Escuela Osteopatía de Madrid *Internacional*

Pediatría

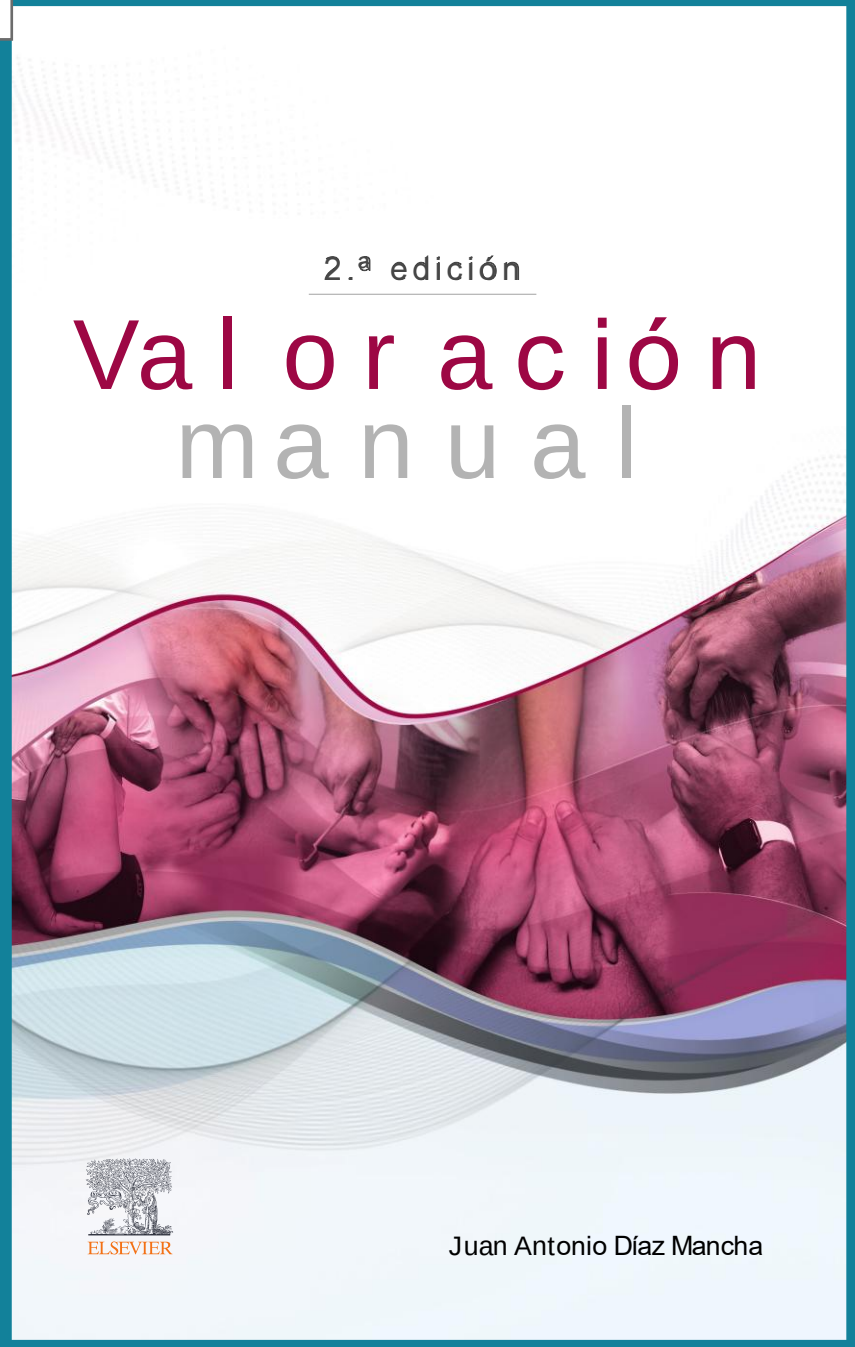
Juan A. Díaz Mancha PhD



Esquema por patologías

- Pruebas para valorar una luxación congénita de cadera en niños
- Pruebas para valorar un problema discal
- Pruebas para detectar la presencia de escoliosis
- Pruebas para detectar trastornos posturales del pie
- Pruebas para valorar la médula espinal
- Pruebas para valorar las capacidades cognitivas
- Pruebas para valorar la calidad visual
- Pruebas para valorar la musculatura ocular
- Pruebas para valorar la presencia de afecciones oculares
- Pruebas para valorar una apendicitis
- Pruebas para valorar estructuras óseas y/o tejidos blandos

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



Pruebas para valorar una luxación congénita de cadera en niños

- Prueba del telescopio
- Prueba de Roser-Ortolani- Barlow
- Prueba de displasia de cadera según Kalchschmidt
- Línea de Nélaton
- Prueba del pliegue

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 del telescopio

Esta prueba se utiliza para valorar una posible luxación congénita de la articulación coxofemoral en niños.

Posición del paciente

En decúbito dorsal.

Posición del terapeuta

Sentado, en el lado a valorar, a la altura de las caderas del niño orientado hacia este. El terapeuta toma contacto con la mano inferior abarcando el tercio proximal de la tibia cerca de la rodilla de la pierna del lado a estudiar. La otra mano toma contacto con la articulación coxofemoral a evaluar, de tal forma que el primer dedo se encuentra en contacto con la parte posterior del trocánter mayor del fémur y el segundo dedo con la parte anterior de aquel, de forma que la mano se coloca en pronación.

Ejecución del test

El terapeuta induce en el miembro a valorar una flexión de la articulación coxofemoral y de la rodilla de 90° cada una. Acto seguido realiza dos movimientos alternativos: primero tracciona longitudinalmente del fémur y luego realiza un empuje en la misma dirección pero en sentido opuesto, coaptando la articulación coxofemoral.

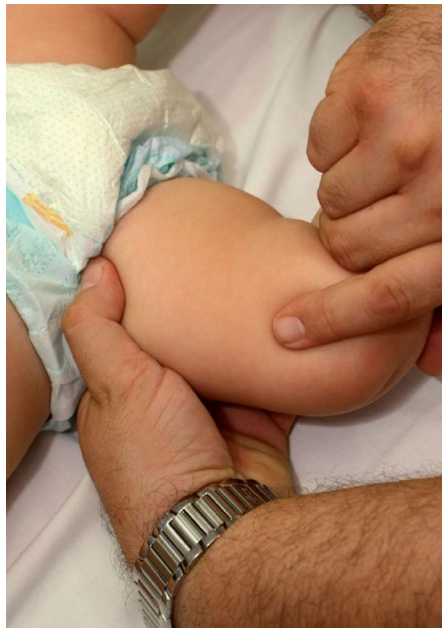
Interpretación del test

Si el terapeuta percibe a través de su contacto craneal un movimiento anormalmente excesivo de la cabeza femoral con respecto al cótilo pélvico, se puede pensar en una posible afectación por luxación congénita de cadera. En este caso se dice que la prueba es positiva.

En los casos en los que existe luxación, el terapeuta puede percibir visualmente cómo el miembro inferior aumenta considerablemente de longitud durante la tracción y disminuye en la coaptación. Es igualmente importante y complementario a esta prueba observar los pliegues que se forman en la parte anterointerna de los muslos del bebé para valorar su simetría.

Prueba de Roser-Ortolani- Barlow





Esta prueba se utiliza para evaluar una posible afectación de la articulación de la cadera en los recién nacidos.

Ejecución del test

El terapeuta induce sobre el miembro a valorar flexión de cadera. La prueba consta de dos fases:

1.En la primera, el terapeuta induce un movimiento de aproximación coxofemoral del lado a evaluar y un empuje longitudinal en dirección de la camilla. Acto seguido se imprime un empuje en dirección lateral con el primer dedo sobre el trocánter mayor femoral.

2.En la segunda y sin variar la intensidad del empuje longitudinal de la primera, el terapeuta induce un movimiento de separación coxofemoral.

Interpretación del test

A través de la prueba el terapeuta induce un movimiento de luxación de cadera (primera fase o signo de Barlow) y un movimiento de reducción de la luxación (segunda fase o signo de Ortolani).

Si el terapeuta percibe de forma táctil primero la inestabilidad de la articulación que la conduce a la luxación y luego un chasquido fruto de la reducción, se puede pensar en una afectación de inestabilidad congénita de cadera. En este caso se considera que la prueba es positiva. El chasquido será audible por el terapeuta.

Atendiendo a lo percibido por el terapeuta, se puede cuantificar el grado de luxación: grado I, inestabilidad articular, no se percibe chasquido; grado II, presencia de subluxación coxofemoral; grado III, luxación con capacidad de reducción, y grado IV, luxación coxofemoral grave.

Esta prueba adquiere gran importancia en los recién nacidos, aunque es probable que en los primeros días de vida no se produzca chasquido articular durante la reducción.

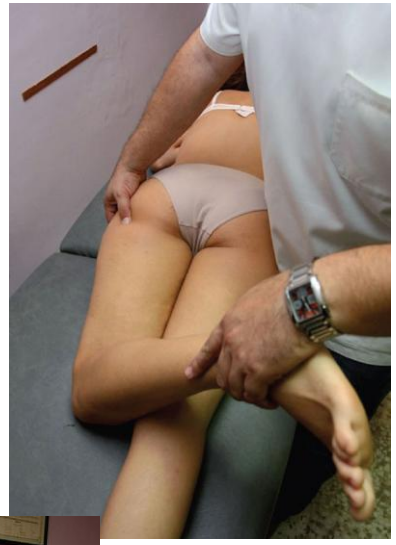
Evidencia científica

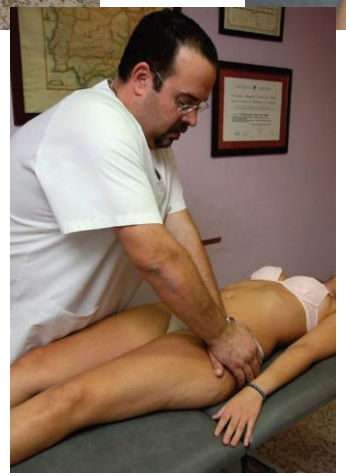
La sensibilidad y especificidad de esta prueba tienen valores del 87-89% y 98-99%, respectivamente.

Patel H, the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive health care, 2001 update: screening and management of developmental dysplasia of the hip in newborns. CMAJ: Canadian Medical Association Journal. 2001;164(12):1669-1677.

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 displasia de cadera según Kalchschmidt

Esta prueba se utiliza para evaluar una posible afectación por luxación de la articulación coxofemoral.

Posición del paciente

La prueba consta de varias fases en las que el paciente adopta distintas posiciones:

1.En la primera, de pie en apoyo monopodal sobre el miembro a valorar.

2.En la segunda, en decúbito ventral con flexión de 90° de la articulación de la rodilla del miembro a evaluar, de forma que la planta del pie homolateral esté orientada hacia el techo.

3.En la tercera, en decúbito dorsal, con los miembros a lo largo del cuerpo y las rodillas en extensión.

Posición del terapeuta

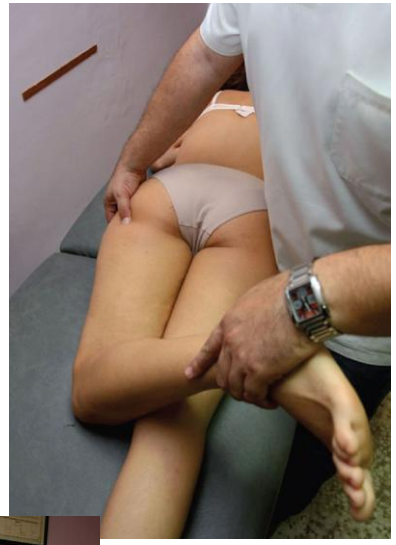
1.En la primera fase, de pie a la espalda del paciente en finta doble orientado hacia este, con las manos contactando sobre la porción superior de los hombros.

