



ACADEMIA
NATURSAIS
— FORMACIÓN QUE TRANSFORMA —

CURSO DE
TRAUMATOLOGÍA FUNCIONAL
Y LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS



MÓDULO 9

TRAUMATISMOS POR REGIONES ANATÓMICAS

- 9.1 HOMBRO
- 9.2 BRAZO
- 9.3 CODO
- 9.4 ANTEBRAZO
- 9.5 MUÑECA
- 9.6 MANO
- 9.7 COLUMNA CERVICAL
- 9.8 COLUMNA DORSAL
- 9.9 COLUMNA LUMBAR
- 9.10 PELVIS
- 9.11 CADERA
- 9.12 MUSLO
- 9.13 RODILLA
- 9.14 PIERNA
- 9.15 TOBILLO
- 9.16 PIE
- 9.17 RESUMEN
- 9.18 TEST



“ Conocer cada región anatómica es clave para evaluar, tratar y prevenir lesiones con precisión y eficacia.



EVALUACIÓN
ESPECÍFICA



DIAGNÓSTICO
PRECISO



TRATAMIENTO
FUNCIONAL



REHABILITACIÓN
EFECTIVA



RECUPERACIÓN
INTEGRAL

CONOCIMIENTO QUE APLICA. PRÁCTICA QUE TRANSFORMA. RESULTADOS QUE PERDURAN.



MÓDULO 9

TRAUMATISMOS POR REGIONES ANATÓMICAS

9.1 HOMBRO

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

Es una articulación compleja formada por la unión de la cabeza del húmero, la escápula y la clavícula, estabilizada por músculos del manguito rotador, ligamentos, tendones y la cápsula articular.

Las lesiones de hombro pueden afectar la movilidad, la fuerza y la estabilidad, limitando actividades cotidianas, deportivas o laborales.

Un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado son clave para una recuperación completa y prevenir recaídas.



CLAVÍCULA

Actúa como un soporte que mantiene el hombro alejado del tórax y permite el movimiento del brazo.

ACROMION

Parte de la escápula que forma el techo del hombro. Protege y guía los tendones del manguito rotador.

MANGUITO ROTADOR

Conjunto de cuatro músculos y tendones que estabilizan el hombro y permiten la rotación y elevación del brazo.

CÁPSULA ARTICULAR

Envuelve la articulación del hombro, aportando estabilidad y conteniendo el líquido sinovial.

LABRUM GLENOIDEO

Anillo de fibrocartilago que profundiza la cavidad glenoidea y mejora la estabilidad del hombro.

CABEZA HUMERAL

Extremo superior del húmero que encaja en la cavidad glenoidea de la escápula.

LESIONES MÁS FRECUENTES



- Tendinitis del manguito rotador
- Síndrome de pinzamiento subacromial
- Rotura del manguito rotador
- Inestabilidad o luxación de hombro
- Lesión del labrum (SLAP)
- Bursitis subacromial
- Tendinitis de la cabeza larga del bíceps

SÍNTOMAS COMUNES



- Dolor en la parte anterior, lateral o posterior del hombro
- Dolor al levantar el brazo o al realizar movimientos por encima de la cabeza
- Debilidad o pérdida de fuerza
- Rigidez o sensación de bloqueo
- Chasquidos o crujidos
- Sensación de inestabilidad

MOVIMIENTOS PRINCIPALES DEL HOMBRO



FLEXIÓN

Elevar el brazo hacia adelante.



EXTENSIÓN

Llevar el brazo hacia atrás.



ABDUCCIÓN

Elevar el brazo hacia el lado.



ADUCCIÓN

Llevar el brazo hacia el cuerpo.



ROTACIÓN INTERNA

Girar el brazo hacia adentro.



ROTACIÓN EXTERNA

Girar el brazo hacia afuera.



CIRCUNDUCCIÓN

Movimiento circular del brazo.

CAUSAS PRINCIPALES



TRATAMIENTO

- REPOSO RELATIVO Y MODIFICACIÓN DE ACTIVIDADES
- CONTROL DEL DOLOR E INFLAMACIÓN (HIELO, ELEVACIÓN, COMPRESIÓN)
- FISIOTERAPIA Y TERAPIA MANUAL
- EJERCICIOS DE MOVILIDAD, FORTALECIMIENTO Y ESTABILIZACIÓN
- REEDUCACIÓN POSTURAL Y DE LA ESCÁPULA
- TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO (EN CASOS GRAVES)

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

- ✓ Historia clínica detallada
- ✓ Exploración física: rango de movimiento, fuerza, pruebas específicas (Neer, Hawkins, Jobe, Yergason, entre otras)
- ✓ Pruebas de imagen: ecografía, radiografías, RMN (según el caso)
- ✓ Valoración funcional y biomecánica



PREVENCIÓN

- ✓ Fortalecer el manguito rotador y músculos escapulares
- ✓ Mantener buena postura y alineación corporal
- ✓ Evitar movimientos repetitivos o sobrecargas excesivas
- ✓ Realizar calentamiento y estiramientos
- ✓ Usar técnica adecuada en el deporte y trabajo



POSIBLES COMPLICACIONES

- Rotura completa del manguito rotador
- Inestabilidad crónica
- Artrosis glenohumeral
- Debilidad y pérdida de función
- Dolor crónico y limitación funcional



¿SABÍAS QUÉ?

El hombro sacrifica estabilidad por movilidad. Por eso es la articulación más móvil del cuerpo y también una de las más lesionadas.



Un hombro fuerte y estable te da libertad para moverte, rendir al máximo y disfrutar de cada movimiento.



CONOCIMIENTO
APLICADO



PRÁCTICA
CLÍNICA



EVIDENCIA
CIENTÍFICA



ENFOQUE
FUNCIONAL



RESULTADOS
QUE PERDURAN



MÓDULO 9

TRAUMATISMOS POR REGIONES ANATÓMICAS

9.2 BRAZO

El brazo comprende la región comprendida entre el hombro y el codo, donde se encuentra el hueso húmero y una importante masa muscular que permite los movimientos de elevación, rotación y estabilidad del miembro superior.

Las lesiones en esta región pueden afectar los músculos, el hueso, los nervios o los vasos sanguíneos, comprometiendo la fuerza, la movilidad y la funcionalidad del brazo.

HÚMERO

Hueso principal del brazo que conecta el hombro con el codo.

MÚSCULOS PRINCIPALES

Bíceps braquial, tríceps braquial y braquial anterior, responsables de la flexión, extensión y estabilidad del codo y del hombro.

NERVIOS Y VASOS

El nervio radial, cubital y mediano, junto con las arterias braquial y sus ramas, atraviesan esta región y pueden verse afectados en traumatismos.

ARTICULACIÓN DEL CODO

Conecta el brazo con el antebrazo permitiendo los movimientos de flexión y extensión.

LESIONES MÁS FRECUENTES



- Contusiones y hematomas
- Desgarros musculares (bíceps, tríceps)
- Fracturas del húmero
- Lesiones del nervio radial
- Síndrome compartimental
- Lesiones vasculares

SÍNTOMAS COMUNES



- Dolor localizado en el brazo
- Hinchazón o inflamación
- Debilidad muscular
- Limitación del movimiento
- Hematomas
- Sensibilidad al tacto

CAUSAS PRINCIPALES



CAÍDAS Y
GOLPES DIRECTOS



SOBRESFUERZO
MUSCULAR



DEPORTES DE
CONTACTO



ACCIDENTES
DE TRÁFICO

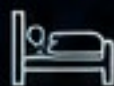
EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Una evaluación adecuada permite identificar la gravedad de la lesión y descartar complicaciones asociadas.

- ✓ Historia clínica detallada del mecanismo de lesión.
- ✓ Exploración física: inspección, palpación, movilidad y fuerza muscular.
- ✓ Pruebas específicas según la sospecha clínica.
- ✓ Pruebas de imagen: radiografías, ecografía, resonancia magnética o TAC.



TRATAMIENTO



REPOSO RELATIVO Y
PROTECCIÓN DE LA ZONA



CONTROL DEL DOLOR
E INFLAMACIÓN



FISIOTERAPIA Y
REHABILITACIÓN



FORTALECIMIENTO
PROGRESIVO



RETORNO GRADUAL
A LA ACTIVIDAD



PREVENCIÓN

Calentamiento adecuado, fortalecimiento muscular, técnica correcta en la práctica deportiva y uso de protecciones cuando sea necesario.



COMPLICACIONES POSIBLES

- Rigidez articular
- Debilidad persistente
- Lesiones nerviosas irreversibles
- Pseudoartrosis en fracturas
- Síndrome compartimental crónico

“Un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado son clave para recuperar la fuerza, la movilidad y la funcionalidad del brazo.”



CONOCIMIENTO
APLICADO



PRÁCTICA
CLÍNICA



EVIDENCIA
CIENTÍFICA



ENFOQUE
FUNCIONAL



RESULTADOS
QUE PERDURAN



MÓDULO 9

TRAUMATISMOS POR REGIONES ANATÓMICAS

9.3 CODO

El codo es una articulación en bisagra que conecta el brazo con el antebrazo, permitiendo los movimientos de flexión y extensión principalmente, y participando también en los movimientos de pronación y supinación. Está formado por la unión de tres huesos: húmero, cúbito (ulna) y radio.

Debido a su constante uso en actividades cotidianas, deportivas y laborales, el codo es susceptible a diversas lesiones traumáticas, sobrecargas y patologías degenerativas que pueden comprometer su función y causar dolor.

LESIONES MÁS FRECUENTES

- Epicondilitis lateral (codo de tenista)
- Epicondilitis medial (codo de golfista)
- Bursitis del codo (olecraniana)
- Fracturas (cóndilo humeral, cabeza radial, olécranon)
- Esguinces y lesiones ligamentosas
- Luxación o subluxación del codo

SÍNTOMAS COMUNES

- Dolor localizado en la parte interna o externa del codo
- Inflamación y sensibilidad
- Disminución de la fuerza de agarre
- Rigidez o dificultad para extender o flexionar
- Chasquidos o sensación de inestabilidad
- Dolor al realizar movimientos repetitivos

HÚMERO

Hueso del brazo que se articula con el cúbito y el radio formando el codo.

EPICÓNDILO LATERAL

Zona de origen de los músculos extensores del antebrazo. Frecuente en la epicondilitis lateral (codo de tenista).

EPICÓNDILO MEDIAL

Zona de origen de los músculos flexores y pronadores del antebrazo. Frecuente en la epicondilitis medial (codo de golfista).

CÚBITO (ULNA)

Hueso medial del antebrazo que forma la articulación principal del codo con el húmero.

RADIO

Hueso lateral del antebrazo que participa en la pronación y supinación.

MOVIMIENTOS PRINCIPALES



FLEXIÓN

Acerca el antebrazo al brazo.



EXTENSIÓN

Aleja el antebrazo del brazo.



PRONACIÓN

Gira la palma de la mano hacia abajo.



SUPINACIÓN

Gira la palma de la mano hacia arriba.

