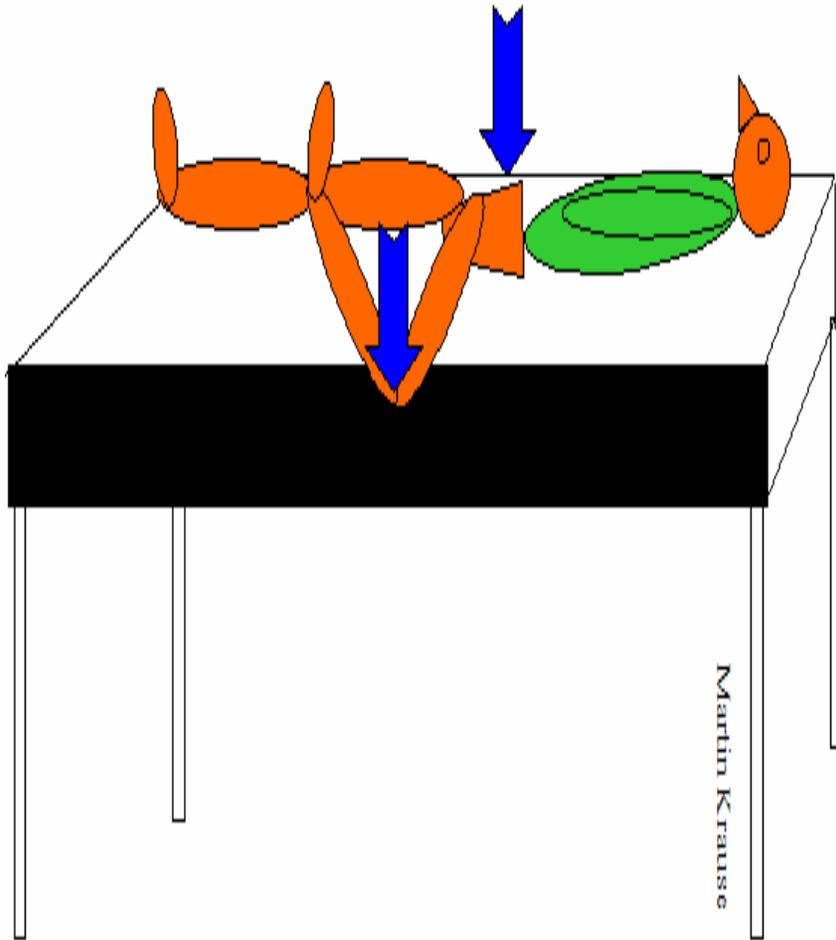


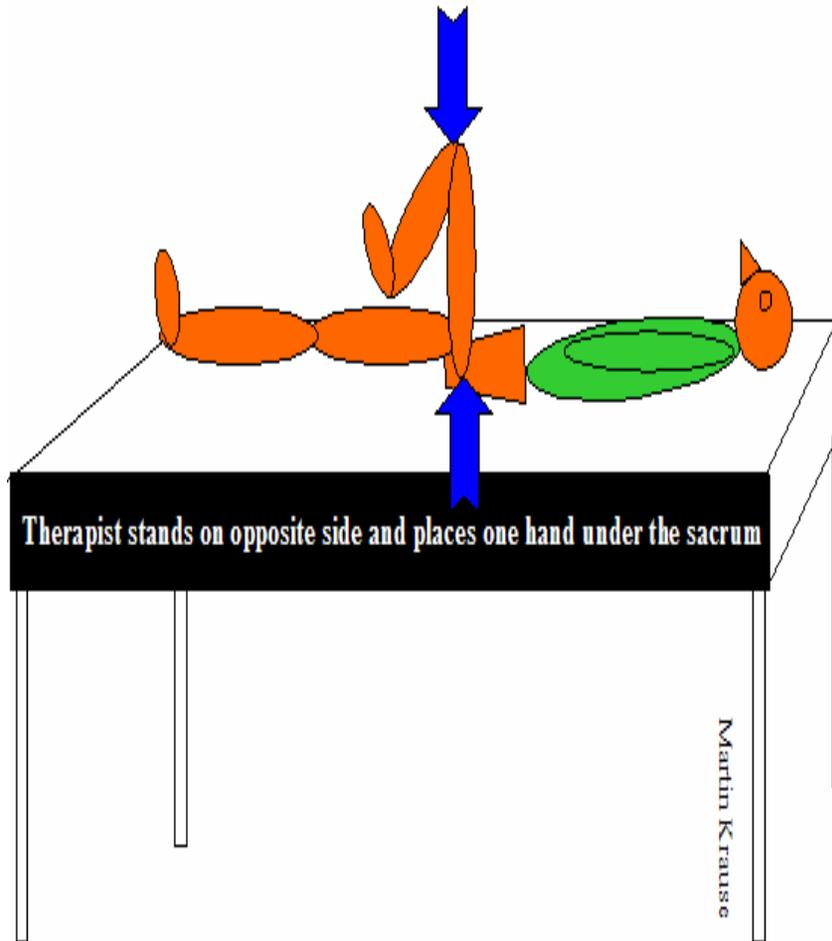
Valoración y Rx



Prueba de Patrick – FABER

- Paciente en supino, terapeuta al lado de la exploración.
- El terapeuta lleva la cadera a explorar en F+ABD+RE (talón sobre rodilla contraria)
- Fijamos EIAS contraria y presionamos sobre rodilla flexionada
- Positivo si reproducimos dolor en nalga o ingle (por debajo de L5) (Kokmeyer et al JMPT 2002, 25, 1, 42-8)

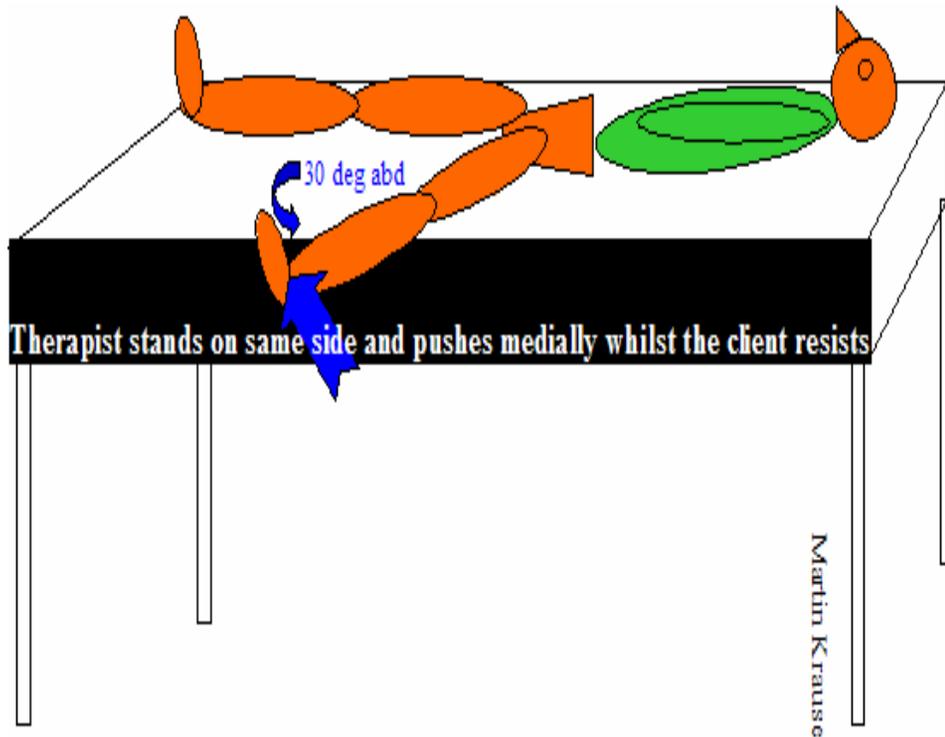
Valoración y Rx



Prueba de cizalla posterior o 'ThighThrust':

