2000

IKDC

FORMULARIOS DE RODILLA

INTRODUCCIÓN

El formulario completo del IKDC incluye un formulario demográfico, formulario para la evaluación de la salud actual, formulario para la evaluación subjetiva de la rodilla, formulario para la anamnesis de la rodilla, formulario para documentación de cirugía y formulario para el examen de la rodilla. Estos pueden usarse como formularios separados. El formulario para la anamnesis de la rodilla y el formulario para documentación de cirugía se proporcionan para conveniencia. Se requiere que todos los investigadores hagan completar el formulario para la evaluación subjetiva de la rodilla y completen el formulario para el examen de la rodilla. Las instrucciones para calcular el puntaje del formulario para la evaluación subjetiva de la rodilla y para completar el formulario para el examen de la rodilla se encuentran en la parte trasera de los formularios.

TABLA DE CONTENIDOS

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

IKDC FORMULARIO DEMOGRÁFICO

Nombre Completo _____

Fecha de Nacimiento _____/_____/_____
Día Mes Año

RUN _____ **Sexo:** ❑ **Masculino** ❑ **Femenino**

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 siguiente ítem. Si usted sí tiene el problema, entonces indique en la segunda columna si usted recibe medicamentos 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 por este problema?		¿Limita este problema sus actividades del día a día?	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Enfermedad del corazón	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Hipertensión Arterial	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Asma o enfermedad pulmonar	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Diabetes	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Úlcera o enfermedad del estómago	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Enfermedad intestinal	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Enfermedad de los riñones	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Enfermedad del hígado	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Anemia u otra enfermedad de la sangre	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Sobrepeso	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Cáncer	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Depresión	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Artrosis	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Artritis reumatoide	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Dolor de espalda	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Enfermedad de Lyme	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Otro problema médico	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Alcoholismo	❑	❑	❑	❑	❑	❑

Página 2 - IKDC FORMULARIO DEMOGRÁFICO

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. ¿ Cuál es su estatura ? ____ centímetros

3. ¿ Cuánto pesa ? ____ kilogramos

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

   ❑Hispano/Latinoamericano ❑Negra o afro-americana ❑Blanco

   ❑ Asiática o de las islas del pacifico ❑ Mapuche ❑ Otros

5. ¿ Cuál es el nivel educacional más alto que usted alcanzó ?

❑ Escolar incompleta ❑ Escolar completa ❑Carrera Técnica incompleta ❑Carrera Técnica completa

❑ Profesional incompleta ❑ Profesional completa ❑ Postgrado incompleto ❑ Postgrado completo

6. ¿ Cuál es su nivel de actividad física ?

   ❑ Practico algún deporte a alto nivel competitivo

   ❑ Tengo buen estado físico y practico deportes con frecuencia

   ❑ Algunas veces practico deportes

   ❑ No practico deportes

IKDC FORMULARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA SALUD ACTUAL *

Nombre Completo _____

Fecha de Nacimiento _____/_____/_____
Día Mes Añio

Fecha de hoy _____/_____/_____
Día Mes Año

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

2. Comparando su salud con la de un año atrás. ¿Cómo diría usted que en general, está su salud ahora?

   ❑Mucho mejor ahora que hace 1 año ❑Algo mejor ahora que hace 1 año ❑Igual ahora que hace 1 año

   ❑Algo peor ahora que hace 1 año ❑Peor ahora que hace 1 año

3. Las siguientes actividades son las que haría usted en un día normal. ¿Su estado de salud actual lo(a) limita para realizar estas actividades? Si es así. ¿Cuánto lo limita? Marque la opción que corresponda

		Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No me limita
a.	Esfuerzos intensos: correr, levantar objetos pesados, practicar deportes que requieren gran esfuerzo	❑	❑	❑
b.	Esfuerzos moderados: mover una mesa, empujar una aspiradora o caminar más de 1 hora	❑	❑	❑
c.	Levantar o acarrear bolsa de las compras	❑	❑	❑
d.	Subir varios pisos por las escaleras	❑	❑	❑
e.	Subir un solo piso por las escaleras	❑	❑	❑
f.	Agacharse, arrodillarse o inclinarse	❑	❑	❑
g.	Caminar más de 10 cuadras (1 Km)	❑	❑	❑
h.	Caminar varias cuadras	❑	❑	❑
i.	Caminar una sola cuadra	❑	❑	❑
j.	Bañarse o vestirse	❑	❑	❑

4. Durante las <u>últimas 4 semanas</u>, debido a su salud física, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en el desempeño de sus actividades diarias?

		SÍ	NO
a.	Redujo la cantidad de tiempo dedicada a su trabajo u otras actividades	❑	❑
b.	Hizo menos de lo que le hubiera gustado hacer	❑	❑
c.	Estuvo limitado(a) en relación con el tipo de trabajo u otras actividades	❑	❑
d.	Tuvo dificultad en realizar su trabajo u otras actividades (por ejemplo, le tomó un esfuerzo adicional)	❑	❑

5. Durante las <u>últimas 4 semanas</u>, como resultado de algún problema emocional (tal como sentirse deprimido[a] o ansioso[a]), ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en el desempeño de sus actividades diarias?

		SÍ	NO
a.	Redujo la cantidad de tiempo dedicada a su trabajo u otras actividades	❑	❑
b.	Hizo menos de lo que le hubiera gustado hacer	❑	❑
c.	Hizo su trabajo u otra actividad con menos cuidado que el de siempre	❑	❑

Página 2 – IKDC FORMULARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA SALUD ACTUAL

6. Durante las últimas 4 semanas, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con su familia, amistades, vecinos o su grupo social?

