



Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo

Facultad de Medicina Humana

CIENCIAS CLÍNICAS 2008 – II

ÁREA DE TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA

SEMIOLOGIA BASICA, HISTORIA CLINICA, PRUEBAS DE
INTEGRIDAD FUNCIONAL, NOMENCLATURA Y
EVALUACION MUSCULAR

INTEGRANTES:

IVAN

ALEXANDER

GUERRERO UCEDA CESAR

GARCIA GUERRERO

GUEVARA BRAVO JENNY



VISITA:

TUCIENCIAMEDIC



<http://tucienciamedic.blogspot.com/>



HISTORIA CLINICA Y SEMIOLOGIA BASICA



SEMILOGIA BASICA

❖ LESIONES TRAUMATOLÓGICAS

- Contusión
- Luxación
- Fractura
- Esquince

❖ AFECCIONES ORTOPÉDICAS

- Congénitas
- Tumoraes
- Infecciosas
- Reumatológicas





HISTORIA CLINICA



INTERROGATORIO

A. Filiación

- Edad
- Sexo
- Raza
- Religión
- Nacionalidad



Enfermedad actual

B. Motivo de consulta

Dolor : antigüedad, localización, irradiación, referido o no, circunstancia de aparición, circunstancia de empeoramiento, intensidad, duración, tipo, ritmo, síntomas que lo acompañan y secuelas

- Alteración de la armonía somática.**
- Deformación**
- Alteración de la movilidad**
- Percepción de ruidos**
- Perdida de la fuerza**



C. Antecedentes hereditarios

- Exostosis múltiple
- Acondroplasia
- Osteogénesis imperfecta
- Luxación congénita de cadera

D. Antecedentes personales

- Lugar de residencia
- Trabajo
- Deportes
- Alimentación
- Enfermedades anteriores

Médicos: Traumatismos, cirugías, enfermedades crónicas, deformidades



EXAMEN FÍSICO

EX FÍSICO GENERAL

EX FÍSICO PARA CADA SISTEMA O APARATO



EX FÍSICO DEL APARATO
LOCOMOTOR



INSPECCIÓN

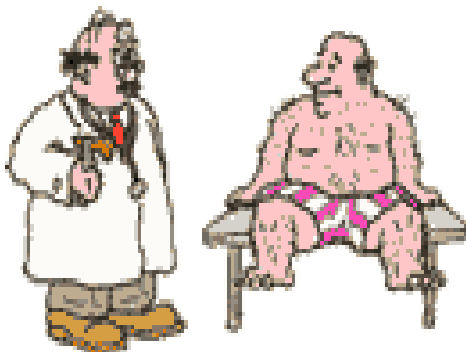
ACTITUD , POSICIÓN ARTICULAR

EJES CLÍNICOS

FORMA Y TAMAÑO DE LOS MIEMBROS

PIEL

MÚSCULOS



ACTITUD ,POSICIÓN ARTICULAR

- **Actitud:** Disposición segmentaria
Segmento orgánico amplio (actitud de cadera);
expresión de estado de ánimo (actitud antálgica).
- **Posición:** Punto del arco de movimiento de una articulación (posición del codo en flexión de 70°).
- **Postura:** Alineamiento relativo de las partes del cuerpo o estática corporal.

Conflicto músculo ligamentario (escoliosis postural)



TIPOS DE ACTITUD

Actitud fisiológica Normal: Posición para mantenerse erguido (de pie), alineamiento esquelético



Leve flexión y rotación interna

Muñeca entre flexión y extensión

Mano: dedos semiflexionados

Cadera en extensión 180°

Rodilla en extensión 180°

8cm. de separación entre talones con pies hacia afuera

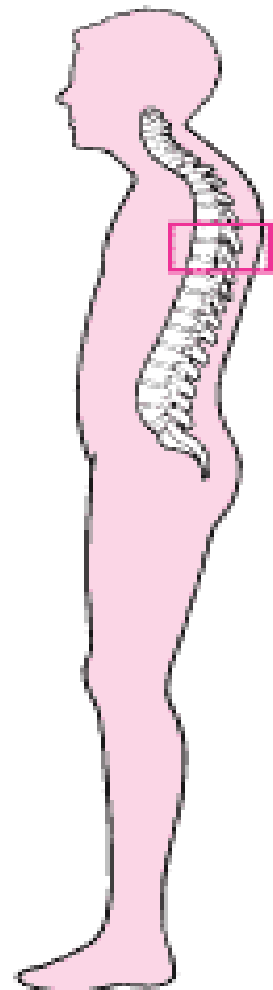
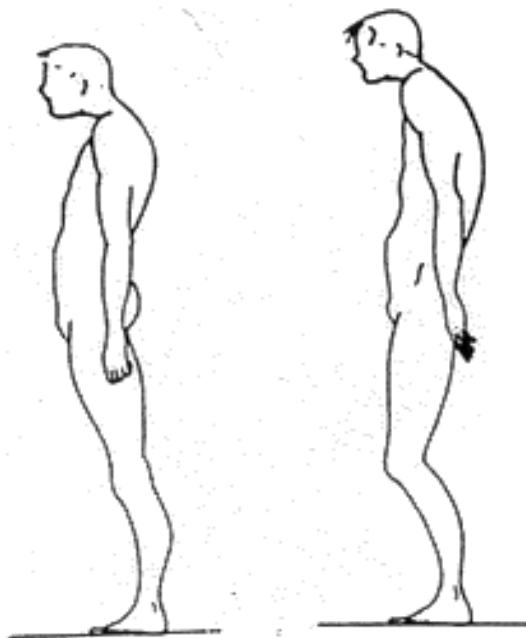


ACTITUD POSTURAL

Aquella que aparece con contracción muscular activa o decúbito. Reducible y pasajera

Ejm: caminar jorobados en jóvenes longilíneos

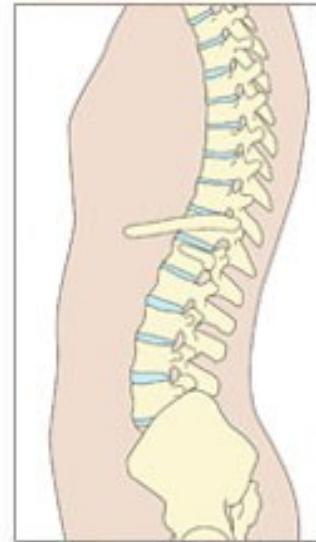
Posturas Incorrectas





ACTITUD COMPENSADORA

Es la que adopta una articulación o segmento normal para disimular o suplir una deficiencia mecánica de una articulación enferma. Ejm: lordosis lumbar que disimula las actitudes viciosas en flexión de cadera





ACTITUD ANTÁLGICA
Contractura muscular
(ESPASMO PROTECTOR)



Inmoviliza



Evitar irritación

****Hombros dolorosos.**

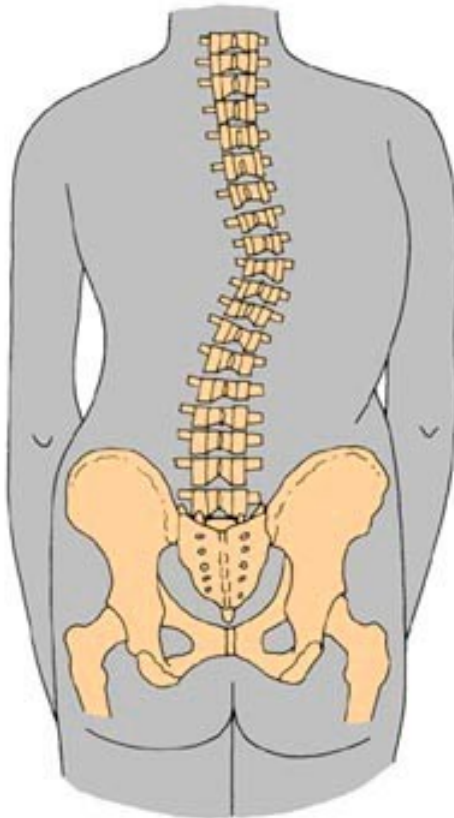




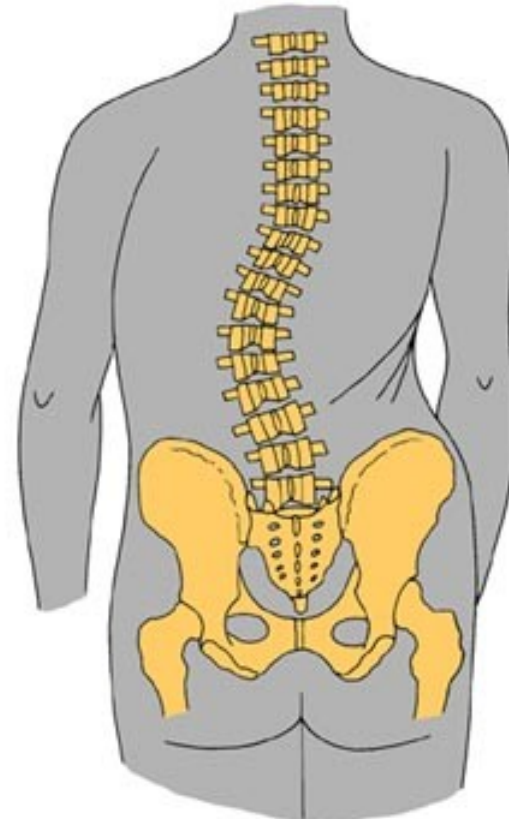
ACTITUD ESTRUCTURAL

Alteración orgánica de los elementos osteoarticulares y peri articulares

Torácica



Lumbar



TÉCNICA SEMIOLÓGICA

1. El paciente lo más desnudo posible (actitud que adopta naturalmente).
2. Indicar que tome la posición anatómica.
3. De persistir una actitud anormal, buscar si no es compensadora.
4. Si no se modifica, habiendo dolor debe efectuarse anestesia local para descartar actitudes antálgicas.
5. Las actitudes que persisten deben considerarse como estructurales



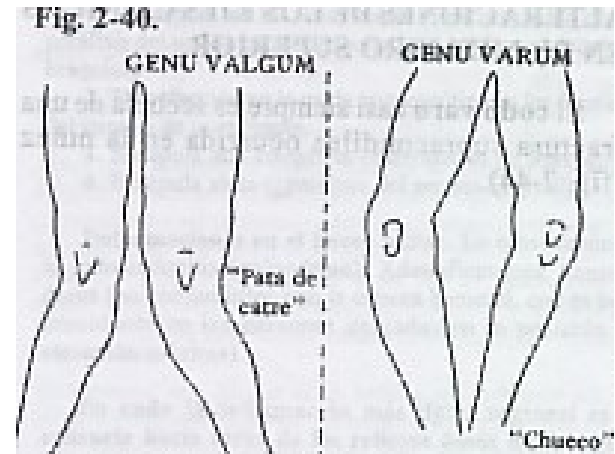
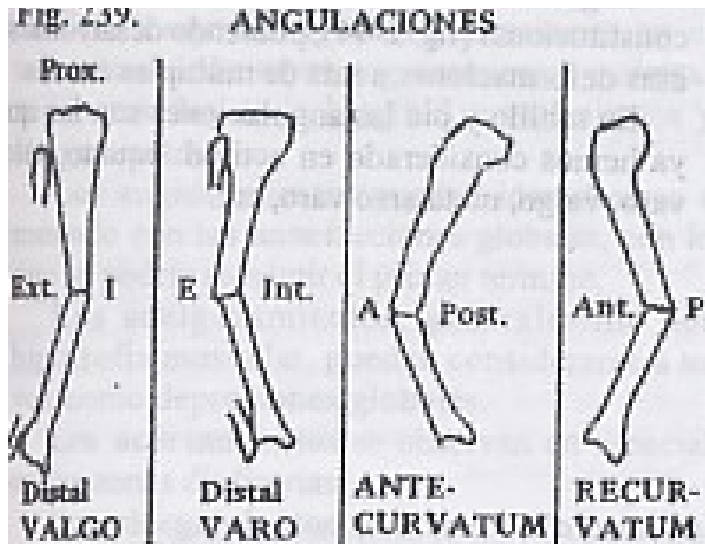


