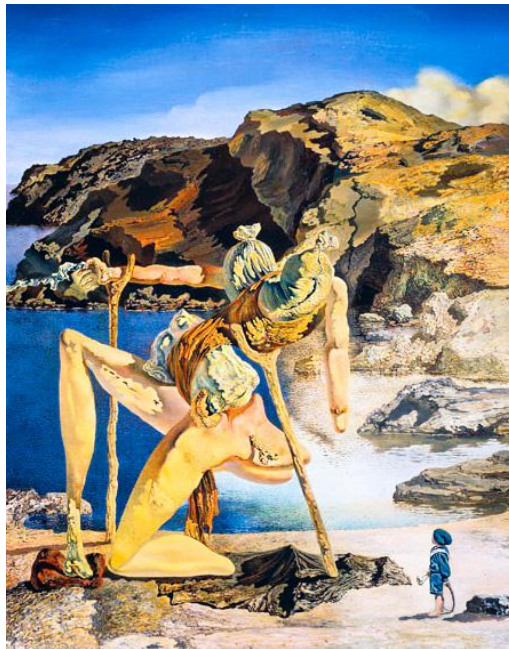


Manual de Test Ortopédicos



Estudiantes: Denisse Alvarez Díaz

Karen Becerra Aliste

Fernando Morales Valenzuela

Docente: Klgo. Cristhian Dajbura M. MTMO-COMT-DC

Santiago, 15 de Diciembre 2015

Introducción

El presente trabajo se enmarca en una búsqueda sistemática, para recopilar la mayor cantidad de test o pruebas ortopédicas que expresen su calidad y validez como herramientas para predecir una condición o enfermedad en particular. Este valor clínico radica en la sensibilidad, especificidad y en la razón de probabilidad (*LR*) de cada una de las pruebas, ya que gracias a los datos estadísticos permiten conocer que prueba es la indicada para cada situación. La sensibilidad nos indica que al ser alta el test es bueno para descartar una alteración en particular, y la especificidad indica que al ser alta las pruebas son útiles para detectar una alteración.

Es de real importancia para el clínico, el poder utilizar pruebas acordes con su evaluación, para de esta manera conseguir hallazgos que determinen la condición del usuario para posteriormente plantear una línea de tratamiento. Es por esto que la habilidad del terapeuta para desarrollar una evaluación de manera eficaz y eficiente, permitirá lograr un diagnóstico concreto, y un plan de tratamiento claro, y con objetivos centrados en solucionar la problemática del usuario.

Los test ortopédicos forman parte del ítem de evaluación kinésica que comúnmente conocemos como “patologías y pruebas relacionadas”, dentro de este ítem podemos encontrar una amplia variedad de pruebas o test ortopédicos asociadas a las múltiples patologías musculoesqueléticas que afectan a nuestros usuarios. Por otro lado cada uno de estos test proporciona una medida de confiabilidad que puede ser de baja, moderada y alta calidad interna para confirmar o descartar la condición a evaluar.

Finalmente, se logra agrupar por región anatómica una gran cantidad de pruebas, que detallan su valoración clínica, para ello presentamos test relacionados a la región de columna cervical, hombro, codo y antebrazo, muñeca y mano, columna torácica y lumbar, sacroilíaca, cadera y pelvis, rodilla, tobillo y pie.

Índice

Introducción	2
Fiabilidad y Utilidad Diagnóstico de la Exploración Clínica	4
<i>Sensibilidad</i>	4
<i>Especificidad</i>	6
<i>Likelihood Ratios – (LR)</i>	7
<i>Intervalos de Confianza</i>	8
<i>Normas de Predicción Clínica</i>	9
Columna Cervical	10
Hombro	20
Codo y Antebrazo	32
Muñeca y Mano	36
Columna Torácica	42
Columna Lumbar	45
Sacroilíaca	51
Cadera y Pelvis	56
Rodilla	61
Tobillo y Pie	69
Bibliografía	77

A

Fiabilidad y Utilidad Diagnóstica de la Exploración Clínica

Sensibilidad

La Sensibilidad de un test diagnóstico indica la capacidad del test para detectar aquellos pacientes que realmente presentan una alteración, según la medición de la prueba de referencia. También se conoce como *tasa de verdaderos positivos* (Sackett y cols 2000; 1). **Los test con alta sensibilidad son buenos para descartar una alteración en particular.** El acrónimo SnNout puede utilizarse para recordar que un test con alta sensibilidad y resultado negativo es bueno para descartar (Sackett y cols 2000;1). Considérese, por ejemplo, un test clínico que, comparado con la prueba de referencia, muestre una alta sensibilidad para detectar estenosis espinal lumbar. Según la regla anteriormente citada, si el test es negativo, descartara de forma fiable la estenosis espinal lumbar. Si el test es positivo, es probable que identifique con precisión un alto porcentaje de pacientes que presentan estenosis. Sin embargo, también puede identificar como positivos muchos de aquellos pacientes sin la alteración (falsos positivos). Por tanto, aunque puede confiarse en un resultado negativo, un resultado positivo del test no nos permite sacar ninguna conclusión (fig. 1-1).

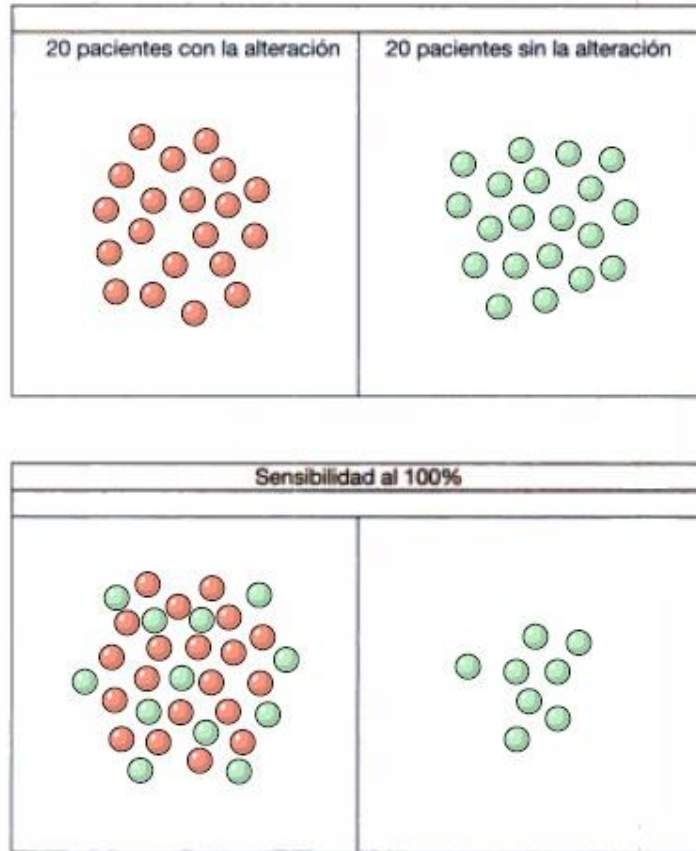


Figura 1-1. A) 20 pacientes con la alteración y 20 pacientes sin ésta. B) 100% de sensibilidad, por lo que, si el test es positivo, todos aquellos pacientes con la alteración serán detectados. Nótese, sin embargo, que, aunque este test detectó a todos aquellos pacientes con la alteración, también incluyó a muchos que no la tenían. Aun así, si el test es negativo, estamos seguros de que la alteración puede ser descartada (SnNout).

La sensibilidad de un test también puede calcularse partiendo de la tabla de contingencia 2x2. Sin embargo, se calcula verticalmente (Tabla 1-3).

	Prueba de referencia positiva	Prueba de referencia negativa	
Test clínico positivo	Verdaderos positivos a	Falsos positivos b	PPV = $a/(a + b)$
Test clínico negativo	Falsos negativos c	Verdaderos negativos d	NPV = $d/(c + d)$
	Sensibilidad = $a/(a + c)$	Especificidad = $d/(b + d)$	

Tabla 1-3. Tabla de contingencia 2 × 2 que muestra el cálculo de los valores predictivos positivos y negativos horizontalmente, y la sensibilidad y especificidad verticalmente.

La fórmula para calcular la sensibilidad de un test es la siguiente:

$$\text{Sensitivity} = 100\% \times a/(a + c)$$

Especificidad

La especificidad de un test diagnóstico simplemente indica la capacidad del test para detectar aquellos pacientes que realmente no tienen la alteración, según lo indicado por la prueba de referencia. La especificidad también se conoce como *tasa de verdaderos negativos* (Sackett y cols 2000; 1). **Los test con alta especificidad son útiles para detectar una alteración.** El acrónimo SpPin puede utilizarse para recordar que un test con alta especificidad y un resultado positivo es útil para la detección de una alteración. (Bernstein 1997; 2, Boyko 1994; 3, Riddle 1999; 4).

Cuando un test tiene una alta especificidad, posee una gran capacidad para identificar con precisión a todos los pacientes que no tienen esa alteración. Si un test clínico altamente específico es negativo, es posible detectar un alto porcentaje de aquellos pacientes que no presentan la alteración. Sin embargo, también es posible que el test altamente específico con un resultado negativo identifique como negativos un número de pacientes que realmente presentan la alteración (falsos negativos). Por lo tanto, podemos estar bastante seguros de que un test altamente específico con un hallazgo positivo indica que la alteración está presente (figura 1-2).

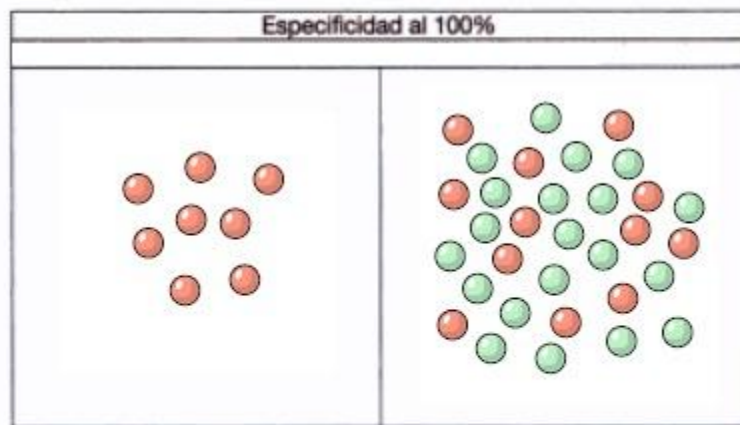


Figura 1-2. 100% de especificidad, por lo que, si el test es negativo, todos aquellos pacientes sin la alteración serán detectados. Nótese, sin embargo, que, aunque este test detectó a todos aquellos pacientes sin la alteración, también incluyó a muchos que la tenían. Aun así, si el test es positivo, estamos seguros de que el paciente presenta la alteración (SpPin).

La fórmula para calcular la especificidad del test es la siguiente:

$$\text{Specificity} = 100\% \times d/(b + d)$$

La sensibilidad y especificidad se han utilizado durante décadas para determinar la utilidad diagnóstica de un test; sin embargo, llevan asociadas unas cuantas limitaciones clínicas (Fritz y Wainner 2001; 5). A pesar de que la sensibilidad y la especificidad pueden ser útiles a la hora de ayudar a los kinesiólogos a seleccionar test adecuados para detectar o descartar una alteración concreta, pocos test clínicos demuestran tanto alta sensibilidad como alta especificidad (Fritz y Wainner 2001; 5). Así mismo, la sensibilidad y la especificidad no proporcionan información relativa un cambio en la probabilidad de que un paciente tenga una alteración si los resultados son positivos o negativos (Hayden y Brown 1999; 6. Boyko 1994; 3). Por el contrario, se ha considerado a las Likelihood ratios (LR) o llamados en español como las razones de probabilidad, como los valores estadísticos óptimos para determinar una variación en la probabilidad pretest de que un paciente presente una alteración específica.

Likelihood Ratios (LR)

El resultado de un test es válido únicamente si modifica la probabilidad pretest de que un paciente presente una alteración (Simel y cols 1991; 7). Las razones de probabilidad LR combinan la sensibilidad y la especificidad de un test para identificar la variación de probabilidad, dando un resultado del test en particular. Resultan útiles para guiar la toma clínica de decisiones (Hayden y Brown 1999; 6). Las LR son una medida valiosa que pueden aumentar o reducir de forma significativa la probabilidad de que un paciente presente una alteración (Jaeschke y cols 1994; 8).

Las LR pueden ser positivas o negativas. La LR+ estima la variación en la probabilidad que favorece la presencia de una alteración. Mientras que la LR- estima la variación en probabilidad que favorece la ausencia de una alteración. Aunque, a menudo, las LR no se citan en estudios que investigan la utilidad diagnóstica de la exploración clínica, pueden calcularse fácilmente si se conocen la sensibilidad y la especificidad de un test.

La fórmula utilizada para determinar la LR+ es la siguiente:

$$LR+ = \frac{\text{sensitivity}}{(1 - \text{specificity})}$$

La fórmula empleada para determinar la LR- es la siguiente:

$$LR- = \frac{(1 - \text{sensitivity})}{\text{specificity}}$$

Puede encontrarse una guía para interpretar resultados del test en la tabla 1-5. Las LR+ >1 indican un aumento en la probabilidad de presentar una alteración con un test positivo, y las LR- <1 indican una disminución en la probabilidad de presentar una alteración con un test negativo. Sin embargo, la magnitud de los cambios en la probabilidad es la que determina la utilidad de un test

clínico. Las LR+ >10 y las LR- cercanas a cero frecuentemente representan cambios grandes y decisivos en la probabilidad. Una LR de 1 (tanto positivo como negativo), que no modifica la probabilidad de que el paciente presente o no la alteración en particular, tienen muy poco valor clínico (Jaeschke y cols 1994; 8).

Razón de probabilidad positiva	Razón de probabilidad negativa	Interpretación de la razón
Mayor de 10	Menos de 0,1	Genera cambios grandes y, a menudo, decisivos en la probabilidad
5-10	0,1-0,2	Genera cambios moderados en la probabilidad
2-5	0,2-0,5	Genera cambios pequeños, pero a veces importantes, en la probabilidad
1-2	0,5-1,0	Altera la probabilidad de forma exigua y raramente importante

Tabla 1-5. Interpretación de las Likelihood ratios (razones de probabilidad).

Intervalos de confianza IC

Con frecuencia, los cálculos de la sensibilidad, especificidad y LR se refieren como valores estimativos, es decir, valores individuales que son representativos de una muestra de población (Portney y Watkins 2000; 9). A menudo es más relevante tener una estimación de intervalo de la población, que indica el rango dentro del cual se encuentran todos los valores de la población. Tal valor estimativo se conoce como intervalo de confianza (IC) un rango de los resultados alrededor del error estándar de medición, que representa los extremos entre los cuales se esperaría encontrar a todos los miembros de la población (Fidler y cols 2004; 10). Los IC son una medida de lo precisa que es una estimación. Normalmente, en estudios emprendidos para investigar la utilidad diagnóstica de la exploración clínica, se calcula el IC del 95%. Un IC del 95% indica la dispersión de los resultados entre los cuales se esperaría encontrar el 95% de la población. Cuanto más cercanos estén los extremos al punto de la estimación, menor será la dispersión de los datos (Portney y Watkins 2000; 9).