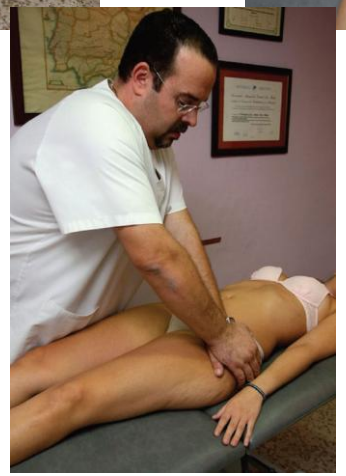
2.En la segunda fase, de pie del lado contrario al que se va a evaluar en finta adelante a la altura de la cadera en dirección distal. Toma un contacto con la mano inferior abarcando la porción distal del peroné del lado a evaluar. La otra mano toma un contacto con el trocánter mayor de la articulación de la cadera del mismo lado.

3.En la tercera fase, de pie a la altura del muslo en finta adelante del lado contrario al que se va a evaluar orientado hacia la cabeza del paciente. El terapeuta toma un contacto con el talón de la mano superior, reforzándolo con la inferior, sobre la porción anterior del trocánter mayor del fémur.

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 displasia de cadera según Kalchschmidt

Ejecución del test

1.El terapeuta induce rotación del tronco del paciente del lado contrario al del miembro inferior a valorar; de esta forma se produce una rotación externa de la cadera.

2.A través del contacto inferior, el terapeuta tracciona de la pierna hacia su cuerpo, de tal forma que induce una rotación externa coxofemoral. Con la otra mano de forma simultánea ejerce cierta presión sobre la región glútea.

3.El terapeuta realiza con ambas manos un empuje en dirección del suelo de la porción anterior del trocánter mayor del fémur.

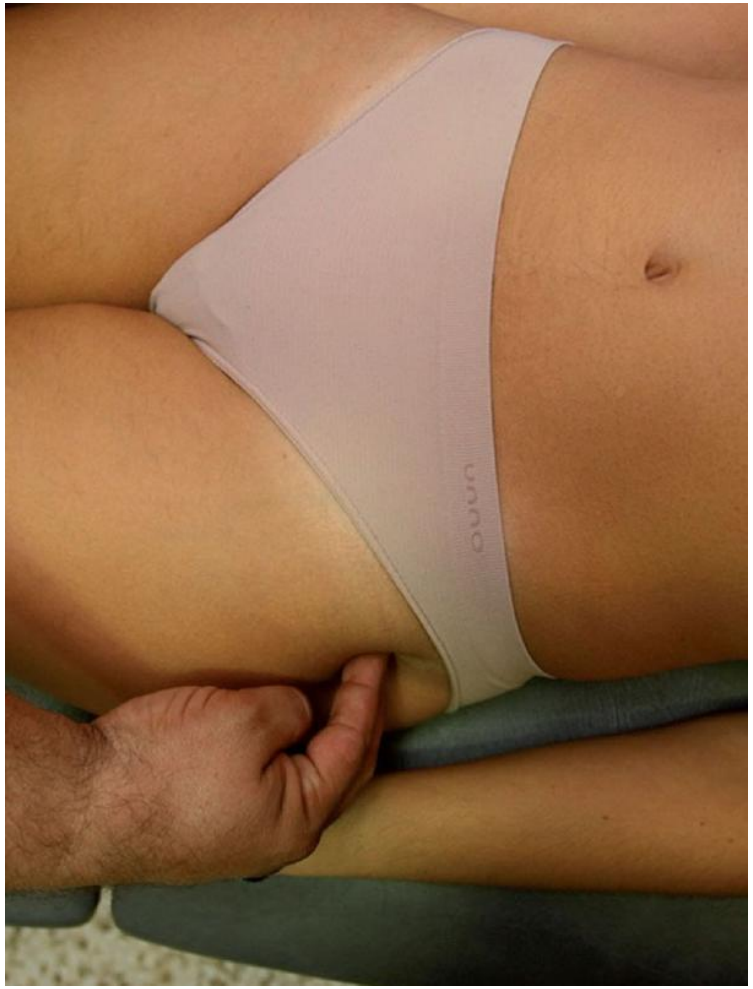
Interpretación del test

1.Durante la maniobra de la primera fase se genera en el paciente una rotación externa máxima de la articulación coxofemoral acompañada de extensión de esta. Si a lo largo de ella aparece un cuadro álgico en la región inguinal acompañado de un intento del paciente de realizar una anteflexión de tronco para aliviar la sintomatología, se puede pensar en una posible luxación coxofemoral.

2.Si durante la realización de la segunda fase aparece un cuadro álgico en la zona de la ingle del lado a evaluar, se puede pensar en una afectación por una posible luxación de la articulación coxofemoral.

3.Si durante la maniobra realizada en la tercera fase se genera sintomatología álgica en la cadera evaluada y el terapeuta percibe al tacto que la cabeza femoral se encuentra anteriorizada, se puede pensar en una posible afectación por luxación de la articulación coxofemoral.

Las luxaciones de cadera suelen generar dolor durante la marcha y la bipedestación en la región inguinal y/o en la región trocantérica. De todos modos, en ocasiones no siguen este patrón, por lo que hay que realizar un diagnóstico diferencial con afectaciones pélvicas, sacras y lumbares.



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.

Línea de Nélaton

Esta prueba se utiliza para valorar una posible alteración en el ángulo cervicodiafisario del tipo coxa vara o coxa valga.

Posición del paciente

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

Posición del terapeuta

En bipedestación, en el lado a valorar en finta adelante mirando hacia la cabeza del paciente.

Ejecución del test

El terapeuta dibuja una línea imaginaria que tiene su origen en la espina ilíaca anterosuperior y, pasando por el vértice superior del trocánter mayor del fémur, finaliza en la tuberosidad del isquion del lado a valorar. Acto seguido localiza a través de una palpación con la yema de los dedos de una mano el trocánter mayor del fémur homolateral. Lleva a cabo el mismo gesto en la cadera contralateral.

Interpretación del test

Si el terapeuta localiza el trocánter mayor del fémur en una posición más craneal que la línea antes descrita, se puede pensar en una posición de la articulación coxofemoral en valgo o coxa valga.

Si el terapeuta localiza el trocánter mayor del fémur en una posición más caudal que la línea antes descrita, se puede pensar en una posición de la articulación coxofemoral en varo o coxa vara.

Este posicionamiento en varo de la articulación coxofemoral está relacionado con un proceso de luxación coxofemoral, en el que la cabeza del fémur se sale del acetábulo.

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 del pliegue

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afectación de la articulación coxofemoral en bebés.

Posición del paciente

En decúbito supino.

Posición del terapeuta

En bipedestación, a los pies del bebé en finta doble orientado hacia este. Toma contacto con ambas manos abarcando las piernas del bebé a la altura de las rodillas, de forma que las yemas de los pulgares reposen sobre la cara interna de estas.

Ejecución del test

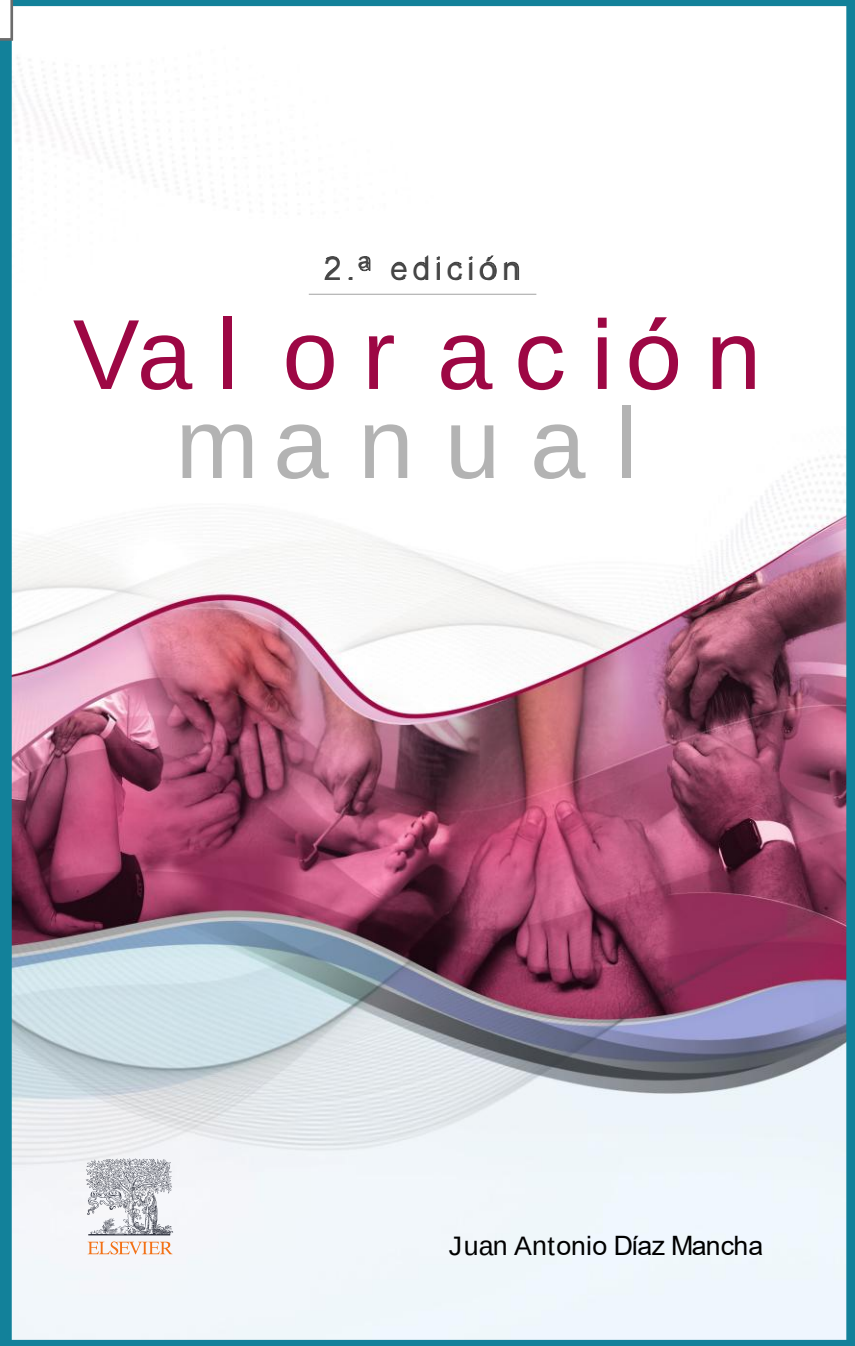
El terapeuta une las piernas del bebe entre sí y las aproxima a la camilla con las rodillas extendidas. Manteniendo esta posición, el terapeuta observa posibles modificaciones en los pliegues formados en la parte interna de los muslos del bebé.

Interpretación del test

Si el terapeuta percibe una asimetría en dichos pliegues, se puede pensar en una posible afectación de la articulación coxofemoral. En este caso se considera que la prueba es positiva.

La asimetría de los pliegues formados en la cara interna de las piernas del bebé aparece con frecuencia en afecciones como la displasia de cadera o la luxación congénita de esta. La prueba también es positiva en caso de luxación de cadera posparto.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



Pruebas para valorar un problema discal

- Signo de rigidez en extensión de la cadera y la zona lumbar

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 rigidez en extensión de la cadera y la zona lumbar

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afectación discal o medular. Es especialmente útil como complementaria en el diagnóstico de meningitis en niños.