EJES CLÍNICOS

Referido a: Angulaciones, incurvaciones y rotaciones

ANGULACIONES

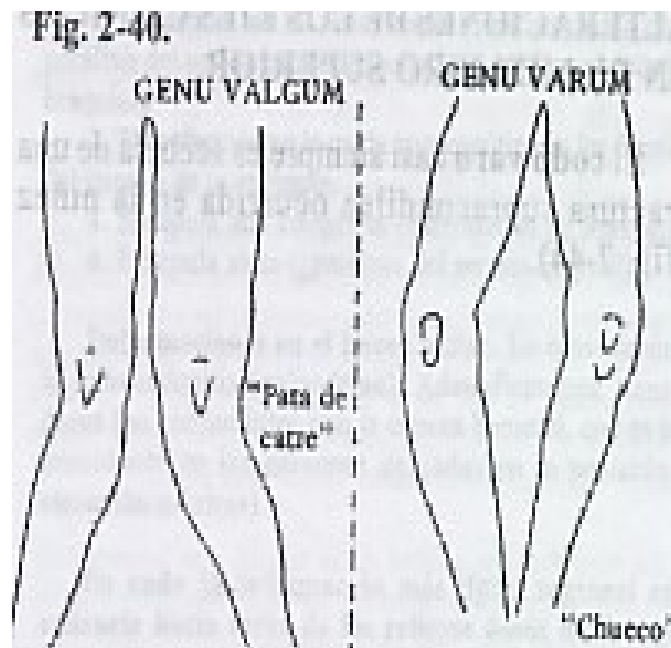
Dirección del segmento distal



Valgo



Varo



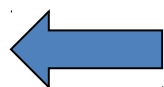


Recurvatum

Ángulo que apunta hacia atrás

Antecurvatum

Ángulo que apunta hacia adelante



PEUDOARTROSIS CONGENITA TIBIA

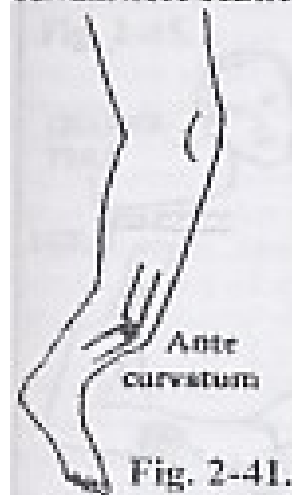
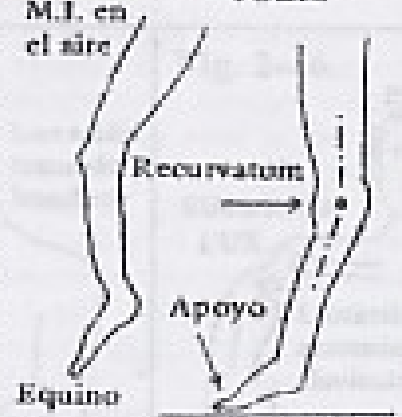


Fig. 2-41.

Fig. 2-42.

M.I. en el aire

POLIO



Al apoyar en equino se provoca recurvatum de rodilla, que permite alinear M.I.



Lordosis cervical



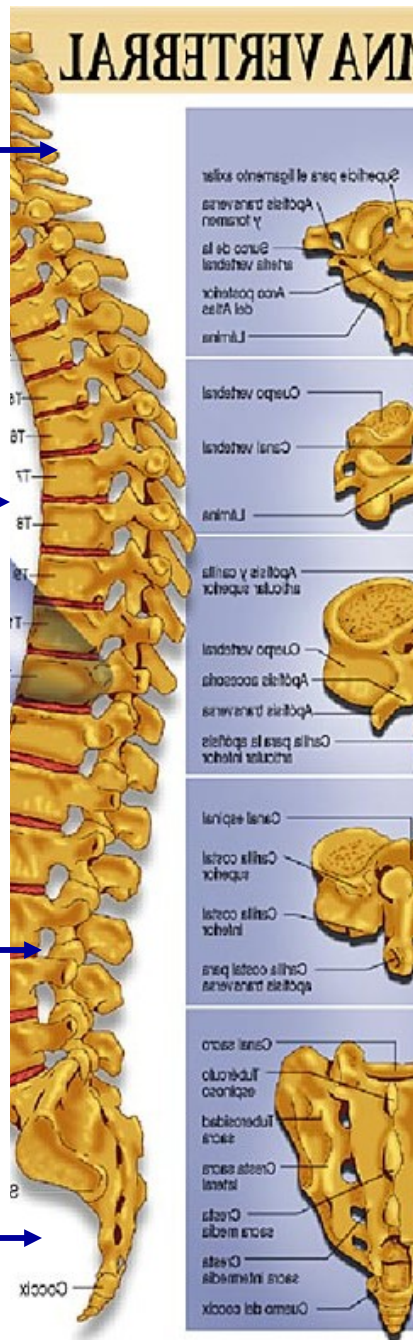
Cifosis dorsal moderada



Lordosis lumbar



Cifosis sacro-coccígea leve



CUATRO INCURVACIONES FISIOLÓGICAS

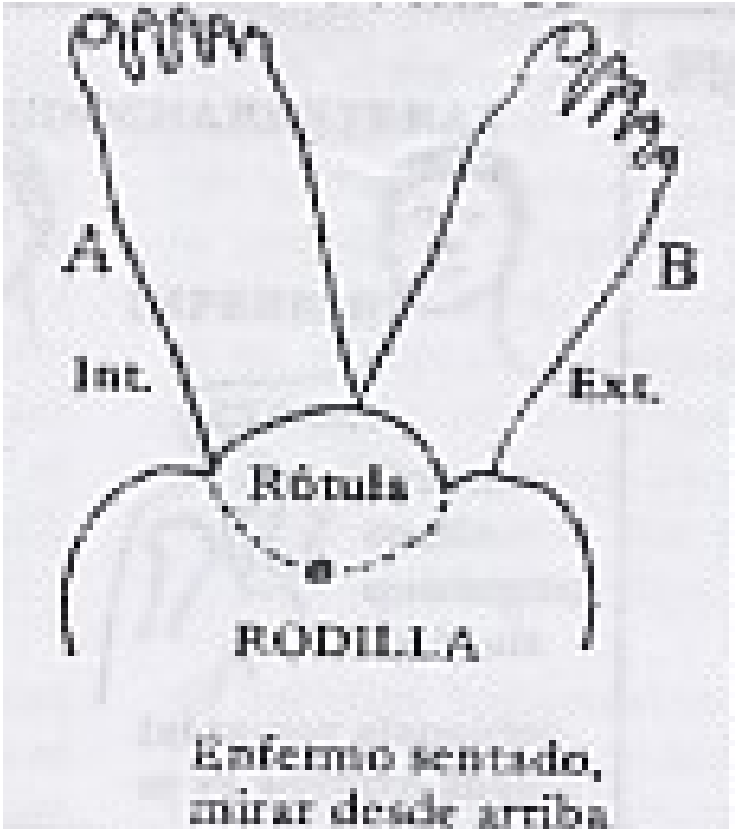
Se designan igual que las angulaciones
Ej: "incurvación de concavidad externa"



Rotaciones

INTERNA Y EXTERNA

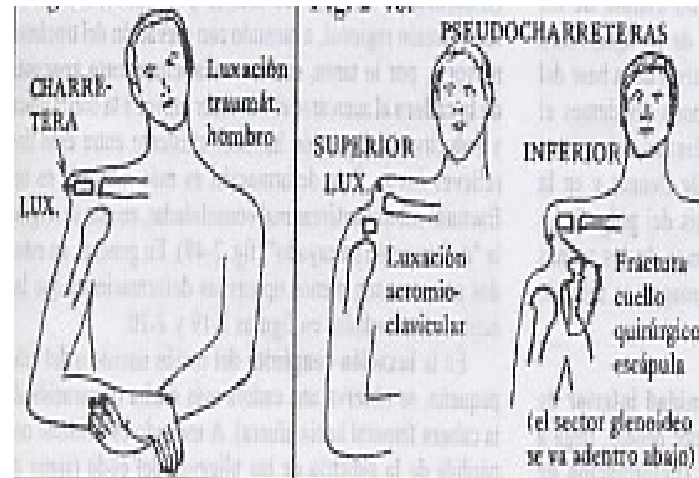
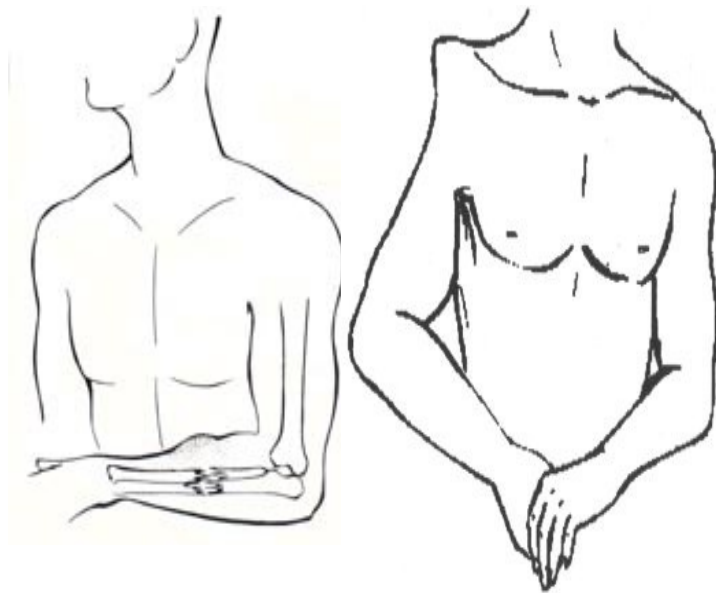
☐ En pierna existen los intrarotados y extrarotados



FORMA Y TAMAÑO DE LOS MIEMBROS

A. Por forma: deformaciones de las fracturas y luxaciones, tumefacciones y depresiones.

A. Por tamaño: engrosamientos, adelgazamientos, acortamientos, alargamientos.



PIEL

Heridas, cicatrices, rubefacción, flictenas, equimosis, escaras

MÚSCULOS

- Trofismo,
- Tonismo y
- Contractura muscular
- Movilidad activa y pasiva



PALPACION



CALOR LOCAL

Examinando con el dorso de las falanges de la mano, se compara con el lado sano.
Ejm: \uparrow T en infecciones y tumores malignos.



PALPACIÓN DE LOS PLANOS SUPERFICIALES

Edema (fóvea), infiltración (inflamatorio o tumoral), fluctuación (derrame seroso, sangre, pus)



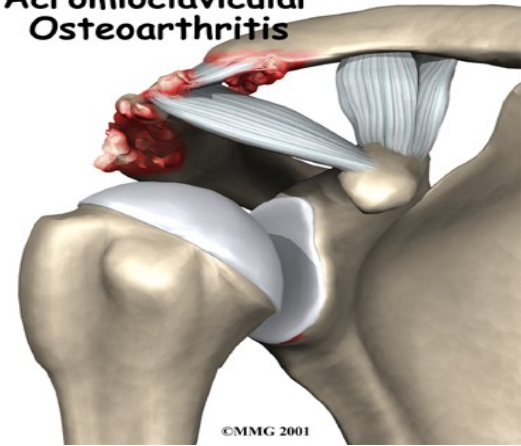


PUNTOS DOLOROSOS

Cada articulación tiene sus puntos dolorosos; se presionará sobre cada punto, localizado de acuerdo a la anatomía (Articulación acromio clavicular, olécranon, punta y base de los maleolos).

Se trata de ubicar las deformaciones y en ellas provocar dolor; si es intenso, localizado y reciente pensar en fractura, luxación, esguince, procesos inflamatorios.

Acromioclavicular
Osteoarthritis



Palpación de cada elemento anatómico

Siguiendo un orden, buscando especialmente deformación y dolor.



PERCUSION

- 1) **LOCALMENTE**; por ejemplo al golpear las apófisis espinosas y observar la sensibilidad
- 2) **A DISTANCIA**; efectuadas en la parte distal de un miembro, provoca exageración del dolor si hay fractura.

AUSCULTACION



Muy poco utilizada.

De poco valor semiológico.

La base para confirmar el Dx es la Radiografía; como mínimo en dos planos (Postero-anterior y lateral).

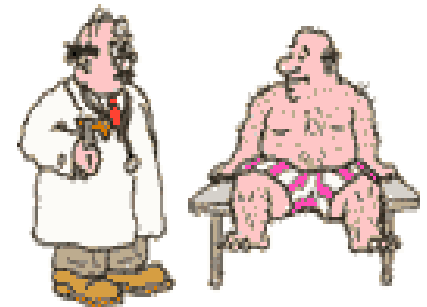


MOVILIDAD ACTIVA

SENSIBILIDAD, DIRECCION, MEDIDA Y FACILITACION

1.- Causa Nerviosa:

- **Parálisis cerebral.**
- **ACV.**
- **Poliomielitis.**
- **Las cuadri y paraplejías traumáticas.**
- **El mielomeningocele**



2.- Causa Periférica:

- Puede ser en raíces.
- En plexos.
- En nervios.



2.- Causa Muscular.

3.- causas tendinosas.