Normas de Predicción Clínica

A menudo, en la práctica clínica, los resultados de un solo test no son suficientes, sino que se recopilan los hallazgos de varios test y mediciones para determinar la probabilidad de que un paciente presente una alteración concreta. La literatura científica reciente muestra una tendencia al aumento del uso de normas de predicción clínica. Las normas de predicción clínica son herramientas que los profesionales utilizan para:

- a) Determinar la probabilidad de que un paciente presente una alteración dada, basándose en diferentes variables con demostrada validez predictiva para identificar pacientes que con mayor probabilidad tienen alteraciones concretas (Mc Ginn y cols 2000; 11. Boyko 1994; 3).
- b) identificar aquellos pacientes con mayor probabilidad de beneficiarse de una estrategia de tratamiento específica (Flynn, Fritz, Whitman et al 2002; 12).

Las normas de predicción clínica pueden utilizarse para favorecer la precisión clínica, para predecir un diagnóstico o para determinar los tratamientos adecuados. Por ejemplo, se han desarrollado numerosas normas de predicción clínica para mejorar la precisión de los profesionales al:

- a) Identificar fracturas de rodilla o tobillo tras una lesión (Stiell y cols 1996; 13 y 14)
- b) Determinar la necesidad de radiografías cervicales tras un traumatismo de cuello (Stiell 2001; 15 y 16)
- c) Evaluar la probabilidad de presentación de radiculopatía cervical (Wainner y cols 2003; 17)
- d) Valorar la mejora que el paciente puede ganar mediante cirugía de rodilla que no implique artroplastia (Solomon 2004; 18)
- E) determinar la probabilidad de que una técnica de manipulación reduzca la incapacidad de un paciente con dolor lumbar (Flynn, Fritz, Whitman et al 2002; 12. Childs 2004; 19).

Estas normas de predicción clínica se obtienen mediante el uso de las características diagnósticas anteriormente explicadas, tales como la sensibilidad, especificidad, LR+ y LR-.

Las normas de predicción clínica pueden mejorar de forma significativa la capacidad de los terapeutas para detectar la presencia de enfermedades y para clasificar a los pacientes en categorías.

1

Columna Cervical

Inestabilidad cervical

- Test de estrés flexión lateral de ligamento alar (11)
- Test de estrés rotacional de ligamento alar (11)
- Test de inestabilidad cervical (Sharp-Purser test) (12)



Insuficiencia Vertebrobasilar

- Test estático para evaluar la arteria vertebral (Static Vertebral Artery Tests) (12)

Radiculopatía Cervical y Síndrome Facetario

- Test de compresión (13)
- Test de Spurling's (13)
- Test de compresión de Jackson (14)
- Test de distracción cervical (14)
- Test de tracción cervical (15)
- Test de tensión EESS (Upper limb tension test) (15)
- Test ítem cluster (16)

Patología Discal

- Test de abducción del hombro (Bakody's) (16)
- Signo de Lhermitte (17)
- Test de Romberg (17)

Patología de Plexo Braquial

- Upper limb tension test (15)

Síndrome del Opérculo torácico (SOT)

- Test o Maniobra de Adson (18)
- Test de Allen (18)
- Test de Roos (Elevated Arm Stress Test [EAST]) (19)
- Test o Maniobra de Wright (19)

Test de estrés flexión lateral de ligamento alar



Objetivo: Identificar una inestabilidad cervical producto de una lesión de los ligamentos alares.

Descripción: El usuario permanece en supino con la cabeza en la posición neutral, mientras que el terapeuta estabiliza el axis con una amplia piza de agarre alrededor del proceso espinoso y lámina. El terapeuta entonces esfuerza a un lado la flexión lateral de la cabeza y el axis.

Valoración: Normalmente, si el ligamento alar está intacto, ocurre una mínima flexión lateral con un endfeel capsular firme y un tope sólido.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
No Reporta	No Reporta	No Reporta	No Reporta

Test de estrés rotacional de ligamento alar

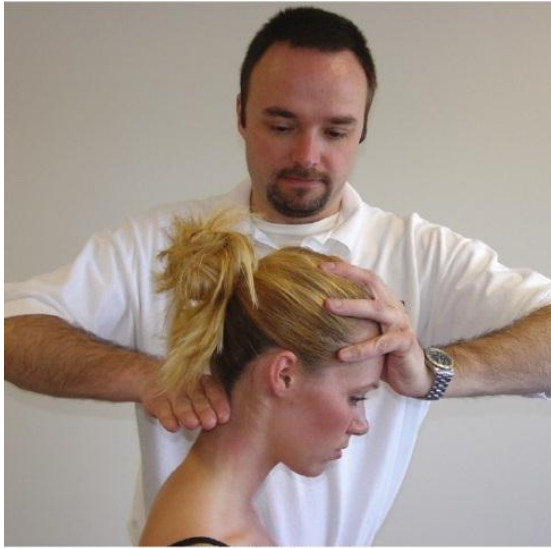


Objetivo: Identificar una inestabilidad cervical producto de una lesión de los ligamentos alares.

Descripción: El usuario se encuentra en sentente. El terapeuta toma entre el índice y el pulgar la lámina y proceso espinoso de C2. Si bien la estabilización de C2, el terapeuta primero gira pasivamente la cabeza del usuario hacia la izquierda o la derecha se mueve hacia el lado y no hay "ningún síntoma". Si es mayor que 20° a 30° de rotación es posible un movimiento sin C2, esto es indicativo de una lesión del ligamento alar contralateral especialmente si el *Test de estrés de flexión lateral del ligamento alar* es positivo en la misma dirección. Si el movimiento excesivo es en la dirección opuesta para ambos test, la inestabilidad se debe a un aumento de movimiento en la zona neutral de la articulación.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
No Reporta	No Reporta	No Reporta	No Reporta

Test de inestabilidad cervical (Sharp-Purser test)



Sharp-purser test.

Objetivo: Identificar una inestabilidad cervical superior, por una movilidad anormal de la articulación atlantoaxial.

Descripción: El usuario se posiciona en sedente, con el cuello en una posición de semiflexión. El terapeuta coloca la palma de una mano en la frente y el dedo índice de la otra mano sobre el proceso espinoso de C2 (axis).

Valoración: Cuando se aplica una presión con sentido anteroposterior a través de la frente, un movimiento de deslizamiento de la cabeza hacia posterior en relación al axis es indicativo de una prueba positiva para la inestabilidad atlantoaxial.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
69%	96%	17.25	0.32

Test estático para evaluar la arteria vertebral (Static Vertebral Artery Tests)



Objetivo: Encontrar signos de insuficiencia en el aporte sanguíneo de la arteria vertebral.

Descripción: El usuario se posiciona en supino o sedente, el terapeuta sostiene completamente la cabeza del usuario y puede probar en conjunto los siguientes movimientos pasivos: extensión, rotación y flexión lateral, especialmente la combinación de extensión con rotación son más propensos para probar la arteria vertebral. Luego de llevar pasivamente la cabeza a la posición indicada, se debe

esperar hasta que aparezca algún indicio de insuficiencia en la arteria vertebral.

Estas pruebas a menudo son más eficaces si se realiza con el paciente sentado porque la sangre debe subir contra la gravedad, y existe una restricción causada por el movimiento pasivo. Sin embargo, la posición supina permite un mayor rango de movimiento pasivo. Los movimientos de la cabeza hacia la derecha ocluyen la arteria contraria (izquierda) y sucede lo mismo al revés.

Valoración: La prueba es positiva al estar en presencia de nistagmo ocular, sensación de mareos, aturdimiento o alteraciones visuales.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
0%	67-86%	0	1.49-1.16 (right-left)

Test de compresión



Cervical compression test.

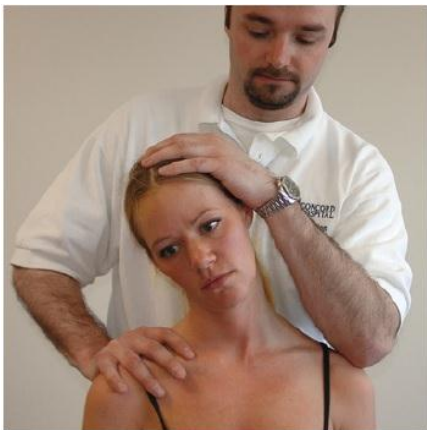
Objetivo: Reducir el espacio de los agujeros intervertebrales para evaluar la aparición de síntomas neurológicos. Útil para evaluar la presencia de una radiculopatía cervical.

Descripción: Usuario se posiciona en sedente, el terapeuta se ubica de pie detrás del usuario. Luego el terapeuta ejerce una presión sobre la cabeza.

Valoración: La prueba es positiva si se acentúan los síntomas (dolor y síntomas neurológicos).

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
No reporta	No reporta	No reporta	No reporta

Test de Spurling's



Spurling's A test

Objetivo: Cerrar el agujero intervertebral para reproducir síntomas neurológicos y cierre facetario. Útil para evaluar la presencia de una radiculopatía cervical.

Descripción: Usuario se posiciona en sedente, el cuello está inclinado hacia el lado ipsilateral, y se aplica una sobrepresión de sobre la cabeza del usuario de 7 kg aproximadamente.

Valoración: Positivo si los síntomas se reproducen.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
50%	86%	3.5	.58

Test de compresión de Jackson



Jackson's compression test.

Objetivo: Cerrar el agujero intervertebral para reproducir síntomas neurológicos. Útil para evaluar la presencia de una radiculopatía cervical.

Descripción: El usuario se posiciona en sedente, gira la cabeza hacia un lado, a continuación el terapeuta aplica una presión cuidadosa hacia inferior sobre la cabeza del usuario. Se repite con la cabeza girada hacia el otro lado.

Valoración: La prueba es positiva si durante la misma se irradia el dolor hacia el brazo, lo que indica presión en una raíz nerviosa. La distribución del dolor puede proporcionar cierta indicación sobre de la raíz nerviosa afectada.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
No reporta	No reporta	No reporta	No reporta

Test de distracción cervical



Neck distraction test

Objetivo: Abrir espacio en los agujeros intervertebrales para aliviar los síntomas neurales.

Descripción: El usuario se posiciona en decúbito supino, terapeuta con una mano sujeta bajo la barbilla y con la otra mano sujeta el occipital, luego se realiza una flexión ligera del cuello del usuario mientras se aplica fuerza de distracción de 14 lb (6,3 kg) aproximadamente.

Valoración: La prueba es positiva si se reducen los síntomas.

Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR -
26%	100%	No disponible	0.74

Test de tracción cervical



Traction test

Objetivo: Abrir espacio en los agujeros intervertebrales para aliviar los síntomas neurales.

Descripción: Usuario se posiciona en sedente, relajado, el terapeuta se sitúa de pie detrás del usuario, las manos se ubican debajo de cada maxilar y los pulgares en la parte posterior de la cabeza.

Valoración: La prueba es positiva si los síntomas se reducen durante la tracción.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
No reporta	No reporta	No reporta	No reporta

Test de tensión EESS (Upper limb tension test)



Upper limb tension tests. Test A

Objetivo: Poner en tensión el plexo braquial para reproducir síntomas que podrían indicar algún problema cervical.

Descripción: Con el paciente en decúbito supino, examinador realiza los siguientes movimientos: 1. Depresión de la escapula, 2. Abducción hombro, 3. Supinación antebrazo, 4. Extensión de muñeca y dedos, 5. Rotación externa de hombro, 6 Extensión de codo, 7. Inclinción cervical contralateral / ipsilateral.

Valoración: Respuesta positiva de esta prueba está definida por cualquiera de las siguientes situaciones: A.

Reproducción de los síntomas del paciente, B. Diferencias en el movimiento de lado a lado en la extensión del codo > 10 °, C. La inclinación cervical contralateral aumenta los síntomas o la inclinación ipsilateral disminuye los síntomas.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
97%	22%	1.3	0.12

Test ítem cluster

Wainner y colegas identificaron una agrupación de pruebas (ítem cluster), o una combinación óptima de las pruebas del examen clínico, para determinar la probabilidad de que el paciente presente una radiculopatía cervical. Las cuatro variables con mayor probabilidad de identificar a los pacientes que se presentan una radiculopatía cervical son upper limb tensión test, test de Spurling, test de distracción, y una rotación cervical menor a 60 ° hacia el lado ipsilateral.

Agrupación de test	Descripción y apreciación positiva	Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR -
Upper limb tensión test + test de Spurling + test de distracción + una rotación cervical menor a 60° hacia el lado ipsilateral.	4 test positivos	24%	99%	30.3	No reporta
	3 test positivos	39%	94%	6.1	
	2 test positivos	39%	56%	.88	

Test de abducción del hombro (Bakody's)



Shoulder abduction test.

Objetivo: Esta prueba se usa para comprobar la presencia de síntomas radiculares, especialmente las relacionadas con las raíces nerviosas C4 o C5.

Descripción: El usuario está en sentente o supino, y el terapeuta de forma pasiva o el usuario eleva activamente el brazo con la abducción para que la mano o el antebrazo descansa en la parte superior de la cabeza.

Valoración: La prueba es positiva cuando hay disminución o alivio de los síntomas que indica un problema de compresión extradural cervical, tales como un disco herniado, compresión de la vena epidural, o la compresión de la raíz nerviosa, por lo general en el área de C4-C5 o C5-C6. La diferenciación es por la distribución de los síntomas dermatoma (y posible miotoma).

Este hallazgo también se llama el signo de Bakody's. La abducción del brazo disminuye la longitud y la presión sobre las raíces nerviosas inferiores. Si el dolor aumenta con el posicionamiento del brazo, implica que la presión está aumentando en el triángulo interescalénico.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
36%	100%	36	0.64

***Complementar Test o Maniobra de Valsalva.**

Signo de Lhermitte



Lhermitte sign. A, Patient in long sitting position. B, Examiner flexes patient's head and hip simultaneously.

Objetivo: Esta es una prueba para la médula espinal y una posible lesión de la neurona motora superior.

Descripción: El usuario se encuentra en sedente sobre una mesa con las piernas en extensión. El terapeuta flexiona pasivamente la cabeza del paciente y una cadera, mientras la pierna permanece recta.

Valoración: Una prueba positiva se produce un sensación similar a un shock eléctrico fuerte y dolor, que baja por la columna hasta las extremidades superiores e inferiores; lo anterior indica irritación dural o meníngea en la columna vertebral o posible mielopatía cervical.

Toser o estornudar pueden producir resultados similares. La prueba es similar a una combinación de la prueba Brudzinski y la prueba SLR. Si las caderas están flexionadas a 135 °, una mayor tracción se coloca sobre la médula espinal.

Los reflejos patológicos positivos (por ejemplo, Babinski, Hoffman), hiperreflexia de los tendones profundos, y clonus pueden indicar una mielopatía cervical.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
No reporta	No reporta	No reporta	No reporta

Test de Romberg



Objetivo: Identificar la pérdida del equilibrio de extremidades inferiores por una posible lesión de motoneurona superior (mielopatía cervical).

Descripción: El usuario permanece de pie y se le pide que cierre los ojos. El usuario debe mantener la posición durante 20 a 30 segundos.

Valoración: Si el cuerpo comienza a oscilar en exceso o el usuario pierde el equilibrio, la prueba se considera positiva para una lesión de la motoneurona superior.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
39%	81%	43	0.67

Test o Maniobra de Adson



Objetivo: Identificar un síndrome del opérculo torácico (SOT).