Posición del paciente

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

Posición del terapeuta

De pie, a los pies del paciente en finta doble en dirección craneal. El terapeuta toma un contacto a través de sus manos abarcando los dos calcáneos del paciente.

Ejecución del test

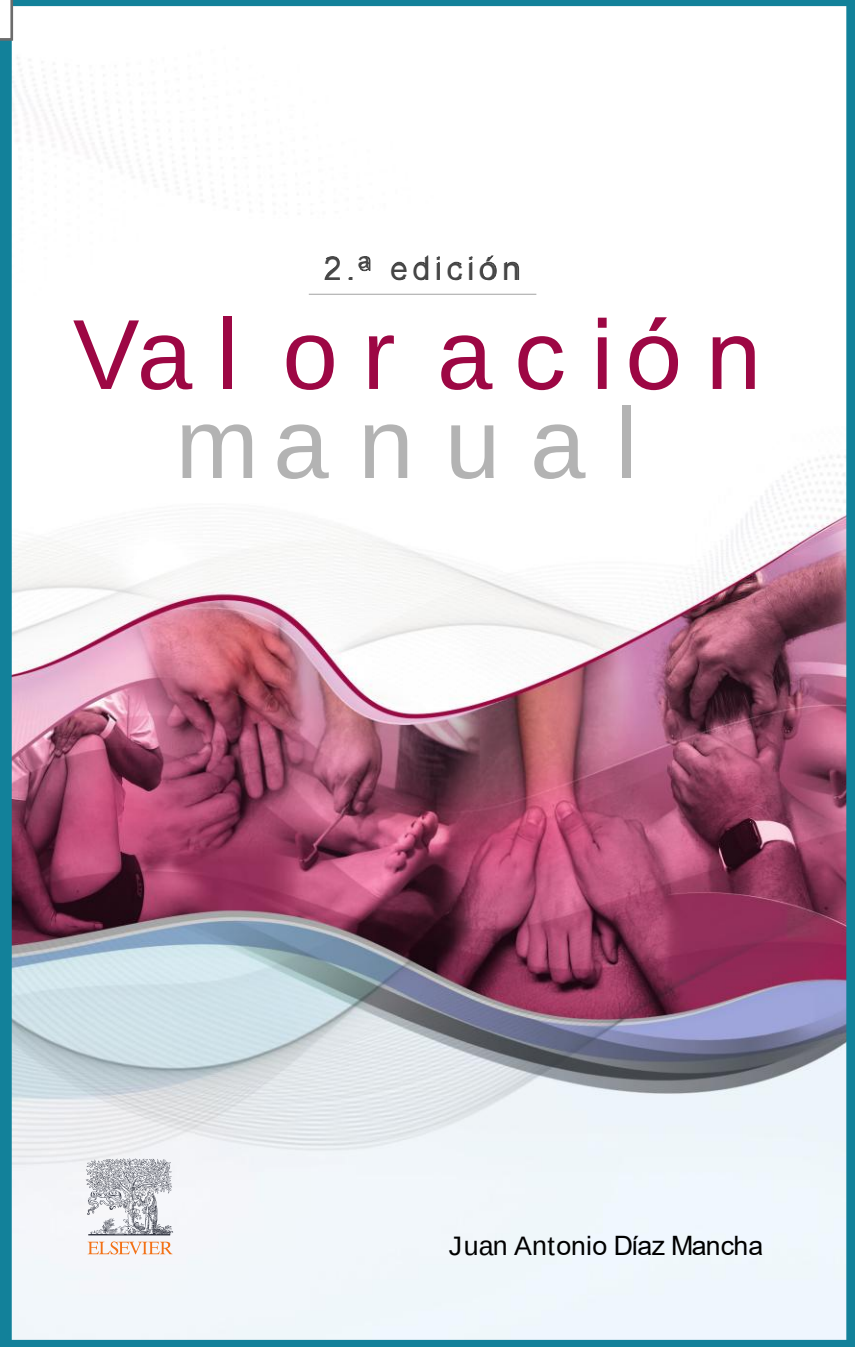
El terapeuta induce de forma pasiva un movimiento de flexión coxofemoral con las rodillas en extensión de ambos miembros inferiores a la vez.

Interpretación del test

Si cuando el terapeuta intenta realizar la flexión de la articulación coxofemoral de ambos miembros no la puede llevar a cabo de manera que esta articulación se mantiene en extensión haciendo que el paciente levante el sacro de la camilla, se puede pensar en una posible afectación de origen lumbar. En este caso se considera que la prueba es positiva.

La afectación puede ir desde una discopatía a una reducción del espacio foraminal debido a un proceso tumoral o a una espondilolistesis. La prueba también es positiva en el caso de una meningitis.

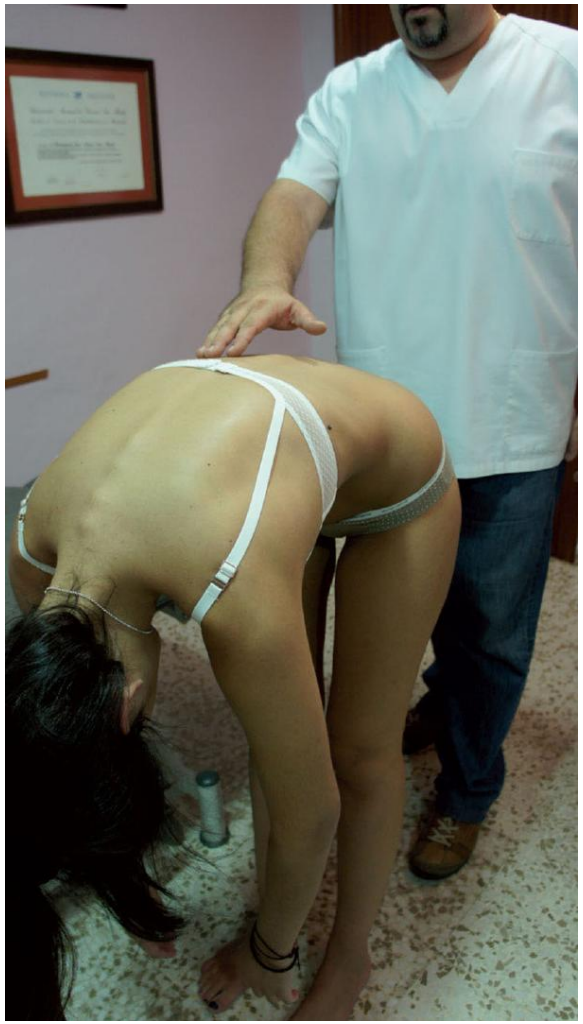
Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



Pruebas para detectar la presencia de escoliosis

- Signo de Adam
- Prueba de Johnson

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



Signo de Adam

Esta prueba se utiliza para diferenciar una escoliosis estructural de una escoliosis funcional, es decir, una actitud escoliótica.

Posición del paciente

En bipedestación con los brazos a lo largo del tronco.

Posición del terapeuta

Detrás del paciente.

Ejecución del test

El terapeuta le pide al paciente que realice una flexión cervical máxima, una flexión de tronco de unos 90° y que deje los brazos colgando de forma relajada.

Interpretación del test

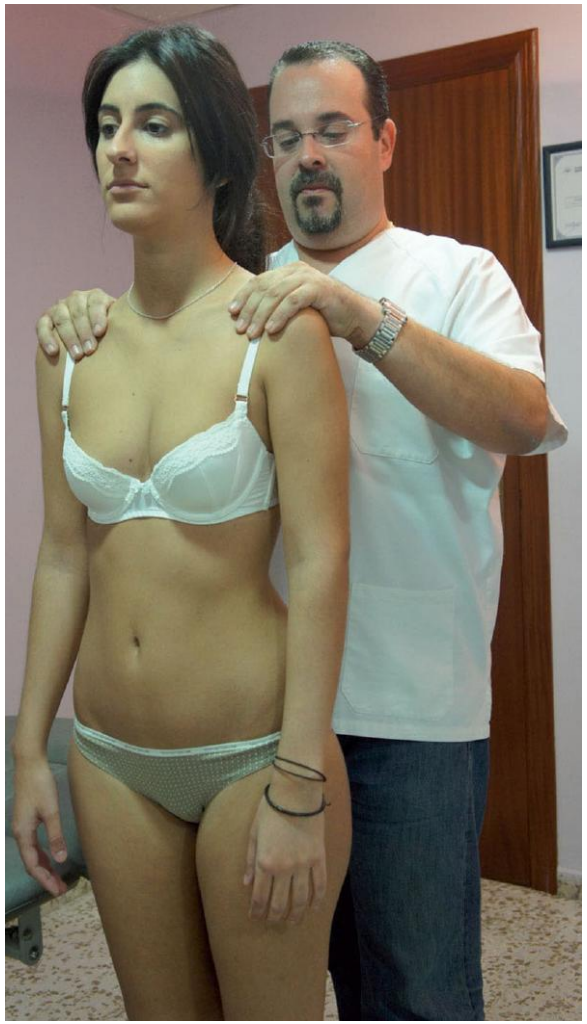
Si durante la flexión de tronco aparece un abombamiento en un hemitórax, se concluye que se trata de una escoliosis estructural; por el contrario, si la flexión de tronco hace desaparecer la curvatura escoliótica, se concluye que se trata de una actitud escoliótica o una escoliosis funcional.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba presentan valores del 92 y 60%, respectivamente. La prueba cuenta con una razón de verosimilitud positiva de 2,3. La razón de verosimilitud negativa es de 0,13. Asimismo, se ha evidenciado un valor predictivo positivo del 70% y un valor predictivo negativo del 80%.

Côté P, Kreitz BG, Cassidy JD, Dzus AK, Martel J. A Study of the Diagnostic Accuracy and Reliability of the Scoliometer and Adam's Forward Bend Test. Spine. 1998;23(7):796–802.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



Prueba de Johnson

Esta prueba valora el alineamiento vertical de la columna dorsal descrita por Johnson y Saliva. Se basa en que en el caso de que no haya una adecuada alineación entre los segmentos de la columna vertebral, el peso vertical no se transmite a la pelvis, sino que lo hace sobre el segmento «desalineado».

Posición del paciente

De pie, con los brazos a lo largo del tronco y la cabeza en posición neutra.

Posición del terapeuta

De pie detrás al paciente en finta doble orientado hacia este.