✓ **Limitación parcial:**

▣ **Adherencias fibrosas.**

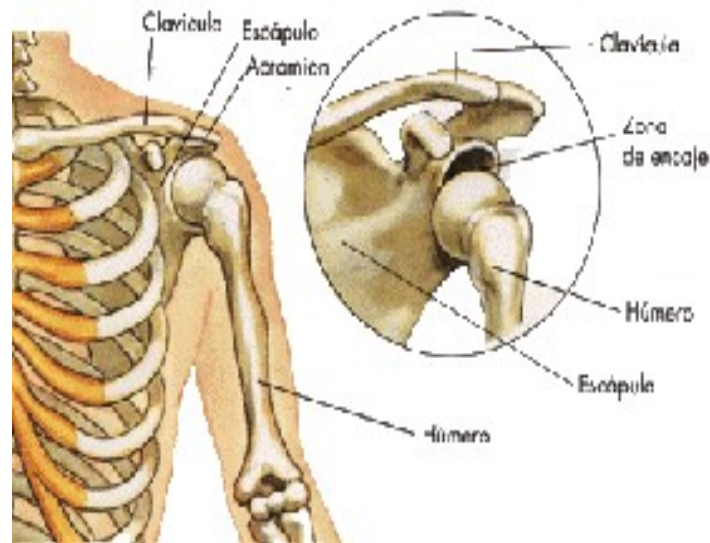
▣ **Retracción de estructuras vecinas.**

▣ **Luxación.**



☒ **Limitación total:**

- ✓ **Adherencias.**
- ✓ **Fusión ósea**
- ✓ **Luxación**
- ✓ **Sinovitis dolorosa**



MOVILIDAD PASIVA

SENSIBILIDAD, DIRECCION, MEDIDA Y FACILITACION

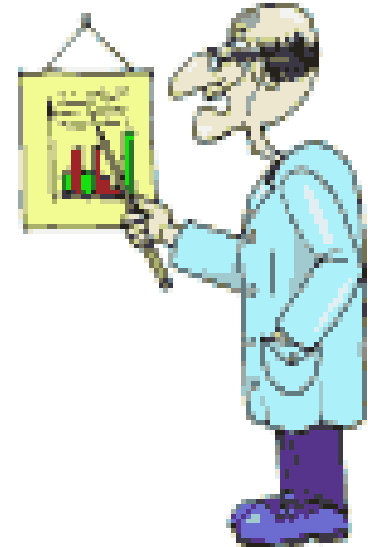
- En caso de parálisis neurogénica.
- Rupturas o secciones de músculos o tendones.
- Para apreciar el grado de movilidad articular.
- Para comprobar reacciones musculotendinosas.
- Para comprobar chasquidos, frotos o crujidos.

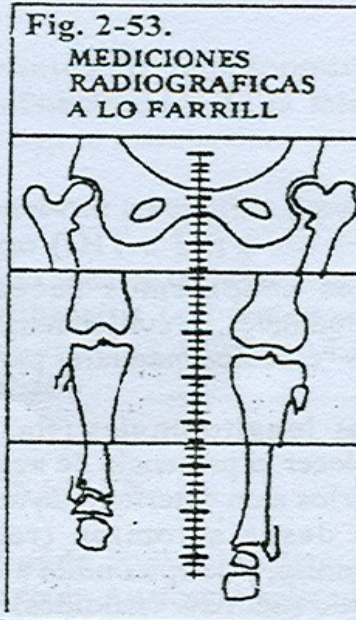
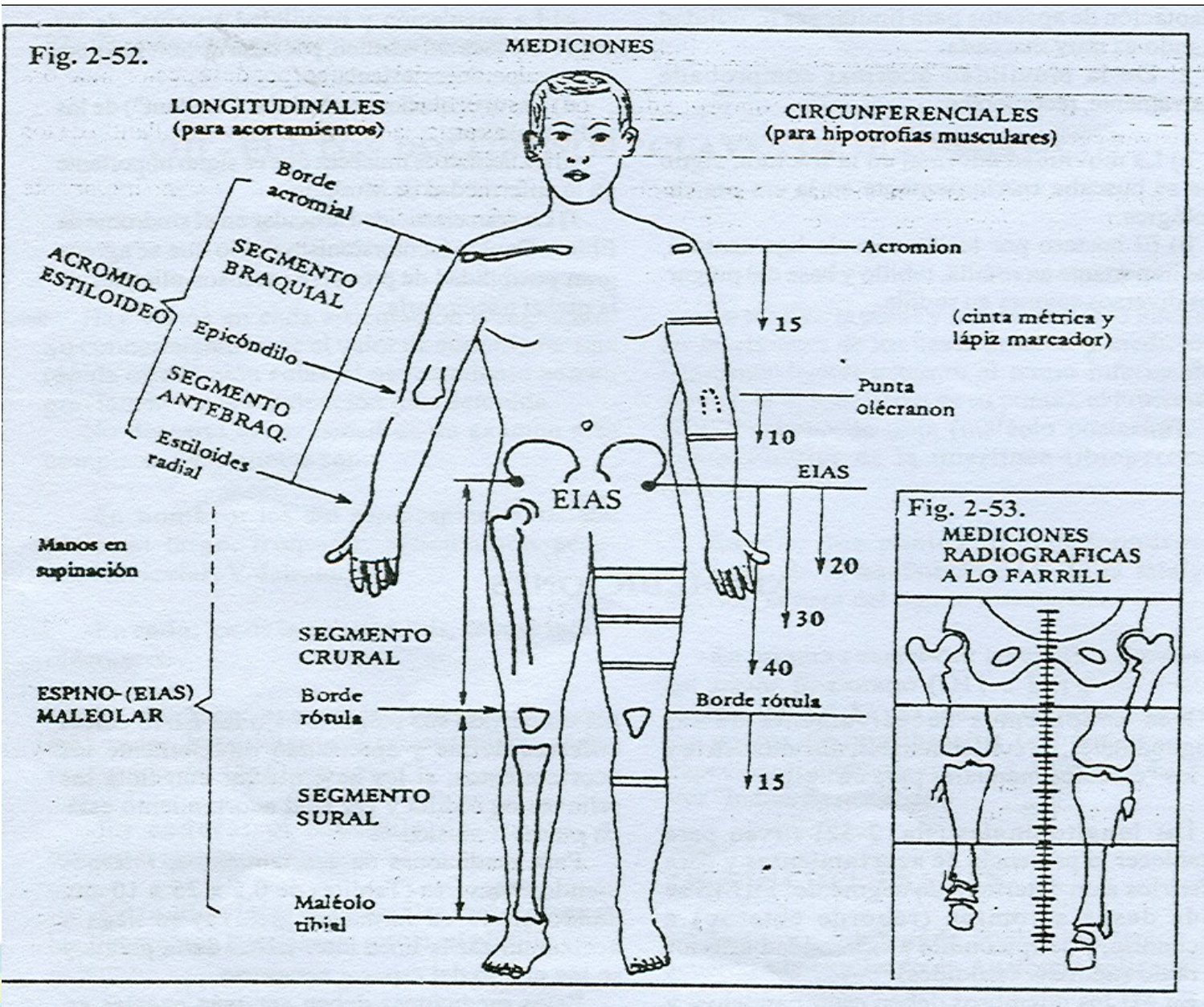


MEDICIONES

LONGITUDINALES:

CIRCUNFERENCIALES:

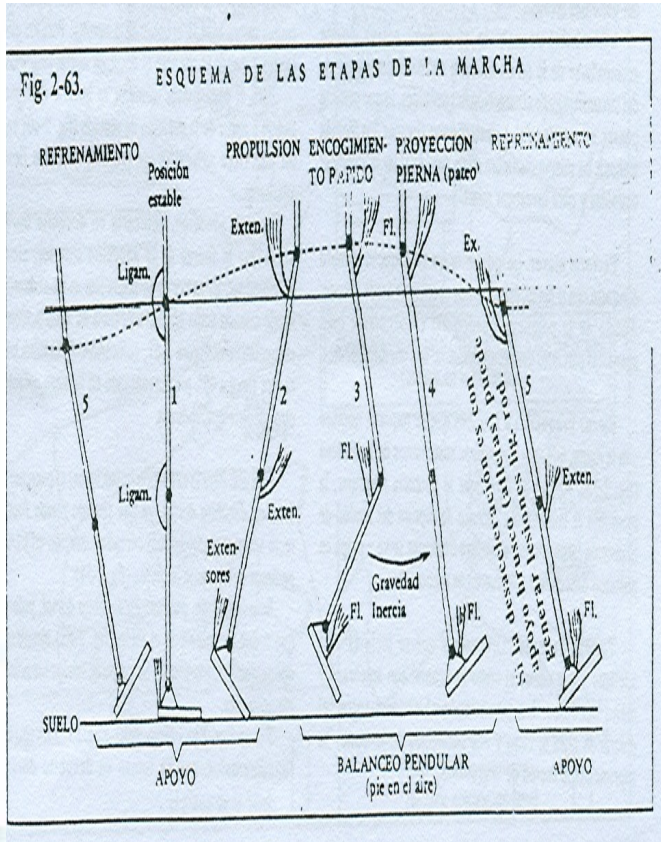




MARCHA

- IDEA DEL ESTADO FISICO Y PSIQUICO DEL PACIENTE
- INTERVIENEN MI
- COOPERACION DEL RAQUIS Y MS
- DISTANCIA, VELOCIDAD, RITMO Y FRECUENCIA





1ra etapa: con rodilla extendida toca el suelo con el talón. En posición vertical podemos hablar de fase refrenamiento, ya que de él se readquiere el equilibrio que se había perdido al propulsar el miembro en el aire.

El miembro se presenta HORIZONTAL, como para iniciar el paso. Al pasar el tronco adelante el MI queda atrás para dar la fuerza de propulsión con los mús. extensores de las 3 art. Princi. Aquí se produce el balanceo pendular en q el miembro esta en el aire a expensas del otro miembro apoyado.



TUCIENCIAMEDIC

Pruebas de Integridad Funcional



TUCIENCIAMEDIC

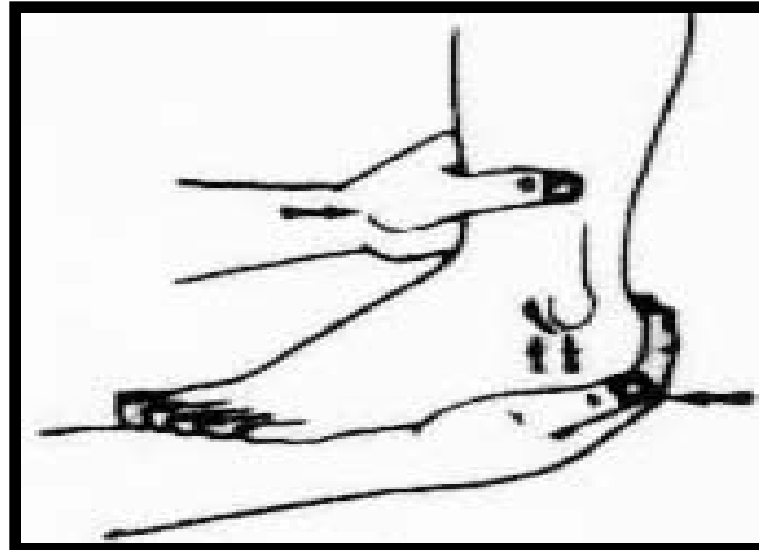
RUEBAS ESPECIALES DE TOBILLO:

SIGNO DEL CAJÓN ANTERIOR:

Objetivo: Valora la integridad del ligamento peroneoastragalino anterior.

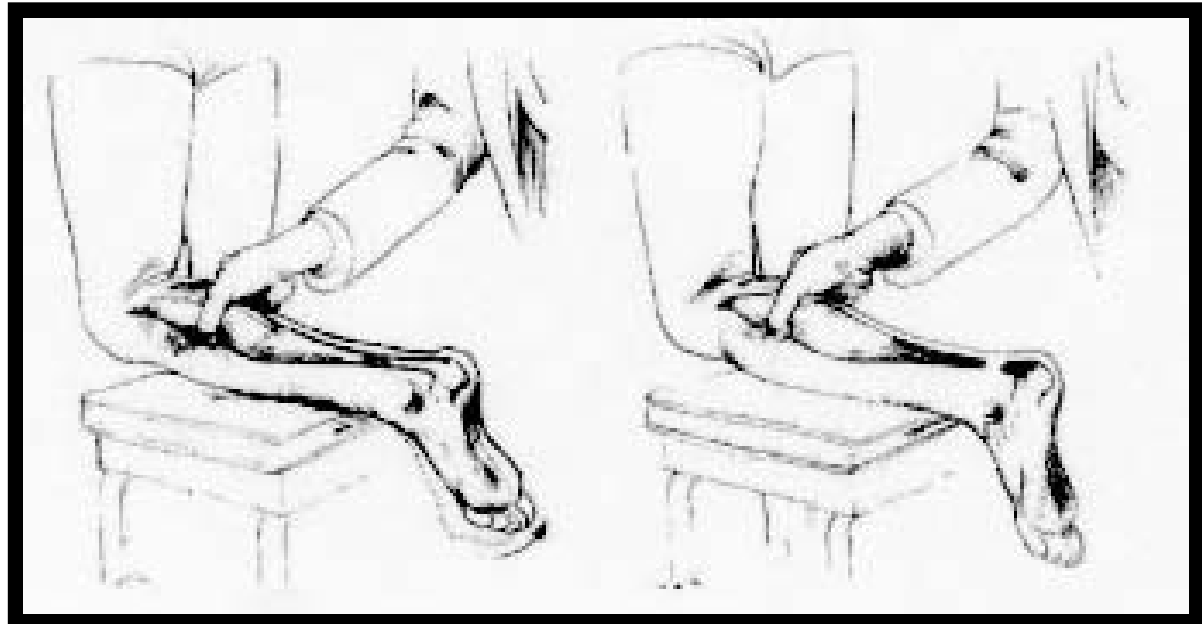
Maniobra: Paciente sentado en el borde de la mesa, con piernas colgando y pies en ligera flexión plantar. Con una mano en la superficie anterior de la parte inferior de la tibia y sujete el calcáneo con la palma de la otra. Empuje el calcáneo (y astrágalo) hacia delante mientras empuja la tibia hacia atrás

(+) Cuando se desliza el astrágalo hacia delante, se puede percibir un chasquido.