Descripción: Es una de los test más comunes para evaluar un posible SOT. El terapeuta localiza el pulso radial y se rota la cabeza del usuario hacia el lado ipsilateral a evaluar. A continuación el usuario extiende la cabeza en tanto que el terapeuta rota externamente y extiende el hombro. Se solicita al usuario que realice una inspiración profunda sostenida.

Valoración: La desaparición del pulso indica una prueba

positiva.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
No Reporta	No Reporta	No Reporta	No Reporta

Test de Allen



Objetivo: Identificar un síndrome del opérculo torácico (SOT).

Descripción: El terapeuta flexiona el codo del usuario a 90° en tanto extiende horizontalmente y rota externamente el hombro. A continuación, el usuario gira la cabeza hacia el lado contrario de la prueba. El terapeuta palpa el pulso radial, que desaparecerá con el movimiento de la cabeza.

Valoración: La prueba es positiva cuando desaparece el pulso radial.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
No Reporta	No Reporta	No Reporta	No Reporta

Test de Roos (Elevated Arm Stress Test [EAST])



Roos test.

Objetivo: Identificar un síndrome del opérculo torácico (SOT).

Descripción: El usuario se ubica de pie, realiza una abducción de los brazos a 90 °, rota lateralmente el hombro y flexiona los codos a 90 ° de modo que los codos están ligeramente por detrás del plano frontal. El usuario entonces debe abrir y cerrar las manos lentamente durante 3 minutos.

Valoración: La prueba es positiva para el SOT si el paciente es incapaz de mantener los brazos en la posición inicial durante 3 minutos o sufre dolor isquémico, pesadez o debilidad profunda del

brazo, o entumecimiento y hormigueo en la mano durante los 3 minutos. La menor fatiga y la angustia se consideran pruebas negativas. Este test es llamado algunas veces abducción y rotación externa positiva (AER) por la posición del test, se llama la prueba de "manos arriba", o el test del esfuerzo del brazo elevado (EAST).

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
No Reporta	No Reporta	No Reporta	No Reporta

Test o Maniobra de Wright



A, Wright test. B, Modified Wright test or maneuver (Allen maneuver).

Objetivo: Esta prueba se utiliza para detectar la compresión en el espacio costoclavicular.

Descripción: El usuario permanece en sedente o supino, el terapeuta lleva el brazo del usuario hacia una hiperabducción de manera que la mano se lleve sobre la cabeza con el codo y el brazo en el plano coronal (fig. A). Los terapeutas han modificado esta prueba con el tiempo, por lo que ha llegado a ser descrito de la siguiente manera: El terapeuta flexiona el codo del paciente a 90 °, mientras que el hombro se extiende horizontalmente y se gira lateralmente (fig. B). A continuación el usuario debe inspirar y rotar la cabeza hacia el lado de la prueba o extender la cabeza y el cuello para obtener un efecto adicional.

El terapeuta palpa el pulso radial en busca de cambios cuando la cabeza rota hacia el lado contrario de la prueba.

Valoración: La prueba es positiva cuando el pulso radial desaparece.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
No Reporta	No Reporta	No Reporta	No Reporta

2

Hombro

Esguince Acromioclavicular

- Test de compresión acromioclavicular (21)
- Signo de Paxinos (21)



Inestabilidad Glenohumeral (anterior, posterior e inferior)

- Test de Aprehensión anterior (22)
- Test de Recolocación (22)
- Test de cajón anterior (23)
- Signo del surco (23)
- Test de aprehensión posterior (24)

Pinzamiento Subacromial

- Test Hawkins-Kennedy (24)
- Test de Neer (25)
- Test Empty Can (test para el musculo supraespinoso) (25)

Tendinopatía y Desgarro Manguito Rotador

- Test Drop arm (26)
- Test de Yergason (26)
- Test Speed's (27)
- Test Yocum (27)
- Test de Aducción horizontal (28)
- Test de resistencia fuerza de rotación interna (IRRS) (28)
- Signo de Hornblower's (29)
- Test Lift –off (29)

Lesión de Labrum

- Test de compresión activa/ O'brien test (30)
- Test Crank (30)
- Test de compresión y rotación (31)
- Test de deslizamiento anterior/ Kibler test (31)

Test de compresión acromioclavicular



Objetivo: Identificar un esguince de la articulación acromioclavicular.

Descripción: El usuario se posiciona en sedente, el terapeuta acopa las manos sobre el músculo deltoides con una mano en la clavícula y la otra en la espina de la escápula. A continuación oprime los talones de ambas manos juntas.

Valoración: La prueba es positiva cuando hay dolor o un movimiento anormal en la articulación acromioclavicular, la cual indica una alteración de esta articulación.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
No Reporta	No Reporta	No Reporta	No Reporta

Signo de Paxinos



Paxinos sign.

Objetivo: Identificar lesión en la articulación acromioclavicular.

Descripción: El usuario está sentado con el brazo relajado al costado. El terapeuta se coloca al lado del brazo y coloca una mano sobre el hombro de manera que el pulgar está en la cara posterolateral del acromion y el índice y medio están la parte media de la clavícula en el mismo lado. El terapeuta a continuación, aplica una presión sobre el acromion con el pulgar en sentido anterosuperior mientras en la parte inferior de la clavícula se aplica una fuerza contraria con los dedos.

Valoración: La prueba se considera positiva si se aumenta el dolor en el área de la articulación acromioclavicular.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
50%	79%	1.58	0.42

Test de Aprehensión anterior



Apprehension test.

Objetivo: Evaluar la presencia de una inestabilidad glenohumeral anterior.

Descripción: El usuario se posiciona en decúbito supino, terapeuta toma el brazo del usuario y de forma pasiva ubica el brazo en 90° de abducción, 90° de flexión de codo y luego realiza una rotación externa de hombro.

Valoración: La prueba es positiva cuando el terapeuta avanza en la rotación externa de hombro y el usuario presenta una sensación de inestabilidad (aprehensión) o dolor.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
62%	42%	1.1	0.90

Test de Recolocación



Relocation test.
fuerza aplicada.

Objetivo: Evaluar la presencia de una inestabilidad glenohumeral anterior.

Descripción: La posición del usuario es en supino con la articulación glenohumeral en el borde de la mesa, terapeuta coloca el brazo del usuario en 90 ° de abducción, rotación externa completa, y el 90 ° de flexión de codo. Terapeuta luego ubica una mano sobre el hombro y aplica una fuerza en sentido anteroposterior sobre la cabeza del húmero.

Valoración: La prueba es positiva si el dolor o aprehensión del paciente disminuyen con la

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
44%	54%	1.0	1.04

Test de cajón anterior



Anterior drawer test.

Objetivo: Evaluar la presencia de una inestabilidad glenohumeral anterior.

Descripción: Usuario en supino con la articulación glenohumeral en el borde de la mesa, el terapeuta coloca el brazo en 60 ° - 80 ° de abducción y rotación neutra, y luego se traslada la cabeza humeral hacia anterior.

Valoración: Positivo si el usuario reporta dolor o reproduce los síntomas de inestabilidad.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
53%	85%	3.6	0.56

Signo del surco



Objetivo: Para detectar la presencia de inestabilidad inferior y la posibilidad de inestabilidad multidireccional (MDI) de la articulación glenohumeral.

Descripción: El usuario se posiciona en sedente, el terapeuta se encuentra ubicado posterior y lateral al usuario para tener una visión clara de la cara lateral del hombro afectado. El terapeuta con coloca el dedo medio y el pulgar en los ángulos del acromion anterior y posterior, dejando el dedo índice libre de palpar el espacio entre el medio del acromion y la cabeza del húmero. La otra mano toma el brazo del usuario por encima del codo, usuario relajado y terapeuta aplica una distracción hacia debajo de forma gradual.

Valoración: La prueba es positiva cuando aparece un surco profundo entre el borde lateral del acromion y el húmero, la piel suprayacente se tensa sugiriendo laxitud glenohumeral. La presencia de un surco de 2 cm o más fue altamente predictivo para una inestabilidad multidireccional.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
No reportado	97%	9	0.74

Test de Aprehensión Posterior



Objetivo: Identificar una inestabilidad posterior de hombro

Descripción: El usuario descansa en posición supina, el terapeuta flexiona hacia anterior y gira hacia interno el hombro. A continuación aplica una fuerza posterior en el codo del usuario. También debe practicarse este test con el brazo en abducción a 90°. El terapeuta palpa la cabeza del humero con una mano, en tanto que con la otra la empuja hacia tras. En cualquier caso, si la cabeza humeral se mueve hacia atrás más del 50% de su

tamaño, indica inestabilidad posterior.

Valoración: La prueba es positiva cuando existen signos de aprehensión o alarma en la cara del usuario y este resiste a la movilidad del hombro. En el movimiento puede escucharse un sonido metálico.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
99%	19%	25.0	No Reportada

Test Hawkins-Kennedy



Hawkins-Kennedy test.

Objetivo: Identificar un pinzamiento subacromial.

Descripción: El usuario permanece de pie. El brazo afectado se ubica en doble flexión de 90° (hombro y codo), luego el terapeuta aplica una fuerza con rotación interna.

Valoración: Positivo si el paciente refiere dolor.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
79%	59%	1.9	0.36

Test de Neer



Neer test.

Objetivo: Identificar un pinzamiento subacromial.

Descripción: El usuario se posiciona de pie o sentado. El terapeuta toma en brazo del usuario lo lleva a una elevación máxima y aplica una fuerza de rotación interna.

Valoración: La prueba es positiva si produce dolor.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
79%	53%	1.7	0.40

Test Empty can (test para el musculo supraespinoso)



Supraspinatus muscle test (empty can).

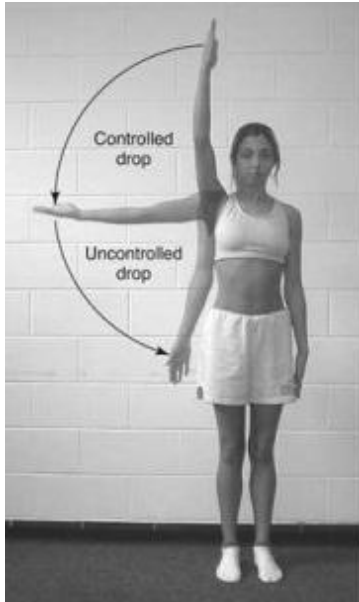
Objetivo: Identificar un pinzamiento subacromial (supraespinoso)

Descripción: El usuario permanece de pie, con los brazos elevados al nivel de los hombros en el plano escapular, los pulgares apuntando hacia abajo, terapeuta aplica una fuerza hacia abajo y el usuario debe resistir.

Valoración: La prueba es positiva si existe debilidad para mantener la posición.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
64%	65%	1.83	0.55

Test Drop arm



Drop arm test

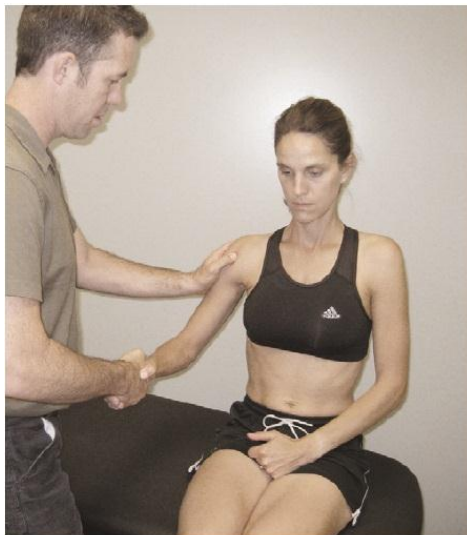
Objetivo: Identifica una tendinopatía del manguito rotador.

Descripción: Se instruye al usuario para realizar una abducción activa del hombro en 90 ° y luego descender lentamente el brazo a la posición neutral.

Valoración: Positivo si el usuario no es capaz de hacer esto debido al dolor.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
8%	97%	2.67	0.95

Test de Yergason



Yergason test.

Objetivo: Identificar una tendinopatía del tendón del bíceps.

Descripción: El usuario se posiciona en sedente con el codo a flexión de 90 °, el usuario supina el antebrazo contra la resistencia del terapeuta. Durante el procedimiento, el terapeuta palpa cabeza larga del tendón del bíceps.

Valoración: Positivo si provoca dolor en el tendón del bíceps.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
12%	87%	0.9	1.01

Test Speed's



Speed's test.

Objetivo: Identificar una tendinopatía del tendón de la cabeza larga del bíceps.

Descripción: El usuario eleva húmero a 90 ° con el codo la flexión y supinación del antebrazo. Usuario tiene esta posición, mientras el terapeuta aplica una resistencia contra la elevación del brazo.

Valoración: Positivo si provoca dolor en la zona de la corredera bicipital.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
325	61%	0.8	1.11

Test Yocum



Yocum test.

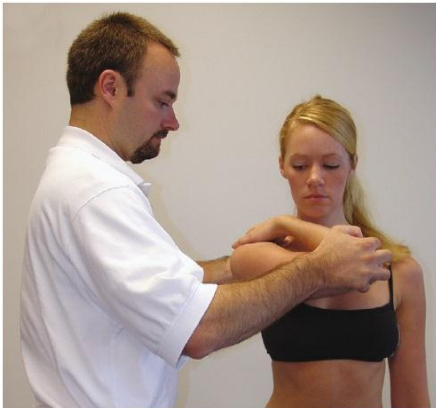
Objetivo: Identificar un pinzamiento subacromial.

Descripción: El usuario se ubica de pie o sentado, luego el usuario lleva la mano ipsilateral al hombro comprometido y la ubica sobre el hombro contralateral. Posteriormente el usuario eleva el codo.

Valoración: La prueba es positiva si provoca el dolor del paciente.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
79%	40%	1.3	0.53

Test de Aducción horizontal



Horizontal adduction test.

Objetivo: Identificar un pinzamiento subacromial.

Descripción: El terapeuta fuerza el brazo del usuario en la aducción horizontal, mientras que el codo está flexionado y la mano está apoyada sobre el hombro del mismo lado.

Valoración: Positivo si provoca dolor.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
82%	28%	1.14	0.64

Test de resistencia fuerza de rotación interna (IRRS)

Zaslav 2001 investigó la capacidad de la prueba IRRS para delimitar la patología intra-articular de un síndrome de pinzamiento en un grupo de 115 usuarios que se sometieron a una cirugía artroscópica de hombro.



Resistance against external rotation

Objetivo: Utilidad diagnóstica del test de resistencia de fuerza rotación interna para la diferenciación de un pinzamiento subacromial versus una patología intra-articular.

Descripción: La prueba IRRS se realiza con el usuario de pie. El terapeuta coloca el brazo del usuario en 90° de abducción y 80° rotación externa (RE). El terapeuta aplica una resistencia contra RE y luego contra una rotación interna (RI) en la misma posición.

Valoración: La prueba se considera positiva para la patología intra-articular si el usuario presenta una mayor debilidad en RI en comparación con RE. Si el usuario demostró una mayor debilidad con RE, se consideraron positivos para el síndrome de pinzamiento.



Resistance against internal rotation.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
88%	96%	22.0	1.3

Signo de Hornblower's



Hornblower's sign.

Objetivo: Identificar una lesión del musculo redondo menor.

Descripción: El usuario permanece en sendente, terapeuta coloca el brazo del usuario en 90 ° de flexión en el plano escapular y el usuario rota externamente contra la resistencia.

Valoración: Positivo si el usuario es incapaz de rotar externamente el hombro. (Los pacientes con un signo de Hornblower positivo a menudo tienen dificultad para levantar la mano a su boca sin abducir el hombro.)

