

Servicio
Rehabilitación.
Unidad RHB-Infantil.
Hospital
Universitario Costa
del Sol

Elena Muñoz de la Torre
FEA Medicina Física y Rehabilitación
elenamdelatorre89@gmail.com
elena.munoz.torre.sspa@juntadeandalucia.es

Noelia Martínez Lázaro
Fisioterapeuta Infantil
noelia.martinez.lazaro.sspa@juntadeandalucia.es

“Ejercicios útiles para problemas ortopédicos frecuentes”



Antes de empezar...

¡Bienvenid@s a la RHB-FST INFANTIL!



Índice

SÍNDROME
NIÑO MOLDEADO



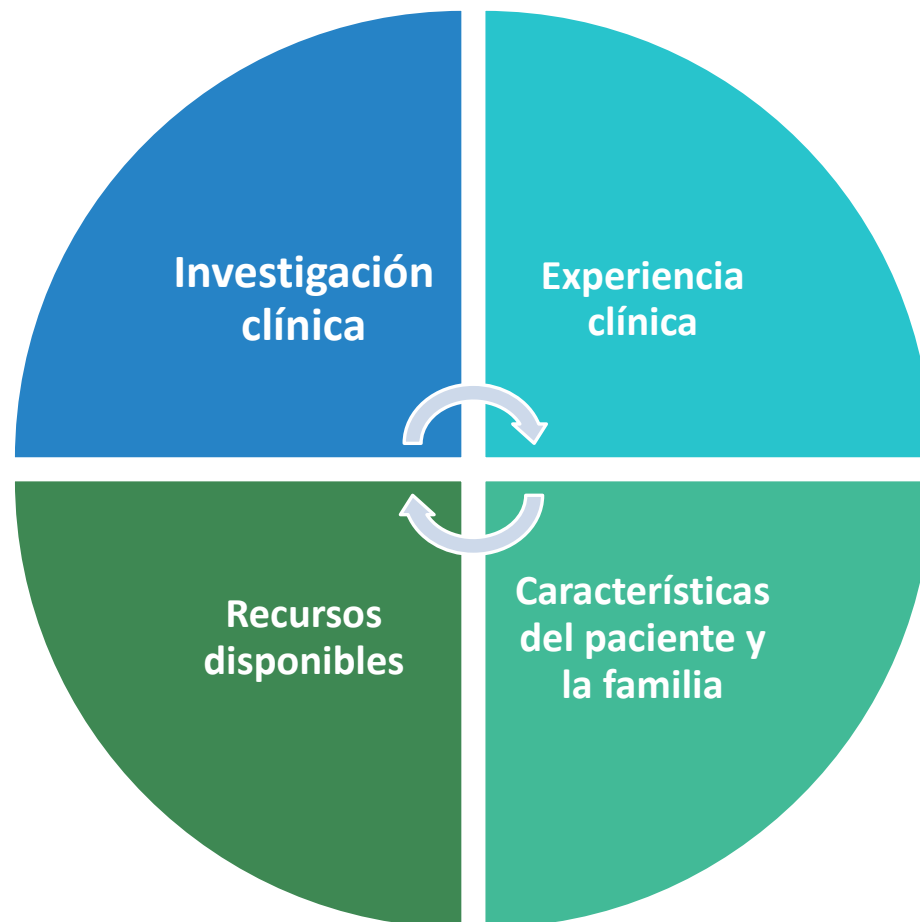
DOLOR
DE ESPALDA



ESGUINCES



Modelo de toma de decisiones de HAYNES y COLS



Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH, Physicicians and patients choices in evidence based practice. BMJ. 2002;324 (7350):1350.



SÍNDROME DEL NIÑO MOLDEADO

Dentro de las patologías más consultadas en Rehabilitación Infantil.

Patología postural y benigna, puede causar problemas ortopédicos en el futuro sino se maneja adecuadamente.