SIGNO DE TROMPSON:

- Objetivo:** Valora la integridad del tendón de Aquiles (músculos gemelos y soleo)
- Maniobra:** Paciente en posición prona en la mesa de exploraciones, y exprima la pantorrilla para saber si hay flexión plantar. Si está roto el tendón, el movimiento estará disminuido y ausente.





TUCIENCIAMEDIC

RODILLA

MOVIMIENTOS

- 1. FLEXION:** semitendinoso, semimembranoso y bíceps crural (isquiotibiales) (L4-S2)
- 2. EXTENSIÓN:** cuadriceps (L1-L3)
- 3. ROTACIÓN INT** recto interno, sartorio y semitendinoso (pata de ganso) (L2-L5)
- 4. ROTACIÓN EXT** poplíteo, bíceps y tensor de la fascia lata
 - El reflejo **PATELAR** valora: L3-L4 (L4)
 - Deformidades angulares de la rodilla: Genu varo y Genu valgo

MANIOBRAS

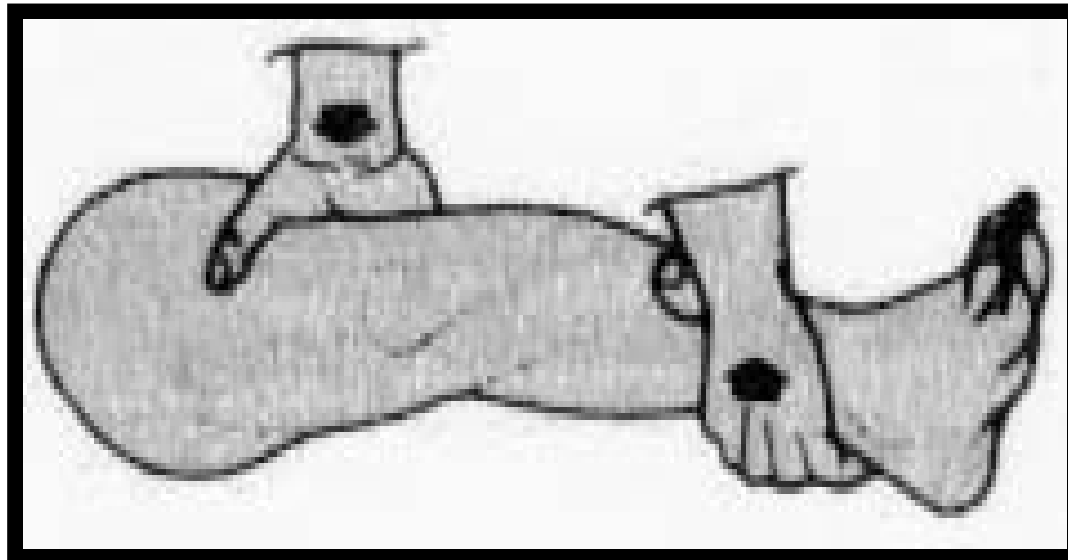
- 1. LIGAMENTOS CRUZADOS:** cajón anterior, cajón posterior, lachmann y pivot shift, Appley
- 2. LIGAMENTOS LAT** bostezo medial y bostezo lateral
- 3. RÓTULA:** Ficat, cepillo, movilidad, cubo de hielo (líquido intrarticular)
- 4. MENISCOS:** Mc murray, Steinmann I y II, Appley, Naves

Bostezo

Objetivo: Valora la estabilidad de los ligamentos colaterales.

Maniobra: Paciente en posición supina, con ligera flexión de la rodilla. Para el ligamento medial: sujetar tobillo con una mano y coloque la otra alrededor de la rodilla con eminencia tenar en la cabeza del peroné. Hacer tracción valga (en sentido medial contra la rodilla y lateral contra el tobillo) para abrir la articulación.

(+) cuando se palpa o se observa una hendidura.

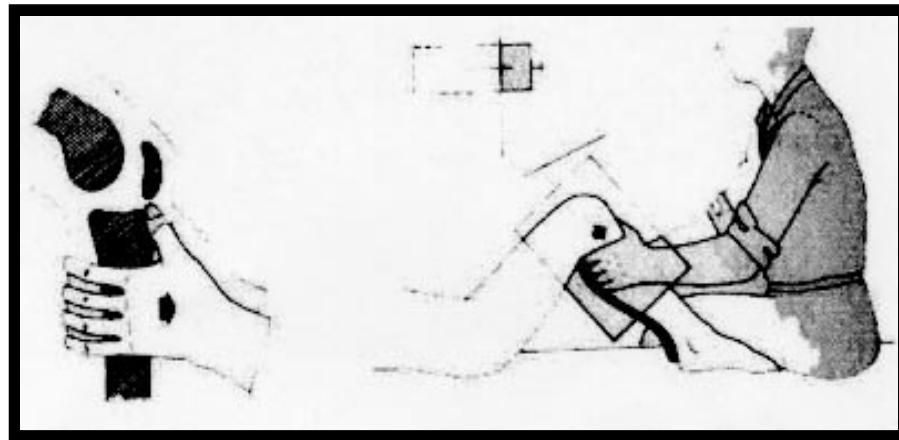


CAJÓN ANTERIOR Y POSTERIOR:

Objetivo: valora estabilidad de los ligamentos cruzados.

Maniobra: Paciente en posición supina con rodilla en flexión de 90 grados y los pies planos sobre la mesa. Sentarse sobre el pie del paciente. Ahueque manos alrededor de la rodilla, con los dedos en parte posterior de pierna y los pulgares en las líneas articulares. Tire de la tibia hacia delante.

(+) cuando se desliza hacia delante, indica que hay lesión de ligamento cruzado anterior. Para valorar el cruzado posterior hacer lo contrario.





TUCIENCIAMEDIC

CADERA

MOVIMIENTOS

1. **Flexión:** psoasiliaco y recto anterior (L2-L4)
2. **Extensión:** glúteo mayor e isquiotibiales
3. **Abducción:** glúteo medio y tensor de la fascia lata (L2-L4)
4. **Aducción:** Aductores (3), pectíneo, recto interno.
5. **Rotadores:** gémimo superior, inferior, obturador interno, externo, cuadrado y piramidal.

ÁNGULO CERVICODEFISARIO:

1. **Normal:** 135 a 145 grados
2. **Vara:** menor de 130 grados
3. **Valga:** más de 145 grados

MANIOBRAS

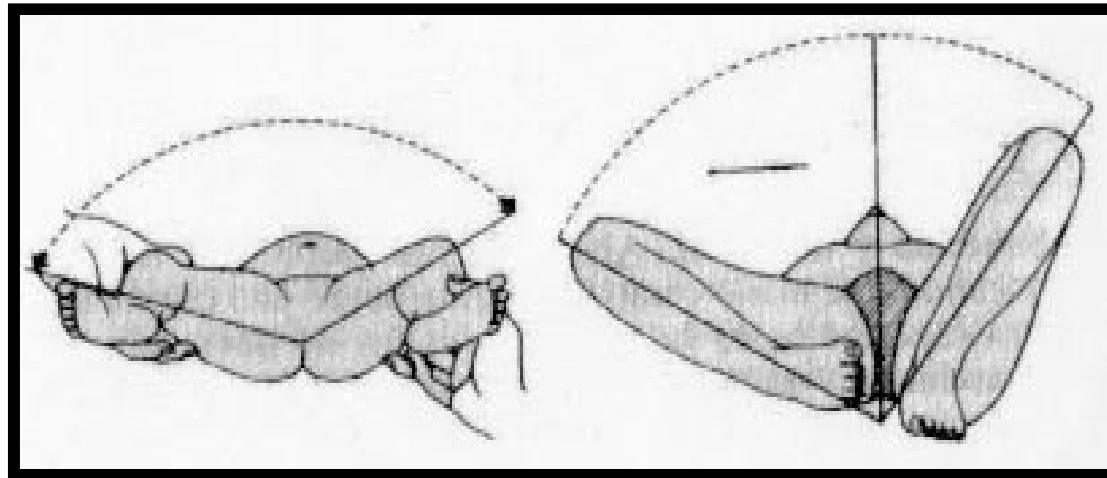
- 1. BADO:** valoración de la abducción
- 2. ORTOLANNI:** Clic en abducción extrema
- 3. BARLOW:** aducción extrema para luxar la cadera displásica
- 4. PISTÓN:** valora la cadera que es luxable
- 5. PETER BADE:** comparación de los pliegues cutáneos
- 6. GALEAZZI:** compara la longitud del fémur
- 7. ALLIS:** valora la longitud de la tibia
- 8. OBER:** Tensión del tracto iliotibial
- 9. TRENDELEMBURG:** valora el músculo glúteo medio
- 10. THOMAS:** sirve para valorar contractura en flexión de la cadera.



BADO

Valora limitación a la abducción

Maniobra : Paciente en decúbito supino, hacer abducción máxima de ambas caderas. Normalmente las caderas deben tocar la mesa de exploración a la abducción. Si una de las caderas se mantiene arriba, con menor abducción, hay una probable patología de la cadera (LUXACIÓN EN EL R.N.)

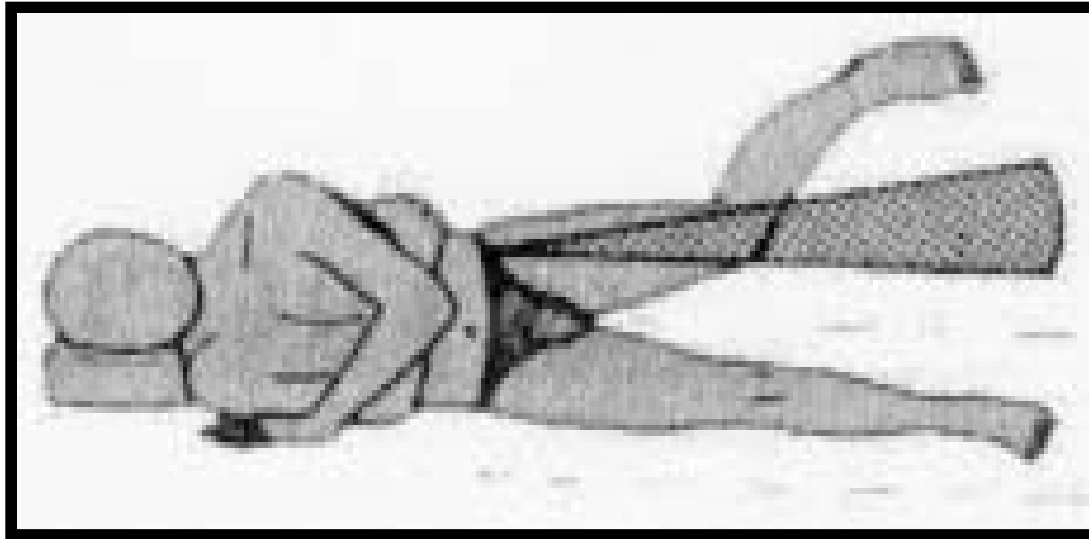


OBBER

Objetivo: Valora contracción de la cintilla iliotibial.

Maniobra : Paciente acostado sobre un lado con pierna afectada en parte de arriba, hacer abducción con esa pierna hasta donde pueda y flexión de rodilla a 90°. Suelte la pierna que esta en abducción, si la cintilla iliotibial es normal, es muslo caerá hacia la posición de aducción. Si hay contractura de la fascia lata o de la cintilla, el muslo quedará en abducción, cuando suelte usted la pierna.

(+) Se observa en poliomielitis, o mielomeningocele.



COLUMNA VERTEBRAL

- **LIGAMENTOS** 1. Ligamento vertebral anterior
- 2. Ligamento vertebral posterior
- 3. Ligamento amarillo
- 4. Ligamento interespinoso
- 5. Ligamento suprespinoso
- 6. Ligamento intertransverso
- 7. Ligamentos interlaminares

- **MOVIMIENTOS:**
 1. **Flexión:**rectos abdominales y psoasiliaco
 2. **Extensión:**Epiespinoso, dorsal largo, iliolumbar, ilicostal,
 3. **Lateralización:**Cuadrado de los lomos.