CAUSAS PRINCIPALES



SOBREUSO Y
MOVIMIENTOS
REPETITIVOS



LEVANTAMIENTO
DE CARGAS
INCORRECTO



TRAUMATISMOS
DIRECTOS

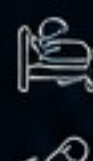


TÉCNICA
DEPORTIVA
INADECUADA

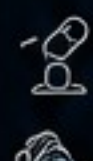


DEGENERACIÓN
Y ENVEJECIMIENTO

TRATAMIENTO



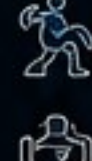
REPOSO RELATIVO
Y PROTECCIÓN



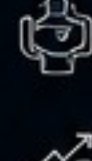
CONTROL DEL DOLOR
E INFLAMACIÓN



FISIOTERAPIA Y
EJERCICIOS ESPECÍFICOS



FORTALECIMIENTO PROGRESIVO
DE LA MUSCULATURA



MEJORA DE LA TÉCNICA
Y ERGONOMÍA



EN CASOS GRAVES,
VALORAR TRATAMIENTO
MÉDICO O QUIRÚRGICO

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Una valoración adecuada es clave para identificar la lesión y su gravedad.

- ✓ Historia clínica detallada y mecanismo de la lesión.
- ✓ Exploración física: palpación, rango de movimiento, fuerza y estabilidad.
- ✓ Pruebas específicas según la lesión sospechada.
- ✓ Pruebas de imagen: radiografías, ecografía o resonancia magnética.



PREVENCIÓN

- ✓ Calentamiento adecuado antes de la actividad.
- ✓ Fortalecimiento y estiramiento de la musculatura del brazo y antebrazo.
- ✓ Técnica correcta en actividades deportivas y laborales.
- ✓ Evitar sobrecargas y movimientos repetitivos prolongados.
- ✓ Usar protección adecuada en actividades de riesgo.



La función del codo es esencial para la mayoría de las actividades diarias. Su cuidado y fortalecimiento son fundamentales para mantener la movilidad, la fuerza y la calidad de vida.



CONOCIMIENTO
APLICADO



PRÁCTICA
CLÍNICA



EVIDENCIA
CIENTÍFICA



ENFOQUE
FUNCIONAL



RESULTADOS
QUE PERDURAN



MÓDULO 9 | TRAUMATISMOS POR
REGIONES ANATÓMICAS

9.4 ANTEBRAZO

El antebrazo comprende la región entre el codo y la muñeca y está formado por dos huesos: el radio y el cúbito (ulna), unidos por una membrana interósea que permite la estabilidad y la transmisión de fuerzas.

Esta zona participa en movimientos fundamentales como la pronación, supinación, flexión y extensión de la muñeca y los dedos, además de proporcionar soporte y protección a los vasos, nervios y músculos que lo atraviesan.

Los traumatismos en el antebrazo pueden afectar huesos, músculos, tendones, nervios o vasos sanguíneos, comprometiendo la fuerza, la movilidad y la funcionalidad de la extremidad.



CÚBITO (ULNA)

Hueso medial del antebrazo. Forma la articulación del codo y la muñeca. Punto de inserción de numerosos músculos.

RADIO

Hueso lateral del antebrazo. Permite los movimientos de pronación y supinación junto con el cúbito.

MEMBRANA INTERÓSEA

Tejido fibroso que conecta el radio y el cúbito, distribuye cargas y aporta estabilidad a la articulación radiocubital.

MÚSCULOS PRINCIPALES

Grupos flexores y extensores que controlan la muñeca, los dedos y la mano.

NERVIOS PRINCIPALES

Nervio mediano, cubital y radial, responsables de la sensibilidad y la función motora del antebrazo y la mano.

VASOS SANGUÍNEOS

Arteria radial y ulnar, junto con sus venas acompañantes, irrigan los tejidos del antebrazo y la mano.

LESIONES MÁS FRECUENTES

- Fracturas del radio o del cúbito
- Fractura de ambos huesos (monteggia, galeazzi)
- Esguinces de la membrana interósea
- Distensiones y desgarros musculares
- Tendinitis y tenosinovitis
- Síndrome compartimental
- Lesiones nerviosas (radial, mediano, cubital)
- Contusiones y hematomas profundos

SÍNTOMAS COMUNES

- Dolor localizado en el antebrazo
- Hinchazón y sensibilidad al tacto
- Limitación de la pronación o supinación
- Debilidad para mover la muñeca o los dedos
- Pérdida de fuerza o sensación de adormecimiento
- Hematomas y deformidad en casos de fractura

CAUSAS PRINCIPALES



MOVIMIENTOS PRINCIPALES DEL ANTEBRAZO



EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

- ✓ Historia clínica detallada del mecanismo de lesión.
- ✓ Exploración física: inspección, palpación, movilidad, fuerza y test neurológicos.
- ✓ Pruebas específicas: test de pronación/supinación, resistencia muscular, test neurovasculares.
- ✓ Pruebas de imagen: radiografías (AP y lateral), ecografía, TAC o resonancia magnética si es necesario.



TRATAMIENTO



PREVENCIÓN

- ✓ Calentamiento adecuado antes de la actividad física.
- ✓ Técnica correcta en deportes y actividades laborales.
- ✓ Fortalecimiento de músculos del antebrazo y muñeca.
- ✓ Uso de protección en actividades de riesgo.
- ✓ Evitar sobrecargas y movimientos repetitivos prolongados.

COMPLICACIONES POSIBLES

- Consolidación defectuosa de fracturas.
- Rigidez articular.
- Lesiones nerviosas permanentes.
- Síndrome compartimental.
- Pérdida de fuerza y funcionalidad.



Una evaluación precisa del antebrazo es clave para un diagnóstico certero y una recuperación completa de su fuerza y funcionalidad.





MÓDULO 9

TRAUMATISMOS POR
REGIONES ANATÓMICAS

9.5 MUÑECA

La muñeca es una articulación compleja que conecta el antebrazo con la mano y permite movimientos en múltiples planos: flexión, extensión, desviación radial y cubital, y circunducción. Está formada por ocho huesos del carpo, unidos a los extremos distal del radio y del cúbito.

Debido a su gran movilidad y a su papel en numerosas actividades cotidianas, laborales y deportivas, la muñeca es susceptible a una amplia variedad de lesiones traumáticas que pueden afectar huesos, ligamentos, tendones, nervios y estructuras vasculares.

Un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado son esenciales para evitar complicaciones como la inestabilidad crónica, la rigidez o la artrosis postraumática.

RADIO DISTAL

Hueso principal que forma la articulación radiocarpiana.

CÚBITO DISTAL

Forma la articulación radiocubital distal.

HUESOS DEL CARPO

Ocho huesos dispuestos en dos filas que permiten la estabilidad y el movimiento de la muñeca.

LIGAMENTOS INTRÍNSECOS Y EXTRÍNSECOS

Aportan estabilidad a la articulación y previenen movimientos excesivos.

TENDONES FLEXORES Y EXTENSORES

Permiten el movimiento de la muñeca y los dedos.

NERVIOS PRINCIPALES

El nervio mediano, cubital y radial inervan la muñeca y la mano.

LESIONES MÁS FRECUENTES

- Esguinces de muñeca
- Fracturas del radio distal (fractura de Colles y Smith)
- Fracturas del escafoides
- Lesiones del ligamento triangular (TFCC)
- Tendinitis (De Quervain)
- Síndrome del túnel carpiano
- Gangliones y quistes sinoviales
- Luxaciones y subluxaciones

SÍNTOMAS COMUNES

- Dolor en la muñeca, agudo o sordo
- Inflamación y sensibilidad
- Limitación del movimiento
- Debilidad al agarrar o levantar objetos
- Chasquidos o sensación de inestabilidad
- Hormigueo o entumecimiento en la mano o dedos

MOVIMIENTOS PRINCIPALES DE LA MUÑECA



FLEXIÓN

Movimiento de la mano hacia la palma del antebrazo.



EXTENSIÓN

Movimiento de la mano hacia el dorso del antebrazo.



DESVIACIÓN RADIAL

Inclinación de la muñeca hacia el lado del pulgar.



DESVIACIÓN CUBITAL

Inclinación de la muñeca hacia el lado del meñique.



CIRCUNDUCCIÓN

Movimiento circular que combina todos los planos.

CAUSAS PRINCIPALES



TRATAMIENTO



EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

- ✓ Historia clínica detallada del mecanismo de lesión.
- ✓ Exploración física: inspección, palpación, movilidad, fuerza y pruebas específicas.
- ✓ Pruebas específicas: Watson (escafoides), Finkelstein (De Quervain), Phalen y Tinel (túnel carpiano).
- ✓ Pruebas de imagen: radiografías en proyecciones específicas, ecografía, TAC o resonancia magnética.

PREVENCIÓN

- ✓ Fortalecimiento muscular y ejercicio regular.
- ✓ Técnica adecuada en actividades deportivas y laborales.
- ✓ Uso de protecciones (muñequeras, férulas) cuando sea necesario.
- ✓ Evitar sobrecargas y movimientos repetitivos prolongados.
- ✓ Ergonomía adecuada en el trabajo y actividades diarias.

“ El cuidado de la muñeca es esencial para mantener la independencia funcional de la mano. La evaluación y el tratamiento oportunos son clave para una recuperación completa. ”



MÓDULO 9

**TRAUMATISMOS POR
REGIONES ANATÓMICAS**

9.6 MANO

La mano es una estructura compleja que nos permite realizar movimientos precisos y delicados, además de proporcionar fuerza, agarre y sensibilidad.

Está formada por 27 huesos, numerosos músculos, tendones, ligamentos, nervios y vasos sanguíneos que trabajan en conjunto para permitir desde las tareas cotidianas más simples hasta las más especializadas.

Debido a su uso constante y exposición a traumatismos, la mano es susceptible a una gran variedad de lesiones que pueden afectar su función y calidad de vida.

Un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado son fundamentales para lograr una recuperación óptima y evitar secuelas a largo plazo.

TENDONES EXTENSORES

Permiten la extensión de los dedos y el pulgar.

MÚSCULOS INTRÍNSECOS

Controlan los movimientos finos de los dedos y la coordinación.

NERVIOS DIGITALES

Proporcionan sensibilidad y participan en la motricidad fina de la mano.

HUESOS DE LA MANO

27 huesos divididos en:

- Carpianos (8)
- Metacarpianos (5)
- Falanges (14)

LIGAMENTOS

Aportan estabilidad a las articulaciones carpianas, metacarpofalángicas e interfalángicas.

VASOS SANGUÍNEOS

Irrigan los tejidos de la mano, asegurando su nutrición y correcta función.

LESIONES MÁS FRECUENTES



- Esguinces y luxaciones de los dedos y pulgar
- Fracturas de falanges, metacarpianos y carpo
- Fractura de escafoides
- Síndrome del túnel carpiano
- Tendinitis y tenosinovitis
- Dedo en martillo, dedo en gatillo
- Contusiones, hematomas y heridas
- Lesiones ligamentarias (ej. pulgar del esquiador)

SÍNTOMAS COMUNES



- Dolor localizado o difuso
- Inflamación y enrojecimiento
- Hematomas y cambios de color
- Limitación del movimiento o rigidez
- Disminución de la fuerza y del agarre
- Hormigueo, entumecimiento o pérdida de sensibilidad
- Deformidad o inestabilidad articular

MOVIMIENTOS PRINCIPALES DE LA MANO



FLEXIÓN

Cerrar la mano llevando los dedos y el pulgar hacia la palma.



EXTENSIÓN

Abrir la mano separando los dedos y el pulgar.



ABDUCCIÓN

Separar los dedos del eje medio de la mano.



ADUCCIÓN

Acercar los dedos al eje medio de la mano.