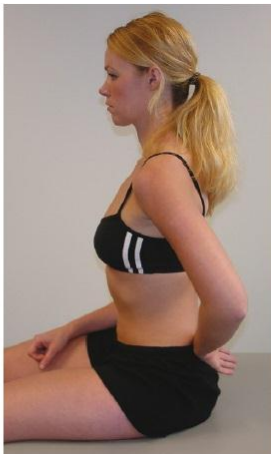


Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
100%	93%	14.29	0.00

Test Lift –off



Negative test



Lift-off test.

Positive test

Objetivo: Utilidad diagnóstica para identificar daños en el subescapular.

Descripción: El usuario coloca la mano ipsilateral al brazo afectado en la parte posterior de la columna lumbar media, luego rotan internamente el brazo para despegar la mano de la espalda.

Valoración: Positivo si no puede levantar el brazo de la espalda o si el paciente realiza la maniobra compensando con una elevación del hombro o al extender el codo.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
18%	100%	No Reportado	0.82

Test de compresión activa/ O´brien test

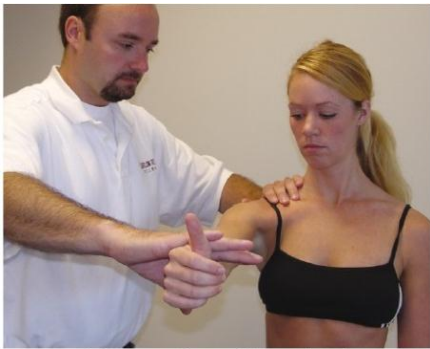


Active compression test with internal rotation

Objetivo: Identificar una lesión (desgarro) del labrum.

Descripción: Usuario permanece de pie y flexiona el brazo a 90 ° con el codo en extensión completa. A continuación el usuario, aduce de brazo 10 ° y gira internamente húmero. El terapeuta aplica una fuerza hacia abajo sobre el brazo y el usuario resiste. Usuario entonces supina totalmente brazo y se repite el procedimiento.

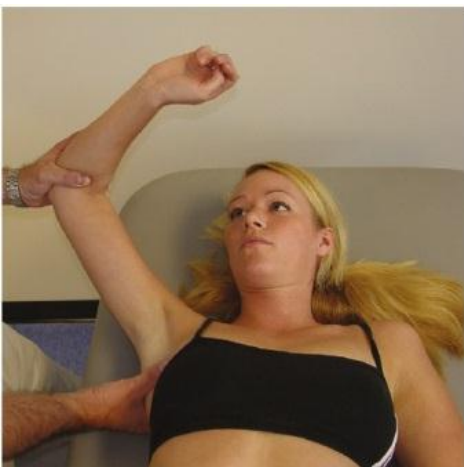
Valoración: Positivo si provoca dolor con la primera maniobra y se reduce con la segunda maniobra.



Active compression test with external rotation

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
94%	28%	1.3	0.21

Test Crank



Crank test.

Objetivo: Identificar una lesión (desgarro) del labrum.

Descripción: El usuario se posiciona en decúbito supino mientras el terapeuta eleva húmero a 160° en plano escapular. Aplica una carga axial sobre el húmero, mientras que el hombro se rota internamente y externamente.

Valoración: La prueba es positiva si provoca dolor.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
34%	77%	1.5	0.86

Test de compresión y rotación



Compression rotation test.

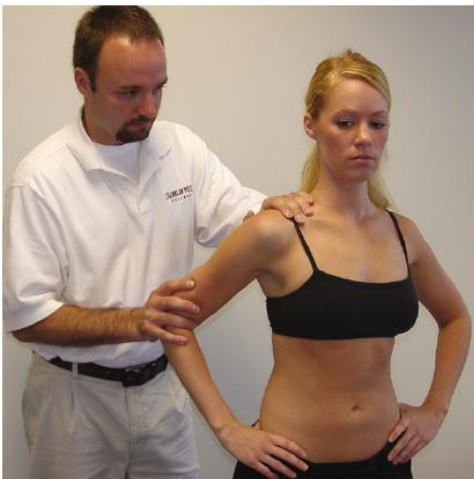
Objetivo: Identificar una lesión (desgarro) del labrum.

Descripción: Con el usuario en decúbito supino con el brazo abducido a 90 ° y el codo flexionada a 90 °, terapeuta aplica una fuerza axial sobre el húmero. Se realiza una circunducción y rotando.

Valoración: Positivo si provoca dolor o aparece un clic.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
61%	54%	1.3	0.72

Test de deslizamiento anterior/ Kibler test



Anterior slide test/Kibler test.

Objetivo: Identificar una lesión (desgarro) del labrum.

Descripción: El usuario de pie o sentado con las manos en las caderas, los pulgares se enfrentan posteriormente, terapeuta estabiliza la escápula con una mano y, con la otra mano en el codo, se aplica la fuerza en sentido anterior y superior dirigido a través de húmero. Usuario empuja hacia atrás contra la fuerza.

Valoración: Positivo si provoca dolor o clic en la parte anterior del hombro.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
21%	70%	0.7	1.13

3

Codo y Antebrazo

Síndrome de Atrapamiento en Canal Cubital

- Signo de tinel's (33)

Esguince de Codo

- Test de movimiento stress en valgo (33)

Epicondialgia Lateral de Codo

- Test codo de tenista (Tennis elbow test) (34)
- Test de Mill's (34)

Epicondialgia Medial de Codo

- Test codo de golfista (Golfer's elbow test) (35)
- Test Mill's Reverso (35)



Signo de tinel's



Tinel's sign.

Objetivo: Detectar posible compresión del nervio cubital en el túnel cubital.

Descripción: El terapeuta aplica 4 a 6 golpes próximos al túnel cubital para probar el nervio cubital del usuario.

Valoración: Es positivo cuando el usuario percibe una sensación de hormigueo a través del recorrido del nervio cubital.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
70%	98%	35	0.31

Test de movimiento stress en valgo



Moving valgus stress test.

Objetivo: Evaluar la existencia de una lesión en ligamento colateral medial de codo.

Descripción: El hombro del usuario es abducido a 90 ° con rotación externa máxima. El terapeuta flexiona al máximo el codo y aplica una fuerza en valgo. Luego el terapeuta extiende rápidamente el codo hasta los 30 °

de flexión.

Valoración: Si el usuario experimenta máximo dolor en la región medial del codo entre 120 ° y 70 ° de flexión, la prueba se considera positiva.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
100%	75%	4.0	0.04

Test codo de tenista (Tennis elbow test)



Tennis elbow test.

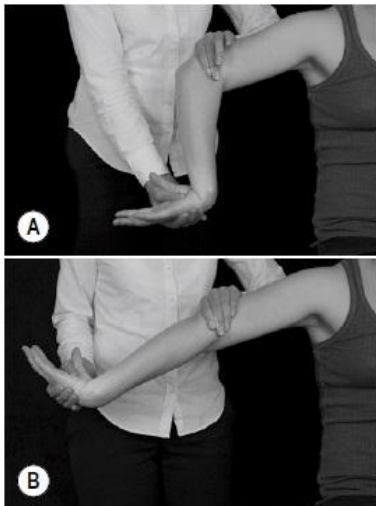
Objetivo: La prueba es útil para identificar una lesión contráctil de los tendones extensores de la muñeca más comúnmente relacionados con el origen del extensor común.

Descripción: El usuario permanece de pie, con el codo afectado completamente extendido y el antebrazo en pronación. El terapeuta también está de pie y posiciona el antebrazo bajo el antebrazo del usuario. Ambos brazos del clínico son entonces extendidos y pronación de manera que los pulgares se pueden colocar sobre la cara palmar de la muñeca del paciente para proporcionar apoyo y de contra presión mientras que los dedos se colocan sobre el dorso de la muñeca extendida. El paciente contrae los extensores de la muñeca isométricamente con fuerza contra la resistencia.

Valoración: Una prueba positiva se indica por la reproducción de dolor sobre la cara lateral del codo.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
No reporta	No reporta	No reporta	No reporta

Test de Mill's



Mills' test, start position (A) and end position (B).

Objetivo: Identificar una epicondialgia lateral de codo a través de una elongación pasiva de los tendones extensores de muñeca.

Descripción: El usuario se posiciona en sedente o bípodo, con el hombro ligeramente abducido, el codo flexionado a 90 °, el antebrazo en pronación y la muñeca flexionada de manera que la palma de la mano se enfrenta al tope. El terapeuta de pie detrás del paciente en el lado afectado, una mano apoya la parte superior del brazo y lo ubica a unos 70 ° de abducción. El pulgar de la otra mano se coloca en la palma del paciente entre el dedo índice y el pulgar, los dedos del terapeuta envueltos alrededor del dorso de la muñeca, que permite al antebrazo ser mantenido en pronación y la flexión de muñeca máxima. Mientras se mantiene esta posición, el codo se extiende lentamente.

Valoración: La prueba es positiva cuando se reproduce el dolor en los tendones extensores, dependiendo de la cronicidad y

gravedad, se producirá el dolor en diversos grados de extensión final de codo.

Por tanto, esta prueba también puede poner una tensión considerable sobre el nervio radial y una cuidadosa discriminación debe ser ejercida para excluir la participación de los nervios. El estrés en el nervio puede ser minimizado mediante cualquiera o todas de las siguientes variantes: reducir el grado de abducción del hombro, evitando tener el hombro en extensión, elevación de la cintura escapular, y flexión lateral de la columna cervical hacia el codo doloroso.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
No Reporta	No Reporta	No Reporta	No Reporta

Test codo de golfista (Golfer’s elbow test)



Golfer's elbow test

Objetivo: Para probar una lesión contráctil de los tendones flexores de la muñeca más comúnmente relacionados con el origen del flexor común.

Descripción: El usuario se posiciona en sedente o de pie, con el codo completamente extendido y el antebrazo en pronación. El terapeuta también permanece de pie junto al lado afectado, el terapeuta fija el antebrazo por inferior mientras que se apoya el brazo del paciente sobre el pliegue del codo. La otra mano se forma en un puño y se coloca en la palma de la muñeca en flexión del paciente. El paciente contrae los flexores de la muñeca isométricamente con tanta fuerza como sea posible contra la resistencia.

El paciente contrae los flexores de la muñeca isométricamente con tanta fuerza como sea posible contra la resistencia.

Valoración: Un resultado positivo es indicado para la reproducción de dolor sobre la cara medial del codo.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
No Reporta	No Reporta	No Reporta	No Reporta

Test Mill’s Reverso



Objetivo: Identificar una epicondialgia medial de codo

Descripción: El usuario permanece en sedente o bípedo, el terapeuta de pie delante del paciente en el lado afectado, toma el brazo del usuario estabilizándolo y con la otra mano lleva pasivamente hacia la extensión de muñeca y dedos, luego realiza una supinación del antebrazo. A continuación el terapeuta extiende lentamente el codo hacia anterior.

Valoración: La prueba es positiva si reproduce dolor en la cara medial del codo.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
No Reporta	No Reporta	No Reporta	No Reporta

4

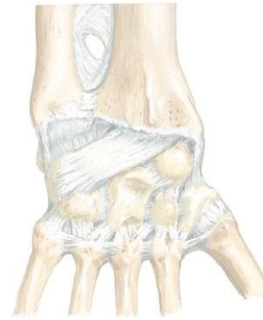
Muñeca y Mano

Edema de muñeca y mano

- Figura 8 (37)

Síndrome del Túnel Carpiano

- Signo de Tinel's (37)
- Test de Phalen's (38)
- Test de Compresión del carpo (38)
- Test de tensión de extremidad superior (Upper limb tension test) (39)



Inestabilidad del Carpo

- Test de Inestabilidad del carpo (Test shift del escafoides) (39)

Síndrome de Quervain

- Test de Finkelstein (40)

Fractura del Escafoides

- Test de compresión (40)

Lesión del Fibrocartílago Triangular

- Test de teclado de piano (41)
- Test de Impactación ulnar (41)

Figura del 8



Figure-of-eight measurement.

Objetivo: Evaluación de la fiabilidad del edema.

Descripción: El terapeuta coloca marca cero en la cara distal de apófisis estiloides cubital. Luego la cinta métrica es llevada a través de la superficie ventral de la muñeca hasta el aspecto más distal de apófisis estiloides radial. A continuación, la cinta se lleva en diagonal a través dorso de la mano y hasta la línea articular del 5to MCP, traído sobre la superficie ventral de las articulaciones MCP, y se envuelve en diagonal sobre el dorso de mano hasta encontrarse con el inicio de la cinta.

ICC or κ	Interpretation
.81-1.0	Substantial agreement
.61-.80	Moderate agreement
.41-.60	Fair agreement
.11-.40	Slight agreement
.0-.10	No agreement

Intra e inter-examinador
ICC = .99 (acuerdo sustancial)

Signo de Tinel's



Tinel's sign.

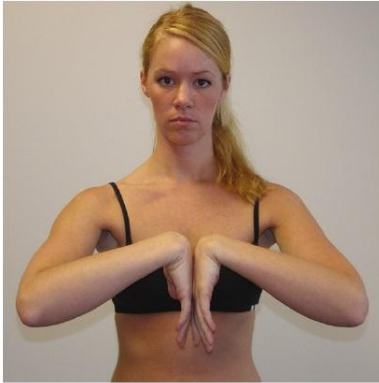
Objetivo: Identificar una posible compresión del nervio mediano en el túnel del carpo (síndrome del túnel del carpo).

Descripción: El terapeuta realiza unos golpecitos con los dedos sobre el nervio mediano en la región de la muñeca.

Valoración: Positivo si el usuario informa la existencia de dolor o parestesias en la distribución del nervio mediano.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
27%	91%	3.0	0.80

Test de Phalen's

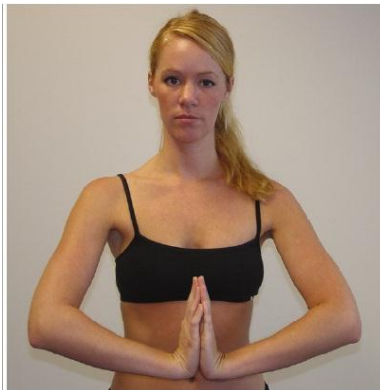


Phalen's test

Objetivo: Identificar una posible compresión del nervio mediano en el túnel del carpo.

Descripción: El usuario se posiciona en sentente, luego con el codo a 30 ° de flexión y el antebrazo en supinación, terapeuta coloca la muñeca en flexión máxima durante 60 segundos. Luego repite la misma manera de forma invertida.

Valoración: Positivo si el usuario experimenta exacerbación de los síntomas en la distribución del nervio mediano.



Reverse Phalen's test

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
77%	40%	1.3	0.58

Test de Compresión del carpo



Carpal compression test.

Objetivo: Identificar una posible compresión del nervio mediano en el túnel del carpo.

Descripción: Con el usuario en sentente con el codo flexionado 30 °, el antebrazo en supinación, y la muñeca en posición neutra, terapeuta coloca los pulgares sobre el ligamento transversal del carpo y aplica 6 libras (2,7 kg.) de presión durante 30 segundos como máximo.

Valoración: Positivo si el usuario experimenta exacerbación de los síntomas en la distribución del nervio mediano.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
64%	30%	0.91	1.2

Test de tensión de extremidad superior (Upper limb tension test)



Upper limb tension tests. Test A

Objetivo: La utilidad diagnóstica del test está en la identificación de un síndrome del túnel carpiano.

