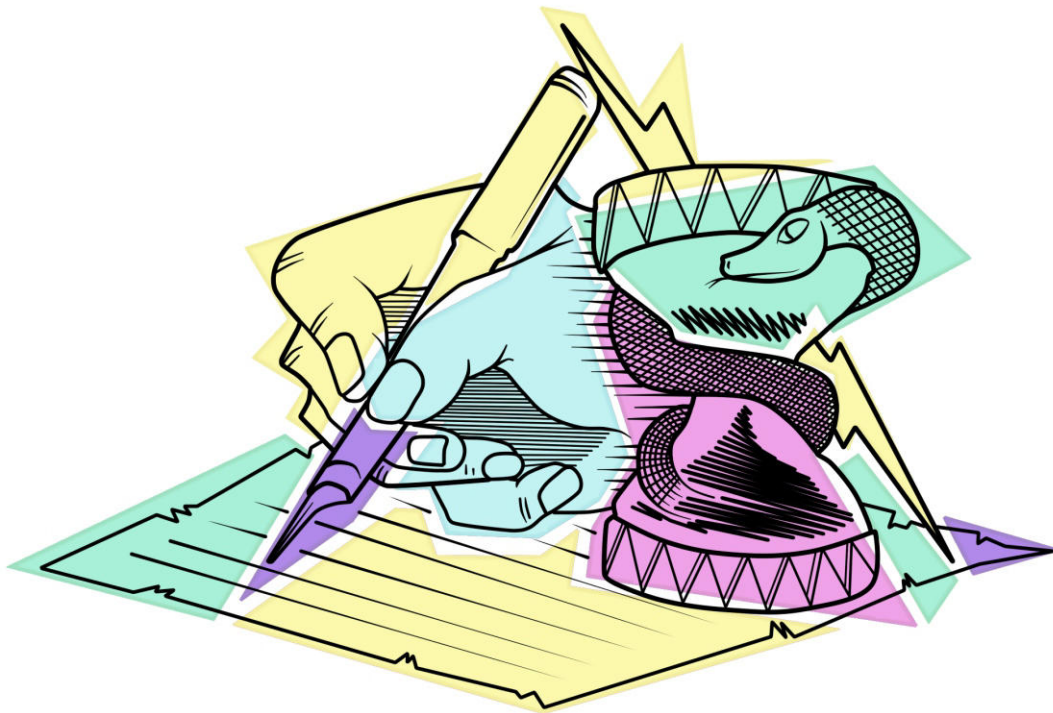


ASPECTOS EVALUADOS POR EL KINESIOLOGO Y TIPO DE REGISTRO QUE REALIZA DURANTE LA ANAMNESIS DE PACIENTES DE 6 A 25 AÑOS CON GONALGIA



“El estudioso es el que lleva a los
demás a lo que él ha comprendido:

la Verdad.”

Santo Tomás de Aquino

Este trabajo se lo dedico a mi amada familia.

A mi mamá, Elina Zapata, que con todo su amor me cuida y me ayuda siempre, para que pueda dedicar mi tiempo al estudio y para que sea quién soy.

A mi papá, Ernesto Correa Cardoso, que a pesar de no haberme dado la vida, me regalo una vida hermosa, me inspiró con su ejemplo en elegir una profesión de salud y con fruto de su trabajo con amor, me otorgó la posibilidad de elegir y realizar esta Licenciatura.

A mi hermana, María Paz Pellegrini, que me acompaña en cada paso, alegrándome, cuidándome y aconsejándome.

Y a mi hermano Santiago Pellegrini, cuyo talento se plasma en el presente trabajo, con sus dibujos y su capacidad de comunicación visual, siendo su creatividad y su amor, una luz en cada día de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

A todos los profesionales que colaboraron conmigo en la Universidad FASTA, solucionando mis dudas y atendiendo a mis necesidades, muy especialmente a Vivian Minard, con quien, luego de un largo recorrido, pude concretar la investigación.

A todos los kinesiólogos que hicieron que esta investigación sea posible, con su contribución y amabilidad al recibirme en sus consultorios, sin pedir nada a cambio.

A aquellos Licenciados en Kinesiología, que colaboraron en el presente trabajo, siendo guía y aconsejándome, entre ellos, muy especialmente a mi tutor, Julio Spina, quien demostró tener mucha paciencia y amabilidad en todo momento; y a Jany Andúx, colega y amiga, con quien estudié durante la carrera, y me escucho en los momentos difíciles de la realización de este trabajo final.

RESUMEN

Dado que la evaluación durante la primera sesión de tratamiento es indispensable para abordar de manera eficiente al paciente, y el registro de dicho examen es fundamental para hacer un correcto seguimiento de las eventualidades que se manifiestan con el transcurso del tiempo, además de plasmar una información rica en potencia para su posible utilización en futuras investigaciones; se decidió realizar el presente proyecto.

- **Objetivo:** Determinar los aspectos evaluados y el tipo de registro que realiza el kinesiólogo durante el ingreso de los pacientes con diagnóstico de “gonalgia”, sin cirugía previa, en un rango etario comprendido entre los 6 y los 25 años.
- **Materiales y métodos:** Se realizó una investigación no experimental, descriptiva, de tipo cualitativa, presentando un diseño transversal.
- **Resultados:** La totalidad de los profesionales analizados realizan una anamnesis y evaluación física del paciente. El 78% de los kinesiólogos de hasta 6 años de profesión realizan registros por escrito, mientras que el 100% de los Licenciados con un ejercicio profesional entre 28 y 48 años lo hacen.
- **Conclusión:** Se detectaron pocos aspectos que no se tienen en cuenta durante la evaluación. Se destaca que las variables de evaluación muscular, tanto en fuerza como en flexibilidad; el equilibrio; la propiocepción; el reflejo patelar y el esquema corporal, no se registran.
- **Palabras clave:** Anamnesis. Evaluación. Registro. Kinesiólogo. Gonalgia.

ABSTRACT

Since the evaluation during the first treatment session is essential to address the patient efficient way, and the record of the examination is essential for proper monitoring of the eventualities that occur with the passage of time, plus capture information rich potential for possible use in future research; it was decided to carry out this project.

- Objective: To determine the aspects evaluated and the type of record that makes the physiotherapist during hospitalization of patients diagnosed with "gonalgia" without previous surgery, in an age range comprised between 6 and 25 years.
- Materials and methods: An experimental investigation was conducted descriptive qualitative type, presenting a cross-sectional design.
- Results: All of the professionals analyzed perform a history and physical assessment of the patient. 78% of physiotherapists under 6 years of professional conduct written records, while 100% of graduates with a professional exercise between 28 and 48 years do.
- Conclusion: Few aspects are not taken into account during the assessment were detected. It is notable that the variables of muscle testing, both in strength and flexibility; the equilibrium; proprioception; the patellar reflex and body image are not recorded.
- Keywords: Anamnesis. Evaluation. Registry. Kinesiologist. Gonalgia.

ÍNDICE

Introducción.....	2
Capítulo 1	
Gonalgia durante el crecimiento y desarrollo Músculo- esquelético.....	5
Capítulo 2	
Exploración de la rodilla.....	14
Capítulo 3	
Diseño metodológico.....	18
Capítulo 4	
Análisis de datos.....	19
Conclusión.....	37
Bibliografía.....	39
Anexos.....	42

Debido a la riqueza y complejidad de sus elementos anatómicos y las exigencias biomecánicas a que se ve sometida, la rodilla es una de las articulaciones más frecuentemente afectadas por diferentes procesos patológicos. Las lesiones sufridas en la articulación de la rodilla suelen caracterizarse por su intenso dolor, discapacidad y limitación funcional. Un término general a estas patologías es el de “gonalgia” (López, 2011-2012)¹

Es sabido que el papel que cumple la evaluación, en el momento de comenzar una rehabilitación funcional, es primordial. La práctica profesional en kinesiología considera variables, de acuerdo a la condición del paciente que ingresa, que permiten interpretar la información obtenida durante la aplicación de cada examen clínico. La interpretación que realice dicho profesional de la condición de salud del paciente, le permitirá discernir entre los riesgos y los beneficios que posee para el abordaje de su recuperación (Lesmes, 2007)².

Etimológicamente la palabra “gonalgia” significa “dolor de rodilla”, sin ser en sí mismo un concepto específico de una lesión o de un síndrome definido, con lo cual al diagnosticar a un paciente con dicho concepto, se presenta un amplio abanico de posibles patologías, muy diferentes entre sí, desde su etiología hasta su evolución, tratamiento y pronóstico.

¹ En este trabajo final de grado, como requisito parcial para optar el Grado de Especialista en Salud Ocupacional. Mención Medicina del trabajo. Se seleccionó una muestra de 200 trabajadores con gonalgia a los que se les aplicó una Terapia Neural denominada “de Huneke” durante 6 semanas consecutivas, obteniendo como resultado a partir de la tercer semana una importante disminución del dolor, del edema y de la limitación funcional.

² Manual de evaluación clínico funcional del movimiento corporal humano

Desde la niñez, hacia las edades adultas, (Magaña, 2003)³ se producen notorios brotes de crecimiento y maduración ósea, musculotendinosa y de los caracteres sexuales secundarios (1994, 2015)⁴, entre otros, otorgándole a este periodo etario ciertas particularidades al momento de presentarse en dichas condiciones de desarrollo una gonalgia; siendo de importancia para el kinesiólogo, durante la evaluación, la consideración esta fase del crecimiento y las patologías de rodilla que más frecuentemente se hacen presentes en esta etapa de la vida.

Por lo tanto, es de vital importancia la orientación al tratamiento que designe el kinesiólogo tras haber realizado una efectiva evaluación, considerando como tal al

“proceso en el cual el fisioterapeuta realiza sus juicios clínicos con base en los datos obtenidos durante el examen. Este proceso también puede identificar problemas que requieren ser referidos a otros profesionales de la salud” (Lesmes, 2007)⁵.

³ En este artículo de revista, se explica la importancia a nivel social del desarrollo del humano durante su fase “adolescente” y el debido acompañamiento médico que se requiere, el cual debe tener superada su propia etapa adolescente, y conocer las peculiaridades que estos pacientes presentan, necesitando no solamente de todas las áreas de salud a su favor sino también de sus familiares y de la sociedad en general para poder remediar sus problemáticas.

⁴ En el presente libro de endocrinología, se recopila de manera ordenada la experiencia de diversos médicos españoles expertos en endocrinología dedicados a pacientes pediátricos o adultos.

⁵ Ibid. Página 1.

Surge el problema de investigación:

¿Cuáles son los aspectos evaluados y el tipo de registro que realiza el kinesiólogo durante el ingreso de los pacientes con diagnóstico de “gonalgia”, sin cirugía previa, para la designación de un tratamiento específico en un rango etario comprendido entre los 6 y 25 años, en la ciudad de Mar del Plata?

El objetivo general es:

Identificar los aspectos evaluados y el tipo de registro que realiza el kinesiólogo durante el ingreso de los pacientes con diagnóstico de “gonalgia”, sin cirugía previa, para la designación de un tratamiento específico en un rango etario comprendido entre los 6 y los 25 años, en la ciudad de Mar del Plata.

Los objetivos específicos son:

- Determinar si hay una relación entre la antigüedad del ejercicio profesional y la cantidad de variables que se contemplan durante la anamnesis.
- Indagar sobre la existencia o no y tipos de registros que utilizan los kinesiólogos.
- Identificar criterios goniométricos, biomecánicos y de valoración muscular y refleja que utiliza el kinesiólogo durante esta primera sesión.
- Evaluar los criterios mayormente contemplados por los kinesiólogos durante la anamnesis.
- Establecer menormente consideradas por los kinesiólogos durante la anamnesis.

El cuerpo humano puede ser visto como un sistema complejo que integra un minucioso funcionamiento de cada una de sus partes, desde sus unidades más pequeñas, hasta las más notorias.

La rodilla es una articulación que a pesar de parecer simple, desde el punto de vista biomecánico, es un caso sorprendente. Posee una gran estabilidad en extensión máxima, siendo esta una posición en la que la rodilla hace esfuerzos importantes debido al peso del cuerpo y a la longitud de los brazos de palanca, donde la potencia tiene mayor brazo de longitud que la resistencia, y adquiere una gran movilidad a partir de cierto ángulo de flexión, resolviendo estas contradicciones de manera ingeniosa; sin embargo, al poseer poco acoplamiento de las superficies articulares, posee una movilidad que la predispone a sufrir esguinces y luxaciones. En flexión, posición de inestabilidad, se ve más expuesta a sufrir lesiones ligamentosas y meniscales; y en extensión a padecer fracturas articulares y rupturas ligamentosas (Kapandji, 2007)⁶.

La gonalgia hace referencia, a la presencia de dolor en la articulación del muslo con la pierna, unida por tres huesos: fémur, tibia y rotula (Petelski, 2013)⁷, y por tejidos blandos: los meniscos, ligamentos, capsula, cartílagos, tendones y músculos. Con lo cual, si cualquiera de dichas partes se lastima, se verá alterado el funcionamiento de la rodilla.

Dichas articulaciones tienen una participación activa de sostén del peso del cuerpo, que cae hacia ellas por acción de la gravedad, permitiendo al mismo tiempo que las piernas se doblen y enderecen en los momentos en que las personas realizan diferentes actividades en su vida diaria, como son: ponerse de pie, caminar, agacharse, girar sobre el eje del propio cuerpo y correr (2010)⁸.

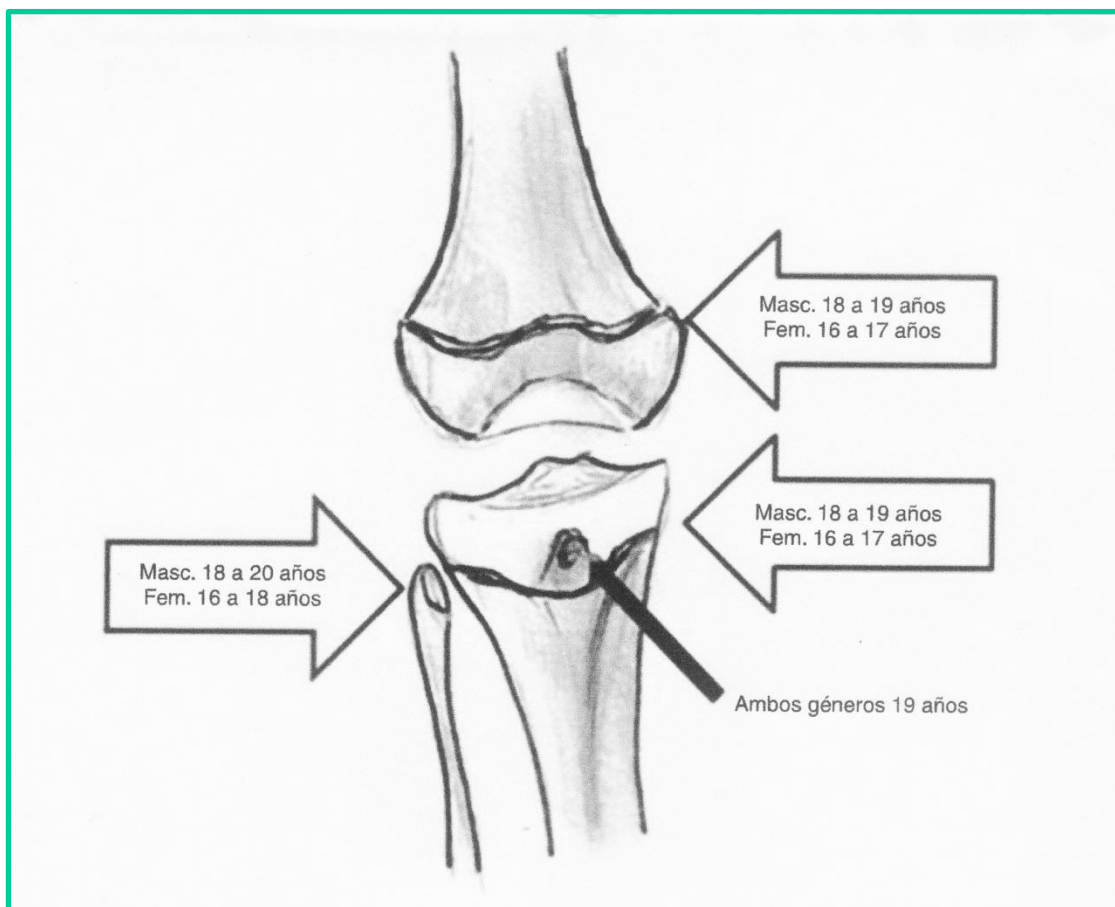
⁶ En el presente libro de anatomía funcional hay 690 dibujos originales del autor. Es una versión española de María Torres Lacomba, fisioterapeuta. Profesora titular de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de Toledo. Universidad de Castilla-La Mancha.