Ejecución del test

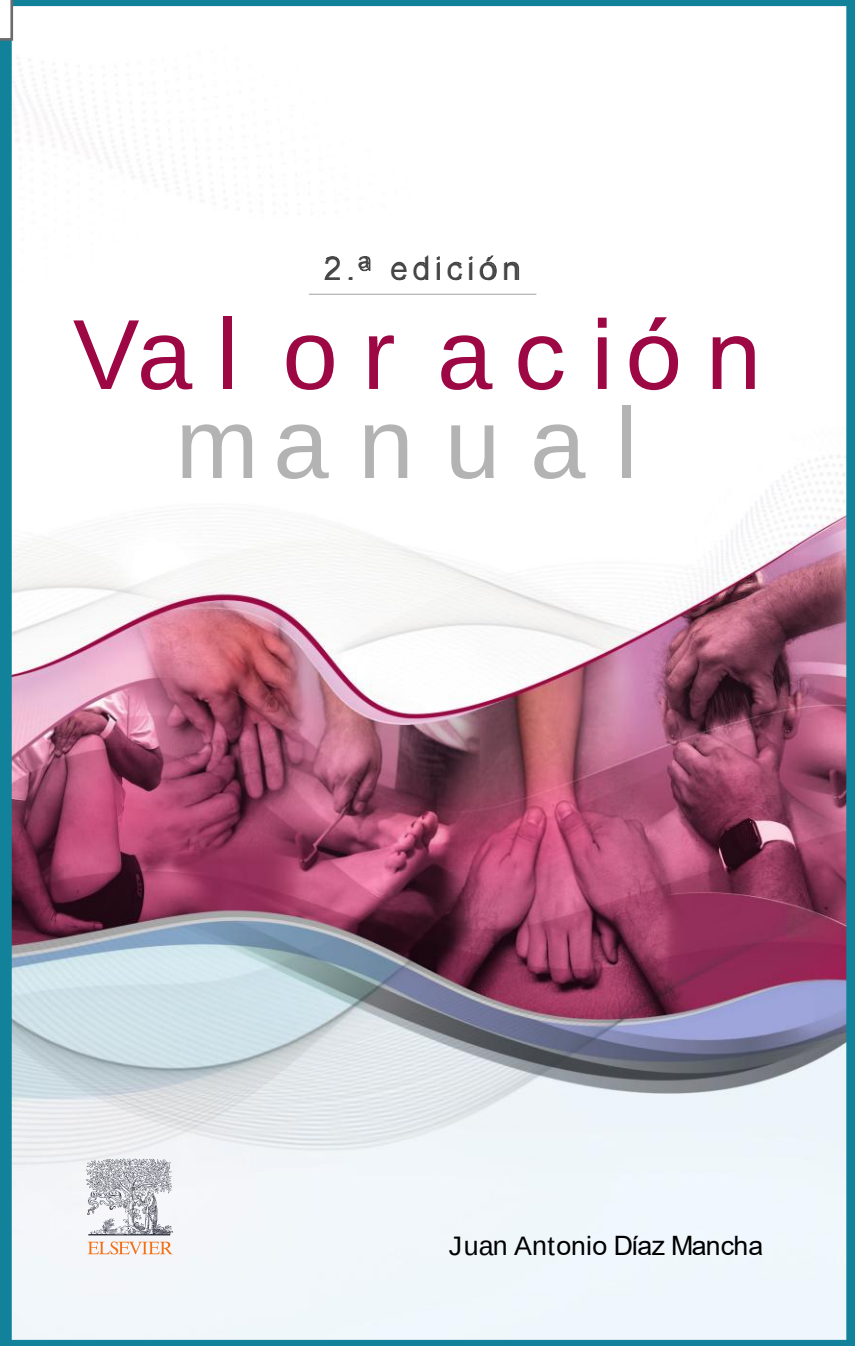
El terapeuta coloca ambas manos sobre la región superior de los hombros del paciente y aplica una compresión axial hacia el suelo.

Interpretación del test

En condiciones normales, la fuerza axial generada por el terapeuta debe transmitirse a la pelvis. La prueba se considera positiva si aparece dolor en el área a estudiar, consecuencia de la falta de alineación de la columna vertebral.

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 detectar trastornos posturales del pie

- Prueba de corrección del antepié en aducción
- Prueba de corrección del antepié aductus

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 corrección del antepié en aducción

Esta prueba se utiliza para evaluar la capacidad de adaptación del pie en niños con antepié en varo o pie aducto.

Posición del paciente

En decúbito dorsal.

Posición del terapeuta

En sedestación, a los pies de la camilla orientado hacia el niño. Toma contacto con una mano abarcando el calcáneo del lado a valorar.

Ejecución del test

El terapeuta lleva a cabo con el dedo índice de la mano libre una compresión del margen medial del antepié hacia el radio externo, de tal forma que intente corregir la afectación en aducción.

Interpretación del test

Si el terapeuta es capaz de corregir momentáneamente la aducción del antepié del niño, se puede decir que la afectación presenta un carácter flexible y corregible. Si, por el contrario, el terapeuta es incapaz de variar la morfología del antepié, la afectación en aducción del antepié es de tipo rígido e irreductible.

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 corrección del antepié aductus

Esta prueba se utiliza para evaluar la capacidad de corrección del pie en niños con antepié en varo o antepié aducto.

Posición del paciente

En decúbito dorsal.

Posición del terapeuta

En sedestación, a los pies de la camilla orientado hacia el niño. Toma contacto con una mano abarcando el calcáneo del lado a valorar.

Ejecución del test

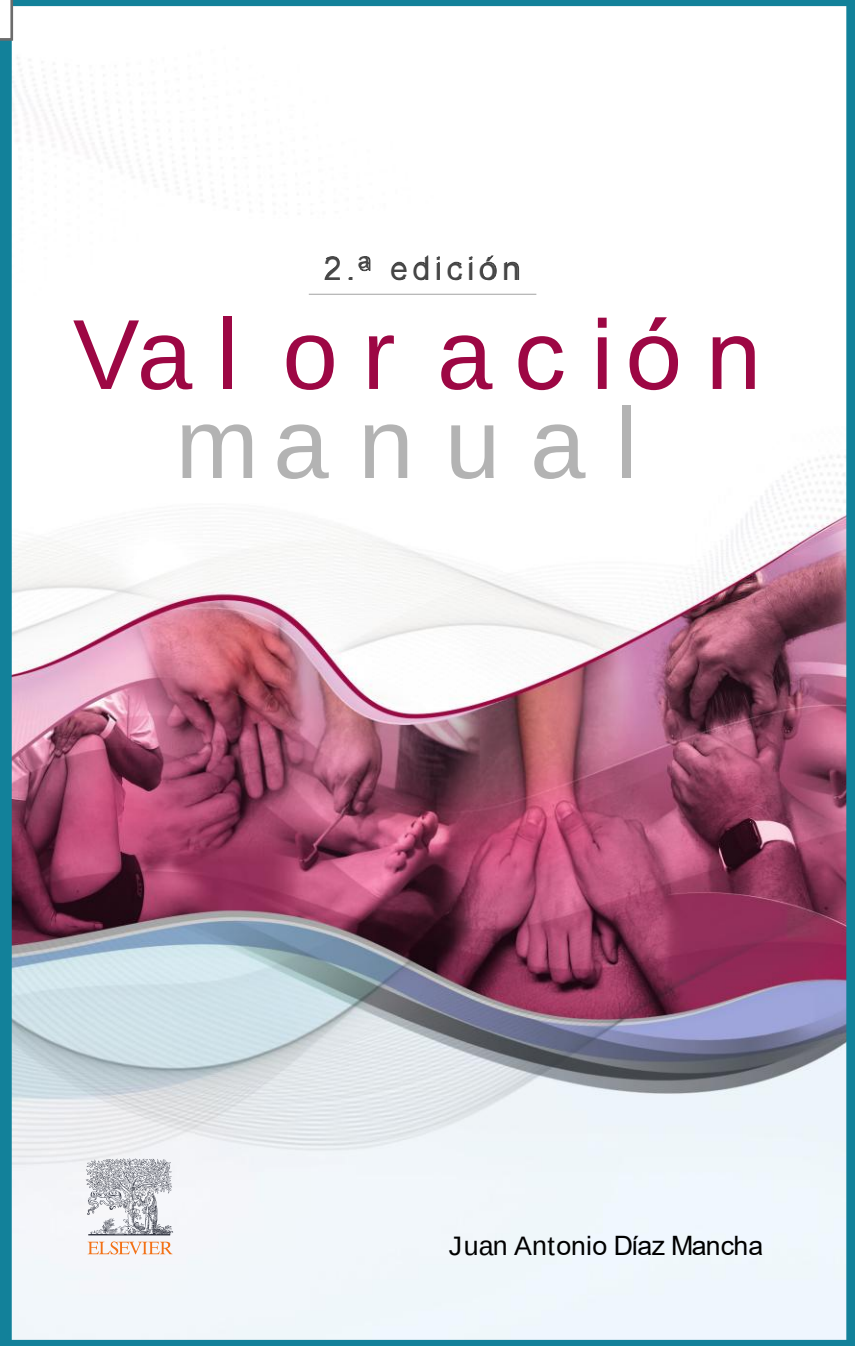
Con el dedo índice de la mano libre, el terapeuta lleva a cabo una estimulación a lo largo del margen lateral del antepié del pie a valorar realizando un deslizamiento desde el calcáneo hasta el quinto dedo de aquel.

Interpretación del test

Si al realizar la estimulación el pie del niño responde con una eversión de este de forma que el terapeuta es capaz de corregir momentáneamente la aducción del antepié, se puede decir que la afectación presenta un carácter flexible y corregible.

Si por el contrario el pie del niño no es capaz de corregir la posición tras la estimulación se puede decir que la afectación en aducción del antepié es de tipo rígido e irreductible.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



Pruebas para valorar la médula espinal

- Prueba de tensión dural
- Signo de Binda

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 tensión dural

Esta prueba se utiliza para valorar la presencia de una posible afectación por meningitis en niños.

Posición del paciente

En decúbito supino, con los brazos paralelos al tronco y las rodillas extendidas.

Posición del terapeuta

En bipedestación, a un lado del niño en finta doble a la altura de la pelvis orientado hacia este. Toma contacto con la mano superior bajo la cabeza del niño. Con la otra mano abarca ambas rodillas a la vez.

Ejecución del test

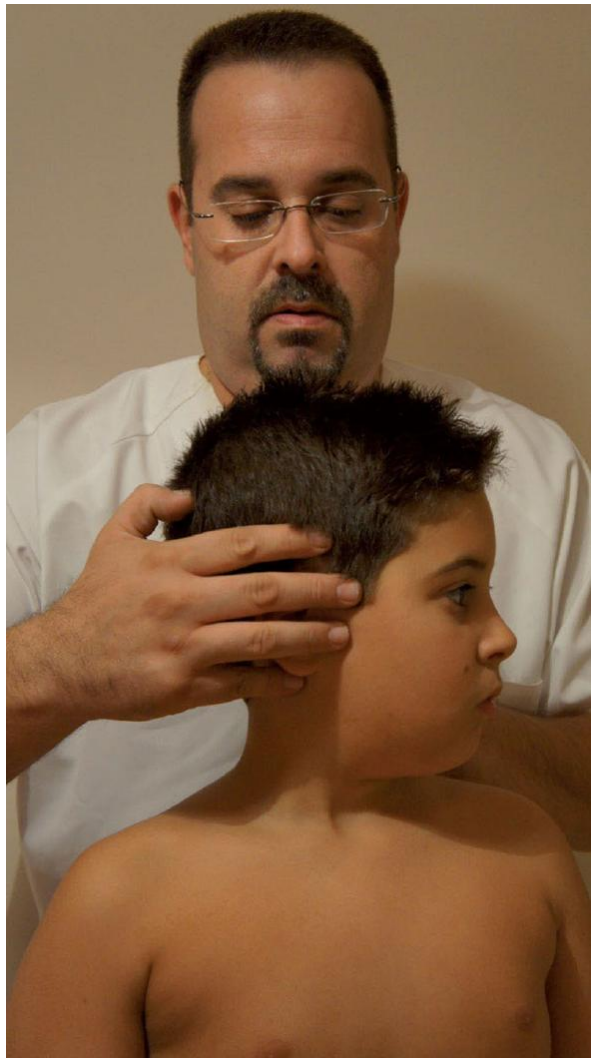
El terapeuta induce en el niño una flexión cervical máxima acompañada de flexión de rodillas y caderas hasta completar el rango de movilidad articular. De esta forma se genera una tensión dural máxima.

Interpretación del test

Si durante la realización de la prueba aparece un dolor agudo en la espalda o la cabeza del niño, se puede pensar en una posible afectación por meningitis. En este caso se considera que la prueba es positiva.

También se considera positiva si el terapeuta no es capaz de realizar esta maniobra por encontrar una notable resistencia a su realización.