Descripción: El usuario está en posición supina. Terapeuta realiza la depresión escapular, abducción del hombro, supinación del antebrazo, extensión de muñeca y de los dedos, rotación externa del hombro, extensión de codo y flexión lateral cervical contralateral / ipsilateral.

Valoración: Positivo si se reproducen los síntomas, diferencia de lado a lado en la extensión de codo superior a 10 °, inclinación

contralateral del cuello aumenta los síntomas o la inclinación ipsilateral disminuye los síntomas.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
75%	13%	0.86	1.9

Test de Inestabilidad del carpo (Test shift del escafoides)



Scaphoid shift test.

Objetivo: Identificar una inestabilidad del escafoides.

Descripción: Con el codo del usuario estabilizado sobre la mesa y con el antebrazo en pronación leve, terapeuta toma con una mano desde el lado radial de la muñeca del usuario con el pulgar en la prominencia palmar del escafoides. Con la otra mano, el terapeuta toma la mano del usuario a nivel del metacarpiano para estabilizar la muñeca. El terapeuta mantiene la presión en el tubérculo escafoides y se mueve la muñeca en desviación cubital con una ligera extensión y luego en desviación radial con una ligera flexión. Terapeuta libera la presión sobre el escafoides de la muñeca mientras que está en desviación radial y flexión.

Valoración: Positivo para la inestabilidad del escafoides, si los shifts del escafoides provocan un "golpe seco", o los síntomas del paciente se reproducen cuando se libera escafoides.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
69%	66%	2.03	0.47

Test de Finkelstein



Objetivo: Valorar la presencia de tenosinovitis de los tendones del abductor largo y del extensor corto del primer dedo, para el diagnóstico de la tendinitis de Quervain.

Descripción: Usuario en bipedestación o sedente, con la mano a evaluar cerrada con el pulgar en su interior, de modo que los cuatro últimos dedos abracen al primero. El terapeuta frente al usuario, sostiene el antebrazo con la mano proximal y rodea el puño con la mano distal. Manteniendo fijo el segmento del

antebrazo con la mano proximal, se induce en la muñeca una desviación ulnar.

Valoración: Aparición de dolor a nivel de la estiloides radial.

Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR-
89%	14%	No reportado	No reportado

Test de Compresión



Objetivo: Identificar fractura del Escafoides

Descripción: Usuario en posición sedente, terapeuta frente a él toma con la mano axial la muñeca del paciente por el borde cubital y la mano proximal bordea el dedo pulgar y realiza compresión axial sobre el pulgar para generar estrés mecánico en la fractura.

Valoración: Reproducción de dolor en la tabaquera anatómica por presión directa del escafoides sobre ella.

Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR-
77%	22%	No reportado	No reportado

Test de Teclado de Piano



Objetivo: Evidenciar una inestabilidad radioulnar distal

Descripción: Usuario sentado con el antebrazo en pronación, el terapeuta sentado frente al paciente, toma con una mano la epífisis distal del radio, aplicando una presión descendente sobre la cabeza de la ulna.

Valoración: Presencia de hipermovilidad y/o dolor en la articulación radioulnar distal.

Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR-
59%	96%	0.91	No reportado

Test de Impactación Ulnar



Objetivo: Reproducir el dolor y / o aprehensión que indica un desgarro o la degeneración del fibrocartílago triangular.

Descripción: Usuario en posición sedente, el terapeuta frente a él, estabilizando el antebrazo del usuario con una mano y, como si fuera a dar la mano, coloca su otra mano en la palma donde se mantiene con firmeza. Se realiza una compresión axial mientras se añade la desviación cubital.

Valoración: Dolor localizado en el lado cubital de la articulación de la muñeca es a veces acompañado por aprehensión y/o crepitación en el movimiento.

Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR-
40%	64%	No reportado	No reportado

5

Columna Torácica

Alteración Mecánica en las Vértebras Dorsales

- Aproximación escapular pasiva (43)

Neuritis Intercostal

- Signo de Schepelmanns (43)

Disfunción Neurológica de Origen Medular

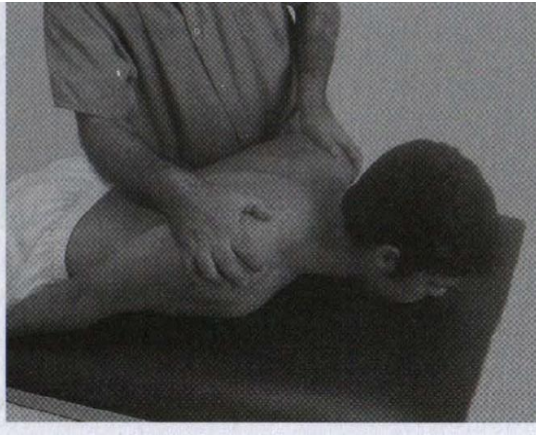
- Slump test (44)

Escoliosis

- Test de Adams (50)



Aproximación escapular pasiva



Objetivo: Valorar una alteración mecánica en las vértebras dorsales altas.

Descripción: Usuario en decúbito prono, mientras que el terapeuta al costado de él aproxima pasivamente las escápulas al levantar los hombros hacia arriba y atrás.

Valoración: El dolor en el área escapular indica un problema de la raíz T1 y T2 en el lado que siente el dolor.

Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR-
No reporta	No reporta	No reporta	No reporta

Signo de Schepelmanns



Objetivo: Diferenciación del dolor torácico.

Descripción: El paciente en bipedestación y terapeuta a un lado de él. Se le pide que incline la columna hacia un lado y después hacia el otro.

Valoración: El dolor en el lado cóncavo es indicativo de neuralgia intercostal y, en lado convexo, de pleuritis. Las fracturas costales producen dolor durante los movimientos de la columna.

Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR-
No reporta	No reporta	No reporta	No reporta

Slump test



Slump test.

Objetivo: Valorar una disfunción neurológica de origen medular.

Descripción: Usuario sentado en la camilla, el terapeuta al costado del usuario. Se le pide que flexione la columna torácica y los hombros caigan hacia adelante. El terapeuta flexiona el cuello del paciente y extiende pasivamente una de las rodillas del paciente, por lo general primero la de lado sano.

Para aumentar el efecto se puede añadir dorsiflexión pasiva del tobillo y se repite con

la otra pierna.

Valoración: La reproducción de dolor u otros síntomas se considera como positivo ya que implica el choque de la duramadre y la medula espinal o raíces nerviosas. El dolor suele producirse en el sitio de la lesión.

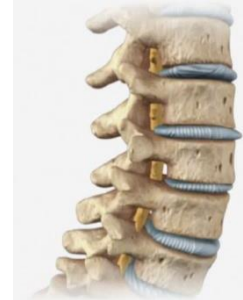
Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR-
84%	83%	4.94	0.19

6

Columna Lumbar

Lesión de Disco Intervertebral

- Test de Milgram (46)
- Test de Kernig –Brudzinski (46)
- Test de Nachlas (47)
- Test SLR (Straight - Leg Raise Test) (47)
- Test de Bragard (48)
- Slump Test (44)
- Test de Lasegue (48)



Síndrome Facetario

- Test del Cuadrante (Kent Test) (49)

Inestabilidad Lumbar

- Test de Inestabilidad segmentaria (49)

Escoliosis

- Test de Adams (50)

Test de Milgram



Objetivo: evidenciar el compromiso del disco intervertebral.

Descripción: usuario en decúbito supino, con los brazos cruzados sobre el pecho. Posición del terapeuta al lado del área a examinar. Se le pide al usuario que, manteniendo ambos miembros inferiores extendidos, los eleve unos 10 cm sobre el plano de la mesa de exploración y mantenga esta posición durante 30 segundos.

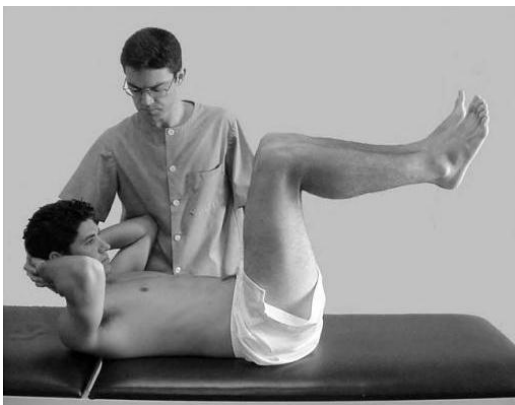
Valoración: es positivo cuando aparece dolor en zona lumbar y cara posterior del muslo que indica compromiso del disco.

El usuario debe tener la musculatura abdominal adecuada. Una debilidad de esta, favorece un incremento de la tensión lumbosacra y, en consecuencia, una sensación molesta que no debe considerarse positivo en el contexto de la prueba.

Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR-
No Reporta	No Reporta	No Reporta	No Reporta

*Complementar con test de Valsalva.

Test de Kernig - Brudzinski



Objetivo: evidenciar la presencia de una lesión mecánica en la columna lumbar

Descripción: posición del usuario es decúbito supino, con las manos entrelazadas y situadas detrás de la cabeza. Posición del terapeuta, de pie, lateral al usuario. El cual efectúa una flexión forzada de la cabeza sobre el pecho, mientras el paciente mantiene una flexión bilateral de 90° de cadera y rodilla. A continuación, extiende pasiva y lentamente la rodilla del lado afectado.

Valoración: Es positivo cuando el usuario refiere dolor en el cuello y, especialmente, en la zona lumbar durante la extensión de la rodilla.

Sensibilidad	Especificidad	L.R +	L.R -
No reporta	No reporta	No reporta	No reporta

Test de Nachlas



Objetivo: es un examen útil para diferenciar entre disfunción sacroilíaca, esguince ligamentoso de rodilla y patología del nervio femoral.

Descripción: Usuario se encuentra decúbito prono sobre la camilla. Terapeuta en bípedo lateral al usuario, el cual flexiona de forma pasiva la rodilla y se mide el ángulo antes de que la columna lumbar comience a extenderse o la cadera comience a elevarse.

Valoración: Se registra el Angulo de flexión, lo normal es de 140 a 150, Es positivo cuando el dolor se irradia siguiendo el recorrido del nervio femoral. Es negativo cuando el dolor es local y este puede ser en la Articulación sacroilíaca / columna lumbar / rodilla ligamento esguince.

Sensibilidad	Especificidad	L.R +	L.R -
No reporta	No reporta	No reporta	No reporta

Test SLR (Straight- Leg Raise Test)



Straight-leg raise



Straight-leg raise with sensitizing maneuver of cervical flexion

Objetivo: Identificar una lesión de disco intervertebral (herniación discal).

Descripción: El usuario se posiciona en supino, la rodilla permanece completamente extendida, y el tobillo en dorsiflexión neutra. A continuación el terapeuta flexiona pasivamente la cadera del usuario mientras la rodilla se mantiene en extensión.

Valoración: El test es positivo cuando se reproduce un dolor irradiado a través del nervio ciático entre 30 ° y 60 ° -75 ° de flexión de cadera.

Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR-
85%	57%	1.98	0.26

Test de Bragard



Objetivo: Signo indicativo de compresión radicular.
Descripción: Usuario se encuentra en decúbito supino. Con una mano el terapeuta sujeta el talón. La pierna extendida se levanta lentamente cuando aparece dolor (producto del ciático), la pierna se descende hasta que el dolor se encuentre ausente, en esta posición se realiza una dorsiflexión del pie.
Valoración: El signo de bragard positivo cuando el dolor sigue el recorrido del ciático esto indica compresión radicular entre L4 –S1.

Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR-
80%	40%	1.3	0.5

Slump Test: (Se describe en la pg. 40/ sección Columna Torácica)

Test de Lasegue



Objetivo: Detectar la presencia de dolor lumbar.
Descripción: Usuario se encuentra en decúbito supino, el terapeuta realiza una flexión de cadera, con extensión de rodilla acompañado de una rotación interna y aducción de cadera. Hasta que el usuario refiera sentir dolor.
Valoración: El signo positivo cuando aparece el dolor y sigue el recorrido de la raíz nerviosa o aparece dolor lumbar.

Si el dolor aparece en los primeros 35° de flexión de cadera, sospecharemos de lesión extra dural del nervio ciático (por no existir aun movimiento neural) y serán causante la articulación sacroilíaca o el músculo piramidal (signo de bonnet). Si el dolor aparece por encima de los 70° en la región lumbar, sospechamos de una patología articular lumbar. Si el dolor aparece entre los 35° y 70° de flexión, puede existir una alteración de las raíces nerviosas o del disco intervertebral (signo de bragard).

Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR-
82%	25%	1.0	0.86

Test del Cuadrante (Kent Test)



Objetivo: Detectar disfunciones articulares lumbares.

Descripción: Usuario en bípedo, con los brazos al lado del cuerpo, terapeuta detrás de él, se le pide al usuario que extienda la columna vertebral, mientras que el terapeuta controla el movimiento manteniendo los hombros del paciente, la cabeza del usuario reposa sobre los hombros del examinador. Se le pide al paciente que incline y rote hacia el lado afectado. El movimiento se continúa hasta el límite del rango o hasta que se producen los síntomas.

Valoración: es positivo cuando aparece dolor en zona lumbar baja, el dolor aparece por el estrechamiento de los agujeros intervertebral y el estrés en la articulación facetaria al lado en el que se produce la rotación, producto de un síndrome facetario.

Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR-
70%	No reporta	No reporta	No reporta

Test de Inestabilidad segmentaria



Objetivo: evaluar la inestabilidad lumbar.

Descripción: Usuario prono con la mitad del cuerpo en la mesa del examen y las piernas en reposo hacia el suelo. El terapeuta aplica presión a la cara posterior de la columna lumbar mientras el paciente descansa en esta posición. El terapeuta le pide al usuario que levanta las piernas del suelo, flexionando las rodillas mientras nuevamente el terapeuta aplica la presión lumbar postero-anterior.

Valoración: Si el dolor se provoca en la posición de reposo solamente, la prueba es positivo, producto del desbalance muscular lumbar el cual se encuentra provocando la inestabilidad.

Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR-
39%	91%	4.3	0.67

Test Adams



Objetivo: Valoración de escoliosis estructural o funcional.

Descripción: Usuario en posición bípeda. El terapeuta se sitúa detrás de él y le pide que se incline hacia adelante intentado tocar el suelo.

Valoración: Cuando se observa una protrusión de un hemitórax en la zona lumbar o torácica, también denominada "giba", es indicativo de una rotación vertebral. Mayor gibosidad corresponde a la zona de la Clínica. Esta rotación se puede medir la unión de la máxima prominencia o gibosidad adyacente.

Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR-
73.9%	77.8%	No reportado	No reportado

7

Sacroilíaca

Disfunción Sacroilíaca

- Test de Trendelenburg (52)
- Test del Muelle (52)
- Test de Yeoman (53)
- Test de Gaenslen (53)
- Test de Patrick- Faber (54)
- Test de Gillet (54)
- Long Sitting Test (55)



Test de Trendelenburg



Objetivo: Prueba funciona que evalúa la musculatura de pelviotrocanterea (glúteo medio).

Descripción: Usuario en bípedo, terapeuta detrás de él, se le pide que levante una pierna, flexionando la cadera y la rodilla.

Se observa una contracción de la musculatura pélvica y del lado que esta como apoyo y se produce una elevación de la pelvis contralateral, para la mantener la posición horizontal.

