulación.

En cada eje se señala el valor goniométrico de amplitud del movimiento, con una A señalamos

VALORACION ARTICULAR (GONIOMETRIA)



la movilidad activa y con una P la movilidad pasiva. El dolor a la movilización, de existir, se representa por un círculo a nivel del eje correspondiente que engloba todo el arco de movimiento doloroso. Con un número del 0 al 5, en base a la escala de LOVET, se representa sobre cada eje el balance muscular de los músculos que intervienen en el movimiento representado en el mismo.

5.—**Valoración de la marcha:** Se valora según el apoyo precisado en una escala del 0 al 5 (0=Sin alteración, 1=Ligero apoyo y/o claudicación ligera, 2 = Un bastón y/o claudicación moderada, 3 = Dos bastones y/o claudicación severa, 4=Aparato de marcha, 5=Imposibilidad para la marcha).

6.—**Valoración de la capacidad funcional:** Se siguen los criterios de la A.R.A. (CLASE I=Función normal sin síntomas o a pesar de ellos;

Clase II=Cierta incapacidad, pero adecuada para la actividad normal sin dispositivos especiales o asistencia; CLASE III=Actividades restringidas, se requieren dispositivos especiales o asistencia; CLASE IV=Totalmente dependiente).

7.—**Valoración de las actividades de la vida diaria:** Se valora según una escala del 0 al 3 (0=Sin dificultad, 1=Dificultad ligera, 2=Dificultad moderada, 3=Incapacidad).

8.—**Valoración final del tratamiento crenoterápico:** Seguimos una escala del 0 al 4 (0 = Empeoramiento, 1 = Sin cambios, 2 = Mejoría ligera, 3 = Mejoría notable, 4 = Mejoría importante).

La sistemática que hemos seguido para la elaboración del protocolo ha sido, en principio, dividir el aparato locomotor en los segmentos siguientes:

— COLUMNA VERTEBRAL:

- Columna cervical
- Columna dorsal
- Columna lumbar.

— MIEMBRO SUPERIOR:

- Hombro y brazo
- Codo y antebrazo
- Muñeca y mano.

— MIEMBRO INFERIOR:

- Cadera y muslo
- Rodilla y pierna
- Tobillo y pie.

En cada segmento se exploran las articulaciones y músculos adyacentes según el siguiente orden: Inspección, Palpación, Balance articular-muscular, Funcionalidad, así como pruebas o maniobras específicas que se han considerado de interés diagnóstico en cada segmento. En la columna vertebral este orden se ha alterado en base a las características propias de la misma, considerando específicamente Alineación y Estática.

Se explora también el estado neurológico y vascular de cada miembro en conjunto.

Creemos necesario valorar la funcionalidad global del aparato locomotor, mediante el estudio de la marcha y de las actividades de la vida diaria. Posteriormente se tiene que emitir un diagnóstico de presunción en base al cual vamos a prescribir un tratamiento crenoterápico, el cual debe quedar reflejado, así como las posibles modificaciones del mismo e incidencias que se presentasen y la valoración de la efectividad de dicho tratamiento.

COLUMNA VETEBRAL

ALINEACION

1- VALORACION DE ESPALDA EN BIPEDESTACION

HOMBROS	NORMAL <input type="checkbox"/>	ELEVACION DCHO. <input type="checkbox"/>	ELEVACION IZDO. <input type="checkbox"/>	
ESCAPULAS	NORMAL <input type="checkbox"/>	ABDUCCION <input type="checkbox"/>	ALATA DCHA. <input type="checkbox"/>	ALATA IZDA. <input type="checkbox"/>
PELVIS	NORMAL <input type="checkbox"/>	DESNIVEL DCHO. <input type="checkbox"/>	DESNIVEL IZDO. <input type="checkbox"/>	

2- VALORACION DE PERFIL



DISTANCIA OCCIPUCIO - PARED	CMS.
DISTANCIA VERTICE C-7 - PARED	CMS.
DISTANCIA VERTICE C. DORSAL - PARED	CMS.
DISTANCIA VERTICE C. LUMBAR - PARED	CMS.
DISTANCIA SACRO - PARED	CMS.
DISTANCIA TALONES - PARED	CMS.