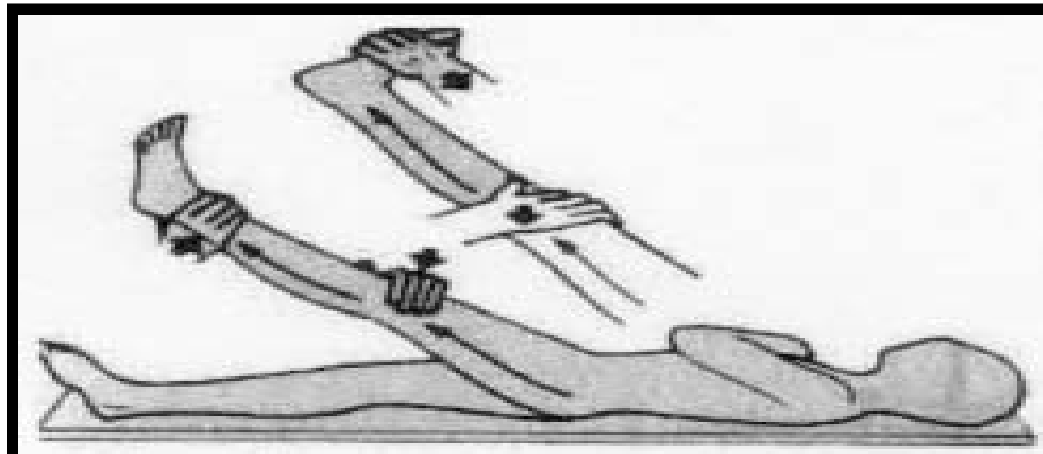
- **MANIOBRAS:**
 1. LASSEGE
 2. BRAGARD
 3. ADSON
 4. HOOVER
 5. LAMBRINUDI
 6. PATRICK FABERE
 7. GAENSLIN
 8. KERNIGG
 9. VALSALVA
 10. NAPZINGER
 11. MILGRAMS
 12. ADSSON
 13. COMPRESIÓN
 14. DISTRACCIÓN
 15. DEGLUCIÓN



LASSAGE: Columna Lumbar

Objetivo: Reproducir dolor de dorso y pierna al estirar el nervio ciático.

Maniobra: Paciente en decúbito supino. Levante la pierna hacia arriba con sostén del pie a nivel del calcáneo con la pierna extendida, el grado al que puede ser elevada la pierna sin malestar o dolor varia, en condiciones normales el ángulo mide 80 o si hay dolor, hay que ver si es causada por problemas del N. Ciático o por tensión de los tendones de los isquiotibiales. Dolor solo en parte posterior del muslo es sinónimo de dolor de los tendones. Dolor tipo corrientazo en toda la pierna es sinónimo de compresión del ciático. Además dolor en parte baja de la espalda.



HOMBRO

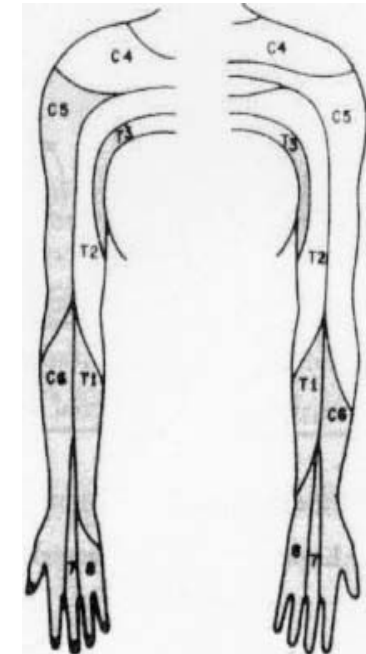
- Conformado por varias articulaciones comunes dentro de la biomecánica del hombro, esta son: esternoclavicular, acromioclavicular, glenohumeral (hombro como tal) y escapulotorácica.

MOVIMIENTOS:

- 1. Flexión: coracobraquial y fibras anteriores del deltoides
- 2. Extensión: dorsal ancho y fibras posteriores del deltoides
- 3. Abducción: supraespinoso (primeros 30 grados) y fibras medias deltoides
- 4. Aducción: pectoral mayor, redondo mayor, redondo menor. Trapecio.
- 5. Rotación externa: supraespinoso, infraespinoso y redondo menor
- 6. Rotación interna: subescapular
- 7. Elevación: trapecio y elevador de la escápula
- 8. Depleción: pectoral, trapecio, dorsal ancho
- 9. Anteropulsión: serrato mayor, pectoral mayor
- 10. Retropulsión: trapecio y romboides

EVALUACIÓN DE LAS RAÍCES MOTORAS EN EL MIEMBRO SUPERIOR:

- 1. C5 - DELTOIDES
- 2. C6 - EXTENSORES DE LA MUÑECA Y DEDOS (RADIAL)
- 3. C7 - EXTENSORES DEL CODO Y DEDOS, FLEXIÓN MUÑECA
- 4. C8 - FLEXORES DE LOS DEDOS
- 5. T1 - INTERÓSEOS



- **PUNTOS DOLOROSOS EN EL HOMBRO:**
- 1. Síndrome del angular del omóplato
- 2. Síndrome subacromial
- 3. Tendinitis o sinovitis de la porción larga del bíceps

MANIOBRAS

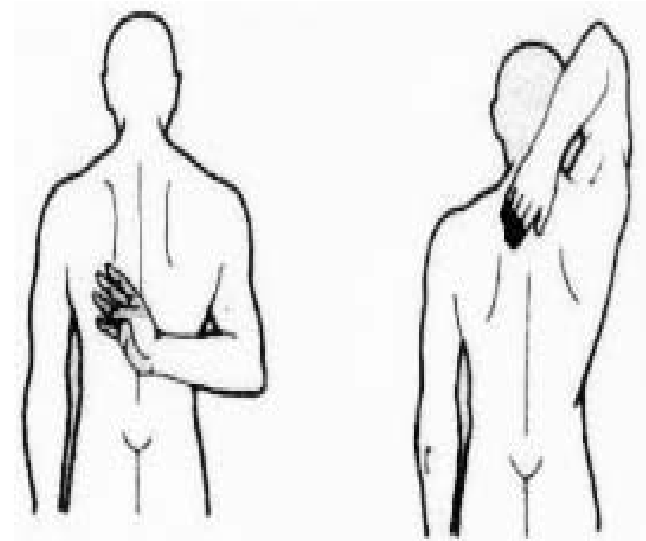
- 1. YERGASSON
- 2. CAJON ANTERIOR
- 3. CAJON POSTERIOR
- 4. ROCKWOOD
- 5. APREHENSION A LA LUXACION
- 6. RASCADO DE APPLEY
- 7. MANIOBRA DE DESAULT
- 8. PROTACCIÓN ESCAPULAR
- 9. TECLA
- 10. CAIDA DEL BRAZO

ARCOS DE MOVILIDAD:

- 1. Extensión: 45 grados
- 2. Flexión: 180 grados
- 3. Aducción: 30 a 45 grados en flexión
- 4. Abducción: 180 grados (90 grados sin inclinación escaoular)
- 5. Rotación externa: 80 grados
- 6. Rotación interna: 30 grados
-

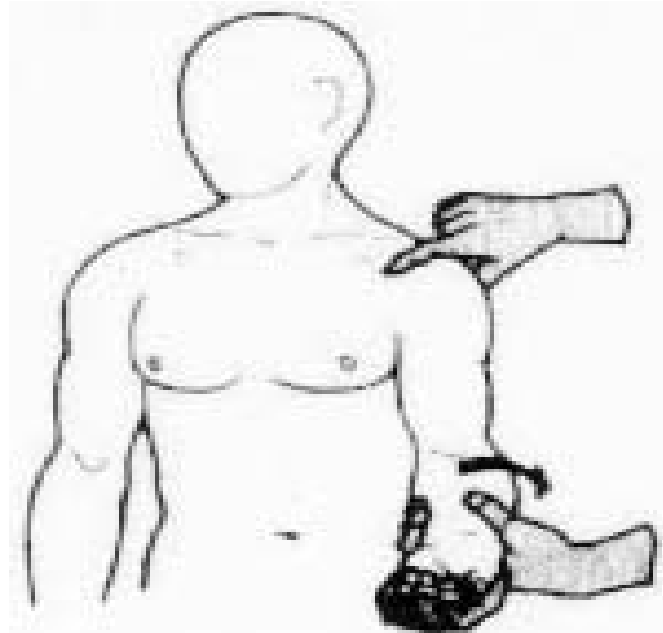


- **PRUEBAS ESPECIALES DE HOMBRO:**
- **1. RASCADO DE APPLEY:** Para valorar arcos de movilidad. ABD y ROT.
- **EXTERNA:** Pida al paciente que pase su mano por detrás de la cabeza y que se toque el ángulo medial superior del omóplato opuesto. ADUCCION Y ROT.
- **INTERNA:** Pida que el pte. Se toque la parte frontal de la cabeza y el acromion opuesto. AD Y ROTAC. **INTERNA Y EXTENSION:** pida que llegue por el dorso, con la punta de los dedos, hasta el ángulo inferior del omoplato opuesto.



2. YERGASONN: establece si el tendón del bíceps es estable en el surco bicipital o si existe patología del mismo.

Maniobra : hacer flexión total del codo, sujete el codo con una mano y con la otra la muñeca del enfermo. Hacer la rotación externa a la vez que el paciente se resiste y al mismo tiempo tire del codo hacía abajo, para extenderlo. Si hay inestabilidad del tendón, éste saldrá del surco y habrá dolor.



CODO

PUNTOS DOLOROSOS

- 1. Epicóndilo (TENSITA)
- 2. Epitróclea (GOLFISTA)
- 3. Olécranon (ESTUDIANTE)

MOVIMIENTOS:

- 1. Flexión: bíceps, supinador largo y braquial anterior
- 2. Extensión: tríceps

MANIOBRAS:

- 1. BOSTEZO
- 2. PUNTOS DOLOROSOS
- 3. TINNEL

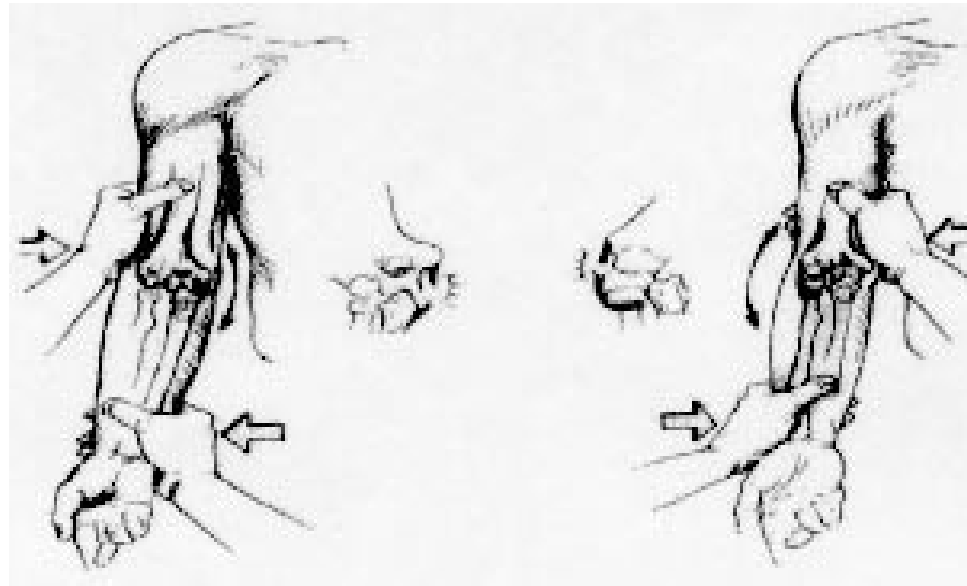
ARCOS DE MOVIMIENTO

- 1. Flexión: 175 grados
- 2. Extensión: 0 grados
- 3. Ángulo de carga del codo: 15 grados
 - EL DOLOR A LA PRONOSUPINACION ES UN INDICADOR DE PATOLOGÍA EN CUPULA RADIAL (¿FRACTURA?) EN NIÑOS CODO DE NIÑERA.
 - PRUEBAS ESPECIALES CODO:
-

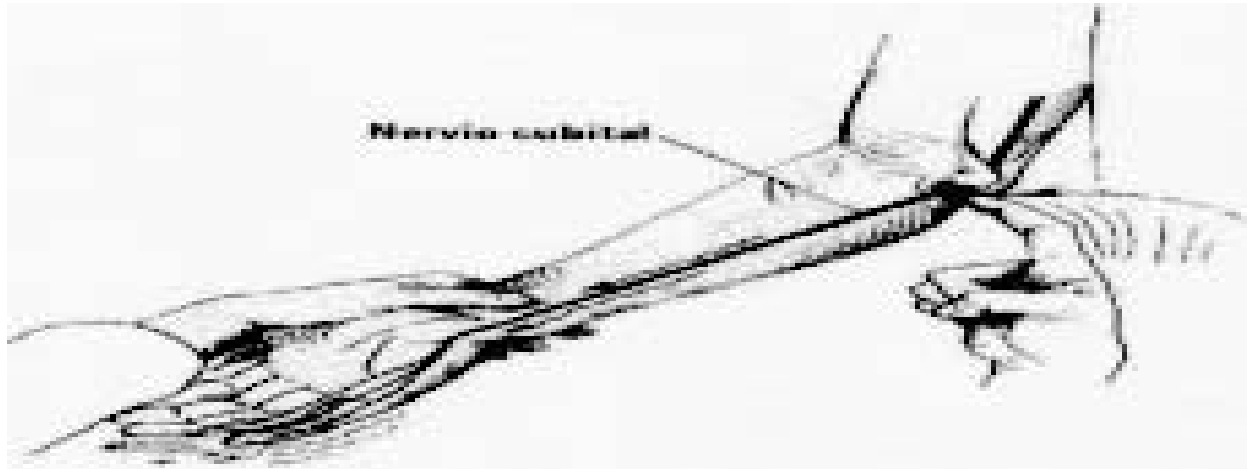


1. PRUEBAS DE LA ESTABILIDAD LIGAMENTARIA: para valorar la estabilidad de los ligamentos colaterales medial y lateral del codo.