❑De ninguna manera ❑Un poco ❑Moderadamente ❑Bastante ❑Mucho

7. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo dolor en alguna parte del cuerpo?

❑Ninguno ❑Muy Leve ❑Leve ❑Moderado ❑Severo ❑Muy Severo

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

❑De ninguna manera ❑Un poco ❑Moderadamente ❑Bastante ❑Mucho

9. Las siguientes preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo ha estado 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 usted...?**:**

	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Buena parte del tiempo	A veces	Sólo pocas veces	Nunca
a. Se ha sentido lleno de vitalidad?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
b. Ha estado muy nervioso?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
c. Se ha sentido calmado y en paz?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
d. Se ha sentido con mucha energía?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
e. Se ha sentido desanimado y triste?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
f. Se ha sentido agotado?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
g. Se ha sentido una persona feliz?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
h. Se ha sentido cansado?	❑	❑	❑	❑	❑	❑

10. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánta parte del tiempo su salud física o problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amistades, familiares, vecinos, etc...)

❑Todo el tiempo ❑La mayor parte del tiempo ❑A veces ❑Pocas veces ❑Nunca

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

		Definitivamente verdadero	Casi siempre verdadero	No lo se	Casi siempre falso	Definitivamente falso
a.	Me parece que me enfermo con más facilidad que otras personas	❑	❑	❑	❑	❑
b.	Soy tan saludable como cualquiera que conozco	❑	❑	❑	❑	❑
c.	Creo que mi salud empeorará	❑	❑	❑	❑	❑
d.	Mi salud es excelente	❑	❑	❑	❑	❑

*Este formulario incluye preguntas del cuestionario de salud SF-36™. Reproducido con permiso de Medical Outcomes Trust, Copywright © 1992.

2000 IKDC
FORMULARIO PARA LA EVALUACIÓN SUBJETIVA DE LA RODILLA

Nombre Completo _____

Fecha de Hoy: _____/_____/_____ (Día / Mes / Año) Fecha de la Lesión: _____/_____/_____ (Día / Mes / Año)

SÍNTOMAS*:

*Evalúe sus síntomas según el mayor nivel de actividad al cual usted cree que podría funcionar sin sentir molestias significativas, incluso aunque usted no esté realizando actividades de este nivel en la actualidad

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

4❑ Actividades físicas de muy alta intensidad tales como saltar o girar, como en el básquetbol o fútbol
3❑ Actividades físicas de alta intensidad, tales como trabajo físico pesado, esquiar o jugar tenis
2❑ Actividades físicas de moderada intensidad tales como trabajo físico moderado, correr o trotar
1❑ Actividades físicas de liviana intensidad, tales como caminar, hacer trabajos en la casa o en el patio (jardín)
0❑ No puedo hacer ninguna de las actividades indicadas anteriormente debido al dolor de rodilla

2. Durante las últimas 4 semanas, o desde que ocurrió su lesión, ¿cuán frecuentemente ha tenido dolor?

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

3. Si usted tiene dolor, ¿cuán fuerte es el dolor?

	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 rígida o hinchada ha estado su rodilla?

4❑ Nada
3❑ Levemente
2❑ Moderadamente
1❑ Mucho
0❑ En extremo

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

4❑ Actividades físicas de muy alta intensidad tales como saltar o girar, como en el básquetbol o fútbol
3❑ Actividades físicas de alta intensidad, tales como trabajo físico pesado, esquiar o jugar tenis
2❑ Actividades físicas de moderada intensidad tales como trabajo físico moderado, correr o trotar
1❑ Actividades físicas de liviana intensidad, tales como caminar, hacer trabajos en la casa o en el patio (jardín)
0❑ No puedo hacer ninguna de las actividades indicadas anteriormente debido a hinchazón en la rodilla

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

0❑ Sí 1❑ No

7. ¿Cuál es el nivel más alto de actividad que usted puede realizar sin que la rodilla se sienta inestable?

4❑ Actividades físicas de muy alta intensidad tales como saltar o girar, como en el básquetbol o fútbol
3❑ Actividades físicas de alta intensidad, tales como trabajo físico pesado, esquiar o jugar tenis
2❑ Actividades físicas de moderada intensidad tales como trabajo físico moderado, correr o trotar
1❑ Actividades físicas de liviana intensidad, tales como caminar, hacer trabajos en la casa o en el patio (jardín)
0❑ No puedo hacer ninguna de las actividades indicadas anteriormente debido a la inestabilidad de la rodilla

ACTIVIDADES DEPORTIVAS:

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

4❑Actividades físicas de muy alta intensidad tales como saltar o girar, como en el básquetbol o fútbol
3❑Actividades físicas de alta intensidad tales como trabajo físico pesado, esquiar o jugar tenis
2❑Actividades físicas de moderada intensidad tales como trabajo físico moderado, correr o trotar
1❑Actividades físicas de liviana intensidad, tales como caminar, hacer trabajos en la casa o en el patio (jardín)
0❑No puedo hacer ninguna de las actividades indicadas anteriormente debido a la rodilla

9. ¿Cómo su rodilla afecta en su capacidad para:

