

**2000**

**FORMULARIOS DEL**

**INTERNATIONAL KNEE DOCUMENTATION  
COMMITTEE - IKDC  
(COMITÉ INTERNACIONAL DE  
DOCUMENTACIÓN SOBRE LA RODILLA)**

**PARA LA EVALUACIÓN DE LA RODILLA**

## **INTRODUCCIÓN**

El formulario completo de IKDC incluye un formulario demográfico compatible con MODEMS<sup>TM</sup>, formulario para la evaluación de la salud actual, formulario para la evaluación subjetiva de la rodilla, formulario para el historial de la rodilla, formulario para documentación de cirugía y formulario para el examen de la rodilla, que pueden usarse como formularios separados. Se requiere que los investigadores que deseen permanecer compatibles con MODEMS y usar datos de punto de referencia, hagan llenar el formulario demográfico y la evaluación de la salud actual. El formulario para el historial de la rodilla y el formulario para documentación de cirugía se proporcionan para conveniencia. Se requiere que todos los investigadores hagan llenar el formulario para la evaluación subjetiva de la rodilla y llenen el formulario para el examen de la rodilla. Las instrucciones para calcular los puntos del formulario para la evaluación subjetiva de la rodilla y para llenar el formulario para el examen de la rodilla se encuentran en la parte trasera de los formularios.

## **CONTENIDO**

- 1. Formulario Demográfico**
- 2. Formulario para la Evaluación de la Salud Actual**
- 3. Formulario para la Evaluación Subjetiva de la Rodilla**
- 4. Formulario para el Historial de la Rodilla**
- 5. Formulario para Documentación de Cirugía**
- 6. Formulario para el Examen de la Rodilla**

**2000**  
**FORMULARIO DEMOGRÁFICO**

**Nombre Completo**
**Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año
**Número de Seguro Social** \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ **Sexo:**  Masculino  Femenino
**Cédula de Identidad, RFC o Número de Identificación****Ocupación**
**Fecha de Hoy** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año

A continuación se presenta una lista de problemas comunes de salud. Indique "Sí" o "No" en la primera columna, y luego pase al problema siguiente. Si usted sí tiene el problema, entonces indique en la segunda columna si usted recibe medicinas o algún otro tipo de tratamiento para el problema. En la última columna, indique si el problema limita alguna de sus actividades.

	¿Tiene usted este problema?		¿Recibe tratamiento para este problema?		¿Limita este problema sus actividades?	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma o enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlcera o enfermedad estomacal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de los riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia u otra enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exceso de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoartritis, artritis degenerativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Lyme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro problema médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. ¿Usted fuma cigarrillos?

- Sí.
- No, dejé de fumar en los últimos seis meses.
- No, dejé de fumar hace más de seis meses.
- No, nunca he fumado.

2. ¿Cuánto mide de altura? \_\_\_\_  centímetros  pulgadas

3. ¿Cuánto pesa? \_\_\_\_  kilogramos  libras

4. ¿De qué raza es usted? (indique todo lo que se aplique)

- Blanca
- Negra o Africana-Americana
- Hispana
- Asiática o de las Islas del Pacífico
- India Americana
- Otra

5. ¿Cuál es el nivel escolar que usted terminó?

- Menos que escuela secundaria
- Graduado(a) de escuela secundaria
- Algo de universidad
- Graduado(a) de universidad
- Título o estudios de postgrado

6. ¿Cuál es su nivel de actividad?

- Soy una persona sumamente competitiva en deportes
- He recibido buen entrenamiento y practico deportes con frecuencia
- Algunas veces practico deportes
- No practico los deportes

**2000**  
**FORMULARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA SALUD ACTUAL\***

**Nombre Completo**

**Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
**Día**                      **Mes**                      **Año**

**Fecha de Hoy** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
**Día**                      **Mes**                      **Año**

1. En general, diría usted que su salud es:     Excelente     Muy buena     Buena     Regular     Mala

2. En comparación con hace 1 año, ¿cómo calificaría usted su estado de salud en general ahora?

Mucho mejor ahora que hace 1 año     Algo mejor ahora que hace 1 año     Aprox. igual ahora que hace 1 año  
 Algo peor ahora que hace 1 año     Mucho peor ahora que hace 1 año

3. Los temas siguientes se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día típico. ¿Lo(a) limita su salud ahora en relación con estas actividades? Si lo(a) limita, ¿cuánto lo(a) limita?

