



ACADEMIA
NATURSAIS
— FORMACIÓN QUE TRANSFORMA —

CURSO DE
TRAUMATOLOGÍA FUNCIONAL
Y LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS

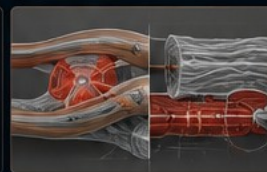
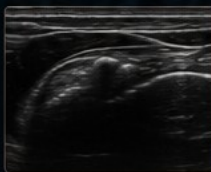
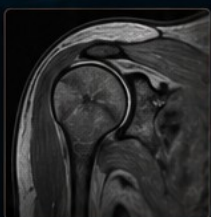


MÓDULO 10

LESIONES MÁS FRECUENTES POR REGIÓN

Cada región incluirá todas las patologías y lesiones más frecuentes, con ilustraciones anatómicas, mecanismos lesionales, valoración, diagnóstico diferencial y protocolos de actuación.

	10.1 HOMBRO
	10.2 BRAZO Y CODO
	10.3 ANTEBRAZO, MUÑECA Y MANO
	10.4 COLUMNA CERVICAL
	10.5 COLUMNA DORSAL
	10.6 COLUMNA LUMBAR
	10.7 PELVIS Y CADERA
	10.8 MUSLO
	10.9 RODILLA
	10.10 PIERNA
	10.11 TOBILLO
	10.12 PIE
	10.13 RESUMEN
	10.14 TEST



CONOCIMIENTO
APLICADO



PRÁCTICA
CLÍNICA



EVIDENCIA
CIENTÍFICA



ENFOQUE
FUNCIONAL



RESULTADOS
QUE PERDURAN



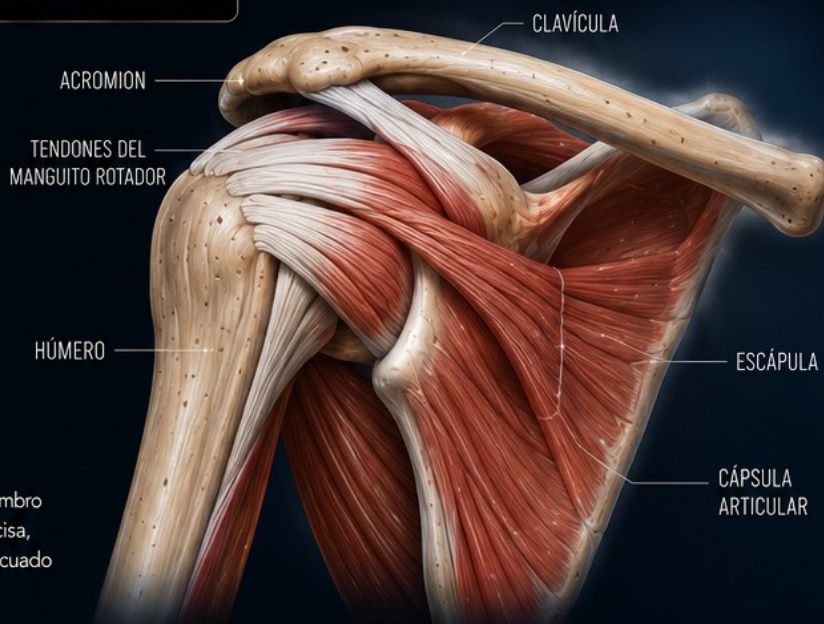
MÓDULO 10 | LESIONES MÁS FRECUENTES POR REGIÓN

10.1 HOMBRO

El hombro es la articulación con mayor rango de movimiento del cuerpo humano, lo que le confiere gran funcionalidad, pero también lo hace susceptible a lesiones.



Conocer las lesiones más frecuentes del hombro es clave para realizar una valoración precisa, establecer un diagnóstico diferencial adecuado y aplicar el tratamiento más eficaz.



LESIONES MÁS FRECUENTES



- Tendinopatía del manguito rotador
- Síndrome de pinzamiento subacromial
- Bursitis subacromial
- Rotura del manguito rotador
- Luxación glenohumeral
- Inestabilidad de hombro
- Lesión del labrum (SLAP)
- Artrosis acromioclavicular
- Capsulitis adhesiva (hombro congelado)
- Tendinitis del bíceps

MECANISMOS LESIONALES



SOBRECARGA REPETITIVA



TRAUMATISMOS DIRECTOS



MOVIMIENTOS EN EXTREMOS DE RANGO



INESTABILIDAD Y MICROTRAUMAS REPETIDOS



DEGENERACIÓN Y FACTORES ASOCIADOS

VALORACIÓN

- ✓ Anamnesis detallada
- ✓ Inspección y observación postural
- ✓ Palpación específica
- ✓ Rango de movimiento activo y pasivo
- ✓ Pruebas funcionales específicas
- ✓ Escalas de dolor y función (EVA, Constant, ASES)



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Cervicalgia con irradiación
- Patología acromioclavicular
- Patología del bíceps proximal
- Lesiones del nervio supraescapular
- Artrosis glenohumeral
- Patología torácica referida



⚠ SIGNOS DE ALERTA

- Pérdida brusca de fuerza
- Traumatismo severo con deformidad
- Inestabilidad recurrente
- Déficit neurológico
- Dolor nocturno intenso y persistente

PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN



1. FASE AGUDA

- Reposo relativo
- Control del dolor e inflamación
- Crioterapia
- Educación al paciente



2. FASE SUBAGUDA

- Movilidad articular suave
- Terapia manual
- Ejercicios isométricos
- Control motor escapular



3. FASE DE RECUPERACIÓN

- Fortalecimiento progresivo
- Ejercicios funcionales
- Propiocepción y estabilidad
- Patrones de movimiento



4. RETORNO A LA ACTIVIDAD

- Entrenamiento específico
- Prevención de recaídas
- Corrección de factores de riesgo
- Seguimiento y control



Una valoración precisa y un enfoque terapéutico individualizado son la clave para recuperar la función del hombro y prevenir futuras lesiones.



CONOCIMIENTO
APLICADO



PRÁCTICA
CLÍNICA



EVIDENCIA
CIENTÍFICA



ENFOQUE
FUNCIONAL



RESULTADOS
QUE PERDURAN



MÓDULO 10 | LESIONES MÁS FRECUENTES POR REGIÓN

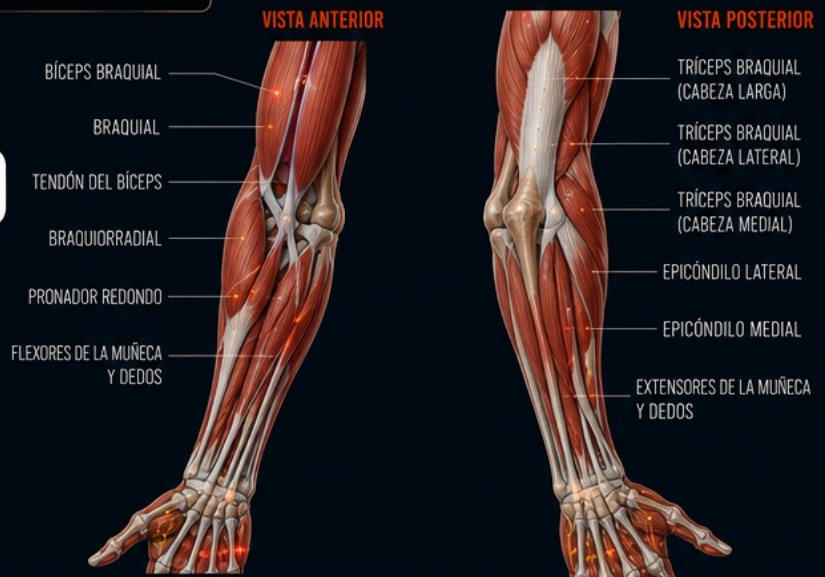
10.2

BRAZO Y CODO

El brazo y el codo son estructuras clave para la función del miembro superior en actividades diarias, deportivas y laborales. Conocer sus lesiones más frecuentes permite una valoración precisa, diagnóstico diferencial adecuado y un tratamiento efectivo para lograr una recuperación óptima.



Identificar las patologías más comunes del brazo y codo, comprender sus mecanismos lesionales y aplicar protocolos de actuación basados en la evidencia.



LESIONES MÁS FRECUENTES

- Epicondilitis lateral (codo de tenista)
- Epicondilitis medial (codo de golfista)
- Tendinopatía distal del bíceps
- Rotura del bíceps distal
- Tendinopatía del tríceps
- Bursitis del olécranon
- Síndrome del túnel cubital
- Esguince del codo
- Fracturas (cóndilo humeral, cabeza radial, olécranon)
- Contracturas y distensiones musculares

MECANISMOS LESIONALES

- Movimientos repetitivos de flexión/extensión y prono-supinación
- Sobrecargas por fuerza o mala técnica
- Traumatismos directos o caídas sobre el codo o la mano
- Estiramientos forzados o movimientos bruscos
- Debilidad muscular y desequilibrios musculares

VALORACIÓN

- Anamnesis y mecanismo lesional
- Inspección: inflamación, deformidad, atrofia muscular
- Palpación selectiva de estructuras
- Rango de movimiento activo y pasivo
- Test específicos según la patología
- Evaluación de fuerza muscular
- Valoración neurovascular



PRUEBAS CLÍNICAS FRECUENTES

	Cozen	Dolor en epicondilitis lateral
	Mill	Dolor en epicondilitis lateral
	Maudsley	Dolor en epicondilitis lateral crónica
	Golfer's Elbow Test	Dolor en epicondilitis medial
	Hook Test (bíceps)	Ruptura del bíceps distal
	Tinel (nervio cubital)	Síndrome del túnel cubital