Maniobra Coloque la superficie posterior del codo del enfermo en una de las manos abuecadas y sostenga la muñeca de éste con la otra. Pida al paciente que bague flexión con el codo durante unos cuantos grados, conforme se fuerza al antebrazo durante la prueba. Pida primero al enfermo que haga flexión con el codo durante unos cuantos grados, conforme se fuerza al antebrazo de éste en sentido lateral, con lo que aplicará tensión valga sobre el lado medial de la articulación.

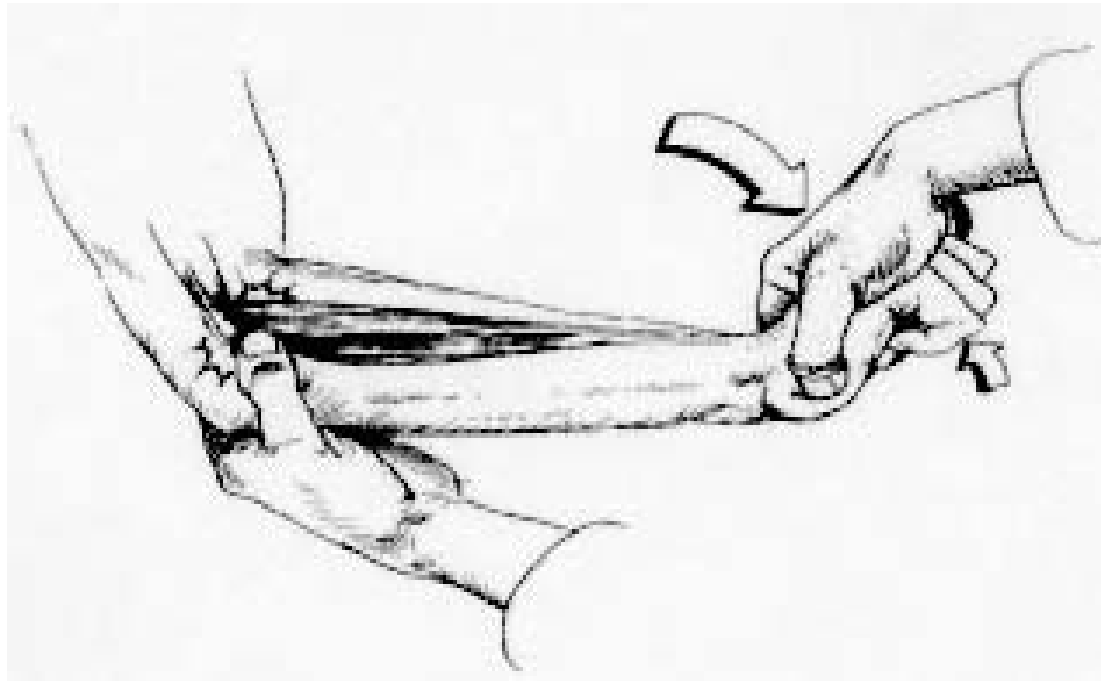


- **2. SIGNO DE TINNEL:** Tiene como objeto despertar sensibilidad de los neuromas que haya en los nervios. Si hay un neuroma en el nervio cubital, el golpeo de la región del mismo, en el surco que está entre el olécranon y la epitroclea, hará que se produzca una sensación de hormigueo y/o corrientazo hacía el antebrazo, por la distribución cubital de la mano.



3. PRUEBA DEL CODO DEL TENISTA: estabiliza el antebrazo del enfermo.

Maniobra: El paciente pide que empuñe y extienda la muñeca, aplique presión con su otra mano, en el dorso del puño del enfermo con objeto de forzar a la muñeca de éste hacía la flexión. Se experimenta un dolor intenso y súbito en el sitio de origen común de los extensores de la muñeca, el epicóndilo, de la forma inversa se realiza la prueba para el codo de golfista.



MUÑECA Y MANO

PRUEBAS ESPECIALES:

- 1. PHALEN
- 2. TINNEL
- 3. FINKELSTEIN
- 4. FROMENT
- 5. PRUEBA DE LA "O"

PATOLOGÍAS:

- 1. Gangliones
- 2. Lesiones de los tendones
- 3. Dedo en gatillo
- 4. Nódulos de Bouchard
- 5. Nódulos de Eberden
- 6. Síndrome del túnel del carpo: compresión del nervio mediano
- 7. Síndrome del canal de Guyón: compresión del nervio cubital.
- 8. Fracturas del escafoides. Complicación pseudoartrosis y necrosis avascular
- 9. Luxaciones: la más frecuente es la del semilunar



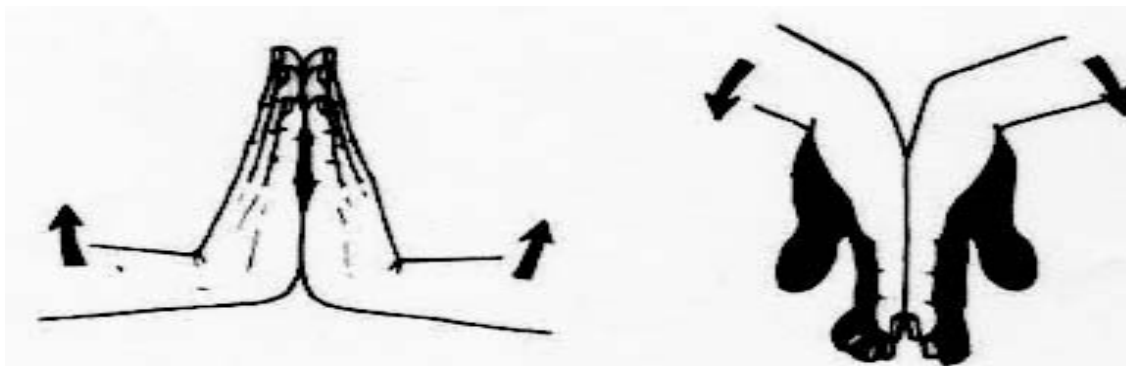
1. FINKELSTEIN: Para investigar la tenosinovitis estenosante (enfermedad de Quervain) de los tendones de la tabaquera anatómica.

Maniobra: pida al enfermo que empuñe la muñeca con el pulgar metido debajo de los otros dedos (OPOSICIÓN). Desvíe la muñeca de este hacia lado cubital; es positivo si hay dolor intenso, en el primer túnel de la muñeca.

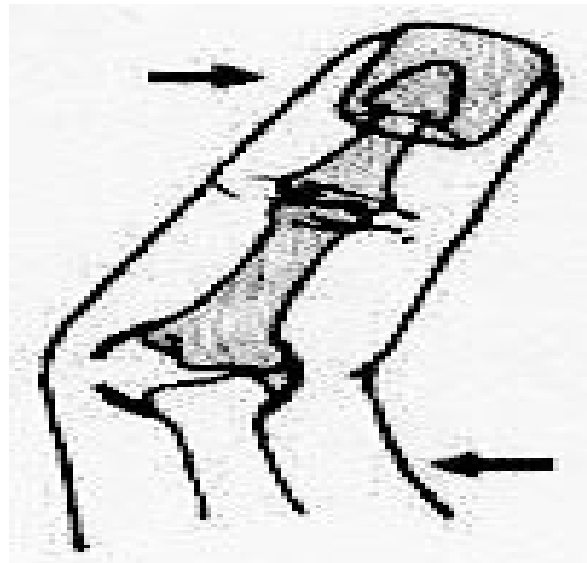


2. PHALEN: Reproducir los síntomas comunes del síndrome de túnel del carpo.

Maniobra: hacer flexión de la muñeca del enfermo al grado máximo sosteniéndola en esta posición por 1 min. Es positivo si el paciente siente hormigueo de los dedos, en la distribución del nervio mediano.



ESTABILIDAD LATERAL DE LOS DEDOS: Se realiza en extensión con los dedos maniobra de valgo y varo, para evaluar la integridad de los ligamentos colaterales al nivel de las articulaciones interfalángicas de los dedos de la mano.



NOMENCLATURA

- **DEFORMIDAD:** Desviación del aspecto exterior del cuerpo humano, que modifica su estructura de manera parcial o total.
- **DISFUNCION:** Imposibilidad de ejecutar movimientos una parte del cuerpo humano; tanto la deformidad como la disfunción pueden ser primaria o secundaria y congénita o adquirida. Ambas están ligadas entre sí. Ejemplo:
 - De P ... Di S Adquirida: coxalgia
 - De P De S Adquirida: Poliomiелitis
 - De P Cong Di S Adquirida: Luxación congénita de cadera
 - Di P Cong De S Adquirida: Parálisis cerebral
 - De P Cong Di S Congénita: Pie Bott.
 - Di P Cong De S Congénita: Sind. Banda congénita constrictiva.



NOMENCLATURA

Enfermedades Reumáticas

- Artritis Reumatoide
- Bursitis, Tendinitis

Enfermedades Tumorales

- Procesos Pseudotumorales
- T. Benignos
- T. Malignos



NOMENCLATURA

1. Principales Síndromes o Enfermedades Ortopédicas

Enfermedades Congénitas

- Luxación Congénita de la Cadera
- Pie Bott

Enfermedades Infecciosas

- Osteomielitis hematógenas
- Tuberculosis óseas
- Artritis Piógenas



NOMENCLATURA

Secuelas Neurológicas

- Poliomiелitis
- Parálisis Cerebral
- Hemiplejias

Secuelas Traumáticas

- Pseudoartrosis
- Consolidación Viciosa
- Fractura patológica



NOMENCLATURA

Las Osteocondritis

- Enf. de Perthes
- Osgood-Schlatter
- Scheuermann
- Kiemboeck
- Kohler 1

Procesos Degenerativos Articulares

- Artrosis Secundaria
- Artrosis Primaria



NOMENCLATURA

2. Principales Lesiones Traumatológicas

CONTUSIÓN:

Consecuencia de un traumatismo directo sobre una región, mientras que los tejidos subyacentes sufren una fricción-compresión

- Hematoma, equímosis, hemartrosis,



NOMENCLATURA

DISTENSIÓN MUSCULAR

Rupturas fibrilares o incompletas de un músculo, que no llegan a la rotura completa.

RUPTURA LIGAMENTARIA

Agresión articular más intensa, el ligamento distendido ha sufrido una ruptura total, en general quita estabilidad a la articulación



NOMENCLATURA

RUPTURA TENDINOSA:

- contracción violenta o asinérgica o inesperada de un músculo.
- frecuentemente se deben a elongación súbita del tendón, estando el músculo contraído

ROTURA MUSCULAR



FRACTURA

a. Articular

Fractura de **RHEA BARTON**: es la marginal posterior del radio distal.

b. No articular (diafisiaria-metafisiaria)

1. *Fractura de COLLES*: Frecuente, con su típica deformación en dorso de tenedor y en bayoneta, dolor electivo en epífisis distal del radio (a 2.5 cm distales del radio); se acompaña en la mitad de los casos de fractura de la apófisis estiloides del cúbito.

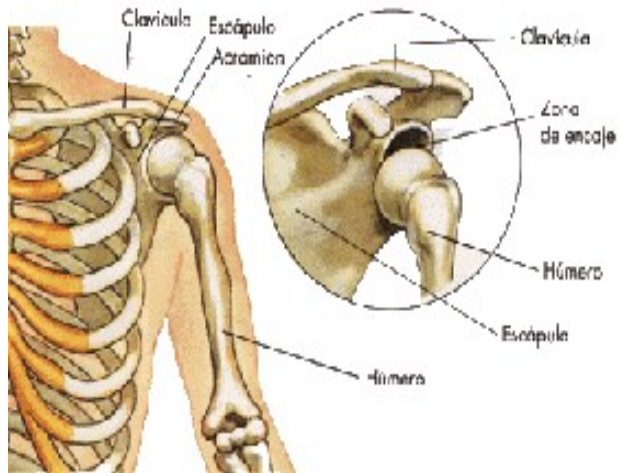
2. *Fractura de SMITH (o COLLES invertida)*: El fragmento distal está angulado hacia adelante; se produce hiperflexionando la muñeca.





NOMENCLATURA

Luxación



Término con el que se designa la dislocación de las superficies articulares de los huesos, puede producir dolores muy intensos.