Valoración: El test es positivo si la mantención de la pelvis no es vertical, y se inclina hacia el lado de la pierna en elevación.

Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR-
23%	94%	3.64	0.85

Test del Muelle



Objetivo: Evaluar el juego articular de la sacroilíaca.

Descripción: Usuario en prono, relajado, las manos del terapeuta se coloca sobre el sacro y se aplica un impulso rápido, movimiento posteroanterior, mientras el terapeuta monitoriza la sensación al final del rango de movimiento. Se compara el lado asintomático con el sintomático.

Valoración: El test será positivo si se encuentra hipermovilidad o hipomovilidad articular acompañada con dolor.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
66%	42%	1.14	0.81

Test de Yeoman



Objetivo: Indicativo de alteración de la articulación sacroilíaca.

Descripción: Usuario se encuentra en decúbito prono, mientras que el terapeuta estabiliza la pelvis y flexiona la articulación de la rodilla en 90º del lado a evaluar, y realiza una extensión de la articulación coxofemoral, en el lado contralateral se realiza lo mismo.

Valoración: Un resultado positivo es indicado por el dolor en la columna lumbar en ambas partes de la prueba por alteración de la articulación sacroilíaca.

Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR-
80%	71%	2.75	0.28

Test de Gaenslen



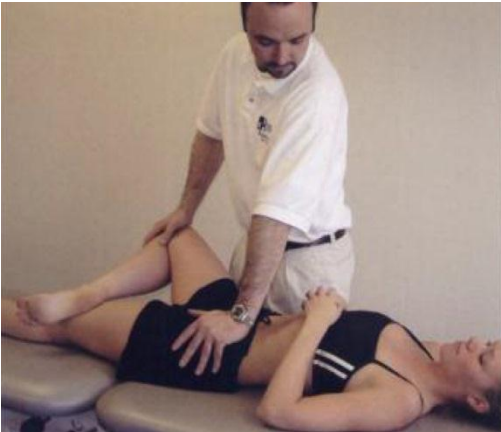
Objetivo: valoración articular sacroilíaca.

Descripción: Usuario decúbito supino, el miembro inferior que no se evalúa se encuentra en flexión máxima de cadera y rodilla, esta última junto al tronco, el miembro inferior opuesto, con hiperextensión de cadera, cae por fuera de la camilla. El terapeuta se encuentra al costado del usuario con una mano fija la cadera y con la otra sobre la rodilla. A partir de la posición inicial el examinador siempre fijando la cresta iliaca provoca hiperextensión de la cadera.

Valoración: el test es positivo cuando aparece dolor en la región sacroilíaca o coxofemoral. El test se puede realizar en supino o en decúbito lateral.

Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR-
44%	88%	2.29	0.68

Test de Patrick- Faber



Objetivo: para evaluar la articulación sacroilíaca.

Descripción: Usuario decúbito supino con la cadera flexionada, abducida, y en rotación externa, el terapeuta posiciona al maléolo externo sobre la rodilla de la pierna contralateral (posición en 4), el terapeuta estabiliza la pelvis a través de la E.I.A.S contraria a la pierna flexionada, se aplica una sobre presión en la cara interna de la rodilla en flexión.

Valoración: Es positivo si se reproduce el dolor en la parte posterior de la extremidad (glúteo) indica una

disfunción sacroilíaca.

*Esta prueba también es útil para evaluar la contractura del psoas.

Sensibilidad	Especificidad	LR%	LR%
66%	51%	1.37	0.64

Test de Gillet



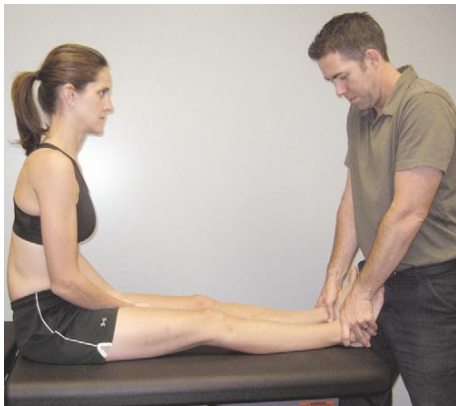
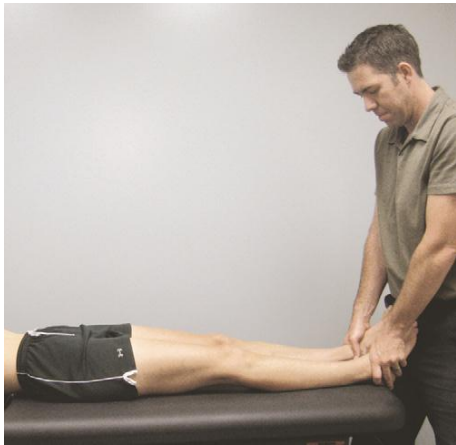
Objetivo: Detectar de una posible restricción de la movilidad sacroilíaca.

Descripción: Usuario en bipedestación con leve separación de los pies, terapeuta sentado detrás del usuario, con los ojos a la altura de la pelvis, el pulgar de una mano se encuentra sobre la E.I.P.S y la otra sobre la apófisis espinosa de S2. Se pide al paciente que flexione la cadera y la rodilla del lado de la palpación.

Valoración: El test es considerado positivo si la E.I.P.S no se mueve en dirección dorsal y caudal con relación a S2.

Sensibilidad	Especificidad	LR%	LR%
47%	64%	1.31	0.83

Long Sitting Test



Objetivo: Permite evaluar la condición de la articulación sacroilíaca. El test podría dar un indicio de una torsión anterior o posterior del hueso ilíaco.

Descripción: Con el paciente en decúbito supino, el terapeuta evalúa las longitudes de los maléolos mediales los cuales son comparados entre ellos, el terapeuta le indica al paciente que pasa del decúbito supino al semi-sedente (45°).

Lo que se espera sería que ambas extremidades (maléolos mediales) se desplazaran hacia delante (o que se “alargaran”).

Valoración: Positivo si una pierna aparece más corta en decúbito supino y luego se alarga cuando el paciente entra en posición semi-sedente.

-Pierna que empezó corta y después se alarga: Torsión Posterior Ilíaca.

-Pierna que empezó larga y después se alarga más: Torsión Anterior.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
44%	64%	1.22	0.88

8

Cadera y Pelvis

Dismetría de extremidades inferiores

- Test de Longitud de Extremidad Inferior (57)

Determinar anteversión del fémur

- Test de Craig (57)

Osteoartritis y lesión de labrum

- Test de Mc Carthy (58)
- Test de Fair (58)
- Test Scour (59)

Lesión articular

- Test de Faber (54)

Pruebas de Longitud muscular

- Test de Thomas (59)
- Test de Ely (60)
- Test de Ober (60)



Test de Longitud de Extremidad inferior



Objetivo: conocer desigualdad en la longitud de los miembros inferiores.

Descripción: usuario decúbito supino, con los pies separados unos 15 cm. El terapeuta de pie, junto al paciente y a la altura de las rodillas, con una cinta métrica se mide la distancia entre las EIAS y el maléolo tibial y se compara con el miembro contralateral.

Valoración: una distancia menos a 1 a 1.5 cm es considerada normal.

Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR-
No reporta	No reporta	No reporta	No reporta

Test de Craig



Objetivo: valorar el grado de anteversión femoral.

Descripción: usuario en decúbito prono, con la rodilla flexionada a 90°, el terapeuta de pie, perpendicular al eje de los miembros inferiores. El terapeuta palpa con una mano el trocánter mayor.

Con la mano opuesta toma el pie del paciente e induce rotación interna o externa de la cadera hasta colocar el trocánter mayor paralelo al plano de la camilla. El grado de anteversión queda definido por el ángulo formado

entre el eje de la pierna y la vertical.

Valoración: el grado de anteversión viene dado por el ángulo medido en el momento en que el trocánter mayor es paralelo a la camilla. Se considera normal un ángulo entre 10° y 15°.

Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR-
No reporta	No reporta	No reporta	No reporta

Test de Mc Carthy



Objetivo: Valorar lesión del Labrum.

Descripción: Usuario en decúbito supino, el terapeuta al costado del lado a evaluar. Se toma pierna del paciente con la mano distal en el tobillo y la mano proximal desde la rodilla se realiza flexión de cadera, rotación interna y aducción para patología del

labrum anterior y para labrum posterior se realiza con flexión de cadera y rotación externa, llevando desde ahí la cadera a una posición de extensión.

Valoración: Reproducción de molestia o dolor en la ingle indicando lesión del labrum acetabular.

Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR-
No Reporta	No Reporta	No Reporta	No Reporta

Test de Fair



Objetivo: Identificar la presencia de osteoartritis, lesión de labrum y una provocar al musculo piriforme para reproducir síntomas.

Descripción: usuario en decúbito lateral, el miembro inferior superior con flexión de 60° de cadera y flexión de rodilla 100° aproximadamente, por fuera de la camilla y el pie sobre el hueco poplíteo de la rodilla del miembro subyacente. El terapeuta de pie, a la altura de la rodilla suprayacente, estabilizando con la mano cefálica la cadera, mientras que con la mano caudal aplica a la rodilla presión vertical y descendente.

El terapeuta de pie, a la altura de la rodilla suprayacente, estabilizando con la mano cefálica la cadera, mientras que con la mano caudal aplica a la rodilla presión vertical y descendente.

Valoración: la aparición de dolor en el cuerpo del musculo es signo de contractura del piriforme.

Especificidad	Confiabilidad	LR+	LR-
No reporta	No reporta	5.2	0.14

Test Scour



Objetivo: Identificar la presencia de osteoartritis y/o lesión de labrum.

Descripción: usuario decúbito supino y el terapeuta por delante del paciente, toma en asa la pierna del paciente y coloca sus manos en la garganta troclear quedando con flexión de cadera y rodilla sobre los 90° y se comprime, luego rota la pierna hacia ambos lados.

Valoración: Es positivo si aparece dolor durante la realización de la prueba.

Especificidad	Sensibilidad	LR+	LR-
No reporta	No reporta	1.32	0.58

Test de Faber: Se describe en apartado de la región sacroilíaca*

Test de Thomas



Objetivo: valorar el grado de acortamiento musculatura flexora de cadera.

Descripción: usuario en decúbito sedente a la orilla de la camilla, el terapeuta frente al usuario, este abarca con ambas manos la rodilla contralateral y la lleva hacia el tronco en flexión máxima de cadera inclinándose hacia atrás sobre la camilla, dejando caer la pierna a evaluar.

Valoración: Si la pierna no cae bajo la horizontal indica contractura del psoas y si la rodilla no movilizada inicia la extensión es indicativo de contractura del recto anterior.

Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR-
No reporta	No reporta	No reporta	No reporta

Test de Ely



Objetivo: valorar acortamiento del musculo recto anterior.

Descripción: Usuario en decúbito prono y el terapeuta de pie al borde inferior de la Camilla, este flexiona pasivamente la rodilla del usuario.

Valoración: Es positivo al realizar la flexión de rodilla y que se realice una flexión de la cadera del mismo lado, lo que indica el acortamiento del recto anterior

Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR-
No reporta	No reporta	No reporta	No reporta

Test de Ober



Objetivo: Valora la contractura de la banda iliotibial.

Descripción: Usuario decúbito lateral con las piernas flexionadas y apoyado sobre el lado que no se evaluará. El terapeuta sujeta con una mano la pierna a evaluar y con la otra estabiliza la pelvis, se realiza una extensión de la pierna a explorar, por la articulación de la cadera, el muslo se sitúa en la misma línea que la pelvis, con lo que la banda 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 banda iliotibial, la cadera presentará un límite en la aducción en relación directa con el grado de acortamiento. El terapeuta también puede efectuar una abducción de la pierna (que se encuentra en extensión) y la soltara desde una posición determinada. Si la pierna no cae aduciéndose. Es decir, se produce rápidamente un movimiento de flexión y rotación, indica contractura de la banda iliotibial. La prueba suele ser indolora, aunque a veces puede ocasionar dolor en la zona del cóndilo lateral del fémur.

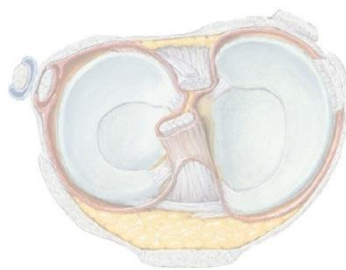
Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR-
No reporta	No reporta	No reporta	No reporta

9

Rodilla

Esguince de Rodilla

- Test de Inestabilidad Medial (62)
- Test de Inestabilidad Lateral (62)
- Test de Lachman's (63)
- Test de Cajón Anterior (63)
- Test de Cambio de Pivote (64)
- Test de Cajón Posterior (64)
- Test de Godfrey's (65)



Lesión de Meniscos

- Test Mc Murray's (65)
- Test de Apley's (66)

Disfunción Patelofemoral

- Test de inclinación rotuliana o Tilt (66)
- Test Glide (67)
- Signo de Clarke (67)
- Test de Mc Connell (68)

Síndrome de Fricción de la Banda Iliotibial

- Test de Noble (68)

Test de Inestabilidad Medial



Objetivo: Apreciar el grado de inestabilidad medial de la rodilla.

Descripción: Usuario en posición decúbito supino, el terapeuta se coloca perpendicular al eje del miembro, con la mano proximal en la cara lateral de la rodilla, apoyando la eminencia hipotenar sobre la articulación tibioperonea superior y eminencia tenar sobre el cóndilo lateral del fémur. La otra mano agarra la pierna por su tercio distal, a la altura del maléolo interno. La mano caudal estabiliza el tobillo por su maléolo interno y lleva la rodilla a discreta rotación externa. La mano cefálica aplica una fuerza sobre la cara lateral de la rodilla hacia el valgo. Se lleva a cabo en

extensión completa y en unos 30º de flexión.

Valoración: El hallazgo es positivo si existe un bostezo articular o aumento del espacio articular correspondiente al compartimento interno, frecuentemente acompañado de dolor, alerta sobre la afectación de estructuras externas, principalmente del LLI.

Especificidad	Especificidad	LR+	LR-
25%	No reporta	No reporta	No reporta

Test de Inestabilidad Lateral



Objetivo: Apreciar el grado de inestabilidad lateral de la rodilla.

Descripción: Usuario en decúbito supino y el terapeuta semisentado, entre ambos miembros inferiores, sitúa la mano proximal en la cara interna de la rodilla, apoyando las eminencias tenar e hipotenar en los cóndilos internos del fémur y tibia, respectivamente. La otra mano agarra la pierna por su tercio distal, a la altura del maléolo externo. Con la mano más distal se fija el tobillo y con la proximal se imprime una fuerza varizante en la rodilla. Se lleva a cabo en extensión completa y en unos 30º de flexión.

Valoración: Se considera positiva por la presencia de un bostezo articular o aumento del espacio articular correspondiente al compartimento lateral, frecuentemente acompañado de dolor, alerta sobre la afectación de estructuras externas, principalmente del LLE. Un varo exagerado en extensión indica afectación de alguna de las siguientes estructuras: LLE, cápsula postero-externa, ligamento poplíteo arqueado, tendón del bíceps femoral, LCP, LCA.

Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR-
78%	67%	2.3	0.30

Test de Lachman's



Objetivo: Valorar la integridad del ligamento cruzado anterior.