⁷ Este artículo fue escrito por una kinesióloga fisiatra, egresada de la UBA. Explica en forma clara, hacia un público general, la conformación y movimientos de la articulación de la rodilla, el significado de la gonalgia y las patologías por las que se puede ocasionar este dolor.

⁸ Es un informe de fácil lectura acerca de la función de las rodillas y sus posibles tipos de afectación. Realizado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EEUU Servicio de Salud Pública.

El desarrollo de la rodilla sigue un esquema endocondral dividido en tres etapas: la mesenquimatososa, abarcando desde la formación embrionaria hasta la diferenciación de la articulación en la cuarta semana de embarazo, luego continua la maqueta cartilaginosa que dará la conformación final de la misma, terminando este período a los 16 años, e iniciándose entonces la tercer y última fase caracterizada por la osificación total de las estructuras cartilagosas, a causa del cierre de la fisis femoral y tibial, al resto del hueso (Espinosa Urrutia, 2007)⁹.

Imagen N°1. Esquema de las edades en que cierra la fisis.



Fuente: <http://www.medigraphic.com/pdfs/orthotips/ot-2007/ot072b.pdf>

⁹ Es un artículo de revista cuyo objetivo es revisar los aspectos biomecánicos de la rodilla en desarrollo y describir los riesgos de lesión en estas etapas.

Cuando hablamos del crecimiento fisiológico del ser humano, nos encontramos ante una diversidad de variables influyentes sobre el mismo, desde las diferencias socioeconómicas hasta el tipo de alimentación cultural y las características propias de salud de cada individuo. Sin embargo, el factor más esencial desde el punto de vista biológico es la hormona somatotrópica, también conocida como “hormona de crecimiento” o “GH”, Growth Hormone.

Desde el nacimiento hasta la adolescencia tardía, dicha hormona tiene función de regulación del crecimiento óseo, deteniéndose el mismo cuando los huesos alcanzan cierta altura. Luego la GH y los IGF, Factores de Crecimiento Insulínico, seguirán actuando sobre los cartílagos y tejidos blandos (Silverthorn, 2008)¹⁰.

La rodilla es una articulación constituida por dos huesos largos, siendo éstos denominados fémur y tibia, y uno corto que es la rótula, o mas bien conocida como patela. Dicha unión funciona como tróclea (Jimenez, Ballesteros, Herrera, & Bono, 2002)¹¹. Tanto los huesos largos como los cortos se conjugan por un proceso denominado “osificación indirecta”. Esto significa que las células del centro del modelo cartilaginoso en crecimiento mueren y en el espacio hueco resultante ingresan las células productoras de hueso, denominadas osteoblastos, convirtiéndose lentamente en células óseas, los osteocitos. Es de importancia destacar que en los huesos largos hay varios centros de osificación dado que la misma se desarrolla de manera tal que en ambos extremos de la diáfisis permanece un cartílago articular y una zona de crecimiento, también llamada placa epifisaria (Ahonen, Lahtinen, Sand, Strom, Pogliani, & Wrhed, 2001)¹². Este proceso de fusión epifisaria de los huesos largos es progresivo culminando aproximadamente a los 25 años cuando se alcanza una madurez completa del sistema esquelético, vale aclarar que el crecimiento del hueso varía según el órgano del que se trate, el sexo, dado que el esqueleto femenino madura más rápidamente en

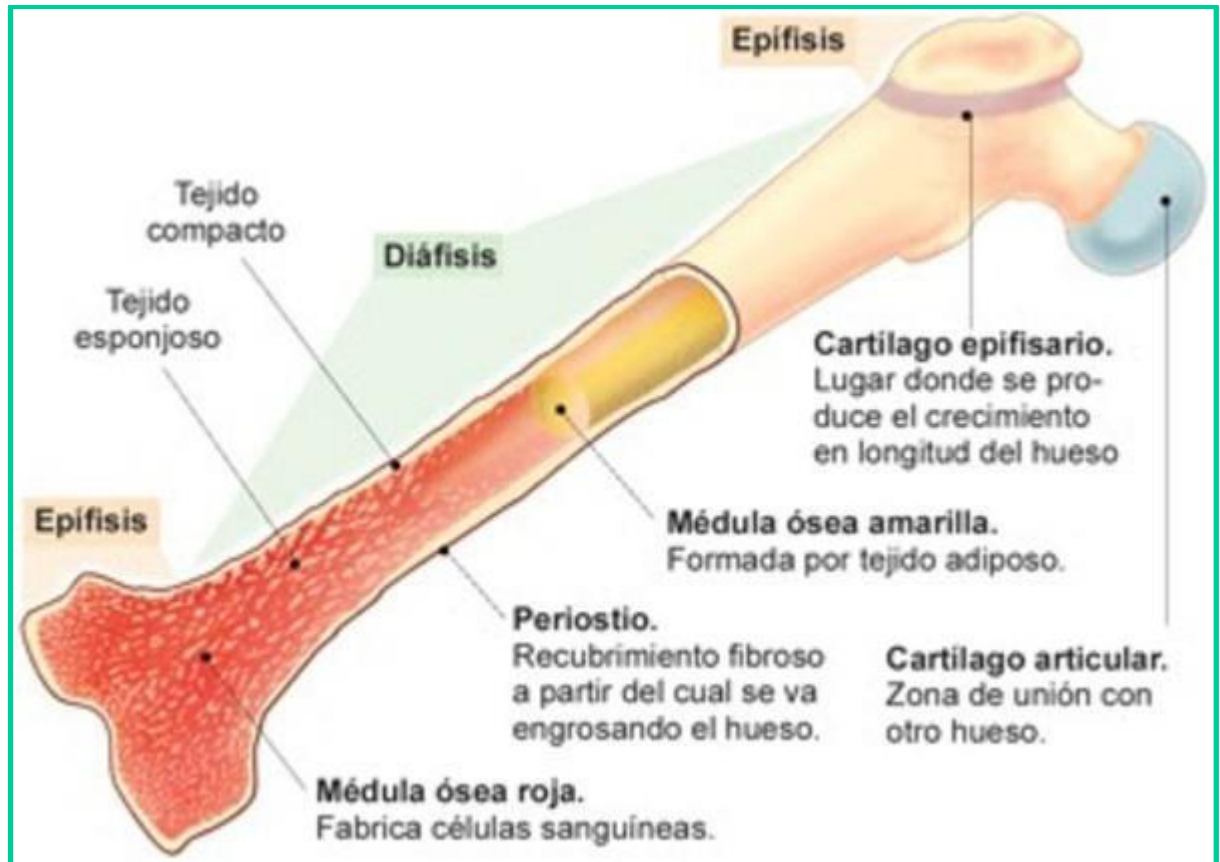
¹⁰ En el presente libro de fisiología humana, que posee un enfoque integrado de los diversos sistemas del cuerpo, se desarrolla en el capítulo 23, el control del sistema endocrino en relación al crecimiento y al metabolismo.

¹¹ Es un libro de anatomía humana general, diseñado especialmente para la utilización del mismo en la Universidad Nacional de Sevilla, en España, desarrollando de manera básica y funcional conceptos anatómicos de la rodilla.

¹² En este libro de kinesiólogía y anatomía aplicada a la actividad física, se explican las funciones básicas del cuerpo humano, principalmente la postura y el equilibrio muscular, ayudando al lector a la toma de conciencia de la importancia que tiene el movimiento en cada individuo.

comparación al masculino; y el estado de salud del individuo (Bontrager & Lampignano, 2010)¹³.

Imagen N° .2 Composición de los huesos largos



Fuente: <https://eduardosberrio.wikispaces.com/35.-+El+cuerpo+humano-Sistema+%C3%B3seo>

Durante el crecimiento de los huesos largos, una epífisis aparece previamente a la otra, la cual se fusiona más tarde. Dicha epífisis será la protagonista del crecimiento en longitud del hueso. En la pierna, estos puntos de desarrollo son hallados en el extremo proximal de la rodilla, para sus tres huesos. En caso de destruirse por completo una epífisis se provocaría una detención del crecimiento y atrofia; la destrucción parcial de la

¹³ Es un libro de proyecciones radiológicas con correlación anatómica que desarrolla información acerca de anatomía general, sistémica y ósea; artrología, terminología sobre la posición radiológica y los principios de posición radiológica.

misma causa anomalías por distorsión durante el crecimiento en la que la extremidad se desvía hacia fuera desde el lado que aún está activo (Vay, 2004)¹⁴.

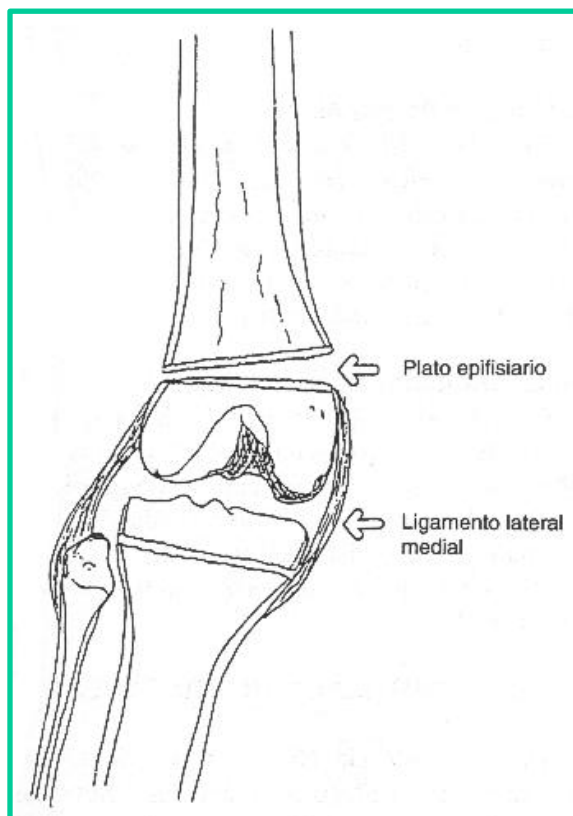
Los cambios patológicos en las zonas de crecimiento pueden estar causados por excesivos esfuerzos del esqueleto debido a que en porcentaje crece de manera muy veloz durante los primeros años de vida y en la pubertad. Es aquí donde radica la importancia de que los entrenamientos deportivos en dichas edades deben ser adecuados utilizando únicamente el propio peso del cuerpo como carga durante el entrenamiento, pudiéndose agregar fuerzas laterales y aparatos especiales únicamente luego de haber finalizado con las etapas puberales (Ahonen, Lahtinen, Sand, Strom, Pogliani, & Wrhed, 2001)¹⁵. Tanto por macro como por micro traumatismos, las evidencias clínicas indican que el cartílago articular en crecimiento se localizan en diferentes sitios durante el desarrollo: la placa epifisaria, la superficie articular y las inserciones apofisiarias de las principales unidades músculo-tendón. Siendo ésta una de las razones por las cuales, se hace más frecuente, que en los menores de 14 años las lesiones traumáticas sean en primer lugar la ruptura de la placa epifisaria, la avulsión ósea y la fractura de los huesos largos, antes que las lesiones ligamentosas, siendo muy inusual la lesión del ligamento cruzado anterior (LCA). La inserción de los Ligamentos Colaterales distales a la epífisis tibial proximal, tienden a proteger el cartílago de crecimiento, siendo la epífisis femoral distal el punto más común de fracturas relacionadas con la rodilla en los deportistas infantiles, cuyo mecanismo de lesión suele resultar de un estrés severo de rotación, generando disturbios para el crecimiento. A pesar de que las fracturas por estrés cerca de la rodilla suelen ser muy raras en el niño, es importante que se tengan en cuenta en el momento de realizar un diagnóstico diferencial, dado que están incluidas dentro de los factores de riesgo por sobreuso (Micheli & Warner, 1989)¹⁶.

¹⁴ En este libro de anatomía y fisiología humana se desarrollan las etapas de crecimiento a nivel óseo desde el comienzo de la vida, durante la gestación.

¹⁵ *Ibíd.* Pagina 6.

¹⁶ Es un artículo de revista dentro de la categoría de prevención y rehabilitación de lesiones, que desarrolla información acerca de las lesiones deportivas en las diferentes articulaciones de niños y adolescentes, incluyendo conocimientos preventivos y de tratamiento de las mismas.

Imagen N°3. Cartílagos de crecimiento aún abiertos en niños.



Fuente: <https://g-se.com/es/prevencion-y-rehabilitacion-de-lesiones/articulos/lesiones-musculo-esqueleticas-en-ninos-y-adolescentes-690>

En los niños y adolescentes suele ser difícil establecer un diagnóstico de las afecciones de la rodilla, debido a que además de ser una de las articulaciones más complejas del cuerpo humano, aparecen dificultades peculiares en el análisis de su sintomatología (Castro & Gonzales, 2002)¹⁷. Desde el punto de vista médico pediátricos menores a los 13 años, con los cuales habitualmente se realiza un abordaje diferente al que se le ofrece a un paciente adulto, considerando, entre otras variables, que gracias a la elevada capacidad elástica que poseen dichos niños, son menos propensos a requerir intervenciones quirúrgicas al sufrir lesiones intraarticulares. Paradójicamente, otro problema a destacar es la minimización de la magnitud del posible daño (Carrera &

¹⁷ Se trata de un estudio de revisión de 241 informes de pacientes en los cuales se realizó una artroscopia de rodilla en un hospital pediátrico de La Habana, Cuba, cuyo rango etario integra pacientes entre 0 y 18 años de edad, estando el mayor número de casos comprendido entre los 10 y 18 años.

Molina, 2008)¹⁸. Por otra parte, se encuentran ciertos mitos acerca de la niñez, entre ellos, que la inmadurez del sistema nervioso disminuye la sensación del dolor, que no necesitan de mucha asistencia para aliviarse reduciéndose la importancia del síntoma cuando hay inflamación, que no son confiables durante la anamnesis por su falta de precisión para describir y localizar el dolor, y que el uso de medicamentos es peligroso por sus efectos adversos, pudiéndolos volver dependientes de los mismos. Los mitos culminan en una problemática social que interfiere en la precoz y correcta atención de estos infantes, siendo el dolor articular una de las causas más frecuentes de morbilidad en la niñez, teniendo mayor incidencia las causas no reumáticas que las de origen reumático (Porrás, 1999)¹⁹. En base a esto podemos afirmar que la elevada frecuencia de alteraciones posturales y articulares en la población infantil no solamente se debe a variables hereditarias, sino que los factores medioambientales y culturales son de gran influencia (Tobar, 2004)²⁰.

Diversas deformaciones biomecánicas en la articulación de la rodilla suelen aparecer en edades de desarrollo y crecimiento (Ramírez, 2007)²¹, durante los inicios de la marcha, el niño tiene la posibilidad del surgimiento de ciertas anomalías rotacionales en fémur y/o tibia vinculadas a un exceso o una insuficiencia de las torsiones fisiológicas de dichos órganos. La caminata normalmente conocida como “con los pies hacia afuera”, se produce por retrotorsión femoral o por una torsión tibial exagerada, la cual puede encontrarse asociada a una antetorsión femoral exagerada. Estas alteraciones suelen ser bilaterales, sin embargo existe la posibilidad de que se manifiesten en forma unilateral (Accadbled, Mansat, & Cahuzar, 2007)²².

¹⁸ Es un estudio realizado en México, con la finalidad de ofrecer una visión basada en la experiencia de profesionales médicos del Hospital Central Sur de Alta Especialidad, en el manejo de los trastornos intraarticulares en pacientes de edades inferiores a los 18 años.