NOMENCLATURA

Cuando la separación de las superficies articulares de los huesos es total, se denomina **luxación completa**; cuando sólo se separa en parte recibe los nombres de **incompleta, parcial o subluxación**



NOMENCLATURA

Esguince:

Lesión caracterizada por daño a los ligamentos que sostienen una articulación, por estiramiento o ruptura brusca consecuencia de un movimiento exagerado de la articulación.



NOMENCLATURA

LUXOFRACTURA

- 1.- *Luxofractura de Monteggia*: Fractura de la diáfisis del cubito con luxación de la cabeza del radio. No es infrecuente en los niños.
2. *Luxofractura de BENNETT*: Es la fractura marginal de la base del primer metacarpiano con luxación de la trapecio- metacarpiana.



NOMENCLATURA

HERIDA

- Fractura Abierta o Expuesta
- Lesión neurovascular
- Amputación traumática





TUCIENCIAMEDIC

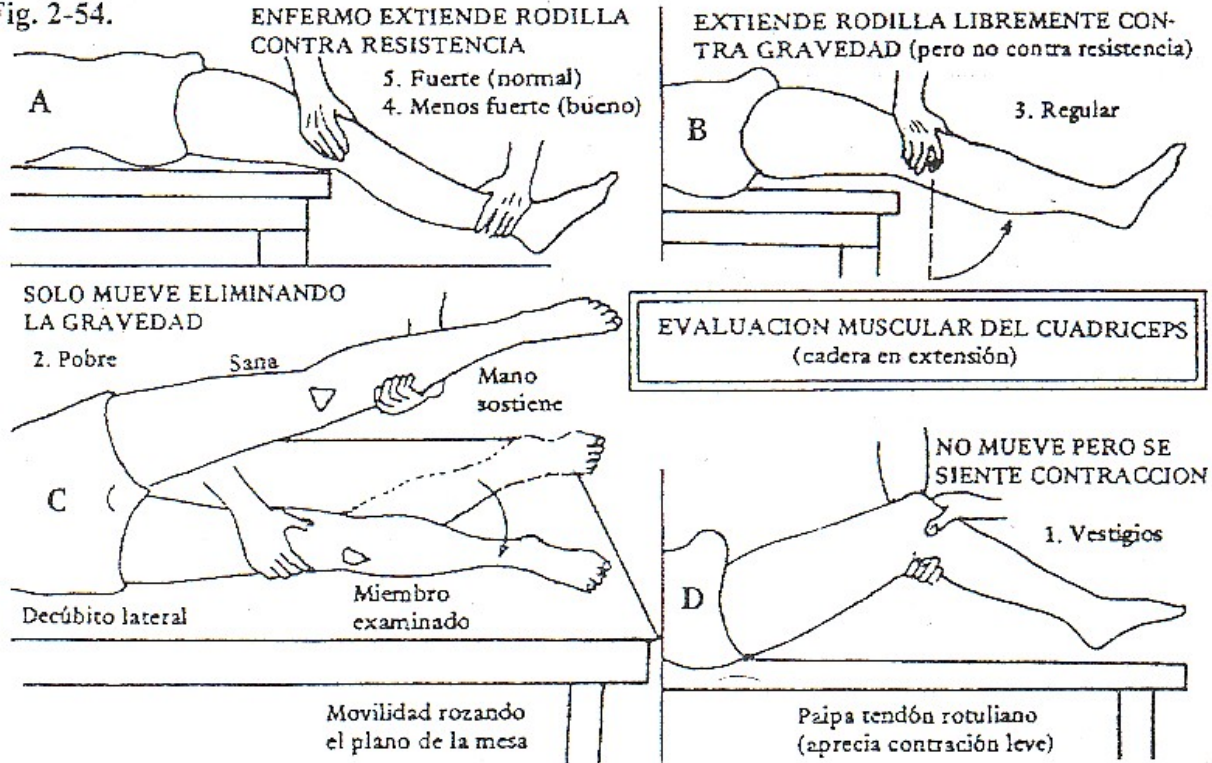
EXAMEN MUSCULAR



FUERZA MUSCULAR

Prueba Muscular Manual

Fig. 2-54.