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL



- Artrosis del codo
- Artritis reumatoide
- Fracturas por estrés
- Neuropatías compresivas (cervicales, túnel cubital)
- Síndrome radial proximal
- Lesiones ligamentarias
- Patología referida del hombro o columna cervical

! SIGNOS DE ALERTA

- Traumatismo de alta energía
- Deformidad evidente
- Pérdida de fuerza súbita
- Hormigueo o entumecimiento persistente
- Fiebre o signos de infección
- Dolor nocturno intenso que no mejora con reposo

PROTOSCOLOS DE ACTUACIÓN



1. FASE AGUDA (0-72 h)

- Reposo relativo
- Control del dolor e inflamación (hielo)
- Compresión y elevación
- Educación del paciente



2. FASE SUBAGUDA (3 días - 3 semanas)

- Movilidad articular
- suave
- Terapia manual
- Ejercicios isométricos
- Control del dolor



3. FASE DE RECUPERACIÓN (3-8 semanas)

- Fortalecimiento progresivo
- Ejercicios excéntricos
- Propiocepción y control neuromuscular
- Reeduación funcional



4. FASE DE RETORNO (>8 semanas)

- Entrenamiento específico
- Reincorporación gradual a la actividad
- Prevención de recaídas
- Seguimiento y ajuste



TRATAMIENTO

- Terapia manual y movilizaciones
- Ejercicio terapéutico individualizado
- Electroterapia y modalidades físicas (según indicación)
- Vendajes funcionales o kinesiotape
- Infiltraciones (en casos seleccionados)
- Cirugía (solo en casos refractarios)



EPICONDILITIS LATERAL



EPICONDILITIS MEDIAL



TENDINOPATÍA DEL BÍCEPS



BURSITIS DEL OLÉCRANON



SÍNDROME TÚNEL CUBITAL

OBJETIVOS PRINCIPALES

- ✓ Disminuir el dolor y la inflamación
- ✓ Restaurar la movilidad completa
- ✓ Recuperar la fuerza y resistencia
- ✓ Mejorar la función en la actividad diaria y deportiva
- ✓ Prevenir recaídas y complicaciones



CONOCIMIENTO
APLICADO



PRÁCTICA
CLÍNICA



EVIDENCIA
CIENTÍFICA



ENFOQUE
FUNCIONAL



RESULTADOS
QUE PERDURAN



MÓDULO 10 | LESIONES MÁS FRECUENTES POR REGIÓN

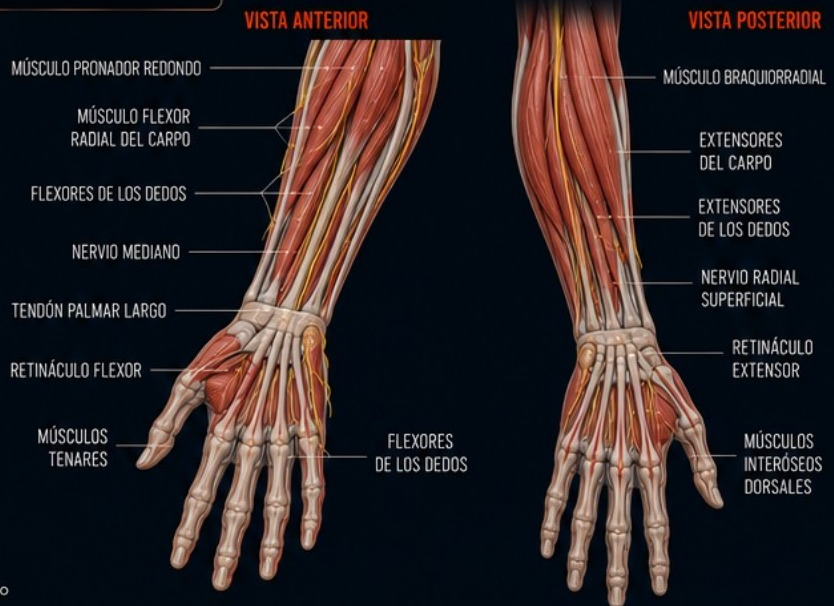
10.3

ANTEBRAZO, MUÑECA Y MANO

El antebrazo, la muñeca y la mano permiten movimientos complejos y de precisión. Su alta demanda funcional los hace propensos a lesiones por sobreuso, traumatismos directos y atrapamientos nerviosos.



Conocer las patologías más frecuentes en esta región permite realizar una valoración adecuada, establecer un diagnóstico diferencial preciso y aplicar el tratamiento correcto para una recuperación funcional completa.



LESIONES MÁS FRECUENTES

- Epicondilitis lateral y medial
- Síndrome del túnel radial
- Tendinopatía de los flexores y extensores
- Síndrome del túnel carpiano
- Tenosinovitis de De Quervain
- Lesiones del TFCC (complejo fibrocartilago triangular)
- Esguinces de muñeca
- Fracturas de radio distal (Colles, Smith)
- Fracturas de escafoides
- Dedo en gatillo (tenosinovitis estenosante)
- Lesiones de ligamentos colaterales de los dedos

MECANISMOS LESIONALES

- Movimientos repetitivos y sobreuso
- Flexión o extensión forzada
- Golpes directos o caídas sobre la mano extendida
- Desviaciones forzadas de muñeca
- Agarres prolongados o fuerza excesiva
- Vibraciones y microtraumatismos acumulativos

VALORACIÓN

- Anamnesis detallada
- Inspección: inflamación, deformidad, atrofia
- Palpación selectiva
- Rango de movimiento activo y pasivo
- Test específicos según patología
- Evaluación de fuerza y función
- Valoración neurovascular



PRUEBAS CLÍNICAS FRECUENTES

	Cozen	Epicondilitis lateral
	Mill	Epicondilitis lateral
	Thomsen	Epicondilitis lateral
	Tinel (túnel carpiano)	Compresión del nervio mediano
	Phalen	Compresión del nervio mediano
	Finkelstein	Tenosinovitis de De Quervain
	TFCC Grind Test	Lesión del TFCC

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Artrosis radiocarpiana
- Artritis reumatoide
- Síndrome de compresión nerviosa cervical
- Fracturas ocultas (escafoides, radio distal)
- Síndrome del pronador redondo
- Lesiones ligamentarias crónicas
- Neuropatías periféricas



SIGNOS DE ALERTA

- Pérdida de fuerza progresiva
- Hormigueo o entumecimiento persistente
- Dolor nocturno que despierta al paciente
- Inflamación severa o deformidad
- Limitación funcional marcada
- Cambios de color o temperatura en la extremidad

PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN

- 1. FASE AGUDA (0-72 h)**
 - Reposo relativo
 - Control del dolor e inflamación (hielo)
 - Compresión y elevación
 - Educación del paciente
- 2. FASE SUBAGUDA (3 días - 3 semanas)**
 - Movilidad articular suave
 - Terapia manual
 - Ejercicios isométricos
 - Control del dolor
- 3. FASE DE RECUPERACIÓN (3-8 semanas)**
 - Fortalecimiento progresivo
 - Ejercicios excéntricos
 - Propiocepción y control neuromuscular
 - Reeducación funcional
- 4. FASE DE RETORNO (>8 semanas)**
 - Entrenamiento específico
 - Reincorporación gradual a la actividad
 - Prevención de recaídas
 - Seguimiento y ajuste



TRATAMIENTO

- Terapia manual y movilizaciones
- Ejercicio terapéutico individualizado
- Electroterapia y modalidades físicas
- Vendajes funcionales o kinesiotape
- Infiltraciones (según indicación médica)
- Cirugía (en casos seleccionados)



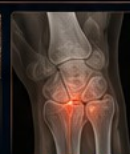
EPICONDILITIS LATERAL



SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO



TENOSINOVITIS DE DE QUERVAIN



FRACTURA DE RADIO DISTAL



FRACTURA DE ESCAFOIDES

OBJETIVOS PRINCIPALES

- ✓ Aliviar el dolor y la inflamación
- ✓ Restaurar la movilidad completa
- ✓ Recuperar la fuerza y la coordinación
- ✓ Mejorar la función en las actividades diarias y laborales
- ✓ Prevenir recaídas y complicaciones



CONOCIMIENTO
APLICADO



PRÁCTICA
CLÍNICA



EVIDENCIA
CIENTÍFICA



ENFOQUE
FUNCIONAL



RESULTADOS
QUE PERDURAN



MÓDULO 10

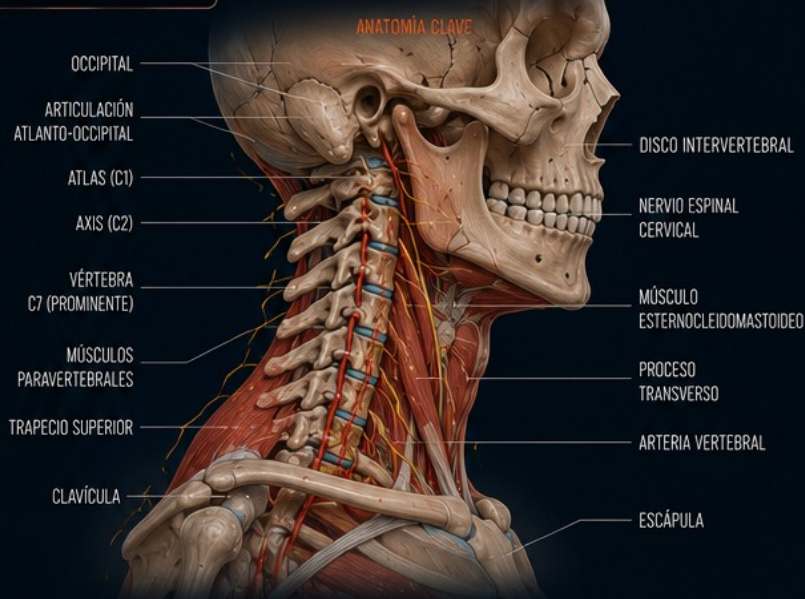
LESIONES MÁS FRECUENTES POR REGIÓN

10.4 COLUMNA CERVICAL

La columna cervical es una estructura clave para la movilidad, estabilidad y protección neurológica. Las lesiones en esta región pueden causar dolor, limitación funcional e incluso síntomas neurológicos de miembros superiores y cabeza.