- Paciente en supino, terapeuta flexiona cadera contraria a unos 90° (muslo perpendicular a la camilla) y ligera ADD. Rodilla relajada
- Una de las manos del examinador va al sacro (ASI) y la otra sobre la rodilla flexionada
- Aplicamos empuje anteroposterior en el eje del fémur causando cizallamiento en ASI
- Positivo si evocamos dolor familiar en región de ASI por debajo de L5 (Kokmeyer et al 2002, Laslett et al 2003, 2005)

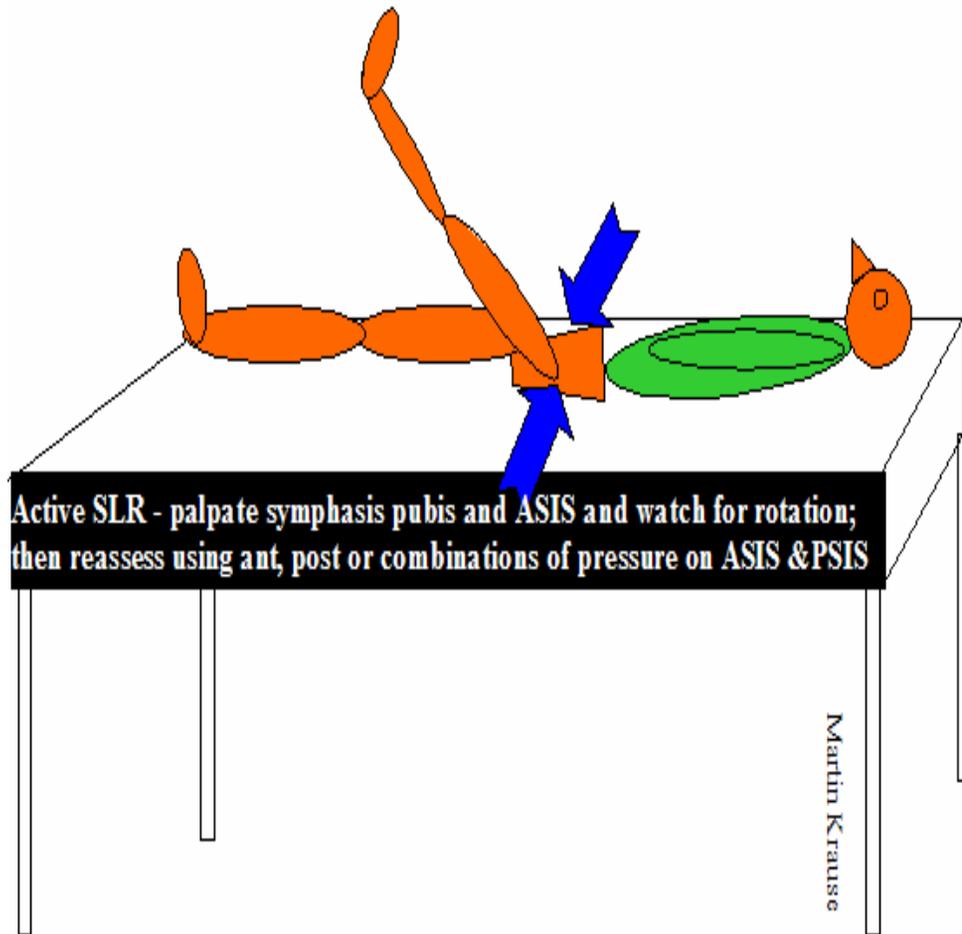
Valoración y Rx



Prueba de restricción de ABD:

- Paciente en supino con cadera a explorar en 30° de ABD (rodilla estirada)
- El examinador empuja desde el tobillo hacia la ADD y el paciente resiste el empuje
- Prueba positiva si evoca dolor en la ASI por debajo de L5 (Broadhurst & Bond, J Spinal Dis, 1998, 11, 4, 341-5).
- Sensibilidad del 87% y fiabilidad del 100% para esta prueba según autores

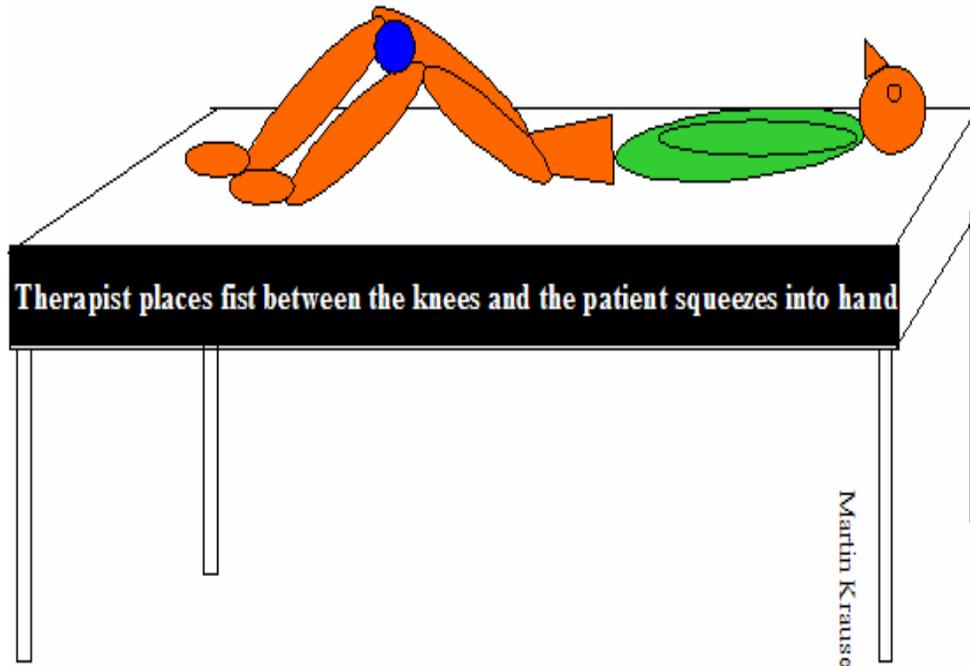
Valoración y Rx



ASLR (EPEA)