COLUMNA CERVICAL

1- ESTATICA

NORMAL <input type="checkbox"/>	HIPERLORDOSIS <input type="checkbox"/>	HIPERCIFOSIS <input type="checkbox"/>
---------------------------------	--	---------------------------------------

2- DOLOR

INTENSIDAD	LOCALIZACION	
	IRRADIACION	

3- BALANCE ARTICULAR / MUSCULAR

FLEXION:	DISTANCIA MENTON - MANUBRIO ESTERNAL	CMS.
EXTENSION:	DISTANCIA MENTON - MANUBRIO ESTERNAL	CMS.
LATERALIZACION:	DISTANCIA TRAGO - ACROMION IZDO.	CMS.
	DISTANCIA TRAGO - ACROMION DCHO.	CMS.
ROTACION:	DISTANCIA MENTON ACROMION IZDO.	CMS.
	DISTANCIA MENTON - ACROMION DCHO.	CMS.

4- OTROS

	SI	NO	
INFLAMACION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LOCALIZACION
CRUJIDOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATROFIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTRACTURA MUSCULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COLUMNA DORSAL

1- ESTATICA

NORMAL <input type="checkbox"/>	HIPERCIFOSIS ALTA <input type="checkbox"/>	HIPERCIFOSIS BAJA <input type="checkbox"/>	ESCOLIOSIS CONVEX. IZDA. <input type="checkbox"/>	ESCOLIOSIS CONVEX. DCHA. <input type="checkbox"/>	RECTIFICACION <input type="checkbox"/>
---------------------------------	--	--	---	---	--

2- DOLOR

INTENSIDAD	LOCALIZACION	
	IRRADIACION	

3- BALANCE ARTICULAR

PERIMETRO TORACICO EN INSPIRACION	CMS.
PERIMETRO TORACICO EN ESPIRACION	CMS.

4- OTROS

	SI	NO	
INFLAMACION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LOCALIZACION
CRUJIDOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATROFIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTRACTURA MUSCULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COLUMNA LUMBAR

1 - ESTÁTICA

NORMAL

HIPERLORDOSIS
CONVEX. IZDA.

ESCOLIOSIS

RECTIFICACION

CONVEX. DCHA.

2 - DOLOR INTENSIDAD LOCALIZACION

IRRADIACION

A) PUNTOS DOLOROSOS

DERECHA	IZQUIERDA
<input type="checkbox"/> ARTICULACION SACROILIACA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CIÁTICO (P. DE VALEJO)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> E.J.A.S.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> TROCANTER	<input type="checkbox"/>

B) MANIOBRAS CIÁTICAS

DERECHA	IZQUIERDA
<input type="checkbox"/> SIGNO DE LASSEGUE	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SIGNO DE LASSEGUE INVERTIDO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SIGNO DE BRAGARD	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MARCHA DE PUNTILLAS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MARCHA DE TALONES	<input type="checkbox"/>

3 - BALANCE ARTICULAR

FLEXION: DISTANCIA DEDOS - SUELO CMS.

TEST DE SCHBERG CMS.

EXTENSION: DISTANCIA PARED - ESTERNON CMS.

TEST DE SCHBERG ANTERIOR CMS.

LATERALIZACION: DISTANCIA DEDOS - SUELO IZDA. CMS.

DISTANCIA DEDOS - SUELO DCHA. CMS.

ROTACION: DISTANCIA ACROMION IZDO. - E.J.A.S. IZDO. CMS.

DISTANCIA ACROMION DCHO. E.J.A.S. DCHA. CMS.

4 - BALANCE CONJUNTO DORSO - LUMBAR

DERECHA					IZQUIERDA						
5	4	3	2	1	0	0	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>											

FLEXORES: RECTO ANTERIOR DEL ABDOMEN
 EXTENSORES: ESPINALES DORSO - LUMBARES
 ROTADORES: OBLICUOS MAYOR Y MENOR
 ELEVADOR DEL RAQUIS CUADRADO LUMBAR

ARTICULACION TEMPORO - MAXILAR

LOCALIZACION	NO	SI		SI	NO	LOCALIZACION
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DOLOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CRUJIDOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BLOQUEOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MIEMBRO SUPERIOR