Conocer sus lesiones más frecuentes permite realizar una valoración precisa, diagnóstico diferencial adecuado y aplicar el tratamiento efectivo para una recuperación segura.



LESIONES MÁS FRECUENTES

- Cervicalgia mecánica
- Síndrome de latigazo cervical
- Hernia discal cervical
- Radiculopatía cervical
- Estenosis del canal cervical
- Síndrome facetario cervical
- Contractura de musculatura cervical (trapecio, ECM, escalenos)
- Síndrome del desfiladero torácico
- Cefalea cervicogénica

MECANISMOS LESIONALES

- Flexión o extensión brusca (accidentes, latigazo)
- Rotaciones forzadas
- Sobrecarga postural mantenida (trabajo, pantalla, móvil)
- Traumatismos directos
- Movimientos repetitivos
- Estrés y tensión muscular prolongada

VALORACIÓN

- Anamnesis detallada
- Inspección postural y alineación cervical
- Palpación de estructuras óseas y musculares
- Rango de movimiento activo y pasivo
- Pruebas específicas (Spurling, Lhermitte, Valsalva, Distracción)
- Evaluación neurológica miembros superiores



PRUEBAS CLÍNICAS FRECUENTES

	Spurling (Compresión foramina)	Reproduce dolor radicular al comprimir y extender el cuello
	Distracción cervical	Alivio de síntomas radiculares al aplicar tracción
	Lhermitte	Flexión cervical provoca sensación eléctrica en la columna
	Valsalva	Aumento del dolor al realizar la maniobra de Valsalva

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Cefalea tensional o migraña
- Síndrome del hombro
- Neuropatía periférica (túnel carpiano, neuropatía cubital)
- Esclerosis múltiple
- Patología vascular (insuficiencia vertebrobasilar)
- Fibromialgia
- Patología visceral referida

⚠️ SIGNOS DE ALERTA

- Debilidad progresiva en miembros superiores
- Pérdida de sensibilidad en dermatomas
- Alteraciones en la marcha o equilibrio
- Pérdida de control de esfínteres
- Fiebre o signos de infección
- Traumatismo de alta energía
- Dolor nocturno que no mejora con reposo



PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN



1. FASE AGUDA (0-72 h)

- Reposo relativo
- Control del dolor e inflamación
- Crioterapia
- Educación al paciente



2. FASE SUBAGUDA (3 días - 3 semanas)

- Movilización suave
- Terapia manual
- Ejercicios isométricos
- Control postural



3. FASE DE RECUPERACIÓN (3-8 semanas)

- Fortalecimiento progresivo
- Ejercicios de estabilidad cervical
- Reeducación propioceptiva
- Trabajo postural y ergonómico



4. FASE DE RETORNO (>8 semanas)

- Entrenamiento específico
- Prevención de recaídas
- Integración a actividades diarias y laborales
- Seguimiento y ajuste

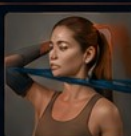


TRATAMIENTO

- Terapia manual y movilización
- Ejercicio terapéutico individualizado
- Electroterapia y termoterapia
- Punción seca (si procede)
- Vendajes funcionales
- Educación postural y ergonomía
- Relajación y control del estrés



LIBERACIÓN MIOFASCIAL Y TERAPIA MANUAL



EJERCICIO TERAPÉUTICO Y ESTABILIZACIÓN



REEDUCACIÓN POSTURAL Y ERGONOMÍA



ESTIRAMIENTOS Y MOVILIDAD



FORTALECIMIENTO PROGRESIVO

OBJETIVOS PRINCIPALES

- ✓ Aliviar el dolor y la inflamación
- ✓ Restaurar la movilidad segura
- ✓ Recuperar fuerza y resistencia muscular
- ✓ Mejorar la estabilidad y el control motor
- ✓ Prevenir recaídas y cronificación
- ✓ Optimizar la función diaria y laboral



CONOCIMIENTO
APLICADO



PRÁCTICA
CLÍNICA



EVIDENCIA
CIENTÍFICA



ENFOQUE
FUNCIONAL



RESULTADOS
QUE PERDURAN



MÓDULO 10 | LESIONES MÁS FRECUENTES POR REGIÓN

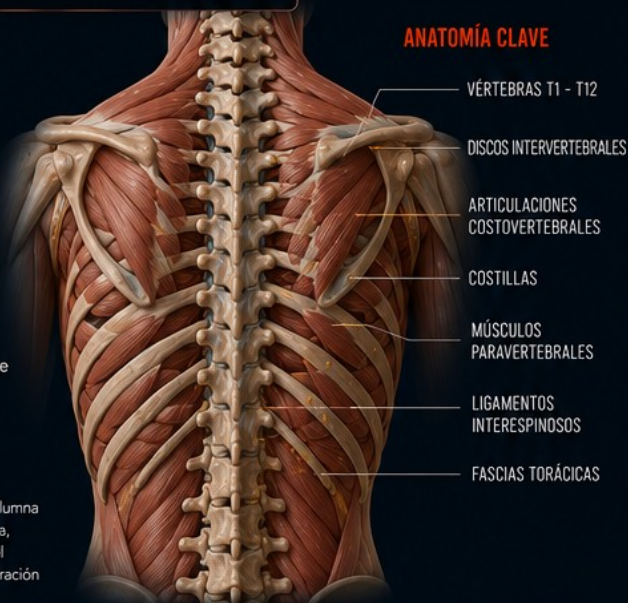
10.5

COLUMNA DORSAL

La columna dorsal proporciona estabilidad al tronco, protege estructuras vitales y permite la movilidad de rotación y flexo-extensión. Las lesiones en esta región pueden generar dolor dorsal, rigidez, limitación funcional y alteraciones posturales.



Conocer las lesiones más frecuentes en la columna dorsal permite realizar una valoración precisa, diagnóstico diferencial adecuado y aplicar el tratamiento correcto para lograr una recuperación efectiva y prevenir recaídas.



ANATOMÍA CLAVE

VÉRTEBRAS T1 - T12
DISCOS INTERVERTEBRALES
ARTICULACIONES COSTOVERTEBRALES
COSTILLAS
MÚSCULOS PARAVERTEBRALES
LIGAMENTOS INTERESPINOSOS
FASCIAS TORÁCICAS

FUNCIONES PRINCIPALES

- Protección de órganos vitales (corazón, pulmones)
- Estabilidad del tronco y soporte estructural
- Permite la movilidad de rotación y flexo-extensión
- Participa en la mecánica respiratoria



LESIONES MÁS FRECUENTES

- Contracturas y sobrecargas musculares
- Síndrome facetario dorsal
- Disfunción de las articulaciones costovertebrales
- Hernia discal torácica
- Cifosis dorsal aumentada (hipercifosis)
- Esguince de ligamentos interespinosos
- Fracturas por compresión vertebral
- Síndrome de la costilla deslizante
- Síndrome miofascial torácico

MECANISMOS LESIONALES

- Movimientos repetitivos y posturas prolongadas (sedestación, trabajo de oficina)
- Traumatismos directos o caídas
- Sobrecarga por levantamiento de cargas o giros bruscos
- Tensión muscular y desequilibrios posturales
- Enfermedades degenerativas
- Osteoporosis y fragilidad ósea

VALORACIÓN

- Anamnesis detallada
- Inspección postural y alineación
- Palpación de estructuras óseas, musculares y articulares
- Rango de movimiento activo y pasivo (rotación, inclinación, flexo-extensión)
- Pruebas específicas (springing test, costovertebral, respiración)
- Evaluación neurológica (si hay síntomas referidos)



PRUEBAS CLÍNICAS FRECUENTES

	Springing test dorsal	Dolor en apófisis espinosas
	Prueba de las costillas	Dolor en articulaciones costovertebrales
	Prueba de rotación torácica	Limitación o dolor en rotación
	Prueba de Schober dorsal	Evaluación de movilidad de columna dorsal
	Prueba de expansión torácica	Evaluación de movilidad costal y respiratoria

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Patología de columna cervical o lumbar referida
- Patología pulmonar (pleuritis, neumonía)
- Patología cardíaca (angina, pericarditis)
- Fracturas costales
- Fibromialgia
- Nevralgia intercostal
- Patología gastrointestinal (reflujo, úlcera)



⚠️ SIGNOS DE ALERTA

- Traumatismo de alta energía
- Déficit neurológico
- Pérdida de sensibilidad
- Dolor nocturno persistente
- Fiebre o signos de infección
- Pérdida de peso inexplicable
- Dolor torácico opresivo
- Disnea o dificultad respiratoria

PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN



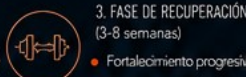
1. FASE AGUDA (0-72 h)

- Reposo relativo
- Control del dolor e inflamación
- Crioterapia
- Educación del paciente



2. FASE SUBAGUDA (3 días - 3 semanas)

- Movilización articular suave
- Terapia manual
- Ejercicios isométricos
- Control postural



3. FASE DE RECUPERACIÓN (3-8 semanas)

- Fortalecimiento progresivo
- Ejercicios de movilidad y estabilidad
- Reeducación de patrones posturales
- Trabajo respiratorio



4. FASE DE RETORNO (>8 semanas)

- Entrenamiento específico
- Prevención de recaídas
- Integración a actividades diarias y deportivas
- Seguimiento y ajuste



TRATAMIENTO

- Terapia manual y movilizaciones
- Ejercicio terapéutico individualizado
- Electroterapia y termoterapia
- Terapia miofascial
- Técnicas de respiración
- Vendajes funcionales (si se requiere)
- Educación postural y ergonomía