		Sin dificultad	Dificultad mínima	Dificultad moderada	Dificultad extrema	No puedo hacerlo
a.	Subir escaleras?	4❑	3❑	2❑	1❑	0❑
b.	Bajar escaleras?	4❑	3❑	2❑	1❑	0❑
c.	Arrodillarse?	4❑	3❑	2❑	1❑	0❑
d.	Hacer una sentadilla?	4❑	3❑	2❑	1❑	0❑
e.	Sentarse con las rodillas dobladas?	4❑	3❑	2❑	1❑	0❑
f.	Levantarse de una silla?	4❑	3❑	2❑	1❑	0❑
g.	Correr en línea recta?	4❑	3❑	2❑	1❑	0❑
h.	Saltar y caer sobre la pierna afectada?	4❑	3❑	2❑	1❑	0❑
i.	Detenerse bruscamente o comenzar a caminar/correr rápidamente	4❑	3❑	2❑	1❑	0❑

FUNCIONALIDAD:

10. ¿Cómo calificaría usted la funcionalidad de su rodilla, usando una escala de 0 a 10, donde 10 es funcionalidad normal y excelente, y 0 es la incapacidad de realizar alguna de sus actividades diarias habituales, lo cual podría incluir deportes?

FUNCIONALIDAD 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 ❑	No tenía limitación

FUNCIONALIDAD ACTUAL DE LA RODILLA

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

Instrucciones para el cálculo del puntaje del Formulario IKDC 2000 para la Evaluación Subjetiva de la Rodilla

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

Los puntos de las respuestas a cada tema se calculan usando un método de números ordinales, de forma tal que se da 0 puntos a las respuestas que representan el nivel más bajo de funcionamiento o el nivel más alto de los síntomas. Por ejemplo, en el ítem 1, que está relacionado con el nivel más alto de actividad sin tener dolor significativo en la rodilla, se asigna 0 puntos a la respuesta "No puedo hacer ninguna de las actividades indicadas anteriormente, debido a dolor en la rodilla", y se asignan 4 puntos a la respuesta "Actividades físicas de muy alta intensidad, tales como saltar o girar, como en el básquetbol o fútbol". **En el ítem 2, que está relacionado con la frecuencia del dolor durante las últimas 4 semanas, a la respuesta "Constantemente" se le asigna 0 puntos y a la respuesta "Nunca" se le asignan 10 puntos. De forma similar, para la pregunta 3, las respuestas reciben un puntaje inverso, de modo que a la respuesta "El peor dolor imaginable" se le asigna 0 puntos y a la respuesta "Ningún dolor" se le asigna 10 puntos.** Nota: versiones previas del formulario tenían un puntaje mínimo de 1 (por ejemplo, rango de 1 a 11). En la version más reciente, todos los ítemes tienen un puntaje mínimo de 0 (por ejemplo, rango de 0 a 10). Para calcular los puntos de las versiones previas, usted deberá transformar los puntajes de cada ítem a la escala de la versión actual.

El puntaje del Formulario para la Evaluación Subjetiva de la Rodilla se calcula al sumar los puntos de cada ítem individual, y luego se transforman los puntos a una escala que va de 0 a 100. **Nota:** La respuesta al punto 10a "Funcionamiento antes de que tuviera la lesión en la rodilla" no se suma al total de los puntos. Para calcular el puntaje de la versión actual del IKDC, simplemente sume los puntos de cada ítem (el número junto a cada respuesta) y divida por el máximo de puntos posibles, que es 87:

$$\text{Puntaje IKDC} = \left[\frac{\text{Suma de los puntos}}{\text{Puntaje máximo posible}}\right] \text{x } 100$$

De esta forma, para la versión actual, si la suma de los puntos para los 18 ítemes es de 45 y el paciente ha respondido a todas las preguntas, el puntaje de IKDC se calcula según la siguiente fórmula:

$$\text{Puntaje IKDC} = \left[\frac{45}{87}\right] \text{x } 100$$

Puntaje IKDC = 51,7

El puntaje transformado se interpreta como una medida de funcionalidad, de forma que un puntaje más alto representa niveles más altos de funcionalidad y niveles más bajos de los síntomas. Un puntaje de 100 puntos significa que no hay limitación en las actividades de la vida diaria o actividades deportivas y la ausencia de síntomas.

El puntaje del formulario IKDC para la evaluación subjetiva de la rodilla puede ser calculado cuando hay respuestas para al menos el 90% de los ítemes (por ejemplo, cuando hay respuesta a al menos 16 ítemes). En las instrucciones originales del formulario IKDC para la evaluación subjetiva de la rodilla, los valores perdidos son reemplazados por el puntaje promedio de los ítemes que sí tuvieron respuesta. Sin embargo, este método puede sobre- o sub-estimar el puntaje, dependiendo del puntaje máximo de los ítemes faltantes (2, 5 u 11 puntos). Por lo tanto, en el procedimiento revisado para el cálculo del puntaje en la versión actual de un formulario con hasta dos valores faltantes, el puntaje es calculado como:

$$\text{Puntaje IKDC con preguntas faltantes} = \left[\frac{\text{Suma de los puntos de ítemes completados}}{\text{Máximo posible de puntos de los ítemes completados}}\right] \text{x } 100$$

Este método para el cálculo del puntaje del IKDC es más preciso que el método original

2000 IKDC FORMULARIO PARA EL HISTORIAL DE LA RODILLA

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento_____/_____/_____
Día Mes Año