Sí, Me Limita Mucho      Sí, Me Limita un Poco      No, No Me Limita

- a. Actividades enérgicas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes agotadores
- b. Actividades moderadas, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar bolos (boliche) o jugar golf
- c. Levantar o cargar bolsas que contienen alimentos
- d. Subir varios pisos por las escaleras
- e. Subir un piso por las escaleras
- f. Doblarse, arrodillarse o agacharse
- g. Caminar más de 1½ kilómetros
- h. Caminar varias cuadras (bloques)
- i. Caminar una cuadra (bloque)
- j. Bañarse o vestirse usted mismo(a)

4. Durante las últimas 4 semanas, como resultado de su salud física, ¿ha tenido usted alguno de los problemas siguientes con su trabajo o con otras actividades diarias habituales?

- SÍNO**
- a. Tuvo que disminuir la cantidad de tiempo que usted dedicaba al trabajo u otras actividades
  - b. Logró hacer menos de lo que a usted le gustaría
  - c. Tuvo que estar limitado(a) en relación con el tipo de trabajo u otras actividades
  - d. Tuvo dificultad en realizar el trabajo u otras actividades (por ejemplo, le tomó un esfuerzo adicional)

5. Durante las últimas 4 semanas, como resultado de algún problema emocional [tal como sentirse deprimido(a) o ansioso(a)], ¿ha tenido usted algunos de los problemas siguientes en relación con su trabajo o con otras actividades diarias habituales?

- SÍNO**
- a. Tuvo que disminuir la cantidad de tiempo que usted dedicaba al trabajo u otras actividades
  - b. Logró hacer menos que lo que a usted le gustaría
  - c. No trabajó ni hizo otras actividades tan cuidadosamente como usualmente

6. Durante las últimas 4 semanas, ¿a qué grado han interferido su salud física o problemas emocionales con sus actividades sociales normales con la familia, amistades, vecinos o grupos?

Nada     Levemente     Moderadamente     Mucho     Muchísimo

7. Durante las últimas 4 semanas, ¿qué nivel de dolor en el cuerpo ha tenido usted?

Nada     Muy leve     Leve     Moderado     Grave     Muy grave

8. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto interfirió su dolor con su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los trabajos en la casa)?

Nada     Un Poco     Moderadamente     Mucho     Muchísimo

9. Estas preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le ha ido durante las últimas 4 semanas. En cada pregunta, indique una sola respuesta, que sea la que se acerca más a la forma en que usted se ha estado sintiendo. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánta parte del tiempo?

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Buena parte del tiempo	Parte del tiempo	Poco tiempo	Nunca
a. Se sintió completamente lleno(a) de energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ha estado usted muy nervioso(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Se ha sentido usted calmado(a) y en paz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Tuvo usted mucha energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Se ha sentido desanimado(a) y triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Se sintió exhausto(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Ha estado contento(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Se sintió cansado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánta parte del tiempo interfirió su salud física o interfirieron problemas emocionales con sus actividades sociales (como visitar amistades, parientes, etc.)?

Todo el tiempo     La mayor parte del tiempo     Buena parte del tiempo     Parte del tiempo     Poco tiempo     Nada

11. ¿Cuán CIERTO o FALSO es para usted lo que dice cada una de las frases siguientes?

Definitivamente Cierto	Generalmente Cierto	No Sé	Generalmente Falso	Definitivamente Falso
a. Parezco enfermarme un poco más fácilmente que otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Soy tan saludable como cualquiera persona que conozco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Creo que mi salud se va a empeorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Mi salud es excelente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Este formulario incluye preguntas del SF-36 Health Survey (Encuesta sobre Salud SF-36). Se reproduce con permiso de Medical Outcomes Trust, Derechos de Autor © 1992.

FORMULARIO PARA LA EVALUACIÓN SUBJETIVA DE LA RODILLA

Su Nombre Completo

Fecha de Hoy \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de la Lesión \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
Día Mes Año Día Mes Año

SÍNTOMAS\*:

\*Evalúe sus síntomas al nivel más alto de actividad al cual usted piensa que podría funcional sin síntomas significativos, aunque usted realmente no esté haciendo actividades a este nivel.

1.¿Cuál es el nivel más alto de actividad que usted puede hacer sin tener dolor significativo en la rodilla?

- Actividades muy agotadoras, tales como saltar o girar, como en el juego de baloncesto o fútbol
Actividades agotadoras, tales como trabajo físico pesado, esquiar o jugar tenis
Actividades moderadas, tales como trabajo físico moderado, correr o trotar
Actividades livianas, tales como caminar, hacer trabajos en la casa o en el patio (jardín)
No puedo hacer ninguna de las actividades indicadas arriba, debido a dolor en la rodilla

2.Durante las últimas 4 semanas, o desde que ocurrió su lesión, ¿cuán frecuentemente ha tenido usted dolor?
Marque una casilla en la escala indicada abajo, que comienza en 0 (Nunca) y aumenta progresivamente a 10 (Constantemente)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Constantemente

3.Si usted tiene dolor, ¿cuán fuerte es el dolor?
Marque una casilla en la escala indicada abajo, que comienza en 0 (Ningún dolor) y aumenta progresivamente a 10 (El peor dolor imaginable)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ningún dolor [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] El peor dolor imaginable

4.Durante las últimas 4 semanas, o desde que ocurrió su lesión, ¿cuán tiesa (entumecida) o hinchada estaba su rodilla?