HOMBRO Y BRAZO

1 - INSPECCION

DERECHA	IZQUIERDA
INFLAMACION	
ATROFIAS	
POSTURAS ANTIALGICAS	
DEFORMIDADES	
OTROS	

2 - PALPACION

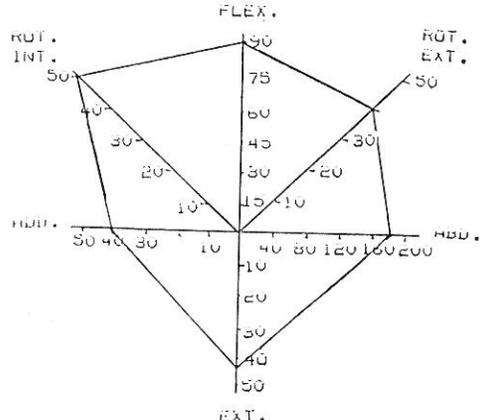
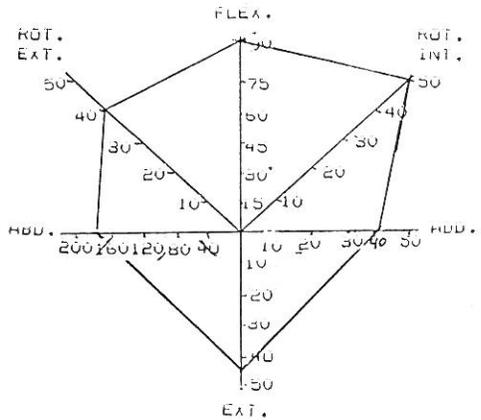
A) OSEA

DERECHA			IZQUIERDA
OTRAS	INFLAM.	DOLOR	NORMAL
OTRAS	NORMAL	DOLOR	INFLAM.
OTRAS	OTRAS	OTRAS	OTRAS
OTRAS	OTRAS	OTRAS	OTRAS
OTRAS	OTRAS	OTRAS	OTRAS
OTRAS	OTRAS	OTRAS	OTRAS
OTRAS	OTRAS	OTRAS	OTRAS
OTRAS	OTRAS	OTRAS	OTRAS
OTRAS	OTRAS	OTRAS	OTRAS

B) PARTES BLANDAS

DERECHA			IZQUIERDA
OTRAS	INFLAM.	DOLOR	NORMAL
OTRAS	NORMAL	DOLOR	INFLAM.
OTRAS	OTRAS	OTRAS	OTRAS
OTRAS	OTRAS	OTRAS	OTRAS
OTRAS	OTRAS	OTRAS	OTRAS
OTRAS	OTRAS	OTRAS	OTRAS
OTRAS	OTRAS	OTRAS	OTRAS
OTRAS	OTRAS	OTRAS	OTRAS
OTRAS	OTRAS	OTRAS	OTRAS

3 - BALANCE ARTICULAR / MUSCULAR



4 - BALANCE FUNCIONAL

MUY LIMITADO	LIMITADO	NORMAL	NORMAL	LIMITADO	MUY LIMITADO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MANO - NUCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MANO - HOMBRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CONTRALAT. ANTERIOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MANO - VERTICE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HOMOPLATO CONTRALAT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MANO BOCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALAS DE MOVILIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRUEBA DE LA CAIDA DEL BRAZO + / -

MUÑECA Y MANO

1 - INSPECCION

DERECHA

IZQUIERDA

INFLAMACION

ATROFIAS

POSTURAS ANTIALGICAS

DEFORMIDADES

OTROS

2 - PALPACION

A) OSEA

DERECHA

IZQUIERDA

OTROS

INFLAM. DOLOR NORMAL

NORMAL DOLOR INFLAM.

OTROS

ART. RADIO - CUBITO - CARPIANA
 APOF. ESTILOIDES CUBITAL
 APOF. ESTILOIDES RADIAL
 ART. CARPO - METACARPIANA
 ART. TRAPECIO - METACARPIANA
 ART. METACARPO - CARPIANA
 ART. INTERFALANGICA PROXIMAL
 ART. INTERFALANGICA DISTAL

B) PARTES BLANDAS

DERECHA

IZQUIERDA

OTROS

INFLAM. DOLOR NORMAL

NORMAL DOLOR INFLAM.

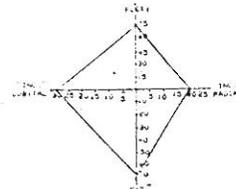
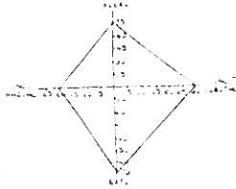
OTROS

EMINENCIA HIPOTENAR
 EMINENCIA TENAR
 MUSCULOS INTEROSEOS
 TABAQUERA ANATOMICA
 TUNEL CARPIANO

4 - BALANCE ARTICULAR / MUSCULAR DE LA MUÑECA

DERECHA

IZQUIERDA



5 - BALANCE ARTICULAR MANO - DEDOS

DERECHA

IZQUIERDA

MUY LIMIT. LIMITADO NORMAL

NORMAL LIMITADO MUY LIMIT.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ART. METACARPO - FALANGICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FLEXION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EXTENSION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ART. INTERFALANGICA PROXIMAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FLEXION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ART. INTERFALANGICA DISTAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FLEXION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PULGAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ABDUCCION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ADDUCCION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OPOSICION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FLEXION METACARPO - FALANGICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FLEXION - INTERFALANGICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 - BALANCE FUNCIONAL