Descripción: Usuario en decúbito supino con la articulación de la rodilla flexionada 15-30°. Con una mano el terapeuta sujeta el fémur y con la otra mueve la tibia hacia delante. Los músculos cuádriceps y flexores de la rodilla deben permanecer tensos.

Valoración: Si existe lesión del ligamento cruzado, se produce un desplazamiento de la tibia respecto al fémur. El final del movimiento debe ser suave y fluido, es decir, sin golpes (sacudidas) bruscas. Si el desplazamiento resulta en un margen de 3 mm, se habla de estabilidad completa, y si aparece con un margen superior a 5 mm, de estabilidad relativa (debida, probablemente, a una hiperextensión del ligamento cruzado anterior). Puede detectarse una lesión del ligamento cruzado cuando el movimiento brusco es mínimo o nulo. Si se produce un movimiento del cajón de más de 5 mm, es útil efectuar la prueba en el lado contrario para descartar una laxitud de los ligamentos articulares.

Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR-
85%	94%	12.0	0.2

Test de Cajón Anterior



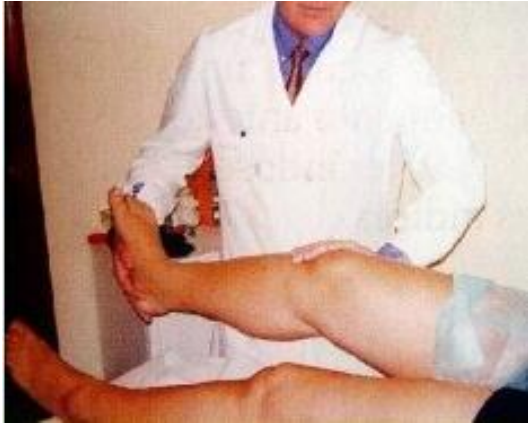
Objetivo: Valorar la integridad del LCA.

Descripción: Usuario en posición decúbito supino, con las rodillas y caderas flexionadas 90° y 45°, respectivamente. Los pies se encuentran apoyados sobre la camilla. El terapeuta se encuentra semisentado sobre el pie del sujeto, bloqueándolo. El terapeuta abraza con ambas manos la epífisis proximal de la tibia, situando los pulgares sobre la cara anterior de la interlínea para sentir el grado de desplazamiento anterior o aumento del escalón femorotibial, e induce una traslación anterior de la tibia, en posición neutra de la rodilla.

Valoración: Es positivo si se aprecia un deslizamiento anterior excesivo del extremo proximal de la tibia respecto a los cóndilos femorales. Los falsos positivos se deben normalmente a menissectomía previa o a la afectación de la cápsula o de los ligamentos laterales. Resulta fundamental asegurar la completa relajación muscular del paciente, en especial de la musculatura posterior del muslo, encargada de detener el avance anterior de la tibia.

Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR-
55%	92%	7.3	0.5

Test de Cambio de Pivote



Objetivo: detección de roturas del ligamento cruzado anterior.

Descripción: Usuario en decúbito supino con la rodilla entre 10° y 20° de flexión. El terapeuta de pie al lado a evaluar, este rota la tibia internamente mientras una fuerza en valgo.

Valoración: Es positivo si el platillo tibial se subluxa anteriormente.

Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR-
82%	98%	0.41	0.18

Test de Cajón Posterior



Objetivo: Valorar la integridad del LCP y del complejo posteroexterno.

Descripción: Usuario se colocará en decúbito supino, con las rodillas y caderas flexionadas 90° y 45°, respectivamente. El terapeuta se encuentra semisentado sobre el pie del sujeto, inmovilizándolo. El terapeuta colocará la primera comisura de cada mano sobre la cara anterior de la epífisis proximal de la tibia, pulgares sobre la interlínea, y con el resto de los dedos termina de abrazarla.

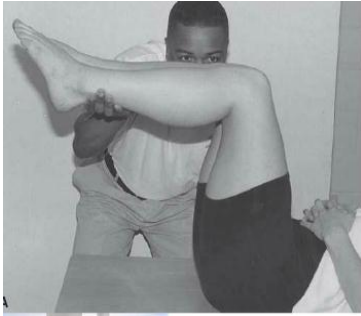
En esta posición se imprime un empuje en sentido posterior intentando producir un cajón posterior. Este

gesto debe repetirse con la tibia en rotación externa e interna.

Valoración: se considera positiva si hay una excesiva traslación posterior del extremo proximal de la tibia respecto al fémur. El LCP proporciona el 95% del total de la fuerza restrictiva que se opone a la traslación posterior de la tibia. En su ausencia actúan secundariamente la cápsula posterolateral, que ofrece un 58% de la resistencia, y el LLI, que aporta un 16%, además de otras estructuras menores como la cápsula posteromedial, el LLE, el ligamento poplíteo arqueado o el ligamento oblicuo posterior.

Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR-
No reporta	No reporta	16.2	0.2

Test de Godfrey's



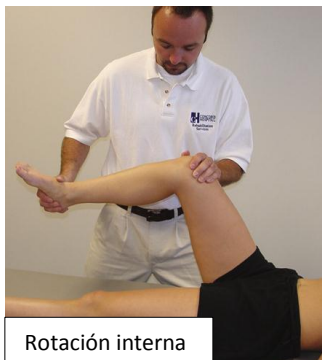
Objetivo: Valorar la presencia de inestabilidad posterior de rodilla por rotura del LCP.

Descripción: Usuario en decúbito supino con ambas caderas y rodillas flexionadas en 90°, el terapeuta de pie, a la altura de la pelvis del usuario, sosteniendo ambas piernas desde los tobillos, con lo que se asegura la completa relajación del usuario. En esta posición observa el contorno de la rodilla afecta comparándola con la sana.

Valoración: Desplazamiento de la tibia hacia posterior del lado afectado perdiendo el relieve anterior por rotura del LCP, la caída es de su extremo proximal por acción de la gravedad.

Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR-
No Reporta	No Reporta	No Reporta	No Reporta

Test Mc Murray's



Rotación interna



Rotación externa

Objetivo: Valorar lesión de los meniscos

Descripción: El usuario se encuentra en decúbito supino y la articulación de rodilla y cadera están completamente flexionadas. El terapeuta sujeta la rodilla con una mano y el pie con la otra, y efectúa una rotación externa o interna del muslo, mantiene la pierna en esta posición y realiza una extensión hasta 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; en rotación interna, en cambio, 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 porción media del menisco.

Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR-
55%	77%	2.4	0.58

Test de Apley's



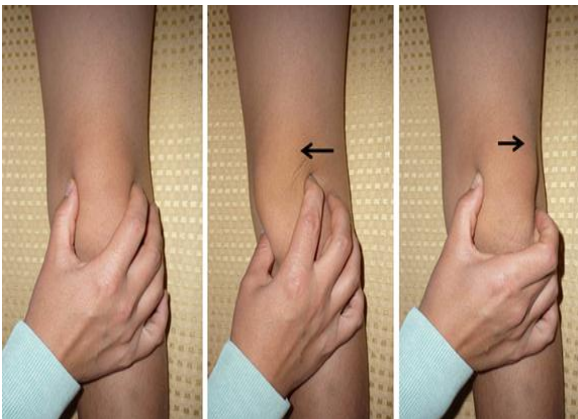
Objetivo: Valorar la afectación de los meniscos.

Descripción: Usuario en decúbito prono con la rodilla en flexión de 90º y el terapeuta se colocará en el lado de la rodilla a evaluar. Fija el segmento del muslo con una rodilla sobre la cara posterior de su tercio inferior. Con una mano rodea el retropié y con la otra agarra el tercio medio-inferior de la pierna. El terapeuta realiza una presión descendente sobre la pierna. Manteniendo esta presión, se practica la rotación en ambos lados.

Valoración: Es positivo si existe dolor y/o chasquido audible en el compartimiento lateral al realizar la rotación interna, o en el opuesto al rotar externamente, que indican lesión meniscal. Previo a la ejecución de la prueba, se efectúan pasiva y bilateralmente, de un modo consecutivo, los siguientes movimientos: rotación externa, flexión máxima, rotación interna y extensión completa. Con ello se pretende localizar alteraciones dolorosas o de movilidad en la rotación y el grado de flexión en que éstas se producen.

Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR-
22%	88%	10.8	0.89

Test de inclinación rotuliana o Tilt



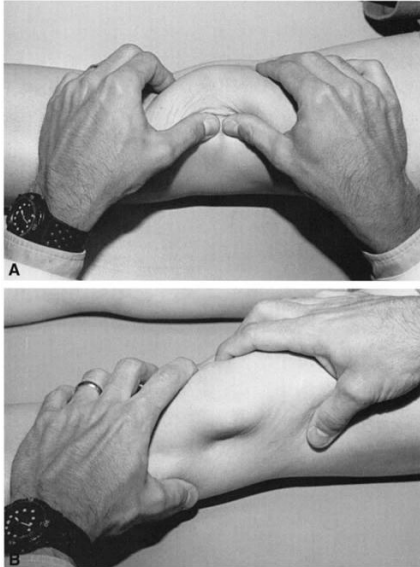
Objetivo: Valorar la presencia de un síndrome femoropatelar.

Descripción: Usuario decúbito supino, con la rodilla extendida y cuádriceps relajado y el terapeuta de pie, lateral al paciente, con la palma de la mano ejerce una presión sobre el borde medial y lateral de la rótula. El terapeuta separa el borde lateral de la rótula del cóndilo femoral y luego, posteriormente, repite la técnica para el borde medial de la patela.

Valoración: Es positivo inclinación más hacia un lado que el otro.

Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR-
No reporta	No reporta	No reporta	No reporta

Test Glide



Objetivo: Apreciar el grado de indemnidad de los ligamentos laterales de la rótula.

Descripción: Usuario decúbito supino y el terapeuta de pie al lado homolateral de la rodilla a evaluar. Con sus dedos índices y pulgares, toma la rótula del usuario, deslizándola hacia ambos lados, lateral y medial.

Valoración: Es positivo si hay mayor deslizamiento de la rótula hacia un lado más predominante que el otro.

Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR-
No Reporta	No Reporta	No Reporta	No Reporta

Signo de Clarke



Objetivo: Evidenciar una alteración de la biomecánica femoropatelar.

Descripción: Usuario en decúbito supino con las rodillas extendidas y musculatura relajada. El terapeuta de pie junto al lado afecto, este desplaza la rótula en sentido caudal aplicando la primera comisura sobre su borde superior. Manteniéndola en dicha posición, solicita una contracción del cuádriceps.

Valoración: La incapacidad para completar la prueba o la aparición de dolor durante la ejecución de la misma son indicativos de alteración condral, se debe comparar con el lado contralateral, evaluando toda la superficie retropatelar, repitiendo la maniobra a 30°, 60° y 90° de flexión.

Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR-
39%	67%	1.2	0.9

Test de Mc Connell



Objetivo: Valorar la existencia de una condromalacia rotuliana.

Descripción: Usuario sentado con la cadera en rotación externa. El terapeuta, sentado, lateral al paciente, coloca una mano sobre el muslo y la otra en la cara anterior del tobillo y pone la rodilla del usuario en varias angulaciones (0º, 30º, 60º, 90º y 120º) y solicita contracciones isométricas en cada una de ellas, manteniendo la contracción unos 10 segundos.

Si aparece dolor en algún punto, el fisioterapeuta vuelve de manera pasiva la articulación a la extensión completa. El paciente entonces apoya la pierna sobre

la rodilla nuestra, y deslizaremos la rótula internamente y situaremos nuevamente la rodilla en el mismo arco doloroso, donde el paciente efectúa otra contracción isométrica.

Valoración: Aparición de dolor en la parte inicial de la prueba. Si al ejecutar la segunda parte el dolor decrece o desaparece, la primera impresión diagnóstica se ve reforzada.

Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR-
No Reporta	No Reporta	No Reporta	No Reporta

Test de Noble



Objetivo: Identificar un síndrome de fricción de la banda iliotibial.

Descripción: El usuario se encuentra en decúbito supino y el terapeuta hace que realice una flexión de la articulación de rodilla 90º y de cadera 50º. Con los dedos de la mano izquierda, situados sobre el muslo, el médico realiza una ligera presión sobre el cóndilo femoral lateral.

Manteniendo la flexión de la cadera y la presión sobre el cóndilo lateral del fémur, la articulación de la rodilla se va extendiendo progresivamente de forma pasiva. Cuando el grado de flexión de la rodilla alcanza 40º se pide al paciente que efectúe lentamente una extensión completa de ésta.

Valoración: Es positivo aparición de dolor intenso al llegar a los 30-40º de flexión.

Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR-
No Reporta	No Reporta	No Reporta	No Reporta

10

Tobillo y Pie

Pie Plano

- Test línea de Feiss (70)
- Test de la caída del navicular (Navicular Drop Test) (70)



Pinzamiento Antero-Lateral de Tobillo

- Test de pinzamiento molloy (71)

Síndrome del Túnel del Tarso

- Test de dorsiflexión y eversión (71)

Lesión de la sindesmosis

- Test de compresión (72)

Esguince de Tobillo

- Test de cajón anterior (72)
- Test tilt Talar (73)

Rotura del Tendón de Aquiles

- Test de Thomson (73)

Función de músculos Intrínsecos de Pie

- Test Paper Grip (74)

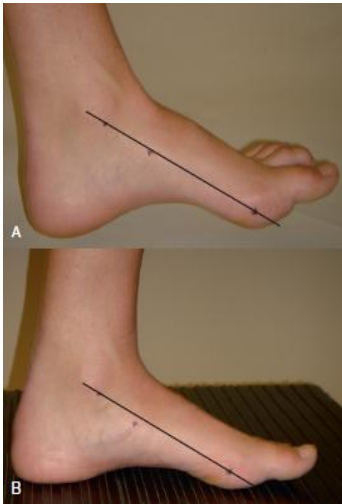
Fractura por Estrés

- Test bump for leg stress fractures (74)

Trombosis Venosa Profunda

- Test de la figura del 8 (75)
- Signo de homan's (75)
- Criterios clínicos de Wells (76)

Test Línea de Feiss



Objetivo: Determinar el grado de descenso de la bóveda plantar.

Descripción: Usuario en decúbito supino, el terapeuta esta de bípodo frente al arco medial del pie. El terapeuta marca con un rotulador el ápex del maléolo medial y la cara medial de la primera articulación metatarso-falángica, uniendo estos dos puntos con una línea, el terapeuta palpa la tuberosidad navicular en la cara medial del pie, observando donde que se encuentra en relación con la línea que une los dos puntos, normalmente se encuentra en la línea o cerca de ella. Luego se le pide al usuario que se ponga en bípodo con los pies separados unos 10 cm y se vuelve a palpar el navicular.

Valoración: si la marca del navicular cae por debajo de la línea trazada corresponde a un pie plano.

- Si la tuberosidad desciende un tercio de la distancia de la línea trazada, representa un pie plano en primer grado.
- Si cae dos tercios de la distancia, representa un pie plano en segundo grado.
- Si reposa sobre el suelo, representa un pie plano en tercer grado.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
No reporta	No reporta	No reporta	No reporta

Test de la Caída del Navicular (Navicular Drop Test)



Objetivo: Evaluar la caída del navicular.

Descripción: Usuario en sedente, terapeuta delante de la zona a evaluar, se realiza una marca en la tuberosidad del navicular, se toma la medida que hay de la marca al suelo. Terapeuta le pide al usuario que se ponga de pie se corrige la posición del subastragalina a posición neutra y nuevamente se mide la distancia que hay entre el suelo a la tuberosidad del navicular.