Al llevar a cabo la maniobra, el terapeuta induce una fuerte tensión sobre la duramadre del niño, tensión que genera un cuadro álgico notable ante la presencia de afectaciones durales.



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 Binda

Esta prueba se utiliza para evaluar la existencia de meningitis en niños.

Posición del paciente

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

Posición del terapeuta

En bipedestación, detrás del niño en finta doble orientado hacia este. Toma contacto abarcando con ambas manos la cabeza del niño, situando las yemas de los dedos sobre la región lateral de la cabeza a ambos lados.

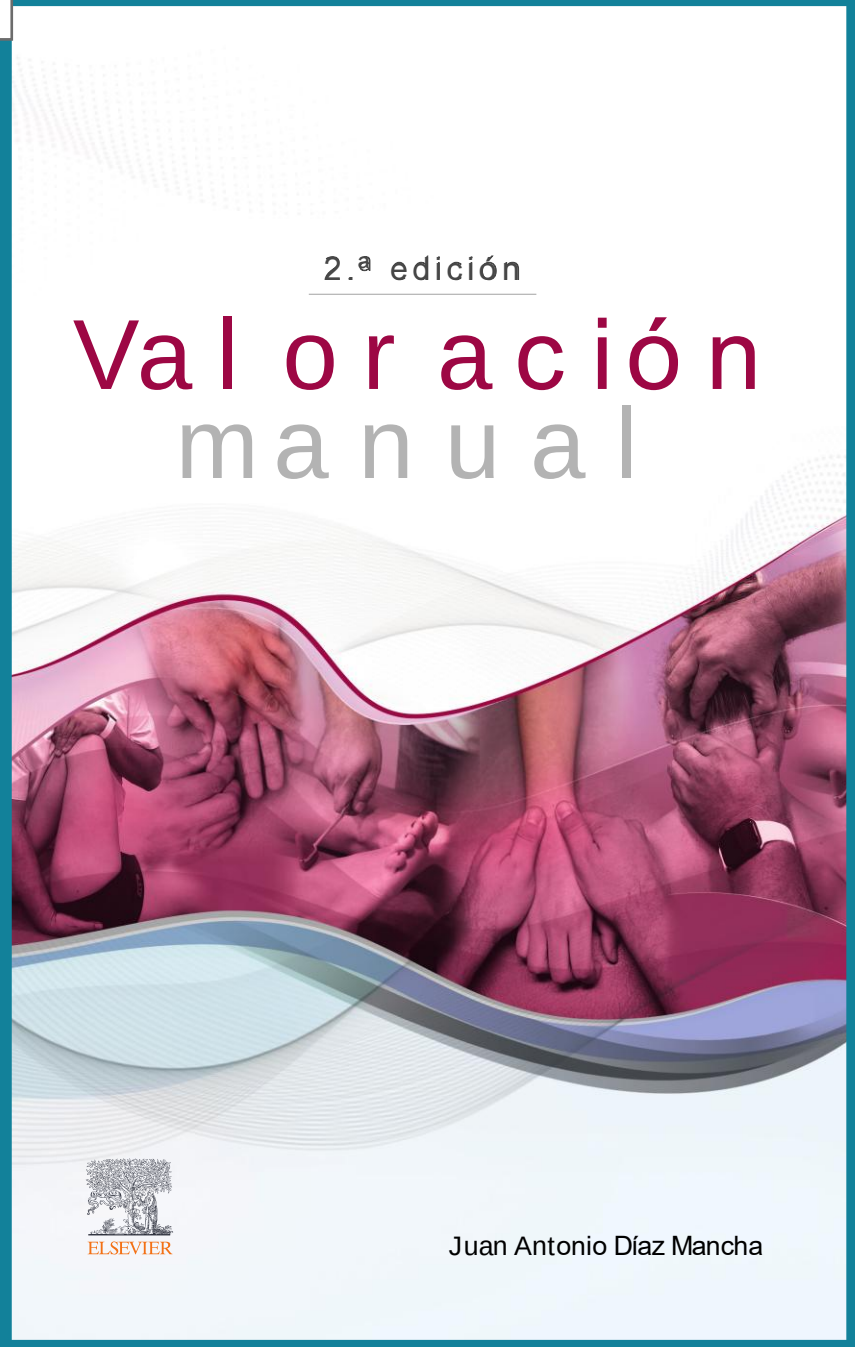
Ejecución del test

El terapeuta realiza un giro súbito y rápido de la cabeza del niño hacia un lado. Luego repite la acción hacia el lado contrario.

Interpretación del test

Si al llevar a cabo la acción se produce un ascenso del hombro del lado contrario al del que se gira la cabeza, se puede pensar en una afectación del tipo meningitis tuberculosa.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



Pruebas para valorar las capacidades cognitivas

- Prueba de Binet/Binet-Simon
- Prueba de dibujar a una persona según Koppitz
- Prueba de Kuhlmann

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional

Prueba de Binet/Binet-Simon

Esta prueba consiste en un conjunto de preguntas que se utilizan para determinar la edad mental de un niño.

Posición del paciente

Sentado con los brazos paralelos al tronco y las manos apoyadas sobre una mesa.

Ejecución del test

El terapeuta realiza varias preguntas al paciente y va anotando las respuestas que le da.

Interpretación del test

Atendiendo a las respuestas del paciente, el terapeuta determina la edad mental del niño y la compara con su edad cronológica según los siguientes criterios:

•A los 3 años el niño debe saber su apellido, reproducir oralmente dos cifras numéricas y una oración pequeña que previamente le ha dicho el terapeuta, detallar un dibujo que le presenta y tocarse con la punta del dedo índice la boca, la nariz y los ojos.

•A los 4 años el niño debe reproducir oralmente tres cifras que le dicta el terapeuta, debe conocer su propio sexo, reconocer varios objetos (monedas, cuchillos y llaves) y reconocer dos trazos distintos.

•A los 5 años el niño debe reproducir una frase larga que le ha dicho el terapeuta, contar monedas (no menos de cuatro), hacer un puzle, reproducir gráficamente un cuadro y discernir entre cargas distintas.

•A los 7 años el niño debe completar dibujos inacabados, nombrar formas geométricas simples, reproducir gráficamente oraciones escritas y nombrar monedas distintas.

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

A PRUEBA DE LA FIGURA HUMANA - E. M. KOPPITZ

ÍTEMS ESPERADOS Presentes = 0 Ausentes = –1	5 años		6 años		7 años		8 años		9 años		10 años		11-12 años	
	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M
Cabeza														
Ojos														
Nariz														
Boca														
Cuerpo														
Piernas														
Brazos	X													
Pies	X	X	X											
Brazos 2 dimensiones	X	X	X	X										
Piernas 2 dimensiones	X	X	X		X									
Cabello/Cabeza con sombrero	X	X	X	X	X		X		X					
Cuello	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Brazos hacia abajo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Brazos unidos hombre	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Ropa, objetos 2 prendas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	
TOTAL ÍTEMS														

Puntuación:
Ítems esperados:
Casillas en blanco: ítems esperados (presentes = 0; ausentes = –1).
Casillas con X: ítems no esperados (presentes = 1; ausenstes = 0).

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 dibujar a una persona según Koppitz

Esta prueba se utiliza para determinar la capacidad mental en niños.

Posición del paciente

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

Posición del terapeuta

En sedestación, a un lado del paciente.

Ejecución del test

El terapeuta ofrece al niño una hoja en blanco y un lápiz y le pide que realice el dibujo de una figura humana completa.

Interpretación del test

Atendiendo a lo que dibuje el niño, el terapeuta determina su edad mental. Para ello toma unos valores dependiendo de los detalles del dibujo y de la edad y sexo del niño, de tal forma que divide esos valores en esperados y excepcionales.

Cada detalle se valora sobre uno, si aparece, o menos uno, si no aparece en el dibujo. La suma de puntuaciones determina si la edad cronológica del niño se aleja de la mental.

Aparte de estos valores, el terapeuta también puede obtener información del ámbito emocional del niño dependiendo de los detalles del dibujo y a quién dibuje.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional

Prueba de Kuhlmann

La prueba de Kuhlmann es una prueba de inteligencia realizada en niños.

Posición del paciente

En sedestación, con los brazos paralelos al tronco y los antebrazos apoyados sobre la mesa.

Posición del terapeuta

En sedestación, a un lado del paciente.

Ejecución del test

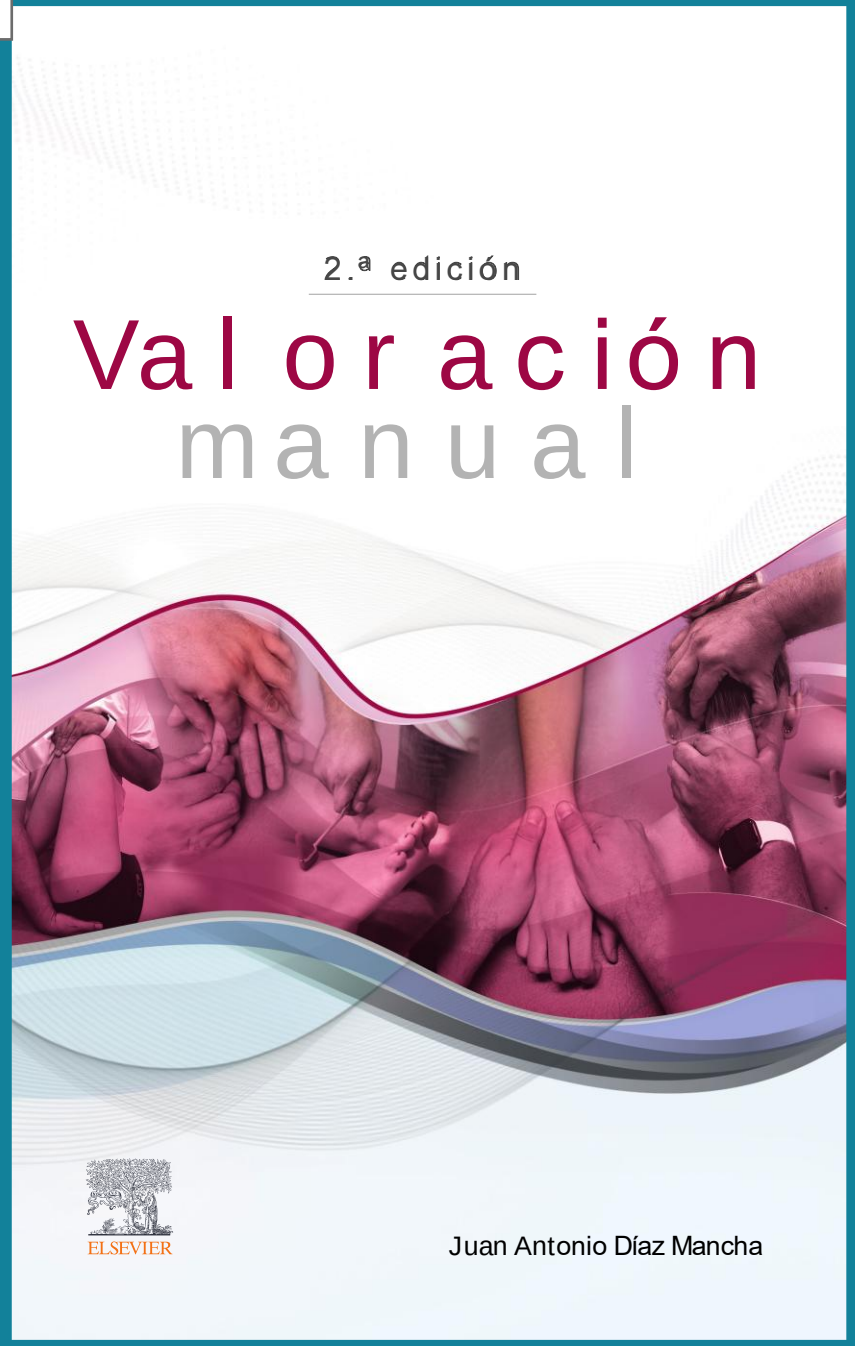
El terapeuta proporciona al paciente un test que consta de subpruebas de varios tipos que el niño ha de realizar en un tiempo concreto, entre 50 y 75 minutos. Las subpruebas en las que se divide el test son de distinta índole, algunas de oraciones y preguntas y otras no verbales.

