Escuela Osteopatía de Madrid *Internacional*

Vascular

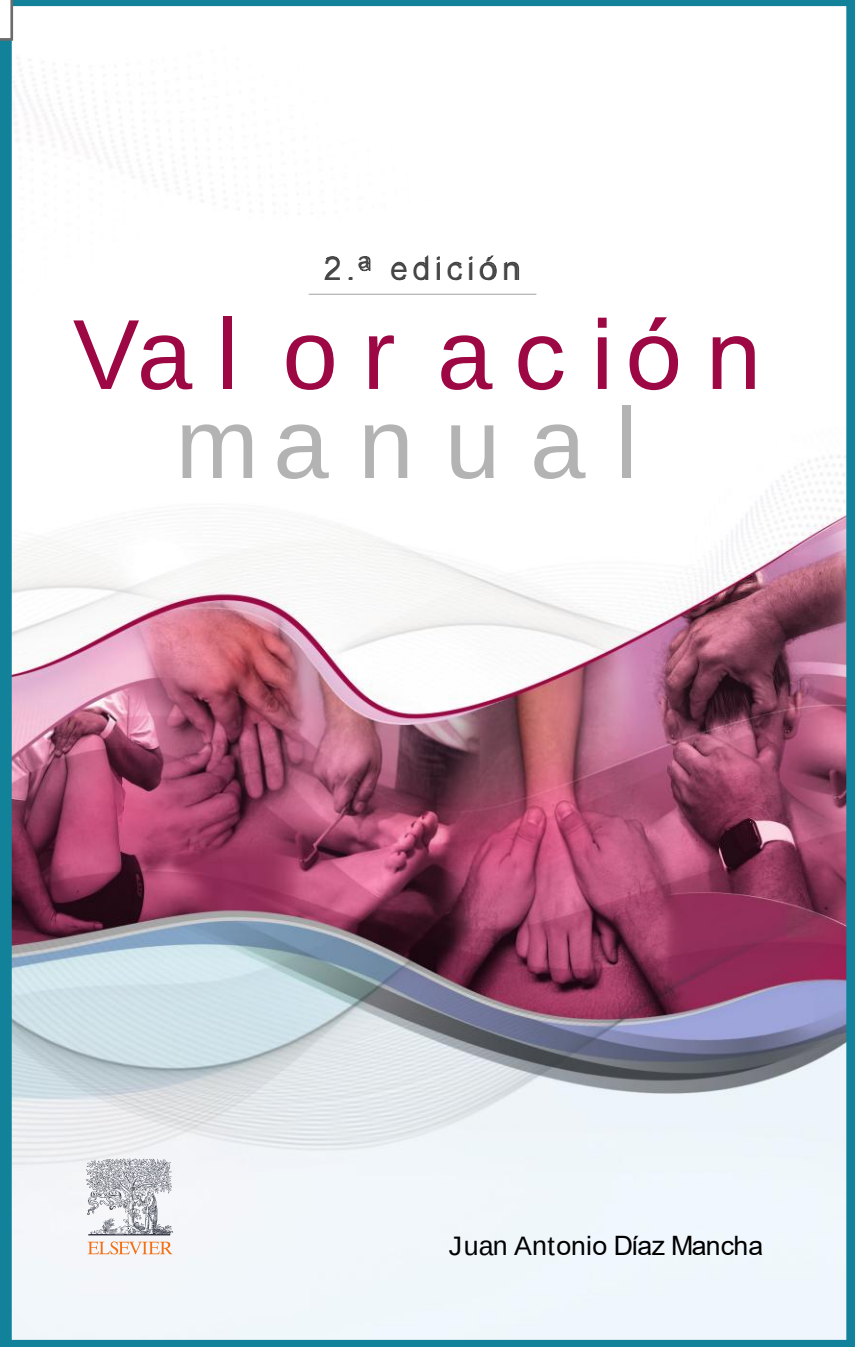
Juan A. Díaz Mancha PhD



Esquema por patologías

- Pruebas para valorar la funcionalidad del sistema ortosimpático
- Pruebas para valorar el compromiso neurovascular de los desfiladeros escapulotorácicos
- Pruebas para valorar alteraciones vasculares en miembros superiores
- Pruebas para valorar alteraciones vasculares en miembros inferiores
- Pruebas para valorar alteraciones vasculares del tronco basilar
- Pruebas para valorar alteraciones cardíacas
- Pruebas para valorar alteraciones de las paredes vasculares
- Pruebas para valorar el estado de la presión arterial
- Prueba para valorar alteraciones vasculares neurovegetativas

Escuela Osteopatía de Madrid
Internacional

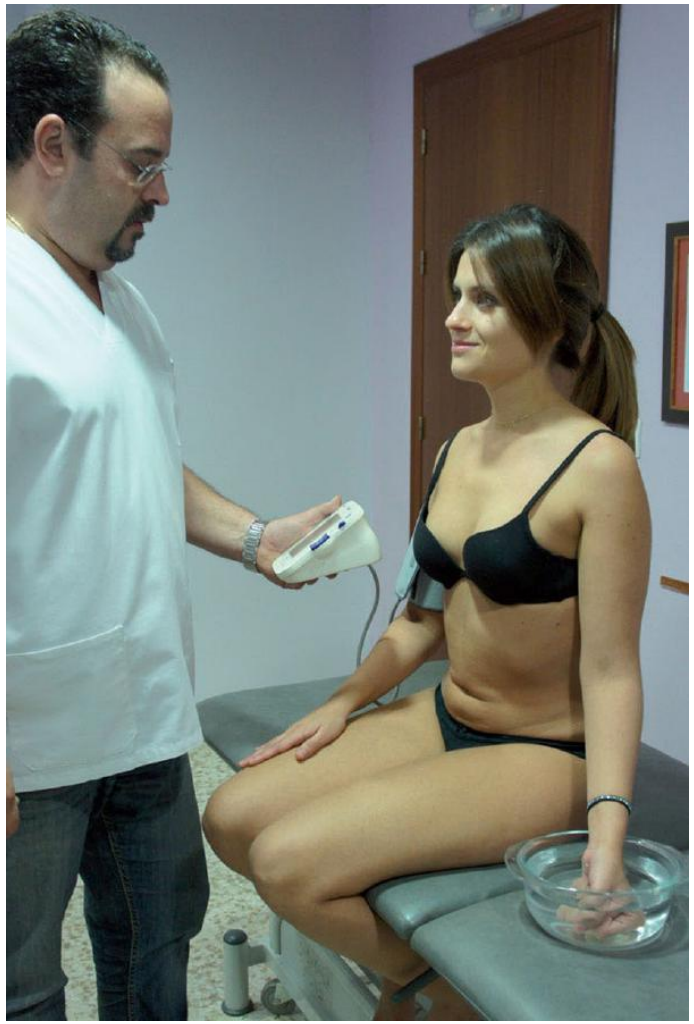


Pruebas para valorar la funcionalidad del sistema ortosimpático

- Prueba vasopresora con frío

Escuela Osteopatía de Madrid
Internacional

Prueba vasopresora con frío



Esta prueba se utiliza para valorar la funcionalidad del sistema ortosimpático.

Posición del paciente

En sedestación, con los brazos a lo largo del cuerpo y las manos reposadas sobre los muslos.

Ejecución del test

El terapeuta toma un registro de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca del paciente. A continuación le ofrece un recipiente con agua muy fría y le pide que introduzca en él una de sus manos. Ha de mantener el miembro en inmersión durante al menos un minuto. Pasado este tiempo, el terapeuta vuelve a medir la presión arterial y la frecuencia cardíaca del paciente.

Interpretación del test

En condiciones normales y tras la realización de la prueba, la presión diastólica y la frecuencia cardíaca aumentan unos 15 mmHg y 10 latidos, respectivamente.

En pacientes con afectación del sistema simpático, el terapeuta puede observar un incremento excesivo de estos valores (ortosimpaticotonía) o, por el contrario, un incremento leve o un mantenimiento de la presión y de la frecuencia cardíaca respecto a los valores iniciales (parasimpaticotonía).

Evidencia científica

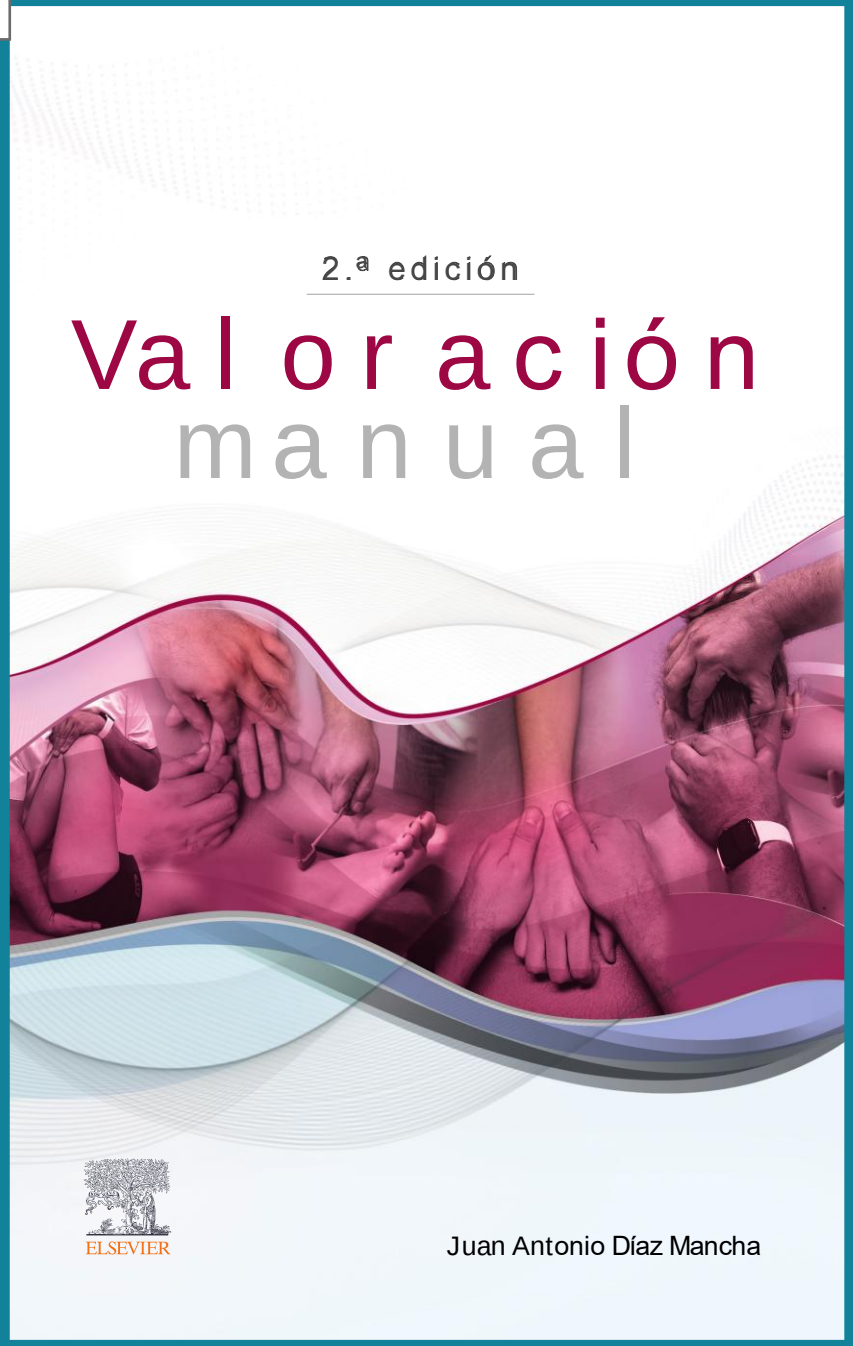
La sensibilidad y especificidad de esta prueba oscilan entre el 38-99,89% y el 96,69-98,1%, respectivamente. Asimismo, se ha evidenciado un valor predictivo positivo del 99,56% y un valor predictivo negativo del 99,15%.

Manyari DE, Nolewajka AJ, Purves P, Donner A, Kostuk WJ. Comparative value of the cold-pressor test and supine bicycle exercise to detect subjects with coronary artery disease using radionuclide ventriculography. Circulation. 1982;65(3):571-579.

Del Pozo Jerez H, Rodríguez Amador L, León Alvarez JL, Roque Guerra A. Prueba de estimulación por frío como método predictivo del comportamiento tensional perioperatorio en pacientes hipertensos. Rev Cubana Med. 1996;35(2):87-93.

del Pozo Jeréz HA, Leiva Suero LE. Eficacia de la prueba de estimulación por frío para diagnosticar control tensional estable en el hipertenso. Med Int Mex. 2009;25(3):183-90.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional

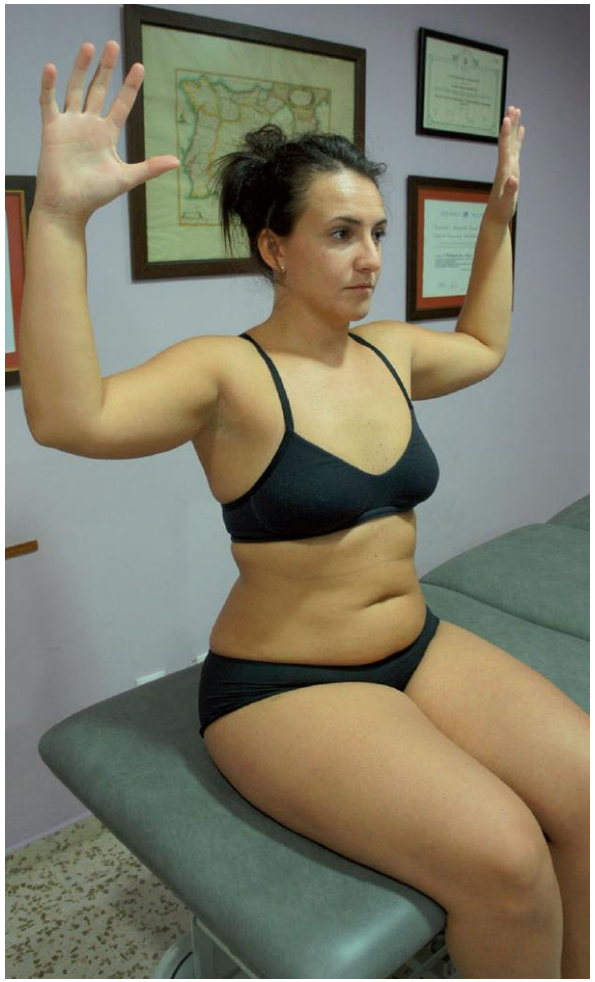


Pruebas para valorar el compromiso neurovascular de los desfiladeros escapulotorácicos

- Prueba de Roos
- Maniobra de Adson
- Prueba de Eden
- Prueba de Wright
- Prueba costoclavicular
- Prueba de hiperabducción
- Posición marcial de firmes
- Maniobra de Halstead
- Prueba de presión supraclavicular
- Ciryax released

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional

Prueba de Roos



Esta prueba se utiliza para valorar un compromiso vascular en los desfiladeros escapulotorácicos.

Posición del paciente

Sentado o de pie con ambos hombros en abducción de 90°, en rotación externa máxima y los codos flexionados a 90°, de forma que las manos queden orientadas hacia el techo.

Posición del terapeuta

De pie, delante del paciente, observándolo.

Ejecución del test

El terapeuta solicita al paciente que realice movimientos alternativos de apertura y cierre de las manos de forma rápida durante 3 minutos.

Interpretación del test

La imposibilidad de mantener la posición de la prueba, la disminución de la función motora de las manos y/o la pérdida de sensibilidad en las extremidades superiores son indicativos de síndrome del desfiladero torácico, derivado de un compromiso neurovascular por atrapamiento.

Con esta prueba se evalúan las estructuras neurovasculares a su paso por los desfiladeros escapulotorácicos, es decir, la arteria subclavia y el plexo braquial, y está considerada como la prueba de mayor precisión para su evaluación.

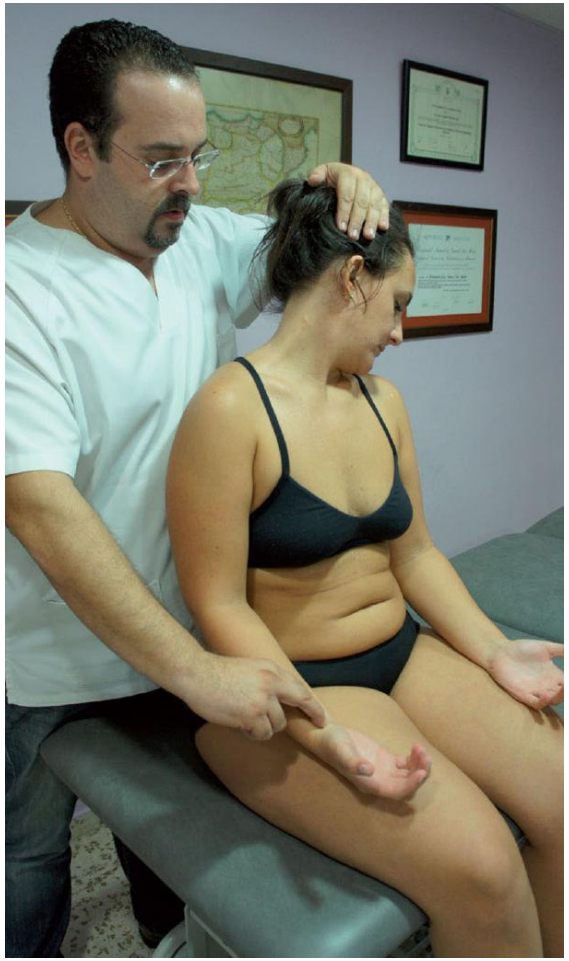
Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba tienen valores del 84 y 30%, respectivamente. Su valor predictivo positivo es del 68% y su valor predictivo negativo del 50%.

Gillard J, Pérez-Cousin M, Hachulla E, Remy J, Hurtevent JF, Vinckier L, et al. Diagnosing thoracic outlet syndrome: contribution of provocative tests, ultrasonography, electrophysiology, and helical computed tomography in 48 patients. Joint Bone Spine [1

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional

Maniobra de Adson



La maniobra de Adson permite descartar la posibilidad de compresión de la arteria subclavia a la altura del desfiladero interescalénico con la consecuente afectación de tipo compresivo del plexo braquial que la acompaña.

Posición del paciente

En sedestación con los brazos paralelos al tronco y las manos apoyadas sobre los muslos, o en bipedestación con los brazos a lo largo del cuerpo.

Posición del terapeuta

Detrás del paciente en finta doble orientado hacia este. Toma un contacto colocando los dedos índice y corazón de la mano externa tomando el pulso de la arteria radial en la muñeca. La mano interna toma un contacto con la parte superior de la cabeza del paciente.

Ejecución del test

El terapeuta realiza de forma pasiva una rotación y una lateroflexión de la columna cervical del paciente hacia el lado contrario al del brazo a estudiar con el fin de poner en máximo compromiso la arteria subclavia entre los músculos escalenos anterior y medio. Para aumentar aún más el compromiso de la arteria subclavia, pide al paciente una inspiración profunda, indicándole que debe mantenerse en apnea (inspiratoria) durante todo el tiempo que le sea posible. De esta forma se pretende inducir una contracción de los músculos escalenos, que son músculos inspiratorios.

Interpretación del test

En condiciones normales, aun en esta posición el terapeuta percibe en todo momento el pulso radial, por lo que la prueba se considera negativa.

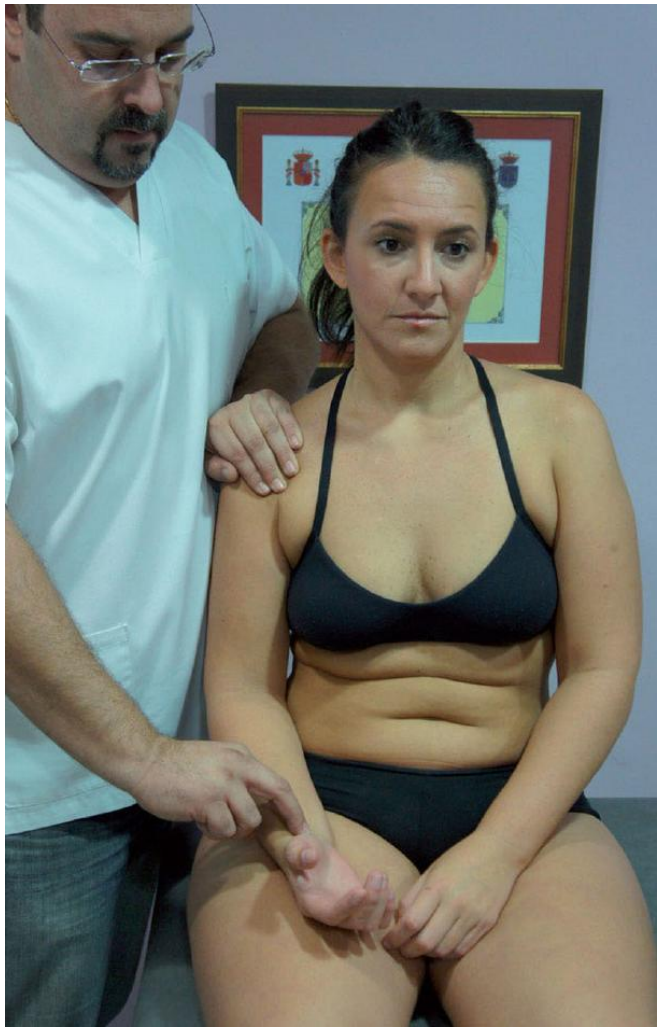
Si el terapeuta nota una disminución o una abolición del pulso radial durante la realización de la prueba, se considera que es positiva y se concluye que hay una afectación de tipo compresivo de la arteria subclavia y, por tanto, del plexo braquial en el desfiladero interescalénico.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba tienen valores del 79 y 76%, respectivamente. La prueba cuenta con una razón de verosimilitud positiva del 85% y negativa del 82%.