DERECHA

IZQUIERDA

MUY LIMIT. LIMITADO NORMAL

NORMAL LIMITADO MUY LIMIT.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PINZA TERMINO - TERMINAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PULGAR - DEDOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PUÑOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SEPARAR DEDOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	APROXIMAR DEDOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MIEMBRO INFERIOR

CADERA Y MUSLO

1 - INSPECCION DERECHA

IZQUIERDA

..... INFLAMACION

..... ATROFIAS

..... POSTURAS ANTIALGICAS

..... DEFORMIDADES

CMS. LONGITUD CMS.

..... OTROS

2 - PALPACION

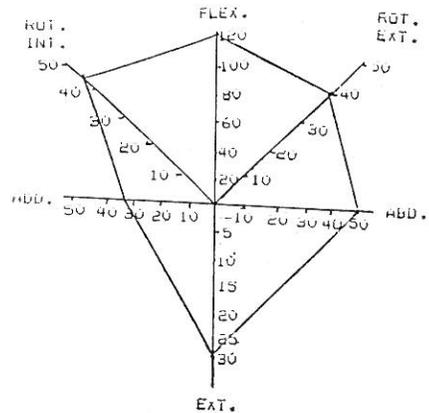
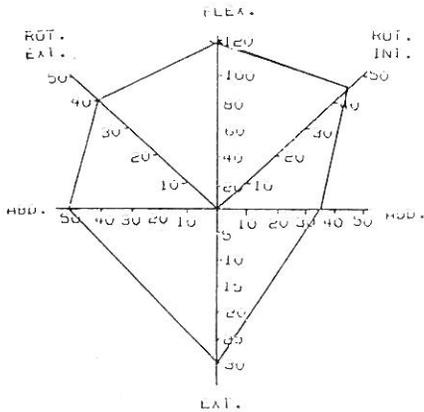
A) OSEA
DERECHA

OTRAS	INFLAM.	DOLOR	NORMAL		NORMAL	DOLOR	INFLAM.	OTRAS
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESPIÑA ILIACA ANTERO SUPERIOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CRESTA ILIACA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TROCANTER MAYOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESPIÑA ILIACA POSTERO SUPERIOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TUBEROSIDAD ISQUIATICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B) PARTES BLANDAS
DERECHA

OTRAS	INFLAM.	DOLOR	NORMAL		NORMAL	DOLOR	INFLAM.	OTRAS
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRIANGULO DE SCARPA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MUSCULOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 - BALANCE ARTICULAR / MUSCULAR



RODILLA Y PIERNA

1 - INSPECCION

IZQUIERDA

DERECHA

INFLAMACION

ATROFIA

POSTURAS ANTIALGICAS

DEFORMIDADES

OTRAS

2 - PALPACION

A) OSEA

IZQUIERDA

	INFLAM.	DOLOR	NORMAL		NORMAL	DOLOR	INFLAM.	OTROS
DERECHA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ROTULA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CONDILO INTERNO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CONDILO EXTERNO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INTERLINEA ARTICULAR EXTERNA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INTERLINEA ARTICULAR INTERNA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TUBEROSIDAD TIBIAL ANTERIOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CAREZA DEL PERONE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MESETA TIBIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

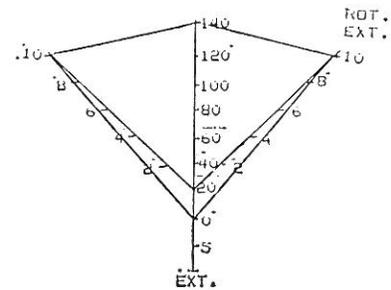
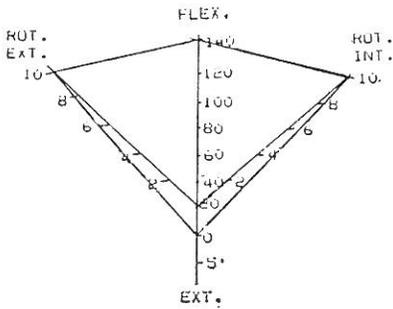
B) PARTES BLANDAS

IZQUIERDA

	INFLAM.	DOLOR	NORMAL		NORMAL	DOLOR	INFLAM.	OTROS
DERECHA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TENDON ROTULIANO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HUECO POPLITEO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BOLSAS ROTULIANAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LIG. LATERAL EXTERNO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LIG. LATERAL INTERNO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PATA DE GANSO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MUSCULOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3 - BALANCE ARTICULAR / MUSCULAR