¹⁹ Es un artículo de una revista médica de Costa Rica, que habla de la importancia de realizar una buena evaluación en pacientes pediátricos ante un padecimiento de dolor articular, no solo haciendo un diagnóstico diferencial, sino también considerando el ámbito familiar y social de gran importancia para un correcto abordaje del paciente.

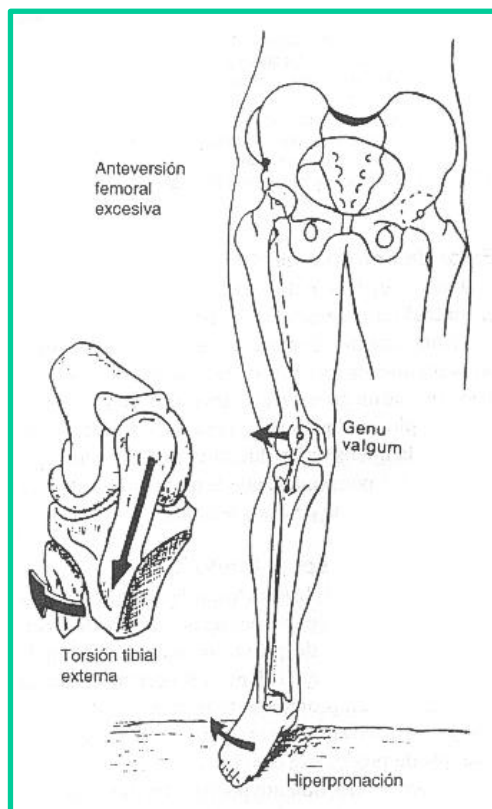
²⁰ En este artículo de revista se manifiestan las alteraciones posturales y articulares presentes con mayor frecuencia en edad escolar, y destaca la importancia de la formación social en relación a la cuestión tratada.

²¹ En el presente artículo de revista se hace una revisión panorámica de los padecimientos de dolor en rodilla por origen no traumático en infantes y adolescentes, sugiriendo además puntos críticos para el diagnóstico diferencial.

²² Es un artículo de revista que explica los tipos de rotaciones anormales que ocurren en los miembros inferiores durante la evolución natural del movimiento con el crecimiento, dando a conocer los casos en los que se indican las osteotomías de desrotación y el tratamiento a lo que esto conlleva.

Denominamos “genuvalgo” a la desviación de las rodillas que se corresponde con la forma “X” en los miembros inferiores, mientras que por el contrario, el llamado “genuvaro” se asocia a tener las piernas en paréntesis o en forma de cero. E ambos casos esta angulación se considera normal hasta los 6 años de edad, si ocurre lo contrario, el niño marchará con torpeza. Es importante que este paciente realice actividad física fortaleciendo los músculos de los MMII y evitando cuadros de obesidad que agravarían notoriamente esta condición (Gordillo, García, Ojeda, Manso, & Valdivieso, 2011)²³.

Imagen N°4. Genu-valgo



En un estudio realizado en 6.050 personas entre 6 y 16 años se obtuvo una incidencia de 33,54% de alteraciones ortopédicas en los miembros inferiores, presentando el mayor índice de prevalencia los adolescentes entre 11 y 13 años, representando en la rodilla una prevalencia ligeramente superior los varones, con un 10,25% en relación a las mujeres, con un porcentaje de 8,06% (Martín, García, caballero, Ojeda, & Suárez, 2007)²⁴.

Fuente: <https://g-se.com/es/prevencion-y-rehabilitacion-de-lesiones/articulos/lesiones-musculo-esqueleticas-en-ninos-y-adolescentes-690>

²³ En este artículo de revista se obtiene una breve revisión de los aspectos más destacados a tener en cuenta desde una perspectiva clínica y en relación a las actividades deportivas de las diferentes alteraciones que sufren los niños a nivel músculo-esquelético durante las etapas de crecimiento.

²⁴ Se trata de un artículo de revista que analiza la prevalencia de las diferentes alteraciones ortopédicas de los miembros inferiores entre los 6 y 16 años de ambos sexos, que realizan actividad deportiva, recibiendo dichos niños luego de la exploración, un informe médico deportivo del centro, club o entrenador responsable.

La deformación biomecánica más frecuente en la rodilla es el genu-valgo, acentuándose en niños hiperlaxos, obesos y en aquellos que tienen pie plano valgo (Ramirez, 2007)²⁵ (Martín, García, caballero, Ojeda, & Suárez, 2007)²⁶, este mal apoyo, se caracteriza por provocar dolor en el compartimento medial de la rodilla en estas edades, agravándose el mismo durante la noche y luego de haber realizado mayores esfuerzos a los habituales durante el día. Por el contrario, el genu-varo, que también suele darse durante la primera infancia, provoca cambios mecánicos que no llegan a ocasionar dolor (Ramirez, 2007)²⁷. Otra de las razones que pueden conducir a un valgo en la rodilla, es la tensión de la banda iliotibial, que se puede deber al normalmente acelerado desarrollo durante la pubertad; en este caso también se puede desviar lateralmente el mecanismo del cuádriceps, culminando en la recurrente subluxación lateral de la rótula o su dislocación. Las desalineaciones anatómicas del genu-valgum y la tibia vara, suelen asociarse en el adolescente corredor con dolor localizado en la región antero lateral de la rodilla (Micheli & Warner, 1989)²⁸. En menor frecuencia al genu-varo, suele acontecer la desviación de rodilla denominada genu-recurvatum (Razo, Cisneros, & Cisneros, 1994)²⁹, la cual consiste en la desviación de la rodilla por detrás de la línea imaginaria que une el vértice del trocánter con el maléolo externo, la línea de Brücke, mientras que en el sujeto correctamente alineado, esta línea pasa por la parte media de la cara lateral de la rodilla. Puede ocasionarse por roturas del LCA. Es importante tener en consideración que en el 75% de los individuos existe una desviación normal que oscila entre 5 y 10 grados (Caballero, García, García, & Santandreu, 1995)³⁰. Es necesario que el kinesiólogo que reciba a un paciente entre 6 y 25 años de edad, con diagnóstico de gonalgia, domine el conocimiento mencionado anteriormente para iniciar una sabia evaluación física.

²⁵ Ibíd. Página 10.

²⁶ ibíd. Página 11.

²⁷ ibíd. Página 10.

²⁸ Ibíd. Página 8.

²⁹ Es un estudio publicado en una revista médica, cuya muestra incluye 48 niños entre 7 y 14 años de edad, en los cuales se analiza la prevalencia de diferentes anomalías musculo esqueléticas durante un examen médico para evaluar su condición física antes de iniciar la práctica deportiva de fútbol soccer.

³⁰ Este artículo de revista formulado por médicos especialistas del servicio de traumatología y cirugía ortopédica del Hospital Insular de Gran Canaria, explica la diferencia biomecánica entre las fases de apoyo durante una marcha normal en comparación a una carrera, destacando la importancia de la correcta alineación de las articulaciones en los miembros inferiores para prevenir futuras lesiones y/o el aumento de la deformidad.

Al recibir un paciente entre 6 y 25 años con dolor de rodilla, al igual que con cualquier otra afección y edad, el terapeuta físico cuenta con una herramienta sutil que le brindara alguna impresión del estado del individuo, ella es: la observación. En segundo lugar comienza la anamnesis, seguida de la evaluación de los signos y síntomas, y la colaboración de la presencia o no de ciertas lesiones con las diferentes maniobras semiológicas (Dileo, 2009)³¹.

La anamnesis deberá incluir todos los datos familiares, personales, patológicos y fisiológicos del paciente, para luego continuar con la profundización del conocimiento en relación al dolor específico. Durante el presente interrogatorio se debe incluir la topografía exacta del sitio de padecimiento, la intensidad del mismo, los factores desencadenantes de éste, si es de predominio diurno o nocturno, si desaparece o disminuye con el reposo, si hay afección de otras articulaciones y del estado general, por ejemplo: fiebre, falta de apetito y/o fatiga (Despotes, Gracia, Castellano, Santana, Bonilla, & Díaz, 2005)³², también se debe incluir el mecanismo de lesión, en caso de que haya habido alguno, y el tiempo de evolución del dolor (Reyes, Rodriguez, & Blanco, 2005)³³. Al continuar con la exploración física, las rodillas deben estar descubiertas de ropa. En bipedestación se evalúa la alineación de las rodillas al soportar la presencia del peso del propio cuerpo, desde un plano frontal se visualiza la presencia o no de varo o valgo, mientras que en un plano lateral se apreciará el recurvatum o flexo (Despotes, Gracia, Castellano, Santana, Bonilla, & Díaz, 2005)³⁴. Se debe analizar la marcha, en la cual el niño con genu varo caminará haciendo una basculación importante hacia los lados de la línea media, comúnmente denominada como marcha tambaleante o marcha de pato (Cruzalegui, 2014)³⁵. Durante esta exploración física es importante inspeccionar toda la extremidad inferior, las alteraciones de la sensibilidad refleja, la presencia de derrames, los cambios de coloración y si hay equimosis y/o edema.

³¹ Este artículo científico publicado en la revista del Colegio de Kinesiólogos de la Provincia de Buenos Aires, hace mención a la importancia de la habilidad manual que posee el profesional kinesiólogo y que lo caracteriza, destacando también a la observación, anamnesis y al diálogo con el paciente en relación a la causa de su necesaria atención.

³² El presente artículo de una revista de Traumatología y cirugía Ortopédica, desarrolla los conceptos fundamentales a tener en cuenta en el momento de realizar una exploración de la rodilla.

³³ En este master universitario en medicina evaluadora de España, se encuentra, en el anexo, una guía de manejo de la patología de rodilla, entre otros datos.

³⁴ *Ibíd.* Página 13.

³⁵ El presente módulo de ciencias biomédicas, de la materia "Medicina del Deporte", desarrolla definición, clasificación, incidencia, cuadro clínico, exploración física, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de diversas anomalías de MMII.

En cuanto a la movilidad de la rodilla, inicialmente, en caso de que haya una rodilla sana, ésta se debe analizar primero para tener un parámetro de comparación con la enferma, investigando en primer lugar de manera activa el arco de movilidad y la fuerza muscular, y luego de forma pasiva, los grados de movilidad articular, la movilidad de la rótula y las rotaciones con la rodilla en flexión (Tapia, 2015)³⁶. Hay que revisar si la flexo-extensión es completa e indolora, esta medición es goniométrica, equivaliendo la extensión completa a 0° y la flexión máxima entre 145° y 160°, según las características propias del paciente (Morelia, 2010)³⁷. Gracias a diversos estudios, se sabe que para realizar la mayoría de las actividades de la vida diaria, es necesario contar con una extensión prácticamente completa y una flexión mínima de 117°. También se debe corroborar si hay presencia de ruidos o crujidos, especialmente en la articulación femoropatelar (Reyes, Rodríguez, & Blanco, 2005)³⁸.

Con respecto a la palpación, ésta no debe generar más que el mínimo dolor para obtener los datos positivos, nuevamente, en caso de que haya una rodilla sana, en primer lugar se elegirá ésta para la palpación, para luego comparar con la enferma, incluyendo la examinación de la carilla posterior de la misma, en el hueco poplíteo, en búsqueda de líquido o tumoraciones, determinando si hay temperatura, comprobando además si hubiera tensión en los ligamentos colaterales (Morelia, 2010)³⁹.

La palpación de puntos dolorosos en los diferentes sitios de la rodilla según su localización confirmará el diagnóstico, u otorgará una sospecha sugestiva del mismo. Es así que la presencia de dolor a la presión sobre la cara interna de la misma, será indicador, en el epicóndilo, de lesión del LLI; en la conocida Pata de Ganso, de los trastornos estáticos; y en la interlínea articular, puede ser de sinovitis y/o lesión del menisco interno.

En caso de que la manifestación del punto doloroso sea sobre cara externa de la articulación, situado en la cabeza peroneal, puede haber lesión del tendón bicipital o del LLE; en el epicóndilo de esta región será indicador de lesión ligamentosa; y en la

³⁶ Es un documento diseñado por una kinesióloga para exponer un concepto global de evaluación de rodilla.

³⁷ En este sitio web, se expone una presentación en Power Point, dictada por un alumno de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, perteneciente a la Facultad de Ciencias médicas y Biológicas, dentro del área de traumatología, cuyo tema de desarrollo son las lesiones de rodilla.

³⁸ *Ibíd.* Página 13.

³⁹ *Ibíd.* Página 14.

interlinea articular, puede estar manifestando nuevamente la presencia de sinovitis y/o lesión, en este caso, del menisco externo.

Por otra parte, la aparición de dolor en la cara anterior de la rodilla, situado en los bordes de la rótula, suelen indicar la presencia de condromalasia; en espacio subrotuliano, generalmente revelan lesiones femoropatetales; y en caso de manifestarse éste en la tuberosidad anterior de la tibia, se puede estar ante un caso de la enfermedad de Osgood-Schlatter (Reyes, Rodríguez, & Blanco, 2005)⁴⁰, principalmente en el rango etario de 10 a 15 años, donde se encuentra la mayor incidencia de la misma (Lizárraga & Villalobos, 2007)⁴¹.

En el momento de palpar la región del hueco poplíteo, se puede revelar dolor paratendinoso y con palpación de un bultoma, lo cual demostrará la presencia de un quiste de Baker.

Se finalizará esta etapa evaluativa habiendo realizado las maniobras correspondientes a la semiología y en relación al dolor que manifieste el paciente.

⁴⁰ Ibíd. Página 13.

⁴¹ En el presente artículo de la revista se describe la historia natural de la enfermedad de Osgood-Schlatter, también conocida como Osteocondritis del Tubérculo Anterior de la Tibia, aportando además criterios de estudio y tratamiento de la misma.

Cuadro N^o1. Maniobras para detectar lesiones en rodilla.

Tejido	Maniobras semiológicas
Ligamentos Laterales	Forzar el varo/valgo con la rodilla en extensión a 0° y con la rodilla en flexión a 30°. La aparición de dolor, con o sin bostezo, es patológica. Si el bostezo es bilateral, puede tratarse de una laxitud. Si es unilateral puede ser patológico.
Ligamentos Cruzados	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Test de Lachman: con el paciente en decúbito supino con la rodilla en flexión de 30°. El explorador fija con una mano el fémur, y con la otra trata de desplazar la tibia en sentido anteroposterior. Si hay desplazamiento anteroposterior se sospecha de la lesión del LCA. ➤ Cajón Anterior: con el paciente en decúbito supino con la rodilla en flexión de 90°. El explorador se sienta sobre el pie inmovilizándolo, y tira con las dos manos del tercio superior de la tibia. Se realiza con el pie en posición neutra, en rotación interna y rotación externa (CAN, CARI, CARE). Si hay desplazamiento es sugestivo de lesión del LCA. ➤ Cajón Posterior: igual al anterior, pero tratando de desplazar la tibia hacia atrás. ➤ Pivot Shift: con el paciente ubicado en decúbito supino, y la rodilla en extensión. Se hace rotación interna y valgo forzado. Si al tratar de flexionar la rodilla se produce un resalte (generalmente hacia los 30°) es sugestivo de lesión del LCA.
Meniscos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Signo de Steiman I: con el paciente en decúbito supino con la rodilla flexionada a 90°. Se gira hacia fuera y dentro alternativamente. Si la rotación interna provoca en la interlínea externa, es sugestivo de la lesión del menisco externo. Si la rotación externa produce dolor en la interlínea articular interna, es sugestivo de la lesión del menisco interno. ➤ Signo de Steiman II: con el paciente en decúbito supino con la rodilla en flexión de 90°. Se busca un punto doloroso en la interlínea y una vez localizado, el examinador procede a extender la rodilla. El desplazamiento hacia adelante del punto doloroso, indica lesión del menisco explorado. El dolor ocasionado por un osteofito o de causa ligamentosa, no se desplaza con los movimientos articulares. ➤ Signo de Apley: se le pide al paciente que se recueste en posición de decúbito prono, se flexiona la rodilla a 90° y se gira la tibia externa e internamente haciendo tracción sobre el pie. Si se produce dolor, es indicador de lesión meniscal. ➤ Signo de Mc Murray: esta prueba permite diagnosticar las lesiones de la porción media y posterior del menisco. Con el paciente en decúbito supino con la cadera y rodilla en flexión máxima, el explorador fija la rodilla y manipula el pie. Para explorar el menisco interno se hace rotación externa del pie y se extiende la rodilla al mismo tiempo. La exploración del menisco externo se hace con la tibia en rotación interna. Cuando hay lesión meniscal se percibe un salto o chasquido en el interior de la rodilla. ➤ Maniobra combinada de Cabot: es una combinación de las pruebas de Steiman y Mc. Murray. Se realiza con el paciente en decúbito supino, con la cadera flexionada a 90° y la rodilla en flexión. Según el menisco que se quiera explorar se hará: <ul style="list-style-type: none"> - Menisco interno: rotación externa con valgo y flexo-extensión de rodilla. - Menisco externo: rotación interna con varo, y flexo-extensión de la rodilla. La aparición de dolor nos orienta sobre la zona meniscal lesionada, de forma que en la flexión máxima habrá una posible afectación del cuerno posterior; en la flexión de 90°, del cuerno medio; y en la extensión, del cuerno anterior.
Rótula	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Signo de Zöhlen: se coloca la mano por encima del polo superior de la rótula y se le pide al paciente que contraiga el cuádriceps. Si se produce dolor, orienta al terapeuta hacia la patología cartilaginosa, como es el caso de la condromalasia rotuliana. ➤ Maniobra de Aprensión de Smillie: se presiona la rótula por su cara interna tratando de desplazarla lateralmente al mismo tiempo que se le pide al paciente que flexione la rodilla. Si se produce dolor será indicador que hay una lesión del cartilago.