- Nada
Levemente
Moderadamente
Mucho
Muchísimo

5.¿Cuál es el nivel más alto de actividad que usted puede hacer sin que la rodilla se le hinche significativamente?

- Actividades muy agotadoras, tales como saltar o girar, como en el juego de baloncesto o fútbol
Actividades agotadoras, tales como trabajo físico pesado, esquiar o jugar tenis
Actividades moderadas, tales como trabajo físico moderado, correr o trotar
Actividades livianas, tales como caminar, hacer trabajos en la casa o trabajos en el patio (jardín)
No puedo hacer ninguna de las actividades indicadas arriba, debido a hinchazón en la rodilla

6.Durante las últimas 4 semanas, o desde que ocurrió su lesión, ¿se le ha bloqueado o se le ha trabado temporalmente la rodilla?

- Sí
No

7.¿Cuál es el nivel más alto de actividad que usted puede hacer sin que la rodilla le falle?

- Actividades muy agotadoras, tales como saltar o girar, como en el juego de baloncesto o fútbol
Actividades agotadoras, tales como trabajo físico pesado, esquiar o jugar tenis
Actividades moderadas, tales como trabajo físico moderado, correr o trotar
Actividades livianas, tales como caminar, hacer trabajos en la casa o trabajos en el patio (jardín)
No puedo hacer ninguna de las actividades indicadas arriba, debido a que la rodilla me falla

**ACTIVIDADES DEPORTIVAS:**

8.¿Cuál es el nivel más alto de actividad que usted puede hacer rutinariamente?

- Actividades muy agotadoras, tales como saltar o girar, como en el juego de baloncesto o fútbol
- Actividades agotadoras, tales como trabajo físico pesado, esquiar o jugar tenis
- Actividades moderadas, tales como trabajo físico moderado, correr o trotar
- Actividades livianas, tales como caminar, hacer trabajos en la casa o trabajos en el patio (jardín)
- No puedo hacer ninguna de las actividades indicadas arriba, debido a la rodilla

9.Debido a su rodilla, ¿qué nivel de actividad tiene usted?, para:

Ninguna Dificultad dificultad	Dificultad mínima	Dificultad moderada	Sumamente difícil	No puedo hacerlo		
a.Subir escaleras		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.Bajar escaleras		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.Arrodillarse sobre la parte delantera de la rodilla	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.Agacharse		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.Sentarse con la rodilla doblada (sentarse normalmente)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.Levantarse de una silla		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.Correr hacia adelante en dirección recta		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.Saltar y caer sobre la pierna afectada	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.Parar y comenzar rápidamente a caminar [o a correr, si usted es un(a) atleta]		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**FUNCIONAMIENTO:**

10. ¿Cómo calificaría usted el funcionamiento de su rodilla, usando una escala de 0 a 10, donde 10 es funcionamiento normal y excelente, y donde 0 es la incapacidad de realizar ninguna de sus actividades diarias usuales, que podrían incluir deportes?

FUNCIONAMIENTO ANTES DE QUE TUVIERA LA LESIÓN EN LA RODILLA :

No podía realizar mis actividades diarias  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 diarias

Sin limitación en las actividades

FUNCIONAMIENTO ACTUAL DE LA RODILLA:

No puedo realizar mis actividades diarias  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 diarias

Sin limitación en las actividades



**2000**  
**Instrucciones para Calcular los Puntos**  
**del Formulario para la Evaluación Subjetiva de la Rodilla**

Se investigaron varios métodos para calcular los puntos del Formulario para la Evaluación Subjetiva de la Rodilla. Los resultados indicaron que la suma de los puntos de cada tema funcionaba tan bien como métodos más complejos para calcular los puntos.

Los puntos de las respuestas a cada tema se calculan usando un método de números ordinales, en forma tal que se da 1 punto a las respuestas que representan el nivel más bajo de funcionamiento o el nivel más alto de los síntomas. Por ejemplo, en el tema 1, que está relacionado con el nivel más alto de actividad sin tener dolor significativo en la rodilla, se asigna 1 punto a la respuesta "No puedo hacer ninguna de las actividades indicadas arriba, debido a dolor en la rodilla", y se asignan 5 puntos a la respuesta "Actividades muy agotadoras, tales como saltar o girar, como en el juego de baloncesto o fútbol". En el tema 2, que está relacionado con la frecuencia del dolor durante las últimas 4 semanas, a la respuesta "Constantemente" se le asigna 1 punto y a la respuesta "Nunca" se le asignan 11 puntos.