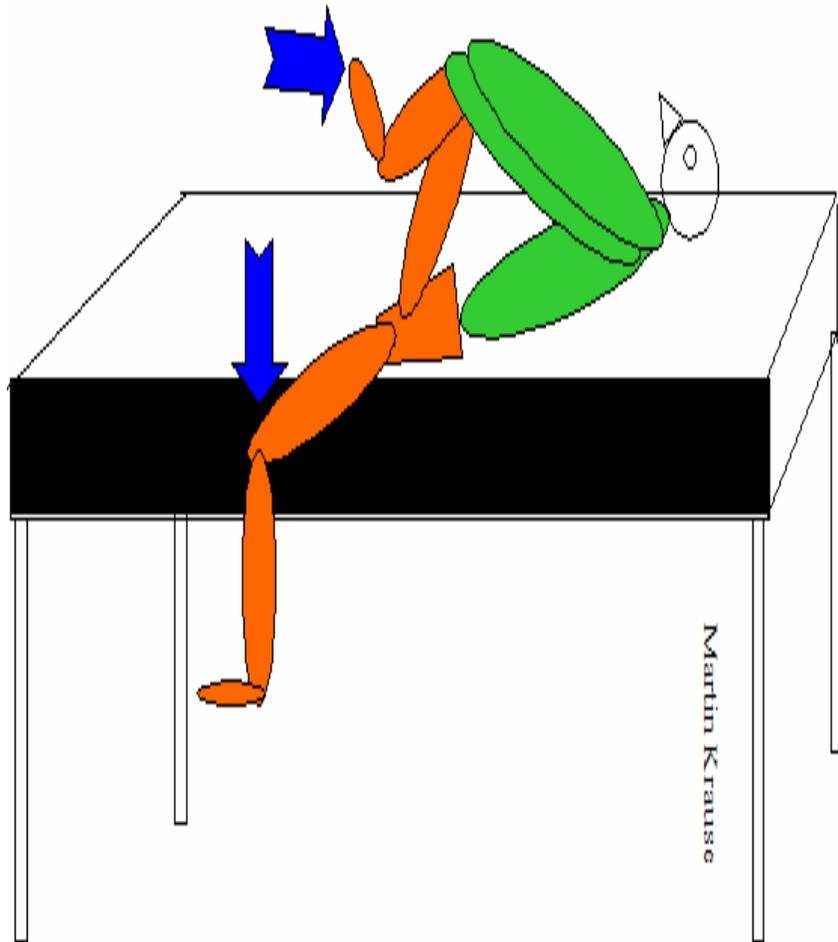
- Ejecutar EPE de forma activa y el exmainador comprueba mvto. en pubis y EIAS
- Reevaluar con compresión anterior o posterior sobre ilium (↑ cierre por fuerza): si el dolor ↓ o facilita la elevación en anterior, indicativo de trabajo en TrA y fibras horizontales del OI (nucleo interno). Si mejora en posterior indicativo de entrenamiento de ML o músculos y fascia del cabestrillo posterior.

Valoración y Rx



- Comproar estabilidad en prueba de Stork y de Trendelenburg modificada
- Palpar el tendón de unión de la sínfisi púbica y la ASI
- Realiza la prueba de cierre ant/post en 30°, 45° y 60° de Flex de rodilla en 'crook lying'

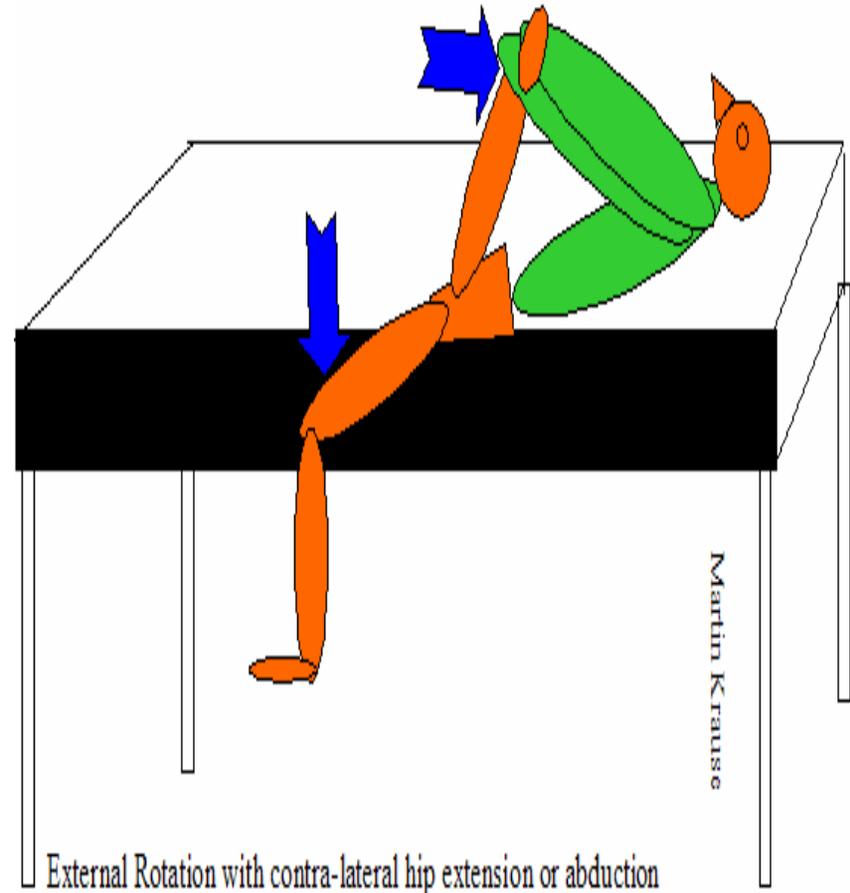
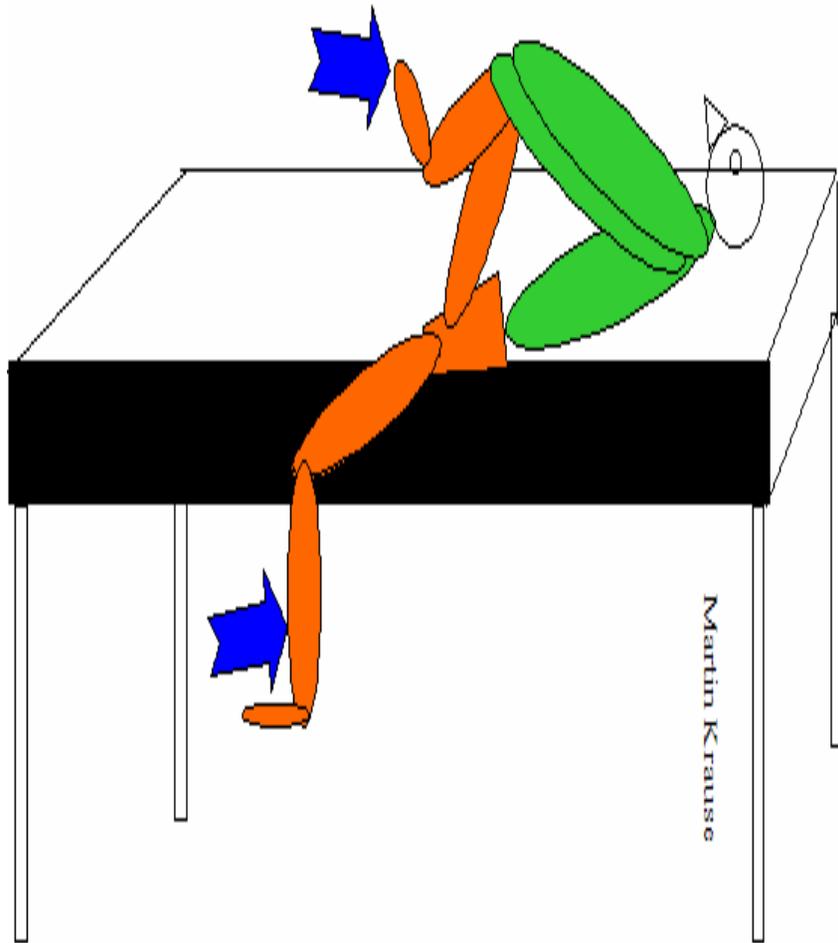
Valoración y Rx