Fuente: Adaptado de datos extraídos de http://es.slideshare.net/drhumberto/rodilla-traumatica-30598134?next_slideshow=1

El diseño metodológico del presente proyecto de investigación es no experimental, debido a que su realización no requiere de la manipulación deliberada de variables sino que se basa en la observación de fenómenos tal como presentan en la realidad.

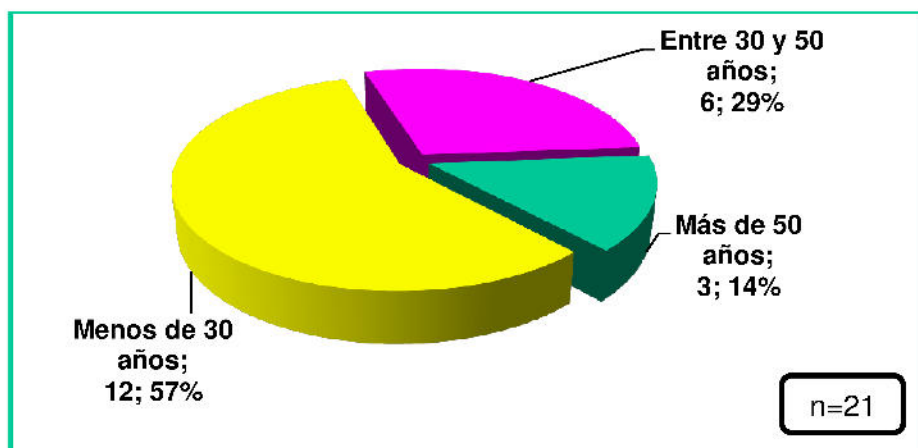
Según el periodo y la secuencia de estudio, esta investigación presenta un diseño transversal, debido a que las variables se estudian simultáneamente en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

Según el análisis y el alcance de los resultados, ésta es una investigación descriptiva, ya que intenta brindar una buena percepción del funcionamiento de un fenómeno y de la manera en la que se comportan las variables; describiendo estos sucesos ocurridos en su medio natural, brindando una información preferentemente cualitativa.

La unidad muestral de la presente investigación fue constituida por 21 licenciados en kinesiología, a los cuales se los analizó en dos fases. En la primera se utilizó la encuesta como instrumento, cuya información no fue definida hasta haber concretado la segunda fase, donde se realizó la observación de la anamnesis y evaluación de un paciente que ingresaba con diagnóstico de gonalgia, sin cirugía previa y con una edad que rondaba entre los 6 y 25 años. De esta forma se pudo conocer de manera más fehaciente a los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para luego analizarlos.

Respecto a la edad, el rango se encuentra entre los 24 y 74 años con una media de 35 años

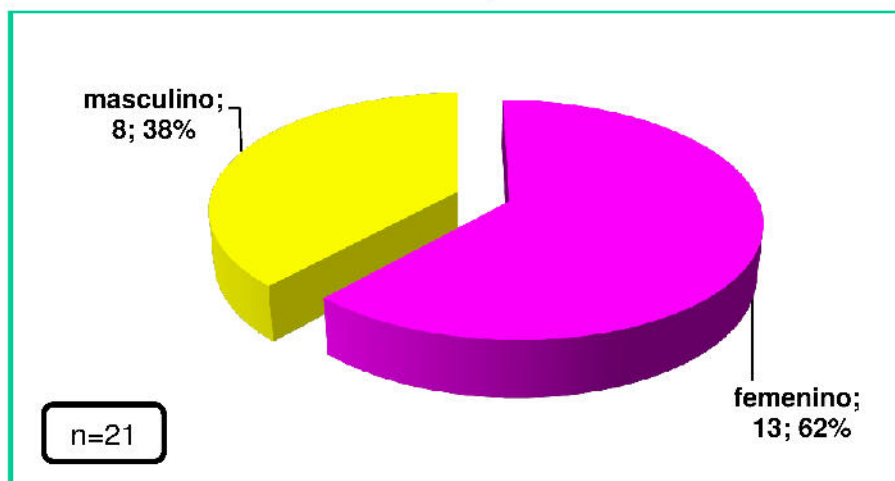
Gráfico N°1. Distribución etárea.



Fuente de datos propia

Los rangos etarios oscilaron, en mayor proporción, en edades inferiores a los 30 años.

Gráfico N°2. Distribución por sexo.



Fuente de datos propia

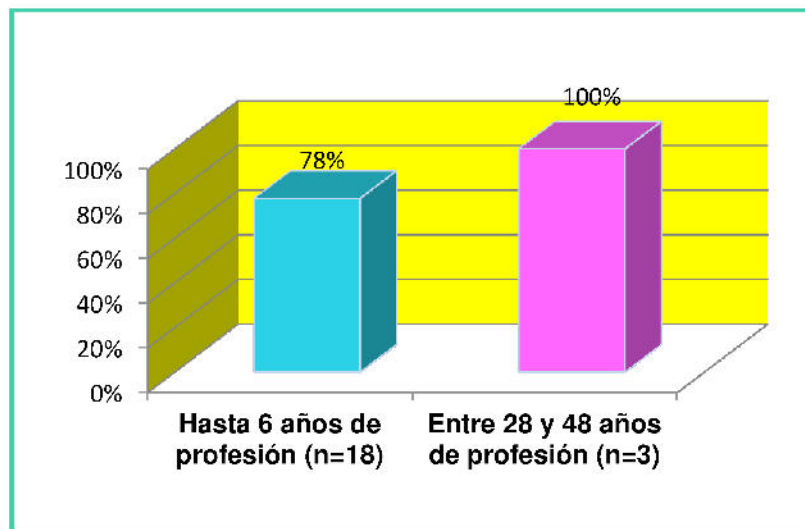
En cuanto al género, se analizó una proporción levemente mayor de mujeres.

Al analizar el tiempo de ejercicio profesional, se observó que 13 Licenciados, correspondiéndose con el 62% en relación a la totalidad, tuvieron entre 6 meses y 3 años de práctica profesional, mientras que 5 de ellos, el 24%, tenían entre 4 y 6 años de antigüedad en la misma, y solamente 3 de ellos, es decir el 14% presentaron una antigüedad mayor a los 25 años de trabajo en el área.

Para cumplir con el objetivo específico de determinar si hay una relación entre la antigüedad del ejercicio profesional y la cantidad de variables que se contemplan durante la anamnesis, y dada la amplia discrepancia que manifiestan las unidades muestrales en cuanto al tiempo de practica laboral, se decidió segmentar a la muestra en dos grandes grupos comparativos: aquel que tiene hasta 6 años de profesión, cuya muestra se constituye por 18 kinesiólogos (n), y un segundo grupo formado por Licenciados que llevan entre 28 y 48 años de profesión, cuyo "n" es 3.

En cuanto a la proporción de profesionales que realizaron registro, el estudio reveló que la totalidad de los kinesiólogos cuya trayectoria laboral oscila entre los 28-48 años de profesión detallan el mismo, mientras que hubo casos dentro del grupo de licenciados que tienen hasta 6 años de ejercicio profesional, que únicamente anotaban los datos personales-administrativos y el tratamiento a ejecutar, excluyendo la fijación por escrito de la información recolectada en función a las preguntas formuladas durante la anamnesis y brindadas por el conjunto de acciones evaluativas plasmadas.

Gráfico N°3. Resultados con respecto a los kinesiólogos que realizan registros por escrito.



Fuente de datos propia

En cuanto a la anamnesis, la totalidad de los profesionales estudiados preguntaron la edad y prestaron atención al diagnóstico médico. Ninguno de ellos preguntó nada semejante acerca de la existencia de antecedentes toxicológicos, habiendo quienes hicieron la aclaración de que no les parecía pertinente conocer dicha información dado el tipo de patología a tratar.

En cuanto a las preguntas en relación al padecimiento de alguna enfermedad, los trastornos del sueño y si esta persona estudiaba, se observa que los profesionales de mayor antigüedad en la misma realizan estos interrogatorios, mientras que aquellos profesionales de hasta 6 años de profesión lo hacen en menor cantidad de casos. Con respecto a los antecedentes familiares, farmacológicos, el tiempo de antigüedad laboral y la presencia/ausencia de pausas durante el trabajo, los kinesiólogos de pocos años de profesión realizan dichas preguntas en una proporción mucho menor, comparativamente al otro grupo. En relación a los antecedentes traumáticos, oncológicos, el tipo de trabajo y las horas diarias de trabajo; ambos grupos se asemejan en cuanto a las proporciones resultantes.

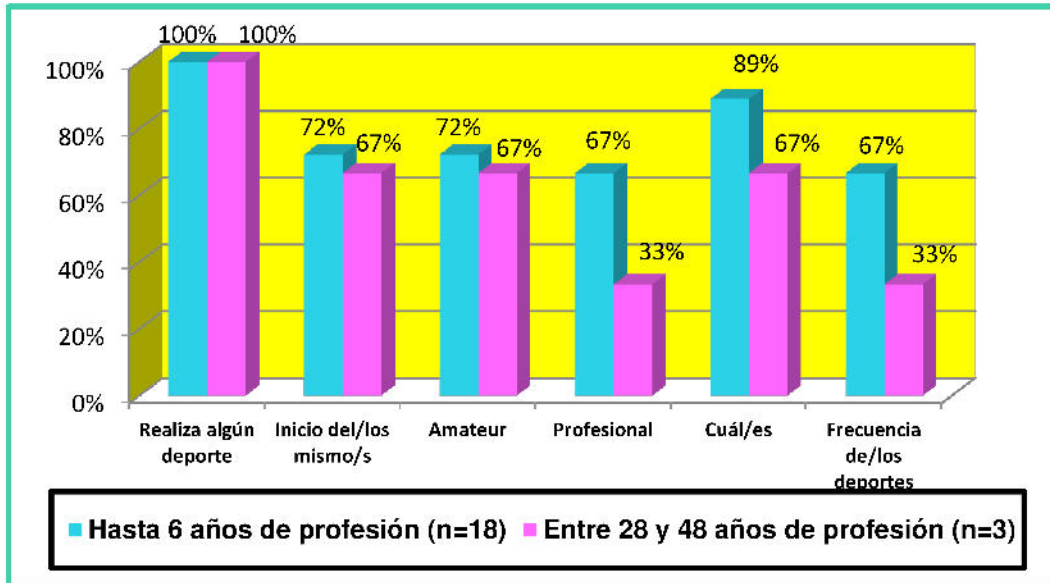
Los valores obtenidos se observan en detalle en la tabla y gráficos que se presentan a continuación:

Tabla N°1. Inicio de anamnesis.

PREGUNTAS REALIZADAS DURANTE LA ANAMNESIS	HASTA 6 AÑOS DE PROFESION		ENTRE 28 Y 48 AÑOS DE PROFESION	
Padecimiento de alguna enfermedad	12	67%	3	100%
Antecedentes familiares	4	22%	2	67%
Antecedentes traumáticos	11	61%	2	67%
Antecedentes farmacológicos	3	17%	0	0%
Si esta persona fuma	3	17%	0	0%
Antecedentes oncológicos	14	78%	2	67%
Alteraciones del apetito	1	6%	1	33%
Trastornos del sueño	8	44%	3	100%
Tipo de trabajo	15	83%	2	67%
Horas diarias de trabajo	11	61%	2	67%
Tiempo de antigüedad laboral	9	50%	2	67%
Presencia/ausencia de pausas durante el trabajo	5	28%	2	67%
Estudio	14	78%	3	100%

Fuente de datos propia

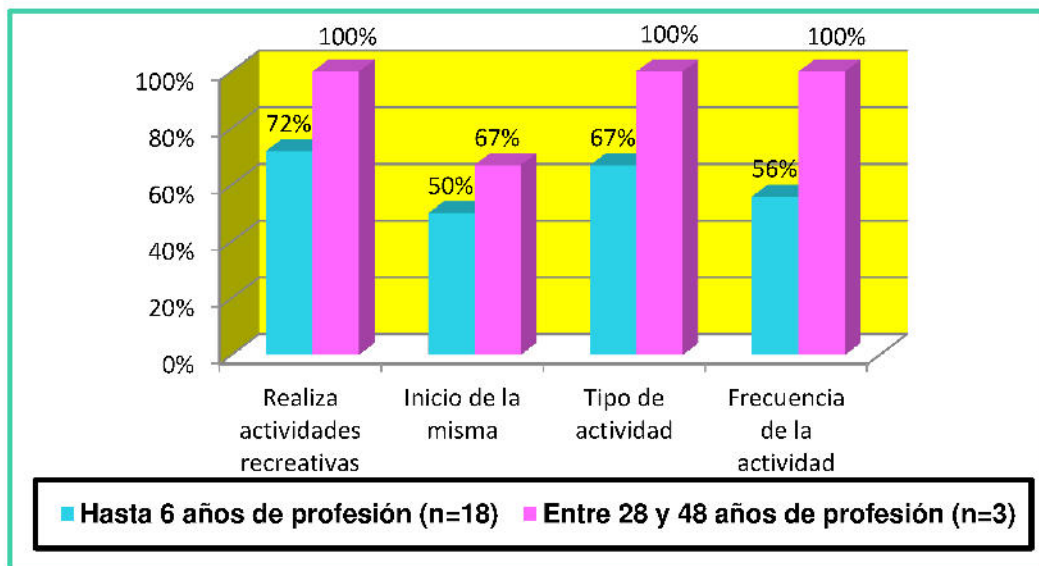
Grafico N°4. Anamnesis vinculada a las actividades deportivas.



Fuente de datos propia

La totalidad de la muestra preguntó al paciente acerca de la realización de algún deporte. El resto de las preguntas a cuestionar presentaron porcentajes mayoritariamente elevados.

Grafico N°5. Actividades recreativas.



Fuente de datos propia

En cuanto a las actividades recreativas, el grupo de mayor tiempo de ejercicio laboral se destacó por otorgarle más importancia a la realización de actividades recreativas.

Con respecto a los aspectos que dichos profesionales consideran en relación al dolor, los datos revelan que la totalidad de la muestra pregunta cuándo fue el inicio del dolor y que la totalidad de los kinesiólogos pertenecientes al grupo entre 28 y 48 años de profesión incluyen durante la anamnesis cuestionamientos acerca del

- ✓ mecanismo de lesión,
- ✓ la topografía del dolor,
- ✓ el momento del día en que hay más dolor,
- ✓ la presencia de dolor en movimiento y/o en reposo,
- ✓ si el dolor es de tipo irradiado,
- ✓ específico,
- ✓ punzante o
- ✓ quemante.