OPOSICIÓN

Movimiento del pulgar para tocar la yema de los demás dedos.



PRENSIÓN

Agarre de objetos utilizando la fuerza de los dedos y pulgar.

CAUSAS PRINCIPALES



CAÍDAS SOBRE LA MANO



TRAUMATISMOS DIRECTOS



GOLPES CON OBJETOS



SOBREUSO Y MOVIMIENTOS REPETITIVOS



ACCIDENTES LABORALES



PRÁCTICAS DEPORTIVAS

TRATAMIENTO



REPOSO RELATIVO Y PROTECCIÓN



CONTROL DEL DOLOR E INFLAMACIÓN



INMOVILIZACIÓN (CUANDO SEA NECESARIO)



FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN



EJERCICIOS DE MOVILIDAD Y FORTALECIMIENTO



VALORACIÓN MÉDICA Y/O QUIRÚRGICA SEGÚN EL CASO

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

- ✓ Historia clínica detallada del mecanismo de lesión y síntomas.
- ✓ Exploración física: inspección, palpación, movilidad, fuerza, sensibilidad y pruebas específicas.
- ✓ Pruebas específicas: Phalen y Tinel (túnel carpiano), Watson (escafoides), prueba de estrés ligamentario, etc.
- ✓ Pruebas de imagen: radiografías, ecografía, TAC o RMN.



PREVENCIÓN

- ✓ Calentamiento previo y estiramientos.
- ✓ Fortalecimiento de la musculatura de la mano y antebrazo.
- ✓ Uso adecuado de herramientas y equipos de protección.
- ✓ Técnica correcta en actividades deportivas y laborales.
- ✓ Evitar sobrecargas y movimientos repetitivos prolongados.
- ✓ Descansos regulares en tareas manuales y repetitivas.



La mano es una herramienta extraordinaria.

Cuidarla y tratar correctamente sus lesiones es clave para mantener nuestra independencia y calidad de vida.



CONOCIMIENTO APLICADO



PRÁCTICA CLÍNICA



EVIDENCIA CIENTÍFICA



ENFOQUE FUNCIONAL



RESULTADOS QUE PERDURAN



MÓDULO 9

TRAUMATISMOS POR
REGIONES ANATÓMICAS

9.7 COLUMNA CERVICAL

La columna cervical está formada por 7 vértebras (C1–C7) que sostienen la cabeza, permiten su movilidad y protegen estructuras vitales como la médula espinal, las arterias vertebrales y los nervios cervicales.

Los traumatismos cervicales pueden producirse por mecanismos de impacto directo, aceleración–desaceleración (latigazo cervical), caídas, sobrecargas o malas posturas mantenidas.

Las lesiones pueden afectar a huesos, discos intervertebrales, ligamentos, músculos, nervios y vasos sanguíneos, generando desde dolor local hasta déficits neurológicos graves.



LESIONES MÁS FRECUENTES

- Latigazo cervical (esguince cervical)
- Hernia o protrusión discal cervical
- Fracturas de apófisis transversas o pedículos
- Luxaciones facetarias
- Contracturas y distensiones musculares
- Radiculopatías cervicales
- Mielopatía cervical



SÍNTOMAS COMUNES

- Dolor en cuello que puede irradiarse a hombros y brazos
- Rigidez o limitación del movimiento
- Cefalea tensional o migrañas cervicogénicas
- Hormigueo, adormecimiento o debilidad en brazos/manos
- Mareos, inestabilidad o visión borrosa (en casos vasculares)

CAUSAS PRINCIPALES



ACCIDENTES
DE TRÁFICO



LATIGAZO
CERVICAL



CAÍDAS
Y GOLPES



SOBRECARGA
POSTURAL



DEPORTES DE
CONTACTO



ESTRÉS Y
TENSIÓN MUSCULAR

MECANISMOS LESIONALES



FLEXIÓN FORZADA
(hiperflexión)



EXTENSIÓN FORZADA
(hiperextensión)



FLEXIÓN LATERAL
FORZADA



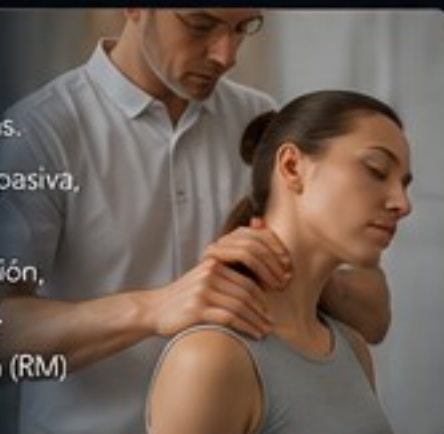
ROTACIÓN FORZADA



COMPRESIÓN
AXIAL

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

- ✓ Historia clínica detallada del mecanismo de lesión y síntomas.
- ✓ Exploración física: inspección, palpación, movilidad activa y pasiva, pruebas neurológicas.
- ✓ Pruebas específicas: Spurling, Distracción cervical, Compresión, Vertebrales, Test de Sharp-Purser (inestabilidad atlantoaxial).
- ✓ Pruebas de imagen: radiografías, TAC, resonancia magnética (RM) y electromiografía (EMG) si hay afectación neurológica.



TRATAMIENTO



REPOSO RELATIVO Y
CONTROL DEL DOLOR



FISIOTERAPIA Y
TERAPIA MANUAL



EJERCICIOS DE
MOVILIDAD Y FORTALECIMIENTO



CORRECCIÓN POSTURAL
Y ERGONOMÍA



INMOVILIZACIÓN TEMPORAL
(SI ES NECESARIO)



TRATAMIENTO MÉDICO O
QUIRÚRGICO EN CASOS GRAVES



PREVENCIÓN

- ✓ Mantener una postura correcta.
- ✓ Fortalecer la musculatura cervical y escapular.
- ✓ Evitar movimientos bruscos y sobrecargas.
- ✓ Usar reposacabezas adecuado en el automóvil.
- ✓ Realizar pausas activas en tareas prolongadas.



COMPLICACIONES POSIBLES

- Dolor crónico y rigidez persistente.
- Radiculopatía o mielopatía cervical.
- Cefalea cervicogénica crónica.
- Inestabilidad vertebral.
- Compresión medular o compromiso vascular.



La estabilidad y movilidad de la columna cervical son esenciales para nuestra calidad de vida. Su protección y cuidado previenen lesiones que pueden tener consecuencias graves.



CONOCIMIENTO
APLICADO



PRÁCTICA
CLÍNICA



EVIDENCIA
CIENTÍFICA



ENFOQUE
FUNCIONAL



RESULTADOS
QUE PERDURAN



MÓDULO 9

TRAUMATISMOS POR
REGIONES ANATÓMICAS

9.8 COLUMNA DORSAL

La columna dorsal está formada por 12 vértebras (T1-T12) que se articulan con las costillas, formando la caja torácica y protegiendo órganos vitales como el corazón y los pulmones.

Esta región proporciona estabilidad y permite movimientos de rotación y flexión moderados. Las lesiones dorsales pueden afectar músculos, articulaciones, discos intervertebrales, costillas y nervios, provocando dolor local, limitación funcional y, en algunos casos, afectación respiratoria.

Un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado son esenciales para aliviar el dolor, restaurar la movilidad y prevenir complicaciones.

LESIONES MÁS FRECUENTES



- Contracturas y sobrecargas musculares
- Dorsalgia mecánica
- Disfunciones de las articulaciones costovertebrales y costotransversas
- Hernias o protrusiones discales torácicas
- Fracturas por compresión vertebral
- Síndrome facetario (artropatía cigapofisaria)
- Espondilitis anquilosante y otras enfermedades inflamatorias

SÍNTOMAS COMUNES



- Dolor y rigidez en la parte media de la espalda
- Dolor que puede irradiarse hacia el tórax o el abdomen
- Dolor al respirar profundamente o al toser
- Limitación en la rotación y flexión del tronco
- Sensación de fatiga muscular y sobrecarga
- Hormigueo o adormecimiento en el tronco (menos frecuente)

CAUSAS PRINCIPALES



MALAS POSTURAS
PROLONGADAS



SOBRECARGA
MUSCULAR



TRAUMATISMOS
DIRECTOS



MOVIMIENTOS
REPETITIVOS



ESTRÉS Y
TENSIÓN
MUSCULAR



ENFERMEDADES
INFLAMATORIAS

TRATAMIENTO



REPOSO RELATIVO Y
ADAPTACIÓN DE ACTIVIDADES



CONTROL DEL DOLOR
E INFLAMACIÓN



FISIOTERAPIA Y TERAPIA MANUAL



EJERCICIOS DE MOVILIDAD
Y FORTALECIMIENTO



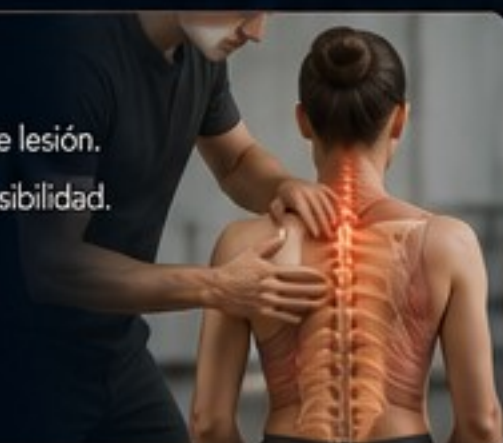
REEDUCACIÓN POSTURAL
Y ERGONOMÍA



TRATAMIENTO MÉDICO O
QUIRÚRGICO (EN CASOS GRAVES)

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

- ✓ Historia clínica detallada y análisis del mecanismo de lesión.
- ✓ Exploración física: palpación, movilidad, fuerza y sensibilidad.
- ✓ Pruebas específicas: test de movilidad torácica, palpación de costillas y articulaciones.
- ✓ Pruebas de imagen: radiografías, TAC, RMN (según el caso).



PREVENCIÓN

- ✓ Mantener una postura correcta al sentarse y de pie.
- ✓ Fortalecer la musculatura dorsal y abdominal.
- ✓ Realizar pausas activas en tareas prolongadas.
- ✓ Evitar sobrecargas y movimientos bruscos.
- ✓ Practicar ejercicio regular y estiramientos.



“ Una columna dorsal sana es clave para una postura equilibrada y una respiración eficiente. Su cuidado diario previene lesiones y mejora tu calidad de vida. ”



CONOCIMIENTO
APLICADO



PRÁCTICA
CLÍNICA



EVIDENCIA
CIENTÍFICA



ENFOQUE
FUNCIONAL



RESULTADOS
QUE PERDURAN



MÓDULO 9

TRAUMATISMOS POR
REGIONES ANATÓMICAS

9.9 COLUMNA LUMBAR

La columna lumbar está formada por 5 vértebras (L1-L5) que soportan la mayor parte del peso del cuerpo y permiten movimientos de flexión, extensión, inclinación lateral y rotación. Es una región clave para la estabilidad, la movilidad y la transmisión de fuerzas entre el tronco y las extremidades.

Los traumatismos lumbares pueden deberse a sobrecargas mecánicas, malas posturas, movimientos repetitivos, impactos directos o degeneración discal.

Un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado son fundamentales para aliviar el dolor, recuperar la funcionalidad y evitar la cronificación.