VALORACIÓN

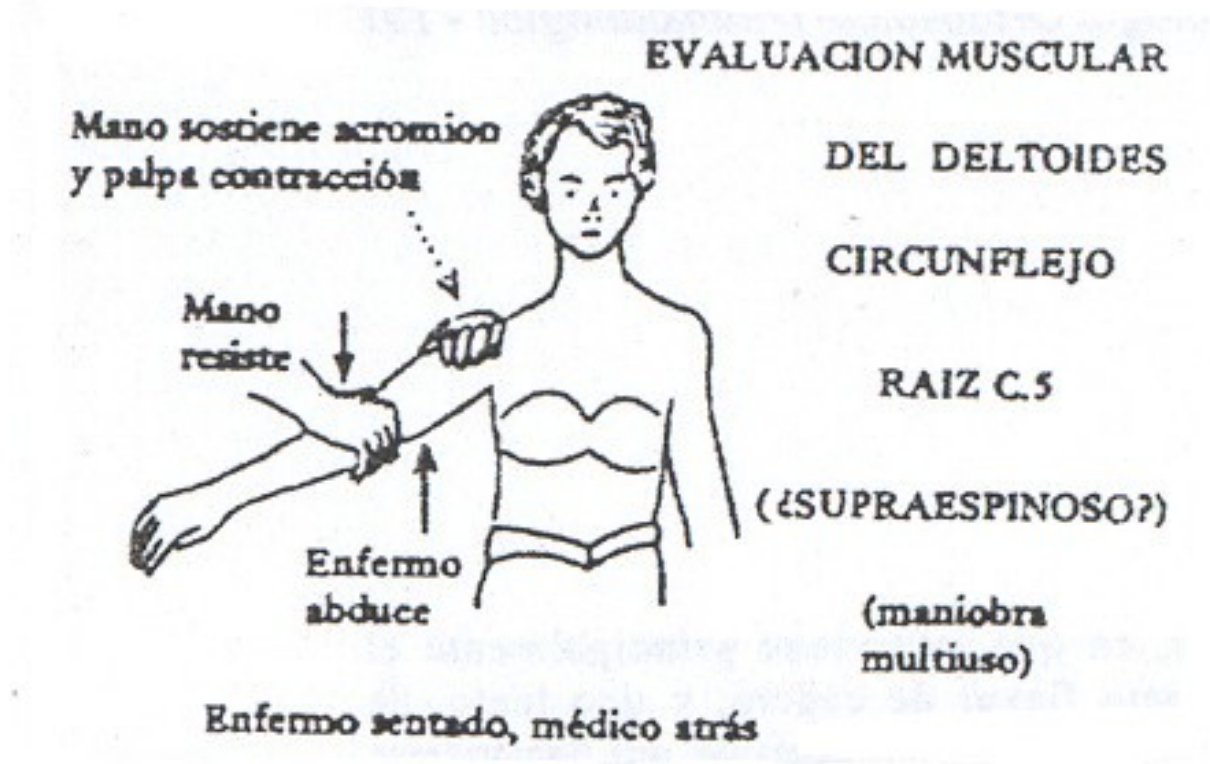
GRADO

5	NORMAL	100%
4	BUENO	75%
3	REGULAR	50%
2	POBRE	25%
1	VESTIGIOS	10%
0	NULO	0%

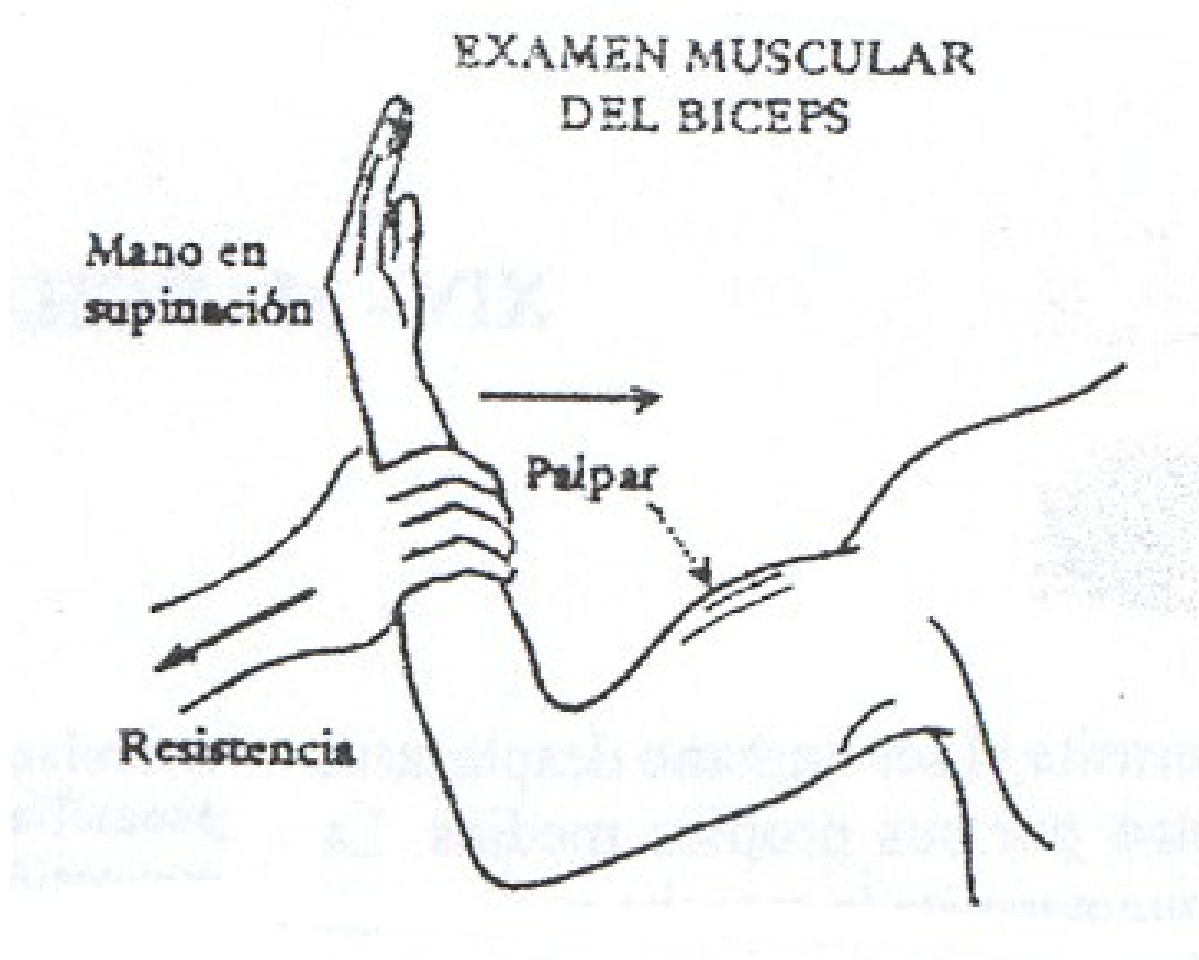
Condiciones Instrumentales: Dinamómetro



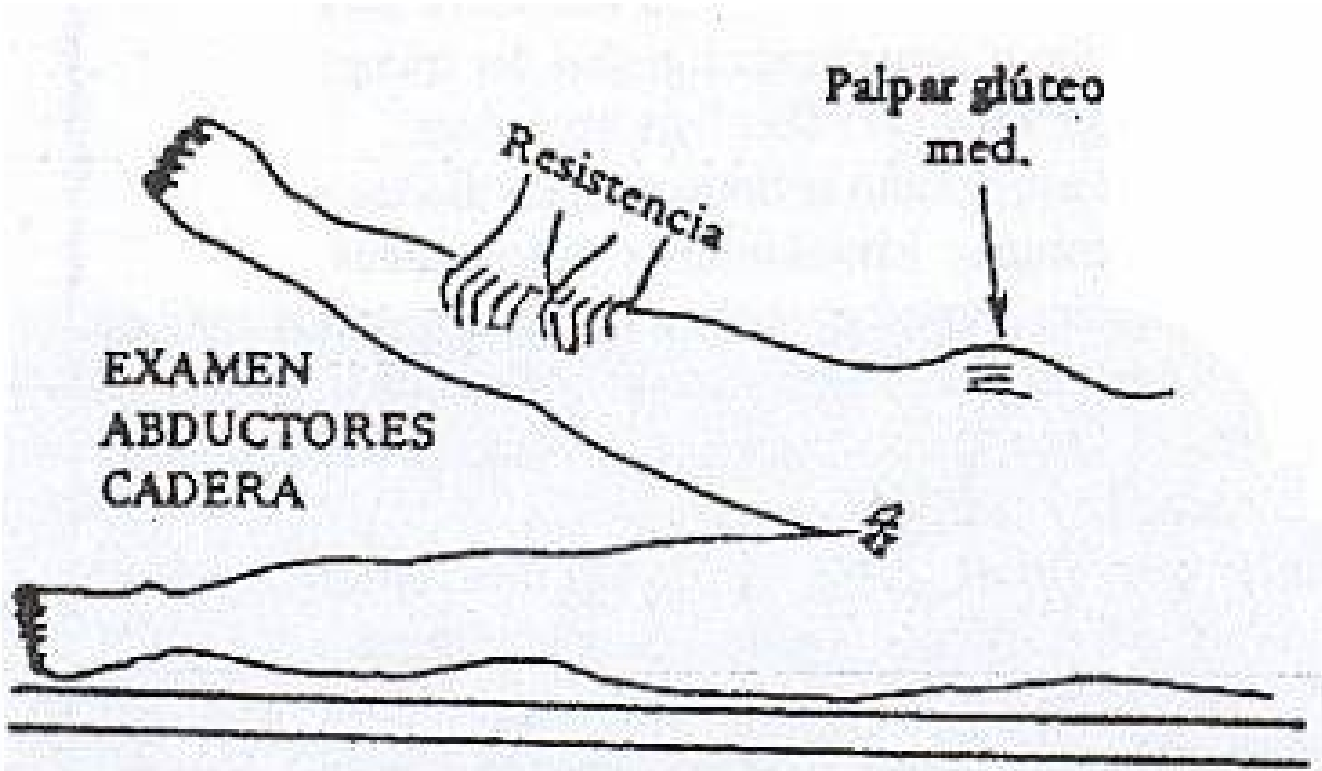
TECNICA DE EXAMEN DE ALGUNOS MUSCULOS



BÍCEPS BRAQUIAL

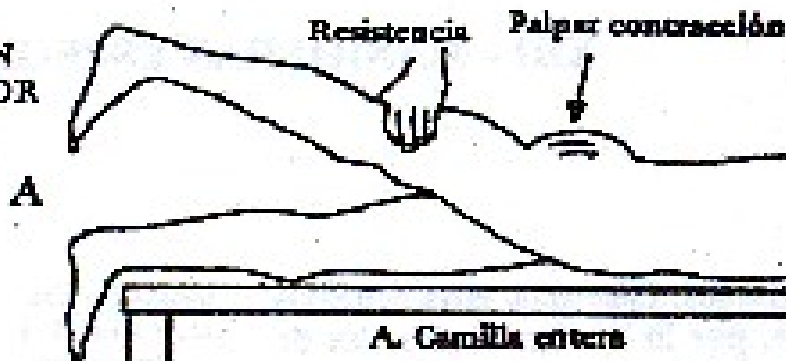


CADERA

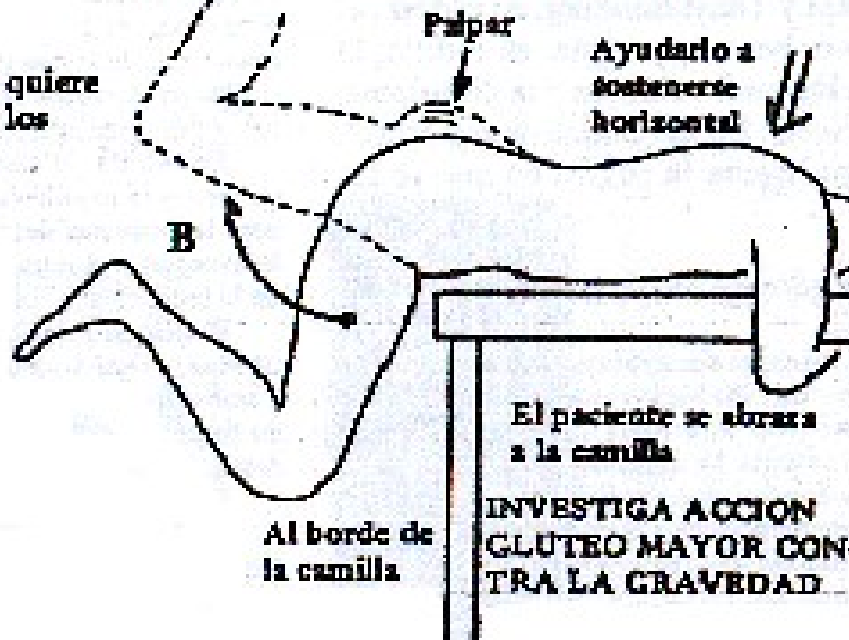


CADERA

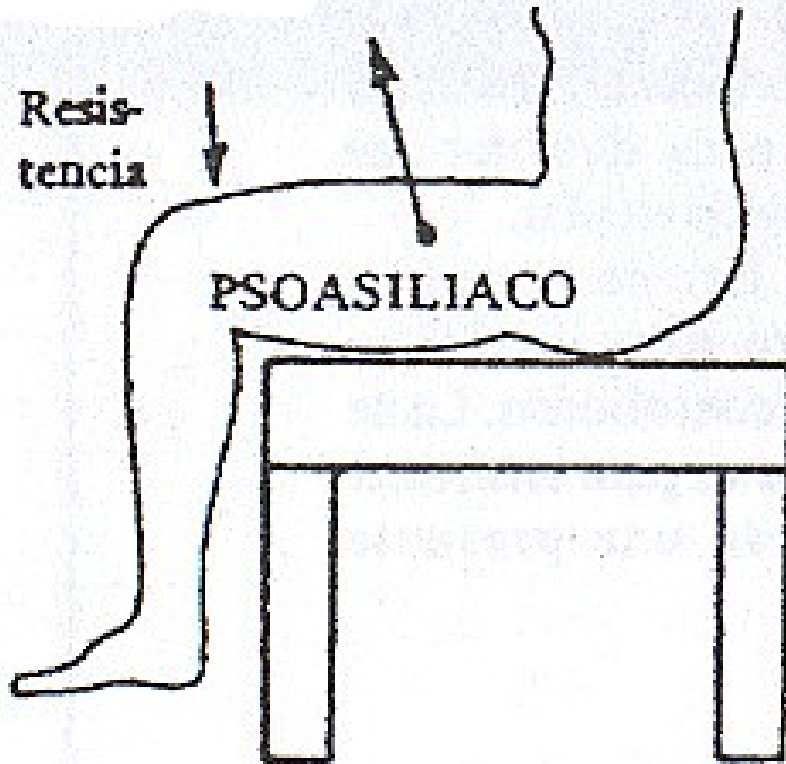
A y B. EVALUACION DEL GLUTEO MAYOR



Rodilla fiera si se quiere evitar la ayuda de los isquiosurales



CADERA



FLEXION DE CADERA DES-DE 90°

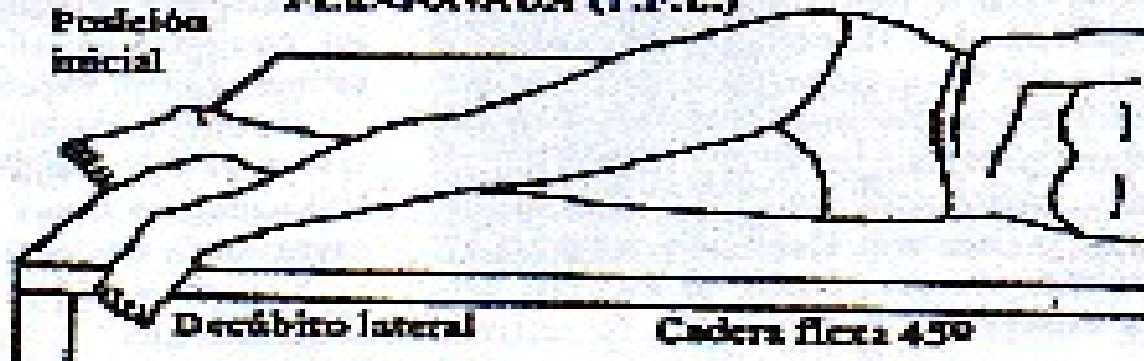
En esta maniobra no intervienen flexores accesorios.



CADERA

ABDUCCION DEL MUSLO CON CADERA FLEXIONADA (T.F.L.)

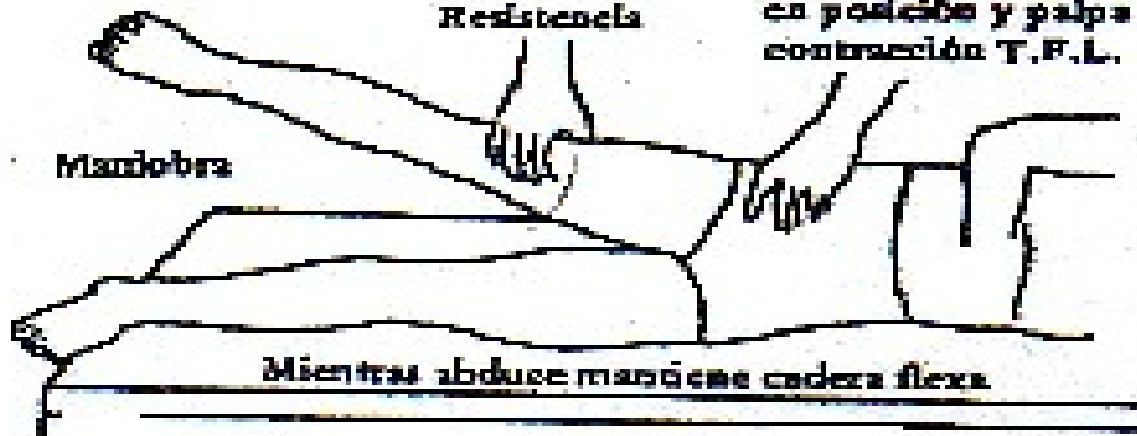
Posición inicial



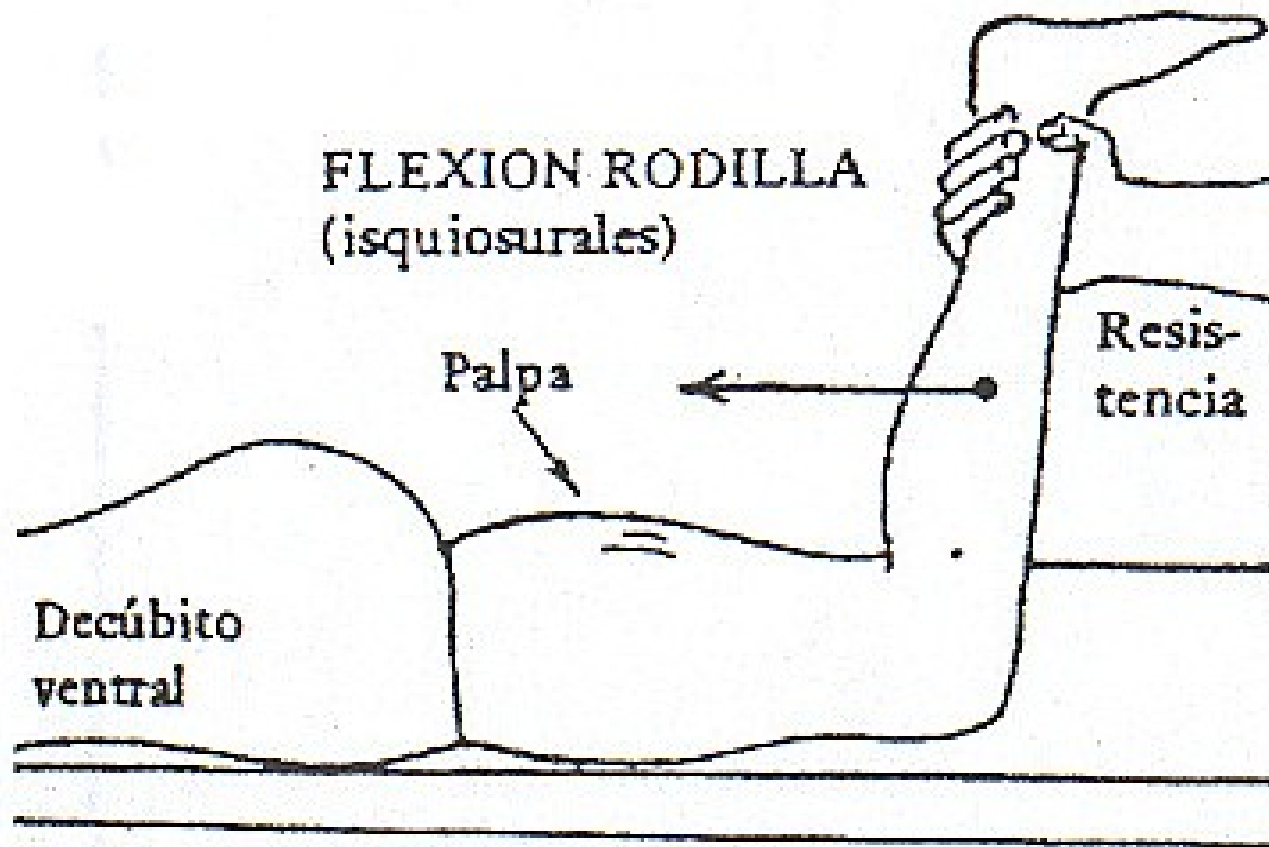
Resistencia

Mano sostiene pelvis en posición y palpa contracción T.F.L.

Mandobra



RODILLA



VISITA:

TUCIENCIAMEDIC



<http://tucienciamedic.blogspot.com/>

“A veces no conseguir lo que uno quiere es un maravilloso golpe de suerte”