Mientras que los resultados obtenidos en el grupo de hasta 6 años de ejercicio profesional hay variaciones porcentuales:

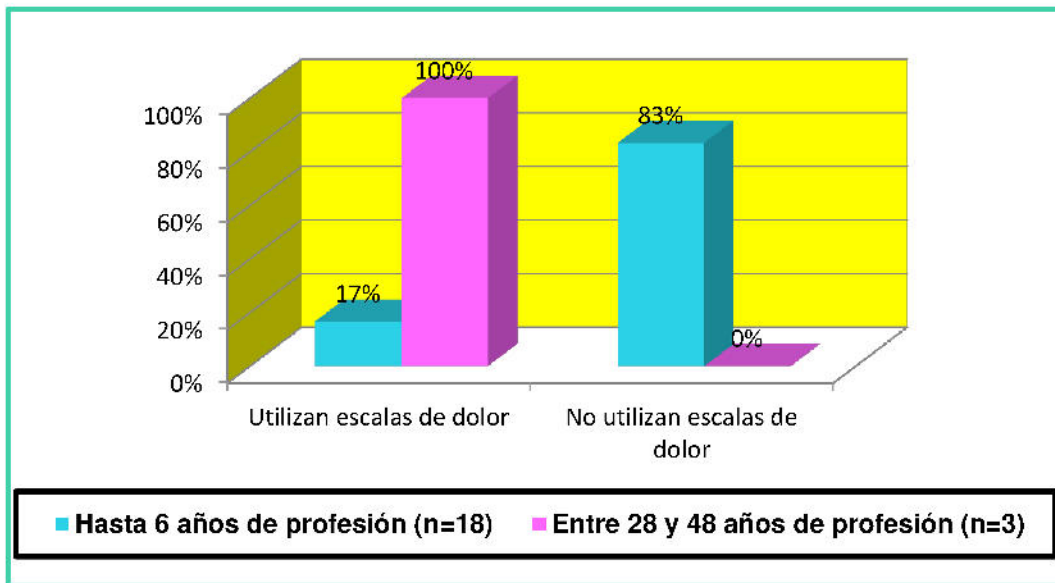
Tabla N°2. Resultados vinculados a la anamnesis acerca del dolor.

ANAMNESIS DEL DOLOR	HASTA 6 AÑOS DE PROFESION		ENTRE 28-48 AÑOS DE PROFESION	
Inicio del dolor	18	100%	100%	
Mecanismo de lesión	17	94%		
Topografía del dolor	17	94%		
Momento del día en que hay más dolor	10	56%		
Presencia del dolor en movimiento	10	56%		
Presencia de dolor en reposo	10	56%		
Posición/es en que aparece y/o se intensifica el dolor	11	61%	1	33%
Irradiado	10	56%	100%	
Específico	10	56%		
Punzante	7	39%		
Quemante	5	28%		
Sordo	4	22%	2	67%

Fuente de datos propia

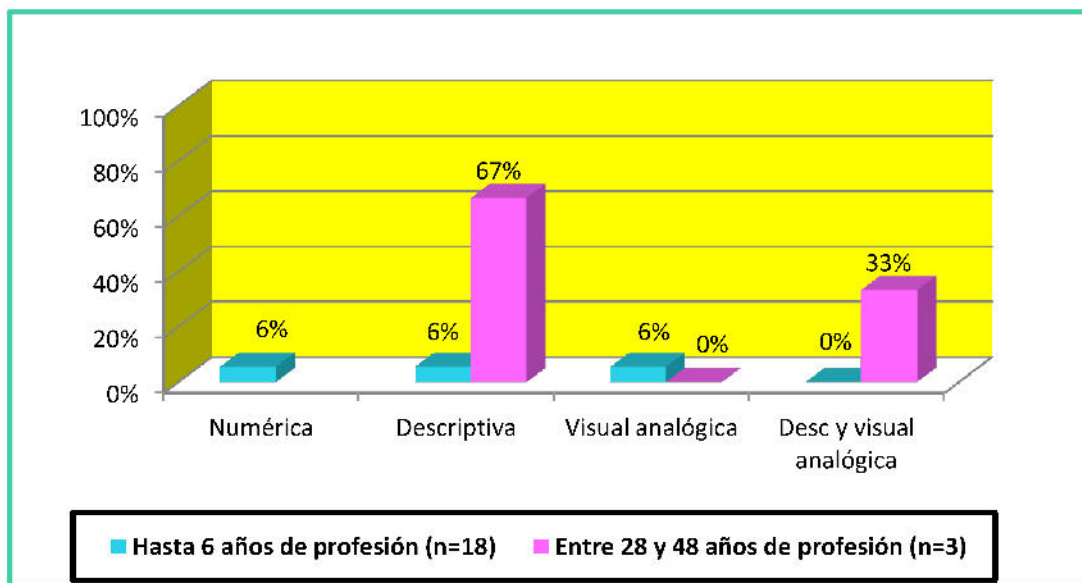
La totalidad de Licenciados entre 28 y 48 años de profesión utilizaron escalas de dolor durante la evaluación, a diferencia del otro grupo, cuyo uso de las mismas fue muy inferior.

Gráfico N°6. Utilización de las escalas para detectar el grado de dolor.



Fuente de datos propia

Gráfico N°7. Detalles acerca de las escalas de dolor utilizadas.

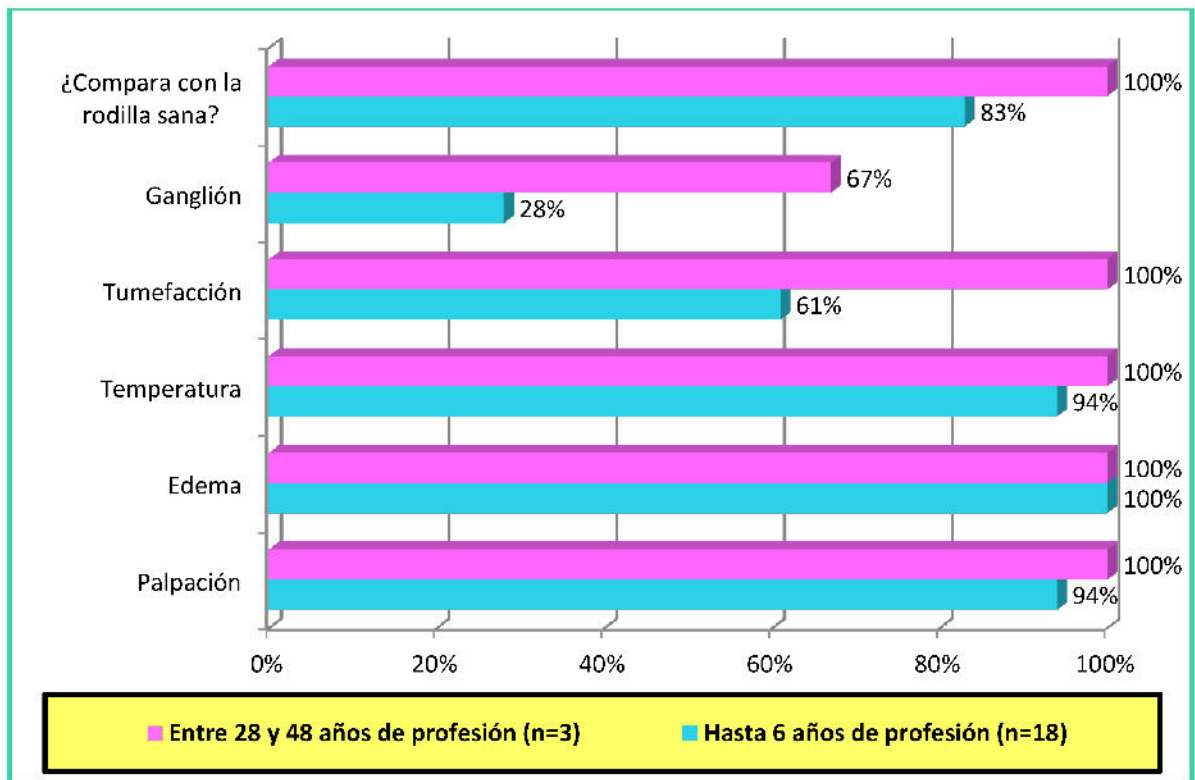


Fuente de datos propia

Valores hallados dentro de las escalas de dolor utilizadas. Ninguno de los profesionales utilizó el cuestionario de Mc Gill para analizar la intensidad del dolor.

Considerando que la palpación es un método para realizar una exploración física a partir de la sensación que se produce en los dedos y/o manos del que la realiza, quiero aclarar, dado los valores que se presentan a continuación, que hubo un caso donde el profesional únicamente tocó la zona afectada para saber si había temperatura y no fue considerado como palpación, sin embargo, sí se le atribuyó la exploración de la temperatura como valedera.

Grafico N°8. Evaluación visual y manual de la rodilla afectada.

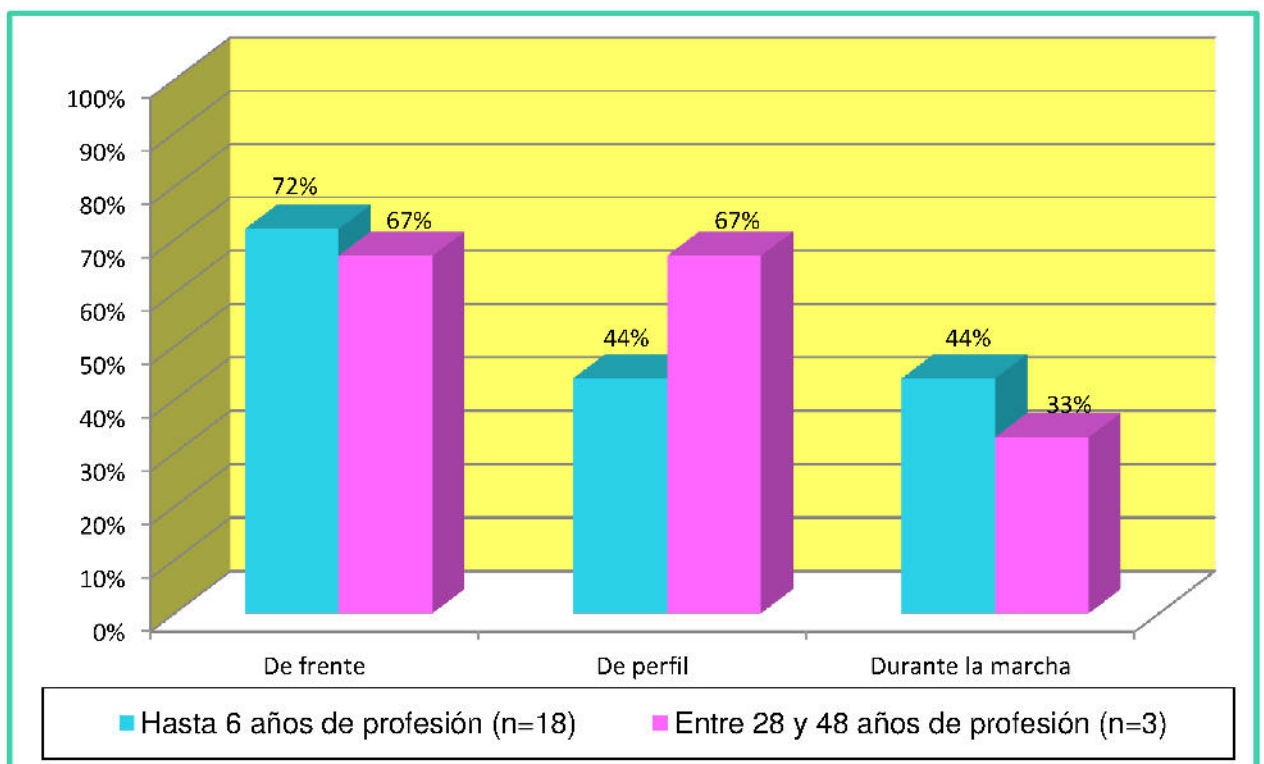


Fuente de datos propia

Se visualiza una mayor exploración palpatoria en los profesionales de mayor antigüedad, destacando además como menos significativo para ambos grupos, la palpación de presencia/ausencia de un ganglión en la rodilla afectada.

En cuanto al análisis biomecánico de dichos pacientes, es importante aclarar que el análisis reveló que ninguno de los profesionales, en su totalidad muestral, evalúa la actitud postural con plomada, y que aquellos que se interesaban por captar una visión de la misma, lo hacían a modo de "plomada imaginaria", pero sin la formalidad de una inspección física, sino que, en una simple observación durante el ingreso del paciente y en el transcurso de la sesión. Los valores obtenidos en cuanto a la evaluación de las rodillas con descarga de peso son los siguientes:

Grafico N°9. Aspectos biomecánicos de las rodillas.

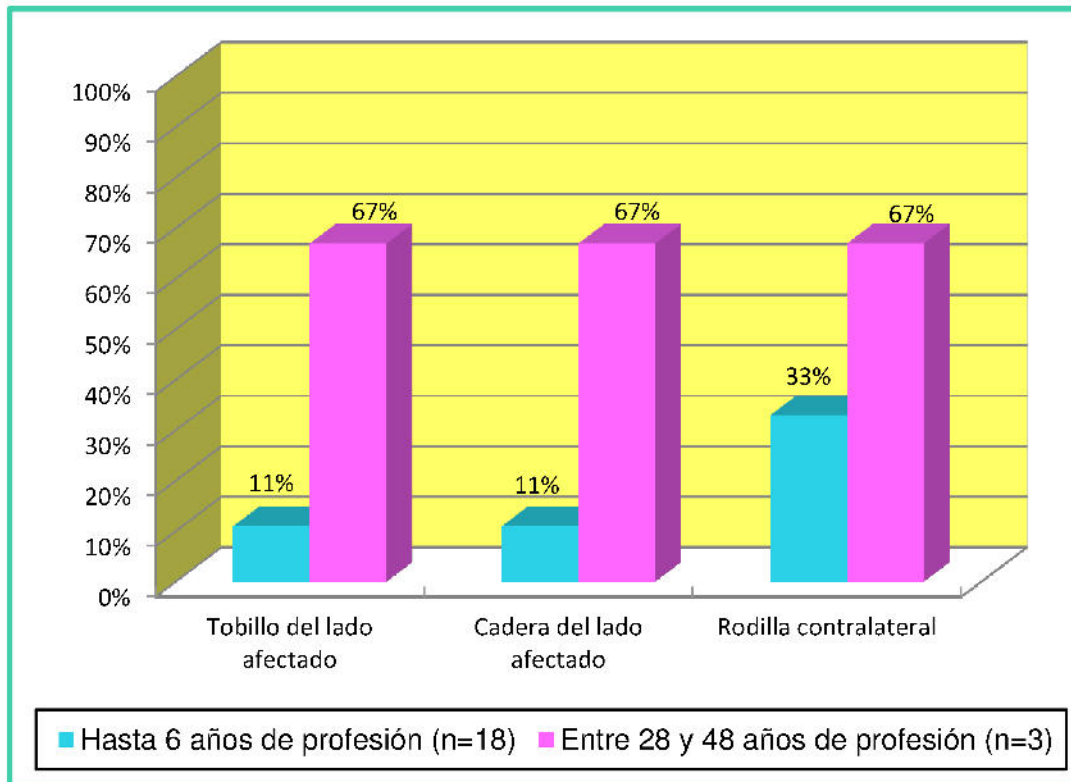


Fuente de datos propia

Prácticamente la totalidad de la muestra realizó la exploración con ambas rodillas descubiertas (solamente un joven profesional no lo hizo), sin embargo cabe destacar que al realizarse la observación de la anamnesis en verano, muchos de los pacientes concurren al consultorio con pantalón corto, con lo cual no se logró detectar con mayor precisión el análisis de esta variable.

Con respecto a la evaluación de las articulaciones contiguas, se obtuvieron los siguientes resultados:

Grafico N°10. Evaluación de articulaciones contiguas.