Gillard J, Pérez-Cousin M, Hachulla E, Remy J, Hurtevent JF, Vinckier L, et al. Diagnosing thoracic outlet syndrome: contribution of provocative tests, ultrasonography, electrophysiology, and helical computed tomography in 48 patients. Joint Bone Spine [I

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



Prueba de Eden

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afectación por atrapamiento nervioso y vascular en el desfiladero costoclavicular, esto es, el espacio formado entre la clavícula y la primera costilla.

Posición del paciente

En sedestación, con los brazos a lo largo del cuerpo y las manos reposadas sobre los muslos.

Posición del terapeuta

En bipedestación, a la espalda del paciente ligeramente desplazado del lado a valorar en finta doble orientado hacia este. El terapeuta toma un contacto con la yema de los dedos índice y corazón de la mano externa sobre la tabaquera anatómica del lado a evaluar palpando el pulso de la arteria radial. Con la otra mano contacta sobre la porción superior del extremo distal de la clavícula del mismo lado.

Ejecución del test

El terapeuta induce un movimiento de descenso y retroposición del muñón del hombro del lado a valorar a la vez que solicita al paciente una apnea inspiratoria que hace ascender la primera costilla aumentando el compromiso en esta zona de paso. El terapeuta percibe los cambios que se pueden producir en el pulso de la arteria radial.

Interpretación del test

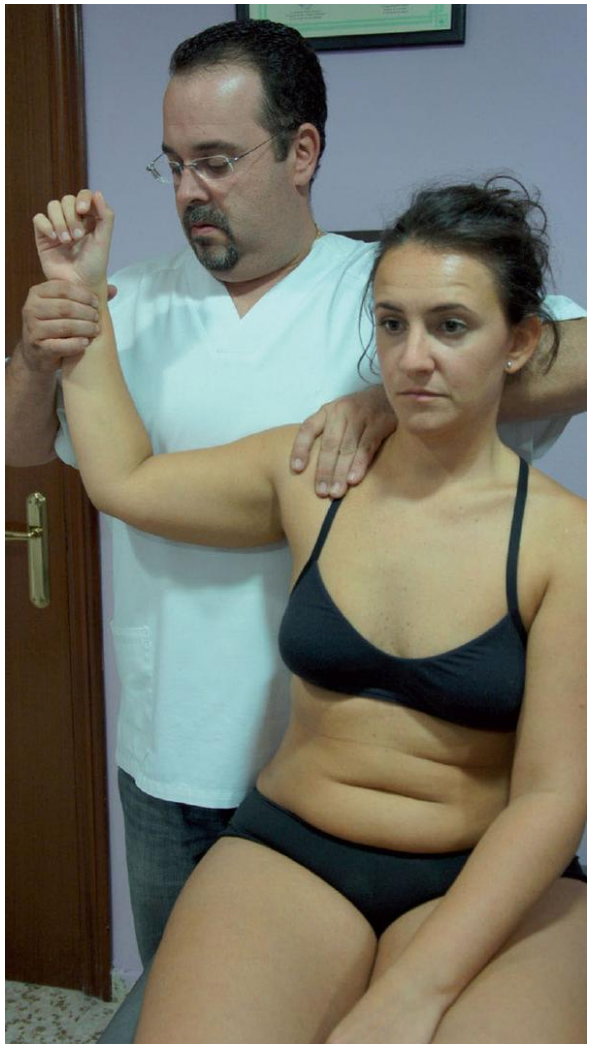
Si el terapeuta percibe una reducción o una pérdida del pulso de la arteria radial, se puede pensar en una afectación por atrapamiento del sistema vasculonervioso en el desfiladero costoclavicular, por lo general por un espasmo de los músculos escalenos o del músculo subclavio que cierran el espacio existente entre la clavícula y la primera costilla. En este caso se considera que la prueba es positiva.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba tienen valores del 92 y < 80%, respectivamente.

Sadeghi-Azandaryani M, Bürklein D, Ozimek A, Geiger C, Mendl N, Steckmeier B, et al. Thoracic outlet syndrome: do we have clinical tests as predictors for the outcome after surgery? Eur J Med Res [Internet]. 2009 Sep 28 [cited 2019 Mar 26];14(10):443-6.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



Gillard J, Pérez-Cousin M, Hachulla E, Remy J, Hurtevent JF, Vinckier L, et al. Diagnosing thoracic outlet syndrome: contribution of provocative tests, ultrasonography, electrophysiology, and helical computed tomography in 48 patients. Joint Bone Spine [J

Tena Barata R, Luceño Mardones A. Test de Wright y algometría del pectoral menor para identificar pacientes con síndrome del desfiladero torácico. Osteopat Científica. 2006;1(1):11-6.

Prueba de Wright

Esta prueba se utiliza para valorar un posible síndrome de atrapamiento del plexo braquial en el desfiladero del músculo pectoral menor.

Posición del paciente

En sedestación, con los brazos relajados y las manos apoyadas sobre los muslos.

Posición del terapeuta

De pie, detrás del paciente ligeramente desplazado hacia el brazo que va a explorar en finta doble orientado hacia el paciente. La mano externa toma un contacto para percibir el pulso radial en la tabaquera anatómica del paciente del lado a evaluar. La mano interna estabiliza en la parte superior del hombro del mismo lado.

Ejecución del test

El terapeuta lleva pasivamente el miembro superior del lado a evaluar en abducción por encima de los 110° y rotación externa máxima del hombro. Es importante que con la otra mano el terapeuta limite la movilidad de la escápula. Mantiene esta posición unos 2-5 segundos y el terapeuta observa si se producen alteraciones en el pulso radial del paciente. Opcionalmente puede pedir al paciente una apnea espiratoria con el fin de bajar las costillas y aumentar así el compromiso que el músculo pectoral menor puede producir sobre el paquete vasculonervioso del brazo.

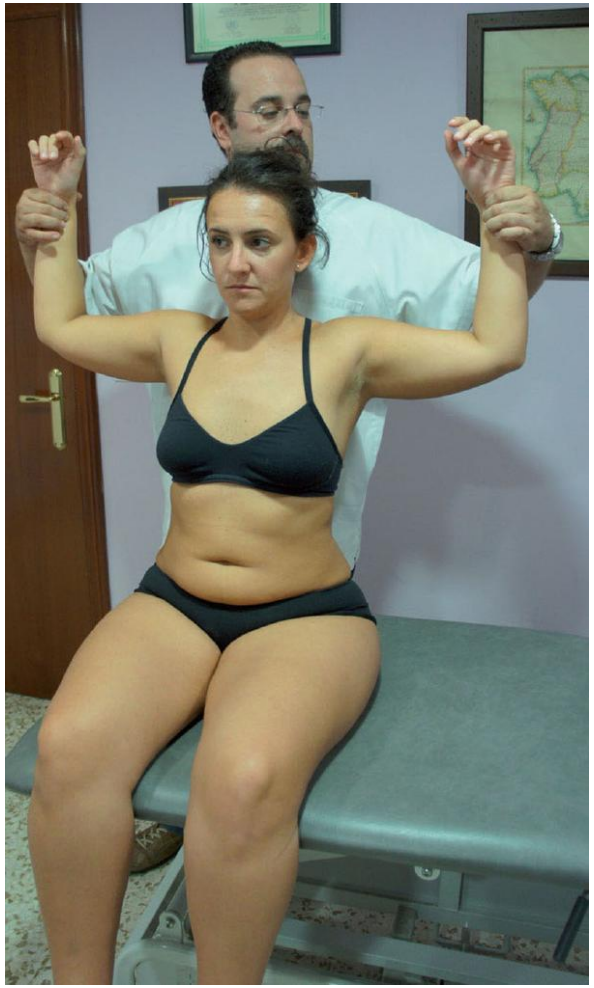
Interpretación del test

En condiciones normales, el pulso no debe alterarse ni en amplitud ni en frecuencia durante la realización de la prueba. Esta se considera positiva si existe un descenso de la frecuencia o de la intensidad del pulso radial, hecho que indicaría una compresión de la arteria axilar y por tanto del plexo braquial que la acompaña a su paso por el desfiladero del pectoral menor.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba tienen valores del 70-90% y 29-100%, respectivamente. La prueba cuenta con una razón de verosimilitud positiva del 69-72% y negativa del 50-63%. Asimismo, se ha evidenciado un valor para el índice de Kappa de 0,73.

Prueba costoclavicular



Esta prueba valora un síndrome de compresión del paquete vasculonervioso en la zona de los desfiladeros escapulotorácicos.

Posición del paciente

En sedestación con los brazos relajados a ambos lados del tronco y las manos reposando sobre los muslos.

Posición del terapeuta

Detrás del paciente en finta doble orientado hacia este. Toma un contacto a través de los dedos índice y corazón de ambas manos sobre la tabaquera anatómica de las dos muñecas del paciente, de forma que pueda percibir el pulso radial de los dos lados.

Ejecución del test

El terapeuta presta atención a la amplitud y a la frecuencia del pulso radial. A continuación, el paciente efectúa una abducción de ambos brazos con rotación externa simultánea y movimiento hacia atrás de los hombros (posición de rehén). El terapeuta valora posibles alteraciones en el pulso radial.

Interpretación del test

Un pulso radial débil o ausente en un lado, alteraciones cutáneas de tipo isquémico o parestesias son signos indicativos de compresión del paquete vasculonervioso a la altura de la cintura escapular que indican una alteración de tipo compresivo en los desfiladeros escapulotorácicos. En este caso la prueba es positiva.

Evidencia científica

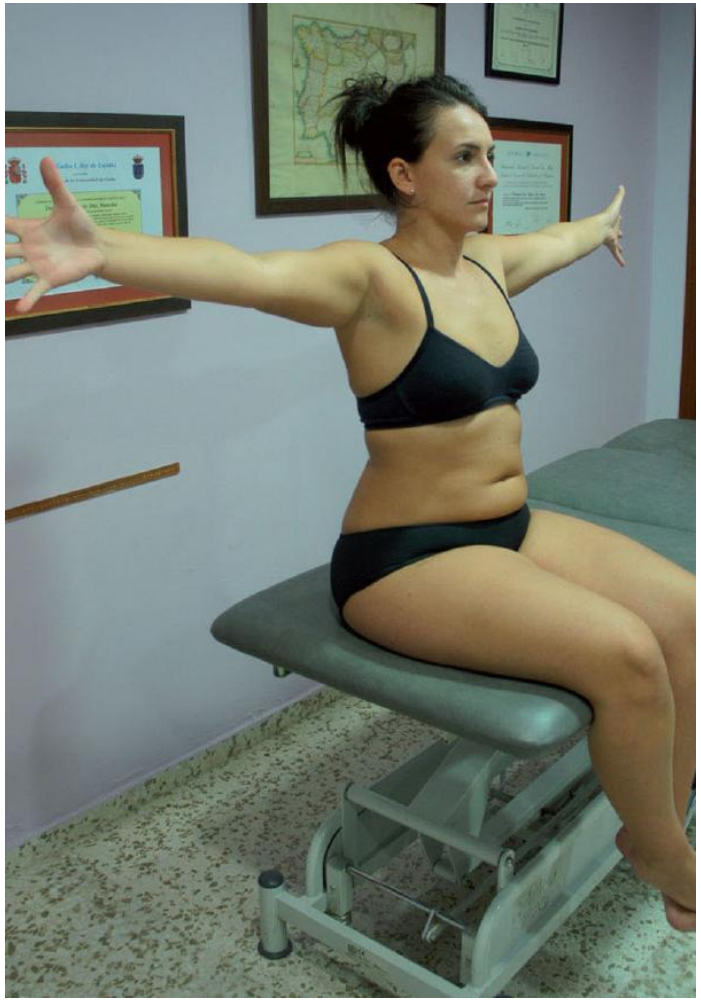
La especificidad de esta prueba tiene valores del 53-100%.

Nord KM, Kapoor P, Fisher J, Thomas G, Sundaram A, Scott K, et al. False positive rate of thoracic outlet syndrome diagnostic maneuvers. Electromyogr Clin Neurophysiol [Internet]. 2008 Mar [cited 2019 Apr 9];48(2):67-74.

Rayan GM, Jensen C. Thoracic outlet syndrome: provocative examination maneuvers in a typical population. J shoulder Elb Surg [Internet]. [cited 2019 Apr 9];4(2):113-7.

Plewa MC, Delinger M. The false-positive rate of thoracic outlet syndrome shoulder maneuvers in healthy subjects. Acad Emerg Med [Internet]. 1998 Apr [cited 2019 Apr 9];5(4):337-42.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



Prueba de hiperabducción

Con esta prueba se valoran los compromisos en los desfiladeros interescalénicos que pueda presentar en el paciente.

Posición del paciente

Sentado con los brazos paralelos al tronco y las manos reposando sobre los muslos.

Ejecución del test

El terapeuta solicita al paciente que de manera activa realice una separación bilateral de ambos miembros superiores a 90° con una ligera retroposición de los hombros de forma que los lleve hacia atrás. Una vez colocado, el paciente debe cerrar la mano y abrirla completamente durante unos 2 o 3 minutos.

Interpretación del test

En caso de compresión vasculonerviosa en la zona interescalénica, el paciente refiere dolor o sensación de hormigueo denle el miembro superior del lado afectado, ya que la posición en la que se realiza la prueba pone en tensión el compartimento anterior del cuello. También es posible percibir cambios en la coloración de la piel debido a una disfunción de la musculatura interescalénica. En este caso se considera que la prueba es positiva.

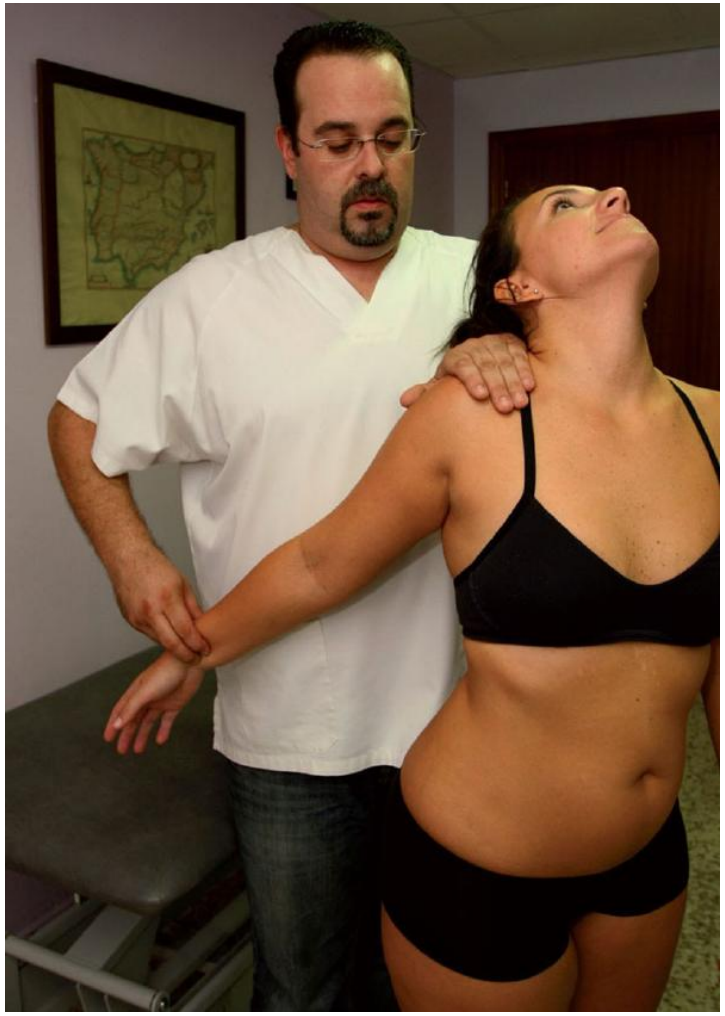
Antes de emitir ningún juicio, es importante haber descartado una lesión de los músculos pectorales menores del paciente, que también podrían dar la misma sintomatología durante la realización de la prueba.

Evidencia científica

En caso de reproducción de los síntomas. La sensibilidad y especificidad de esta prueba tienen valores del 84 y 40%, respectivamente. Su valor predictivo positivo es del 74% y su valor predictivo negativo del 55%.

En caso de abolición del pulso. La sensibilidad y especificidad de esta prueba tienen valores del 52 y 90%, respectivamente. Su valor predictivo positivo es del 92% y su valor predictivo negativo del 47%.

Gillard J, Pérez-Cousin M, Hachulla E, Remy J, Hurtevent JF, Vinckier L, et al. Diagnosing thoracic outlet syndrome: contribution of provocative tests, ultrasonography, electrophysiology, and helical computed tomography in 48 patients. Joint Bone Spine [I



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Posición marcial de firmes

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afectación por compresión neurovascular en los miembros superiores.

Posición del paciente

En bipedestación, con los brazos a lo largo del cuerpo.

Posición del terapeuta

En bipedestación, detrás del paciente ligeramente desplazado del lado a valorar en finta doble. El terapeuta toma un contacto con la mano interna sobre la porción superior de la escápula del mismo lado.

Ejecución del test

Con la yema del dedo índice y corazón de la mano externa el terapeuta toma el pulso de la arteria radial del lado a valorar a la altura de la tabaquera anatómica. Sin quitar la toma, conduce el hombro del paciente hacia extensión y separación de unos 30° con el codo en extensión. Manteniendo la posición, pide al paciente que realice una extensión máxima de la columna cervical.

Interpretación del test

Si el terapeuta percibe cierta disminución o desaparición del pulso radial ante la imposición de la nueva postura del paciente, se puede pensar en una posible compresión neurovascular, en la mayoría de los casos en la región subclavia.

Esta prueba es complementaria a la prueba costoclavicular a la hora de detectar un problema de compresión del desfiladero costoclavicular.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Maniobra de Halstead

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afectación por atrapamiento nervioso y vascular en el desfiladero torácico.

Posición del paciente

Sentado, con extensión de la columna cervical y rotación contralateral al miembro a valorar.

Posición del terapeuta

En bipedestación, en el lado a valorar del paciente en finta doble. El terapeuta toma un contacto con la mano externa abarcando la mano homolateral del paciente. Con la yema de los dedos índice y corazón de la otra mano palpa el pulso de la arteria radial a su paso por la tabaquera anatómica.

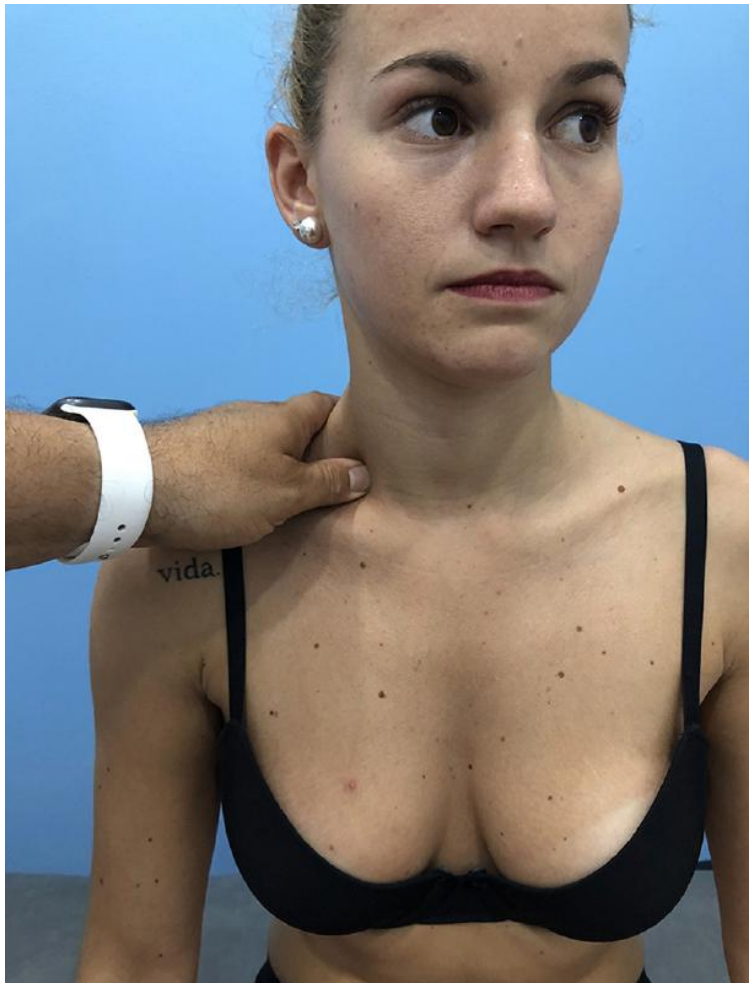
Ejecución del test

El terapeuta induce un movimiento de extensión de la muñeca del miembro a valorar a través de su contacto anterior. Acto seguido lleva a cabo una tracción longitudinal del miembro homolateral. Mientras mantiene la tracción, percibe posibles cambios del pulso radial.