OBJETIVOS PRINCIPALES

- ✓ Aliviar el dolor y la inflamación
- ✓ Restaurar la movilidad y flexibilidad
- ✓ Mejorar la función respiratoria
- ✓ Fortalecer la musculatura estabilizadora
- ✓ Corregir alteraciones posturales
- ✓ Prevenir recaídas y complicaciones

EJERCICIOS CLAVE



MOVILIDAD TORÁCICA



EXTENSIÓN TORÁCICA



ROTACIONES TORÁCICAS



FORTALECIMIENTO PARAVERTEBRAL



RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA



CONOCIMIENTO
APLICADO



PRÁCTICA
CLÍNICA



EVIDENCIA
CIENTÍFICA



ENFOQUE
FUNCIONAL



RESULTADOS
QUE PERDURAN



MÓDULO 10 | LESIONES MÁS FRECUENTES POR REGIÓN

10.6 COLUMNA LUMBAR

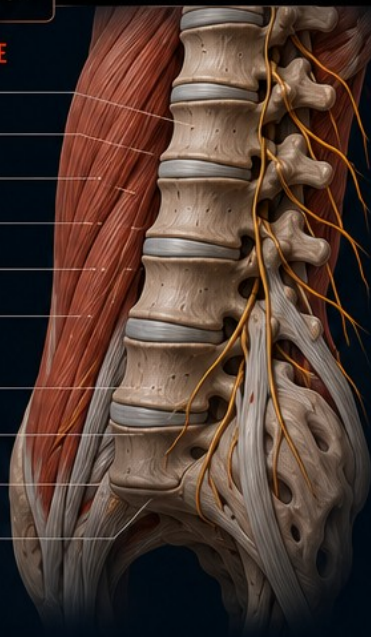
La columna lumbar soporta gran parte del peso del cuerpo y permite movimientos esenciales como la flexión, extensión, rotación e inclinación. Las lesiones lumbares son una de las causas más frecuentes de dolor y discapacidad. Una valoración precisa y un enfoque terapéutico adecuado son clave para una recuperación eficaz.



Conocer las lesiones más frecuentes en la columna lumbar permite realizar una valoración precisa, diagnóstico diferencial adecuado y aplicar el tratamiento correcto para lograr una recuperación funcional y prevenir recidivas.

ANATOMÍA CLAVE

MÚSCULO MULTÍFIDOS
MÚSCULO LONGÍSIMO
MÚSCULO ILIOPOSTAL
NERVIO ESPINAL LUMBAR
DISCO INTERVERTEBRAL
VÉRTEBRA LUMBAR (L1-L5)
LIGAMENTO SUPRAESPINOSO
LIGAMENTO INTERESPINOSO
SACRO (S1)
ARTICULACIÓN FACETARIA



FUNCIONES PRINCIPALES

- Soporte de peso y estabilidad
- Permite la flexión, extensión, inclinación lateral y rotación
- Protección de la médula espinal y raíces nerviosas
- Transmisión de fuerzas entre miembros superiores e inferiores



LESIONES MÁS FRECUENTES



- Lumbalgia mecánica
- Hernia discal lumbar
- Protusión discal
- Estenosis del canal lumbar
- Espondilolistesis
- Síndrome facetario lumbar
- Síndrome del piriforme
- Contracturas y sobrecargas paravertebrales
- Fracturas por estrés (espondilólisis)

MECANISMOS LESIONALES

- Levantamiento de cargas inadecuado
- Movimientos repetitivos de flexión/rotación
- Traumatismos directos o caídas
- Posturas mantenidas y sedentarismo
- Debilidad del core y desbalances musculares
- Estrés mecánico acumulativo
- Deportes de impacto o alta exigencia

VALORACIÓN

- Anamnesis detallada
- Inspección postural y alineación lumbopélvica
- Palpación de estructuras óseas y musculares
- Rango de movimiento activo y pasivo
- Pruebas específicas (SLR, Slump, Kemps, Laségue, etc.)
- Evaluación neurológica de miembros inferiores
- Valoración funcional y escalas de dolor/discapacidad



PRUEBAS CLÍNICAS FRECUENTES

	Laségue (SLR)	Descartar hernia discal y radiculopatía
	Slump Test	Tensión neural (neurodinámica)
	Kemps Test	Síndrome facetario
	Prueba de Schober	Movilidad lumbar
	Test de Trendelenburg	Función del glúteo medio y estabilidad pélvica

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

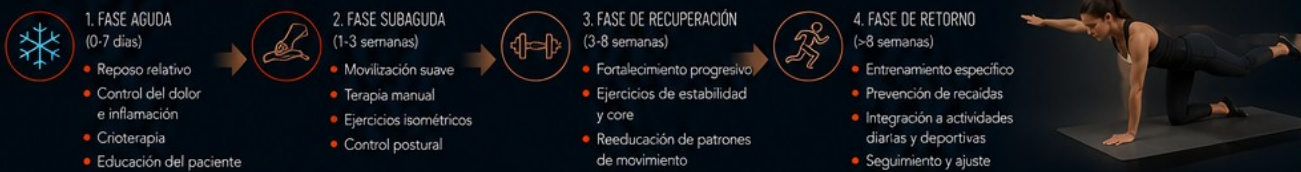
- Dorsalgia (columna dorsal)
- Patología sacroiliaca
- Disfunción de cadera
- Patología visceral referida (renal, ginecológica, etc.)
- Aneurisma de aorta abdominal
- Síndrome del piriforme
- Espondilitis anquilosante



! SIGNOS DE ALERTA

- Dolor nocturno o en reposo
- Pérdida de fuerza progresiva
- Alteraciones sensitivas en «silla de montar»
- Incontinencia urinaria o fecal
- Fiebre o pérdida de peso inexplicable
- Antecedente de cáncer
- Traumatismo severo
- Dolor que no mejora con el reposo

PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN



TRATAMIENTO

- Terapia manual y movilizaciones
- Ejercicio terapéutico individualizado
- Electroterapia y termoterapia
- Terapia miofascial
- Estiramientos y liberación miofascial
- Fortalecimiento del core y glúteos
- Educación postural y ergonomía
- Control del dolor y neurodinamia

OBJETIVOS PRINCIPALES

- ✓ Aliviar el dolor y la inflamación
- ✓ Restaurar la movilidad lumbar
- ✓ Mejorar la estabilidad lumbopélvica
- ✓ Fortalecer la musculatura profunda
- ✓ Recuperar la función en actividades diarias y laborales
- ✓ Prevenir recaídas y cronicidad

EJERCICIOS CLAVE



CONOCIMIENTO
APLICADO



PRÁCTICA
CLÍNICA



EVIDENCIA
CIENTÍFICA



ENFOQUE
FUNCIONAL



RESULTADOS
QUE PERDURAN



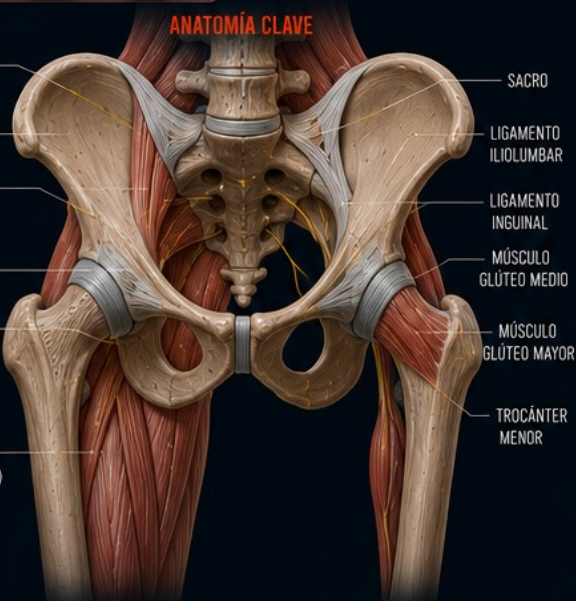
MÓDULO 10 | LESIONES MÁS FRECUENTES POR REGIÓN

10.7 PELVIS Y CADERA

La pelvis y la cadera son fundamentales para la estabilidad, la transmisión de fuerzas y la movilidad del cuerpo. Las lesiones en esta región pueden generar dolor referido, limitación funcional y desequilibrios biomecánicos que afectan toda la cadena cinética.



Conocer las lesiones más frecuentes en la pelvis y cadera permite una valoración precisa, diagnóstico diferencial adecuado y aplicar el tratamiento correcto para lograr una recuperación eficaz y prevenir recaídas.