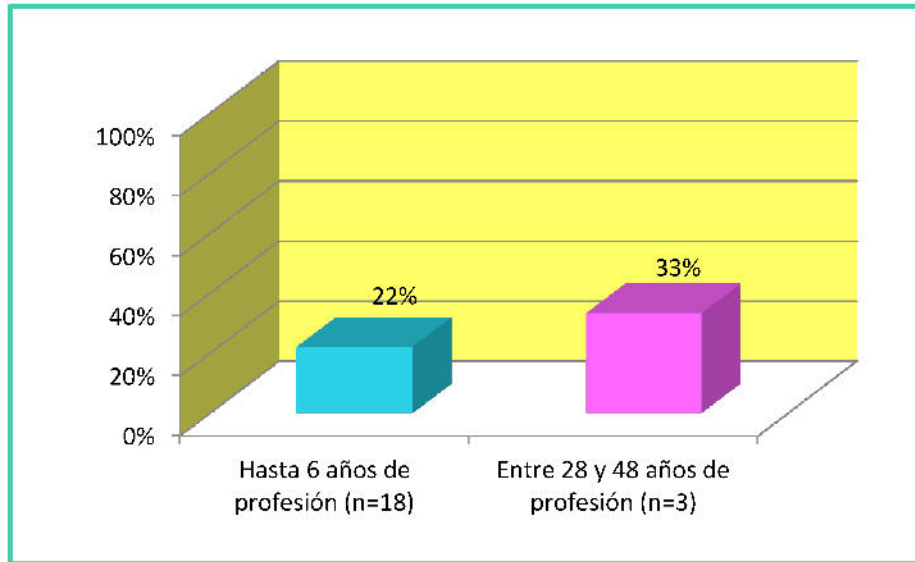


Fuente de datos propia

Los profesionales que realizaron dicha evaluación, registraron correctamente la información obtenida.

Dentro del análisis semiológico, a continuación se visualiza el gráfico del porcentaje de profesionales que realizaron maniobras:

Grafico N°11. Maniobras semiológicas.



Fuente de datos propia

Tabla N°3. Maniobras semiológicas.

Maniobras realizadas	Hasta 6 años de profesión	Entre 28 y 48 años de profesión
Signo de Apley		✓
Signo de Steiman I		✓
Signo de Steiman II		✓
Test de Lachman		✓
Test de cajón anterior	✓	✓
Test de cajón posterior	✓	✓
Bostezo lateral	✓	✓

Fuente de datos propia

Las maniobras no realizadas fueron:

- El Signo de Mc Murray, que permite diagnosticar las lesiones de la porción media y posterior del menisco.
- La Maniobra Combinada de Cabot, que es una combinación de las pruebas de Steiman y Mc. Murray para evaluar a los meniscos.
- La Maniobra de Aprensión de Smilie, que sirve para conocer si hay lesión cartilaginosa manipulando la rótula.
- Y el signo de Zölen, también utilizada para detectar patologías cartilagosas a nivel de la patela.

En cuanto a la sensibilidad refleja patelar, únicamente un kinesiólogo perteneciente al grupo de mayor antigüedad laboral, realizó la exploración, de una manera natural y práctica, sin haber utilizado el martillo, sino que utilizó su propia mano y obtuvo la respuesta refleja.

Ninguno de los profesionales realizó medición goniométrica de la articulación de la rodilla, y durante la entrevista, algunos dijeron medir los grados articulares “a ojo” y otros expresaron no contar con un goniómetro en el consultorio para trabajar.

Imagen N. 1 Goniómetro.



Fuente: <http://spanish.alibaba.com/product-gs/medical-goniometer-349784537.html>

La evaluación de la fuerza muscular demostró que en un porcentaje muy similar, ambos grupos evalúan cuádriceps y aductores en su conjunto.

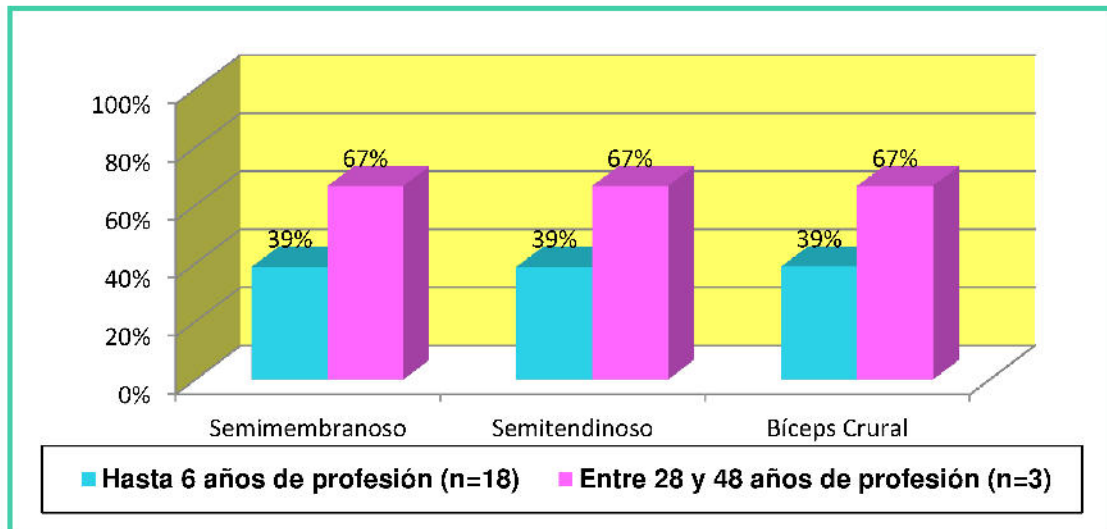
Tabla N°4. Evaluación de la fuerza muscular.

FUERZA MUSCULAR	HASTA 6 AÑOS DE PROFESION		ENTRE 28 Y 48 AÑOS DE PROFESION	
	Nº	%	Nº	%
Vasto Interno	11	61%	2	67%
Vasto Externo	11	61%	2	67%
Recto Anterior	11	61%	2	67%
Crural	11	61%	2	67%
Aductor Mayor	4	22%	1	33%
Aductor Mediano	4	22%	1	33%
Aductor Menor	4	22%	1	33%

Fuente de datos propia

Sin embargo en cuanto la evaluación de los músculos isquiotibiales se observan diferencias entre ambos grupos, como se visualiza en el siguiente gráfico:

Grafico N°12. Evaluación de los musculos isquiosurales.



Fuente de datos propia

Solamente 4 kinesiólogos de pocos años de ejercicio profesional evaluaron al músculo Tensor de la Fascia Lata, mientras que uno de ellos también evaluó a los músculos Tibial Anterior, Peróneo Lateral Largo, Peróneo Lateral Corto y Peróneo Anterior.

Los músculos que no fueron evaluados, pertenecientes al análisis, fueron:

- el Sartorio;
- el Pectíneo;
- el Recto interno o Gracilis;
- el Popliteo;
- el Extensor común de los dedos;
- y el Extensor propio del dedo gordo.

En la evaluación de la flexibilidad muscular, los valores resultantes fueron aún más bajos que los hallados en el examen de fuerza. En la siguiente tabla, se visualizan los grupos musculares analizados en mayor proporción, en relación a la totalidad:

Tabla N°5. Evaluación de la flexibilidad muscular.

ESTIRAMIENTO MUSCULAR	HASTA 6 AÑOS DE PROFESION		ENTRE 28 Y 48 AÑOS DE PROFESION	
	Nº	%	Nº	%
Tensor de la Fascia Lata	3	17%	1	33%
Vasto Interno	4	22%	1	33%
Vasto Externo	4	22%	1	33%
Recto Anterior	4	22%	1	33%
Crural	4	22%	1	33%
Aductor Mayor	2	11%	1	33%
Aductor Mediano	2	11%	1	33%
Aductor Menor	2	11%	1	33%
Poplíteo	2	11%	1	33%
Semimembranoso	7	39%	2	67%
Semitendinoso	7	39%	2	67%
Bíceps Crural	7	39%	2	67%

Fuente de datos propia

Las evaluaciones se realizaron por grupos de músculos: abductores, cuádriceps, aductores, isquiotibiales y la maniobra del músculo poplíteo.

Solamente un kinesiólogo perteneciente al grupo de hasta 6 años de ejercicio profesional, realizó la evaluación de la flexibilidad de los músculos:

- Tibial anterior;
- Extensor común de los dedos;
- Extensor propio del dedo gordo;
- Peroneo lateral largo;
- Peroneo lateral corto; y
- Peroneo anterior.

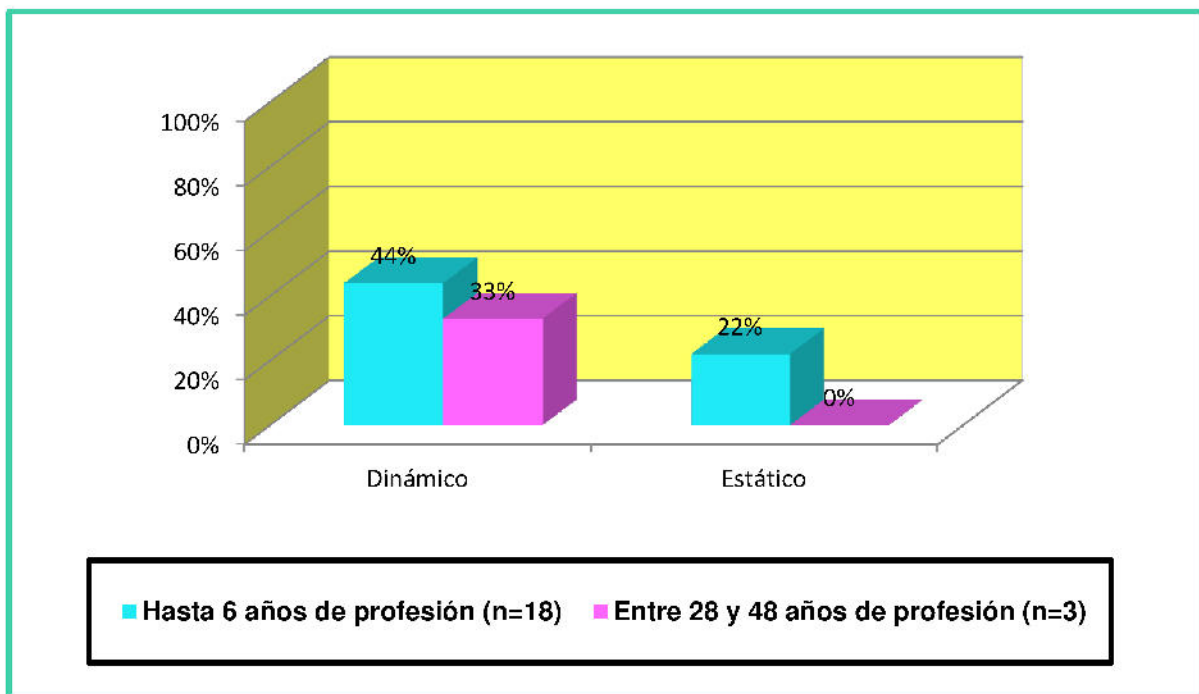
La totalidad no evaluó a los músculos Sartorio, Pectíneo y Recto interno o Gracilis.

Tanto en la evaluación muscular de fuerza como de flexibilidad, se detectó la ausencia del registro de los datos obtenidos.

En lo que respecta a la evaluación del equilibrio, en todos los casos que la misma fue realizada, ocurrió en situación de comienzo de ejercicios luego de haber realizado el tratamiento con fisioterapia.

Por otra parte, es importante destacar que esta información no quedó registrada en la ficha kinésica.

Gráfico N°13. Evaluación del equilibrio.

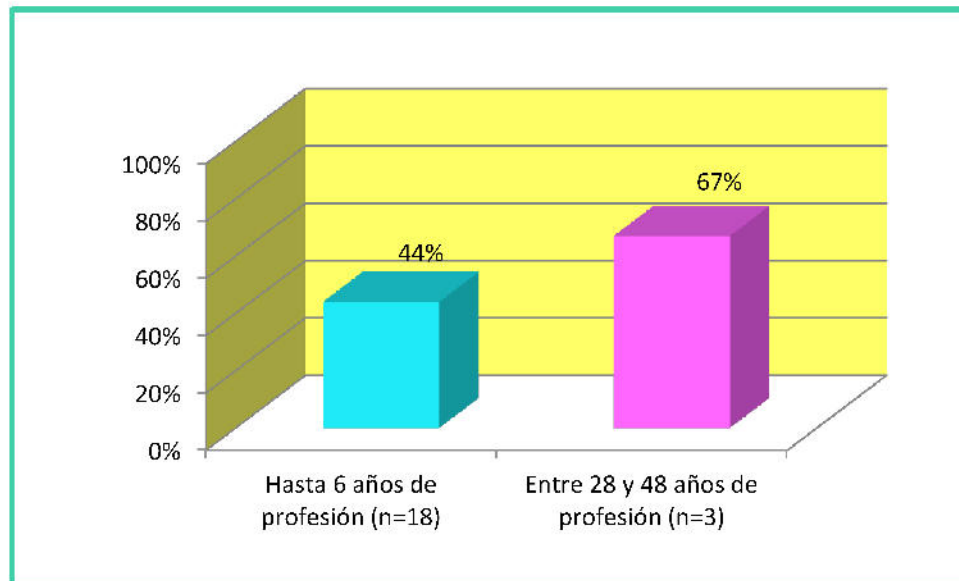


Fuente de datos propia

En cuanto a la evaluación de la propiocepción, al igual que ocurrió con la del equilibrio, se manifestó una observación de la misma durante la enseñanza de los ejercicios, donde en todos los casos en que se presentó dicha circunstancia, fueron realizados luego de la fisioterapia.

La estaestesia ⁴² fue el único aspecto que tuvo una participación clara de observación por parte del profesional como para detectar su correcto funcionamiento o disfunción.

Grafico N°14. Evaluación de la propiocepción. Estaestesia.

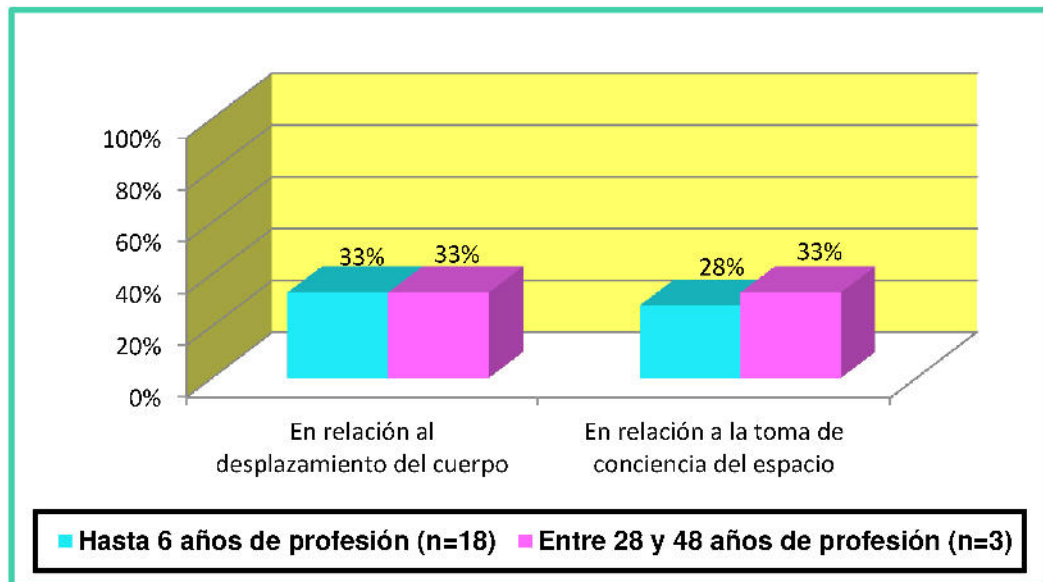


Fuente de datos propia

Los profesionales no se dedicaron, en esta primera sesión, a evaluar la conciencia del movimiento y aceleración, denominada "cenestesia", ni tampoco las actividades efectoras de respuesta refleja y regulación del tono muscular; exceptuando al único kinesiólogo que detectó el reflejo rotuliano de su paciente. Los Licenciados que buscaron conocer la representación del propio esquema corporal que posee el paciente, lo hicieron en relación al desplazamiento del cuerpo y en relación a la conciencia del espacio, sin ninguno haber evaluado al esquema corporal en relación al conocimiento corporal. Dicha búsqueda no fue directa, sino que se vinculó de manera indirecta a la observación del profesional en el grado de facilidad o por el contrario de dificultad que sus pacientes manifestaron en relación al aprendizaje de los ejercicios luego de sus comandos verbales, o las demostraciones de lo que se les pedía, tanto en camilla como en el gimnasio y frente al espejo.