Interpretación del test

Si el terapeuta percibe una reducción o pérdida del pulso, se puede pensar en una afectación por atrapamiento del sistema vasculonervioso en el desfiladero torácico. En este caso se considera que la prueba es positiva..

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



Prueba de presión supraclavicular

Esta prueba se puede utilizar como complemento a la maniobra de Adson para detectar un compromiso vasculonervioso en el desfiladero interescalénico.

Posición del paciente

Sentado, mirando al frente, con los brazos caídos a los lados del tronco.

Posición del terapeuta

En bipedestación frente al paciente. La mano externa toma contacto con los dedos segundo a quinto con la masa muscular del músculo trapecio superior, mientras que el primer dedo contacta con la cara ventral del escaleno anterior cercano a su inserción más caudal, cercano a la primera costilla.

Ejecución del test

El terapeuta realiza una presión uniforme y mantenida durante 30 segundos entre sus dedos.

Interpretación del test

La prueba se considera positiva si el paciente refiere que el dolor se le reproduce o bien que tiene sensación de parestesia en el miembro superior a valorar.

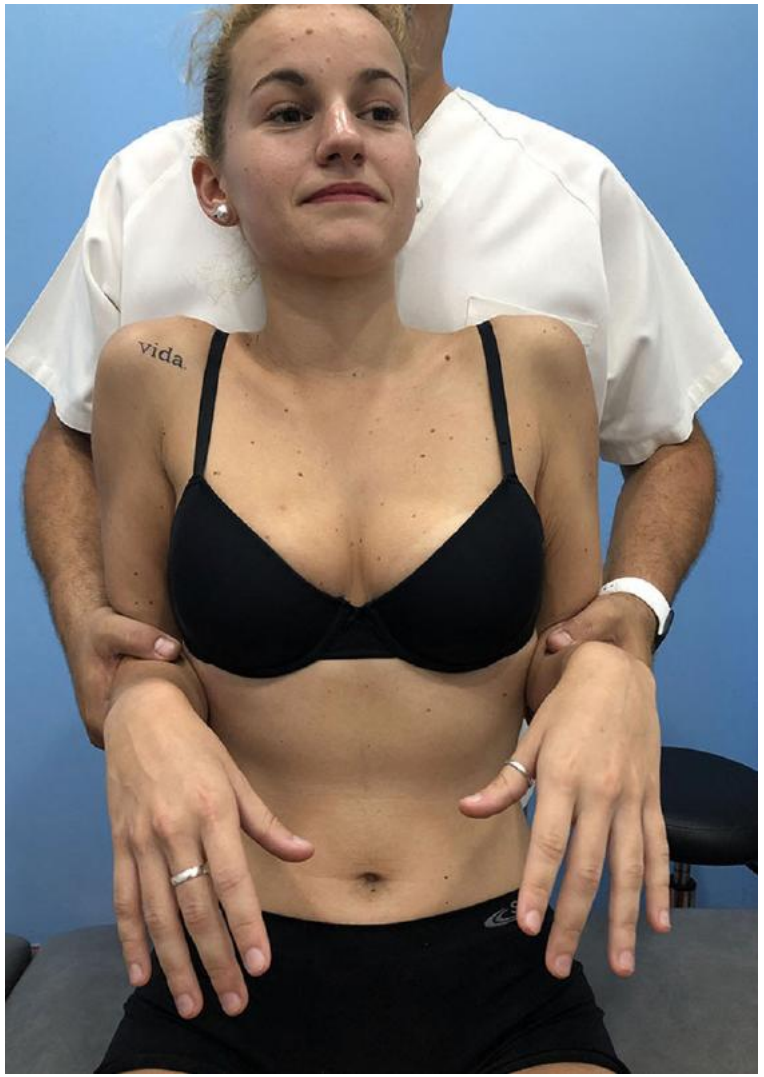
Evidencia científica

Esta prueba presenta valores de especificidad del 85-98%.

Nord KM, Kapoor P, Fisher J, Thomas G, Sundaram A, Scott K, et al. False positive rate of thoracic outlet syndrome diagnostic maneuvers. Electromyogr Clin Neurophysiol [Internet]. 2008 Mar [cited 2019 Apr 9];48(2):67-74.

Plewa MC, Delinger M. The false-positive rate of thoracic outlet syndrome shoulder maneuvers in healthy subjects. Acad Emerg Med [Internet]. 1998 Apr [cited 2019 Apr 9];5(4):337-42.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



Ciryax released

Esta prueba se puede utilizar para valorar el compromiso del plexo braquial en la salida torácica.

Posición del paciente

Sentado, mirando al frente, con los brazos en posición de flexión de codos de 90º, los antebrazos en posición neutral y los brazos pegados al tronco.

Posición del terapeuta

En bipedestación detrás del paciente. El pecho del terapeuta está en contacto con la espalda de este. Con sus manos toma contacto en los codos del paciente.

Ejecución del test

El terapeuta pide al paciente que se deje caer hacia atrás, sobre él, tras lo cual realiza de manera pasiva en el paciente una elevación de los hombros a través de un empuje hacia craneal mediante el contacto con los codos del paciente. La posición se debe mantener durante un tiempo de 3 minutos.

Interpretación del test

La prueba es positiva si el paciente refiere sensación de adormecimiento o parestesia en cualquiera de los dermatomas de las raíces nerviosas del plexo braquial. Esta prueba utiliza el fenómeno de liberación nocturna (parestesia nocturna en la extremidad superior) como guía para su explicación.

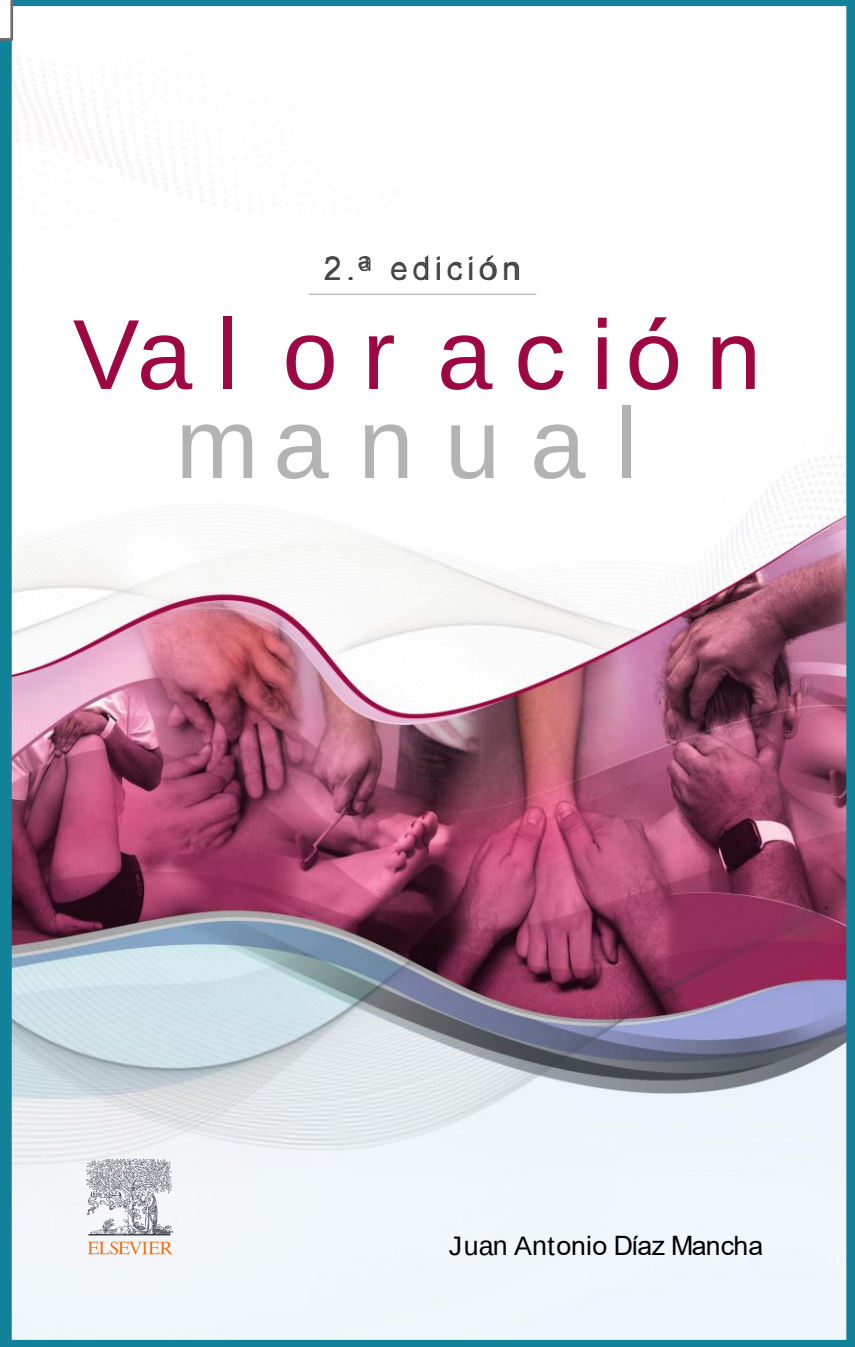
Evidencia científica

Esta prueba tiene valores de especificidad del 77-79%; su fiabilidad es del 0,92.

Brismée J-M, Gilbert K, Isom K, Hall R, Leathers B, Sheppard N, et al. Rate of False Positive Using the Cyriax Release Test for Thoracic Outlet Syndrome in an Asymptomatic Population. J Man Manip Ther [Internet]. 2004 Apr 18 [cited 2019 Apr 9];12(2):73-81

Smith TM, Sawyer SF, Sizer PS, Brismée J-M. The double crush syndrome: a common occurrence in cyclists with ulnar nerve neuropathy-a case-control study. Clin J Sport Med [Internet]. 2008 Jan [cited 2019 Apr 9];18(1):55-61.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional

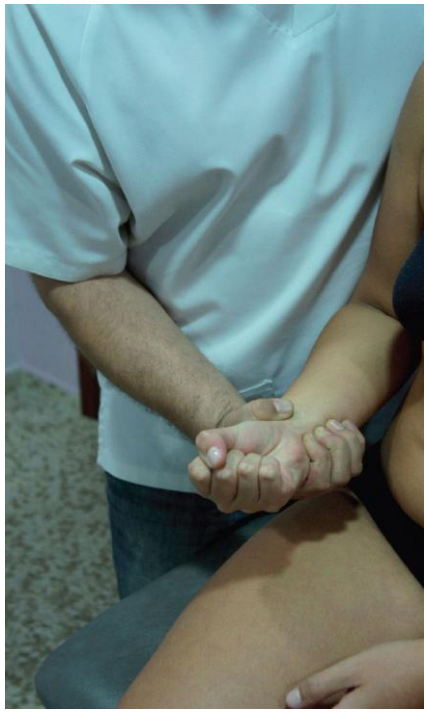


Pruebas para valorar alteraciones vasculares en miembros superiores

- Prueba dactilar de Allen
- Prueba de Allen (prueba del cierre del puño)
- Prueba de claudicación intermitente en el miembro superior
- Prueba de Gibbon y Landis (circulación periférica)
- Prueba de Rumpel-Leede
- Prueba de Lewis y Pickering

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional





Prueba dactilar de Allen

La prueba dactilar de Allen se utiliza para descartar la existencia de alguna alteración en las arterias radial y cubital del miembro superior.

Posición del paciente

Sentado con los brazos paralelos al tronco y las manos apoyadas sobre los muslos, o de pie con los brazos a lo largo del cuerpo.

Posición del terapeuta

De pie a un lado del paciente orientado hacia este. La mano anterior toma un contacto de forma que el pulgar se coloca tomando el pulso de la arteria radial, mientras que los demás dedos de la mano toman un contacto en la arteria cubital, también a nivel de la muñeca.

Ejecución del test

Para la ejecución de la prueba, el terapeuta realiza una compresión sobre las arterias radial y cubital. Acto seguido solicita al paciente que realice de manera activa un bombeo mediante la apertura y el cierre de la mano repitiendo esta acción durante 60 segundos; el terapeuta continúa comprimiendo ambas arterias durante toda la prueba.

Pasado este tiempo, el terapeuta pide al paciente que deje de bombear con la mano y cese en la apertura y el cierre. Una vez relajado, el terapeuta descomprime paulatinamente la presión ejercida sobre las arterias mientras observa la coloración de las manos y los dedos del paciente.

Interpretación del test

En condiciones normales, al realizar la descompresión de las arterias, aparece un enrojecimiento en las manos. Si este enrojecimiento no se llega a producir o se produce muy lentamente, indica una oclusión parcial o total de dichas arterias. Si existe un enrojecimiento breve y rápido una vez liberada la compresión, esta prueba es negativa y se considera que las arterias están en buen estado. La prueba se debe realizar de forma bilateral.

En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



Prueba de Allen (prueba del cierre del puño)

Esta prueba se utiliza para detectar posibles alteraciones vasculares en los miembros superiores.

Posición del paciente

En sedestación o en bipedestación, con la articulación glenohumeral en separación de 90°, rotación externa máxima y flexión de codo de 90°, de forma que la mano mire al techo.

Posición del terapeuta

En bipedestación detrás del paciente en finta doble orientado hacia este desplazado del lado a valorar. El terapeuta reposa la yema de los dedos segundo a quinto de la mano del lado a evaluar sobre la arteria radial del paciente a la altura de la tabaquera anatómica.

Ejecución del test

El terapeuta pide al paciente que realice una rotación cervical del lado contrario al miembro superior a evaluar. En esta posición, el terapeuta testa el pulso de la arteria radial y comprime la tabaquera, disminuyendo el riego de la mano.

Una vez realizada la compresión, le pide al paciente que flexione las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas de la mano a evaluar hasta que el puño quede cerrado por completo generando una oclusión venosa. El paciente debe mantener esta posición durante 60 segundos, transcurridos los cuales el terapeuta suprime la presión y el paciente relaja el brazo y la mano.

Interpretación del test

En condiciones normales y tras la realización de la prueba, el terapeuta puede percibir que la mano del paciente adquiere una coloración blanquecina. En un período corto de tiempo y con buena integridad vascular, la mano con coloración blanquecina se vuelve rojiza debido a la revascularización. Si existe afectación vascular, la ruborización tarda en instaurarse, por lo que se considera que la prueba es positiva.

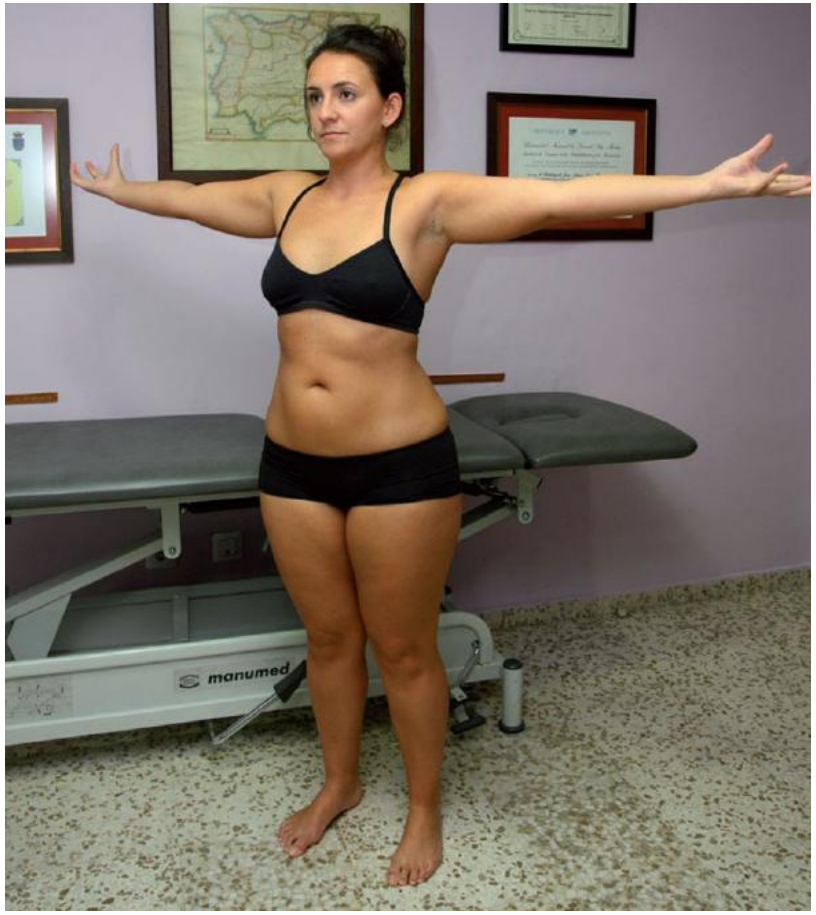
Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba tienen valores del 73,20 y 97,10%, respectivamente.

Kohonen M, Teerenhovi O, Terho T, Laurikka J, Tarkka M. Is the Allen test reliable enough? Eur J Cardio-Thoracic Surg [Internet]. 2007 Dec [cited 2019 Mar 26];32(6):902-5.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional

Prueba de claudicación intermitente en el miembro superior



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afectación del torrente circulatorio de una arteria en la extremidad superior.

Posición del paciente

De pie, con los brazos a lo largo del cuerpo.

Posición del terapeuta

De pie, a un lado del paciente, observándolo.

Ejecución del test

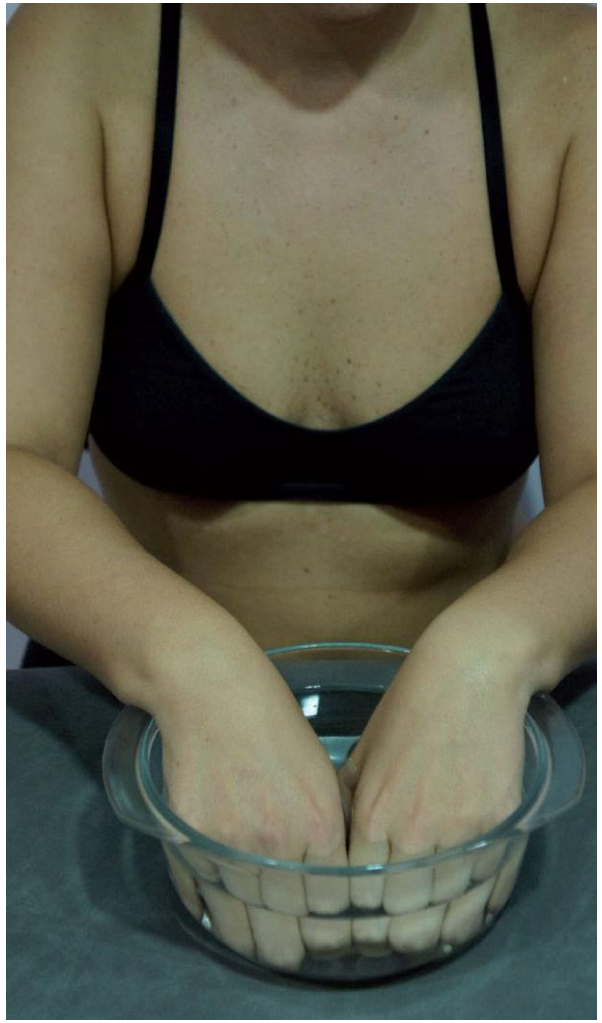
El terapeuta solicita al paciente que de forma bilateral lleve a cabo una separación de 90° de ambos hombros, con los codos extendidos, acompañada de una rotación externa de ellos. Una vez colocado, debe realizar de forma activa flexión y extensión de las articulaciones interfalángicas y metacarpofalángicas, cerrando y abriendo el puño de la mano durante al menos un minuto.