FUNCIONES PRINCIPALES

- Soporte y estabilidad del tronco
- Transmisión de cargas entre tronco y miembros inferiores
- Permite movimientos de flexión, extensión, abducción, aducción y rotación de la cadera
- Protege órganos pélvicos internos
- Base de inserción muscular para la locomoción



LESIONES MÁS FRECUENTES

- Bursitis trocantérea
- Tendinopatía del glúteo medio y menor
- Síndrome del piriforme
- Artrosis de cadera
- Pinzamiento femoroacetabular (FAI)
- Lesiones del labrum acetabular
- Pubalgia (osteitis púbica)
- Disfunción de la articulación sacroiliaca

MECANISMOS LESIONALES

- Sobrecarga por gestos repetitivos
- Traumatismos directos o caídas
- Desequilibrios musculares
- Alteraciones biomecánicas (pinzamiento, torsiones)
- Mala técnica deportiva
- Debilidad del core y musculatura estabilizadora
- Sobrecarga en deportes de impacto o cambios de dirección

VALORACIÓN

- Anamnesis detallada
- Inspección postural y de la marcha
- Palpación de estructuras óseas y musculares
- Rango de movimiento activo y pasivo
- Test ortopédicos específicos (Trendelenburg, FABER, FADIR, Gaenslen, Ober, etc.)
- Evaluación neurológica de miembros inferiores
- Valoración funcional y escalas de dolor/discapacidad



PRUEBAS CLÍNICAS FRECUENTES

	Trendelenburg Test	Debilidad del glúteo medio
	FABER Test (Patrick)	Patología art. coxofemoral o sacroiliaca
	FADIR Test	Pinzamiento femoroacetabular
	Ober Test	Tensión del tracto iliotibial
	Gaenslen Test	Disfunción sacroiliaca
	Resisted Hip Abduction	Tendinopatía glútea
	Palpación trocantérea	Bursitis trocantérea

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Lumbalgia referida
- Hernia discal lumbar
- Radiculopatía lumbar (L2-L4)
- Artrosis vs. bursitis trocantérea
- Síndrome del piriforme vs. radiculopatía
- Fractura por estrés del cuello femoral
- Necrosis avascular de cadera
- Dolor referido de órganos pélvicos



SIGNOS DE ALERTA

- Dolor nocturno que no mejora con reposo
- Pérdida de peso inexplicable
- Fiebre o signos de infección
- Inflamación, enrojecimiento o calor local
- Déficit neurológico progresivo
- Traumatismo de alta energía
- Imposibilidad para la carga
- Síntomas de compresión vascular

PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN



1. FASE AGUDA (0-7 días)

- Reposo relativo
- Control del dolor e inflamación
- Crioterapia
- Educación del paciente



2. FASE SUBAGUDA (1-3 semanas)

- Movilización suave
- Terapia manual
- Ejercicios isométricos
- Control postural



3. FASE DE RECUPERACIÓN (3-8 semanas)

- Fortalecimiento progresivo
- Ejercicios de estabilidad de cadera y pelvis
- Reeducación de la marcha y la función



4. FASE DE RETORNO (>8 semanas)

- Entrenamiento específico
- Prevención de recaídas
- Integración a actividades diarias y deportivas
- Seguimiento y ajuste



TRATAMIENTO

- Terapia manual y movilización
- Ejercicio terapéutico individualizado
- Electroterapia y termoterapia
- Punción seca (si procede)
- Estiramientos y liberación miofascial
- Fortalecimiento de core y glúteos
- Educación postural y ergonomía
- Control del dolor y neurodinamia

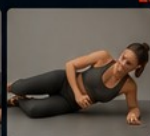
OBJETIVOS PRINCIPALES

- ✓ Aliviar el dolor y la inflamación
- ✓ Restaurar la movilidad y la función
- ✓ Corregir desequilibrios musculares
- ✓ Mejorar la estabilidad lumbopélvica
- ✓ Prevenir recaídas y complicaciones
- ✓ Retorno seguro a la actividad

EJERCICIOS CLAVE



PUENTE DE GLÚTEOS



CLAMSHELL



PLANCHA LATERAL



SENTADILLA CON BANDA



ESTIRAMIENTO DEL PIRIFORME



CONOCIMIENTO
APLICADO



PRÁCTICA
CLÍNICA



EVIDENCIA
CIENTÍFICA



ENFOQUE
FUNCIONAL



RESULTADOS
QUE PERDURAN



MÓDULO 10 | LESIONES MÁS FRECUENTES POR REGIÓN

10.8 MUSLO

El muslo contiene algunos de los músculos más potentes del cuerpo y está expuesto a lesiones por sobrecarga, traumatismos directos o movimientos explosivos. Una valoración adecuada permite identificar la lesión precisa y aplicar el tratamiento correcto para una recuperación completa y segura.

Conocer las lesiones más frecuentes en el muslo permite realizar una valoración precisa, diagnóstico diferencial adecuado y aplicar el tratamiento efectivo para lograr una recuperación óptima y prevenir recaídas.

ANATOMÍA CLAVE

VISTA ANTERIOR



VISTA POSTERIOR



FUNCIONES PRINCIPALES

- Extensión de la rodilla (cuádriceps)
- Flexión de la rodilla (isquiotibiales)
- Flexión de la cadera
- Extensión de la cadera
- Aducción, abducción y rotación de la cadera
- Estabilidad de la pelvis y la rodilla



LESIONES MÁS FRECUENTES

- Distensión de isquiotibiales
- Desgarro muscular (gemelos, recto femoral)
- Contractura muscular
- Tendinopatía rotuliana
- Síndrome de la banda iliotibial
- Contusión muscular
- Desgarro del aductor
- Síndrome compartimental de esfuerzo
- Fractura femoral por estrés
- Lesiones del cuádriceps
- Lesiones del psoas-iliaco

MECANISMOS LESIONALES

- Carreras, saltos y cambios de dirección
- Aceleraciones o desaceleraciones bruscas
- Golpes directos o contusiones
- Estiramientos forzados
- Sobrecarga por entrenamiento excesivo
- Desequilibrios musculares
- Fatiga muscular y técnica deficiente
- Traumatismos por impacto

VALORACIÓN

- Anamnesis detallada
- Inspección: postura, marcha, asimetrías, inflamación, hematomas
- Palpación de zonas dolorosas y estructuras musculares
- Pruebas específicas según músculo afectado
- Rango de movimiento activo y pasivo
- Fuerza muscular (Escala MRC)
- Evaluación neurológica y vascular si es necesario



PRUEBAS CLÍNICAS FRECUENTES

	Test de resistencia	Valora fuerza y dolor en músculos específicos
	Test de estiramiento	Evalúa flexibilidad y dolor en elongación
	Test de banda iliotibial (Ober)	Valora tensión de la banda iliotibial
	Test de aductores (Copenhague)	Evalúa fuerza y estabilidad de aductores
	Test de isquiotibiales (SLR)	Detecta tensión o lesión en isquiotibiales
	Test de psoas (Thomas)	Valora flexores de cadera y acortamientos

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Distensión vs desgarro muscular
- Tendinopatía vs desgarro tendinoso
- Síndrome de la banda iliotibial vs bursitis trocántera
- Hernia inguinal
- Fractura por estrés del fémur
- Síndrome compartimental vs calambre muscular
- Radiculopatía lumbar (dolor referido)
- Trombosis venosa profunda (TVP)



! SIGNOS DE ALERTA

- Dolor intenso y repentino con chasquido
- Hematoma extenso o aumento rápido del volumen
- Incapacidad para apoyar el peso o caminar
- Dolor nocturno o en reposo
- Fiebre o signos de infección
- Pérdida de sensibilidad o hormigueo
- Palidez, frialdad o hinchazón inusual (posible TVP)



PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN

- 1. FASE AGUDA**
(0-72 h)

 - Reposo relativo
 - Control del dolor e inflamación (hielo)
 - Compresión y elevación
 - Educación del paciente
- 2. FASE SUBAGUDA**
(3 días - 3 semanas)

 - Movilización suave
 - Terapia manual
 - Ejercicios isométricos
 - Control del dolor
- 3. FASE DE RECUPERACIÓN**
(3-8 semanas)

 - Fortalecimiento progresivo
 - Ejercicios excéntricos
 - Estiramientos específicos
 - Reeducación funcional
- 4. FASE DE RETORNO**
(>8 semanas)

 - Entrenamiento específico
 - Prevención de recaídas
 - Integración a actividades diarias y deportivas
 - Seguimiento y ajuste



TRATAMIENTO

- Terapia manual y movilizaciones
- Ejercicio terapéutico individualizado
- Electroterapia y termoterapia
- Masoterapia y liberación miofascial
- Vendajes funcionales (si se requiere)
- Educación postural y ergonómica
- Control del dolor y neurodinamia
- Retorno progresivo a la actividad

OBJETIVOS PRINCIPALES

- ✓ Aliviar el dolor y la inflamación
- ✓ Recuperar la movilidad completa
- ✓ Restaurar la fuerza y potencia muscular
- ✓ Corregir desequilibrios musculares
- ✓ Mejorar la funcionalidad y estabilidad
- ✓ Prevenir recaídas y complicaciones
- ✓ Retorno seguro a la actividad deportiva

EJERCICIOS CLAVE



CONOCIMIENTO
APLICADO



PRÁCTICA
CLÍNICA



EVIDENCIA
CIENTÍFICA



ENFOQUE
FUNCIONAL



RESULTADOS
QUE PERDURAN



MÓDULO 10 | LESIONES MÁS FRECUENTES POR REGIÓN

10.9 RODILLA

La rodilla es una de las articulaciones más complejas y solicitadas del cuerpo. Las lesiones en esta región pueden afectar la estabilidad, la movilidad y el rendimiento funcional. Una valoración precisa y un tratamiento adecuado son esenciales para lograr una recuperación completa y prevenir recaídas.



Conocer las lesiones más frecuentes en la rodilla permite realizar una valoración precisa, diagnóstico diferencial adecuado y aplicar el tratamiento correcto para lograr una recuperación óptima y segura.