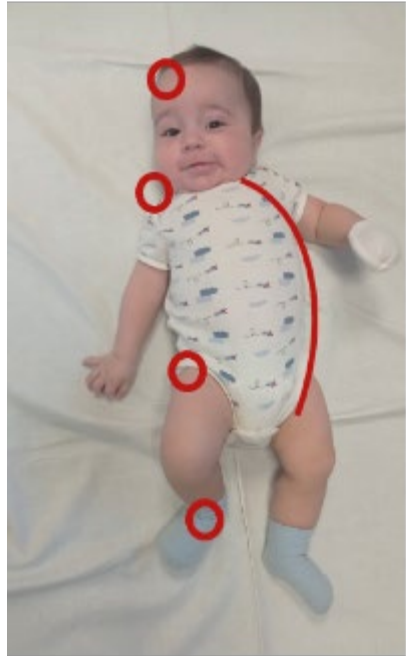
Explica las relaciones entre sistemas y elementos anatómicos, siendo un claro ejemplo de cómo el cuerpo humano está conectado.



Su evaluación inicial requiere de una observación completa de la **actitud** y los **movimientos espontáneos** del niño tanto en supino como en prono, proporcionando información clave, antes de valorar individualmente cada área.



SÍNDROME DEL NIÑO MOLDEADO



- Plagiocefalia
- Tortícolis
- Actitud escoliótica
- Oblicuidad pélvica
- Metatarso aducto





1. Plagiocefalia Postural



1. Plagiocefalia Postural

Deformidad del cráneo con aplanamiento occipital de la cabeza **UNILATERAL**

Dos tipos: la plagiocefalia postural (PP) y la secundaria a craneosinostosis.

Incidencia variable.

La PP ocurre por la presión continua en una zona del cráneo, en lactantes >6 semanas, con todas las suturas craneales abiertas.

Su prevalencia es más alta entre los 3 y 4 meses.



1. Plagiocefalia Postural

Clínicamente presenta una morfología en “**paralelogramo**”, con aplanamiento occipital UNILATERAL y asimetría facial (prominencia en la zona frontal y parietal ipsilateral, así como del arco zigomático y el pabellón auricular de ese lado en proyección anterior)

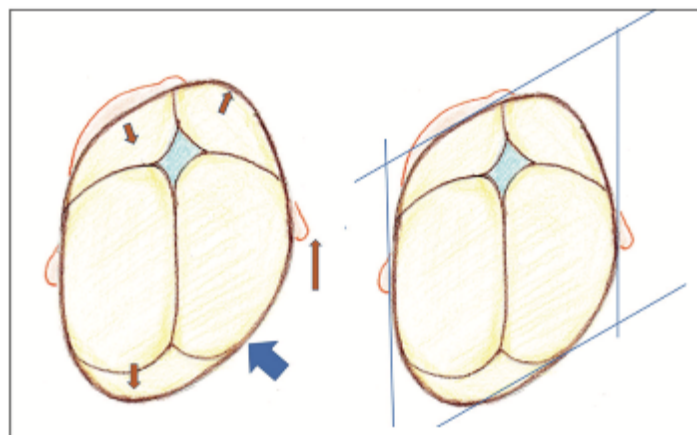
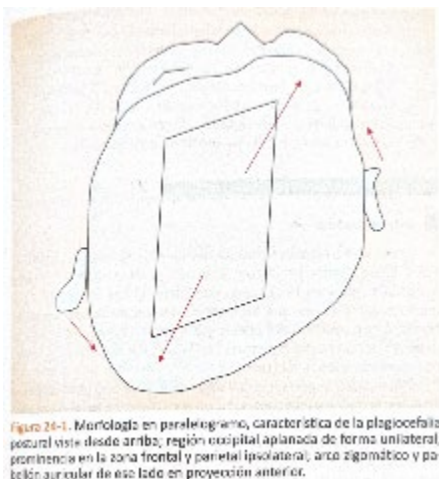


Figura 1. Plagiocefalia posicional: aplanamiento de la región parietooccipital unilateral, con desplazamiento de pabellón auricular anteriormente y abombamiento compensatorio de región frontal ipsilateral y abombamiento de región parietooccipital contralateral. El cráneo adquiere forma de paralelogramo.