⁴² Conciencia de la posición articular estática.

Grafico N.15 Esquema corporal.



Fuente de datos propia

Ninguno de los kinesiólogos realizó algún tipo de cuestionario preestablecido de las actividades de la vida diaria, tales como son la escala de Barthel, y el cuestionario de la salud de Standford (HAQ), lo cual no descarta que en general hacían preguntas acerca de las dificultades que tenían durante el desempeño de sus actividades normales, incluyendo higiene, alimentación, vestimenta y demás.

Por otro lado, tampoco hubo profesionales que incluyeran una imagen en su ficha kinésica para señalar las zonas de dolor, y aproximadamente la mitad de la muestra las incluiría.

La presente investigación, fue destinada a determinar cuáles son los aspectos evaluados y el tipo de registro que realiza el kinesiólogo durante el ingreso de los pacientes con diagnóstico de “gonalgia”, sin cirugía previa, para la designación de un tratamiento específico en un rango etario comprendido entre los 6 y los 25 años, en la ciudad de Mar del Plata. Al mismo tiempo, se estableció como objetivo específico principal, determinar si hay una relación entre la antigüedad del ejercicio profesional y la cantidad de variables que se contemplan durante la anamnesis.

Se contemplaron notorias diferencias entre los dos grupos en los que se segmentó la muestra, destacándose por su mejor y más completo criterio evaluativo, el conjunto de los kinesiólogos de mayor antigüedad en el ejercicio de la profesión; de los cuales es importante destacar que poseían mayor libertad laboral dado que los lugares de donde se extrajo la muestra eran propios, mientras que los licenciados más jóvenes debían cumplir con horarios más limitados a la hora de realizar la evaluación; también vinculados al sistema de atención de hasta 2 ó 3 pacientes en el mismo horario.

Con respecto al tipo de registro que utilizan durante la anamnesis, la mayoría recurre a la elaboración de una ficha personal, realizada manualmente, que se corresponde con el registro administrativo del paciente, donde se plasman, además los tratamientos que se realizan por sesión. Es importante destacar que hubo un porcentaje pequeño de profesionales que decidieron no realizar ningún escrito de la información que brindaban estos pacientes durante esta primera sesión, correspondiéndose en todos los casos a profesionales de hasta 6 años de ejercicio laboral. Sin embargo, dado que en todos los casos se dejó por escrito el tratamiento a realizar, podríamos concluir que se otorga mayor importancia al registro del tratamiento que al registro de la anamnesis.

Con respecto al objetivo que implicó identificar criterios goniométricos, biomecánicos y de valoración muscular y refleja que utiliza el kinesiólogo durante esta primera sesión; es sustancial destacar que en la muestra completa integrada por 21 licenciados en kinesiólogía, ninguno de ellos utilizó el goniómetro, de hecho, en aproximadamente la mitad de los casos, los profesionales expresaron no poseer un goniómetro en el consultorio como herramienta de trabajo y también dijeron calcular los grados articulares “a ojo” en los casos en los que lo consideraban necesarios. Esto resulta ser revelador. En relación a los criterios biomecánicos, también se destaca la ausencia de una variable a utilizar, en su modo formal, que es la plomada. Todos los kinesiólogos la conocen y en numerosas investigaciones del ámbito de la rehabilitación, donde la postura cumple un papel primordial, la plomada es una de las herramientas más utilizadas para su medición.

Es aquí donde nuevamente se manifiesta la falta de objetividad en la evaluación de variables que son potencialmente medibles, de dichos pacientes, para su posterior registro. Los profesionales observados que analizaron aspectos biomecánicos y posturales, lo hicieron también “a ojo”. En cuanto a la valoración muscular, tanto para conocer la fuerza como para conocer la flexibilidad, tampoco hubo un registro de valores ni la utilización de escalas de medición, sino que se realizó con naturalidad durante la designación de ejercicios. Finalmente, en relación a los criterios reflejos, la investigación demostró que en la patología analizada, durante el momento de anamnesis solamente un profesional realizó la evaluación del reflejo patelar con confianza, concluyendo que es una de las variables, en estos casos, menos analizada.

Los criterios mayormente contemplados durante la anamnesis se analizaron en detalle en el capítulo 3, de todos modos, a grandes rasgos, se observó una anamnesis rica en contenido en todos los casos, otorgándole gran importancia a las preguntas relacionadas a las actividades realizadas por el paciente, tanto deportivo como recreativo y a las vinculadas al dolor. En prácticamente todos los casos se realizó la palpación con criterio de la zona afectada. Si bien la evaluación postural no fue la formalmente esperada, se efectivizó la realización de la misma y la evaluación muscular se hizo por grandes grupos musculares.

Los criterios menormente contemplados fueron la utilización de escalas de dolor, la realización de maniobras semiológicas, la evaluación refleja patelar, del equilibrio, de la propiocepción y del esquema corporal. Y por otra parte, ninguno incluía una imagen en la ficha de registro para señalar las zonas de dolor.

Es de calidad destacar, que gran parte de la información obtenida por los profesionales durante este primer encuentro con el paciente, no fue figurada por escrito en la ficha. Esto es de suma importancia dado que, es una realidad sabida que, para obtener mayor campo de posibilidades de investigación, los registros formales y con datos medidos con las herramientas correspondientes, permite un mayor campo de posibilidades de obtención de conocimientos varios a los profesionales de las diferentes áreas de la salud. Esta investigación queda abierta para continuar profundizando y ampliando la información sobre el tema. Investigar acerca de la importancia que tienen las variables menos examinadas en casos como los analizados; o bien los factores que pueden llegar a influir a los kinesiólogos en la toma de decisiones de la elección de variables a evaluar y por qué hay datos de los que guardan registro y otros de los que no lo hacen.

Bibliografía

- Accadbled, Mansat, & Cahuzar. (2007). Anomalías rotacionales de los miembros inferiores en niños. *ScienceDirect*, 1-14.
- Ahonen, Lahtinen, Sand, Strom, Pogliani, & Wrhed. (2001). *Kinesiología y Anatomía aplicada a la actividad física*. Barcelona: Paidotribo.
- Bontrager, & Lampignano. (2010). *Proyecciones radiológicas con correlacion anatomica*. Barcelona: Elsevier Mosby.
- Caballero, R., García, N., García, G., & Santandreu. (1995). Biomecánica del movimiento humano y de las destrezas motoras: Introduccion al estudio de la marcha humana normal. *IX Jornadas de Traumatología y cirugía ortopédica*, 67-76.
- Carrera, & Molina. (2008). Correlación clínico-artroscópica en lesiones de rodilla en pacientes pediátricos. *Medigraphic Artemisa en línea*, 180-188.
- Castro, & Gonzales. (2002). Las lesiones intraarticulares de la rodilla evaluadas por artroscopia, su relación con la clínica y la imagenología. *Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología*.
- Cruzalegui, S. (2014). *Manual de Rehabilitacion Física Deportiva*. ITSON Educar para Tracender.
- Despotes, F., Gracia, N., Castellano, O., Santana, R., Bonilla, C., & Díaz, S. (2005). Exploración de la rodilla. *III Jornadas Canarias de Traumatología y Cirugía Ortopédica*, 70-72.
- Dileo. (2009). Habilidades Manuales. *Colegio de Kinesiólogos de la Provincia de Buenos Aires*, 23-24.
- Espinosa Urrutia, E. (2007). La rodilla en desarrollo. *Medigraphic artemisa en línea*, 70-76.
- Gordillo, R., García, N., Ojeda, B., Manso, g., & Valdivieso, N. (2011). Aparato locomotor, columna vertebral. Crecimiento, actividad física y deporte.

- (Alteraciones a valorar en el deportista en crecimiento) . *Biblioteca Universitaria*, 87-89.
- Jimenez, J., Ballesteros, C., Herrera, C., & Bono, A. (2002). *Anatomía Humana General*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Kapandji. (2007). *Fisiología articular*. Castilla: Medica Panamericana.
- Lesmes, D. (2007). *Evaluación clínico-funcional del movimiento corporal humano*. Colombia: Editorial Medica Internacional LTDA.
- Lizárraga, G., & Villalobos, M. (2007). Enfermedad de Osgood-Shlatter. *Medigraphic Artemisa en línea*, 98-102.
- López, R. (2011-2012). *Terapia Neural en trabajadores con gonalgia que acudieron a la consulta externa de fisioterapia en un hospital público. 2011-2012*. Guayana: UNEG.
- Magaña, M. (2003). La adolescencia hoy. *Revista Española Endocrinología Pediátrica*, 95-96.
- Martín, C., García, N., caballero, R., Ojeda, B., & Suárez, S. (2007). Discusión y conclusiones de la influencia del deporte en alteraciones del aparato locomotor. *Canarias Médica y Quirúrgica*, 58-61.
- Micheli, & Warner. (1989). Lesiones Musculo-Esqueleticas en Niños y Adolescentes. *Publice Standard*.
- Morelia. (11 de Mayo de 2010). *Slideshare*. Recuperado el 01 de Abril de 2015, de Lesiones de rodilla y exploración: <http://es.slideshare.net/ricardomora88/lesiones-de-rodilla-y-exploracin>
- Petelski. (03 de julio de 2013). *Gonalgia o dolor de rodilla, anatomía, causas y síntomas*. Recuperado el 28 de marzo de 2015, de 101: <http://suite101.net/article/gonalgia-o-dolor-de-rodilla-a51720#.VRdV-vI5N84>
- Porras, O. (1999). Dolor articular en la niñez. *Revista Médica del Hospital Nacional de Niños*, 61-68.

- Ramirez, I. (2007). El dolor no traumático en la rodilla de los niños. *Medigraphic artemisa en línea*, 77-81.
- Razo, N., Cisneros, D., & Cisneros, R. (1994). Evaluacion musculoesqueletica en niños escolares que practican fútbol. *Revista Mexicana de Ortopedia y Traumatologia*, 191-195.
- Reyes, A., Rodriguez, E., & Blanco, S. (2005). *Gonalgia y Control de la Incapacidad Temporal por Contingencias comunes*. Barcelona: IL3.
- Silverthorn. (2008). *Fisiologia Humana, un enfoque integrado*. Madrid: Medica Panamericana.
- Tapia, M. (07 de enero de 2015). *Scribd*. Recuperado el 01 de Abril de 2015, de Evaluacion de rodilla: <http://es.scribd.com/doc/251980961/EVALUACION-RODILLA#scribd>
- Tobar. (2004). Características posturales de los niños de la escuela "Jose Maria Obando" de la ciudad de Popayan. *eldeportes.com*.
- Vay, L. (2004). *Anatomia y Fisiología Humana*. Barcelona: Paidotribo.
1994. (04 de Abril de 2015). *La Pubertad. Actualizaciones en endocrinologia*. Recuperado el 04 de Abril de 2015, de Libros de Google: https://books.google.com.ar/books?id=lon4yK85DKYC&pg=PR11&lpg=PR11&dq=la+pubertad.+actualizaciones+en+endocrinologia+comite+editorial+herrera&source=bl&ots=8tqIH6zh0n&sig=RWVI2bSmdQ88glQ2mH7dNn_UFsl&hl=es&sa=X&ei=x1ogVYq7CPSLsQTI5oHwBg&ved=0CB8Q6AEwAQ#v=o
- (2010). EEUU: Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Musculoesqueléticas y de la piel.
- Imágenes: Diseñadas por Santiago Andrés Pellegrini (Zeto Genesis), el 01 de Abril del 2015, en Mar del Plata.

Consentimiento informado:

Analizar los aspectos evaluados y tipo de registro que realiza el kinesiólogo durante el ingreso de pacientes con un rango etario comprendido entre los 6 y 25 años de edad, cuyo diagnóstico es gonalgia, sin cirugía previa, en la ciudad de Mar del Plata, durante fines del mes de diciembre del año 2014 a fines de febrero del año 2015, es el objetivo general para tener el título de Licenciada en Kinesiología.

Al participar, usted no estará expuesto a ningún riesgo, ni le demandará costo alguno. Se asegura la confidencialidad de los datos según la ley.

Utilizándose los mismos para obtener el título anteriormente descrito, pudiéndose publicar en revista avalada por la comunidad de científica y/o presentación en congreso relacionado.

Yo.....DNI.....

acepto participar en dicha investigación, habiendo sido informado y entendido el objetivo y características de estudio.

Firma y aclaración

REPOSITORIO DIGITAL DE LA UFASTA
AUTORIZACION DEL AUTOR⁴³

En calidad de TITULAR de los derechos de autor de la obra que se detalla a continuación, y sin infringir según mi conocimiento derechos de terceros, por la presente informo a la Universidad FASTA mi decisión de concederle en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado la autorización para:

Publicar el texto del trabajo más abajo indicado, exclusivamente en medio digital, en el sitio web de la Facultad y/o Universidad, por Internet, a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.

Permitir a la Biblioteca que sin producir cambios en el contenido, establezca los formatos de publicación en la web para su más adecuada visualización y la realización de copias digitales y migraciones de formato necesarias para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra.

1. Autor:

Bianca Angélica Pellegini
DNI: 34.500.066
Tel: 4955044
E-mail: bianca_angi@hotmail.com
Licenciada en Kinesiología

2. Identificación de la Obra:

Aspectos evaluados por el kinesiólogo y tipo de registro que realiza durante la anamnesis de pacientes de 6 a 25 años con gonalgia.

Fecha de defensa ____ / ____ /2015

3. AUTORIZO LA PUBLICACIÓN BAJO CON LALICENCIA Creative Commons (recomendada, si desea seleccionar otra licencia visitar <http://creativecommons.org/choose/>)



Este obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

4. NO AUTORIZO: marque dentro del casillero

NOTA: Las Obras (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación) **no autorizadas** para ser publicadas en TEXTO COMPLETO, serán difundidas en el Repositorio Institucional mediante su cita bibliográfica completa, incluyendo Tabla de contenido y resumen. Se incluirá la leyenda "Disponible sólo para consulta en sala de biblioteca de la UFASTA en su versión completa"

Firma del Autor Lugar y Fecha

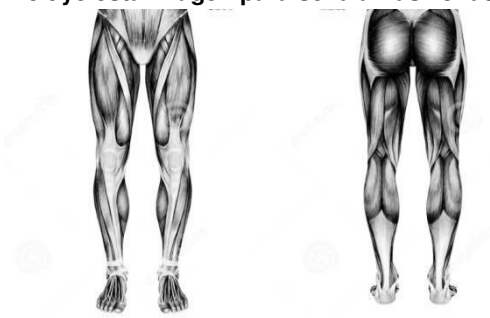
⁴³ Esta Autorización debe incluirse en la Tesina en el reverso ó pagina siguiente a la portada, debe ser firmada de puño y letra por el autor. En el mismo acto hará entrega de la versión digital de acuerdo a formato solicitado.