LESIONES MÁS FRECUENTES

- Lumbalgia mecánica (aguda o crónica)
- Hernia o protrusión discal lumbar
- Estenosis del canal lumbar
- Espondilolistesis
- Contracturas y sobrecargas musculares
- Síndrome facetario lumbar
- Fracturas por compresión vertebral



SÍNTOMAS COMUNES

- Dolor en la zona lumbar (localizado o irradiado)
- Rigidez y limitación de movimiento
- Dolor irradiado a glúteos o piernas (ciática)
- Hormigueo, adormecimiento o debilidad en piernas
- Dolor que empeora al estar sentado o de pie mucho rato
- Espasmos musculares y fatiga lumbar



VÉRTEBRAS LUMBARES (L1-L5)

Grandes y robustas, diseñadas para soportar cargas y permitir el movimiento.

DISCOS INTERVERTEBRALES

Amortiguan las cargas entre vértebras y permiten la flexibilidad de la columna.

ARTICULACIONES FACETARIAS

Guían y estabilizan los movimientos de la columna lumbar.

NERVIOS ESPINALES LUMBARES

Emergen entre las vértebras y se dirigen hacia las extremidades inferiores, controlando sensibilidad y movimiento.

MÚSCULOS LUMBARES

Incluyen el psoas, cuadrado lumbar y erectores espinales, esenciales para la estabilidad y el movimiento.

SACRO Y PELVIS

Transfieren el peso desde la columna lumbar hacia las extremidades inferiores, proporcionando estabilidad.

MOVIMIENTOS PRINCIPALES DE LA COLUMNA LUMBAR



FLEXIÓN

Inclinación hacia adelante.



EXTENSIÓN

Inclinación hacia atrás.



INCLINACIÓN LATERAL

Inclinación hacia cada lado.



ROTACIÓN

Giro del tronco hacia cada lado.



ESTABILIDAD

Mantener la alineación para soportar cargas y movimientos.

CAUSAS PRINCIPALES



MALAS POSTURAS
PROLONGADAS



SOBRECARGA
MUSCULAR



LEVANTAMIENTO
INADECUADO
DE PESO



MOVIMIENTOS
REPETITIVOS



TRAUMATISMOS
Y GOLPES



DEGENERACIÓN
NATURAL

TRATAMIENTO



REPOSO RELATIVO
Y EDUCACIÓN POSTURAL



CONTROL DEL DOLOR
E INFLAMACIÓN



FISIOTERAPIA Y
TERAPIA MANUAL



EJERCICIOS DE ESTABILIZACIÓN
Y FORTALECIMIENTO



REEDUCACIÓN POSTURAL
Y ERGONOMÍA



TRATAMIENTO MÉDICO O
QUIRÚRGICO (EN CASOS GRAVES)

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

- ✓ Historia clínica detallada del mecanismo de lesión y síntomas.
- ✓ Exploración física: postura, movilidad, fuerza, sensibilidad y pruebas neurológicas.
- ✓ Pruebas específicas: Lasègue, Slump test, Test de movilidad lumbar, Test de fuerza.
- ✓ Pruebas de imagen: radiografías, RMN, TAC (según el caso).



PREVENCIÓN

- ✓ Mantener una postura correcta al sentarse, de pie y al levantar peso.
- ✓ Fortalecer la musculatura lumbar, abdominal y de glúteos.
- ✓ Realizar pausas activas en actividades sedentarias.
- ✓ Evitar sobrecargas y movimientos bruscos.
- ✓ Practicar ejercicio regular y estiramientos.



SIGNOS DE ALARMA

- Dolor intenso que no mejora con el reposo.
- Pérdida de fuerza progresiva en piernas.
- Pérdida de control de esfínteres.
- Adormecimiento en zona perineal (síndrome de cauda equina).
- Fiebre asociada o pérdida de peso inexplicable.



COMPLICACIONES POSIBLES

- Dolor crónico y limitación funcional.
- Hernia discal con afectación neurológica.
- Estenosis lumbar avanzada.
- Debilidad muscular y pérdida de movilidad.
- Discapacidad y disminución de la calidad de vida.



Cuidar tu columna lumbar es cuidar la base de tu movilidad, fuerza y bienestar.
Una espalda fuerte y flexible te permite vivir sin límites.



CONOCIMIENTO
APLICADO



PRÁCTICA
CLÍNICA



EVIDENCIA
CIENTÍFICA



ENFOQUE
FUNCIONAL



RESULTADOS
QUE PERDURAN



MÓDULO 9

TRAUMATISMOS POR REGIONES ANATÓMICAS

9.10 PELVIS

La pelvis es una estructura ósea en forma de anillo que conecta la columna vertebral con los miembros inferiores, protegiendo órganos vitales y soportando el peso del tronco.

Actúa como base para la transmisión de fuerzas entre el tronco y las piernas, y es clave para la estabilidad, el equilibrio y el movimiento.

Los traumatismos pélvicos pueden deberse a impactos directos, caídas, accidentes de tráfico, sobrecargas repetitivas o disfunciones posturales.

Un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado son esenciales para evitar complicaciones como dolor crónico, inestabilidad o alteraciones de la marcha.

LESIONES MÁS FRECUENTES



- Fracturas de pelvis (ramas púbicas, acetábulo)
- Luxación o subluxación sacroiliaca
- Disfunción de la sínfisis del pubis
- Contusiones óseas o musculares
- Lesiones de ligamentos pélvicos
- Síndrome del piriforme
- Dolor pélvico crónico

SÍNTOMAS COMUNES



- Dolor en la ingle, glúteos o zona lumbar
- Dolor al caminar, subir escaleras o girar el tronco
- Sensación de inestabilidad al estar de pie
- Chasquidos o bloqueos en la cadera
- Irradiación de dolor a muslos o piernas
- Dificultad para sentarse o levantarse

MÚSCULOS PÉLVICOS

Incluyen el iliopsoas, piriforme, obturadores y suelo pélvico. Estabilizan, movilizan la cadera y soportan órganos internos.

NERVIOS Y VASOS PÉLVICOS

El plexo lumbosacro y los vasos ilíacos internos irrigan e inervan órganos pélvicos y miembros inferiores.

ARTICULACIÓN SACROILIACA

Une el sacro con los ilíacos. Permite pequeños movimientos de amortiguación y transmite fuerzas del tronco a las piernas.

ILION

Parte superior del hueso coxal, soporta el peso del tronco y protege estructuras abdominales.

ACETÁBULO

Cavidad que articula con la cabeza del fémur. Es clave para la estabilidad de la cadera.

LIGAMENTOS PÉLVICOS

Incluyen el sacroiliaco anterior y posterior, sacrotuberoso y sacroespinoso. Aportan estabilidad a la pelvis.

SÍNFISIS DEL PUBIS

Articulación fibrocartilaginosa que une ambos pubis. Permite mínima movilidad y absorbe fuerzas.

MOVIMIENTOS PRINCIPALES DE LA PELVIS



ANTEVERSIÓN

Inclinación anterior de la pelvis.



RETROVERSIÓN

Inclinación posterior de la pelvis.



INCLINACIÓN LATERAL

Descenso de un lado de la pelvis.



ROTACIÓN

Giro de la pelvis sobre el eje vertical.



ELEVACIÓN Y DESCENSO

Movimiento vertical de la pelvis.

CAUSAS PRINCIPALES



ACCIDENTES
DE TRÁFICO



CAÍDAS
DIRECTAS



GOLPES
LATERALES



SOBRECARGAS
DEPORTIVAS



EMBARAZO
Y PARTO



DESEQUILIBRIOS
POSTURALES

TRATAMIENTO



REPOSO RELATIVO Y
CONTROL DEL DOLOR



FISIOTERAPIA Y
TERAPIA MANUAL



EJERCICIOS DE
ESTABILIZACIÓN PÉLVICA



FORTALECIMIENTO DEL
SUELO PÉLVICO Y CORE



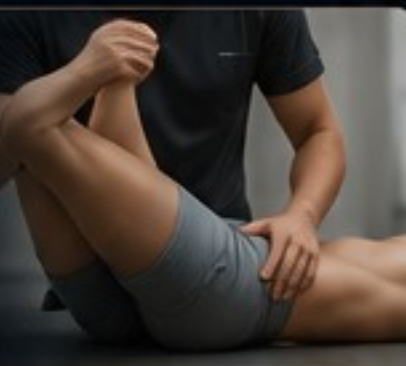
CORRECCIÓN POSTURAL
Y ERGONOMÍA



TRATAMIENTO MÉDICO O
QUIRÚRGICO (EN CASOS GRAVES)

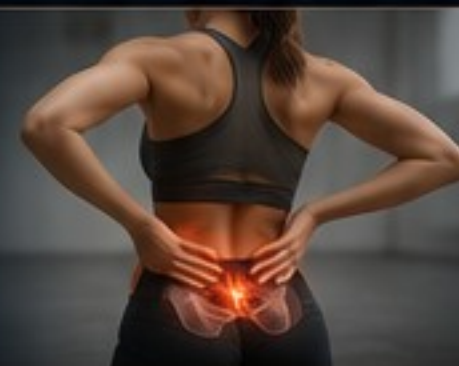
EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

- ✓ Historia clínica detallada del mecanismo de lesión y síntomas.
- ✓ Exploración física: palpación, movilidad, pruebas funcionales.
- ✓ Tests específicos: FABER, compresión/distracción sacroiliaca, Gaenslen, test de Trendelenburg.
- ✓ Pruebas de imagen: radiografías, TAC, RMN, ecografía.



PREVENCIÓN

- ✓ Fortalecer core, glúteos y musculatura estabilizadora.
- ✓ Mantener una buena postura en las actividades diarias.
- ✓ Evitar sobrecargas y movimientos bruscos.
- ✓ Usar calzado adecuado y superficies estables.
- ✓ Realizar estiramientos y ejercicios de movilidad.



POSIBLES COMPLICACIONES

- Dolor pélvico crónico y limitación funcional.
- Inestabilidad sacroiliaca o de la sínfisis del pubis.
- Alteraciones de la marcha y compensaciones musculares.
- Afectación de órganos pélvicos (rara pero grave).



“Una pelvis estable es la base de un cuerpo funcional. Su cuidado protege tu postura, tu movimiento y tu calidad de vida.”



CONOCIMIENTO
APLICADO



PRÁCTICA
CLÍNICA



EVIDENCIA
CIENTÍFICA



ENFOQUE
FUNCIONAL



RESULTADOS
QUE PERDURAN



MÓDULO 9

TRAUMATISMOS POR REGIONES ANATÓMICAS

9.11 CADERA

La cadera es una articulación esferoidea que conecta el fémur con la pelvis. Es una de las articulaciones más estables y de mayor carga del cuerpo humano, permitiendo movimientos de gran amplitud y soportando el peso corporal en bipedestación.

Su estabilidad depende de la congruencia ósea, la cápsula articular, los ligamentos, la musculatura profunda y el control neuromuscular.

Las lesiones de cadera pueden afectar la movilidad, el rendimiento físico y la calidad de vida, provocando dolor en la ingle, glúteos o cara lateral del muslo.

Un diagnóstico adecuado y un tratamiento personalizado son clave para recuperar la función y prevenir complicaciones.

ACETÁBULO

Cavidad de la pelvis que articula con la cabeza femoral.

CABEZA FEMORAL

Forma esférica del fémur que encaja en el acetábulo permitiendo el movimiento.

MÚSCULO ILÍACO

Flexor principal de la cadera. Permite la flexión del muslo y estabiliza la pelvis.