Los puntos del Formulario para la Evaluación Subjetiva de la Rodilla se calculan al sumar los puntos de los temas individuales, y luego se transforman los puntos a una escala que va del 0 al 100. **Nota:** La respuesta al punto 10 "Funcionamiento Antes de que Tuviera la Lesión en la Rodilla" no se suma al total de los puntos. Los pasos para calcular los puntos del Formulario para la Evaluación Subjetiva de la Rodilla son los siguientes:

1. Asigne puntos a la respuesta que la persona ha dado para cada tema, en forma tal que el número de puntos más bajo representa el nivel más bajo de funcionamiento o el nivel más alto de los síntomas.
2. Calcule los puntos brutos, sumando las respuestas a todos los temas, excepto la respuesta al punto 10 "Funcionamiento Antes de que Tuviera la Lesión en la Rodilla".
3. Transforme los puntos brutos a una escala de 0 a 100, en la forma siguiente:

$$\text{Puntos de IKDC} = \frac{\text{Puntos Brutos} - \text{Número de Puntos más Bajo Posible}}{\text{Gama de Puntos}} \times 100$$

donde el número de puntos más bajo posible es 18 y la gama de puntos posibles es 87. Por lo tanto, si la suma de los puntos de los 18 temas es 60, entonces los Puntos de IKDC se calcularían en la forma siguiente:

$$\text{Puntos de IKDC} = \frac{60 - 18}{87} \times 100$$

$$\text{Puntos de IKDC} = 48,3$$

Los puntos transformados se interpretan como una medida de la habilidad para funcionar, en forma que los puntos más altos representan niveles más altos de funcionamiento y niveles más bajos de los síntomas. Se interpreta que 100 puntos significa que no hay limitación en las actividades de la vida diaria o actividades deportivas, y la ausencia de síntomas.

Los Puntos de IKDC todavía se pueden calcular si faltan datos, con tal de que se responda a por lo menos el 90% de los temas (esto es, que se hayan proporcionado respuestas a un mínimo de 16 temas). Para calcular los puntos brutos cuando faltan datos, el (los) punto(s) que falta(n) debe(n) sustituirse por el promedio de puntos de los temas que sí se han contestado. Una vez que se hayan calculado los puntos brutos, se transforman a los Puntos de IKDC, según se describe arriba.

**2000**  
**FORMULARIO PARA EL HISTORIAL DE LA RODILLA**

Apellido del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año

Fecha de la Lesión \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha del Examen Inicial \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de Hoy \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año Día Mes Año Día Mes Año

Rodilla Afectada:  Derecha  Izquierda

Contralateral:  Normal  Casi Normal  Anormal  Gravemente Anormal

Inicio de los Síntomas: (fecha) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año

Queja Principal:

Actividad que Estaba Haciendo Cuando se Lesionó:

Actividad de la Vida Diaria  Deportes  Accidente de Tránsito  Trabajo

Mecanismo de la Lesión:

Inicio gradual, no traumático  Inicio traumático, sin contacto  
 Inicio súbito, no traumático  Inicio traumático debido a contacto

**Cirugía Anterior:**

Tipo de Cirugía: (marque todo lo que sea pertinente)

Cirugía del Menisco

Menisectomía medial  Menisectomía lateral  
 Reparación del menisco medial  Reparación del menisco lateral  
 Trasplante meniscal medial  Trasplante meniscal lateral

Cirugía de Ligamento

Reparación del ligamento cruzado anterior  Reconstrucción del ligamento cruzado anterior intraarticular  Reconstrucción del ligamento cruzado anterior extraarticular  
 Reparación del ligamento cruzado posterior  Reconstrucción del ligamento cruzado posterior intraarticular  Reparación de la esquina posterolateral  
 Reparación/reconstrucción del ligamento colateral medial  
 Reparación/reconstrucción del ligamento colateral lateral

Tipo de Injerto

Injerto de tendón rotuliano  Ipsolateral  Contralateral  
 Injerto sencillo del tendón de la corva  
 Injerto de un haz doble del tendón de la corva  
 Injerto de un haz cuádruple del tendón de la corva  
 Injerto del tendón cuádriceps  
 Aloinjerto  
 Otro