Fecha de la lesión ___/____/_____ Fecha del examen médico inicial ____/____/____ Fecha de hoy ____/_____/_____
Día Mes Año Día Mes Año Día Mes Año

Rodilla afectada: ❑Derecha ❑Izquierda

Rodilla contralateral: ❑Normal ❑Casi Normal ❑Anormal ❑Severamente anormal

Inicio de los síntomas: (fecha) _____/_____/_____
Día Mes Año

Síntoma Principial:_____

Actividad que estaba realizando 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(s) anteriore(s):

Tipo(s) de cirugía(s) (marque todo lo que sea pertinente)

Cirugía de meniscos

❑Meniscectomía medial ❑Meniscectomía latreral
❑Reparación meniscal medial ❑Reparación meniscal lateral
❑Trasplante meniscal medial ❑Trasplante meniscal lateral

Cirugía de Ligamento

❑Reparación LCA ❑Reconstrucción intraarticular del LCA ❑Reconstrucción extraarticular del LCA
❑Reparación LCP ❑Reconstrucción intraarticular del LCP ❑Reconstrucción de esquina posterolateral
❑Reparación/Reconstrucción ligamento colateral medial
❑Reparación/Reconstrucción ligamento colateral lateral

Tipo de Injerto

Injerto de tendón rotuliano ❑Ipsilateral ❑Contralateral
❑Injerto de hebra simple de semitendinoso-gracilis
❑Injerto de hebra doble de semitendinoso-gracilis
❑Injerto de hebra cuádruple de semitendinoso-gracilis
❑Injerto de tendón del cuádriceps
❑Aloinjerto
❑Otro

Cirugía del aparato extensor

❑Reparación del tendón rotuliano ❑Reparación del tendón del cuádricep

❑Reconstrucción del tendón rotuliano ❑Reconstrucción del tendón del cuádricep

Cirugía Patelofemoral

❑Realineamiento del aparato extensor

Realineamiento de partes blandas

❑Plicatura medial ❑Liberación lateral (retinaculotomía)

❑Reconstrucción ligamento patelofemoral medial ❑Reparación ligamento patelofemoral medial

Realineamiento óseo

Movilización de la tuberosidad anterior de la tibia

❑Proximal ❑Distal ❑Medial ❑Lateral ❑Anterior

❑Trocleoplastia

❑Patelectomía

Cirugía de Lesiones Condrales

❑Osteotomía

❑Cirugía de superficie articular ❑Abrasión ❑Perforado

❑Afeitado (Shaving) ❑Microfractura

❑Terapia celular ❑Mosaicoplastía / Transferencia de autoinjerto osteocondral

❑Otro

Número total de cirugías previas _____

Estudios de Imagen:

❑ Estructural (radiografias) ❑ Resonancia Magnética ❑ Tomografía Computada

❑ Metabólicos (Cintigrama óseo) ❑ Artrografía

Resultados:

Ligamentos: _____

Meniscos: _____

Cartílago Articular:_____

Hueso: _____

2000 IKDC FORMULARIO PARA DOCUMENTACIÓN DE LA CIRUGÍA

Nombre del paciente: _____ Fecha del procedimiento: ____ / ____ / ____

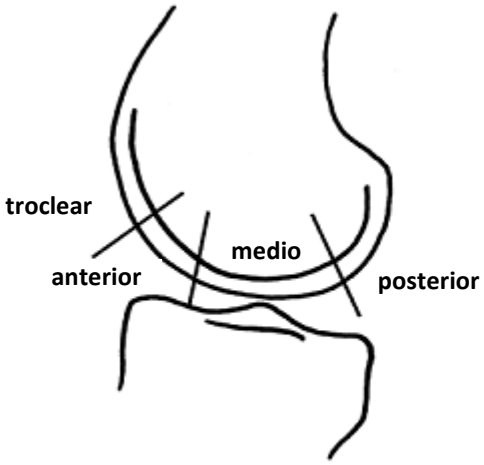
Diagnóstico Postoperatorio:

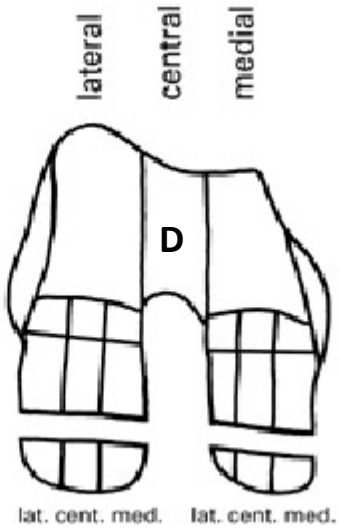
1. _____
2. _____
3. _____

Estado después del procedimiento:

ESTADO DEL CARTÍLAGO ARTICULAR

Documente en estas figuras el tamaño y localización de los defectos del cartílago articular según el sistema de mapeo de la ICRS.