Valoración: Se evalúa la caída del navicular dependiendo de lo mm. Normal de 6-8 mm alterado de 10 a 15 mm.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
87 %	No reporta	No reporta	No reporta

Test de Pinzamiento Molloy



Objetivo: Sirve para determinar el pinzamiento antero-lateral de tobillo.

Descripción: Usuario en sedente, terapeuta frente de él, toma con una mano el calcáneo y con la otra el antepié y realiza una flexión plantar, el terapeuta usa su pulgar para presionar sobre el tobillo antero-lateral. El terapeuta lleva el pie del usuario de una plantiflexión a una dorsiflexión manteniendo la presión del pulgar.

Valoración: Es positivo si el dolor provocado con la presión del pulgar es mayor en flexión dorsal que en flexión plantar.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
95%	88%	7.91	0.06

Test de dorsiflexión y eversión



Objetivo: evidenciar el compromiso del síndrome del túnel del tarso.

Descripción: Usuario en supino, con el pie fuera de la camilla, terapeuta se encuentra en bípedo frente a la zona a evaluar, se realiza una dorsiflexión y eversión del tobillo en combinación con la extensión de las metatarsofalángicas durante 20 segundos.

Valoración: esta prueba es positiva cuando se reproduce los síntomas, se encuentra tensión en la fascia plantar y tensión incrementada para el nervio tibial, por lo cual se pone en duda su especificidad.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
No Reporta	No Reporta	No Reporta	No Reporta

Test de Compresión



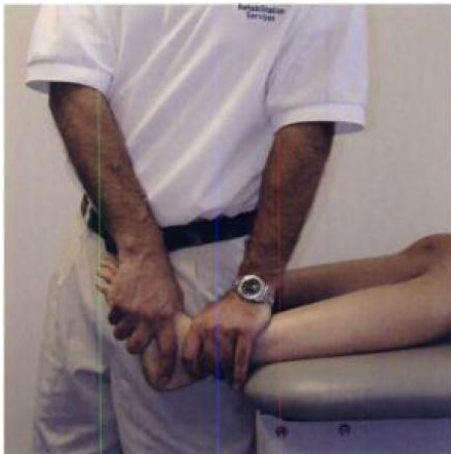
Objetivo: Valorar la integridad de la unión sindesmoide tibio-peronea distal.

Descripción: Usuario decúbito supino, terapeuta en bípedo a los pies del paciente, con las palmas de las manos ahuecadas sobre los maléolos, entrelazando los dedos por posterior, se realiza una presión de la tibia y peroné entre sí.

Valoración: El test es positivo si hay dolor en la zona intermaleolar, lo cual indica dolor en la sindesmosis tibio-peronea.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
78%	55%	No reporta	No reporta

Test de Cajón Anterior



Objetivo: Valorar el grado de inestabilidad anterior de tobillo.

Descripción: Usuario decúbito supino con el pie relajado. Terapeuta bípedo a los pies del paciente, coge con su mano caudal el calcáneo, de modo que la planta del pie quede enfrentada a la cara anterior del antebrazo. Con la mano cefálica abarca el tobillo del usuario, sobre la cara anterior de los maléolos. Provoca una tracción anterior del pie, evitando cualquier movimiento del segmento de la pierna.

Valoración: test positivo cuando hay un excesivo desplazamiento anterior del astrágalo bajo la mortaja tibio peronea. El test evalúa al ligamento peroneo- astragalino-

anterior y se gradúa en una escala de 4 valores (0-3), donde 0 representa la ausencia de laxitud y 3 representa una gran laxitud.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
96%	84%	6.0	0.05

Tilt Talar



Objetivo: evaluar esguince lateral de tobillo

Descripción: Usuario se encuentra en la posición supina o lateral con el pie relajado.

El lado normal se prueba primero para luego la comparación. El pie se evalúa realizando una inversión forzada acompañada de una flexión plantar para evaluar el ligamento peroneo-astragalino anterior.

Valoración: Positivo cuando se realiza el movimiento y aparece dolor, se palpa inestabilidad y se observa un bostezo.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
67%	75%	6	0.05

Test de Thomson



Objetivo: Evidenciar una rotura completa del tendón de Aquiles.

Descripción: usuario decúbito prono, con las rodillas extendidas y los pies fuera de la camilla. Terapeuta en bípedo junto al segmento a evaluar. Se abarca el tercio medio de la pantorrilla entre el pulgar y el resto de los dedos y se comprime en dirección cefálica.

Valoración: test positivo si hay ausencia de flexión plantar, compatible con la ruptura completa del tendón de Aquiles.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
96%	No Reportado	13.7	0.04

Test Paper Grip



Objetivo: Evaluación de los músculos extrínsecos del pie.

Descripción: Usuario en sedente con caderas, rodillas y tobillos en flexión de 90°, terapeuta frente a la zona a evaluar. Se coloca en un pedazo de cartón, bajo el pie a evaluar, el terapeuta mantiene sujeto el cartón mientras el usuario intenta deslizar el cartón.

Valoración: El test es positivo si el usuario no puede deslizar el cartón bajo los pies.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
80%	70%	3.8	0.25

Test Bump (Bump test for leg stress fractures)



Objetivo: Identificar una fractura de calcáneo por estrés.

Descripción: El usuario permanece en supino y descalzo, el terapeuta ubicado a los pies del usuario golpea con el talón de la mano la zona plantar del calcáneo.

Valoración: La prueba es positiva cuando se reproduce dolor.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
No Reporta	No Reporta	13.7	0.04

Test de la figura del 8

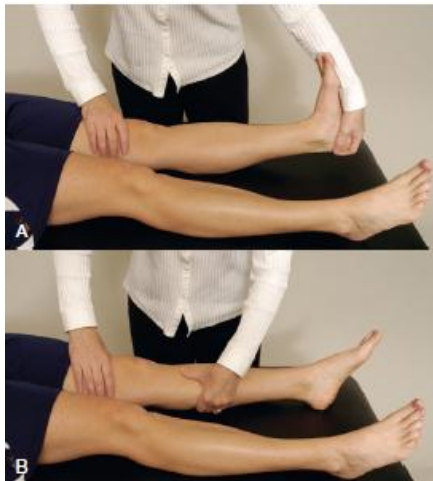


Objetivo: Cuantificar el edema en pie.

Descripción: usuario es supino con el pie fuera de la camilla, terapeuta bípedo frente al pie, la cinta se ubica entre el tendón de musculo tibial anterior y maléolo externo, luego se dirige al navicular pasa bajo de la base del quinto metatarsiano, pasa sobre el tendón del tibial anterior, hacia el borde inferior del maléolo interno, pasando sobre el tendón calcáneo y luego bajo al maléolo lateral hasta el punto de inicio. Se mide 3 veces y sacar promedio.

Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
No Reporta	No Reporta	No Reporta	No Reporta

Signo de Homan's



Objetivo: evaluacion de tromboflebitis venosa profunda.

Descripción: Usuario el supino con extensión del miembro inferior, tobillo en posición neutra, terapeuta bípedo al lado de la zona a evaluar, coloca una mano sobre el tercio distal del muslo, y la mano opuesta en el calcáneo, controlando la dorsiflexión de la articulación tibioperoneoastragalina (tobillo) con el antebrazo. el pie del paciente se lleva a una flexión dorsal pasiva con la rodilla extendida .

Valoración: Dolor en la parte posterior de la pierna (gastrocnemios) o en la región poplítea indica un signo positivo para tromboflebitis venosa profunda.

Sensibilidad	Especificidad	L.R +	L.R -
48 %	41 %	No Reporta	No Reporta

Criterios Clínicos de Wells para Trombosis Venosa Profunda (TVP)

Criterios Clínicos de Wells para Diagnóstico de TVP	Puntuación
Neoplasia activa: tratamiento en los 6 últimos meses o paliativo	1
Parálisis, paresia o inmovilización de miembros inferiores	1
Encamamiento > 3 días por cirugía en las 4 últimas semanas	1
Endurecimiento localizado en el trayecto de las venas profundas	1
Inflamación / edema de todo el miembro inferior	1
Edema maleolar unilateral > 3 cm	1
Venas colaterales superficiales	1
Cualquier otro diagnóstico es tan probable o más que TVP	-2

Riesgo	Puntuación	Probabilidad de TVP (%)
Bajo	< 1 punto	3
Moderado	1-2 puntos	17
Alto	>3 puntos	75

Bibliografía

1. Sackett DL, Straws SE, Richardson WS, et al . Evidence- Based Medicine: How to Practice and Teach EBM . 2nd ed . London: Harcourt Publishers Limited; 2000.
2. Bernstein J . Decision analysis (current concepts review) . *J Bone Joint Surg* . 1997 ; 79 : 1404 – 1414.
3. Boyko EJ . Ruling out or ruling in disease with the most sensitive or specific diagnostic test: short cut or wrong turn? *Med Decis Making* . 1994 ; 14 : 175 - 180 .
4. Riddle DL, Stratford PW . Interpreting validity indexes for diagnostic tests: an illustration using the Berg balance test . *Phys Ther* . 1999 ; 79 : 939 - 948 .
5. Fritz JM, Wainner RS. Examining diagnostic tests: an evidence-based perspective . *Phys Ther* . 2001 ; 81 : 1546 - 1564.
6. Hayden SR, Brown MD . Likelihood ratio: a powerful tool for incorporating the results of a diagnostic test into clinical decision making . *Ann Emerg Med* . 1999 ; 33 : 575 - 580 .
7. Simel DL, Samsa GP, Matchar DB . Likelihood ratios with confidence: sample size estimation for diagnostic test studies . *J Clin Epidemiol* . 1991 ; 44 : 763 - 770 .
8. Jaeschke R, Guyatt GH, Sackett DL III . How to use an article about a diagnostic test. B. What are the results and will they help me in caring for my patients? *JAMA* . 1994 ; 271 : 703 - 707 .
9. Portney LG, Watkins MP . Foundations of Clinical Research: Applications to Practice . 2nd ed . Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall Health ; 2000 .
10. Fidler F, Thomason N, Cumming G , et al . Editors can lead researchers to confidence intervals, but can't make them think . *Psychol Sci* . 2004 ; 15 : 119 - 126 .
11. McGinn T, Guyatt G, Wyer P , et al . Users' guides to the medical literature XXII: how to use articles about clinical decision rules . *JAMA* . 2000 ; 284 : 79 - 84 .
12. Flynn T, Fritz J, Whitman J, et al. A clinical prediction rule for classifying patients with low back pain who demonstrate short term improvement with spinal manipulation. *Spine*. 2002; 27: 2835-2843.
13. Stiell IG, Greenberg GH, Wells GA, et al. Prospective validation of decision rule for the use of radiography in acute knee injuries. *JAMA*. 1996;275: 611-615.
14. Stiell IG, Greenberg GH, Wells GA, et al. Derivation of a decision rule for the use of radiography in acute knee injuries. *Ann Emerg Med*. 1995; 26: 405-413.
15. Stiell IG, Wells GA, Vandemheen KL, et al. The Canadian C-spine rule for radiography in alert and stable trauma patients. *JAMA*. 2001; 1841-1848.
16. Stiell IG, Wells GA, Vandemheen KL, et al. The Canadian CT Head Rule for patients with minor head injury. *Lancet*. 2001; 357:1391-1396.
17. Wainner RS, Fritz JM, Irrgang JJ , et al . Reliability and diagnostic accuracy of the clinical examination and patient self-report measures for cervical radiculopathy. *Spine* . 2003 ; 28 : 52 – 62.
18. Solomon D, Avorn J, Warsi A, et al. Which patients with knee problems are likely to benefit from nonarthroplasty surgery? Development of a clinical prediction rule. *Arch Intern Med*. 2004; 164: 509-513.
19. Childs J, Fritz J, Flynn T, et al. Validation of a clinical prediction rule to identify patients with low back pain likely to benefit from spinal manipulation: a randomized controlled trial. *Ann Intern Med*. 2004; 141: 920-928.

20. Joshua A. Cleland y shane koppenhaver, Neter`s Orthopaedic clinical examination an evidence basend approach, 2 edition, año 2011
21. Joshua A. Cleland, Netter. Exploración clínica en ortopedia. Un enfoque para fisioterapeutas basados en la evidencia. 1 edición, año 2006.
22. David J. Magee, Orthopedic physical assessment, sixth edition, año 2014.
23. Klaus Buckup, Pruebas clínicas para patología ósea, articular y muscular.
24. Paul Hattam and Alison Smeatham, special tests in musculoskeleral examination and evidence based guide for clinicians, año 2011.
25. Antonio Jurado, Iván Medina Porqueres. Manual de pruebas diagnósticas, traumatología y ortopedia, primera edición, año 2002.
26. Eric J Hegedus. Which physical examination tests provide clinicians with the most value when examining the shoulder? Update of a systematic review with meta-analysis of individual tests. Published Online First, 7 July 2012.
27. Konstantinos Papadopoulos, MSc, Jane Noyes, PhD, Jeremy G. Jones, MD, Jeanette M. Thom, PhD, Dimitris Stasinopoulos, PhD. Clinical tests for differentiating between patients with and without patellofemoral pain syndrome. Elsevier, Hong Kong Physiotherapy Journal (2014).
28. Eric J. Hegedus, Chad Cook, Jeremy Lewis, Alexis Wright , Jin-Young Park. Combining orthopedic special tests to improve diagnosis of shoulder pathology. Physical Therapy in Sport (2014).
29. Labib Aaur Rahman, Sam Adie, Justine Maree Naylor, Rajat Mittal, Sarah So and Ian Andrew Harris. A systematic review of the diagnostic performance of orthopedic physical examination tests of the hip. Rahman et al. BMC Musculoskeletal Disorders 2013.
30. Chad Cook, Lance Mabry, Michael P. Reiman, Eric J. Hegedus. Best tests/clinical findings for screening and diagnosis of patellofemoral pain syndrome: a systematic review. Physiotherapy (2012).
31. W. Ben Kibler, MD, Aaron D. Sciascia,* MS, ATC, NASM-PES, NS, Peter Hester, MD, David Dome, MD, ATC, and Cale Jacobs, PhD, ATC From the Shoulder Center of Kentucky, Lexington, Kentucky. Clinical Utility of Traditional and New Tests in the Diagnosis of Biceps Tendon Injuries and Superior Labrum Anterior and Posterior Lesions in the Shoulder. The American Journal of Sports medicine. Originally published online June 9, 2009.
32. LtCol Robert S. Wainner, PT, PhD, Julie M. Fritz, PT, PhD, James J. Irrgang, PT, PhD, Anthony Delitto, PT, PhD, COL Stephen Allison, PT, PhD, Michael L. Boninger, MD. Development of a Clinical Prediction Rule for the Diagnosis of Carpal Tunnel Syndrome. Presented in part to the American Physical Therapy Association's Combined Sections Meeting, 2001.
33. Wainner RS, Fritz JM, Irrgang JJ , et al . Reliability and diagnostic accuracy of the clinical examination and patient self-report measures for cervical radiculopathy . *Spine* . 2003 ; 28 : 52 – 62.
34. Zaslav KR . Internal rotation resistance strength test: a new diagnostic test to diff erentiate intra-articular pathology from outlet (Neer) impingement syndrome in the shoulder . *J Shoulder Elbow Surg* . 2001 ; 10 : 23 - 27 .