Cirugía del Mecanismo Extensor

- Reparación del tendón rotuliano  Reparación del tendón cuádriceps

Cirugía Patelofemoral

- Realineación del Mecanismo Extensor

Realineación de Tejido Suave

- Imbricación medial  Liberación lateral

Realineación de Hueso

Movimiento del tubérculo tibial

- Proximal  Distal  Medial  Lateral  Anterior

- Trocleoplastia

- Patelectomía

Cirugía de Osteoartritis

- Osteotomía

- Cirugía de Superficie Articular  Raspado  Abrasión  Perforado  Microfractura  
 Terapia por células  Mosaicoplastia/transferencia de autoinjerto de tejido osteocondral  Otro

Número total de cirugías anteriores

**Estudios de Imagen:**

- Estructurales  Imágenes de Resonancia Magnética  Tomografía Computarizada  Artrograma

- Metabólicos (Tomografía de Huesos)

Resultados:

Ligamento \_\_\_\_\_

Menisco \_\_\_\_\_

Cartílago articular \_\_\_\_\_

Hueso \_\_\_\_\_

**2000**  
**FORMULARIO PARA DOCUMENTACIÓN DE CIRUGÍA**

Nombre del Paciente:

Fecha del Procedimiento que se Evalúa: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Día Mes Año

Diagnóstico Postoperativo:

1.

2.

3.

Estado Después del Procedimiento:

**ESTADO DEL CARTÍLAGO ARTICULAR:**

**En estas figuras, documente el tamaño y la ubicación de los defectos del cartílago articular**

lateral  
central  
medial

medial  
central  
lateral

troclear

**D**

**Troclear**

**I**

medio  
anterior

posterior

**Cóndilo**

anterior  
central  
posterior

lat. cent. med. lat. cent. med.

med. cent. lat. med. cent. lat.

**D**

**I**

proximal

posterior

medio

central

distal

anterior

lateral  
central  
medial

medial  
central  
lateral

lat. cent. med. lat. cent. med.

med. cent. lat. med. cent. lat.

8 mm  
Medición del  
tamaño del defecto  
11 mm

**Registre el tamaño, la ubicación y el grado de las lesiones en el cartílago articular**

**Grado 0, ICRS - Normal**

**Fémur** Primera lesión Segunda lesión

Lado Derecho Izquierdo  
Cóndilo Medial Lateral  
Plano sagital Troclear Anterior Medio Posterior  
Plano frontal Lateral Central Medial

**Grado 1, ICRS - Casi Normal**  
Lesiones superficiales, indentación suave (A) y/o grietas y fisuras superficiales (B)

*Lesión del cartílago (grado)*  
*Tamaño del defecto antes del desbridamiento* mm  
*Tamaño del defecto después del desbridamiento* mm

**Tibia**

**A B**

Lado Derecho Izquierdo  
Meseta Medial Lateral  
Plano sagital Anterior Medio Posterior  
Plano frontal Lateral Central Medial

**Grado 2, ICRS - Anormal**  
Lesiones que se extienden hasta <50% de la profundidad del cartílago

*Lesión del cartílago (grado)*  
*Tamaño del defecto antes del desbridamiento* mm  
*Tamaño del defecto después del desbridamiento* mm

**Rótula (Patela)**

**Grado 3, ICRS - Gravemente Anormal**  
Defectos de cartílago que se extienden hasta >50% de la profundidad del cartílago (A), así como también hasta la capa calcificada (B) y hasta ampollas se incluyen en este Grado (D)

Lado Derecho Izquierdo  
Plano sagital Distal Medio Proximal  
Plano frontal Lateral Central Medial

*Lesión del cartílago (grado)*  
*Tamaño del defecto antes del desbridamiento* mm  
*Tamaño del defecto después del desbridamiento* mm

**Diagnóstico:**  Lesión traumática  Osteocondritis  Osteoartritis  Necrosis avascular  Otros del cartílago

**A B**

**Biopsia/Muestra Osteocondral en Forma de Tapón:** Ubicación: Número de Tapones:

Diámetro de los Tapones: \_\_\_\_\_ mm

**C D**

**Tratamiento:**  Raspado  Abrasión  Perforado  Microfractura  Mosaicoplastia/transferencia de autoinjerto de tejido osteocondral  Terapia por células  Otro

**Grado 4, ICRS - Gravemente Anormal**  
Lesiones osteocondrales, lesiones que se extienden justo a través de la placa ósea subcondral (A) o defectos más profundos hasta el hueso trabecular (B). Los defectos que se han perforado se consideran como defectos osteocondrales y se clasifican como ICRS-C.