¿Usted realiza registro al evaluar a un paciente?	SI Especificar cuál:		NO ¿Por qué?:		
¿Cuáles son los aspectos de la anamnesis que usted considera?	Edad		SI	NO	
	Diagnóstico médico		SI	NO	
	Padecimiento de alguna enfermedad		SI	NO	
	Antecedentes familiares		SI	NO	
	Antecedentes traumáticos		SI	NO	
	Antecedentes farmacológicos		SI	NO	
	Antecedentes toxicológicos		SI	NO	
	Si esta persona fuma		SI	NO	
	Antecedentes oncológicos		SI	NO	
	Alteraciones del apetito		SI	NO	
	Trastornos del sueño		SI	NO	
	Ocupación:		SI	NO	
		Tipo de trabajo		SI	NO
		Horas diarias de trabajo		SI	NO
		Tiempo de antigüedad		SI	NO
		Presencia/ausencia de pausas durante el trabajo		SI	NO
		Estudio		SI	NO
		Otro:			
	Realización algún/os deporte/s:		SI	NO	
		Inicio del/los mismo/s		SI	NO
		Amateur		SI	NO
		Profesional		SI	NO
		Cuál/es		SI	NO
Frecuencia de/los deportes		SI	NO		
Otro:					
Realización de actividades recreativas:		SI	NO		
	Inicio de la misma		SI	NO	
	Tipo de actividad		SI	NO	
	Frecuencia de la actividad		SI	NO	
Otro:					

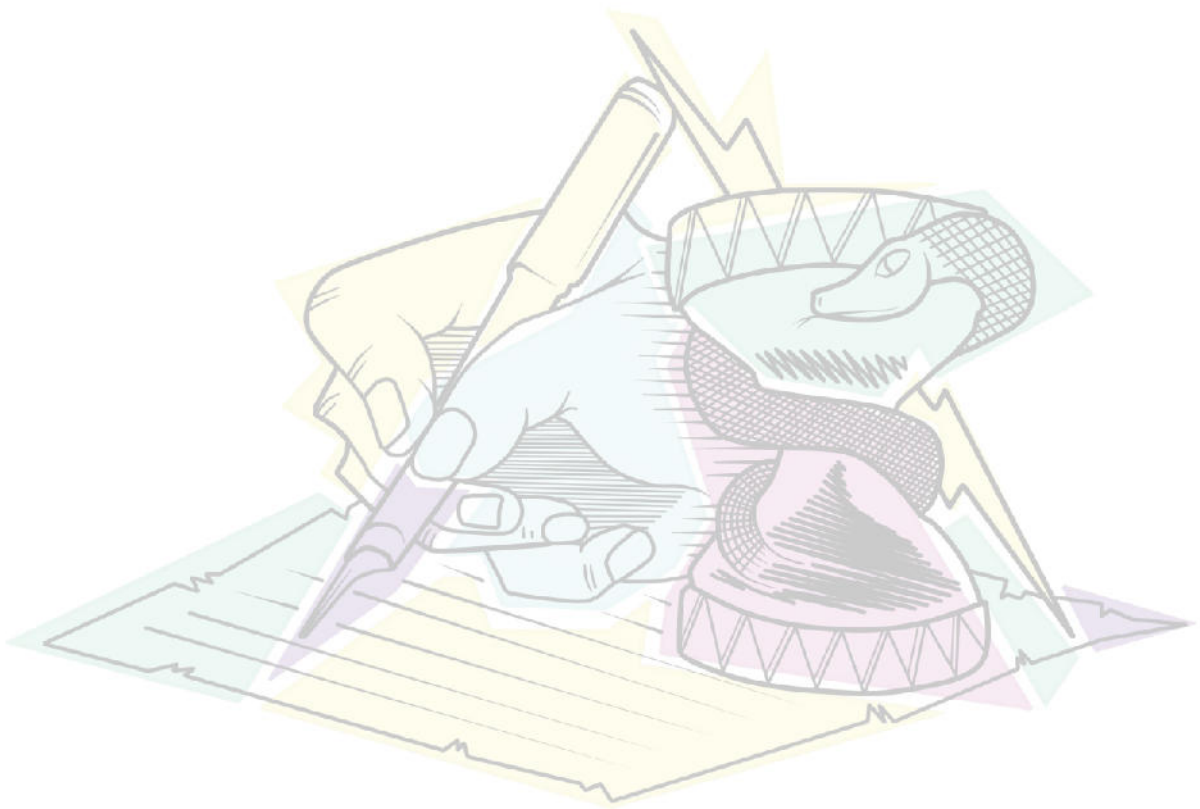
¿Qué aspectos en relación al dolor considera durante la anamnesis?	Inicio del dolor		SI	NO	
		Mecanismo de lesión	SI	NO	
	Topografía del dolor		SI	NO	
	Momento del día en que hay mas dolor		SI	NO	
	Presencia del dolor en movimiento		SI	NO	
	Presencia de dolor en reposo		SI	NO	
	Posición/es en que aparece y/o se intensifica el dolor		SI	NO	
	Tipo de dolor		SI	NO	
		Irradiado	SI	NO	
		Específico	SI	NO	
	Punzante	SI	NO		
	Quemante	SI	NO		
	Sordo	SI	NO		
	Otro/s:				
¿Utiliza una escala de dolor para evaluar la intensidad dependiendo del caso?	SI			NO	
		Numérica	SI	NO	¿Por qué?:
		Descriptiva	SI	NO	
		Visual analógica	SI	NO	
		Cuestionario del dolor de Mc Gill	SI	NO	
		Otra/s:			
¿Realiza maniobras durante esta primera evaluación de un paciente con gonalgia?	SI (Marcar las opciones específicas con que se corresponda)		Siempre	En ocasiones	NO
		Signo de Apley			¿Por qué?:
		Signo de Steiman I			
		Signo de Steiman II			
		Signo de Mc Murray			
		Maniobra combinada de Cabot			
		Test de Pivot Shift			
		Test de Lachman			
		Test de Cajón Anterior			
		Test de Cajón Posterior			
		Maniobra de aprensión de Smillie			
		Signo de Zölen			
		Bostezo lateral			
		Otro:			
¿Realiza la exploración con ambas rodillas descubiertas?	SI			NO	

¿Evalúa la alineación de las rodillas con descarga de peso?	SI (Marcar las opciones específicas con que se corresponda)		NO	
	De frente		¿por qué?:	
	De perfil			
	Durante la marcha			
	Otro:			
¿Evalúa la actitud postural con plomada?	SI (Marcar las opciones específicas con que se corresponda)		NO	
	De frente		¿Por qué?:	
	De perfil			
¿Evalúa la actitud postural de otra forma?	SI			NO
		Especificar cuál:		
¿Evalúa el equilibrio ?	SI (Marcar las opciones específicas con que se corresponda)		NO	
	Dinámico		¿Por qué?:	
	¿De qué forma?:			
	Estático			
¿De qué forma?:				
¿Realiza la medición goniométrica de las rodillas?	SI (Marcar las opciones específicas con que se corresponda)		NO	
	¿En flexión?:		¿Por qué?:	
	¿En extensión pasiva?:			
	¿De ambas rodillas?:			
	¿De la rodilla afectada?:			
¿Evalúa las articulaciones contiguas?	SI (Marcar las opciones específicas con que se corresponda)			NO
	Tobillo del lado afectado			
	Cadera del lado afectado			
	Rodilla contralateral			
¿Evalúa la fuerza muscular de los siguientes músculos?	Tensor de la Fascia Lata		SI	NO
	Vasto Interno		SI	NO
	Vasto Externo		SI	NO
	Recto Anterior		SI	NO
	Crural		SI	NO
	Sartorio		SI	NO
	Aductor Mayor		SI	NO
	Aductor Mediano		SI	NO
	Aductor Menor		SI	NO
	Pectíneo		SI	NO
	Recto Interno o Gracilis		SI	NO
	Poplíteo		SI	NO
	Semimembranoso		SI	NO

	Semitendinoso	SI	NO
	Bíceps Crural	SI	NO
	Tibial Anterior	SI	NO
	Extensor propio del dedo gordo	SI	NO
	Extensor común de los dedos	SI	NO
	Peroneo Lateral Largo	SI	NO
	Peroneo Lateral Corto	SI	NO
	Peroneo Anterior	SI	NO
¿Evalúa la flexibilidad de éstos músculos?			
	Tensor de la Fascia Lata	SI	NO
	Vasto Interno	SI	NO
	Vasto Externo	SI	NO
	Recto Anterior	SI	NO
	Crural	SI	NO
	Sartorio	SI	NO
	Aductor Mayor	SI	NO
	Aductor Mediano	SI	NO
	Aductor Menor	SI	NO
	Pectíneo	SI	NO
	Recto Interno o Gracilis	SI	NO
	Poplíteo	SI	NO
	Semimembranoso	SI	NO
	Semitendinoso	SI	NO
	Bíceps Crural	SI	NO
	Tibial Anterior	SI	NO
	Extensor propio del dedo gordo	SI	NO
	Extensor común de los dedos	SI	NO
	Peroneo Lateral Largo	SI	NO
Peroneo Lateral Corto	SI	NO	
Peroneo Anterior	SI	NO	
¿Explora la sensibilidad refleja patelar?	SI	NO	
			¿Por qué?:
¿Realiza la palpación de la zona afectada?	SI (Marcar las opciones específicas con que se corresponda)		NO
		¿Examina la presencia de edema?	¿Por qué?:
		¿Examina la presencia de temperatura?	
		¿Comprueba la presencia de tumefacción?	
		¿Examina si se percibe algún ganglión en el hueco poplíteo?	
		¿Compara con la rodilla sana?	

¿Usted incluye algún tipo de evaluación de las AVD?	SI			NO		
	HAQ: Cuestionario de evaluación de la salud de Stanford	S I	NO	¿Por qué?:		
	Escala de Barthel	S I	NO			
	Otro:					
¿Evalúa la propiocepción del paciente?	SI (Marcar las opciones específicas con que se corresponda)			NO		
	ESTAESTESIA: conciencia de la posición articular estática			¿Por qué?:		
	CENESTESIA: conciencia del movimiento y aceleración					
	ACTIVIDADES EFECTORAS: respuesta refleja y regulación del tono muscular					
Otra:						
¿Busca conocer la representación del propio esquema corporal que posee el paciente?	SI (Marcar las opciones específicas con que se corresponda)			NO		
	En relación al desplazamiento del cuerpo			¿Por qué?:		
	En relación al conocimiento corporal					
	En relación a la toma de conciencia del espacio					
Otro:						
¿Usted incluye esta imagen para señalar las zonas de dolor?	 <p>Fuente: http://es.dreamstime.com/fotos-de-archivo-libres-de-regal%C3%ADas-anatom%C3%ADa-del-sistema-muscular-masculino-trasero-y-image27589398</p>	SI	NO			
			¿La incluiría?			
			SI	NO		

Anexos





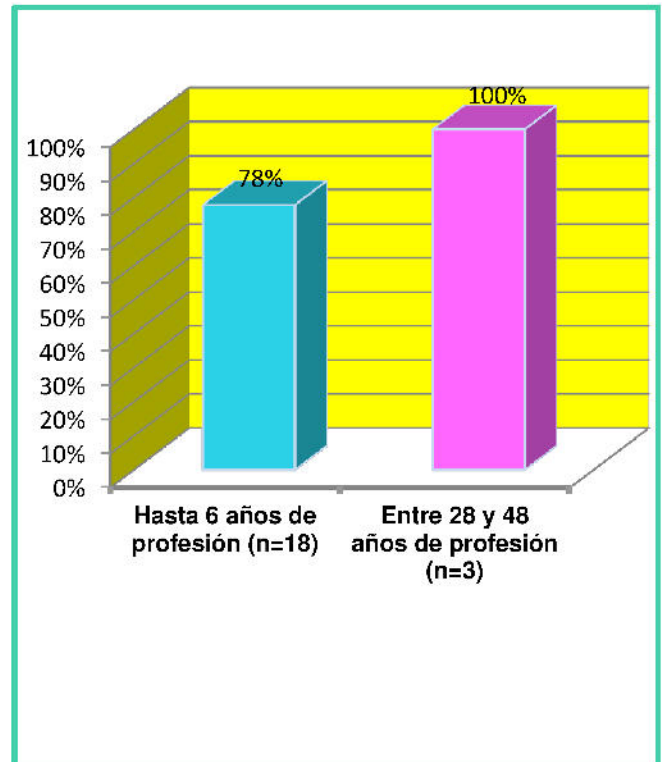
ASPECTOS EVALUADOS POR EL KINESIÓLOGO Y TIPO DE REGISTRO QUE REALIZA DURANTE LA ANAMNESIS DE PACIENTES DE 6 A 25 AÑOS CON GONALGIA

OBJETIVO: Determinar los aspectos evaluados y el tipo de registro que realiza el kinesiólogo durante el ingreso de los pacientes con diagnóstico de "gonalgia", sin cirugía previa, en un rango etario comprendido entre los 6 y los 25 años.

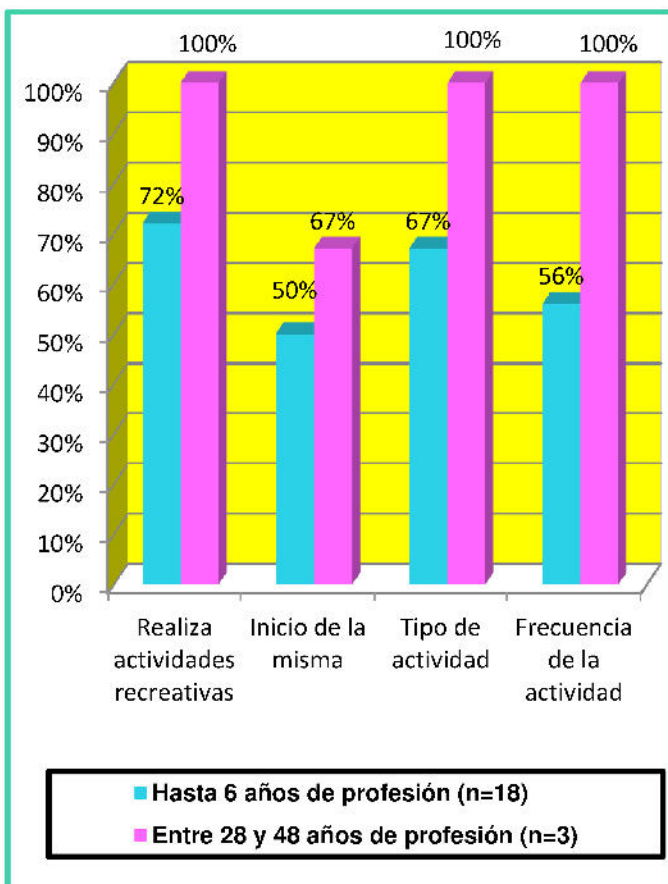
MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó una investigación no experimental, descriptiva, de tipo cualitativa, presentando un diseño transversal.

RESULTADOS: La totalidad de los profesionales analizados realizan una anamnesis y evaluación física del paciente. El 78% de los kinesiólogos de hasta 6 años de profesión realizan registros por escrito, mientras que el 100% de los Licenciados con un ejercicio profesional entre 28 y 48 años lo hacen.

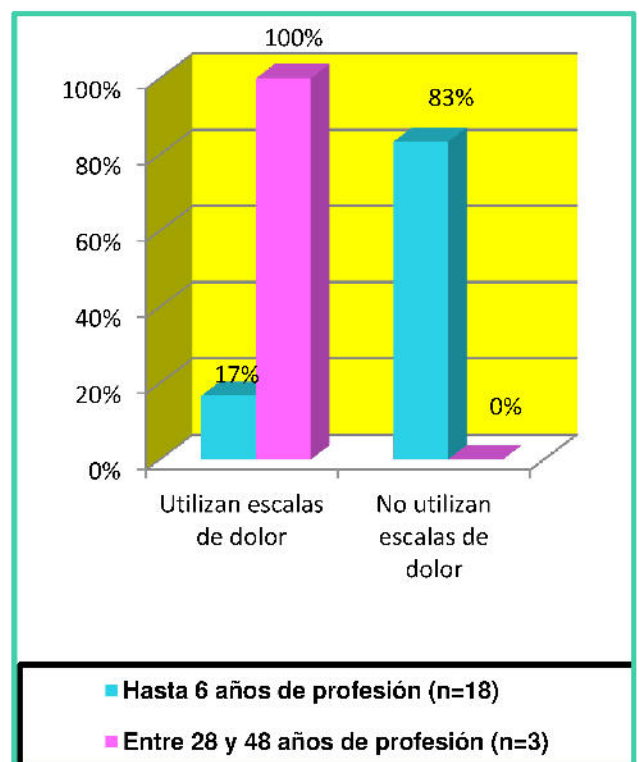
KINESIOLOGOS QUE REALIZAN REGISTRO



ACTIVIDADES RECREATIVAS



UTILIZACION DE ESCALAS DE DOLOR



CONCLUSION: Se detectaron pocos aspectos que no se tienen en cuenta durante la evaluación. En relación al almacenamiento de la información obtenida, se destaca que las variables de equilibrio; fuerza y flexibilidad muscular; propiocepción; reflejo patelar y de esquema corporal, fueron evaluadas sin su consecutivo registro en la ficha kinésica.