Interpretación del test

Si durante la realización de la prueba el paciente es incapaz de mantener la postura el tiempo mínimo estipulado, o si aparece dolor, entumecimiento, adormecimiento o fracaso muscular, el test se considera positivo. En este caso se puede pensar en la posibilidad de que exista un atrapamiento de estructuras neurovasculares en algunas de las extremidades superiores.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional

Prueba de Gibbon y Landis (circulación periférica)



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Con esta prueba se puede evaluar la circulación periférica de los miembros superiores o de los miembros inferiores en un sujeto.

Posición del paciente

Sentado con los brazos paralelos al tronco y las manos reposando sobre los muslos.

Posición del terapeuta

De pie, al lado del paciente orientado hacia este.

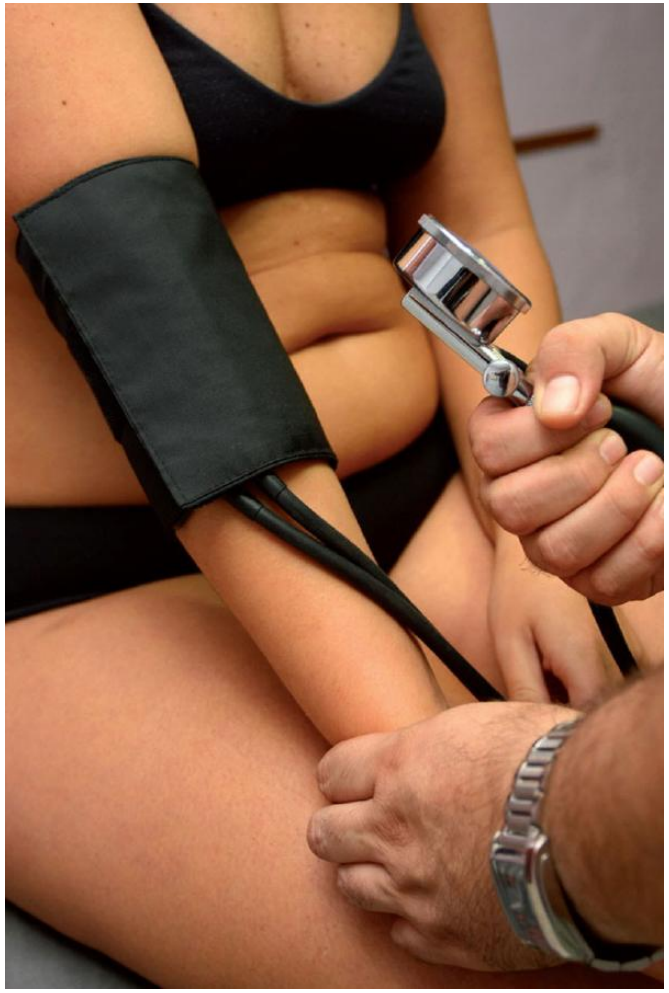
Ejecución del test

Se prepara un barreño con agua caliente a unos 43-45 °C y se introducen o bien las dos manos o bien los dos pies del paciente según lo que se quiera evaluar. Se mantienen sumergidos unos minutos a la espera de alguna respuesta periférica.

Interpretación del test

La respuesta normal al introducir los pies en el agua caliente es un aumento de la temperatura de las manos; del mismo modo, al introducir las manos en agua caliente, se produce de forma normal un aumento de la temperatura de los pies. En caso de que este fenómeno no ocurra, se puede pensar en una alteración de la circulación periférica, y entonces la prueba es positiva.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



Prueba de Rumpel-Leede

Esta prueba se utiliza para evaluar la fragilidad capilar del sistema venoso del paciente.

Posición del paciente

En sedestación, con los brazos a lo largo del cuerpo y las manos apoyadas sobre los muslos.

Posición del terapeuta

En bipedestación, delante del paciente orientado hacia este.

Ejecución del test

Ayudado de un esfigmomanómetro, el terapeuta comprime el miembro superior del lado a valorar a la altura del antebrazo. La presión se mantiene durante al menos 5 minutos, tras los cuales se retira el manguito.

Interpretación del test

Si tras retirar la presión el terapeuta observa en la piel del miembro valorado signos de rotura de los capilares del tipo petequias, se puede pensar en la existencia de una afectación de fragilidad capilar.

Para decir que la prueba es positiva, el terapeuta ha de contabilizar unas 30 petequias por cada 10 cm2 de piel valorados.

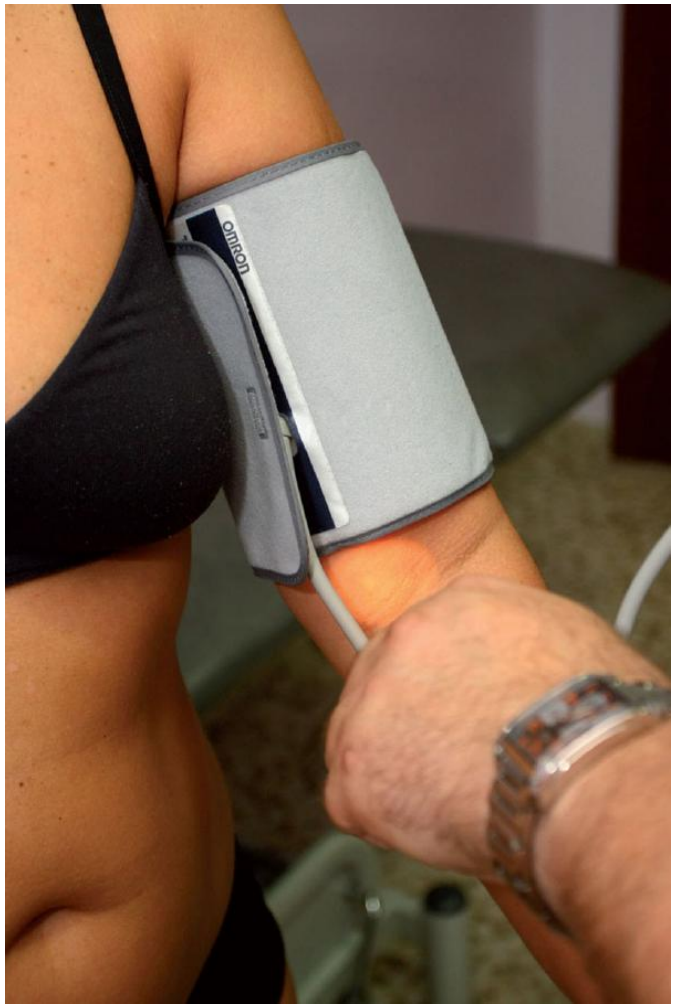
Esta prueba se utiliza para el diagnóstico de enfermedades como el dengue, así como para el estudio de trastornos hemorrágicos producidos por una alta fragilidad capilar.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba tienen valores del 41 y 75,10%. Su valor predictivo positivo es del 35,70% y su valor predictivo negativo del 79,10%.

Grande AJ, Reid H, Thomas E, Foster C, Darton TC. Tourniquet Test for Dengue Diagnosis: Systematic Review and Meta-analysis of Diagnostic Test Accuracy. PLoS Negl Trop Dis [Internet]. 2016 Aug [cited 2019 Mar 26];10(8):e0004888.

Prueba de Lewis y Pickering



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Esta prueba se utiliza para valorar el estado de la circulación periférica de los miembros del paciente.

Posición del paciente

En bipedestación, con los miembros a lo largo del cuerpo.

Posición del terapeuta

En bipedestación, en el lado a valorar del paciente en finta doble orientado hacia este.

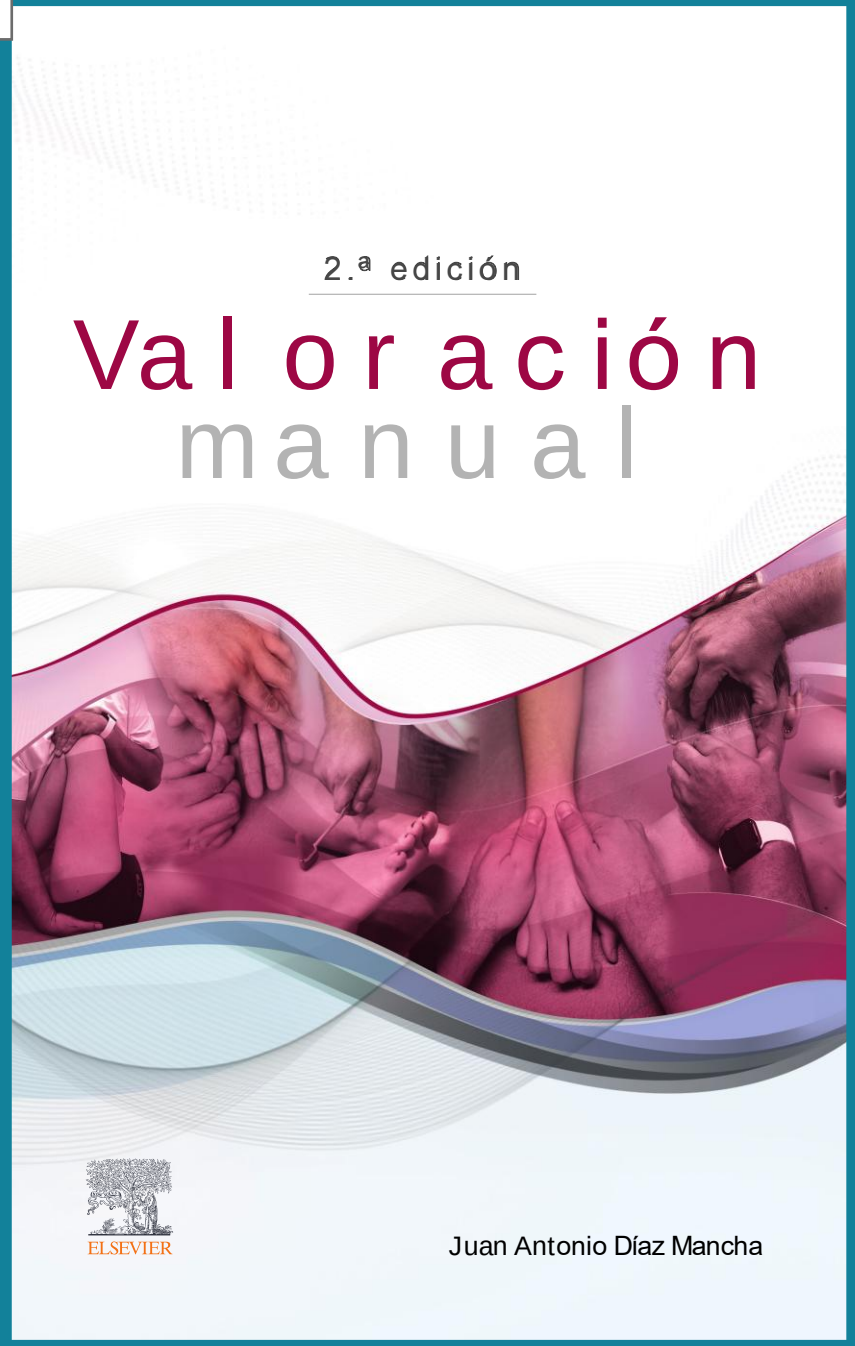
Ejecución del test

El terapeuta lleva a cabo una compresión de la estructura a evaluar con un esfigmomanómetro y aplica calor a la zona. Pasados unos segundos, retira la presión que produce el esfigmomanómetro.

Interpretación del test

Durante la prueba, el aumento de la presión y de la temperatura sobre la estructura a valorar genera una apertura de los vasos sanguíneos de esta y la coloración de la porción distal a dicha estructura se torna pálida debido a la compresión. Si tras retirar el esfigmomanómetro la coloración no se torna rojiza en pocos segundos debido a la revascularización de la zona, se puede pensar en la existencia de una posible afectación vascular periférica.

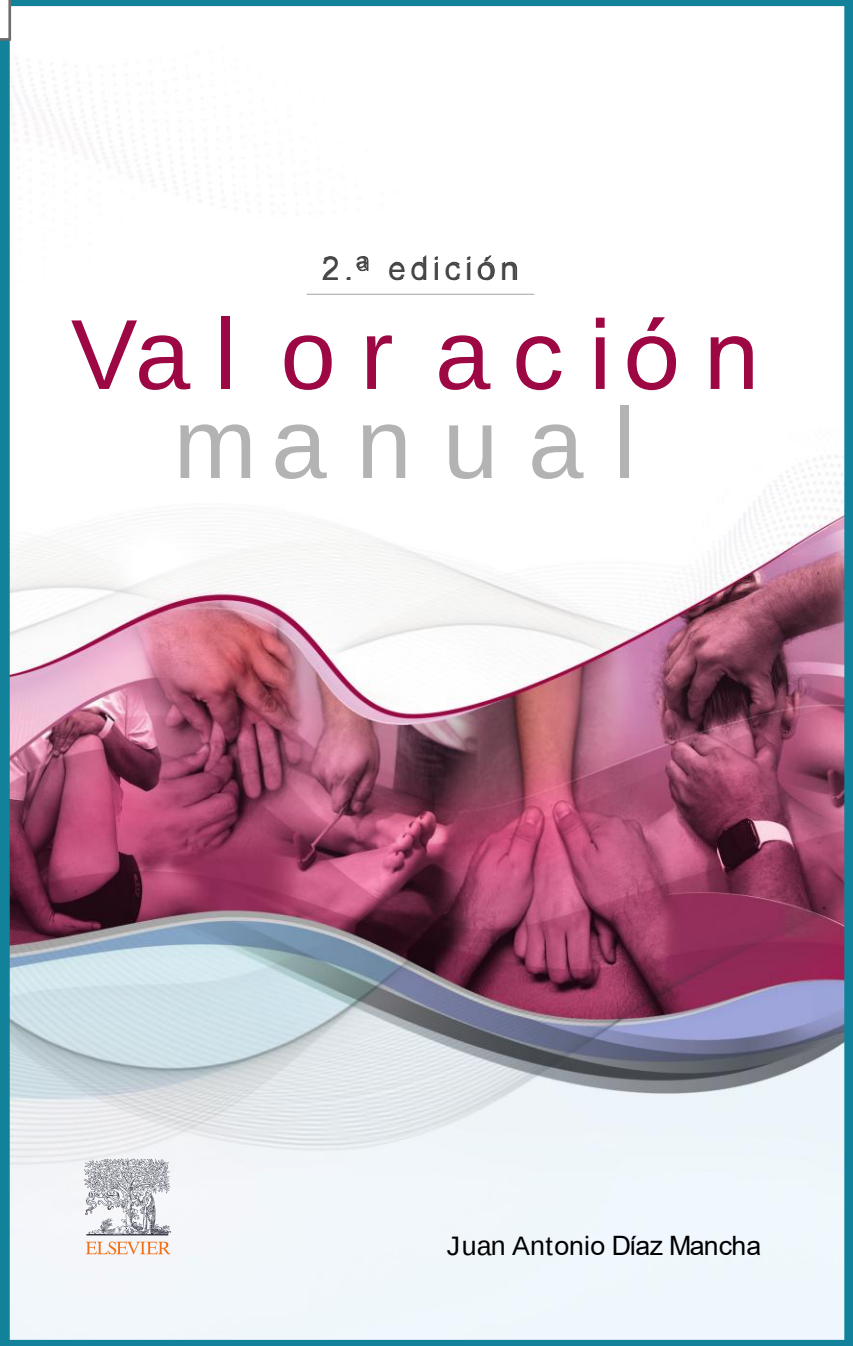
Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



Pruebas para valorar alteraciones vasculares en miembros inferiores

- Prueba de Homans
- Prueba de Ratschow-Börger
- Prueba de Perthes
- Prueba de Trendelenburg
- Prueba deambulatoria o del tiempo de claudicación
- Prueba de Collens-Wilensky
- Prueba de Pratt

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional

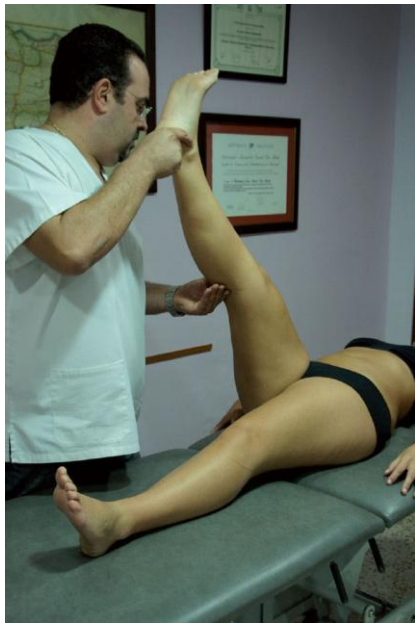


Pruebas para valorar alteraciones vasculares en miembros inferiores

- Prueba de Fabere-Patrick
- Prueba de claudicación intermitente en el miembro inferior
- Prueba de Ochsner-Mahoner
- Prueba de Leriche
- Prueba de Lowenberg
- Signo de Homan
- Prueba de Sandrock

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional

Prueba de Homans





Con esta prueba se estudia la posibilidad de que el paciente tenga trombos en los miembros inferiores.

Posición del paciente

En supino con los brazos a lo largo del cuerpo y las rodillas extendidas.

Posición del terapeuta

De pie del lado a evaluar a la altura de las tibias del paciente en finta adelante orientado hacia la cabeza de este. Con la mano inferior toma contacto abarcando el calcáneo del lado a explorar, mientras que con la otra mano contacta en la rodilla del mismo lado.

Ejecución del test

El paciente permanece relajado durante toda la prueba y el terapeuta es quien realiza las maniobras pasivamente: llevará a cabo una flexión de cadera con rodilla extendida en un primer momento y flexionada después, añadiendo a la exploración una flexión dorsal del tobillo.

Interpretación del test

El terapeuta debe estar atento a todas las sensaciones que las maniobras le provoquen al paciente. En caso de que manifieste dolor en la pierna, independientemente de cómo se encuentre la rodilla, se puede pensar en la existencia de trombos en sus miembros inferiores.

En caso de dolor durante la valoración con la rodilla extendida, también ha de tenerse en cuenta que existe la posibilidad de que haya alteraciones discales en la columna vertebral con disfunciones radiculares y musculares, que hay que confirmar con otras pruebas manuales que lo clarifiquen.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba tienen valores del 13-48% y 39-84%, respectivamente.

The Diagnostic Approach to Acute Venous Thromboembolism. Am J Respir Crit Care Med [Internet]. 1999 Sep [cited 2019 Mar 26];160(3):1043-66.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional

Prueba de Ratschow-Börger



The Diagnostic Approach to Acute Venous Thromboembolism. Am J Respir Crit Care Med [Internet]. 1999 Sep [cited 2019 Mar 26];160(3):1043-66.

Esta prueba se utiliza para valorar una enfermedad vascular en la pelvis y en los miembros inferiores del paciente.

Posición del paciente

En decúbito supino con los brazos a lo largo del cuerpo y las rodillas extendidas.

Ejecución del test

El terapeuta pide al paciente que levante las piernas y que con ellas efectúe movimientos en círculo y flexiones plantares o dorsales de la articulación del tobillo durante 2 minutos.

Interpretación del test

Los individuos que no padecen trastornos vasculares pueden realizar estos movimientos sin molestia alguna y sin presentar cianosis en la planta del pie. Las personas con afectaciones vasculares manifiestan dolores más o menos intensos e isquemia de la planta del pie del lado afecto.

Transcurridos los 2 minutos, el paciente debe sentarse rápidamente y dejar colgar las piernas en un extremo de la mesa. Tras 5-7 segundos, en las personas sanas aparece hiperemia reactiva y rellenado de las venas; en los pacientes con patología vascular este fenómeno es más tardío cuanto mayor es la estenosis vascular.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba tienen valores del 100% y 54%, respectivamente. La prueba cuenta con una razón de verosimilitud positiva de 2,2 y negativa de 0.

Prueba de Perthes



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Con esta prueba se valora el estado del paciente en lo que respecta al sistema venoso del miembro inferior.

Posición del paciente

De pie, con los brazos a lo largo del cuerpo.

Posición del terapeuta

De pie, a un lado del paciente orientado hacia este.

Ejecución del test

Una vez el terapeuta localiza dónde presenta el paciente la afectación venosa en su miembro inferior, coloca un compresor elástico alrededor de la pierna por encima de las varices antes localizadas. Tras su colocación, el paciente debe caminar unos pasos.

Interpretación del test

Si durante la marcha las varices se vacían por completo, indica que el paciente presenta una alteración del sistema valvular de la vena safena. Puede suceder que las varices se vacíen de manera incompleta, de forma que aparte de una disfunción de la válvula de la vena safena, también haya una alteración en las venas comunicantes.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Trendelenburg

Con esta prueba se valora el estado del sistema valvular de las venas de los miembros inferiores del paciente, así como su buena función.

Posición del paciente

En decúbito dorsal con los brazos a lo largo del cuerpo y las rodillas extendidas sobre la camilla.