IZQUIERDA



4 - TEST ESPECIFICOS (ESTABILIDAD ARTICULAR)

DERECHA		IZQUIERDA
<input type="checkbox"/>	CAJON ANTERIOR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	CAJON POSTERIOR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	DEPLU	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	LATERALIDAD INTERNA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	LATERALIDAD EXTERNA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	STERMANN I	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	STERMANN II	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	MC. MURRAY	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	APLEY	<input type="checkbox"/>

TOBILLO Y PIE

1- INSPECCION

DERECHA

IZQUIERDA

INFLAMACION

ATROFIAS

POSTURAS ANTIALGICAS

DEFORMIDADES

OTROS

2- PALPACION

A) OSEA

DERECHA

IZQUIERDA

OTROS

INFLAM. DOLOR NORMAL

NORMAL

DOLOR

INFLAM.

OTROS

ART. TIBIO PERONEO ASTRAGALINA

CALCANEO

MALEOLO MEDIAL

ART. METATARSO FALANGICA 1 DEDO

CABEZA 1 METATARSIANO

CABEZA 5 METATARSIANO

ESTILOIDES 5 METATARSIANO

MALEOLO LATERAL

B) PARTES BLANDAS

DERECHA

IZQUIERDA

OTROS

INFLAM. DOLOR NORMAL

NORMAL

DOLOR

INFLAM.

OTROS

LIG. LATERAL EXTERNO

LIG. LATERAL INTERNO

LIG. PERONEOS

TENDON DE AQUILES

TENDON TIBIAL ANTERIOR

TENDON TIBIAL POSTERIOR

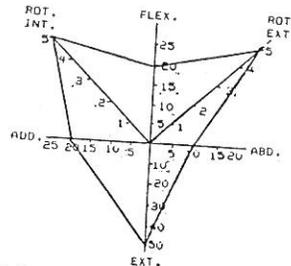
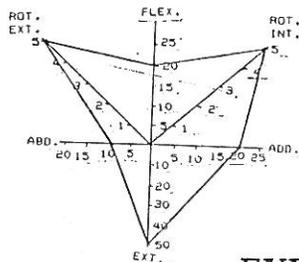
BOLSAS SEROSAS

MUSCULO

4- BALANCE ARTICULAR / MUSCULAR

DERECHA

IZQUIERDA



EXPLORACION NEUROLOGICA

1- REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS

DERECHA

IZQUIERDA

REFLEJO ROTULIANO

REFLEJO AQUILEO

BABINSKY

2- SENSIBILIDAD

TIPO

AFECTACION

LOCALIZACION

EXPLORACION VASCULAR

DERECHA

IZQUIERDA

ARTERIA FEMORAL

ARTERIA TIBIAL ANTERIOR

ARTERIA TIBIAL POSTERIOR

ARTERIA POPLITEA

MARCHA

1 - VALORACION DE LA MARCHA: 0 1 2 3 4 5

2 - TIPOS DE MARCHA: A - MARCHA ANTIALGICA
 B - MARCHA POR ACORTAMIENTO
 C - MARCHA NEUROLOGICA

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

1 - CLASIFICACION (A.D.A.): CLASE I CLASE II CLASE III CLASE IV

2 - VALORACION:

	0	1	2	3	4
VESTIRSE Y ARREGLARSE	<input type="checkbox"/>				
INCORPORARSE	<input type="checkbox"/>				
COMER	<input type="checkbox"/>				
PASEAR	<input type="checkbox"/>				
ASEO PERSONAL	<input type="checkbox"/>				
ALCANZAR	<input type="checkbox"/>				
AGARRAR	<input type="checkbox"/>				
ACTIVIDADES: COMPRAR	<input type="checkbox"/>				
ENTRAR/SALIR DE UN COCHE	<input type="checkbox"/>				
TAREAS DE LA CASA	<input type="checkbox"/>				

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO DE PRESUNCION:

TRATAMIENTO Y EVOLUCION

TRATAMIENTO

TECNICA	No. DE DIAS	TEMPERATURA	TIEMPO	OBSERVACIONES
.....
.....
.....

MODIFICACIONES:

.....
.....

INCIDENCIAS: CRISIS TERMAL REACTIVACION HIPERTENSION HIPOTENSION VERTIGOS ALT. CUTANEAS

OTRAS:

VALORACION FINAL: (EMPEORAMIENTO) (SIN CAMBIOS) (MEJORIA LIGERA) (MEJORIA NOTABLE) (MEJORIA IMPORTANTE)
 0 1 2 3 4