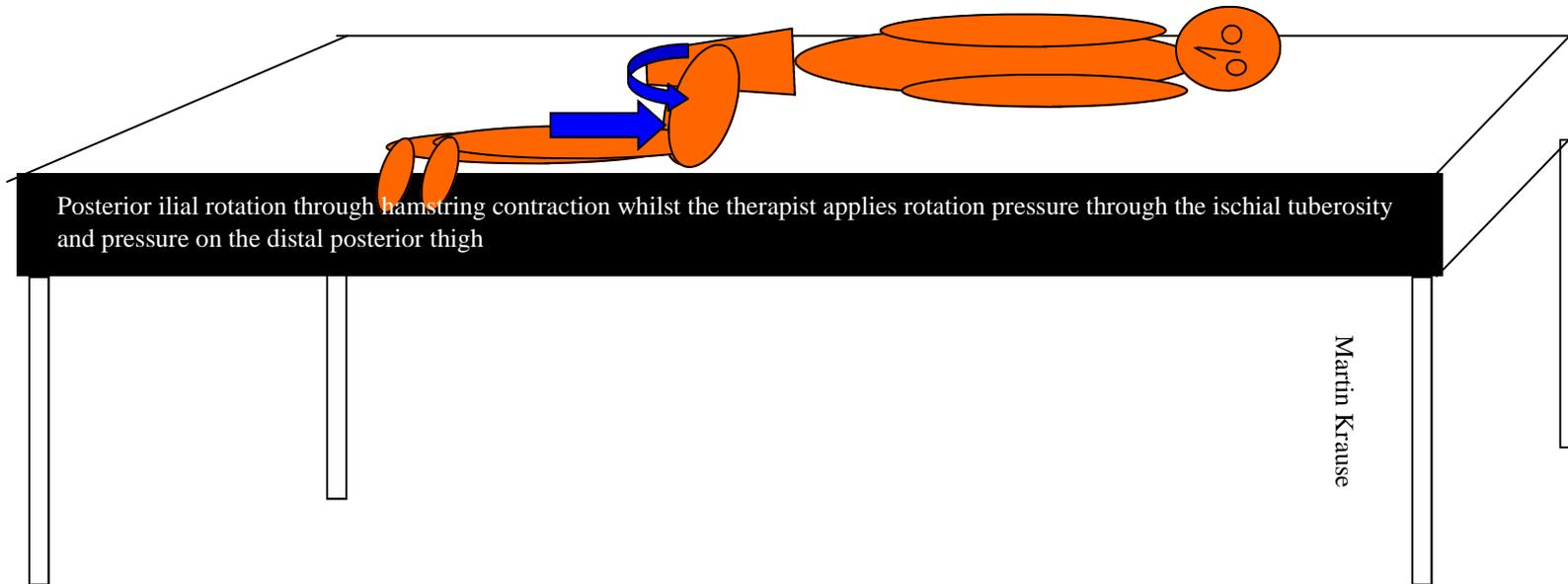
Prueba de Gaenslen:

- Prueba útil para elongación del psoas mayor y recto femoral.
- Advertir que si hay dolor en cara medial de rodilla en la extensión de cadera puede ser referido de una sínfisis púbica irritada

Valoración y Rx

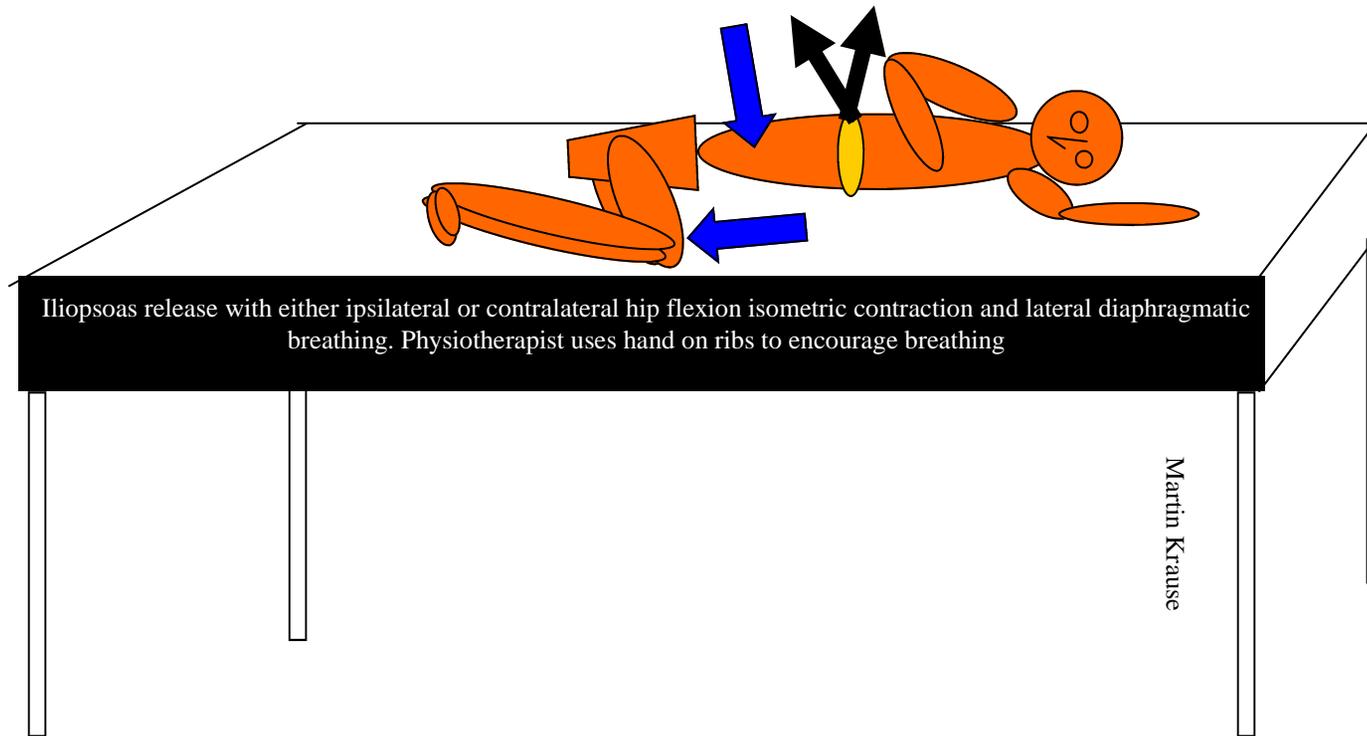


Rx de la contranutación



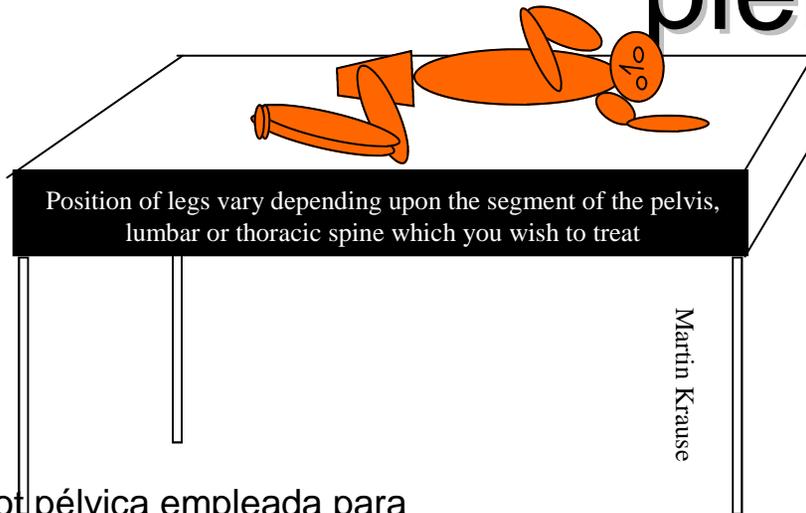
- Contranutación tratada con contracción isométrica de los isquios