Ejecución del test

En un primer momento se pide al paciente que realice una flexión de la pierna del lado a estudiar con el fin de elevarla de la camilla hasta que se evidencie una disminución de percepción de las venas superficiales. En este momento, el terapeuta realiza un vendaje compresivo en el tercio proximal de la pierna. Una vez realizada la compresión, se pide al paciente que se levante y camine durante medio minuto aproximadamente mientras el terapeuta observa las zonas en las que en un principio había las dilataciones venosas (primera etapa de la prueba). Por último, el terapeuta suelta el vendaje compresivo y vuelve a observar las venas superficiales (segunda etapa de la prueba).

Interpretación del test

Existen cuatro posibles resultados:

•En la primera etapa de la prueba se produce un aumento de volumen por rellenado de las venas superficiales en la pierna a estudiar. En la segunda parte de la prueba continúa el rellenado de las venas desde distal a proximal. En este caso se considera que la prueba es normal.

•En la primera etapa se produce un aumento de volumen por rellenado de las venas superficiales desde distal a proximal. En la segunda etapa de la prueba se produce un llenado rápido desde la safena, por lo que el llenado es retrógrado. En este caso se puede pensar en una afectación del sistema valvular de la vena safena.

•En la primera etapa se produce un aumento del volumen por rellenado de las venas superficiales a través de las venas perforantes. En la segunda etapa continúa el mismo proceso. En este caso se puede pensar en una insuficiencia valvular de las venas perforantes que comunican el sistema superficial y el profundo.

•En la primera etapa se produce un aumento del volumen por rellenado de las venas superficiales a través de las venas perforantes y en la segunda etapa se produce además un llenado rápido desde la safena interna, es decir, en dirección retrógrada. En este caso hay que pensar en una insuficiencia valvular tanto de la vena safena como de las venas perforantes.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



Prueba deambulatoria o del tiempo de claudicación

Esta prueba se utiliza para determinar el grado de compresión isquémica o estenosis vascular en los miembros inferiores.

Posición del paciente

En bipedestación con los brazos a lo largo del tronco.

Posición del terapeuta

En bipedestación a un lado del paciente orientado hacia este.

Ejecución del test

El terapeuta pide al paciente que camine por una sala sin obstáculos durante algunos metros. El ritmo de la marcha ha de aproximarse a un paso por segundo.

Interpretación del test

El terapeuta mide con un cronómetro el tiempo tras el que el paciente tiene la necesidad de detener la marcha debido a la aparición de un dolor de tipo isquémico en la pierna afecta a la altura de la pantorrilla. Este síntoma es indicativo de una oclusión vascular del miembro del mismo lado en el que aparece el dolor. En este caso se considera que la prueba es positiva.

Cuando el paciente descansa unos segundos, desaparecen los síntomas debido a la revascularización de la extremidad y puede retomar la marcha.

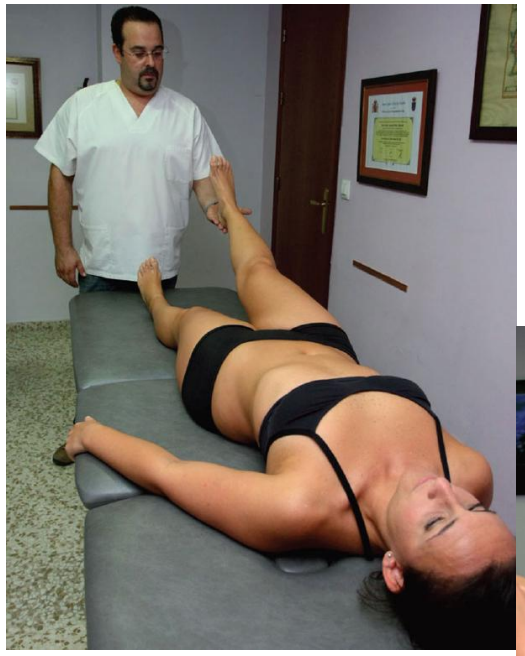
Obviamente, la afectación es mayor cuanto menor sea el tiempo que tarda el paciente en cesar la marcha.

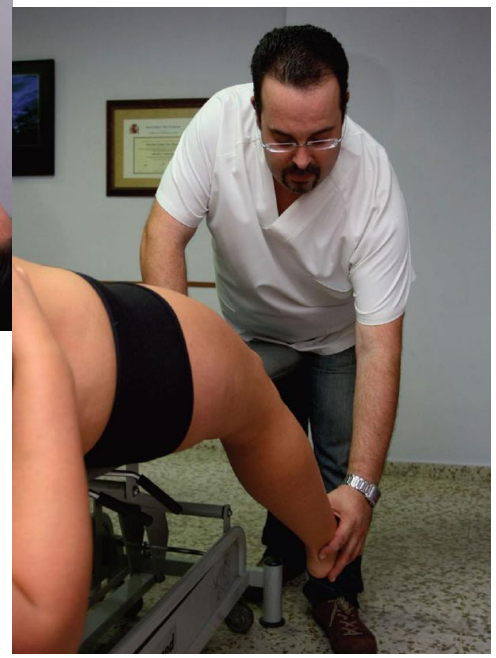
Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba tienen valores del 99,30 y 13,10%, respectivamente.

Sontheimer DL. Peripheral vascular disease: diagnosis and treatment. Am Fam Physician [Internet]. 2006 Jun 1 [cited 2019 Mar 26];73(11):1971-6.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional





Prueba de Collens-Wilensky

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afectación vascular de los miembros inferiores.

Posición del paciente

En decúbito supino, con los brazos a lo largo del cuerpo y las rodillas extendidas reposando sobre la camilla.

Posición del terapeuta

En bipedestación, a los pies del paciente en finta doble orientado hacia este.

Ejecución del test

El terapeuta pide al paciente que eleve la extremidad a evaluar por encima del plano del cuerpo, induciendo varios grados de flexión de cadera con la rodilla extendida. Pasados unos segundos, el miembro se torna de un color pálido por la isquemia vascular. Acto seguido pide al paciente que lleve la extremidad a evaluar a una posición de declive durante al menos 10 segundos.

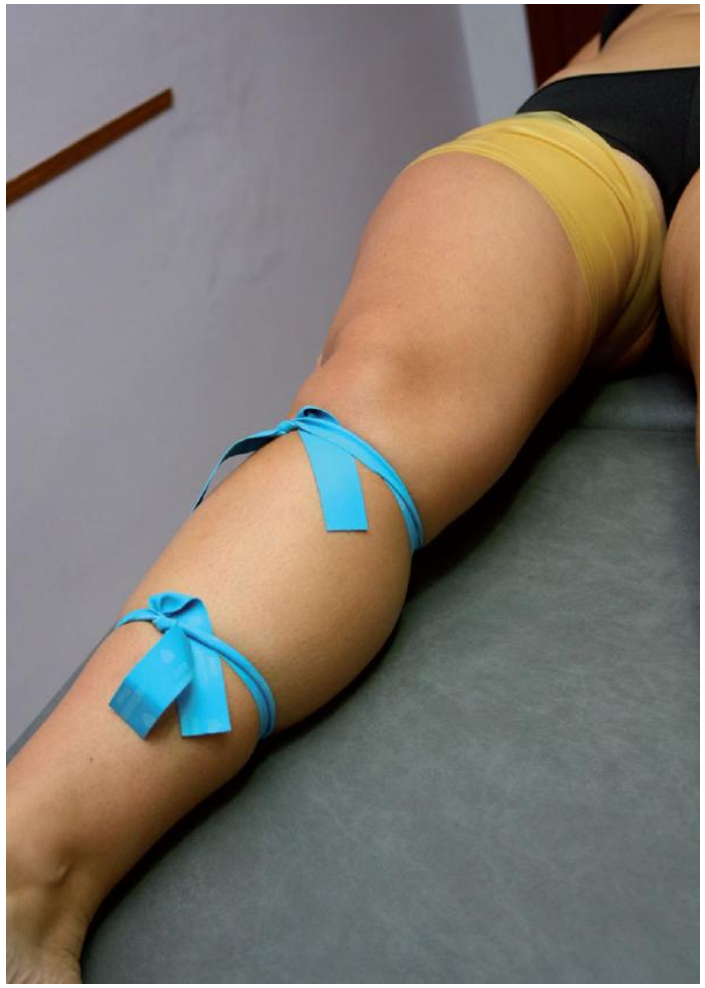
Interpretación del test

La coloración pálida del miembro, que aparece por la elevación, ha de normalizarse durante los 10 segundos posteriores a la posición de declive. Se puede pensar en una alteración isquémica vascular si el tiempo de revascularización y el enrojecimiento del miembro se ven incrementados. En este último caso se considera que la prueba es positiva.

En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Escuela Osteopatía de Madrid
Internacional

Prueba de Pratt



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Esta prueba se realiza para estudiar la integridad de las venas perforantes en pacientes que presentan varices en las extremidades inferiores.

Posición del paciente

En decúbito supino con los brazos a lo largo del cuerpo y las rodillas extendidas, con la pierna del lado a estudiar en elevación respecto al plano del cuerpo.

Posición del terapeuta

En bipedestación, en el lado a valorar en finta doble a la altura de los muslos del paciente.

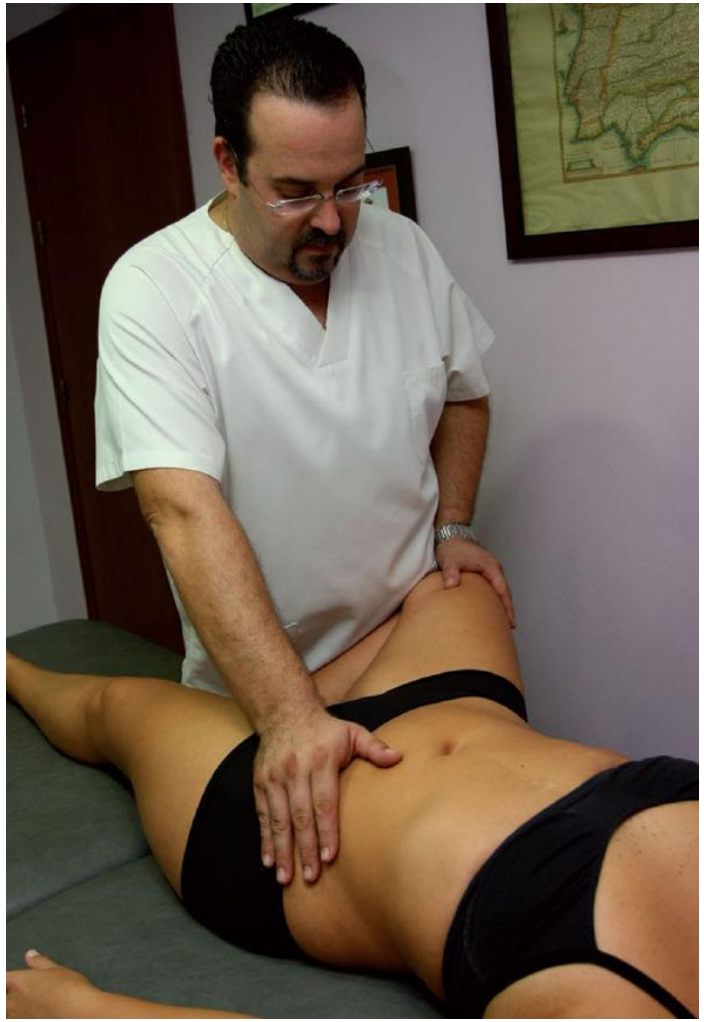
Ejecución del test

El terapeuta lleva a cabo una compresión del tercio proximal del muslo de la pierna a explorar por medio de un torniquete o de un vendaje compresivo. Tras su aplicación, delimita la porción de pierna a valorar a través de dos bandas elásticas de Smarch, de tal forma que una determina el margen superior y la otra el inferior. Acto seguido, el paciente se coloca en bipedestación y comienza a andar por la sala durante unos segundos. El terapeuta observa posibles cambios que se producen en las venas de la porción de pierna que tiene delimitada entre las bandas elásticas de Smarch.

Interpretación del test

Si tras la maniobra el terapeuta observa que se puede apreciar un llenado rápido y excesivo de las varices de la porción de pierna valorada, es indicativo de afectación de las venas comunicantes.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



Prueba de Fabere-Patrick

Esta prueba se utiliza para valorar la presencia de una posible enfermedad de Perthes o de una necrosis vascular de la articulación de la cadera.

Posición del paciente

En supino, con los brazos a lo largo del cuerpo, con la pierna a explorar en abducción y rotación externa de cadera y flexión de rodilla, de tal forma que el maléolo peroneal repose sobre la cara anterior de la rodilla contralateral.

Posición del terapeuta

De pie, en el lado de la pierna a explorar en finta adelante orientado hacia la cabeza del paciente. Toma contacto con el talón de la mano superior sobre la espina ilíaca anterosuperior del lado contrario. La otra mano reposa sobre la porción interna de la rodilla del miembro a evaluar.

Ejecución del test

El terapeuta realiza a través de su contacto caudal un empuje sobre la rodilla de la pierna a explorar en dirección del suelo, de tal forma que intente contactarla con la camilla.

Interpretación del test

En condiciones normales, la rodilla debe contactar con la camilla sin que se produzca dolor alguno a la realización de la prueba. En este caso se considera que la prueba es negativa.

Si, por el contrario, la rodilla evaluada no toca la camilla, se debe tomar una cinta métrica y medir la distancia entre la rodilla de la pierna afecta y la camilla, y comparar la medición con la del miembro contralateral. Cuando se ha comprobado que existe una limitación, hay que descartar que se deba a una lesión de tipo muscular por retracción de los músculos aductores de cadera.

Si existe afectación en una de las extremidades y se ha descartado mediante otras pruebas el problema de retracción de los aproximadores de cadera, se puede pensar en la posible existencia de una enfermedad de Perthes o en una necrosis vascular de la articulación de la cadera.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba tienen valores del 60 y del 18%, respectivamente. La prueba cuenta con una razón de verosimilitud positiva de 0,73 y negativa de 2,2.

Sontheimer DL. Peripheral vascular disease: diagnosis and treatment. Am Fam Physician [Internet]. 2006 Jun 1 [cited 2019 Mar 26];73(11):1971-6.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional

Prueba de claudicación intermitente en el miembro inferior

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afectación en el torrente circulatorio de una arteria en una extremidad inferior.

Posición del paciente

De pie, con los brazos a lo largo del cuerpo.

Posición del terapeuta

De pie, a un lado del paciente en finta doble orientado hacia este, observándolo.

Ejecución del test

El terapeuta pide al paciente que comience a caminar a un ritmo normal. También se le puede solicitar que suba unos escalones.

Interpretación del test

Si durante la realización de la prueba el paciente tiene la necesidad de pararse debido al dolor o a una incapacidad funcional de los miembros inferiores por entumecimiento, adormecimiento o fracaso muscular, el terapeuta puede pensar en la existencia de un atrapamiento de estructuras neurovasculares en algunas de las extremidades inferiores.

A este test también se le conoce con el nombre del síndrome del escaparate, ya que son bastantes las personas que al sufrirlo en la calle se paran para descansar mirando escaparates para disimular su alteración y posteriormente reanudar la marcha.

En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Ochsner-Mahoner

Esta prueba se utiliza para valorar el estado circulatorio de los miembros inferiores.

Posición del paciente

En bipedestación, con los brazos a lo largo del cuerpo.

Posición del terapeuta

En bipedestación, a un lado del paciente en finta doble orientado hacia este.

Ejecución del test

El terapeuta observa la piel de la extremidad inferior del paciente a valorar en busca de alguna afectación venosa que se perciba a simple vista. Tras esto, le coloca dos vendas compresivas, una a la altura de la rodilla y la otra hacia el tercio medio de la tibia. Acto seguido le pide que camine unos minutos por la sala.

Interpretación del test

Si el terapeuta percibe un colapso de la circulación venosa, hay que pensar en una afectación venosa profunda acompañada de un buen funcionamiento de las venas comunicantes.

Si a simple vista percibe un aumento del grosor de las venas, acompañado de un cuadro álgico de la extremidad, puede pensar en una afectación de oclusión venosa profunda y afectación del sistema comunicante.

Si, por el contrario, el terapeuta es incapaz de percibir cambio alguno, se demuestra la integridad del sistema venoso profundo y comunicante.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Leriche

Esta prueba se utiliza para valorar la presencia de una posible afectación vascular de miembros inferiores.

Posición del paciente

En sedestación, con los brazos a lo largo del tronco y las manos apoyadas sobre los muslos.

Posición del terapeuta

En bipedestación, a un lado del paciente orientado hacia este.

Ejecución del test

El terapeuta pide al paciente que cruce las piernas, de tal forma que coloque la cara externa del peroné del miembro a valorar sobre la rodilla del miembro inferior contralateral. Debe mantener la postura un mínimo de un minuto.

Interpretación del test

Si el paciente es incapaz de mantener la postura propuesta por el terapeuta al menos durante un minuto, se puede pensar en una afectación vascular en el miembro inferior estudiado. En este caso se considera que la prueba es positiva.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Lowenberg

Esta prueba se utiliza para valorar la existencia de una posible flebitis en los miembros inferiores.

Posición del paciente

En bipedestación, con los brazos a lo largo del cuerpo.

Posición del terapeuta

En bipedestación, del lado a valorar del paciente orientado hacia este.

Ejecución del test

El terapeuta abarca la parte media de la tibia del paciente del lado a valorar con un manguito de esfigmomanómetro e incrementa la presión de forma progresiva.

Interpretación del test

Si el paciente experimenta un cuadro álgico agudo cuando el terapeuta alcanza un valor inferior o igual a 180 mmHg, se puede pensar en una afectación vascular de tipo flebitis en el miembro inferior valorado. En este caso se dice que la prueba es positiva.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



Signo de Homan

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afectación por tromboflebitis en los miembros inferiores.

Posición del paciente

En decúbito ventral, con los brazos a lo largo del cuerpo y las rodillas extendidas.

Posición del terapeuta

De pie, en el borde inferior de la camilla en finta doble en dirección de la cabeza del paciente ligeramente desplazado del lado contrario al que se va a valorar. Toma contacto con la yema de los dedos de la mano externa sobre el antepié del lado a evaluar.

Ejecución del test

El terapeuta induce de forma pasiva primero una flexión plantar y luego una flexión dorsal del pie a valorar. Manteniendo la flexión dorsal, palpa con la mano interna la parte posterior de la tibia.

Interpretación del test

Si a lo largo de la prueba se genera sintomatología álgica en la parte posterior de la tibia, se puede pensar en una posible afectación por tromboflebitis en el miembro valorado. En este caso se considera que la prueba es positiva.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba tienen valores del 10-54% y 39-89%, respectivamente.

McGee S. Evidence-Based Physical Diagnosis. Philadelphia: Saunders; 2012. p. 472-473



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Sandrock

Esta prueba se utiliza para evaluar el estado de la circulación en una determinada zona del cuerpo del paciente.

Posición del paciente

Sentado con los brazos paralelos al tronco y las manos sobre los muslos, o en supino con los brazos a lo largo del cuerpo y las rodillas extendidas.

Posición del terapeuta

De pie en el lado a valorar del paciente en finta doble orientado hacia este.