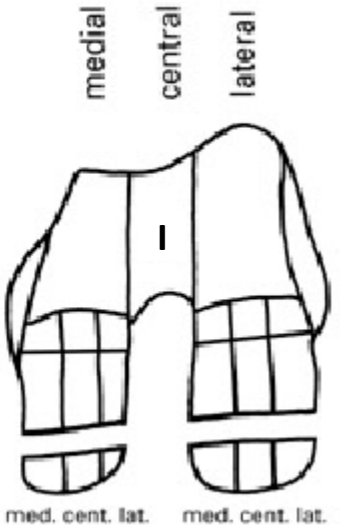
Tróclea

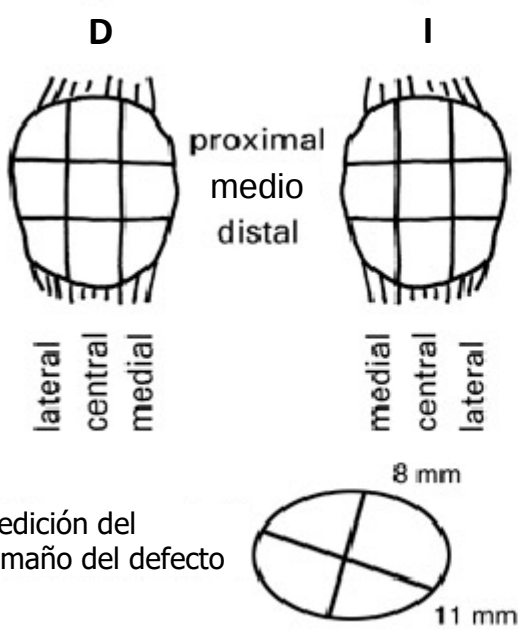
Cóndilo

anterior

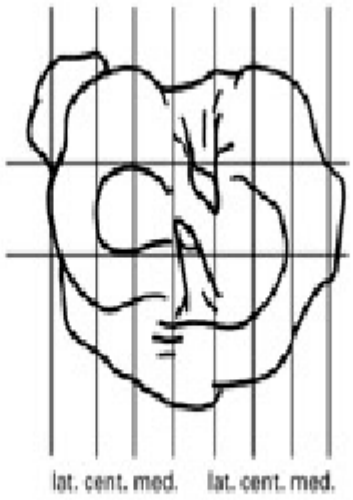
central

posterior





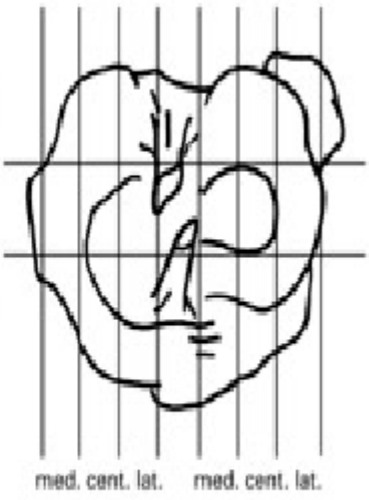
Medición del tamaño del defecto



posterior

central

anterior



Página 2 – 2000 IKDC FORMULARIO PARA LA DOCUMENTACIÓN DE LA CIRUGÍA

Registre el tamaño, localización y el grado de las lesiones en el cartílago articular.

Fémur

					Primera Lesión	Segunda Lesión
Lado:	Derecha	Izquierda				
Cóndilo:	Medial	Lateral				
Plano sagital:	Troclear	Anterior	Medio	Posterior		
Plano frontal:	Lateral	Central	Medial			

Lesión del cartílago (Grado ICRS)
Tamaño del defecto antes del desbridamiento ☐☐ x ☐☐ mm
Tamaño del defecto después del desbridamiento ☐☐ x ☐☐ mm

Tibia

					Primera Lesión	Segunda Lesión
Lado:	Derecha	Izquierda				
Platillo:	Medial	Lateral				
Plano sagital:	Anterior	Medio	Posterior			
Plano frontal:	Lateral	Central	Medial			

Lesión del cartílago (Grado ICRS)
Tamaño del defecto antes del desbridamiento ☐☐ x ☐☐ mm
Tamaño del defecto después del desbridamiento ☐☐ x ☐☐ mm

Patela

				Primera Lesión	Segunda Lesión
Lado:	Derecha	Izquierda			
Plano sagital:	Distal	Medio	Proximal		
Plano frontal:	Lateral	Central	Medial		

Lesión del cartílago (Grado ICRS)
Tamaño del defecto antes del desbridamiento ☐☐ x ☐☐ mm
Tamaño del defecto después del desbridamiento ☐☐ x ☐☐ mm

Diagnóstico:

- ☐ Lesión condral traumática
- ☐ Artrosis
- ☐ Otro
- ☐ Osteocondritis Disecante
- ☐ Necrosis Avascular

Biopsia/Tapón osteocondral: Ubicación: Número de tapones:

Diámetro de los tapones: _____ mm

Tratamiento:

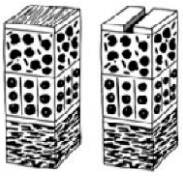
- ☐ Afeitado (Shaving)
- ☐ Abrasión
- ☐ Perforado
- ☐ Microfractura
- ☐ Transferencia de autoinjerto osteocondral / Mosaicoplastía
- ☐ Terapia celular
- ☐ Otro

Notas:

ICRS Grado 0 = Normal



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

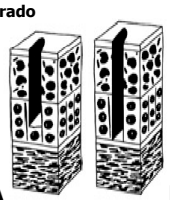


A B

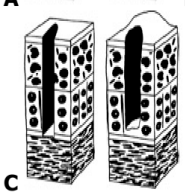
ICRS Grado 2 = Anormal
Lesiones que se extienden hasta <50% de la profundidad del cartílago



ICRS Grado 3 = Severamente Anormal
Lesiones que se extienden hasta >50% de la profundidad del cartílago (A) así como también hasta la capa calcificada (B), el hueso subcondral (C). Ampollas están incluidas en este Grado