Liberación de Iliopsoas



- Rodillas en la camilla para resistir flexión de cadera.
- Dedos profundizan en la pared abdominal anterolateral
- La mano libre incentiva la respiración diafragmática lateral

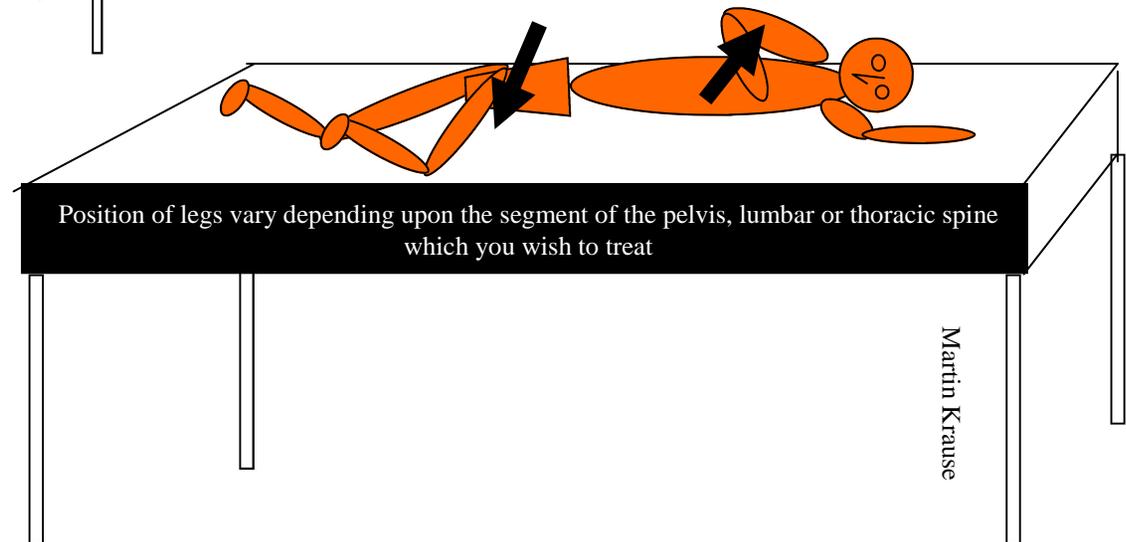
Variación de posición de piernas



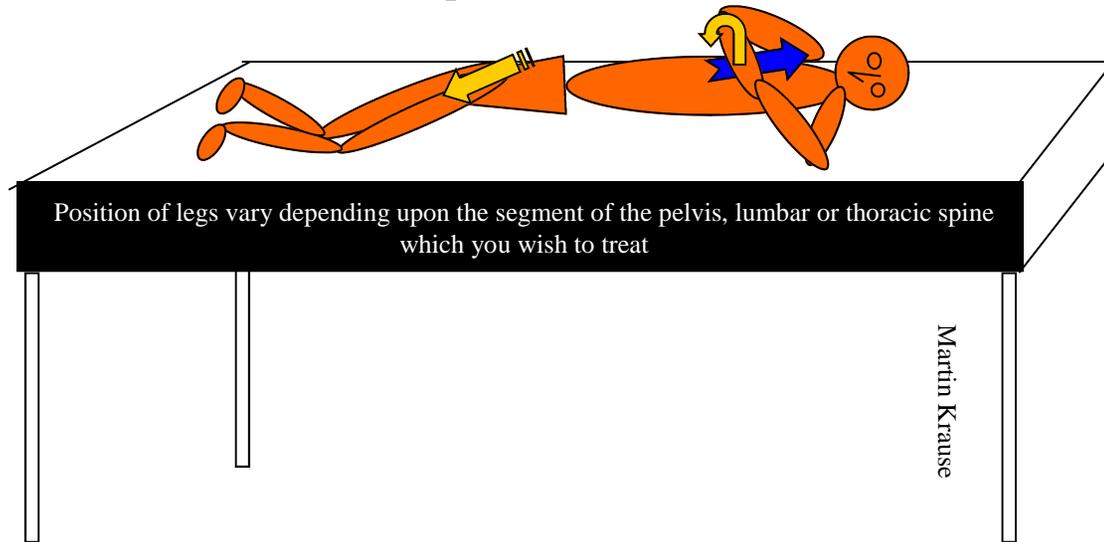
- Rotación pélvica empleada para
1. Acoplar Tx bajo y Lx sup
 2. Combina 'cierres no fisiológico' (Ext región Tx-Lx) 'con técnicas de movilización segmental

Flex Lx para:

1. 'cerrar' la columna Lx inf con la tensión de ligamentos supraespinosos
2. Activa iliopsoas
3. Activar rot post del ilium
4. Emplear mvts. Fisiológicos combinados