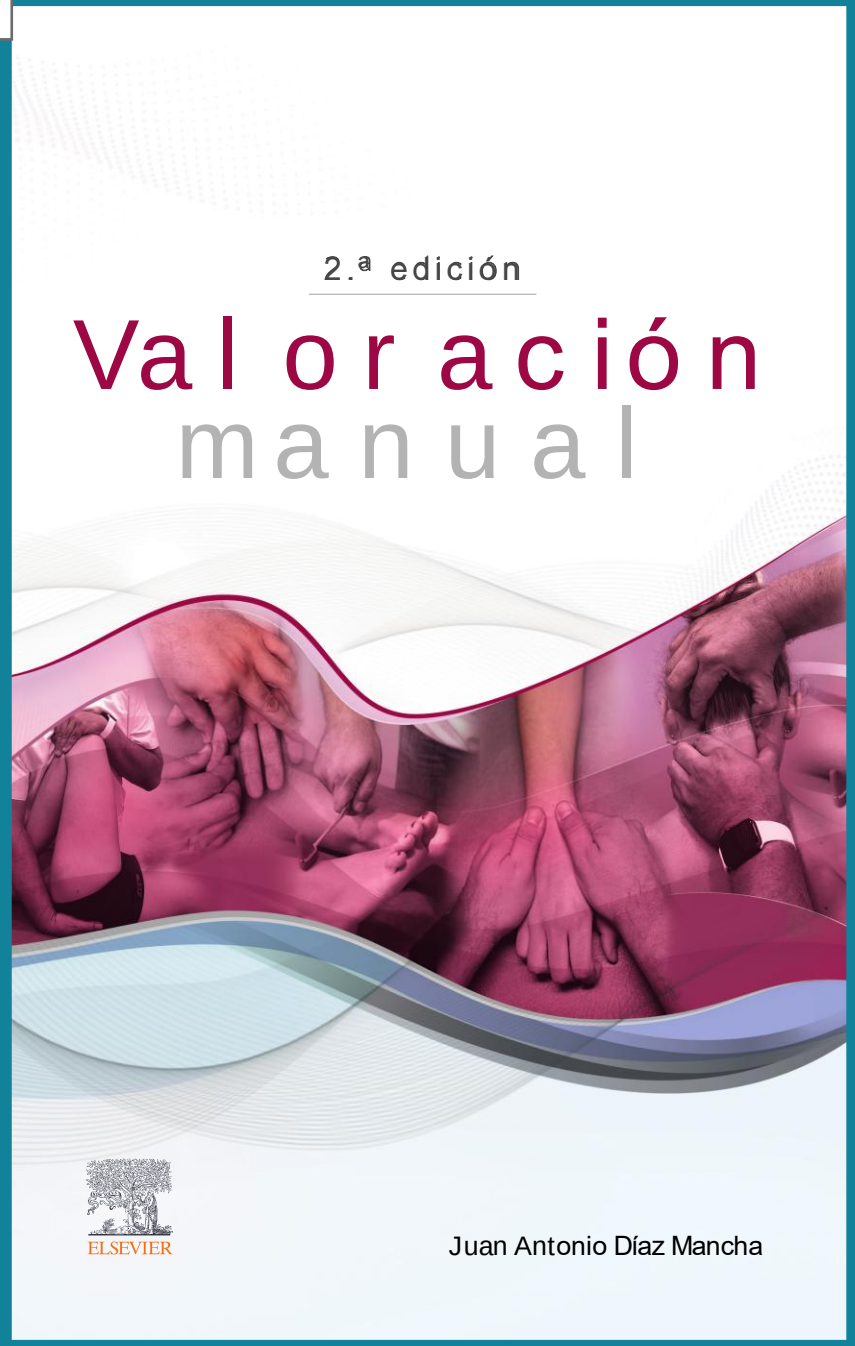
Ejecución del test

El paciente no hace nada, debe permanecer relajado, mientras que el terapeuta realiza una fricción profunda en una zona en la que cree que hay una trombosis venosa.

Interpretación del test

Cuando el terapeuta deja de aplicar presión, la zona friccionada presenta un estado de hiperemia que indica la integridad del sistema vascular del sujeto. En caso de que no haya hiperemia tras la realización de la prueba, el test es positivo e indica una alteración de la circulación local.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional

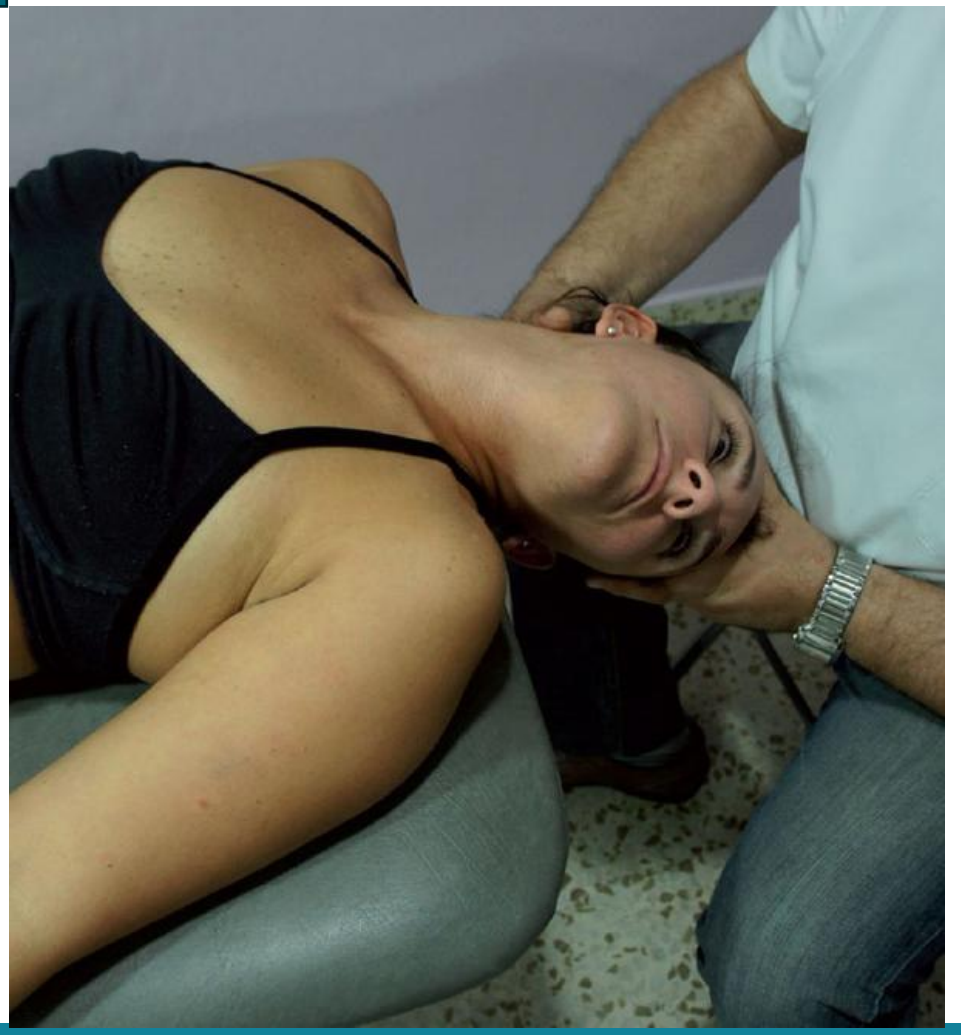


Pruebas para valorar alteraciones vasculares del tronco basilar (arteria vertebral)

- Prueba de la arteria vertebral según George (test de Klyn)
- Test de insuficiencia vertebrobasilar
- Prueba de Rancurel

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional

Prueba de la arteria vertebral según George (test de Klyn)



Esta prueba sirve para detectar una insuficiencia de la arteria vertebral.

Posición del paciente

Sentado con los brazos paralelos al tronco y las manos sobre los muslos, o en decúbito supino con los brazos a lo largo del cuerpo.

Ejecución del test

La prueba precisa algunos datos y hallazgos previos, dado que puede entrañar cierto riesgo. Es necesario comprobar los siguientes parámetros: presión arterial, pulso del brazo, pulso de la arteria carótida común y pulso de la arteria subclavia con auscultación para detectar ruidos vasculares. Si se observan hallazgos patológicos, la prueba no se debe efectuar.

En el caso de que no haya alteraciones, el terapeuta le pide al paciente que gire la cabeza hacia un lado lo máximo posible y la extienda. La cabeza debe colocarse en un extremo de la mesa de exploración en caso de hacerla en decúbito supino. A continuación se lleva a cabo la denominada posición en declive de Klyn, con rotación máxima y extensión cervical. El paciente debe permanecer en esta posición 20-30 segundos mientras el terapeuta le pide que hable (por ejemplo, contando números).

Interpretación del test

Si durante la realización de la prueba aparecen ruidos vasculares patológicos en la arteria carótida común, así como mareos, alucinaciones visuales, náuseas, cansancio o nistagmo, se puede afirmar que existe estenosis de la arteria vertebral o de la arteria carótida común.

La prueba es significativa ante alteraciones de la columna vertebral cervical o mareos en orden a decidir cuándo está indicado el tratamiento (extensión o manipulaciones).

La prueba de provocación en la arteria vertebral permite efectuar el diagnóstico diferencial, dado que en el bloqueo radicular las náuseas, los mareos y el nistagmo aumentan primero y después pierden intensidad. Si hay insuficiencia vertebral, la intensidad de las náuseas y los mareos aumenta rápidamente en pocos segundos.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba tienen valores del 0-57% y del 67-100%, respectivamente. La prueba cuenta con una razón de verosimilitud positiva de 0,22-83,25 y negativa de 0,44-1,40. Su valor predictivo positivo es del 0-100% y su valor predictivo negativo del 26-96%.

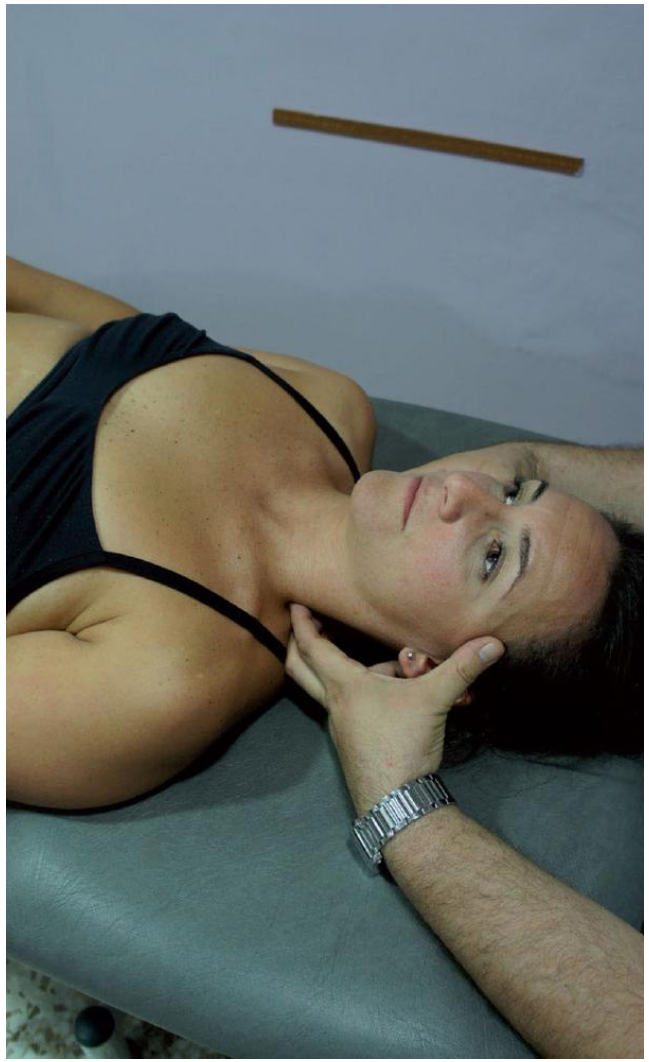
Côté P, Kreitz BG, Cassidy JD, Thiel H. The validity of the extension-rotation test as a clinical screening procedure before neck manipulation: a secondary analysis. J Manipulative Physiol Ther [Internet]. [cited 2019 Apr 10];19(3):159-64.

Li YK, Zhang YK, Lu CM, Zhong SZ. Changes and implications of blood flow velocity of the vertebral artery during rotation and extension of the head. J Manipulative Physiol Ther [Internet]. 1999 Feb [cited 2019 Apr 10];22(2):91-5.

Petersen B, von Maravic M, Zeller JA, Walker ML, Kömpf D, Kessler C. Basilar artery blood flow during head rotation in vertebrobasilar ischemia. Acta Neurol Scand [Internet]. 1996 Oct [cited 2019 Apr 10];94(4):294-301.

Sakaguchi M, Kitagawa K, Hougaku H, Hashimoto H, Nagai Y, Yamagami H, et al. Mechanical compression of the extracranial vertebral artery during neck rotation. Neurology [Internet]. 2003 Sep 23 [cited 2019 Apr 10];61(6):845-7.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Test de insuficiencia vertebrobasilar

La insuficiencia vertebrobasilar es una afección vascular debida a estenosis, placas de ateroma, compresión o trombos que afecta tanto a las arterias vertebrales como al tronco basilar.

Posición del paciente

En supino con la cabeza apoyada en la mesa de tratamiento y los brazos relajados paralelos al tronco.

Posición del terapeuta

En sedestación a la cabeza del paciente en dirección a sus pies.

Ejecución del test

El paciente debe permanecer relajado durante toda la ejecución de la prueba, de forma que el terapeuta coloque sus dedos lateralmente en los procesos laterales de la séptima vértebra cervical para comprimir las arterias vertebrales contra el plano óseo durante medio minuto aproximadamente.

Interpretación del test

Si durante la realización de la prueba aparece en el paciente sintomatología de dolor en la zona occipital, desequilibrios, nistagmo o alteraciones en los oídos, la prueba es positiva e indica una alteración de la arteria vertebral. Normalmente estos signos son esporádicos y pasan una vez que se reequilibra dicha insuficiencia.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



Prueba de Rancurel

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afectación compresiva de la arteria vertebral.

Posición del paciente

En bipedestación con los brazos a lo largo del cuerpo, o en sedestación con los brazos paralelos al tronco y las manos apoyadas sobre los muslos.

Posición del terapeuta

En bipedestación, delante del paciente en finta doble orientado hacia este. Con la yema del dedo índice de una mano toma contacto en la zona suboccipital en el triángulo de Tillaux de uno de los lados, mientras la otra mano estabiliza en la zona de la cabeza del lado contralateral al lado a estudiar.

Ejecución del test

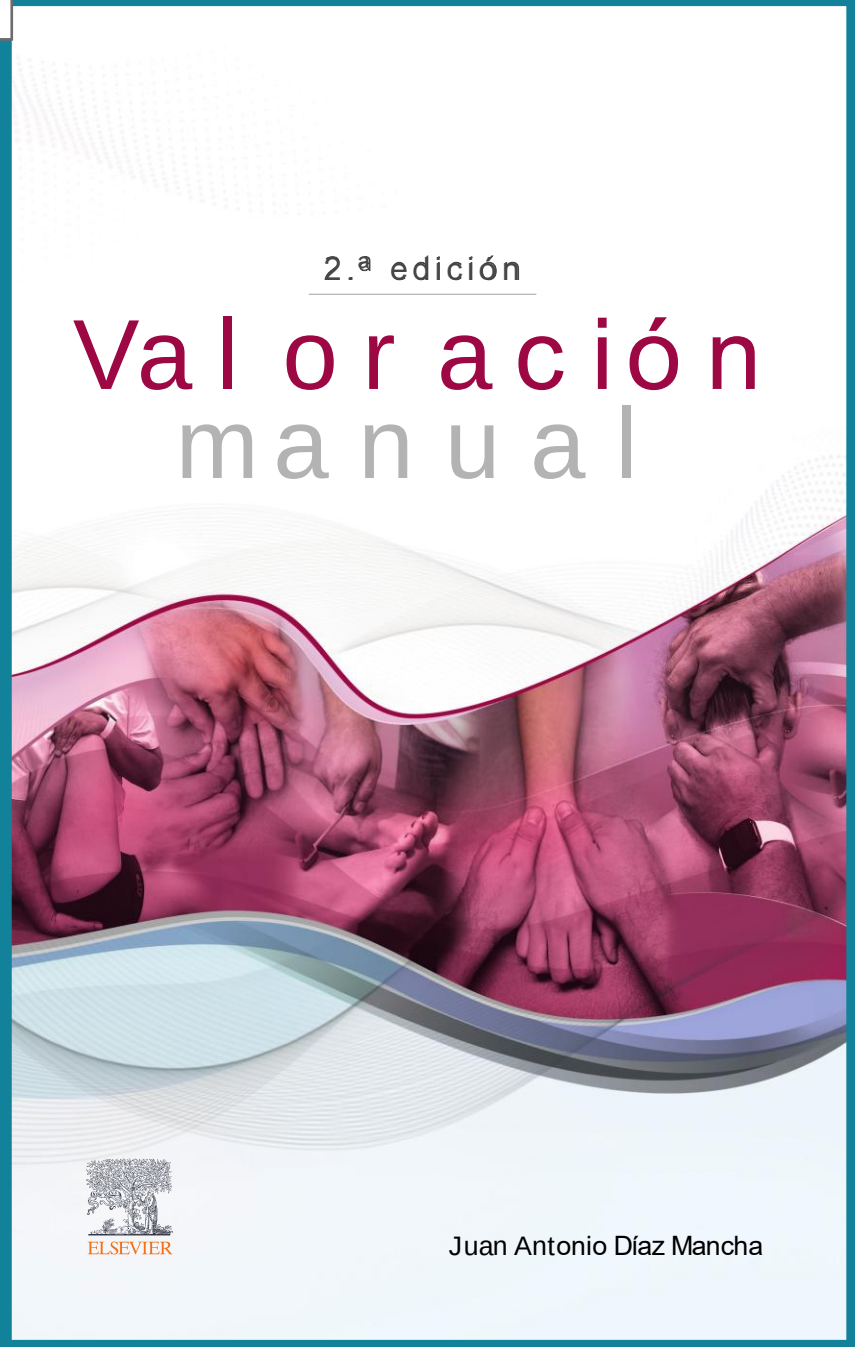
El terapeuta lleva a cabo una compresión durante varios segundos. La prueba se repite primero en el lado contralateral y por último en ambos lados a la vez, por lo que consta de tres etapas.

Interpretación del test

Si al llevar a cabo la compresión aparece sintomatología de tipo náuseas, vértigos, mareos o afectaciones visuales, se puede pensar en una afectación por compromiso de la arteria vertebral. Esta prueba es complementaria, pero no sustitutiva, de la prueba de Klyn.

En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

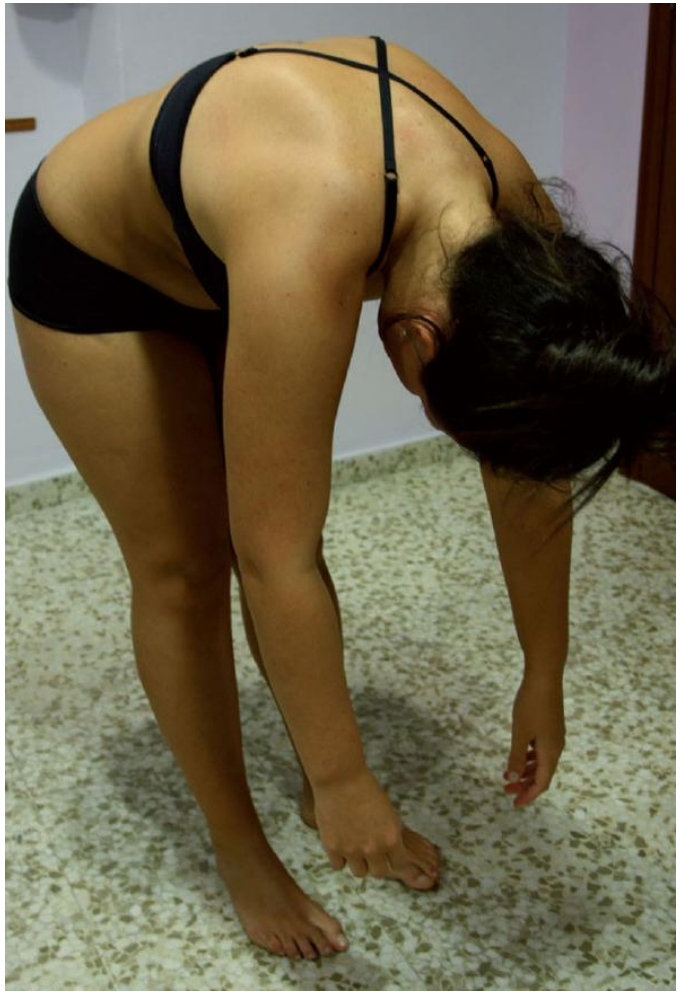
Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



Pruebas para valorar alteraciones cardíacas

- Prueba de Pachon
- Prueba de Herz
- Prueba de Levine
- Prueba de Eustis
- Signo de Frank

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Pachon

Esta prueba sirve para valorar una posible alteración cardíaca.

Posición del paciente

En un primer momento de pie y después sentado o en supino.

Posición del terapeuta

Al lado del paciente, observándolo. Toma el registro de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca con la ayuda de un esfigmomanómetro digital.

Ejecución del test

El terapeuta pide al paciente que realice unas 30 flexiones de tronco, como para tocarse los pies, en 45 segundos aproximadamente. Al final del ejercicio, vuelve a medir tanto la presión arterial como la frecuencia cardíaca.

Interpretación del test

En caso de que los parámetros medidos se regulen y vuelvan a la normalidad en menos de 3 minutos, la prueba es negativa. Sin embargo, si los parámetros no se estabilizan en ese tiempo, se puede pensar que hay una alteración de la función cardíaca. En este caso se considera que la prueba es positiva.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Herz

Esta prueba se utiliza para valorar la integridad del miocardio.

Posición del paciente

En sedestación con los pies apoyados en el suelo, los brazos a lo largo del tronco y las manos sobre los muslos.

Posición del terapeuta

De pie, en el lado a valorar del paciente en finta doble orientado hacia este. Toma contacto con los dedos índice y corazón de la mano anterior sobre la arteria radial del miembro a evaluar a su paso por la tabaquera anatómica. Con la otra mano abarca el tercio medio del antebrazo del mismo lado.