**Notas:**

**A**

**B**

**ESTADO DEL MENISCO:**

- Procedimiento:  meniscectomía medial  meniscectomía lateral  
 reparación del menisco medial  reparación del menisco lateral  
 trasplante meniscal medial  trasplante meniscal lateral  
 escoriación y trepanación medial  escoriación y trepanación lateral

**Rodilla Derecha**

**Rodilla Izquierda**

En estas figuras, documente los desgarros de los meniscos o la meniscectomía

**Menisco Lateral**

**Menisco Medial**

**Menisco Lateral**

**Medial:**

- Normal  1/3 Removido  2/3 Removido  3/3 Removido
- Fibras del Aro Circunferencial:  Intactas  Alteradas
- Tejido Restante del Menisco:  Normal  Cambios degenerativos  
 Desgarro estable  Desgarro inestable  
 Desgarro dejado in situ

**Lateral:**

- Normal  1/3 Removido  2/3 Removido  3/3 Removido
- Fibras del Aro Circunferencial:  Intactas  Alteradas
- Tejido Restante del Menisco:  Normal  Cambios degenerativos  
 Desgarro estable  Desgarro inestable  
 Desgarro dejado in situ

**ESTADO DEL LIGAMENTO:**

Procedimiento:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Reparación del ligamento cruzado anterior                 | <input type="checkbox"/> Reconstrucción del ligamento cruzado anterior intraarticular  | <input type="checkbox"/> Reconstrucción del ligamento cruzado anterior extraarticular |
| <input type="checkbox"/> Reparación del ligamento cruzado posterior                | <input type="checkbox"/> Reconstrucción del ligamento cruzado posterior intraarticular | <input type="checkbox"/> Reparación/reconstrucción de la esquina posterolateral       |
| <input type="checkbox"/> Reparación/reconstrucción del ligamento colateral medial  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Reparación/reconstrucción del ligamento colateral lateral |  |   |

Injerto:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Injerto autólogo del tendón rotuliano | <input type="checkbox"/> Tendones de la corva | <input type="checkbox"/> Tendón cuádriceps |
| <input type="checkbox"/> Otro                                  |   |  |

Recolección de Injerto Anterior:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Injerto autólogo del tendón rotuliano | <input type="checkbox"/> Tendones de la corva | <input type="checkbox"/> Tendón cuádriceps |
| <input type="checkbox"/> Otro                                  |   |  |

**En estas figuras, documente la colocación del agujero de perforación, para la reconstrucción del ligamento**

**Rodilla Derecha**

**Rodilla Izquierda**



**2000**  
**FORMULARIO PARA EL EXAMEN DE LA RODILLA**

**Apellido del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Sexo:**  F  M **Edad:** \_\_\_\_\_ **Fecha del Examen:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

	Día	Mes	Año
<b>Laxitud Generalizada:</b>	<input type="checkbox"/> rígida	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> laxitud
<b>Alineación:</b>	<input type="checkbox"/> obviamente vara	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> obviamente valga
<b>Posición de la Rótula (Patela):</b>	<input type="checkbox"/> obviamente baja	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> obviamente alta
<b>Subluxación/Dislocación de la Rótula (Patela):</b>	<input type="checkbox"/> centrada	<input type="checkbox"/> subluxable	<input type="checkbox"/> subluxada <input type="checkbox"/> dislocada
<b>Gama de Movimiento (Extensión/Flexión):</b>	Lado bajo evaluación:	pasiva ____/____/____	activa ____/____/____
	Lado opuesto:	pasiva ____/____/____	activa ____/____/____

**SIETE GRUPOS**

1. **Efusión**
2. **Déficit de Movimiento Provocado por un Doctor en una Rodilla Pasiva**
  - \_ Falta de Extensión
  - \_ Falta de Flexión
3. **Examen de Ligamento**

(manual, con instrumento, rayos X)

  - \_ Lachman (flexión 25°) (134 N)
  
  - \_ Lachman (flexión 25°), máx manual
  - Punto Terminal Anterior:
    - \_ Traslación Anteroposterior Total (flexión 25°)
    - \_ Traslación Anteroposterior Total (flexión 70°)
    - \_ Prueba de Cajón Posterior (flexión 70°)
    - \_ Abertura de Articulación Medial (rotación valga/flexión 20°)
    - \_ Abertura de Articulación Lateral (rotación vara/flexión 20°)
    - \_ Prueba de Rotación Externa (flexión boca abajo 30°)
    - \_ Prueba de Rotación Externa (flexión boca abajo 90°)
    - \_ Cambio de Posición en Pivote
    - \_ Cambio de Posición en Pivote Reverso
4. **Evaluación de Compartimiento**
  - \_ Crepitación en el Compartimiento Anterior
  - \_ Crepitación en el Compartimiento Medial
  - \_ Crepitación en el Compartimiento Lateral