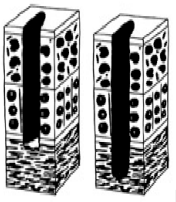


A B



C D

ICRS Grado 4 = Severamente Anormal
Lesiones osteocondrales, lesiones que se extienden justo a través de la placa ósea subcondral (A) o hasta el hueso trabecular (B). Defectos que han sido perforados se consideran como defectos osteocondrales y se clasifican como ICRS-C



A B

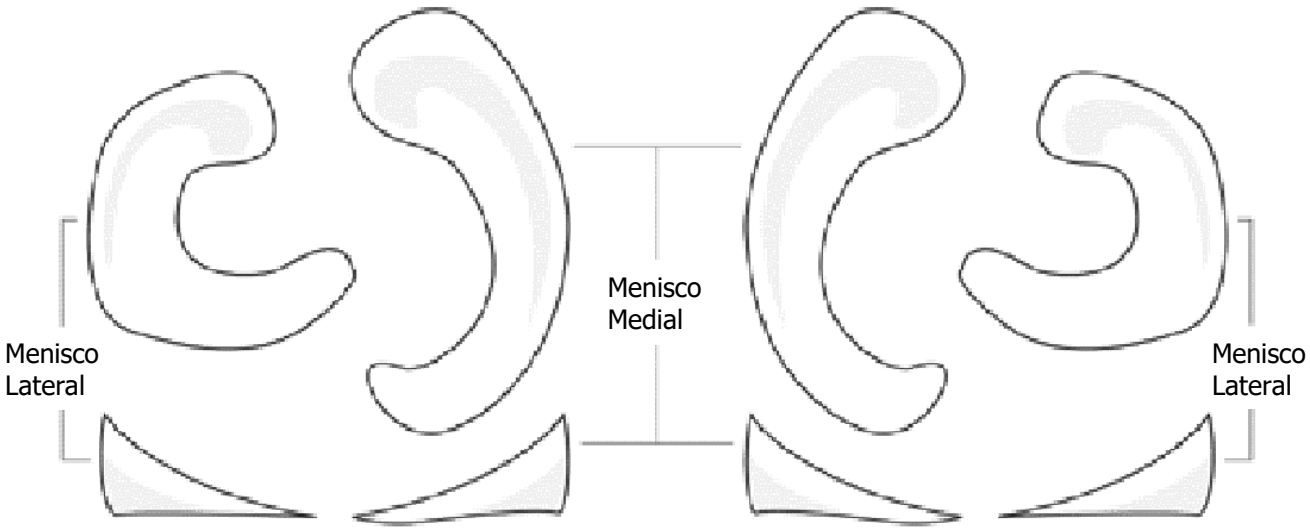
ESTADO DEL MENISCO

Procedimiento:

- ❑ Meniscectomía medial
- ❑ Reparación meniscal medial
- ❑ Trasplante menisco medial
- ❑ Abrasión y trepanación medial
- ❑ Meniscectomía lateral
- ❑ Reparación meniscal lateral
- ❑ Trasplante menisco lateral
- ❑ Abrasión y trepanación lateral

Rodilla derecha **Rodilla izquierda**

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



Medial:

❑ Normal ❑ 1/3 removido ❑ 2/3 removido ❑ 3/3 removido

Fibras del anillo circunferencial: ❑ Intactas ❑ Interrumpidas

Tejido meniscal remanente: ❑ Normal ❑ Cambios degenerativos
❑ Rotura estable ❑ Rotura inestable
❑ Rotura dejada in situ

Lateral:

❑ Normal ❑ 1/3 removido ❑ 2/3 removido ❑ 3/3 removido

Fibras del anillo circunferencial: ❑ Intactas ❑ Interrumpidas

Tejido meniscal remanente: ❑ Normal ❑ Cambios degenerativos
❑ Rotura estable ❑ Rotura inestable
❑ Rotura dejada in situ

ESTADO DEL LIGAMENTO:

Procedimiento:

- ❑ Reparación LCA
- ❑ Reconstrucción intraarticular del LCA
- ❑ Reconstrucción extraarticular del LCA
- ❑ Reparación LCP
- ❑ Reconstrucción intraarticular del LCP
- ❑ Reparación/Reconstrucción de esquina posterolateral
- ❑ Reparación/Reconstrucción de ligamento colateral medial
- ❑ Reparación/Reconstrucción de ligamento colateral lateral