Interpretación del test

Es una prueba muy utilizada de forma grupal para comparar el nivel de inteligencia de los niños de una misma clase o con otros colegios. Utiliza unas valoraciones concretas para determinar las puntuaciones de la prueba y según la edad del niño que la realiza.

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.

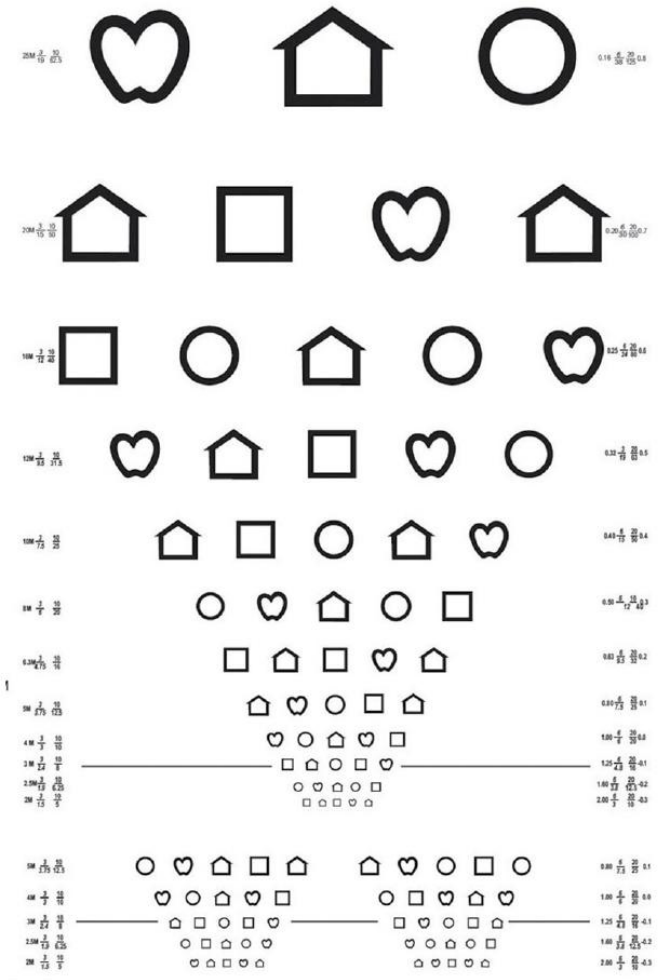
Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



Pruebas para valorar la calidad visual

- Test de Lea

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



Test de Lea

Se utiliza para medir la agudeza visual de los niños pequeños que aún no saben diferenciar las letras. Igualmente es útil en personas que no saben leer.

Posición del paciente

Sentado con los brazos paralelos al cuerpo y las manos apoyadas sobre las piernas.

Ejecución del test

El test consiste en la presentación de una serie de figuras que el niño reconoce fácilmente, como una manzana, una casa o un cuadrado. Estas figuras se presentan en una lámina que se coloca a una distancia de 2 m aproximadamente del paciente. En la lámina aparecen objetos dispuestos en líneas horizontales, de forma que en las líneas inferiores estos son cada vez más pequeños.

Interpretación del test

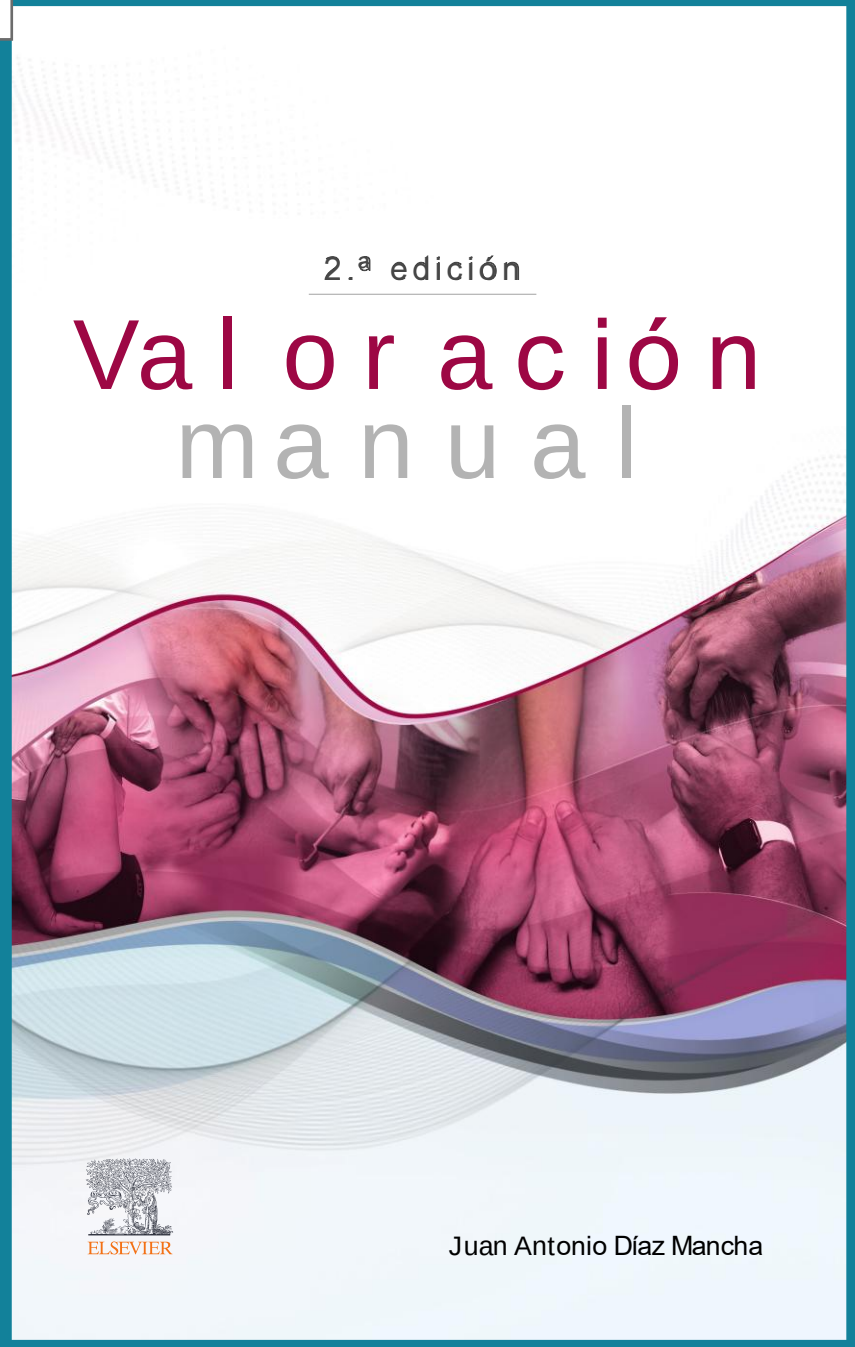
Si el paciente es capaz de diferenciar bien cada una de las figuras en cada nivel o línea de presentación, el test es negativo. En caso contrario, hay que realizar tests específicos para valorar la alteración visual que presenta.

Evidencia científica

La **sensibilidad** y **especificidad** de esta prueba oscilan entre el 4-100% y el 8%100%, respectivamente. La prueba cuenta con una razón de verosimilitud positiva de entre 1,08 y 23,48. La razón de verosimilitud negativa es de 0,05 y 0,96. Se ha evidenciado un valor predictivo positivo del 59% y un valor predictivo negativo del 92%.

Bertuzzi F, Orsoni JG, Porta MR, Paliaga GP, Miglior S. Sensitivity and specificity of a visual acuity screening protocol performed with the Lea Symbols 15-line folding distance chart in preschool children. Acta Ophthalmol Scand. 2006;84(6):807-11.

Moganeswari D, Thomas J, Srinivasan K, Jacob GP. Test Re-Test Reliability and Validity of Different Visual Acuity and Stereoacuity Charts Used in Preschool Children. J Clin Diagn Res. 2015;9(11):NC01–NC05.

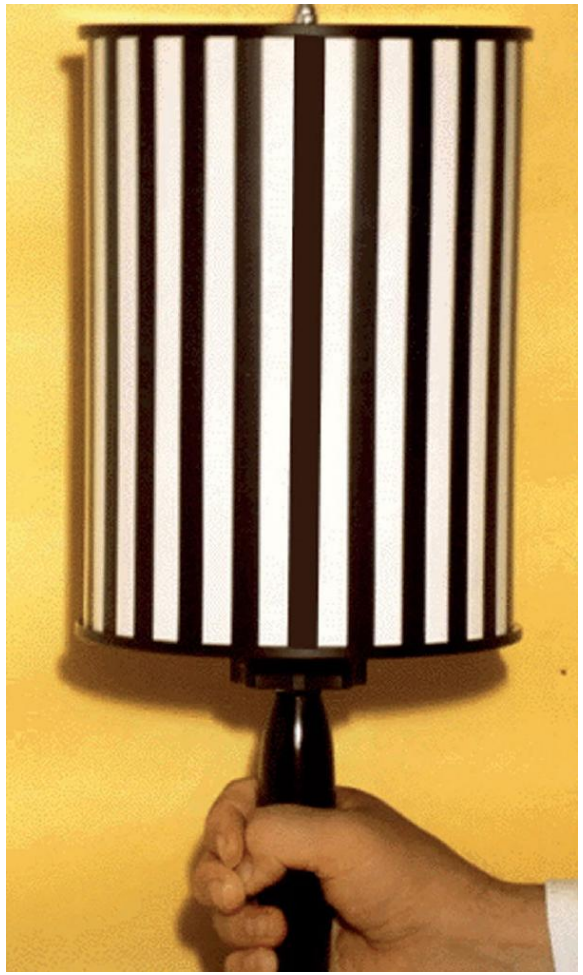


Pruebas para valorar la musculatura ocular

- Prueba del tambor optocinético

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional

Prueba del tambor optocinético



Zhang L, Wilson M, Zhang J, Pyo J. Optokinetic Drum Testing: A Bedside Clinical Tool to Differentiate Migraine-Associated Vertigo and Phobic Postural Vertigo from Other Vestibular Disorders. Neurology. 2013;80(7):2.258.

Esta prueba se utiliza para evaluar el nistagmo optocinético en el paciente; se define este como un movimiento de los ojos involuntario y rápido, que cursa a sacudidas.

Posición del paciente

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

Ejecución del test

Para la ejecución de la prueba el terapeuta puede utilizar una banda de cuadros, un tambor de Barany o una cinta de sastres. El terapeuta estimula de manera sistemática uno u otro ojo de forma independiente para observar la respuesta ante el estímulo del lado contralateral. Cuando el terapeuta gira el tambor, el paciente debe tener la mirada fija en este objeto para poder observar la respuesta al estímulo.