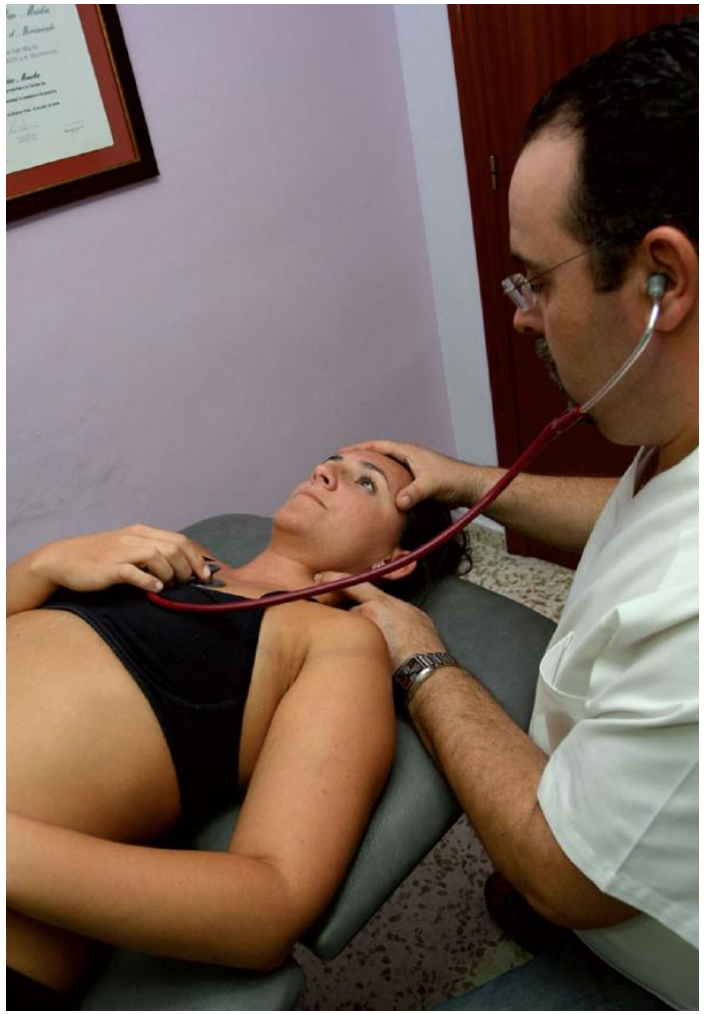
Ejecución del test

En primer lugar, el terapeuta toma el pulso del paciente a través del contacto anterior en la arteria radial del miembro a valorar. Acto seguido, el terapeuta pide al paciente que realice una flexión de codo lenta y progresiva contra resistencia seguida de una extensión a la misma velocidad, también resistida. Tras los movimientos, se vuelve a tomar el pulso de la arteria radial.

Interpretación del test

Si se produce una disminución importante del pulso, se puede pensar en que existe una debilidad importante del miocardio. En este caso se considera que la prueba es positiva.

En condiciones normales, el pulso ha de mantenerse estable o aumentar tras la realización de la prueba.



Prueba de Levine

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afectación cardíaca.

Posición del paciente

En decúbito supino, con los brazos a lo largo del cuerpo.

Ejecución del test

Con ayuda de un estetoscopio, el terapeuta percibe los sonidos cardíacos del paciente haciendo que este fije con sus dedos la campana sobre su tórax. Acto seguido procede a estabilizar la cabeza del paciente con una mano mientras con la otra toma un contacto con las yemas de los dedos índice y corazón en el seno carotídeo de la arteria carótida. Una vez localizado el pulso, el terapeuta lleva a cabo un masaje suave sobre el seno carotídeo y percibe cualquier cambio que se produzca a la auscultación. Procede a llevar a cabo la misma acción en el otro seno carotídeo.

Interpretación del test

Si tras practicar el masaje sobre alguno de los senos carotídeos, el terapeuta percibe una disminución importante de la frecuencia cardíaca en la auscultación (bradicardia), se puede pensar en la existencia de una afección cardíaca de tipo angina de pecho.

Normalmente, cuando el paciente llega a la consulta presenta dolor en el tórax. Si el terapeuta percibe la bradicardia a la misma intensidad al masajear ambos senos, debe preguntarle al paciente qué seno produce mayor dolor en el tórax al masajearlo.

En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Eustis

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afectación cardíaca.

Posición del paciente

En sedestación, con los brazos paralelos al tronco y las manos reposadas sobre los muslos.

Posición del terapeuta

En bipedestación, a un lado del paciente en finta doble orientado hacia este.

Ejecución del test

El terapeuta mide la presión arterial del paciente con un esfigmomanómetro. Después de anotar los valores obtenidos, pide al paciente que realice una espiración forzada y mantenga la apnea espiratoria. En este punto, vuelve a medir la presión sistólica. Al final, compara los valores obtenidos.

Interpretación del test

Si tras la realización de la prueba se produce un incremento importante de la presión sistólica, se puede pensar en la existencia de una afectación cardíaca. Esto se debe al aumento de presión intratorácica que se produce durante la espiración. Si el corazón es incapaz de mantener la presión arterial a un nivel constante, puede ser indicativo de una insuficiencia cardíaca.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



Signo de Frank

Este signo se utiliza para valorar una posible afectación cardíaca.

Posición del paciente

En sedestación, con los brazos paralelos al tronco y las manos reposadas sobre los muslos.

Ejecución del test

El terapeuta inspecciona el lóbulo de la oreja del paciente.

Interpretación del test

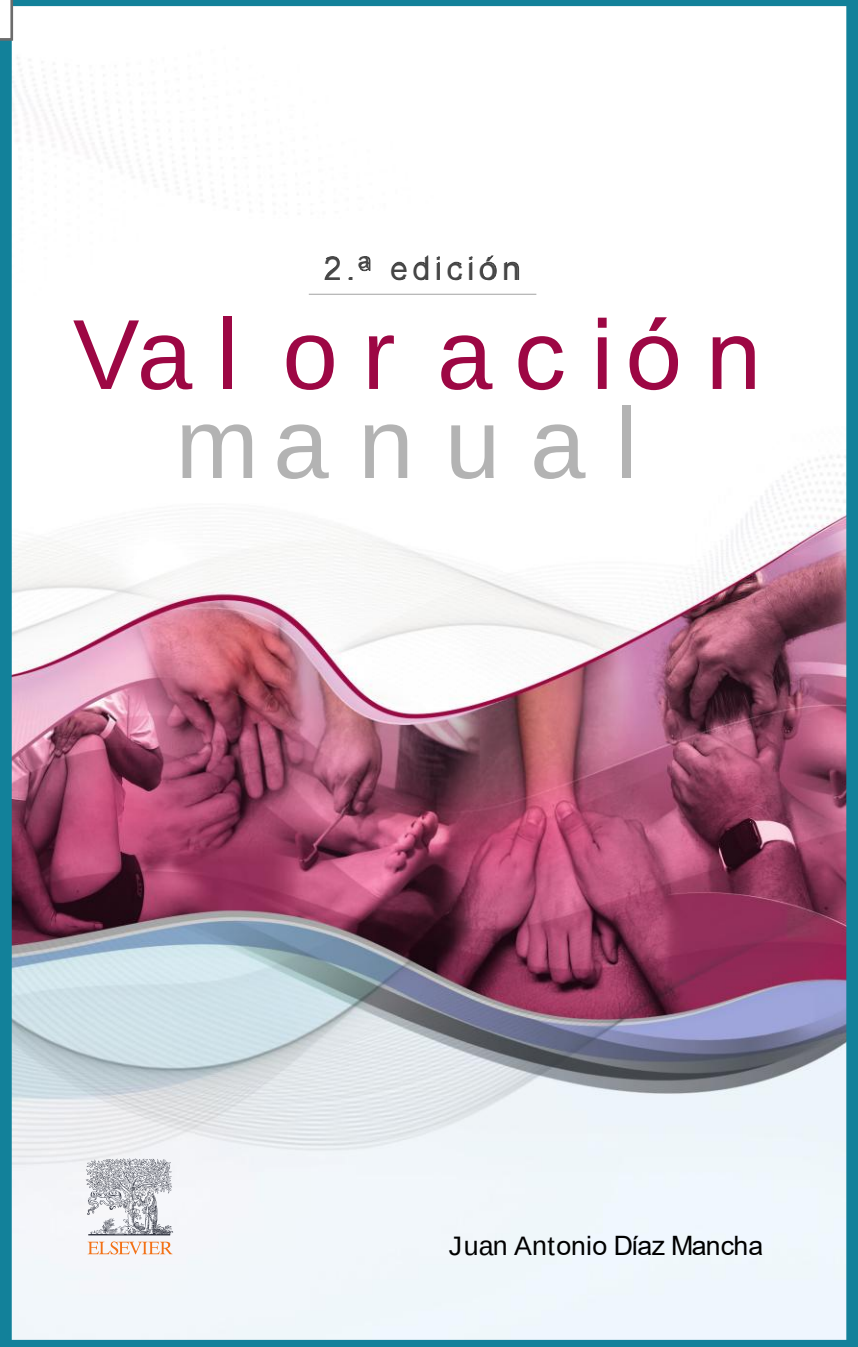
La aparición de un pliegue diagonal en el lóbulo de la oreja que comienza desde el trago hasta el borde de la aurícula en ángulo de 45º con una profundidad variable es indicativo de futuras cardiopatías coronarias y enfermedades vasculares periféricas.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba presentan valores de 73% y 70%, respectivamente. Su valor predictivo positivo es del 71%, y su valor predictivo negativo es del 72%.

Glavic J, Cerimagic D, Lovrencic-Huzjan A, Vukovic V, Demarin V. Frank's sign as a risk factor for cerebrovascular disease. Atherosclerosis [Internet]. 2008 Jan [cited 2019 Mar 26];196(1):477-8.

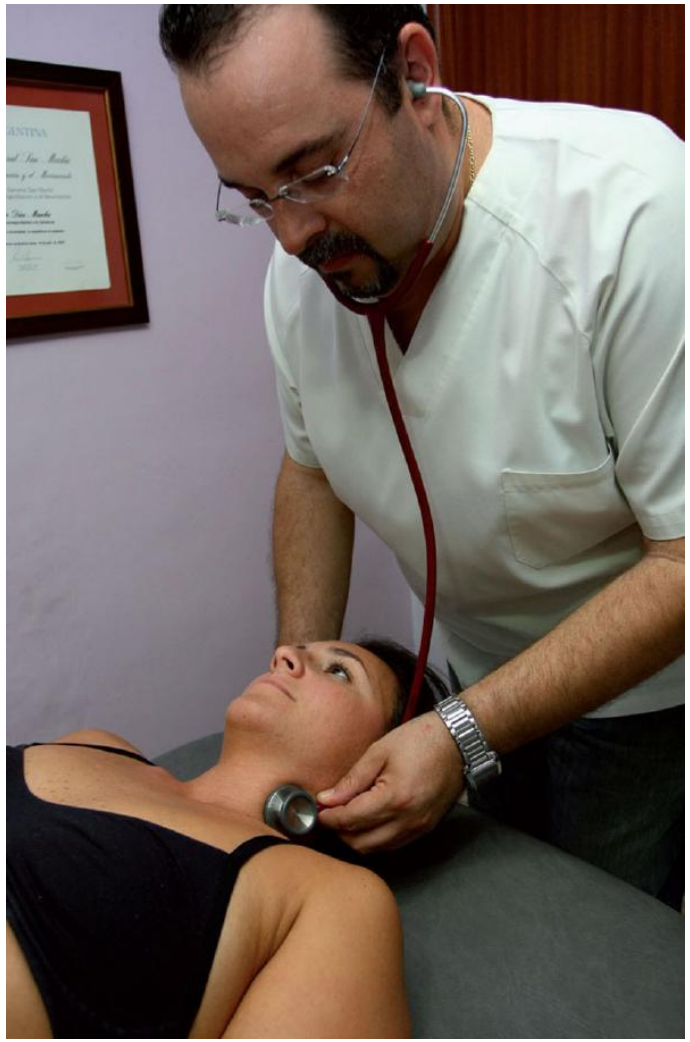
Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



Pruebas para valorar alteraciones de las paredes vasculares

- Signo de Woss
- Prueba de Korotkov
- Prueba de Tuffier
- Prueba de Moszkowicz
- Signo de Oliver-Cardarelli
- Prueba de Crowe
- Signo de Drummond
- Prueba de Hertzel
- Signo de Müller

Escuela Osteopatía de Madrid
Internacional



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Signo de Woss

Esta prueba se utiliza para valorar una posible trombosis de los senos venosos intracraneales.

Posición del paciente

En decúbito supino, con los brazos a lo largo del tronco y las piernas reposadas en la camilla con las rodillas en extensión.

Posición del terapeuta

En bipedestación, a la cabeza del paciente, en finta doble orientado hacia este.

Ejecución del test

Con ayuda de un estetoscopio, el terapeuta ausculta la región cervical del lado afecto en busca de soplos venosos en la vena yugular. La prueba se debe hacer en ambos lados de la columna cervical y comparar las dos auscultaciones.

Interpretación del test

Si el terapeuta percibe la desaparición del soplo venoso a la auscultación en uno de los dos lados de la columna cervical, puede ser indicativo de una trombosis del seno lateral del lado correspondiente a la desaparición del soplo.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



Prueba de Korotkov

Esta prueba se utiliza para valorar la circulación colateral ante la presencia de un aneurisma.

Posición del paciente

En bipedestación, con los miembros a lo largo del cuerpo.

Posición del terapeuta

En bipedestación, en el lado a valorar del paciente.

Ejecución del test

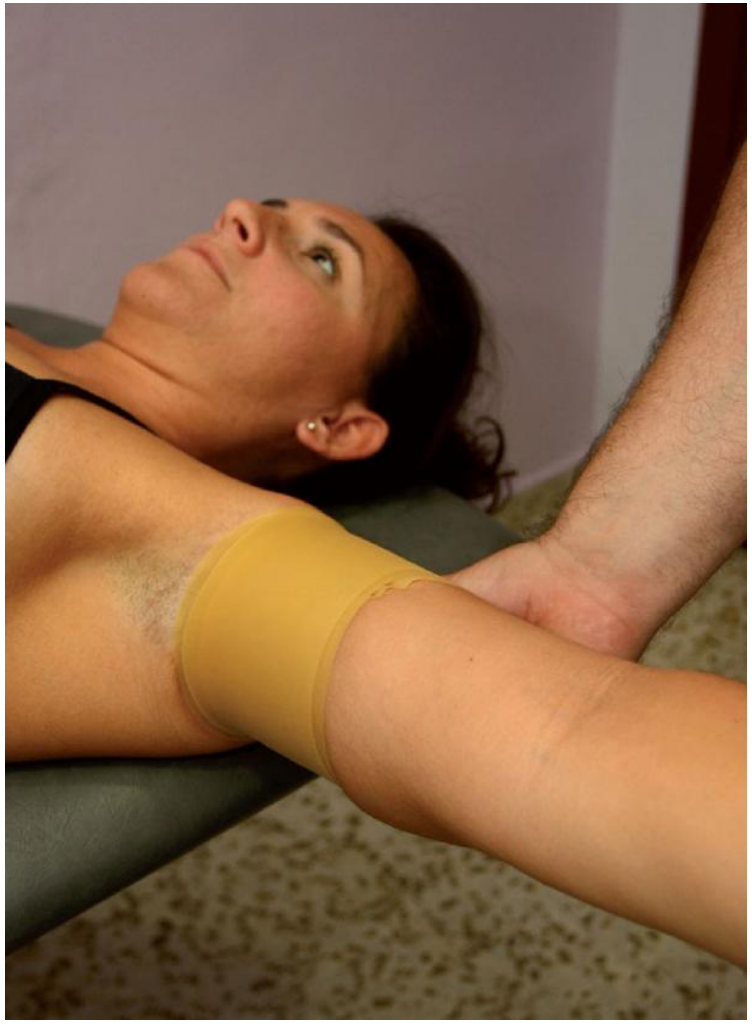
Con ayuda de un esfigmomanómetro, el terapeuta mide la presión arterial periférica mientras lleva a cabo una compresión de una arteria proximal a la que presenta el aneurisma.

Interpretación del test

Si la presión arterial medida por el terapeuta se mantiene constante y sin cambios significativos, se puede decir que la circulación colateral está en buenas condiciones, ya que es capaz de suplir la acción de la arteria en la que se encuentra el aneurisma.

En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Tuffier

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afectación de la circulación colateral de una extremidad cuando hay un aneurisma.

Posición del paciente

En decúbito supino, con los brazos a lo largo del cuerpo.

Posición del terapeuta

En bipedestación, en el lado a evaluar a la altura de la cintura escapular del paciente.

Ejecución del test

El terapeuta comprime tanto la arteria como la vena principal de la extremidad objeto de evaluación durante unos minutos con la ayuda de un vendaje elástico aplicado en la parte proximal.

Interpretación del test

Si tras la compresión se observa una inflamación de las venas de la extremidad evaluada, se puede pensar en una afectación vascular del miembro que se está evaluando. En este caso se considera que la prueba es positiva.

Este fenómeno se produce porque el sistema vascular del miembro no es capaz de suplir la función de la arteria que presenta el aneurisma, y por ello genera un déficit circulatorio.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Moszkowicz

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afectación de tipo arteriosclerosis.

Posición del paciente

En decúbito supino, con los brazos a lo largo del cuerpo y las rodillas en extensión.

Posición del terapeuta

En bipedestación, a un lado del paciente a la altura de los miembros inferiores y orientado hacia este.

Ejecución del test

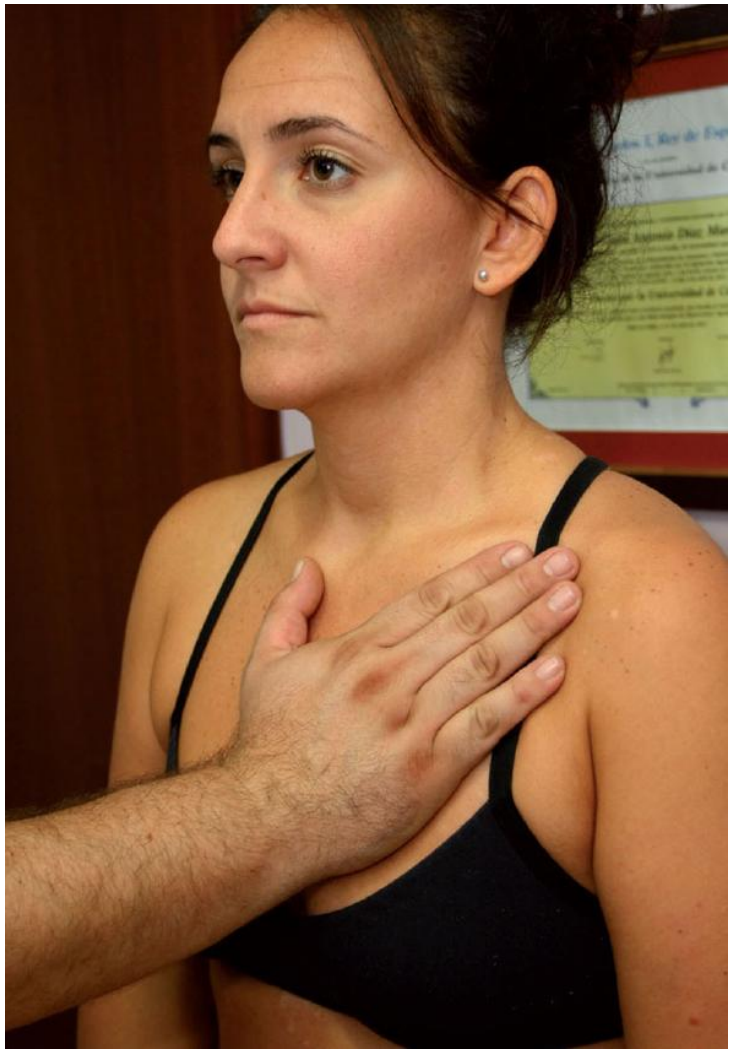
El terapeuta lleva a cabo una compresión de los miembros inferiores mediante una venda de Smarch. Se debe mantener la compresión durante al menos 5 minutos. Transcurrido este tiempo, el terapeuta procede a quitar la venda de Smarch y observa la coloración de la piel.

Interpretación del test

En un primer momento las extremidades inferiores presentan un color blanquecino a causa de la isquemia. Lo normal es que este proceso isquémico desaparezca a los pocos segundos y que la pierna recupere su color habitual.

Si el terapeuta observa que la coloración normal de los miembros tarda en llegar, se puede pensar en una afectación vascular del tipo arteriosclerosis. Esto indica que la prueba es positiva y que la revascularización no es óptima.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Signo de Oliver-Cardarelli

Esta prueba se utiliza para valorar la existencia de un posible aneurisma aórtico.

Posición del paciente

En sedestación, con los brazos a lo largo del tórax y las manos reposadas sobre los muslos.