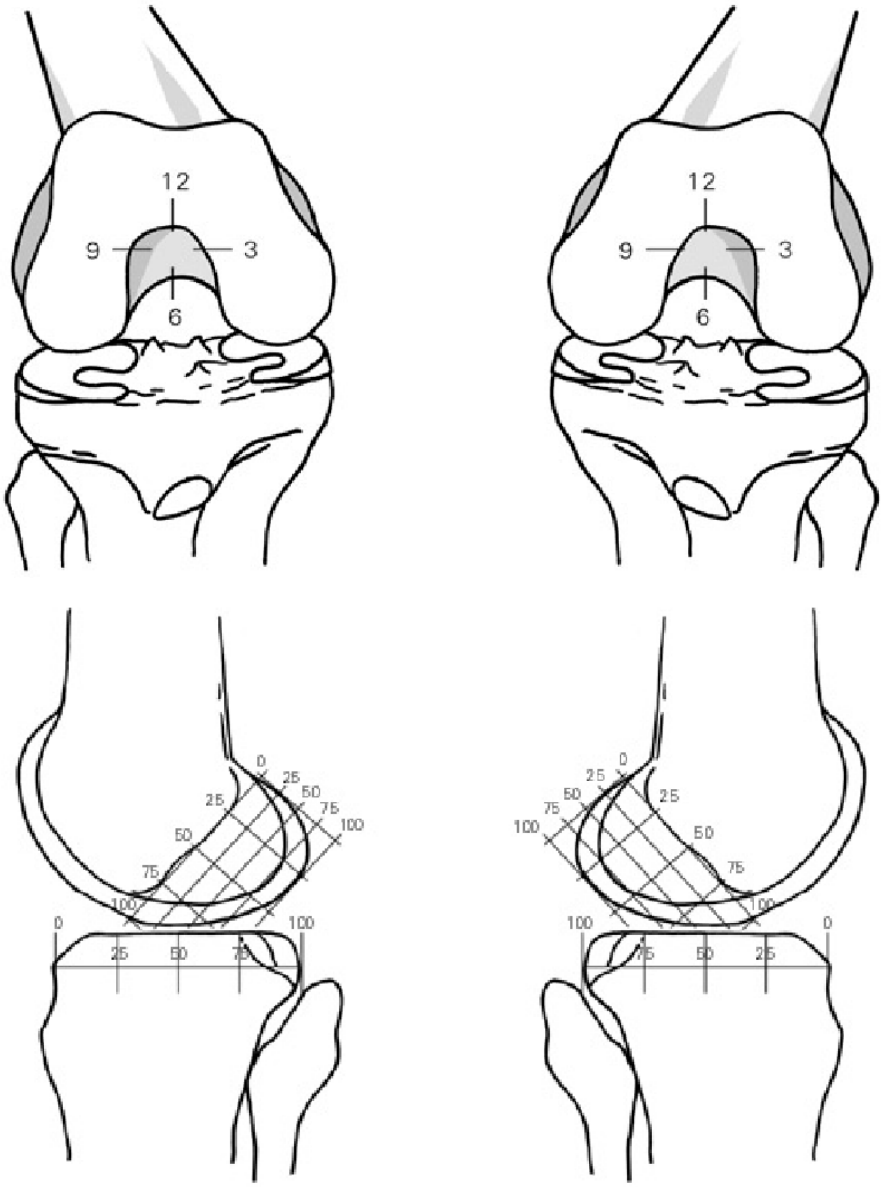
Injerto:

- ❑ Tendón rotuliano autólogo
- ❑ Tendones semitendinoso-gracilis
- ❑ Tendón cuadricipital
- ❑ Otro

Cosecha previa de injerto:

- ❑ Tendón rotuliano autólogo
- ❑ Tendones semitendinoso-gracilis
- ❑ Tendón cuadricipital

En estas figuras, documente la colocación del túnel óseo para la reconstrucción del ligamento



2000

FORMULARIO PARA EL EXAMEN DE LA RODILLA

Nombre del Paciente:_____ **Fecha de Nacimiento:**_____/_____/_____ (Día Mes Año)

Sexo : ❑ M ❑ F **Edad**:_____ **Fecha de Examinación**:_____/_____/_____ (Día Mes Año)

Laxitud General: ❑tensa ❑normal ❑laxa

Alineamiento: ❑varo obvio ❑normal ❑valgo obvio

Posición de la Patela: ❑baja obvia ❑normal ❑alta obvia

Subluxación/Luxación de la Patela: ❑centrada ❑subluxable ❑subluxada ❑luxada

Rango de Movilidad (Ext/Flex): Lado afectado: pasivo_____/_____/_____ activo_____/_____/_____
Lado opuesto: pasivo_____/_____/_____ activo_____/_____/_____