5. **Patología del Sitio de Recolección**

6. **Resultados de los Rayos X**

- Espacio Medial de la Articulación
- Espacio Lateral de la Articulación
- Espacio Patelofemoral
- Espacio Anterior de la Articulación (sagital)
- Espacio Posterior de la Articulación (sagital)

7. **Prueba Funcional**

Salto en 1 Pierna (% del lado opuesto)

**\*\* Evaluación Final**

**CUATRO GRADOS**

				*Grado del Grupo			
A	B	C	D	A	B	C	D
Normal	Casi Normal	Anormal	Sumamente Anormal				
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <3°	<input type="checkbox"/> 3 a 5°	<input type="checkbox"/> 6 a 10°	<input type="checkbox"/> >10°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 0 a 5°	<input type="checkbox"/> 6 a 15°	<input type="checkbox"/> 16 a 25°	<input type="checkbox"/> >25°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> -1 a 2 mm	<input type="checkbox"/> 3 a 5 mm (1 <sup>+</sup> )	<input type="checkbox"/> 6 a 10 mm (2 <sup>+</sup> )	<input type="checkbox"/> >10 mm (3 <sup>+</sup> )				
	<input type="checkbox"/> -1 a -3	<input type="checkbox"/> <-3 rígido					
<input type="checkbox"/> -1 a 2 mm	<input type="checkbox"/> 3 a 5 mm	<input type="checkbox"/> 6 a 10 mm	<input type="checkbox"/> >10 mm				
<input type="checkbox"/> firme		<input type="checkbox"/> suave					
<input type="checkbox"/> 0 a 2 mm	<input type="checkbox"/> 3 a 5 mm	<input type="checkbox"/> 6 a 10 mm	<input type="checkbox"/> >10 mm				
<input type="checkbox"/> 0 a 2 mm	<input type="checkbox"/> 3 a 5 mm	<input type="checkbox"/> 6 a 10 mm	<input type="checkbox"/> >10 mm				
<input type="checkbox"/> 0 a 2 mm	<input type="checkbox"/> 3 a 5 mm	<input type="checkbox"/> 6 a 10 mm	<input type="checkbox"/> >10 mm				
<input type="checkbox"/> 0 a 2 mm	<input type="checkbox"/> 3 a 5 mm	<input type="checkbox"/> 6 a 10 mm	<input type="checkbox"/> >10 mm				
<input type="checkbox"/> 0 a 2 mm	<input type="checkbox"/> 3 a 5 mm	<input type="checkbox"/> 6 a 10 mm	<input type="checkbox"/> >10 mm				
<input type="checkbox"/> <5°	<input type="checkbox"/> 6 a 10°	<input type="checkbox"/> 11 a 19°	<input type="checkbox"/> >20°				
<input type="checkbox"/> <5°	<input type="checkbox"/> 6 a 10°	<input type="checkbox"/> 11 a 19°	<input type="checkbox"/> >20°				
<input type="checkbox"/> igual	<input type="checkbox"/> +deslizamiento	<input type="checkbox"/> ++ (ruido)	<input type="checkbox"/> +++ (ruido marcado)				
<input type="checkbox"/> igual	<input type="checkbox"/> deslizamiento	<input type="checkbox"/> notorio	<input type="checkbox"/> marcado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>							
crepitación		crepitación con					
<input type="checkbox"/> ninguna	<input type="checkbox"/> moderada	<input type="checkbox"/> dolor leve	<input type="checkbox"/> >dolor leve				
<input type="checkbox"/> ninguna	<input type="checkbox"/> moderada	<input type="checkbox"/> dolor leve	<input type="checkbox"/> >dolor leve				

ninguna  moderada  dolor leve  >dolor leve

ninguna  leve  moderada  grave

ninguno  leve  moderado  grave

ninguno  leve  moderado  grave

ninguno  leve  moderado  grave

ninguno  leve  moderado  grave

ninguno  leve  moderado  grave

≥90%  89 a 76%  75 a 50%  <50%

\* Grado del Grupo: El grado más bajo dentro de un grupo determina el grado del grupo.

\*\* Evaluación Final: El peor grado de los grupos determina la evaluación final para pacientes agudos y subagudos. Para pacientes crónicos, compare las evaluaciones preoperativas y postoperativas. En una evaluación final, sólo se evalúan los 3 primeros grupos, pero se deben documentar todos los grupos.

\_ La diferencia entre la rodilla afectada en comparación con lo normal, o con lo que se supone que es normal.

#### COMITÉ DEL IKDC:

**AOSSM:** Anderson, A., Bergfeld, J., Boland, A., Dye, S., Feagin, J., Harner, C., Mohtadi, N., Richmond, J., Shelbourne, D., Terry, G. **ESSKA:** Staubli, H., Hefti, F., Hoher, J., Jacob, R., Mueller, W., Neyret, P. **APOSSM:** Chan, K., Kurosaka, M.