LABRUM ACETABULAR

Anillo fibrocartilaginoso que profundiza el acetábulo y mejora la estabilidad articular.

CÁPSULA ARTICULAR

Rodea la articulación de la cadera, aportando estabilidad y conteniendo el líquido sinovial.

LIGAMENTO ILIOFEMORAL

Ligamento fuerte en forma de Y. Resiste la extensión y mantiene la estabilidad anterior.

TROCÁNTER MAYOR

Prominencia ósea donde se insertan músculos abductores y rotadores externos.

MÚSCULOS GLÚTEOS

Principalmente el glúteo mayor, medio y menor. Responsables de la extensión, abducción y rotación de la cadera.

LESIONES MÁS FRECUENTES

- Bursitis trocantérica
- Tendinopatía de glúteos
- Lesión del labrum acetabular
- Pinzamiento femoroacetabular (FAI)
- Artrosis de cadera
- Fracturas del cuello femoral
- Luxación o subluxación de cadera
- Distensiones musculares

SÍNTOMAS COMUNES

- Dolor en la ingle, glúteo o cara lateral del muslo
- Rigidez o pérdida de movilidad
- Dolor al caminar, subir escaleras o estar sentado
- Chasquidos o sensación de bloqueo
- Debilidad muscular o sensación de inestabilidad
- Limitación para realizar actividades deportivas

MOVIMIENTOS PRINCIPALES DE LA CADERA



FLEXIÓN

Llevar el muslo hacia adelante.



EXTENSIÓN

Llevar el muslo hacia atrás.



ABDUCCIÓN

Separar el muslo del cuerpo.



ADUCCIÓN

Acercar el muslo al cuerpo.



ROTACIÓN INTERNA

Girar el muslo hacia adentro.



ROTACIÓN EXTERNA

Girar el muslo hacia afuera.

CAUSAS PRINCIPALES



SOBRECARGA REPETITIVA



TRAUMATISMOS DIRECTOS



DESEQUILIBRIOS MUSCULARES



ALTERACIONES BIOMECÁNICAS



ENVEJECIMIENTO Y DESGASTE



DEPORTES DE IMPACTO

TRATAMIENTO



REPOSO RELATIVO Y MODIFICACIÓN DE ACTIVIDADES



CONTROL DEL DOLOR E INFLAMACIÓN



FISIOTERAPIA Y TERAPIA MANUAL



EJERCICIOS DE MOVILIDAD, FUERZA Y ESTABILIDAD



REEDUCACIÓN POSTURAL Y BIOMECÁNICA



TRATAMIENTO MÉDICO O INFILTRACIONES (SEGÚN CASO)



CIRUGÍA ARTROSCÓPICA O PRÓTESIS (EN CASOS GRAVES)

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

- ✓ Historia clínica detallada y análisis del dolor.
- ✓ Exploración física: rango de movimiento, fuerza, test específicos (FABER, FADIR, Ober, Trendelenburg).
- ✓ Pruebas de imagen: radiografías, resonancia magnética, ecografía.
- ✓ Evaluación funcional y biomecánica.



PREVENCIÓN

- ✓ Fortalecer glúteos, core y musculatura estabilizadora.
- ✓ Mantener buena movilidad y flexibilidad.
- ✓ Evitar sobrecargas y movimientos repetitivos.
- ✓ Mejorar la técnica deportiva y la postura.
- ✓ Usar calzado adecuado y superficies estables.
- ✓ Realizar calentamiento y estiramientos.



POSIBLES COMPLICACIONES

- Dolor crónico y limitación funcional.
- Artrosis precoz.
- Debilidad muscular y pérdida de estabilidad.
- Inestabilidad o luxaciones recurrentes.
- Atrofia muscular y alteraciones posturales.



¿SABÍAS QUE?

La cadera es la articulación que soporta mayor carga en el cuerpo, llegando a soportar entre 3 y 5 veces el peso corporal al caminar y hasta 8 veces al subir escaleras.



Una cadera sana te da libertad para moverte, fuerza para avanzar y estabilidad para vivir sin límites. Cuidala hoy, tu cuerpo te lo agradecerá mañana.



CONOCIMIENTO APLICADO



PRÁCTICA CLÍNICA



EVIDENCIA CIENTÍFICA



ENFOQUE FUNCIONAL



RESULTADOS QUE PERDURAN



MÓDULO 9

TRAUMATISMOS POR REGIONES ANATÓMICAS

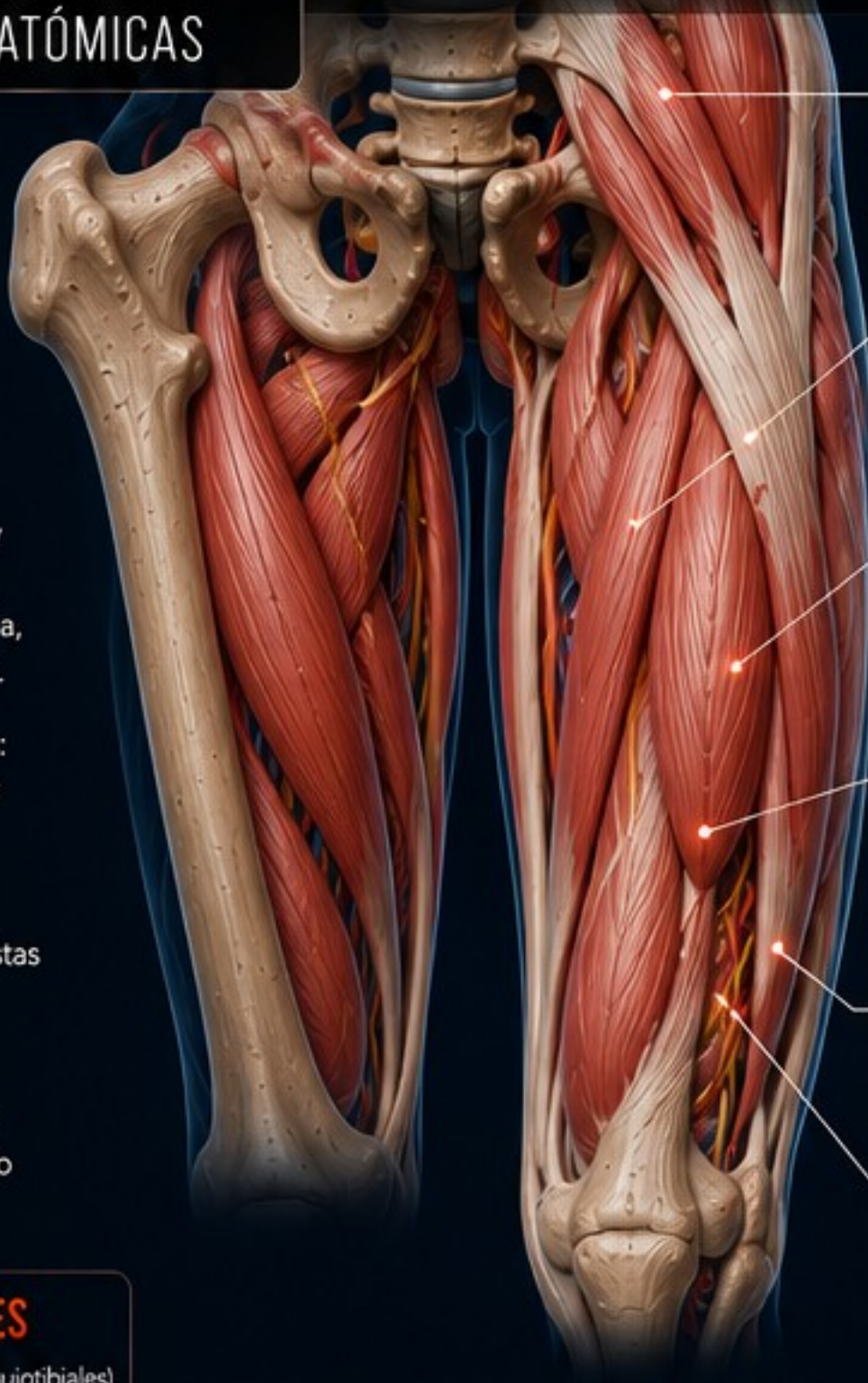
9.12 MUSLO

El muslo es la región comprendida entre la cadera y la rodilla. Contiene los músculos más voluminosos del cuerpo humano y es fundamental para la marcha, la carrera, el salto y el mantenimiento de la postura.

Está formado por tres compartimentos musculares: anterior (extensores), medial (aductores) y posterior (isquiotibiales), que trabajan en coordinación para producir movimiento, estabilidad y fuerza.

Las lesiones en el muslo son frecuentes en deportistas y personas activas, y pueden afectar a músculos, tendones, nervios o vasos sanguíneos.

Un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado permiten una recuperación segura y eficaz, evitando recidivas y complicaciones.



ILIACO Y PSOAS

Flexores principales de la cadera. Permiten la flexión del muslo y estabilizan la pelvis.

CUÁDRICEPS FEMORAL (COMPARTIMENTO ANTERIOR)

Formado por recto femoral, vasto lateral, vasto medial y vasto intermedio. Extiende la rodilla y estabiliza la rótula.

ADUCTORES (COMPARTIMENTO MEDIAL)

Aducen el muslo y ayudan a la flexión y rotación interna de la cadera. Dan estabilidad a la pelvis.

ISQUIOTIBIALES (COMPARTIMENTO POSTERIOR)

Formado por bíceps femoral, semitendinoso y semimembranoso. Extienden la cadera y flexionan la rodilla.

NERVIO FEMORAL Y CIÁTICO

Inervan los músculos del muslo y aportan sensibilidad a la piel. Su lesión puede causar dolor, debilidad o pérdida de sensibilidad.

VASTO MEDIAL (VMO)

Estabilizador interno de la rótula, clave para la salud de la rodilla.

LESIONES MÁS FRECUENTES



- Distensiones musculares (cuádriceps, isquiotibiales)
- Desgarros musculares parciales o completos
- Tendinopatías (recto femoral, aductores)
- Contusiones y hematomas
- Síndrome de la cintilla iliotibial
- Lesiones del nervio femoral o ciático
- Fracturas por estrés del fémur

SÍNTOMAS COMUNES



- Dolor localizado en el muslo
- Inflamación o hematoma
- Rigidez o sensación de tirantez
- Debilidad muscular
- Limitación para caminar, correr o subir escaleras
- Calambres o espasmos musculares
- Pérdida de fuerza o de rendimiento

MOVIMIENTOS PRINCIPALES DEL MUSLO



FLEXIÓN DE CADERA

Llevar el muslo hacia adelante.



EXTENSIÓN DE CADERA

Llevar el muslo hacia atrás.



EXTENSIÓN DE RODILLA

Enderezar la pierna.



FLEXIÓN DE RODILLA

Doblar la pierna.



ADUCCIÓN DE CADERA

Llevar el muslo hacia la línea media.



ABUCCIÓN DE CADERA

Alejar el muslo del cuerpo.



ROTACIÓN INTERNA Y EXTERNA

Girar el muslo hacia dentro o hacia fuera.