SIETE GRUPOS	**CUATRO GRADOS** A Normal	B Casi normal	C Anormal	D Muy anormal	*Grado del Grupo A	B	C	D
1. Derrame articular	❑ ninguno	❑Leve	❑Moderado	❑ Severo	☐	☐	☐	☐
2. Deficit movimiento pasivo								
Δ Déficit de extensión	❑ < 3°	❑ 3 a 5°	❑ 6 a 10°	❑ > 10°				
Δ Déficit de flexión	❑ 0 a 5 °	❑ 6 a 15°	❑ 16 a 25°	❑ > 25°	☐	☐	☐	☐
3. Examen de Ligamentos (manual, instrumentada, radiografias)								
Δ Lachman (25° flex) (134N)	❑ -1 a 2mm	❑ 3 a 5mm (1+) ❑ < -1 a –3	❑ 6 a 10mm(2+) ❑ < -3 rígida	❑ > 10mm(3+)				
ΔLachman (25° flex) manual máximo	❑ - 1 a -2mm	❑ 3 a 5mm	❑ 6 a 10 mm	❑ > 10mm				
Tope anterior:	❑ firme		❑ suave					
Δ Traslación AP Total(25° flex)	❑ 0 a 2mm	❑ 3 a 5mm	❑ 6 a 10mm	❑ > 10mm				
Δ Traslación AP Total (70° flex)	❑ 0 a 2mm	❑ 3 a 5mm	❑ 6 a 10mm	❑ > 10mm				
Δ Test Cajón Posterior(70° flex)	❑ 0 a 2mm	❑ 3 a 5mm	❑ 6 a 10mm	❑ > 10mm				
Δ Bostezo Medial (20° flex/valgo)	❑ 0 a 2mm	❑ 3 a 5mm	❑ 6 a 10mm	❑ > 10mm				
Δ Bostezo Lateral (20° flex/varo)	❑ 0 a 2mm	❑ 3 a 5mm	❑ 6 a 10mm	❑ > 10mm				
Δ Test Rotación Externa (30° flex prono)	❑5°	❑ 6 a 10°	❑ 11 a 19°	❑ >20°				
Δ Test Rotación Externa (90° flex prono)	❑ < 5°	❑ 6 a 10°	❑ 11 a 19°	❑ > 20°				
Δ Pivot Shift	❑ Igual	❑ + deslizamiento	❑ ++(clunk)	❑ +++ (evidente)				
Δ Pivot Shift reverso	❑ Igual	❑ deslizamiento	❑ evidente	❑ marcado				
4. Hallazgos en compartimiento			Crépitos con:		☐	☐	☐	☐
Δ Crépitos Compartimiento anterior	❑ ninguno	❑ moderado	❑ dolor leve	❑ > dolor leve				
Δ Crépitos Compartimiento medial	❑ ninguno	❑ moderado	❑ dolor leve	❑ > dolor leve				
Δ Crépitos Compartimiento lateral	❑ ninguno	❑ moderado	❑ dolor leve	❑ > dolor leve				
5. Patologia sitio de recolección	❑ ninguno	❑ leve	❑ moderado	❑ severo				
6. Resultados en radiografias								
Espacio articular medial	❑ ninguno	❑ leve	❑ moderado	❑ severo				
Espacio articular lateral	❑ ninguno	❑ leve	❑ moderado	❑ severo				
Petalofemoral	❑ ninguno	❑ leve	❑ moderado	❑ severo				
Espacio articular anterior (lateral)	❑ ninguno	❑ leve	❑ moderado	❑ severo				
Espacio articular posterior (lateral)	❑ ninguno	❑ leve	❑ moderado	❑ severo				
7. Prueba Funcional								
Salto en una pierna (% del lado opuesto)	❑ ≥90%	❑ 89 a 76%	❑ 75 a 50%	❑ < 50%				
****Evaluación Final**					☐	☐	☐	☐

* Grado del Grupo: El grado mas bajo dentro del grupo determina el grado del grupo

** Evaluación final: el peor grado del grupo determina la evaluación final para pacientes agudos y subagudos. Para pacientes crónicos compare las evaluaciones preoperatorias y postoperatorias. En una evaluación final solo los 3 primeros grupos son evaluados pero todos los grupos deben ser documentados.

Δ Diferencia en la rodilla involucrada comparada a lo normal o lo que se asume que deberia ser normal

COMITÉ 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 COMPLETAR EL FORMULARIO PARA EL EXAMEN DE LA RODILLA

El Formulario para el Examen de la Rodilla contiene temas que se encasillan dentro de uno de siete campos de medición 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. *Derrame Articular*
   El derrame articular se evalúa al presionar suavemente sobre la rodilla. Una ola de fluido (menos de 25 cc) se califica como leve, un derrame (25-60 cc) fácilmente detectable al presionar suavemente sobre la rodilla se califica como moderado, y una rodilla tensa producto del derrame (más de 60 cc) se califica como grave.

2. *Déficit de movimiento pasivo*
   El rango pasivo 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 hiperextensión/posición neutra/flexión (por ejemplo, 10 grados de hiperextensión, 150 grados de flexión = 10/0/150; 10 grados en flexión a 150 grados de flexión = 0/10/150). La extensión se compara con la de la rodilla normal.

3. *Examen de Ligamentos*
   La prueba Lachman, el cajón anterior (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 (14 Kg-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 aproximan los valores numéricos para la diferencia de lado a lado, y se marca la casilla apropiada.

   El tope anterior se evalúa en la prueba Lachman. El tope anterior 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 escalón femoro-tibial medial. Se puede confirmar al notar que la contracción del cuádriceps tracciona la tibia en dirección anterior.

   Las pruebas de rotación externa se realizan con el paciente decúbito prono (boca abajo) y la rodilla en flexión de 30º y 90 º. Se aplica una fuerza de rotación externa igual a ambos pies y se registra el grado de rotación externa.

   Se realiza pivote (pivot shift) y pivote reverso con el paciente decúbito supino (boca arriba), con la cadera en 10-20 grados de abducción y la tibia en rotación neutra, usando cualquiera de las técnicas de acuerdo con Losee, Noyes o Jakob. Se debe registrar la subluxación mayor, en comparación con la rodilla normal.

4. *Evaluación de los compartimentos*
   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 fuerza en dirección varo y luego una fuerza en dirección valgo (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 sensibilidad en el sitio de obtención del autoinjerto.

6. *Resultados en radiografías*
   Se usa una radiografía bilateral PA, cargando peso en las dos extremidades, con una flexión de 35-45 grados, para evaluar el estrechamiento de los espacios medial y lateral de la articulación. Se usa la proyección axial de rótula (Merchant) a 45 grados, para documentar el estrechamiento patelofemoral.
   Un grado leve indica cambios mínimos (por ejemplo, osteofitos 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 un pie la máxima distancia que pueda saltar con el lado afectado y con el lado normal. Se registran tres intentos para cada extremidad y se calcula un promedio. Se calcula una relación entre la rodilla afectada y la normal.