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO PARA EL EXAMEN DE LA RODILLA

El Formulario para el Examen de la Rodilla contiene temas que caen dentro de uno de siete campos de medida. Sin embargo, sólo se da una calificación a los tres primeros de estos campos. Los siete campos evaluados por el Formulario para el Examen de la Rodilla son:

### 1. *Efusión*

Una efusión se evalúa al presionar suavemente sobre la rodilla. Una ola de fluido (menos de 25 cc) se califica como leve, un fluido (25-60 cc) fácilmente detectable al presionar suavemente sobre la rodilla se califica como moderado, y una rodilla tensa además de la efusión (más de 60 cc) se califica como grave.

### 2. *Déficit de Movimiento Provocado por un Doctor en una Rodilla Pasiva*

Una gama pasiva de movimiento se mide con un goniómetro y se registra en el formulario para el lado afectado y el lado opuesto o normal. Registre los valores de punto cero/hiperextensión/flexión (por ejemplo, 10 grados de hiperextensión, 150 grados de flexión = 10/0/150; 10 grados de flexión a 150 grados de flexión = 0/10/150). La extensión se compara con la de la rodilla normal.

### 3. *Examen de Ligamento*

La prueba Lachman, la traslación anteroposterior total a 70 grados, y la abertura de articulación medial y lateral pueden evaluarse mediante examen manual, con instrumento o rayos X bajo estrés. Sólo se debe calificar una prueba, preferiblemente un "desplazamiento medido". Una fuerza de 134 N (30 libras-fuerza) y la máxima manual se registran para el examen con instrumentos de cada rodilla. Para la calificación sólo se usa el desplazamiento medido bajo la fuerza estándar de 134 N. Se redondean los valores numéricos para la diferencia de lado a lado, y se marca la casilla apropiada.

El punto terminal se evalúa en la prueba Lachman. El punto terminal afecta la calificación cuando la rodilla afectada tiene 3-5 mm más de laxitud anterior que la rodilla normal. En este caso, un punto terminal suave resulta en un grado anormal en vez de un grado casi normal.

El desplazamiento posterior de 70 grados se estima al comparar el perfil de la rodilla afectada con el de la rodilla normal y al palpar el reborde tibial femoral medial. Se puede confirmar al notar que la contracción del cuádriceps tira de la tibia en dirección anterior.

Las pruebas de rotación externa se realizan con el paciente boca abajo y la rodilla en flexión de 30° y 70°. Se aplica un par de torsión rotacional externa igual a ambos pies y se registra el grado de rotación externa.

Se realiza cambio de posición en pivote y cambio de posición en pivote reverso con el paciente boca arriba, con la cadera en 10-20 grados de abducción y la tibia en rotación neutral, usando cualquiera de las técnicas de acuerdo con Losee, Noyes o Jakob. Se debe registrar la subluxación más grande, en comparación con la rodilla normal.

### 4. *Evaluación del Compartimiento*

Se provoca crepitación patelofemoral por extensión contra leve resistencia. La crepitación en el compartimiento medial y lateral se provoca al extender la rodilla desde una posición en flexión con una presión en dirección vara y luego una presión en dirección valga (por ejemplo, la prueba de McMurray). El grado de calificación está basado en la intensidad y el dolor.

### 5. *Patología del Sitio de Recolección*

Note la sensibilidad, irritación o falta de sensación en el sitio de recolección del autoinjerto.

6. *Resultados de los Rayos X*

Se usa un roentgenograma bilateral PA, sosteniendo peso en las dos piernas, con una flexión (vista de túnel) de 35-45 grados, para evaluar el estrechamiento de los espacios medial y lateral de la articulación. Se usa la vista Merchant a 45 grados, para documentar el estrechamiento patelofemoral. Un grado leve indica cambios mínimos (por ejemplo, osteófitos pequeños, leve esclerosis o aplanamiento del cóndilo femoral) y estrechamiento del espacio de la articulación que es apenas detectable. Un grado moderado podría tener esos cambios y estrechamiento del espacio de la articulación (por ejemplo, un espacio de articulación de 2-4 mm o hasta 50% de estrechamiento del espacio de la articulación). Los cambios graves incluyen un espacio de la articulación de menos de 2 mm o más de 50% de estrechamiento del espacio de la articulación.

7. *Prueba Funcional*

Se pide al paciente que salte en una pierna la máxima distancia que pueda saltar con el lado afectado y con el normal. Se registran tres ensayos para cada pierna y se hace un promedio. Se calcula una relación entre la rodilla normal y la afectada.