Posición del terapeuta

En bipedestación, delante del paciente en finta doble orientado hacia este.

Ejecución del test

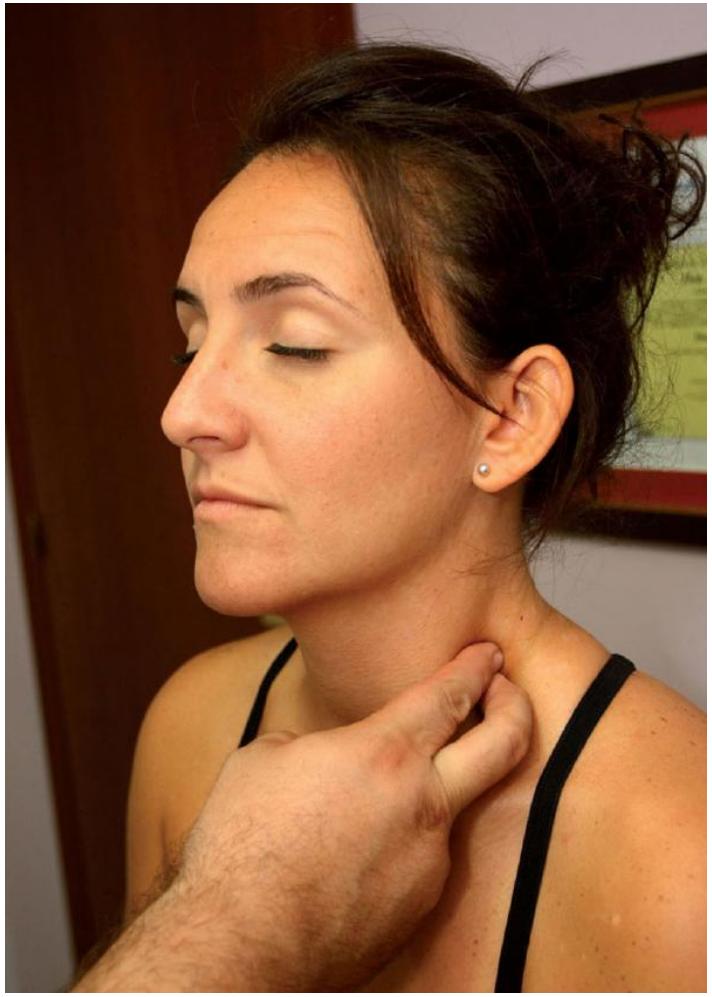
El terapeuta palpa con la palma de una mano los latidos cardíacos en el tórax mientras observa la tráquea del paciente en la zona cervical.

Interpretación del test

Si el terapeuta percibe un movimiento lateral traqueal que coincide con el ritmo del latido cardíaco, se puede pensar en un aneurisma del cayado de la arteria aorta.

Otra posible causa del movimiento de la tráquea puede ser la existencia de un tumor en la región cervical o de alguna afectación del mediastino.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



Prueba de Crowe

Esta prueba se utiliza para valorar la existencia de una posible trombosis de los senos venosos intracraneales.

Posición del paciente

En sedestación, con los brazos a lo largo del tronco y las manos sobre los muslos.

Posición del terapeuta

En bipedestación, delante del paciente en finta doble orientado hacia este.

Ejecución del test

Con las yemas de los dedos índice y corazón de una mano, el terapeuta comprime la vena yugular de un lado. Mientras realiza la compresión pide al paciente que cierre los párpados y los observa. El terapeuta lleva a cabo la misma acción en el otro lado.

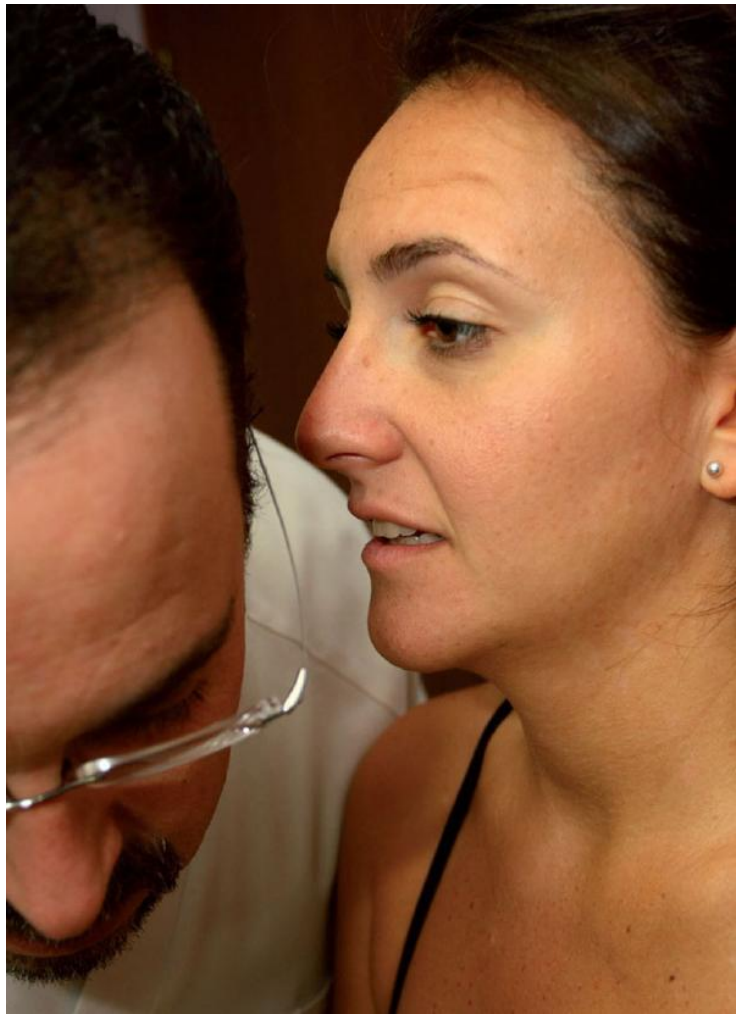
Interpretación del test

Si el terapeuta percibe un aumento del tamaño de los vasos del sistema vascular de los párpados cuando realiza la compresión, se puede pensar en la existencia de una afectación craneal por trombosis del seno contralateral a la vena yugular comprimida. En este caso se considera que la prueba es positiva.

Lo normal es que se produzca un llenado del sistema vascular de los párpados cuando se comprimen las dos venas yugulares a la vez. La compresión de una no debería producir el signo.

En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Signo de Drummond

Esta prueba se utiliza para valorar la existencia de un posible aneurisma aórtico.

Posición del paciente

En sedestación, con los brazos a lo largo del tronco y las manos apoyadas sobre los muslos.

Posición del terapeuta

En bipedestación, delante del paciente en finta doble orientado hacia este.

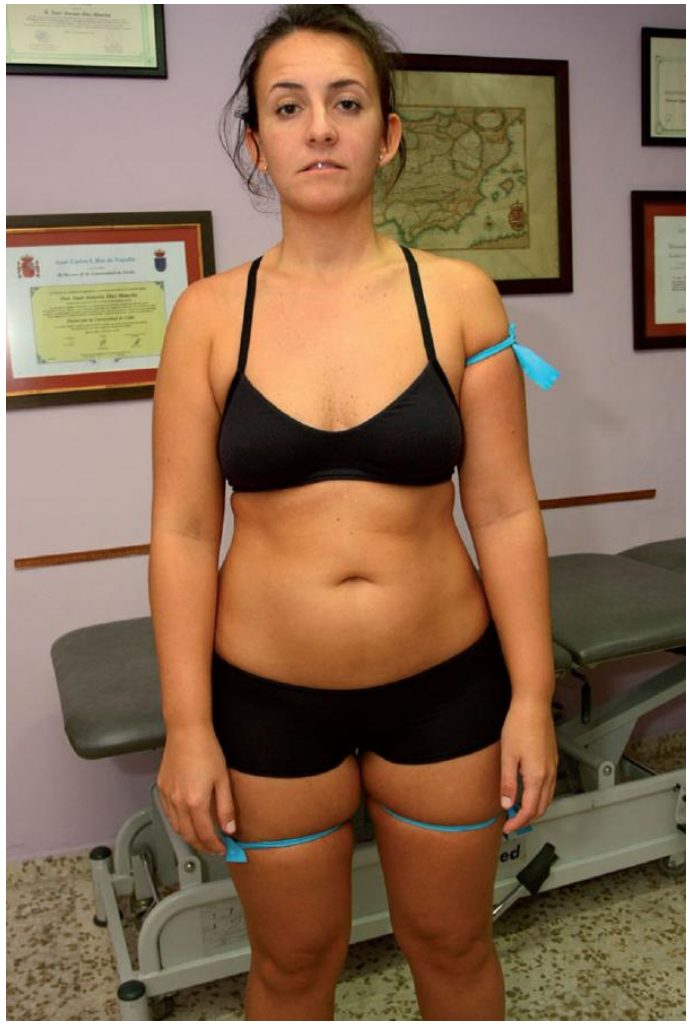
Ejecución del test

El terapeuta pide al paciente que respire con la boca abierta y acerca el oído justo delante de su boca. En esta posición percibe los sonidos producidos durante la respiración.

Interpretación del test

Si el terapeuta percibe un soplo leve cuando el paciente respira, se puede pensar en la existencia de una afectación por aneurisma aórtico.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Hertzel

Esta prueba se utiliza para valorar la presencia de una posible afectación de tipo arteriosclerosis.

Posición del paciente

En bipedestación, con los brazos a lo largo del cuerpo.

Posición del terapeuta

En bipedestación, delante del paciente en finta doble orientado hacia este.

Ejecución del test

El terapeuta estudia la presión arterial del paciente. Acto seguido reduce la circulación global de todas las extremidades menos de la que se está evaluando, de tal forma que practica un torniquete en la parte proximal del muslo de ambas extremidades inferiores y en el tercio proximal del húmero del miembro superior contralateral al que se evalúa. Vuelve a tomar la presión arterial del miembro a evaluar.

Interpretación del test

En condiciones normales, tras reducir la circulación global del sujeto, la presión arterial en el miembro libre suele incrementarse alrededor de unos 5 mmHg.

Si, por el contrario, el terapeuta percibe un aumento de la presión superior a 60 mmHg, se puede pensar en una afectación de arteriosclerosis. En este caso se dice que la prueba es positiva.

Escuela Osteopatía de Madrid
Internacional



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Signo de Müller

Esta prueba se utiliza para valorar la presencia de una posible insuficiencia de la arteria aorta.

Posición del paciente

En bipedestación con los brazos a lo largo del cuerpo, o en sedestación con los miembros paralelos al tronco y las manos reposando sobre los muslos.

Posición del terapeuta

En bipedestación, delante del paciente orientado hacia este.

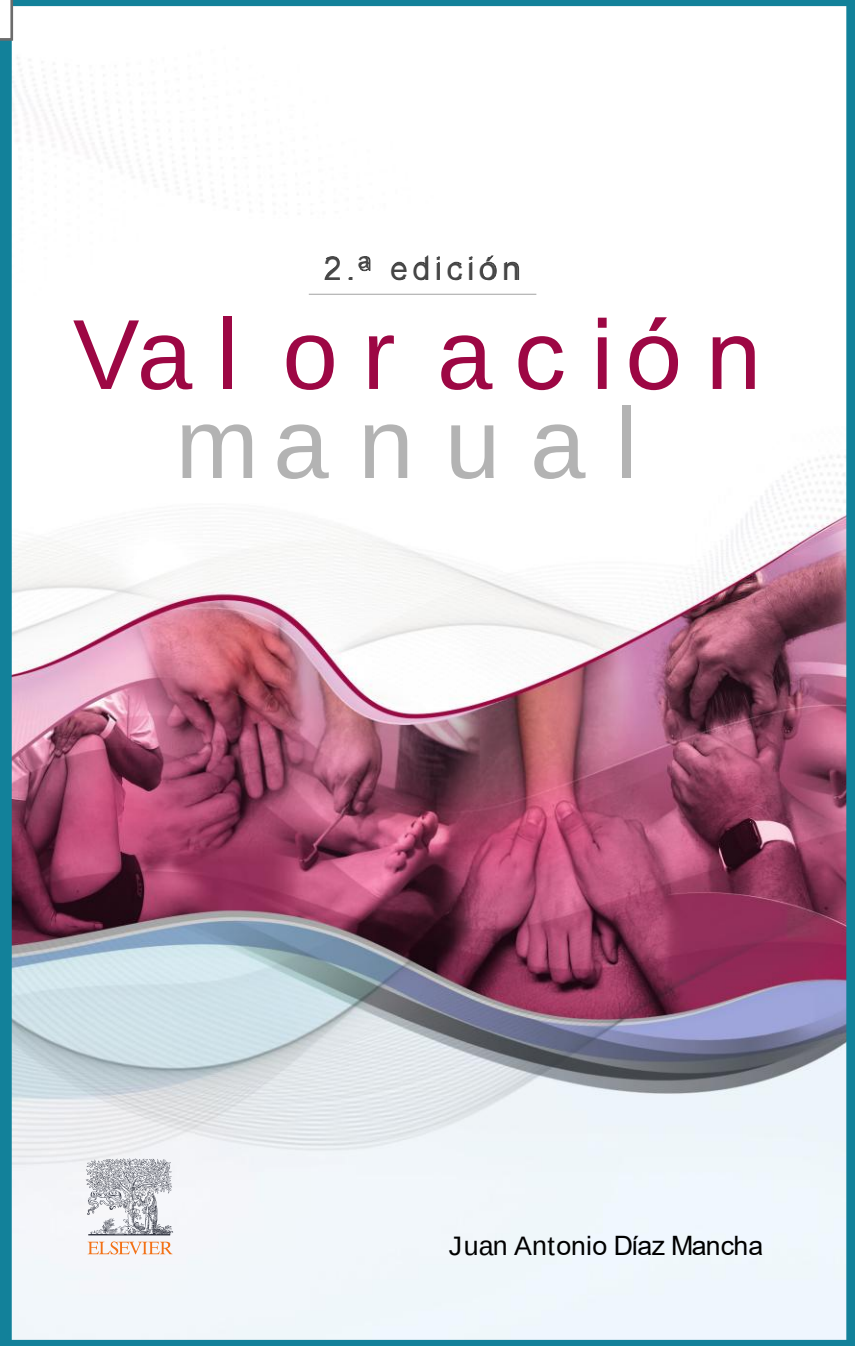
Ejecución del test

El terapeuta pide al paciente que abra la boca y observa la campanilla, las amígdalas y el paladar.

Interpretación del test

Si el terapeuta observa un movimiento pulsátil de la campanilla con el mismo ritmo que el movimiento cardíaco acompañado de coloración roja intensa de paladar y amígdalas, se puede pensar en la existencia de una insuficiencia de la arteria aorta.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



Pruebas para valorar el estado de la presión arterial

- Prueba de Hines-Brown

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



Prueba de Hines-Brown

Esta prueba se utiliza para valorar estados de hipertensión arterial.

Posición del paciente

En sedestación, con los pies apoyados en el suelo, los brazos a lo largo del tronco y las manos reposadas sobre los muslos.

Ejecución del test

El terapeuta mide la presión arterial del paciente. Acto seguido, pide a este que lleve a cabo una inmersión de su mano en agua muy fría durante un periodo de tiempo que oscila entre 1 y 3 minutos. Transcurrido este, saca la mano del agua y se vuelve a realizar una medición de la presión arterial.

Interpretación del test

En condiciones normales la presión arterial se incrementa en aproximadamente 15 mmHg.

Si este valor se encuentra disminuido, se puede pensar en la existencia de una lesión vascular central o periférica.

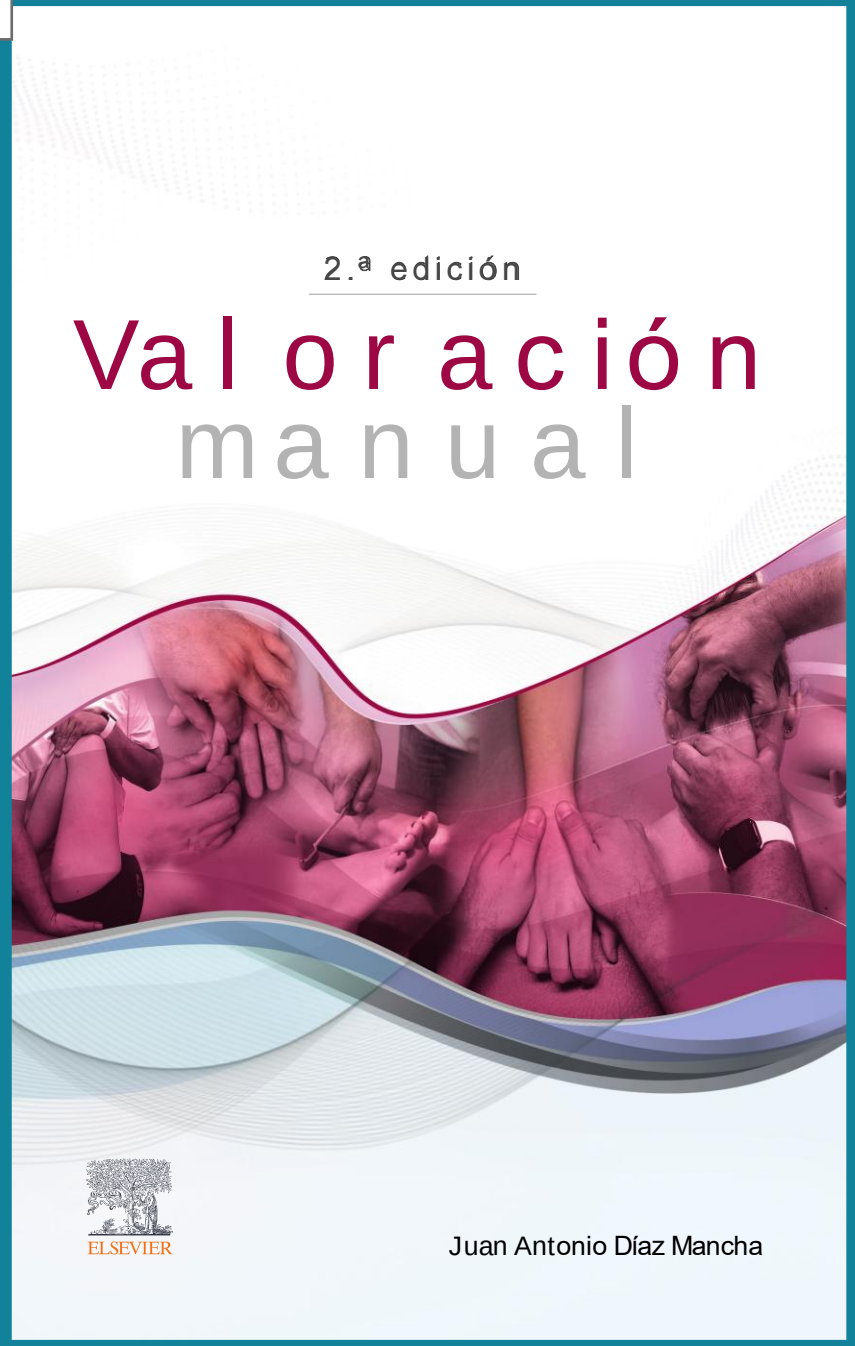
Si, por el contrario, la presión arterial aumenta de forma considerable tras la inmersión, superando los 15 mmHg, puede ser indicativo de hipertensión arterial, que hay que confirmar con pruebas más específicas.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba tienen valores del 95,70 y 98,10%, respectivamente.

Cuba. Ministerio de Salud Pública. Consejo Científico. H, Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. L, León Alvarez JL, Roque Guerra A. Revista Cubana de medicina. [Internet]. Vol. 35, Revista Cubana de Medicina. Centro Nacional de Información d

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



Pruebas para valorar alteraciones vasculares neurovegetativas

- Signo del arlequín

Escuela Osteopatía de Madrid
Internacional

Signo del arlequín

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afectación neurovascular.

Posición del paciente

De pie con los miembros superiores a lo largo del cuerpo, o sentado con las manos reposando sobre los muslos.

Posición del terapeuta

En bipedestación, delante del paciente orientado hacia este.

Ejecución del test

El terapeuta le hace llegar al paciente una serie de estímulos diferentes (térmicos, gustativos, emocionales, etc.). Tras la estimulación, se han de observar las distintas reacciones que se producen en el paciente.

Interpretación del test

Si tras la estimulación el terapeuta observa signos de alteración neurovegetativa del tipo sudor o rubor, puede concluir que el signo es positivo. El hecho de que el signo sea positivo obliga a realizar un estudio más detallado para la valoración de síndromes de origen neurovegetativo, como por ejemplo el síndrome de Holmes-Adie, el síndrome de Ross o el síndrome de Horner.

En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional

Escuela Osteopatía de Madrid *Internacional*

¡Gracias!

Síguenos en redes

eominternacional.com | escuelaosteopatiamadrid.com