CAUSAS PRINCIPALES



SOBRECARGA MUSCULAR



ESFUERZOS EXPLOSIVOS



FALTA DE CALENTAMIENTO



MOVIMIENTOS REPETITIVOS



TRAUMATISMOS MUSCULARES

TRATAMIENTO



REPOSO RELATIVO Y CONTROL DEL DOLOR



FISIOTERAPIA Y TERAPIA MANUAL



EJERCICIOS DE MOVILIDAD Y ESTIRAMIENTO



FORTALECIMIENTO PROGRESIVO



REEDUCACIÓN FUNCIONAL Y DEPORTIVA



TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO (EN CASOS GRAVES)

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO



✓ Historia clínica detallada y mecanismo de lesión



✓ Exploración física: palpación, fuerza, elasticidad y rango de movimiento



✓ Pruebas específicas: estiramiento, resistencia, Thomas test, Ober test, etc.



✓ Pruebas de imagen: ecografía, RMN, TAC (según el caso)



✓ Valoración funcional y biomecánica

PREVENCIÓN

- ✓ Calentamiento adecuado antes del ejercicio
- ✓ Fortalecer cuádriceps, isquiotibiales y glúteos
- ✓ Estiramientos regulares y movilidad de cadera
- ✓ Progresión gradual en la carga y el entrenamiento
- ✓ Técnica correcta en actividades deportivas
- ✓ Descanso y recuperación adecuados



POSIBLES COMPLICACIONES

- Rotura completa del músculo o tendón
- Retrasos en la cicatrización
- Tendinopatías crónicas
- Pérdida de fuerza y masa muscular
- Compensaciones y sobrecargas secundarias
- Recidivas frecuentes



¿SABÍAS QUÉ?

Los músculos del muslo son los más potentes del cuerpo y generan más del 60 % de la fuerza total en la carrera. Cuidarlos es esencial para tu rendimiento y tu salud articular.



Un muslo fuerte y equilibrado es la base de cada movimiento.
Entrena con inteligencia, recupérate con paciencia y muévete sin dolor.



CONOCIMIENTO APLICADO



PRÁCTICA CLÍNICA



EVIDENCIA CIENTÍFICA



ENFOQUE FUNCIONAL



RESULTADOS QUE PERDURAN



MÓDULO 9

TRAUMATISMOS POR REGIONES ANATÓMICAS

9.13 RODILLA

La rodilla es una de las articulaciones más complejas y cargadas del cuerpo. Actúa como bisagra entre el fémur y la tibia, permitiendo movimientos de flexión y extensión, y participa en la estabilidad global de la pierna.

Está formada por huesos, meniscos, ligamentos, músculos, tendones y bursas que trabajan en conjunto para soportar peso, absorber impactos y permitir movilidad.

Las lesiones en la rodilla son muy comunes, tanto en el ámbito deportivo como en la vida diaria, y pueden afectar la funcionalidad y calidad de vida.

Un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado son esenciales para una recuperación exitosa.



CUÁDRICEPS FEMORAL

Músculo principal que permite la extensión de la rodilla.

RÓTULA

Hueso sesamoideo que protege la articulación y mejora la palanca del cuádriceps.

LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR (LCA)

Evita el desplazamiento anterior de la tibia y proporciona estabilidad rotacional.

LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL (LCM)

Estabiliza la rodilla frente a fuerzas en valgo (hacia adentro).

MENISCO MEDIAL

Amortigua impactos, distribuye cargas y estabiliza la articulación.

LIGAMENTO COLATERAL LATERAL (LCL)

Estabiliza la rodilla frente a fuerzas en varo (hacia afuera).

MENISCO LATERAL

Amortigua impactos y mejora la congruencia articular.

TENDÓN ROTULIANO

Conecta la rótula con la tibia y transmite la fuerza del cuádriceps.

LESIONES MÁS FRECUENTES



- Esguinces de ligamentos (LCA, LCM, LCL)
- Lesiones meniscales
- Tendinitis rotuliana
- Condromalacia rotuliana
- Bursitis
- Luxaciones rotulianas
- Artrosis de rodilla
- Fracturas (rótula, tibia, fémur)

SÍNTOMAS COMUNES



- Dolor en la parte anterior, interna o externa
- Hinchazón o inflamación
- Inestabilidad o sensación de "fallo"
- Rigidez o dificultad para mover la rodilla
- Chasquidos o bloqueos articulares
- Debilidad muscular
- Dolor al subir o bajar escaleras, correr o estar de pie mucho tiempo

MOVIMIENTOS PRINCIPALES DE LA RODILLA



FLEXIÓN

Acercar el talón al glúteo.



EXTENSIÓN

Enderezar la pierna hacia adelante.



ROTACIÓN INTERNA

Girar la pierna hacia adentro.



ROTACIÓN EXTERNA

Girar la pierna hacia afuera.



VALGO

Movimiento hacia adentro de la rodilla.



VARO

Movimiento hacia afuera de la rodilla.

CAUSAS PRINCIPALES



TRAUMATISMOS
DEPORTIVOS



GIROS
BRUSCOS



SOBRECARGA
REPETITIVA



DEBILIDAD
MUSCULAR



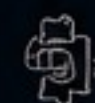
MAL ALINEAMIENTO
BIOMECÁNICO



SOBREPESO



ENVEJECIMIENTO
Y DESGASTE



CAÍDAS O
IMPACTOS

TRATAMIENTO



REPOSO RELATIVO Y
CONTROL DEL DOLOR



FISIOTERAPIA Y
TERAPIA MANUAL



EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO
Y PROPIOCEPCIÓN



TERAPIA CON FRÍO / CALOR



TRATAMIENTO MÉDICO O
QUIRÚRGICO (SEGÚN EL CASO)

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

- ✓ Historia clínica detallada
- ✓ Exploración física: pruebas ligamentosas y meniscales
- ✓ Pruebas funcionales: fuerza, equilibrio y movilidad
- ✓ Pruebas de imagen: radiografías, ecografía, RMN (según el caso)
- ✓ Valoración biomecánica



PREVENCIÓN

- ✓ Fortalecer cuádriceps, isquiotibiales y glúteos
- ✓ Mejorar la flexibilidad y movilidad
- ✓ Calentar antes del ejercicio
- ✓ Usar calzado adecuado
- ✓ Evitar sobrecargas y giros bruscos
- ✓ Mantener un peso saludable
- ✓ Entrenar equilibrio y propiocepción



POSIBLES COMPLICACIONES

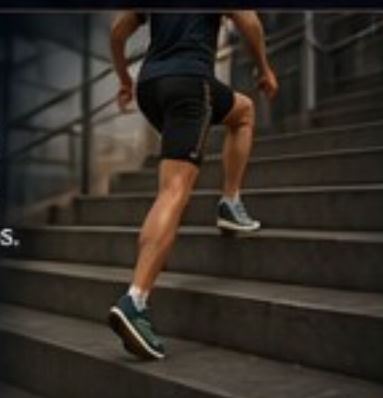
- Inestabilidad crónica
- Lesiones meniscales irreparables
- Artrosis precoz
- Rigidez articular
- Atrofia muscular
- Dolor crónico



¿SABÍAS QUÉ?

La rodilla soporta entre 3 y 6 veces el peso corporal al caminar, y hasta 10 veces al correr o al subir escaleras.

Cuidarla es clave para mantener tu movilidad y calidad de vida.



Una rodilla fuerte y estable te da libertad para moverte, entrenar y disfrutar de la vida. Cuidala hoy para que te acompañe siempre.



CONOCIMIENTO
APLICADO



PRÁCTICA
CLÍNICA



EVIDENCIA
CIENTÍFICA



ENFOQUE
FUNCIONAL



RESULTADOS
QUE PERDURAN



MÓDULO 9

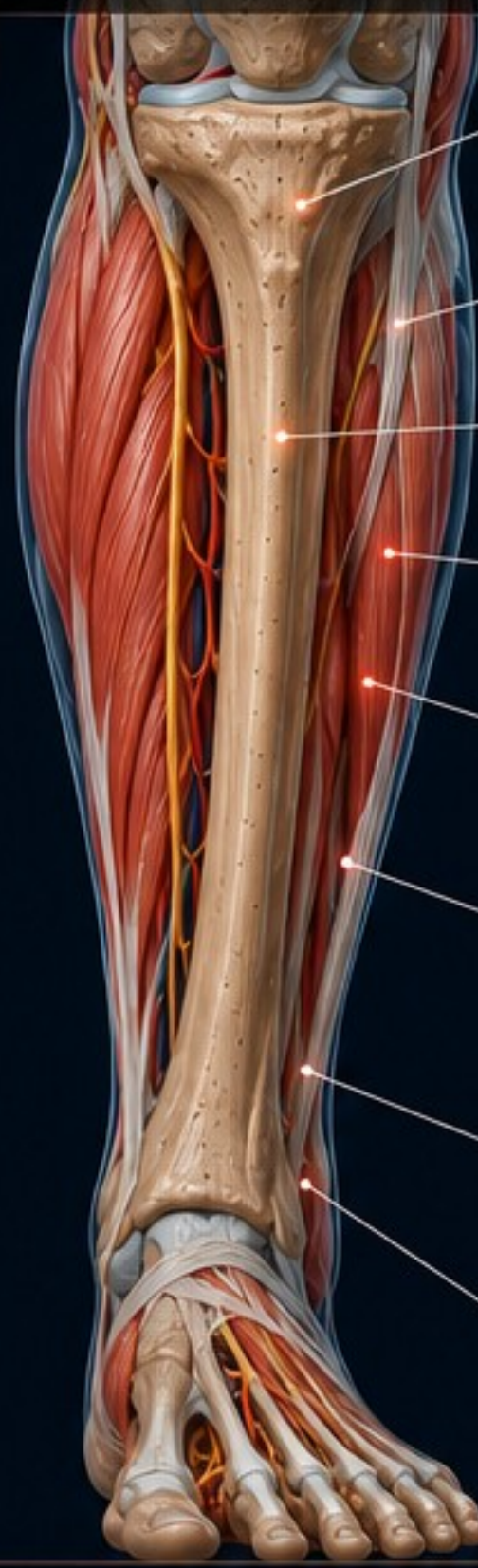
TRAUMATISMOS POR REGIONES ANATÓMICAS

9.14 PIERNA

La pierna es la región comprendida entre la rodilla y el tobillo, formada por dos huesos principales: la tibia (medial) y el peroné o fibula (lateral), y por un conjunto de músculos, tendones, vasos y nervios que permiten la movilidad del tobillo, sostienen el peso del cuerpo y participan en actividades como caminar, correr o saltar.

Las lesiones en la pierna pueden afectar los huesos, los músculos (principalmente gemelos, sóleo y tibial anterior), los tendones (como el tendón de Aquiles), los nervios o la circulación sanguínea.

Un diagnóstico adecuado y un tratamiento precoz son clave para una recuperación completa y evitar complicaciones.



TIBIA

Hueso principal y más resistente de la pierna. Soporta la mayor parte del peso corporal y se articula con el fémur y el tobillo.

PERONÉ (FÍBULA)

Hueso lateral y delgado que estabiliza el tobillo y sirve de inserción muscular.

MÚSCULO TIBIAL ANTERIOR

Levanta el pie y lo orienta hacia dentro. Importante en la marcha y la carrera.

MÚSCULO SÓLEO

Músculo profundo que realiza la flexión plantar del tobillo. Clave en la postura y resistencia.

MÚSCULO GASTROCNEMIO (GEMELOS)

Músculo superficial con dos cabezas (interna y externa). Responsable principal de la flexión plantar y de impulsar el movimiento.