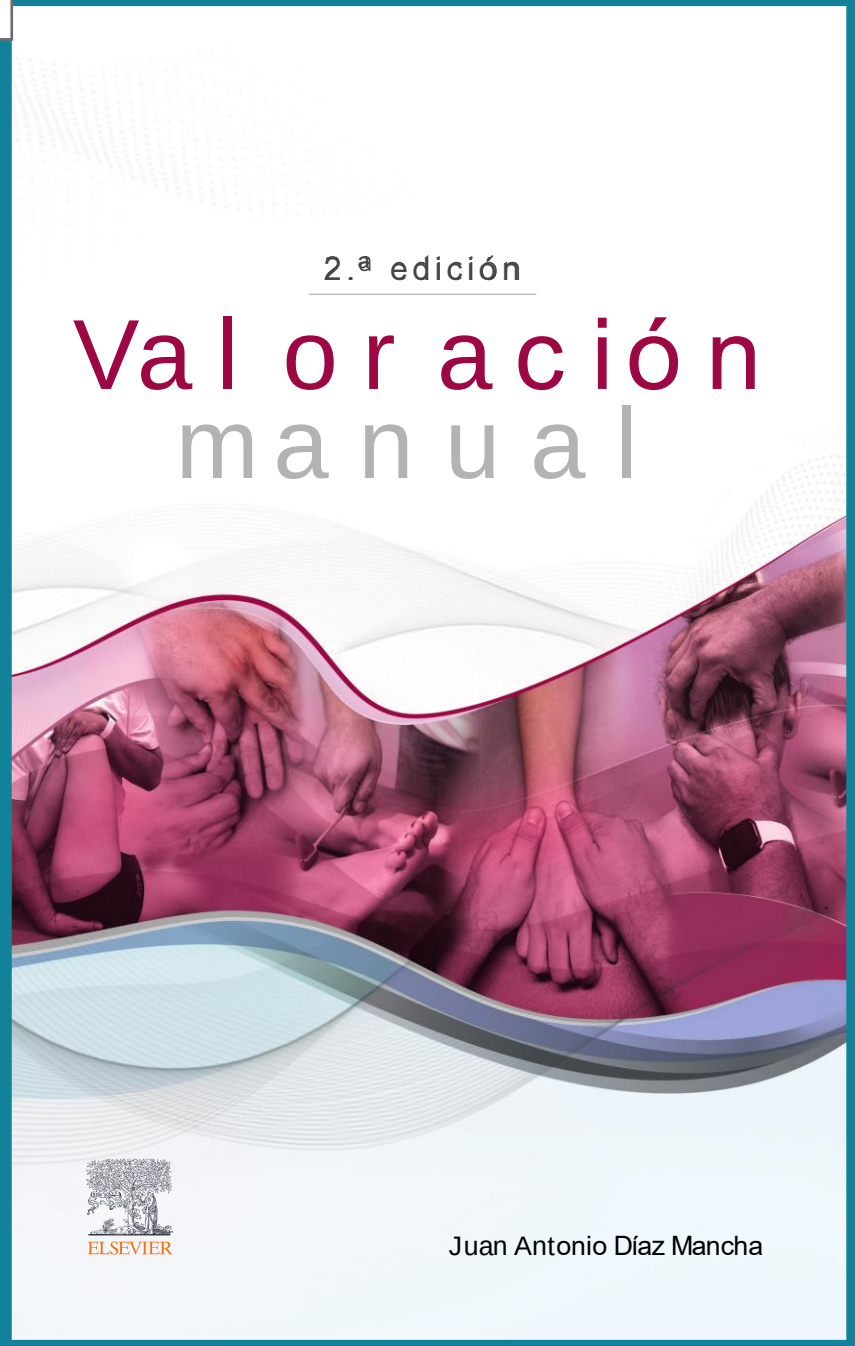
Interpretación del test

El test es positivo si el paciente reacciona ante el estímulo del tambor con un nistagmo en la dirección contraria al giro del tambor.

Es un buen test para la evaluación de la visión de los niños, ya que por lo general este tipo de nistagmo se detecta en los bebés. Además de estar indicada para los niños, también es muy útil en los pacientes que no colaboran por cualquier trastorno mental o en aquellos que se inventan una afección ocular con disminución de la visión.

Evidencia científica

La **sensibilidad** y **especificidad** de esta prueba oscilan entre el 40,1-61,5% y el 59,4-79,7%, respectivamente.



Pruebas para valorar la presencia de afecciones oculares

- Test de Lang
- Prueba de la mirada

Escuela Osteopatía de Madrid
Internacional



Hernández-Muñoz MT, Hernández-Ordóñez T, De la Fuente-Torres MA. Detección de estrabismo y ambliopía con el uso de pruebas para estereopsis en población infantil. Rev Mex Oftalmol. 2003;77(6):211-216.

Test de Lang

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afectación de estereopsis en niños.

Posición del paciente

En sedestación, con los brazos paralelos al cuerpo y las manos apoyadas sobre los muslos.

Posición del terapeuta

En bipedestación, a un lado del paciente.

Ejecución del test

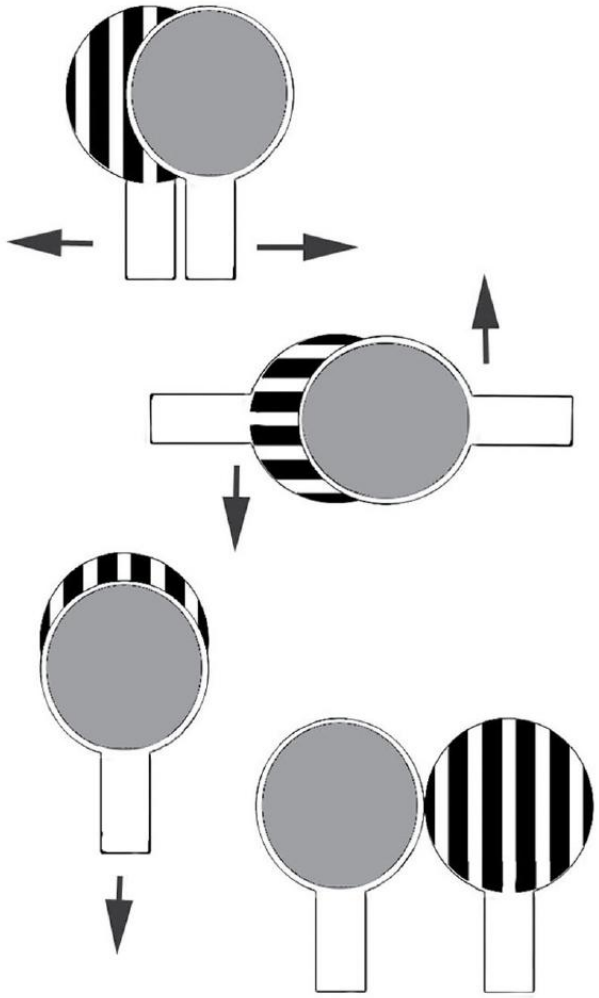
El terapeuta sitúa una lámina con dibujos delante del niño, a unos 40 cm, y le pide que identifique los dibujos que aparecen en ella.

Interpretación del test

Si el niño no percibe las imágenes e indica que lo único que ve son puntos, se puede pensar en una afectación del tipo estereopsis. Lo normal es que el niño sea capaz de reconocer los objetos e intente cogerlos.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba oscilan entre el 14,28 y el 75% y el 92,37 y el 99,29%, respectivamente. Asimismo, se ha evidenciado un valor predictivo positivo que oscila entre el 9,67 y el -66,66%. El valor predictivo negativo oscila entre el 91,48 y el 99,71%.



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 la mirada

Esta prueba se utiliza para la valoración de la agudeza visual en la edad infantil.

Posición del paciente

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

Posición del terapeuta

Frente al bebé.

Ejecución del test

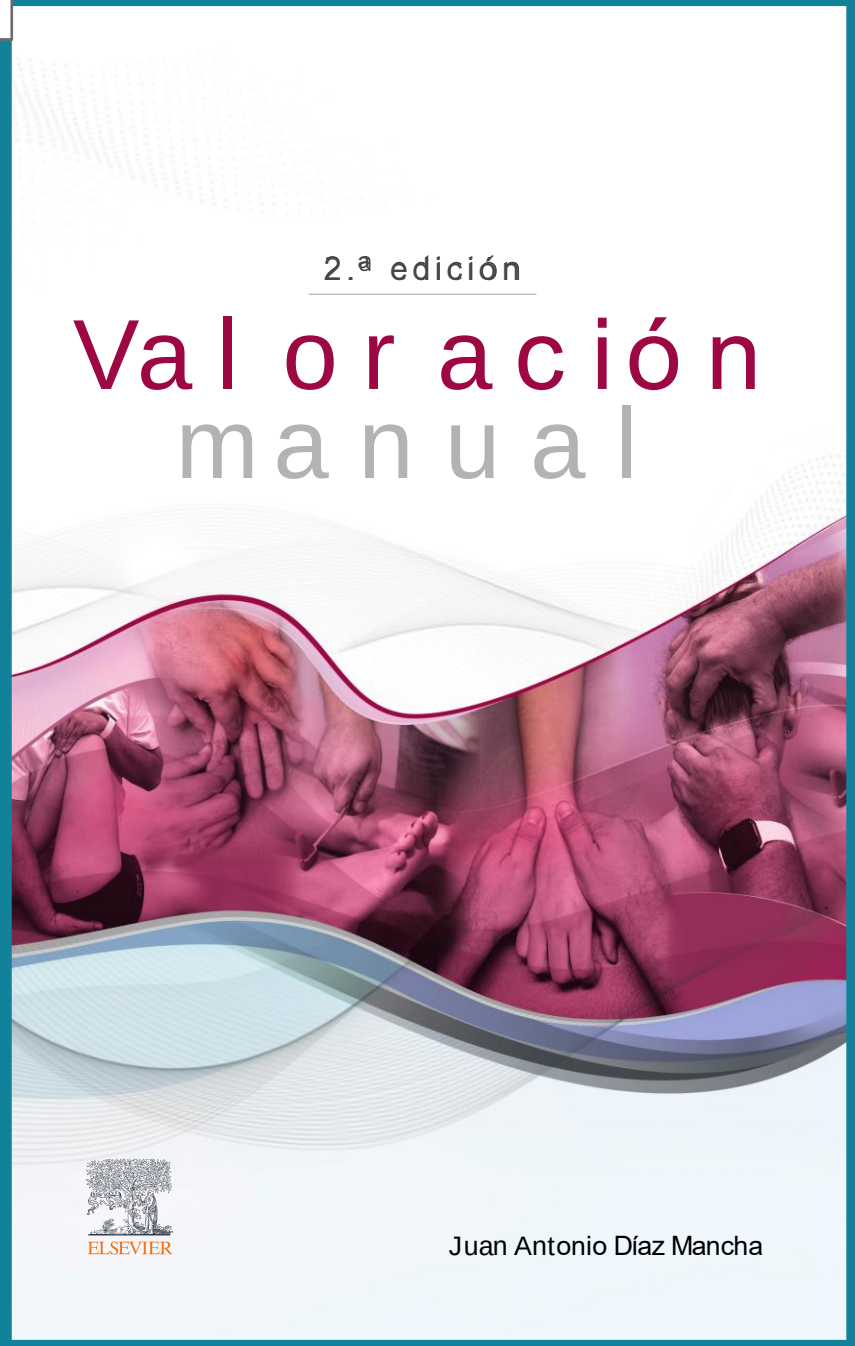
Para la ejecución de la prueba se necesitan unas palas blancas con rayas grises verticales de diferentes grosores y otras palas grises. El terapeuta le presenta al bebé las palas, de forma que las superpone colocando la pala rayada tras la pala gris. El terapeuta realiza movimientos laterales lentos de izquierda a derecha y al revés, ocultando y mostrando la pala rayada que se encuentra tras la pala gris buscando que el bebé intente seguirla con la mirada. La prueba se repite tres veces.