ANATOMÍA CLAVE



FUNCIONES PRINCIPALES

- Soporta el peso del cuerpo y absorbe impactos
- Permite la flexión y extensión de la pierna
- Proporciona estabilidad en la marcha y el equilibrio
- Transmite la fuerza entre muslo, pierna y pie
- Permite movimientos funcionales y deportivos



LESIONES MÁS FRECUENTES

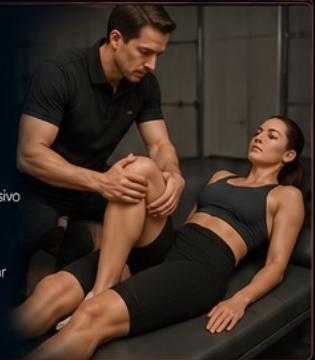
- Esguince de ligamentos (LCA, LCP, LCM, LCL)
- Lesiones meniscales
- Tendinopatía rotuliana
- Síndrome femoropatelar
- Bursitis de la rodilla
- Condromatosis rotuliana
- Luxación rotuliana
- Rotura del cuádriceps o tendón rotuliano
- Artrosis de rodilla
- Fracturas y microfracturas
- Síndrome de la cintilla iliotibial

MECANISMOS LESIONALES

- Giros bruscos con el pie fijo
- Cambios de dirección repentinos
- Salto y aterrizajes incorrectos
- Impactos directos en la rodilla
- Hiperextensión o hiperflexión forzada
- Sobrecargas por sobreuso
- Desequilibrios musculares
- Mala alineación biomecánica

VALORACIÓN

- Anamnesis detallada
- Inspección: alineación, edema, equimosis, atrofia
- Palpación de estructuras óseas y tejidos blandos
- Rango de movimiento activo y pasivo
- Pruebas específicas según lesión sospechada
- Evaluación neurológica y vascular si es necesario
- Valoración funcional y pruebas de estabilidad

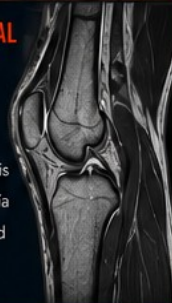


PRUEBAS CLÍNICAS FRECUENTES

	Lachman Test	Evalúa la integridad del LCA
	Cajón posterior	Evalúa el LCP
	Valgo / Varo stress test	Evalúa LCM y LCL
	McMurray Test	Detecta lesiones meniscales
	Patellar grind test	Evalúa síndrome femoropatelar
	Noble test	Evalúa síndrome de la cintilla iliotibial
	Apprehension test	Evalúa inestabilidad rotuliana

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Esguince vs rotura ligamentaria
- Lesión meniscal vs condromatosis
- Tendinopatía rotuliana vs bursitis
- Síndrome femoropatelar vs artrosis
- Fractura por estrés vs tendinopatía
- Luxación rotuliana vs inestabilidad
- Patología referida de cadera o columna lumbar



SIGNOS DE ALERTA

- Incapacidad para apoyar el peso
- Deformidad evidente
- Bloqueo articular persistente
- Hematoma importante
- Fiebre o signos de infección
- Pérdida de sensibilidad o frialdad distal
- Dolor intenso nocturno o en reposo
- Inestabilidad severa recurrente



PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN



1. FASE AGUDA (0-72 h)

- Reposo relativo
- Control del dolor e inflamación (hielo)
- Compresión y elevación
- Protección articular



2. FASE SUBAGUDA (3 días - 3 semanas)

- Movilización suave
- Terapia manual
- Ejercicios isométricos
- Control del dolor



3. FASE DE RECUPERACIÓN (3-8 semanas)

- Fortalecimiento progresivo
- Ejercicios propioceptivos
- Estabilidad y equilibrio
- Reentrenamiento funcional



4. FASE DE RETORNO (>8 semanas)

- Entrenamiento específico
- Prevención de recaídas
- Integración a actividades diarias y deportivas
- Seguimiento y ajuste



TRATAMIENTO

- Terapia manual y movilizaciones
- Ejercicio terapéutico individualizado
- Electroterapia y termoterapia
- Terapia invasiva (si procede)
- Vendajes funcionales o taping
- Educación postural y ergonómica
- Control del dolor y neurodinamia
- Retorno progresivo a la actividad

OBJETIVOS PRINCIPALES

- ✓ Aliviar el dolor y la inflamación
- ✓ Restaurar el rango de movimiento
- ✓ Recuperar la fuerza y estabilidad
- ✓ Mejorar el control neuromuscular
- ✓ Prevenir recaídas y complicaciones
- ✓ Retorno seguro a la actividad deportiva

EJERCICIOS CLAVE



ISOMÉTRICOS DE CUÁDRICEPS



SENTADILLA PARCIAL



PUENTE DE GLÚTEOS



EQUILIBRIO MONOPODAL



STEP UP CONTROLADO



CONOCIMIENTO
APLICADO



PRÁCTICA
CLÍNICA



EVIDENCIA
CIENTÍFICA



ENFOQUE
FUNCIONAL



RESULTADOS
QUE PERDURAN



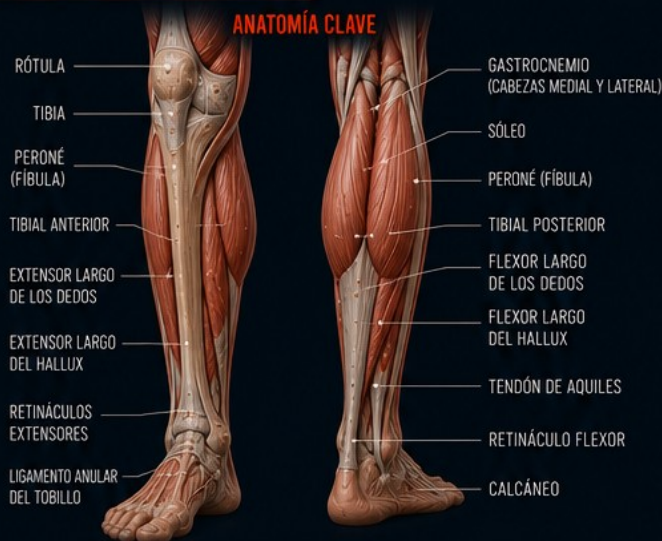
MÓDULO 10 | LESIONES MÁS FRECUENTES POR REGIÓN

10.10 PIERNA

La pierna comprende los músculos, huesos y estructuras que se extienden desde la rodilla hasta el tobillo. Las lesiones en esta región pueden afectar la movilidad, el equilibrio y el rendimiento físico. Una valoración adecuada y un tratamiento específico son clave para lograr una recuperación completa y prevenir recaídas.



Conocer las lesiones más frecuentes en la pierna permite realizar una valoración precisa, diagnóstico diferencial adecuado y aplicar el tratamiento correcto para lograr una recuperación óptima y prevenir recaídas.



FUNCIONES PRINCIPALES

- Soporte del peso corporal y absorción de impactos
- Permite la locomoción: caminar, correr y saltar
- Estabiliza el tobillo y la rodilla
- Transmite fuerzas entre el suelo y el cuerpo
- Participa en la propulsión y el equilibrio



LESIONES MÁS FRECUENTES

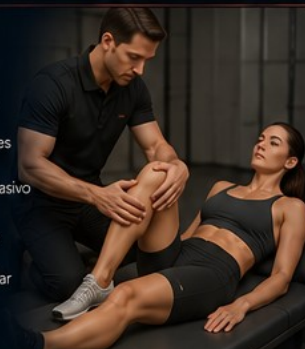
- Distensión de gemelos
- Rotura de fibras musculares
- Tendinopatía aquilea
- Síndrome compartimental
- Periostitis tibial (shin splints)
- Esguince de tobillo
- Tendinopatía del tibial posterior
- Fracturas por estrés de tibia o peroné
- Lesiones del sóleo

MECANISMOS LESIONALES

- Sobrecarga por entrenamiento excesivo
- Aceleraciones y cambios de dirección
- Impactos repetitivos (carrera, saltos)
- Golpes directos en la pierna
- Mala técnica de carrera o salto
- Calzado inadecuado
- Desequilibrios musculares
- Fatiga muscular y falta de recuperación

VALORACIÓN

- Anamnesis detallada
- Inspección: inflamación, color, equimosis, deformidades
- Palpación de músculos, tendones y estructuras óseas
- Rango de movimiento activo y pasivo del tobillo y rodilla
- Pruebas específicas (Thompson, Homan, test de compresión)
- Evaluación neurológica y vascular si es necesario
- Valoración funcional y pruebas de estabilidad

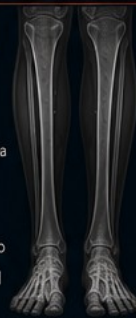


PRUEBAS CLÍNICAS FRECUENTES

	Thompson Test	Evalúa integridad del tendón de Aquiles
	Homan Test	Descarta trombosis venosa profunda
	Squeeze Test	Dolor en tibia/peroné (fractura por estrés)
	Test de compresión compartimental	Evalúa síndrome compartimental
	Prueba de dorsiflexión forzada	Evalúa distensión de gemelos
	Prueba de resistencia inversión/eversión	Evalúa ligamentos del tobillo

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Fractura por estrés vs periostitis tibial
- Rotura muscular vs desgarró parcial
- Tendinopatía aquilea vs bursitis retrocalcánea
- Esguince de tobillo vs fractura oculta
- Trombosis venosa profunda
- Síndrome compartimental crónico vs agudo
- Lesiones radicales (L5-S1) vs lesión local



⚠️ SIGNOS DE ALERTA

- Dolor intenso que no mejora con reposo
- Hinchazón rápida y severa
- Incapacidad para apoyar el pie
- Deformidad evidente
- Fiebre o signos de infección
- Hormigueo, entumecimiento o debilidad
- Cambio de color o temperatura
- Dolor nocturno o en reposo
- Falta de pulso distal



PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN

- 1. FASE AGUDA**
(0-72 h)
 - Reposo relativo
 - Hielo 15-20 min
 - Compresión elástica
 - Elevación
 - Control del dolor
- 2. FASE SUBAGUDA**
(3 días - 3 semanas)
 - Movilización suave
 - Terapia manual
 - Ejercicios isométricos
 - Estiramientos suaves
 - Control del dolor
- 3. FASE DE RECUPERACIÓN**
(3-8 semanas)
 - Fortalecimiento progresivo
 - Ejercicios propioceptivos
 - Trabajo de resistencia
 - Reentrenamiento funcional
 - Carga progresiva
- 4. FASE DE RETORNO**
(>8 semanas)
 - Entrenamiento específico
 - Prevención de recaídas
 - Integración a actividades diarias y deportivas
 - Seguimiento y ajuste