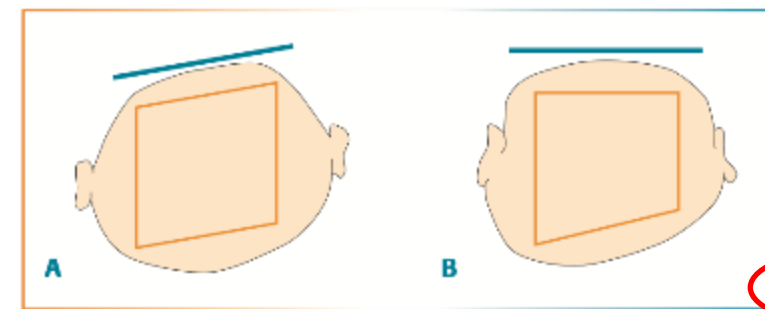


Figura 4. Diferencias de la forma de la cabeza vistas desde el vértex. A) En la plagiocefalia posicional se produce una deformidad en forma de paralelogramo. B) En la sinostosis lambdoidea unilateral se produce una forma trapezoidal de la cabeza.

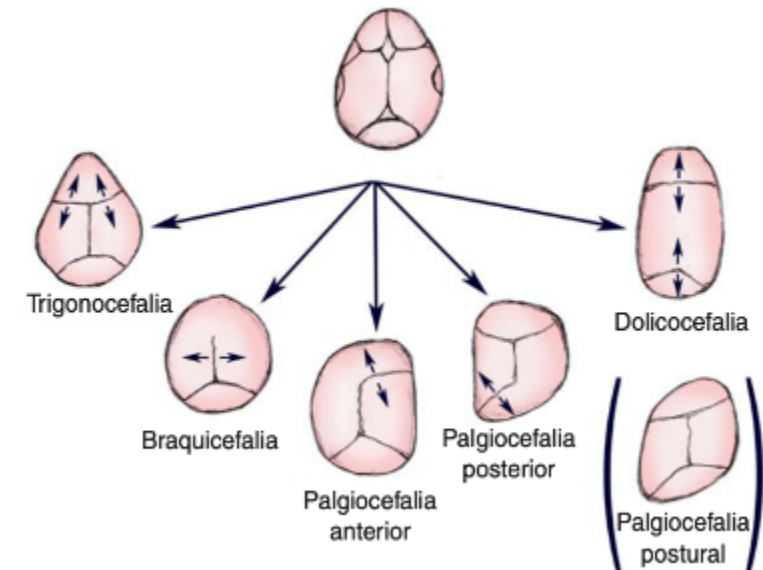


1. Plagiocefalia Postural

Hay que diferenciarla de otras deformidades craneales por causa mecánica, que algunos autores las incluyen en el grupo de plagiocefalia postural, como son:

- la braquiocefalia/braquicefalia (aumento del diámetro mediolateral).
- la escafocefalia/dolicocefalia (aumento del diámetro anteroposterior).

Se diferenciarán de las craneosinostosis tras palpar las suturas, estando en esta última cerradas.



1. Plagiocefalia Postural

Factores Predisponentes:

- Prenatales:
 - ✓ compresión intrauterina (múltiples, nalgas-transverso)
 - ✓ compresión extrauterina (parto prolongado, fórceps o vacuo)
- Posnatales:
 - ✓ prematuridad
 - ✓ bajo peso
 - ✓ tortícolis congénita/postural
 - ✓ anomalías cervicales
 - ✓ retraso neurológico
 - ✓ sexo masculino
 - ✓ escasa actividad.