Interpretación del test

En condiciones normales, el bebé sigue con la mirada la pala que el terapeuta mueve delante de él. En este caso la prueba es negativa.

Si en el transcurso de la prueba el bebé se queda fijo mirando al frente y obviando las franjas de las palas, el test es positivo.

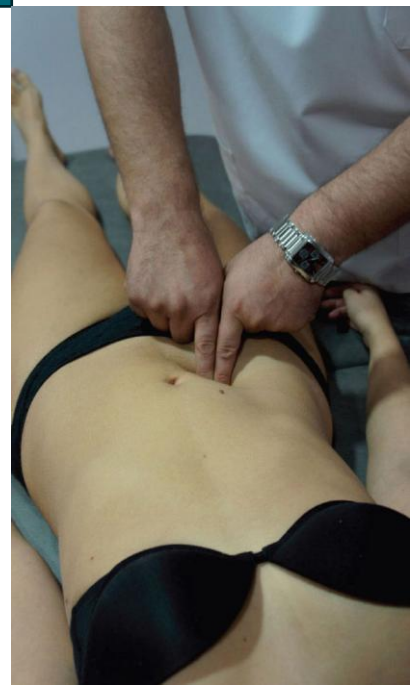
Esta prueba es útil sobre todo en los niños lactantes o con problemas de desarrollo, ya que no puede enmascarar los resultados; el estudio es bastante específico ante el estímulo de la imagen a una distancia determinada, visible para el pequeño.

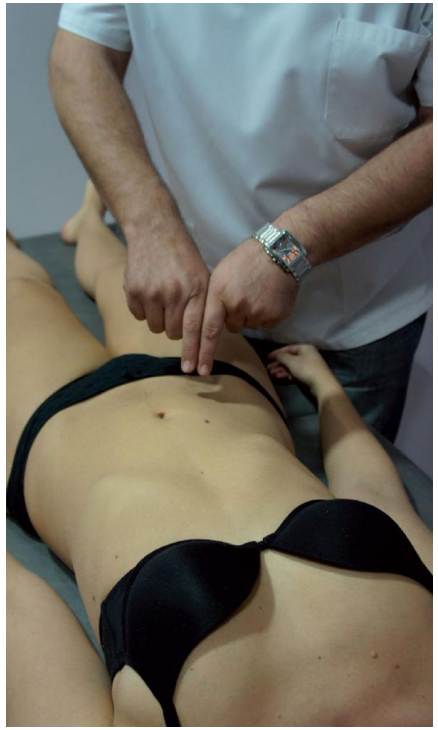


Pruebas para valorar una apendicitis

- Signo de McBurney
- Prueba de Cope

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional





Signo de McBurney

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afectación de apendicitis.

Posición del paciente

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

Posición del terapeuta

En bipedestación en el lado derecho del paciente, en finta adelante a la altura de su pelvis en dirección craneal.

Ejecución del test

Un aspecto importante es localizar de forma correcta el punto de McBurney. Para ello hay que trazar una línea imaginaria que vaya desde la espina ilíaca anterosuperior derecha hasta el ombligo y colocar los dedos índices en la parte media de esa línea. Entonces hay que realizar una presión suave pero profunda, seguida de una descompresión de la misma zona. La maniobra se repite varias veces.

Interpretación del test

Si el paciente presenta un dolor agudo cuando el terapeuta realiza la maniobra de compresión/descompresión sobre la zona indicada o punto del apéndice propiamente dicho, el signo de McBurney es positivo; en caso contrario, se descarta la opción de apendicitis.

También es importante observar si el dolor aparece solo a la descompresión de la zona; esto puede indicar la existencia de una peritonitis.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba oscilan entre el 88-100% y el 0%-100%, respectivamente. La prueba cuenta con un peso diagnóstico de entre 16 y 84. Asimismo, se ha evidenciado un valor predictivo positivo del 16-100% y un valor predictivo negativo del 0-100%.

Macías-Magadan M, Cordero-Olivares A, Fonseca I. Apendicitis : Incidencia y correlación clínico patológica Experiencia de 5 años. Rev Mex Cirugía Pediátrica. 2009;16(4):170-175.

Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. Ann Emerg Med. 1986;15(5):557-564.

Samuel M. Pediatric appendicitis score. J Pediatr Surg. 2002;37(6):877-881.



Prueba de Cope

Esta prueba se utiliza para evaluar la presencia de una posible apendicitis.

Posición del paciente

Tumbado en la camilla boca arriba, con los brazos a lo largo del cuerpo y las rodillas extendidas.

Posición del terapeuta

En bipedestación, en el lado derecho en finta doble a la altura de las tibias del paciente orientado hacia este. Toma contacto con la mano superior sobre la cara anterior de la rodilla homolateral. La otra mano abarca el calcáneo del mismo lado.

Ejecución del test

El terapeuta lleva a cabo una flexión de cadera y rodilla de 90° cada una de la pierna a evaluar. Una vez en esta posición, realiza una rotación interna de la articulación coxofemoral.

Interpretación del test

Si al realizar la prueba se activa una sintomatología álgica en el hipogastrio derecho del paciente, se puede pensar en la existencia de una apendicitis. En este caso se considera que la prueba es positiva.

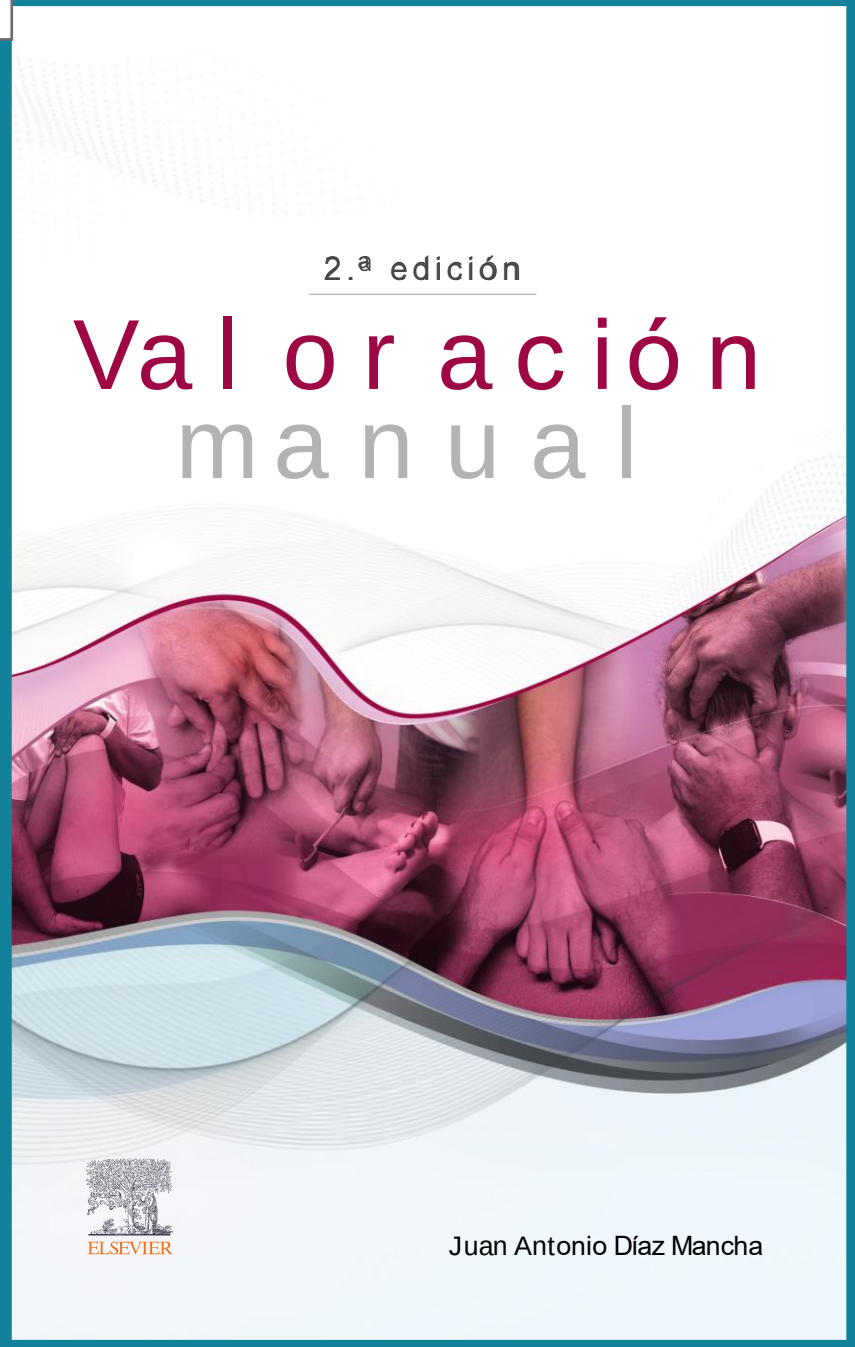
Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba oscilan entre el 15-51% y el 85-95%, respectivamente. Asimismo, se ha evidenciado un valor predictivo negativo de 69,1.

Macías-Magadan M, Cordero-Olivares A, Fonseca I. Apendicitis : Incidencia y correlación clínico patológica Experiencia de 5 años. Rev Mex Cirugía Pediátrica. 2009;16(4):170-175.

Macaluso CR, Mcnamara RM. Evaluation and management of acute abdominal pain in the emergency department. Int J Gen Med. 2012;2012:789-797.

Kharbanda AB, Taylor GA, Fishman SJ, Bachur RG. A clinical decision rule to identify children at low risk for appendicitis. Pediatrics. 2005;116(3):709-16..



Pruebas para valorar estructuras óseas y/o tejidos blandos

- Prueba de capacidad de mantenimiento de la postura según Matthias

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional



Prueba de capacidad de mantenimiento de la postura según Matthias

Esta prueba se utiliza para determinar la facultad de la musculatura torácica y abdominal en niños.

Posición del paciente

De pie encima de la camilla, con los brazos a lo largo del tronco.

Posición del terapeuta

En bipedestación, lateralmente al paciente sosteniendo con ambas manos su pelvis y permitiendo que realice movimientos de forma adecuada.

Ejecución del test

El terapeuta pide al paciente que lleve a flexión máxima la articulación glenohumeral, de forma que la punta de sus dedos miren hacia el techo.

Interpretación del test

Cuando el paciente adopta la nueva postura, se produce un desplazamiento de su centro de gravedad. Dicho desplazamiento provocado por la nueva postura del paciente hace que su cuerpo se desplace hacia atrás para compensar. Ante un caso de debilidad de la musculatura torácica y abdominal, se incrementa un estado de cifosis de la columna dorsal y lordosis de la lumbar.

Según Matthias, la debilidad de la musculatura se puede clasificar en:

•Grado 1. Mínimo desplazamiento y variación de la postura por el correcto funcionamiento muscular. Tras 30 segundos de mantenimiento de la postura se producen cambios más significativos, de manera que aumentan la cifosis de la columna torácica y la lordosis de la lumbar.

•Grado 2. Imposibilidad de mantener la postura con la columna erecta de pie. Cuando el terapeuta le pide que eleve los brazos, al paciente se le hace imposible mantener la postura y compensa desplazándose hacia atrás, con lo que aumenta en gran medida la lordosis lumbar.

Que existan estos trastornos durante la realización de la prueba no excluye otro tipo de afecciones del tipo claudicación o alteraciones de composición y forma de la columna, por lo que todas las pruebas han de acompañarse de un buen diagnóstico diferencial.

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*

¡Gracias!

Síguenos en redes

eominternacional.com | escuelaosteopatiamadrid.com