TENDÓN DE AQUILES

Tendón más fuerte del cuerpo humano. Conecta los gemelos y el sóleo con el hueso del talón (calcáneo). Permite el impulso al caminar, correr y saltar.

ARTERIAS Y VENAS

La pierna contiene una red vascular que irriga músculos y tejidos. Las lesiones vasculares pueden comprometer la circulación.

NERVIOS

El nervio tibial y el peroneo común inervan la pierna y el pie, controlando sensibilidad y movimiento.

LESIONES MÁS FRECUENTES

- Tirones y desgarros musculares (gemelos, sóleo)
- Tendinitis de Aquiles
- Periostitis tibial (síndrome de estrés tibial)
- Fracturas por estrés de tibia o peroné
- Contusiones y hematomas
- Síndrome compartimental
- Esguinces de tobillo asociados

SÍNTOMAS COMUNES

- Dolor en la cara anterior, lateral o posterior de la pierna
- Hinchazón o inflamación localizada
- Dolor al caminar, correr o saltar
- Sensación de tirantez o calambre
- Debilidad o pérdida de fuerza
- Moretones o cambios de color en la piel

MOVIMIENTOS PRINCIPALES DE LA PIERNA



FLEXIÓN DORSAL

Elevar el pie hacia arriba.



FLEXIÓN PLANTAR

Apuntar los dedos a abajo.



INVERSIÓN

Girar la planta del pie hacia dentro.



EVERSIÓN

Girar la planta del pie hacia fuera.



SUPINACIÓN

Girar el pie hacia fuera y arriba.



PRONACIÓN

Girar el pie hacia dentro y abajo.



FLEXIÓN DE RODILLA

Doblar la pierna hacia atrás.

CAUSAS PRINCIPALES



TRATAMIENTO

- REPOSO RELATIVO Y PROTECCIÓN DE LA LESIÓN
- CONTROL DEL DOLOR E INFLAMACIÓN (HIELO, ELEVACIÓN, COMPRESIÓN)
- FISIOTERAPIA Y TERAPIA MANUAL
- EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO Y ESTIRAMIENTO
- PROGRESIÓN GRADUAL DEL ENTRENAMIENTO
- TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO (EN CASOS GRAVES)

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

- ✓ Historia clínica detallada
- ✓ Exploración física: palpación, movilidad, fuerza, pruebas funcionales
- ✓ Pruebas específicas: test de Thompson, salto monopodal, test de compresión
- ✓ Pruebas de imagen: radiografías, ecografía, RMN (según el caso)
- ✓ Valoración biomecánica y del patrón de movimiento



PREVENCIÓN

- ✓ Calentamiento adecuado antes del ejercicio
- ✓ Estiramientos de gemelos, sóleo y tibial anterior
- ✓ Fortalecimiento muscular equilibrado
- ✓ Aumento progresivo de la carga e intensidad
- ✓ Uso de calzado adecuado
- ✓ Entrenar en superficies adecuadas
- ✓ Hidratación y nutrición apropiadas



POSIBLES COMPLICACIONES

- Roturas musculares o del tendón de Aquiles
- Fracturas por estrés
- Síndrome compartimental
- Lesiones crónicas por sobrecarga
- Debilidad y pérdida de rendimiento
- Recidivas frecuentes



¿SABÍAS QUÉ?

Los músculos de la pierna realizan miles de contracciones cada día. Cuidarlos es esencial para mantener la movilidad, el equilibrio y un estilo de vida activo y saludable.



“ Una pierna fuerte y equilibrada te da estabilidad, impulso y resistencia. Entrena con constancia, escucha tu cuerpo y evita las sobrecargas. ”



MÓDULO 9

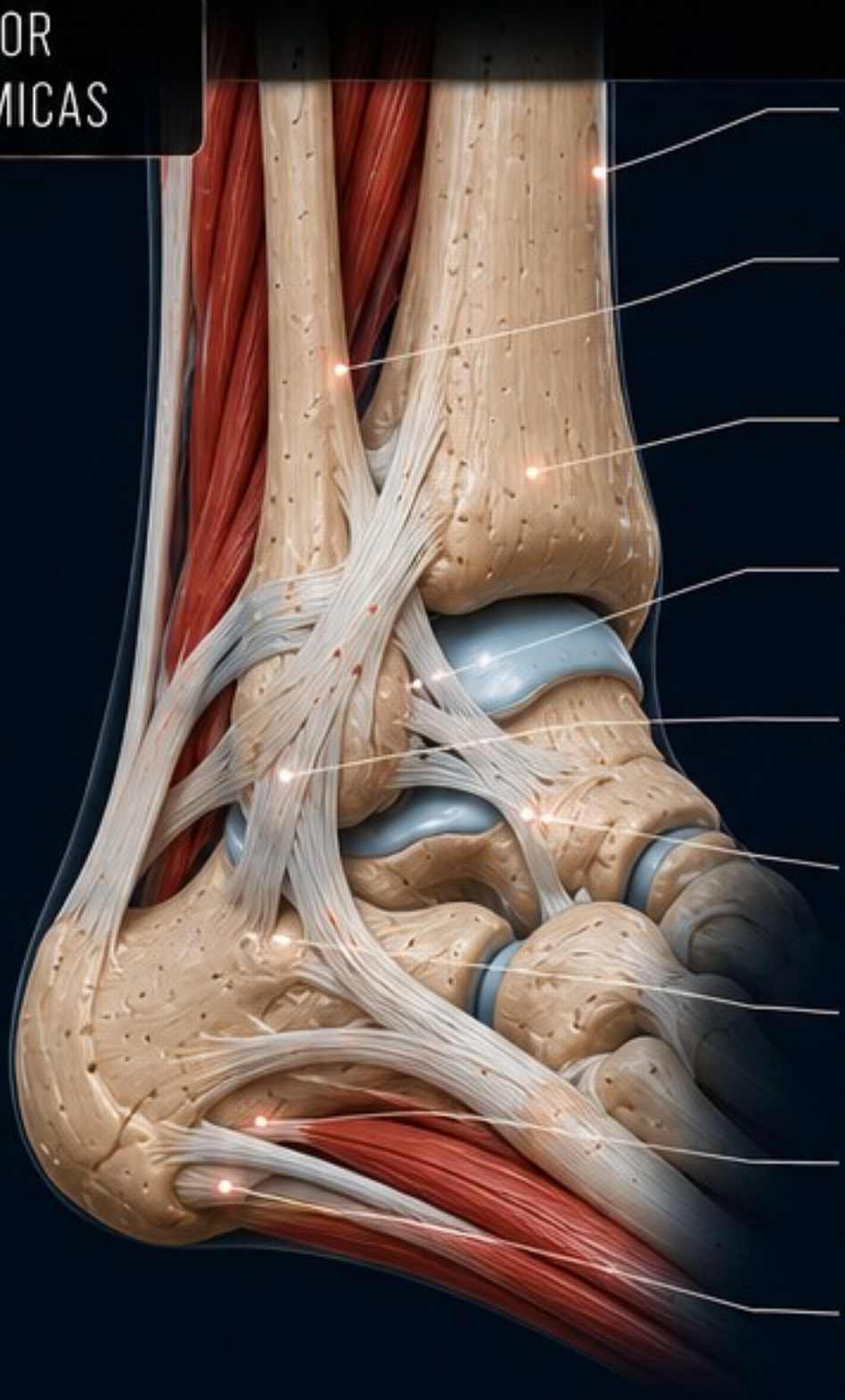
TRAUMATISMOS POR
REGIONES ANATÓMICAS

9.15 TOBILLO

El tobillo es una articulación sinovial compleja que soporta el peso del cuerpo y permite la movilidad del pie en múltiples direcciones. Está formado por la articulación tibioperoneastragalina y la subastragalina, y estabilizado por ligamentos, tendones y músculos que trabajan en conjunto para mantener el equilibrio y la función.

Las lesiones de tobillo son muy frecuentes, especialmente los esguinces, y pueden afectar ligamentos, tendones, cartílagos, huesos y nervios.

Un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado son clave para una recuperación completa y evitar inestabilidad crónica o recidivas.



TIBIA

Hueso principal que forma la parte interna de la articulación del tobillo.

PERONÉ (FÍBULA)

Hueso lateral que forma el maléolo lateral y aporta estabilidad a la articulación.

LIGAMENTO DELTOIDEO (MEDIAL)

Estabiliza la parte interna del tobillo evitando la eversión excesiva.

LIGAMENTO TALOPERONEO ANTERIOR (ATFL)

El más lesionado en esguinces. Limita la inversión y la traslación anterior del astrágalo.

ASTRÁGALO

Hueso que conecta la pierna con el pie. Transmite el peso corporal y permite el movimiento.

LIGAMENTO CALCÁNEO PERONEO (LCP)

Estabiliza el tobillo en su parte externa. Limita la inversión del talón.

TENDONES PERONEOS

Permiten la eversión y estabilizan el tobillo durante el movimiento.

TENDÓN DE AQUILES

El más fuerte del cuerpo. Permite la flexión plantar del pie al caminar, correr y saltar.

CALCÁNEO

Hueso del talón. Soporta el peso y sirve de inserción para el tendón de Aquiles.

LESIONES MÁS FRECUENTES



- Esguince de tobillo (ligamentos laterales)
- Tendinitis de Aquiles
- Tendinopatía de los peroneos
- Síndrome de pinzamiento anterior
- Fracturas de maléolos (tibia/peroné)
- Luxaciones de tobillo
- Lesiones osteocondrales del astrágalo

SÍNTOMAS COMUNES



- Dolor en la parte externa o interna
- Hinchazón inmediata o progresiva
- Hematomas alrededor del tobillo
- Sensación de inestabilidad
- Rigidez o dificultad para mover el pie
- Dolor al caminar, correr o saltar
- Chasquidos o bloqueo articular

MOVIMIENTOS PRINCIPALES DEL TOBILLO



FLEXIÓN DORSAL

Levantar el pie hacia la pierna.



FLEXIÓN PLANTAR

Apuntar los dedos hacia abajo.



INVERSIÓN

Girar la planta del pie hacia dentro.



EVERSIÓN

Girar la planta del pie hacia fuera.



SUPINACIÓN

Girar el pie hacia dentro y arriba.



PRONACIÓN

Girar el pie hacia fuera y abajo.



CIRCUNDUCCIÓN

Movimiento circular combinado.

CAUSAS PRINCIPALES



ESGUINCES
Y TORCEDURAS



CAÍDAS Y
GOLPES



SOBRECARGA
DEPORTIVA



CALZADO
INADECUADO



SUPERFICIES
IRREGULARES



FALTA DE
CALENTAMIENTO



DESEQUILIBRIOS
MUSCULARES



FATIGA Y
SOBREENTRENO

TRATAMIENTO



REPOSO Y PROTECCIÓN INICIAL (RICE)



FISIOTERAPIA Y TERAPIA MANUAL



EJERCICIOS DE MOVILIDAD Y FORTALECIMIENTO



PROPIOCEPCIÓN Y ENTRENAMIENTO NEUROMUSCULAR



TAPING O SOPORTES FUNCIONALES



TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO
(SEGÚN EL CASO)

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

- ✓ Historia clínica detallada
- ✓ Exploración física: ligamentos, rango de movimiento, estabilidad
- ✓ Pruebas específicas: cajón anterior, inversión forzada, Thompson
- ✓ Pruebas de imagen: radiografías, RMN, ecografía
- ✓ Valoración funcional y test de equilibrio



PREVENCIÓN

- ✓ Calentamiento adecuado
- ✓ Fortalecer músculos estabilizadores
- ✓ Ejercicios de propiocepción y equilibrio
- ✓ Usar calzado adecuado y superficies seguras
- ✓ Evitar sobrecargas y progresar gradualmente
- ✓ Estiramientos y movilidad regular del tobillo



POSIBLES COMPLICACIONES

- Inestabilidad crónica
- Esguinces recurrentes
- Artrosis postraumática
- Lesiones osteocondrales
- Tendinopatías crónicas
- Debilidad muscular persistente
- Alteraciones de la marcha



¿SABÍAS QUÉ?