TRATAMIENTO

- Terapia manual y movilizaciones
- Ejercicio terapéutico individualizado
- Electroterapia y termoterapia
- Terapia invasiva (si procede)
- Vendajes funcionales o kinesiotaping
- Educación postural y ergonómica
- Control del dolor y neurodinamia
- Retorno progresivo a la actividad

OBJETIVOS PRINCIPALES

- ✓ Aliviar el dolor y la inflamación
- ✓ Recuperar la movilidad y flexibilidad
- ✓ Restaurar la fuerza y resistencia muscular
- ✓ Mejorar el equilibrio y la propiocepción
- ✓ Corregir desequilibrios musculares
- ✓ Prevenir recaídas y complicaciones
- ✓ Retorno seguro a la actividad deportiva

EJERCICIOS CLAVE



CONOCIMIENTO
APLICADO



PRÁCTICA
CLÍNICA



EVIDENCIA
CIENTÍFICA



ENFOQUE
FUNCIONAL



RESULTADOS
QUE PERDURAN



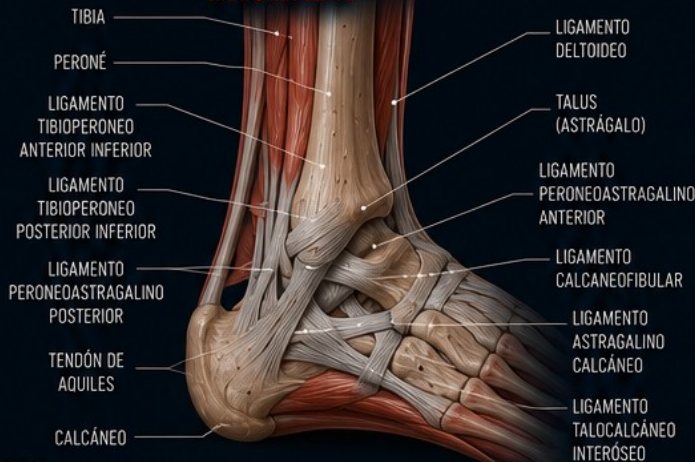
MÓDULO 10 | LESIONES MÁS FRECUENTES POR REGIÓN

10.11 TOBILLO

El tobillo es una articulación compleja que soporta el peso corporal y permite la movilidad esencial para caminar, correr y saltar. Las lesiones en esta región son muy frecuentes, especialmente los esguinces, y pueden afectar gravemente el rendimiento y la estabilidad. Una valoración precisa y un tratamiento adecuado son clave para lograr una recuperación completa y prevenir recaídas.

Conocer las lesiones más frecuentes en el tobillo permite realizar una valoración precisa, diagnóstico diferencial adecuado y aplicar el tratamiento correcto para lograr una recuperación óptima y prevenir recaídas.

ANATOMÍA CLAVE



FUNCIONES PRINCIPALES

- Soporta el peso corporal y absorbe impactos
- Permite la flexión plantar, dorsiflexión, inversión y evasión del pie
- Estabiliza el cuerpo durante la marcha, carrera y salto
- Contribuye al equilibrio y la propiocepción
- Protege la articulación y estructuras adyacentes



LESIONES MÁS FRECUENTES

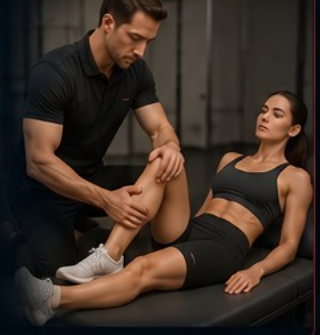
- Esguince de tobillo (LLE, LLI, LTA)
- Tendinitis del tendón de Aquiles
- Tendinopatía de los peroneos
- Bursitis retrocalcánea
- Síndrome de pinzamiento anteroinferior
- Fracturas del maléolo medial, lateral o posterior
- Lesiones osteocondrales del astrágalo
- Inestabilidad crónica de tobillo

MECANISMOS LESIONALES

- Inversión forzada del pie
- Eversión forzada del pie
- Flexión plantar forzada
- Dorsiflexión forzada
- Traumatismos directos
- Aterrizajes incorrectos
- Cambios bruscos de dirección
- Superficies inestables o irregulares

VALORACIÓN

- Anamnesis detallada
- Inspección: inflamación, hematomas, deformidades
- Palpación: ligamentos, tendones, maléolos, huesos del tarso
- Rango de movimiento activo y pasivo
- Pruebas específicas (cajón anterior, inversión, evasión, Squeeze test)
- Evaluación neurológica y vascular si es necesario
- Valoración funcional y pruebas de estabilidad



PRUEBAS CLÍNICAS FRECUENTES

	Cajón anterior	Evalúa LTA y estabilidad anterior
	Inversión forzada	Evalúa LLI
	Eversión forzada	Evalúa LLE
	Squeeze test	Evalúa sindesmosis tibio-peronea
	Prueba de Thompson	Evalúa integridad del tendón de Aquiles
	Balance test	Evalúa propiocepción y estabilidad

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Fractura de maléolos
- Fractura por estrés del astrágalo o calcáneo
- Lesión osteocondral del astrágalo
- Tendinopatía aquilea vs bursitis
- Tendinopatía de peroneos vs luxación subluxación
- Síndrome del túnel tarsiano
- Artritis o artrosis del tobillo



⚠️ SIGNOS DE ALERTA

- Incapacidad para apoyar el peso o caminar
- Deformidad evidente
- Dolor intenso e inflamación rápida
- Hematoma extenso
- Fiebre o signos de infección
- Pérdida de sensibilidad o hormigueo
- Cambios de color o temperatura
- Inestabilidad severa
- Dolor nocturno o en reposo



PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN

- 1. FASE AGUDA**
(0-72 h)
 - Reposo relativo
 - Control del dolor e inflamación (hielo)
 - Compresión elástica
 - Elevación
 - Protección articular
- 2. FASE SUBAGUDA**
(3 días - 3 semanas)
 - Movilización suave
 - Terapia manual
 - Ejercicios isométricos
 - Control del dolor
 - Trabajo de propiocepción básica
- 3. FASE DE RECUPERACIÓN**
(3-8 semanas)
 - Fortalecimiento progresivo
 - Ejercicios propioceptivos
 - Entrenamiento funcional
 - Reeducación de la marcha
 - Incremento de la carga
- 4. FASE DE RETORNO**
(>8 semanas)
 - Entrenamiento específico
 - Prevención de recaídas
 - Integración a actividades diarias y deportivas
 - Seguimiento y ajuste



TRATAMIENTO

- Terapia manual
- Electroterapia y termoterapia
- Punción seca (si procede)
- Vendajes funcionales o tape
- Ejercicios terapéuticos
- Propiocepción y equilibrio
- Fortalecimiento muscular
- Control del dolor y edema
- Educación postural y ergonómica
- Retorno progresivo a la actividad

OBJETIVOS PRINCIPALES

- ✓ Aliviar el dolor y la inflamación
- ✓ Restaurar el rango de movimiento
- ✓ Recuperar la fuerza y la estabilidad
- ✓ Mejorar la propiocepción y el equilibrio
- ✓ Prevenir recaídas y complicaciones
- ✓ Retorno seguro a la actividad deportiva

EJERCICIOS CLAVE



CONOCIMIENTO
APLICADO



PRÁCTICA
CLÍNICA



EVIDENCIA
CIENTÍFICA



ENFOQUE
FUNCIONAL



RESULTADOS
QUE PERDURAN



MÓDULO 10 | LESIONES MÁS FRECUENTES POR REGIÓN

10.12

PIE

El pie es una estructura compleja que soporta el peso corporal, absorbe impactos y permite la locomoción. Las lesiones en esta región pueden afectar significativamente la movilidad y la calidad de vida.

Una valoración precisa y un tratamiento adecuado son clave para lograr una recuperación completa y prevenir recaídas.



Conocer las lesiones más frecuentes en el pie permite realizar una valoración precisa, diagnóstico diferencial adecuado y aplicar el tratamiento correcto para lograr una recuperación óptima y prevenir recaídas.

ANATOMÍA CLAVE



VISTA PLANTAR



FUNCIONES PRINCIPALES

- Soporta el peso corporal y absorbe impactos
- Permite el equilibrio estático y dinámico
- Proporciona tracción y propulsión al caminar y correr
- Se adapta a diferentes superficies y terrenos
- Contribuye a la alineación y estabilidad del cuerpo



LESIONES MÁS FRECUENTES

- Fascitis plantar
- Espolón calcáneo
- Metatarsalgia
- Neuroma de Morton
- Hallux valgus (juanete)
- Dedos en garra o martillo
- Tendinitis del tibial posterior
- Esguince del mediopié (Lisfranc)
- Fracturas por estrés
- Lesiones del tendón de Aquiles

MECANISMOS LESIONALES

- Sobrecarga por actividad repetitiva
- Calzado inadecuado o gastado
- Superficies duras o irregulares
- Traumatismos directos o torceduras
- Alteraciones biomecánicas (pronación/supinación)
- Debilidad muscular y fatiga
- Falta de movilidad y estiramiento
- Aumento brusco de la intensidad o volumen de actividad

VALORACIÓN

- Anamnesis detallada
- Inspección: alineación, color, edema, deformidades
- Palpación: puntos de dolor, temperatura, crepitaciones
- Rango de movimiento activo y pasivo
- Pruebas específicas según la lesión sospechada
- Evaluación neurológica y vascular si es necesario
- Valoración funcional y pruebas de estabilidad



PRUEBAS CLÍNICAS FRECUENTES

	Windlass Test	Evalúa la fascitis plantar
	Squeeze Test	Evalúa neuroma de Morton
	Prueba de Mulder	Evalúa neuroma interdigital
	Prueba de Thompson	Evalúa integridad del tendón de Aquiles
	Single Leg Heel Raise	Evalúa función del tendón de Aquiles y tibial posterior
	Test de inestabilidad del mediopié	Evalúa lesiones de Lisfranc
	Prueba de elevación del primer radio	Evalúa movilidad del primer metatarsiano