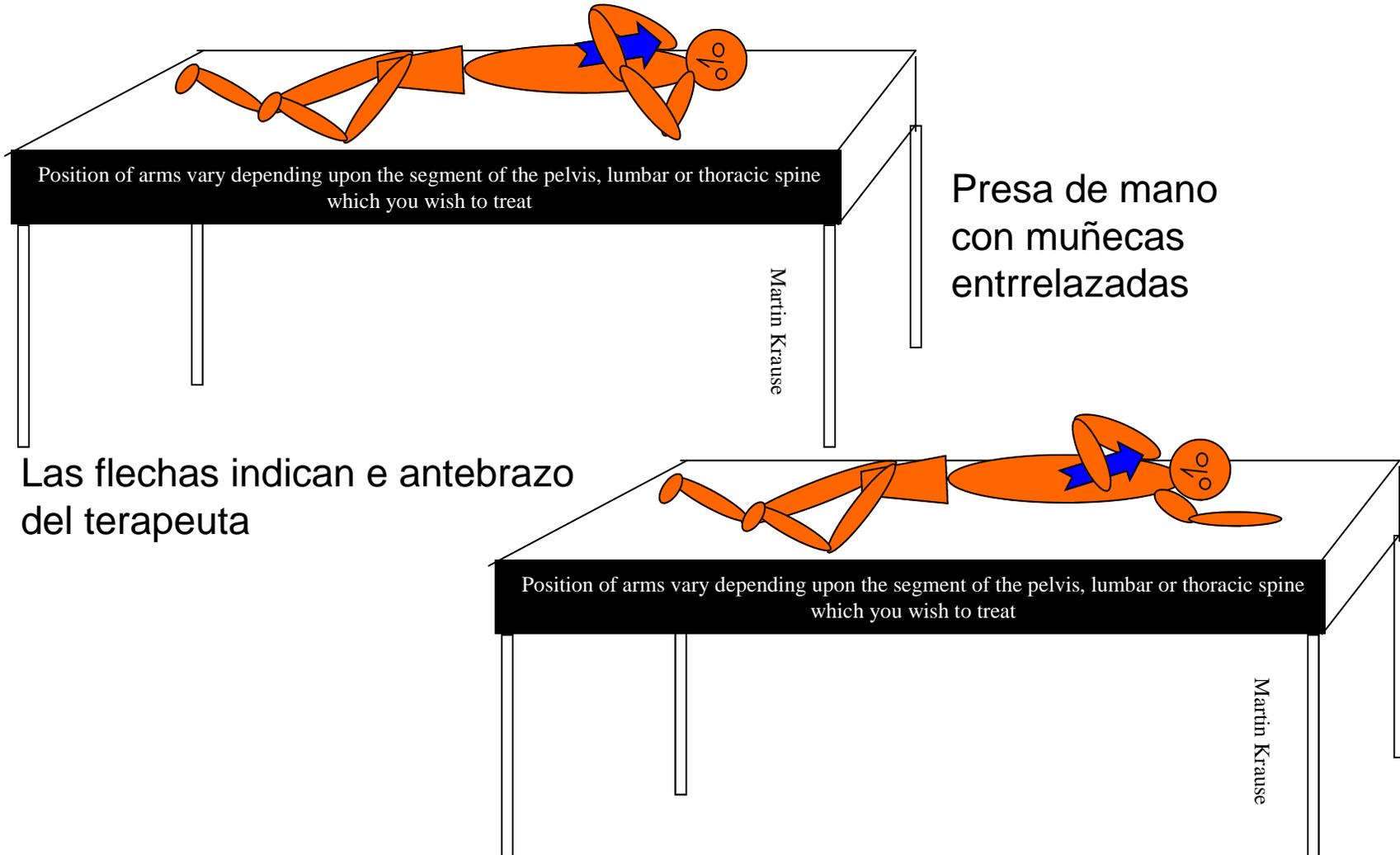


Variación en posición de piernas

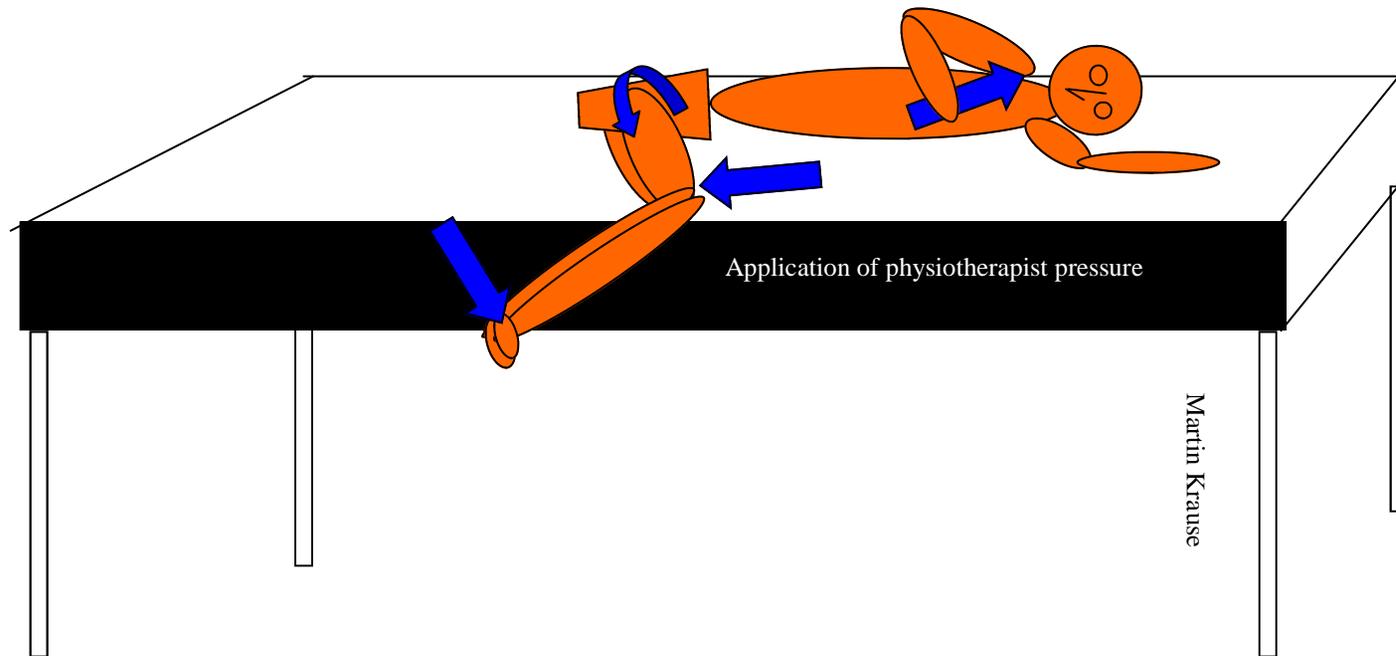


Nota : movimientos fisiológicos en T/S-L4 en **flexion** s produce rot y LF en la **misma** dirección. En **extension** Rot y LF con direcciones **opuestas**

Variando posición de brazos



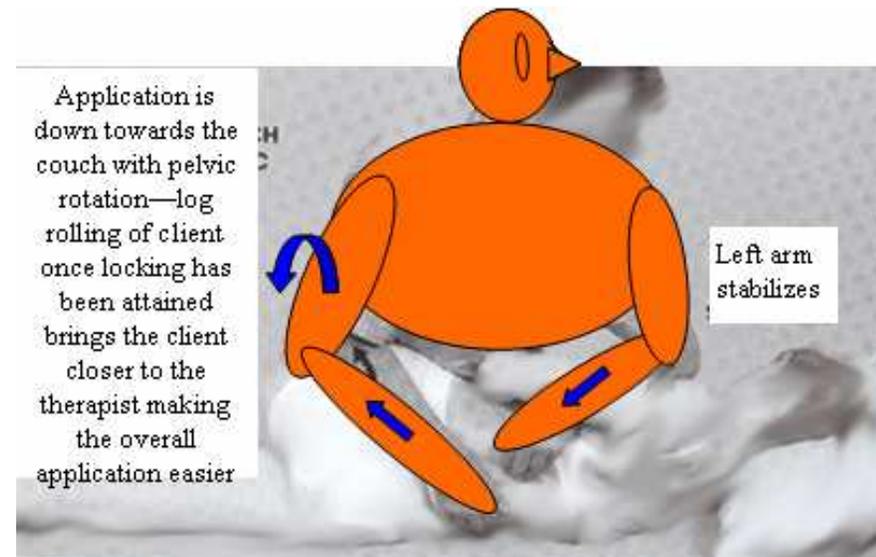
Combinación añadiendo TME



- Fisiomplea ambas piernas, antebrazo y mano para alcanzar el incremento de presión / resistencia
- Comenzar con pies, luego rodilla, luego hombro y si es necesario rotación pélvica
- El estiramiento debería percibirse en zona profunda de la nalga