Más del 70% de las lesiones de tobillo son esguinces, y la mayoría ocurre durante actividades deportivas.

Una buena recuperación previene recaídas y mejora tu rendimiento.



Un tobillo estable te da libertad para moverte, confianza para avanzar y seguridad para superar cualquier desafío.



CONOCIMIENTO
APLICADO



PRÁCTICA
CLÍNICA



EVIDENCIA
CIENTÍFICA



ENFOQUE
FUNCIONAL



RESULTADOS
QUE PERDURAN



MÓDULO 9

TRAUMATISMOS POR
REGIONES ANATÓMICAS

9.16
PIE

El pie es una estructura compleja que soporta el peso del cuerpo, permite el desplazamiento y mantiene el equilibrio. Está formado por 26 huesos, 33 articulaciones y más de 100 músculos, tendones y ligamentos que trabajan en conjunto.

Las lesiones en el pie pueden afectar la movilidad, la estabilidad y la calidad de vida, siendo frecuentes en deportistas y personas activas.

Un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado son esenciales para una recuperación completa y prevenir recaídas.



TENDÓN DE AQUILES

El más fuerte del cuerpo. Permite la flexión plantar del pie al caminar, correr y saltar.

TIBIAL POSTERIOR

Sostiene el arco medial del pie y ayuda en la inversión y estabilidad del tobillo.

LIGAMENTO DELTOIDEO

Estabiliza el tobillo por la cara interna y evita la evasión excesiva.

LIGAMENTO PLANTAR LARGO

Sostiene el arco longitudinal medial y absorbe impactos.

FASCIA PLANTAR

Tejido fibroso que va del talón a los dedos. Mantiene el arco del pie y absorbe las cargas al caminar.

HUESOS DEL TARSO

Calcáneo, astrágalo, navicular, cuboides y cuneiformes. Forman la base estructural del pie.

METATARSIANOS

Cinco huesos largos que conectan el tarso con los dedos y soportan el peso corporal.

FALANGES

Forman los dedos del pie y permiten el equilibrio y la propulsión.

LESIONES MÁS FRECUENTES



- Fascitis plantar
- Esguince de tobillo
- Metatarsalgia
- Tendinitis de Aquiles
- Neuroma de Morton
- Fracturas por estrés
- Juanetes (Hallux valgus)
- Dedos en martillo

SÍNTOMAS COMUNES



- Dolor en el talón o arco plantar
- Inflamación y dolor al mover el pie o los dedos
- Rigidez matutina o tras reposo
- Dolor al caminar, correr o saltar
- Hormigueo o adormecimiento
- Sensación de inestabilidad
- Deformidades visibles

MOVIMIENTOS PRINCIPALES DEL PIE



FLEXIÓN DORSAL

Elevar el pie hacia arriba.



FLEXIÓN PLANTAR

Apuntar los dedos hacia abajo.



INVERSIÓN

Girar la planta del pie hacia adentro.



EVERSIÓN

Girar la planta del pie hacia afuera.



ABDUCCIÓN

Separar el pie hacia afuera.



ADUCCIÓN

Acercar el pie hacia adentro.



FLEXIÓN DE DEDOS

Flexionar los dedos del pie.



EXTENSIÓN DE DEDOS

Extender los dedos del pie.

CAUSAS PRINCIPALES



SOBRECARGA MECÁNICA



TRAUMATISMOS AGUDOS



CALZADO INADECUADO



SUPERFICIES IRREGULARES



MALA BIOMECÁNICA



FALTA DE FORTALECIMIENTO



ENVEJECIMIENTO Y DESGASTE



DEPORTES DE IMPACTO

TRATAMIENTO



REPOSO RELATIVO Y CONTROL DE ACTIVIDADES



HIELO, ELEVACIÓN Y COMPRESIÓN



FISIOTERAPIA Y TERAPIA MANUAL



EJERCICIOS DE MOVILIDAD, FORTALECIMIENTO Y PROPIOCEPCIÓN



ORTESIS PLANTARES O SOPORTES



CALZADO ADECUADO



TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO (EN CASOS GRAVES)

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

- ✓ Historia clínica detallada
- ✓ Exploración física: marcha, apoyo, rango de movimiento, fuerza
- ✓ Pruebas específicas: test de Jack, palpación, pruebas de estrés
- ✓ Pruebas de imagen: radiografías, ecografía, RMN (según el caso)
- ✓ Análisis de la pisada y apoyo plantar



PREVENCIÓN

- ✓ Usar calzado adecuado a la actividad
- ✓ Fortalecer músculos del pie y tobillo
- ✓ Realizar estiramientos regulares
- ✓ Evitar sobrecargas y aumentos bruscos de intensidad
- ✓ Mantener peso saludable
- ✓ Superficies de entrenamiento adecuadas



POSIBLES COMPLICACIONES

- Dolor crónico
- Deformidades del pie
- Pérdida de la función y movilidad
- Lesiones en otras estructuras por compensación
- Artrosis precoz
- Limitación para la actividad física



¿SABÍAS QUÉ?

Cada paso que das ejerce una fuerza de 1 a 2 veces tu peso corporal sobre el pie. Cuidarlo es clave para mantener la movilidad, el equilibrio y prevenir lesiones en todo el cuerpo.



Un pie sano es la base de una vida activa y sin dolor. Fortálcelo, protégelo y te llevará más lejos cada día.



CONOCIMIENTO APLICADO



PRÁCTICA CLÍNICA



EVIDENCIA CIENTÍFICA



ENFOQUE FUNCIONAL



RESULTADOS QUE PERDURAN



MÓDULO 9 | TRAUMATISMOS POR REGIONES ANATÓMICAS

9.17
RESUMEN

En este módulo hemos estudiado las principales estructuras anatómicas y lesiones más frecuentes de cada región del cuerpo, comprendiendo su función, los mecanismos de lesión, los síntomas asociados y las estrategias de tratamiento y prevención más eficaces.

Este conocimiento integral nos permite realizar una **valoración precisa**, aplicar el **tratamiento adecuado** y guiar al paciente hacia una **recuperación segura y completa**.

REGIONES ANATÓMICAS ESTUDIADAS

 9.1 HOMBRO	 9.9 COLUMNA LUMBAR	 9.10 PELVIS	 9.11 CADERA	 9.12 MUSLO
 9.13 RODILLA	 9.14 PIERNA	 9.15 TOBILLO	 9.16 PIE	 9.17 RESUMEN

LESIONES MÁS FRECUENTES POR REGIÓN

HOMBRO • Tendinitis del manguito rotador • Bursitis subacromial • Inestabilidad • Lesiones del labrum	COLUMNA LUMBAR • Lumbalgia mecánica • Hernia discal • Contracturas musculares • Síndrome facetario	PELVIS • Disfunciones sacroilíacas • Pubalgia • Desequilibrios pélvicos	CADERA • Bursitis trocantérea • Síndrome del piramidal • Artrosis de cadera	MUSLO • Distensiones musculares • Roturas fibrilares • Contusiones
RODILLA • Esguince de ligamentos • Lesiones meniscales • Condromalacia rotuliana • Tendinitis rotuliana	PIERNA • Síndrome tibial anterior • Periostitis tibial • Roturas musculares (gemelos, sóleo)	TOBILLO • Esguince de tobillo • Tendinitis de Aquiles • Inestabilidad crónica • Fracturas	PIE • Fascitis plantar • Neuroma de Morton • Metatarsalgia • Juanetes (Hallux valgus)	

PRINCIPIOS CLAVE

-  Evaluar siempre de forma global, no solo la zona del dolor.
-  Identificar la causa real de la lesión para tratar el origen.
-  Respetar los tiempos biológicos de recuperación.
-  Combinar tratamiento manual, ejercicio y educación del paciente.
-  Prevenir es la mejor estrategia para evitar recaídas.

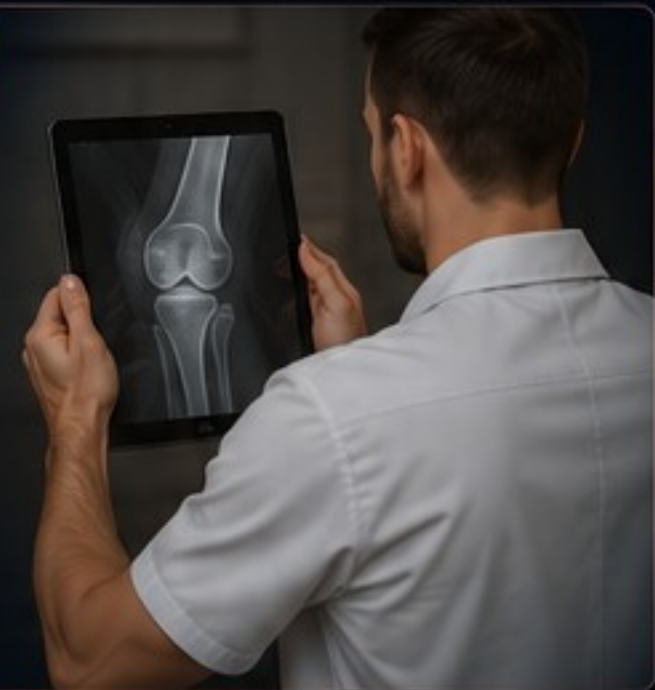
TRATAMIENTO

-  Reposo relativo y protección de la estructura lesionada
-  Control del dolor y la inflamación (hielo, compresión, elevación)
-  Terapia manual y técnicas específicas para cada lesión
-  Ejercicio terapéutico y fortalecimiento progresivo
-  Reeducación funcional y propiocepción
-  Retorno gradual y seguro a la actividad



EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

- ☒ Historia clínica detallada
- ☒ Exploración física específica por regiones
- ☒ Pruebas funcionales y test ortopédicos
- ☒ Pruebas de imagen cuando sea necesario
- ☒ Valoración biomecánica y de patrones de movimiento



PREVENCIÓN

 Calentamiento adecuado antes del ejercicio	 Fortalecimiento y movilidad regular	 Técnica correcta en las actividades deportivas	 Calzado y material adecuado para cada actividad	 Control del peso corporal y hábitos de vida saludables	 Descanso suficiente y recuperación	 Escuchar al cuerpo y evitar sobrecargas innecesarias
---	--	---	---	---	---	---

EN RESUMEN

Conocer la anatomía, las lesiones más frecuentes y su manejo adecuado nos permite aliviar el dolor, restaurar la función y mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes, promoviendo su bienestar a largo plazo.

“ El conocimiento de cada región anatómica es la base para una valoración precisa, un tratamiento eficaz y una recuperación completa. ”



EN EL SIGUIENTE MÓDULO

Continuaremos profundizando en estrategias avanzadas de evaluación, tratamiento y abordaje funcional para optimizar los resultados clínicos.