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Fascitis plantar vs espolón calcáneo
- Neuroma de Morton vs bursitis interdigital
- Tendinitis del tibial posterior vs disfunción del arco medial
- Fractura por estrés vs tendinopatía
- Esguince de tobillo vs lesión de Lisfranc
- Metatarsalgia vs fractura de metatarsianos
- Hallux valgus vs artritis de la 1ª MTF



⚠️ SIGNOS DE ALERTA

- Dolor intenso que no mejora con reposo
- Inflamación, calor o enrojecimiento significativo
- Incapacidad para apoyar el pie
- Deformidad evidente
- Fiebre o signos de infección
- Entumecimiento, hormigueo o pérdida de sensibilidad
- Cambios de color o temperatura en el pie
- Heridas que no cicatrizan
- Dolor nocturno o en reposo



PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN



1. FASE AGUDA (0-72 h)

- Reposo relativo
- Hielo 15-20 min
- Compresión
- Elevación
- Control del dolor



2. FASE SUBAGUDA (3 días - 3 semanas)

- Movilización suave
- Terapia manual
- Estiramientos suaves
- Ejercicios isométricos
- Control del dolor



3. FASE DE RECUPERACIÓN (3-8 semanas)

- Fortalecimiento progresivo
- Ejercicios propioceptivos
- Trabajo de equilibrio
- Reentrenamiento funcional
- Incremento gradual de la carga



4. FASE DE RETORNO (>8 semanas)

- Entrenamiento específico
- Prevención de recaídas
- Integración a actividades diarias y deportivas
- Seguimiento y ajuste



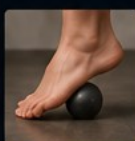
TRATAMIENTO

- Terapia manual y movilizaciones
- Terapia de tejidos blandos
- Ejercicios terapéuticos
- Estiramiento de cadena posterior y fascia plantar
- Vendajes funcionales
- Electroterapia y termoterapia
- Educación postural y de calzado
- Control del dolor y edema

OBJETIVOS PRINCIPALES

- ✓ Aliviar el dolor y la inflamación
- ✓ Restaurar la movilidad y la función
- ✓ Mejorar la fuerza y resistencia muscular
- ✓ Corregir desequilibrios biomecánicos
- ✓ Mejorar el equilibrio y la propiocepción
- ✓ Prevenir recaídas y complicaciones
- ✓ Retorno seguro a la actividad deportiva

EJERCICIOS CLAVE



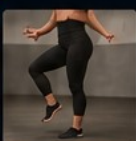
AUTOMASAJE CON PELOTA



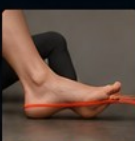
FLEXIÓN DE DEDOS CON TOALLA



ELEVACIONES DE TALONES



EQUILIBRIO UNIPODAL



INVERSIÓN CON BANDA ELÁSTICA



CONOCIMIENTO
APLICADO



PRÁCTICA
CLÍNICA



EVIDENCIA
CIENTÍFICA



ENFOQUE
FUNCIONAL



RESULTADOS
QUE PERDURAN



MÓDULO 10 | LESIONES MÁS FRECUENTES POR REGIÓN

10.13 RESUMEN

Este módulo ha abordado las lesiones más frecuentes del aparato locomotor desde una perspectiva funcional, analizando cada región corporal, sus estructuras clave, las lesiones asociadas, su diagnóstico, tratamiento y pautas de prevención.

El conocimiento integral de estas lesiones permite intervenir de forma precisa, eficaz y segura, favoreciendo una recuperación completa y duradera.

VISTA GENERAL DE REGIONES TRATADAS

10.1 HOMBRO

Lesiones del manguito rotador, impingement, luxaciones, tendinitis, etc.

10.2 CODO

Epicondilitis, epitrocleitis, bursitis, síndrome del túnel cubital, etc.

10.3 MUÑECA Y MANO

Tendinitis, síndrome del túnel carpiano, esguinces, artrosis, dedo en gatillo, etc.

10.4 COLUMNA CERVICAL

Cervicalgias, hernias discales, contracturas, artrosis, cefalea tensional, etc.

10.5 COLUMNA DORSAL

Dorsalgias, contracturas paravertebrales, disfunciones costovertebrales, etc.

10.6 COLUMNA LUMBAR

Lumbalgias, hernias discales, ciática, espondilolistesis, contracturas, etc.

10.7 PELVIS Y CADERA

Bursitis, tendinopatías, pubalgia, síndrome del piriforme, artrosis, etc.

10.8 MUSLO

Desgarros musculares, tendinopatías, contusiones, síndrome compartimental, etc.

10.9 RODILLA

Esguinces, tendinopatías, lesiones meniscales, condropatías, artrosis, etc.

10.10 PIERNA

Tendinitis tibial, periostitis, rotura de gemelos, síndrome compartimental, etc.

10.11 TOBILLO

Esguinces, inestabilidad, tendinopatías, fracturas, síndrome del seno del tarso, etc.

10.12 PIE

Fascitis plantar, juanetes, espolón calcáneo, metatarsalgias, neuroma de Morton, etc.

PRINCIPIOS CLAVE



Evaluación exhaustiva para un diagnóstico preciso.



Identificación de la causa funcional y no solo del síntoma.



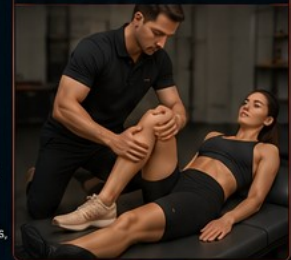
Tratamiento individualizado y basado en la evidencia.



Combinación de terapias manuales, ejercicio terapéutico y educación.



Prevención y readaptación para evitar recaídas.



LESIONES MÁS FRECUENTES POR REGIÓN



Hombro: tendinitis, lesiones del manguito rotador, luxaciones.



Codo: epicondilitis, epitrocleitis, bursitis.



Muñeca y mano: túnel carpiano, tendinitis, esguinces.



Columna cervical: cervicalgia, hernias, cefalea tensional.



Columna dorsal: dorsalgia, disfunciones costovertebrales.



Columna lumbar: lumbalgia, hernias, ciática.



Pelvis y cadera: bursitis, pubalgia, tendinopatías, artrosis.



Muslo: desgarros, contusiones, tendinopatías.



Rodilla: esguinces, meniscopatías, condropatías.



Pierna: tendinitis tibial, periostitis, rotura de gemelos.



Tobillo: esguinces, inestabilidad, tendinopatías.



Pie: fascitis plantar, juanetes, metatarsalgias.

MECANISMOS LESIONALES MÁS COMUNES



Sobrecarga por uso repetitivo



Movimientos de alta intensidad o impacto



Mala técnica o gestos incorrectos



Desequilibrios musculares



Falta de movilidad o rigidez articular



Traumatismos directos o indirectos



Compensaciones por otras disfunciones



Calzado inadecuado o superficies inestables

SIGNOS Y SÍNTOMAS GENERALES

- Dolor localizado o irradiado
- Inflamación
- Rigidez o pérdida de movilidad
- Debilidad muscular
- Inestabilidad articular
- Limitación funcional
- Crepitaciones o chasquidos
- Hematomas o cambios de color
- Hormigueo o adormecimiento
- Dolor nocturno o en reposo en algunos casos

DIAGNÓSTICO CLAVE



Historia clínica detallada



Inspección y palpación



Pruebas específicas por región



Valoración de la movilidad y fuerza



Pruebas neurológicas y vasculares



Pruebas de imagen (si es necesario)



Diagnóstico diferencial



Evaluación funcional global

TRATAMIENTO GENERAL



Terapia manual y movilizaciones



Ejercicio terapéutico y fortalecimiento



Electroterapia y termoterapia



Técnicas de tejidos blandos



Educación postural y ergonomía



Vendajes funcionales o kinesiotaping



Control del dolor y la inflamación



Reeducación funcional y readaptación

PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN



1. FASE AGUDA (0-72 h)

- Reposo relativo
- Control del dolor e inflamación (hielo)
- Compresión
- Elevación
- Protección articular



2. FASE SUBAGUDA (3 días - 3 semanas)

- Movilización suave
- Terapia manual
- Ejercicios isométricos
- Estiramientos suaves
- Control del dolor



3. FASE DE RECUPERACIÓN (3-8 semanas)

- Fortalecimiento progresivo
- Ejercicios propioceptivos
- Trabajo de equilibrio
- Reentrenamiento funcional
- Carga progresiva



4. FASE DE RETORNO (>8 semanas)

- Entrenamiento específico
- Prevención de recaídas
- Integración a actividades diarias y deportivas
- Seguimiento y ajuste



OBJETIVOS PRINCIPALES

- ✓ Aliviar el dolor y la inflamación
- ✓ Restaurar la movilidad y la función
- ✓ Recuperar la fuerza y resistencia muscular
- ✓ Corregir disequilibrios y compensaciones
- ✓ Mejorar la propiocepción y el equilibrio
- ✓ Prevenir recaídas y complicaciones
- ✓ Retorno seguro a la actividad deportiva o laboral

EJERCICIOS CLAVE (EJEMPLOS GENERALES)



FORTALECIMIENTO



MOVILIDAD



PROPIOCEPCIÓN



ESTIRAMIENTOS FUNCIONAL

PREVENCIÓN

- Calentamiento adecuado
- Técnica correcta en la actividad física
- Fortalecimiento y estiramiento regular
- Calzado y equipamiento adecuado
- Descanso y recuperación
- Escucha a tu cuerpo y prevención de sobrecargas



CONOCIMIENTO
APLICADO



PRÁCTICA
CLÍNICA



EVIDENCIA
CIENTÍFICA



ENFOQUE
FUNCIONAL



RESULTADOS
QUE PERDURAN