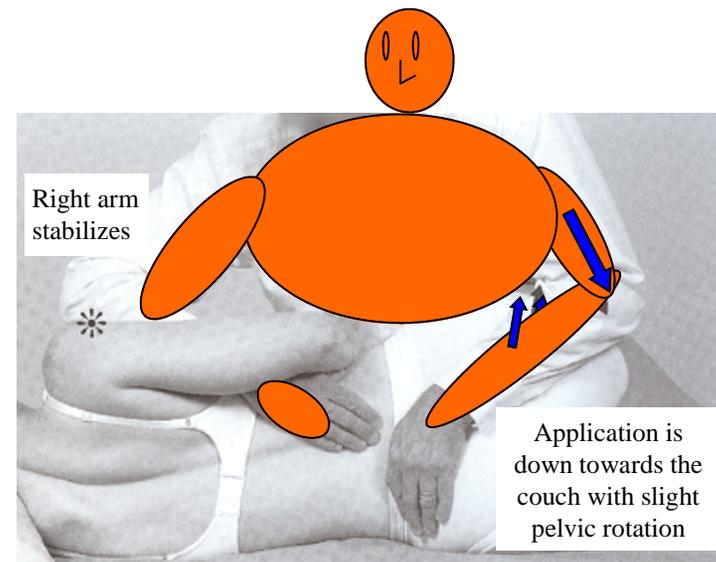
Rx de Tx bajo y Lx alta

- Rodilas a la misma altura
- Colocate y rueda el paciente hacia tí
- Rota tu cuerpo para obtener rotación óptima
- Paciente agarra sus muñecas 'presa de mono'



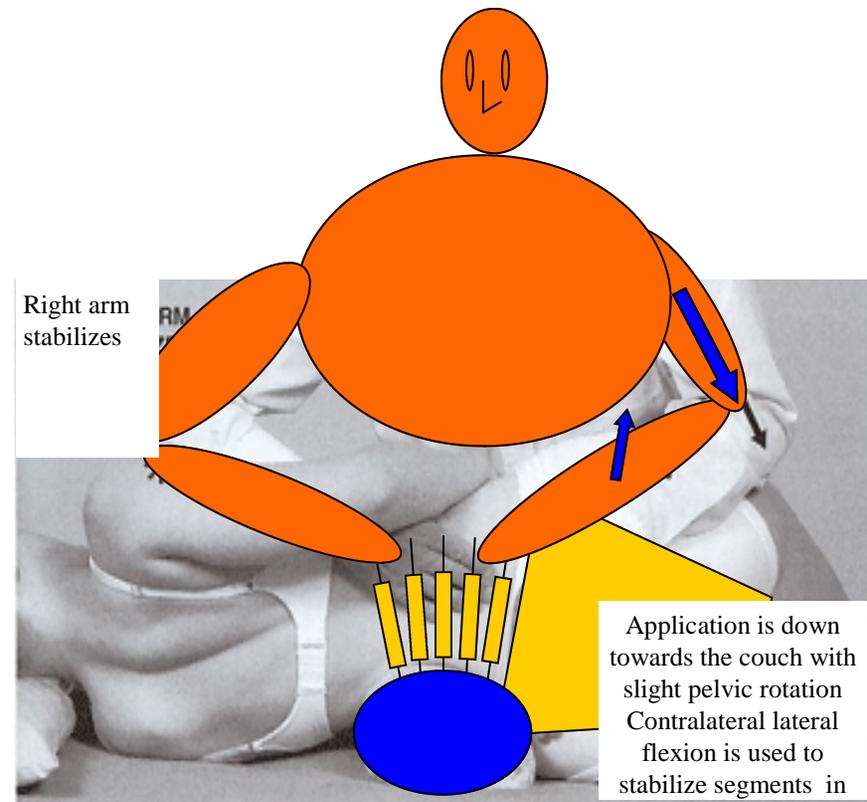
Rx de ASI

- Bloquear Tx y Lx Sup con Rot + F/E
- Aplicación a través de la pelvis (ilium o sacro) en caso de rotación sacra, rotación iliaca, elevación o upslip (cizalla superior), outflare



Técnicas de Rx - Rot

- En F, LF + Rot rotation
- Mvto. Segmental I.V. a nivel Lx y Tx
- Brazo sobre pelvis mueve según sea: 'upslip', 'outflare', y contranutación

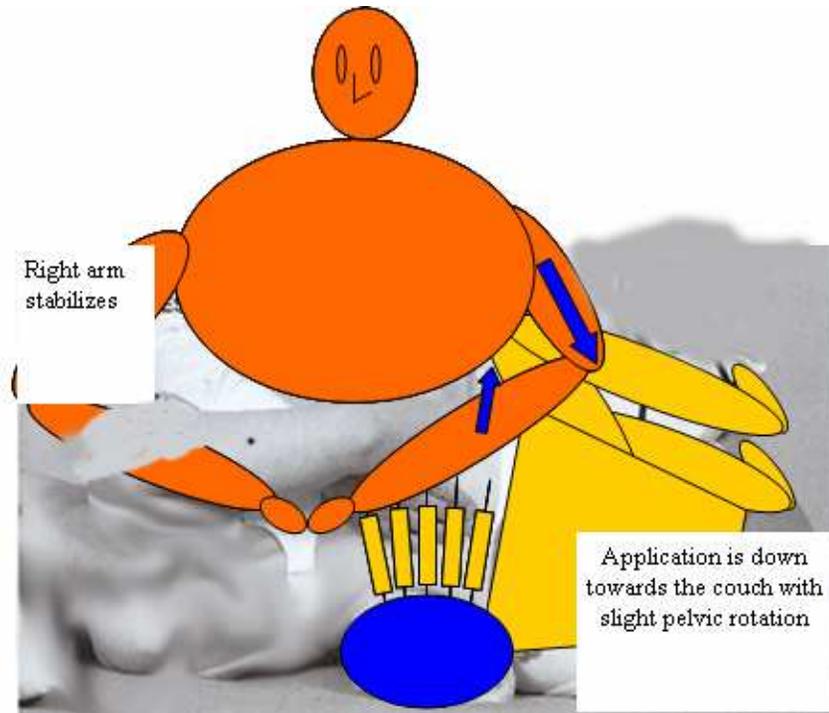


Right arm stabilizes

Application is down towards the couch with slight pelvic rotation
Contralateral lateral flexion is used to stabilize segments in flexion and/or mobilise into extension

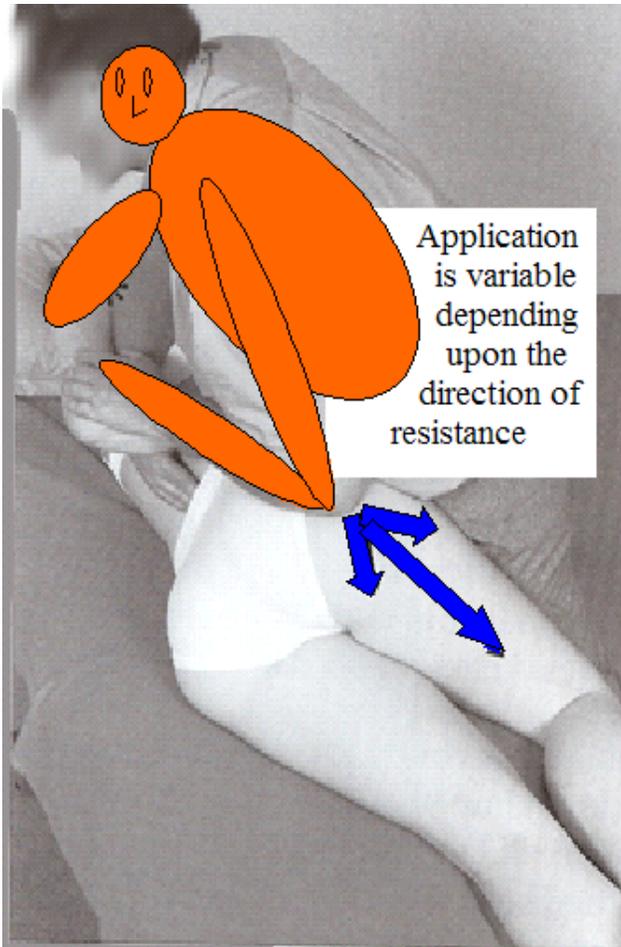
Rx – Rot Tx

- **Uso de bloqueo** Lx inf en F+Lx sup en LF contraria+Tx en F/E hasta alcanzar incremento de Rot segmental



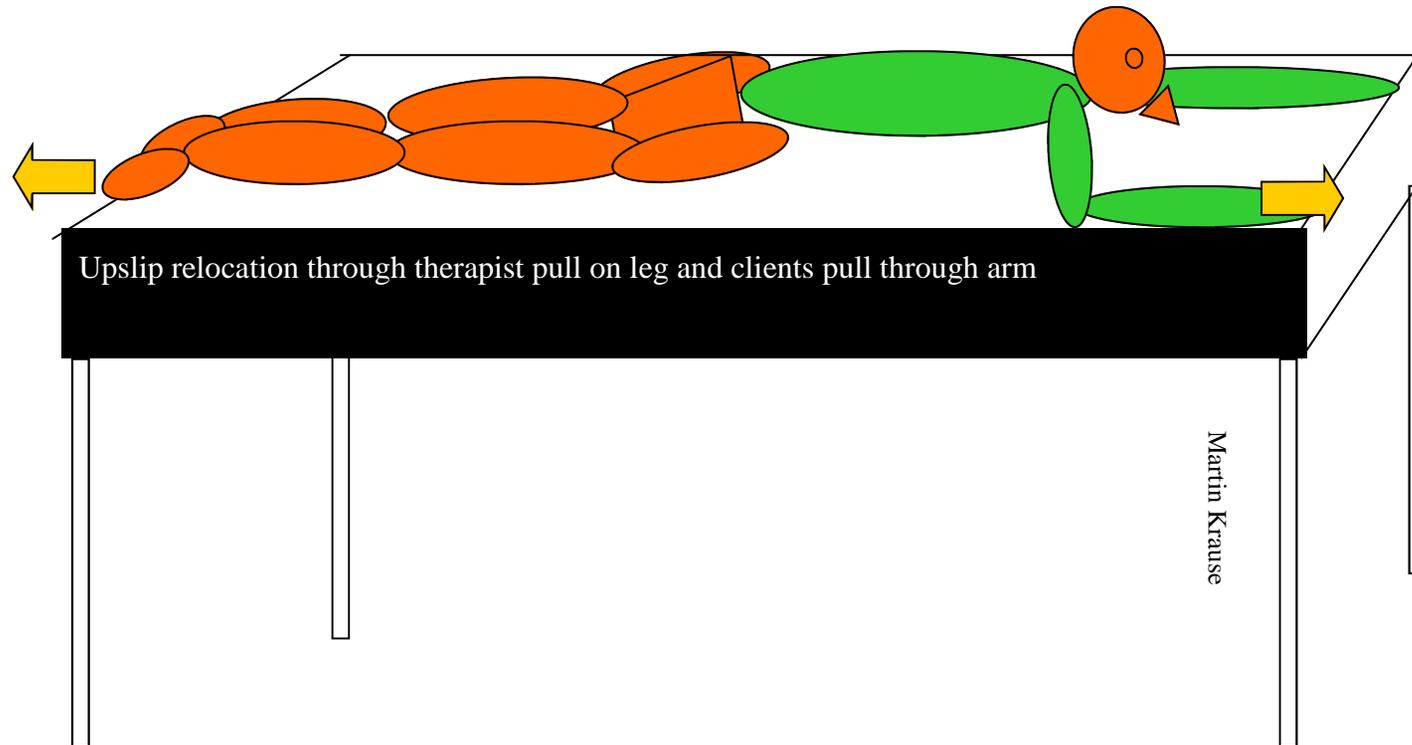
Coseguimos F/E en Tx tirando del brazo en dirección caudal o craneal respectivamente

Rx

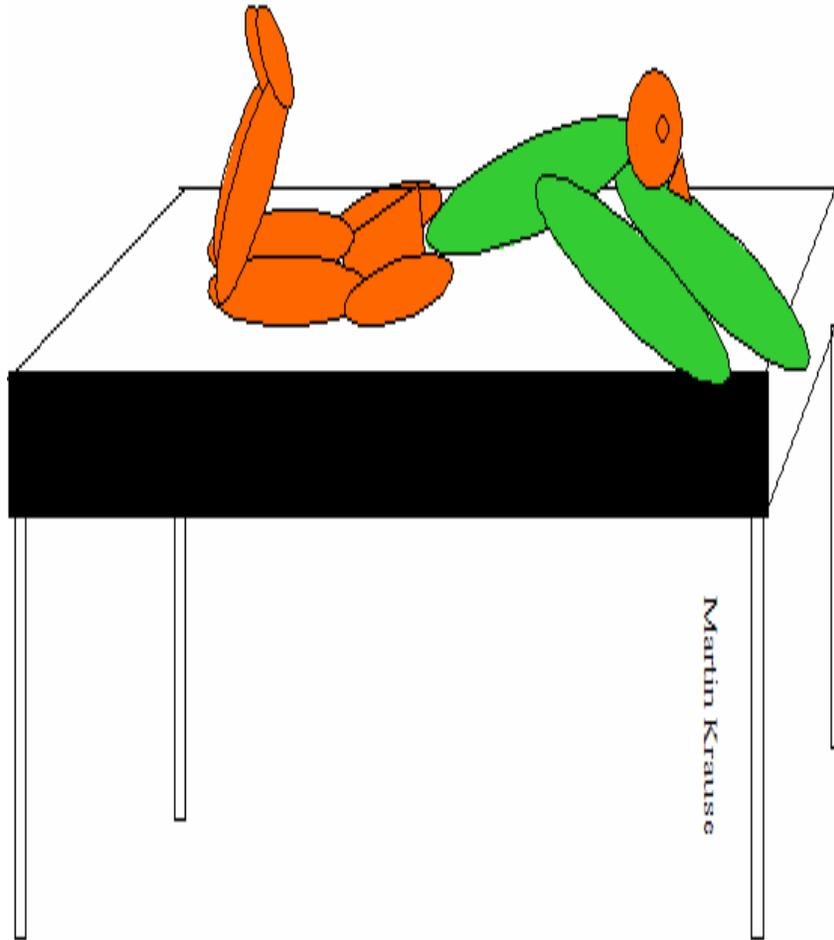


- Variar dirección en función del segmento a tratar
- Para Rx de:
 - Upslip
 - Contranutación
 - Torsión sacral
 - Difunción zigoapofisaria

Recolocación de Upslip



Valoración y Rx



Prueba de F de rodilla en Prono:

- Paciente en prono
- Terapeuta sujeta los talones y flex. rodillas a 90°.
- Comparar longitud de piernas teniendo como referencia la planta del pie con rodilla ext y rodilla flex
- Si una acorta en ext y alarga en flex **hipótesis de rotación iliaca** (Potter & Rothstein 1985)