1. Plagiocefalia Postural

American Academy of Pediatrics
DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN®



Factor + importante en los últimos años:
Dormir en
SUPINO o de LADO
SIN modificar la posición

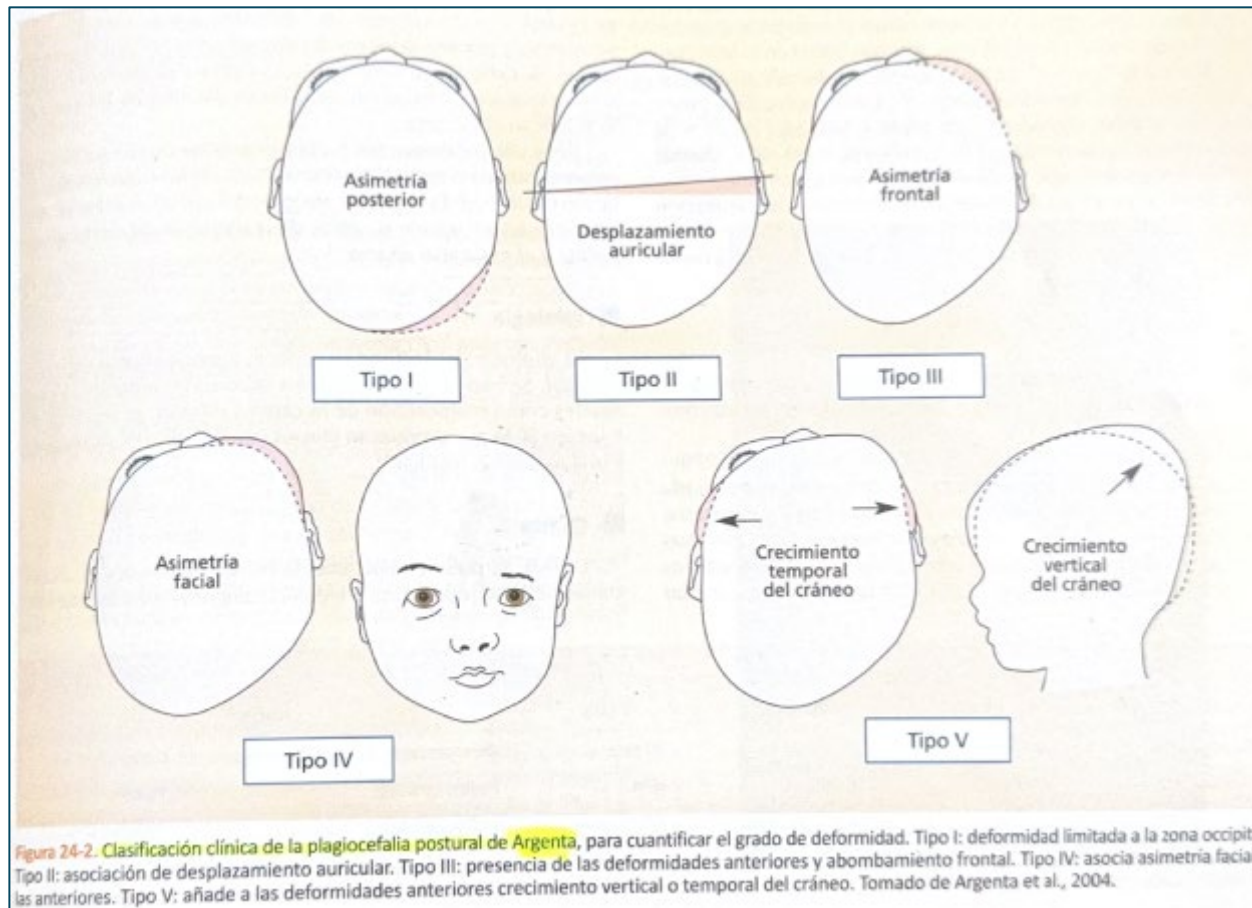


Mawji A, Vollman AR, Hatfield J, et al. The incidence of positional plagiocephaly: a cohort study. Pediatrics. 2013;132(2):298-304. doi: 10.1542/peds.2012-3438.
American Academy of Pediatrics AAP Task Force on Infant Positioning and SIDS: Positioning and SIDS. pediatrics. 1992.



1. Plagiocefalia Postural

Clasificación y Severidad



- Rehabilitación Infantil. M^a Á. Redondo García, J.A. Conejero Casares. Panamericana. SERI. 2012.
- Argenta, Louis MD. Clinical Classification of Positional Plagiocephaly. Journal of Craniofacial Surgery 15(3):p 368-372, May 2004



1. Plagiocefalia Postural



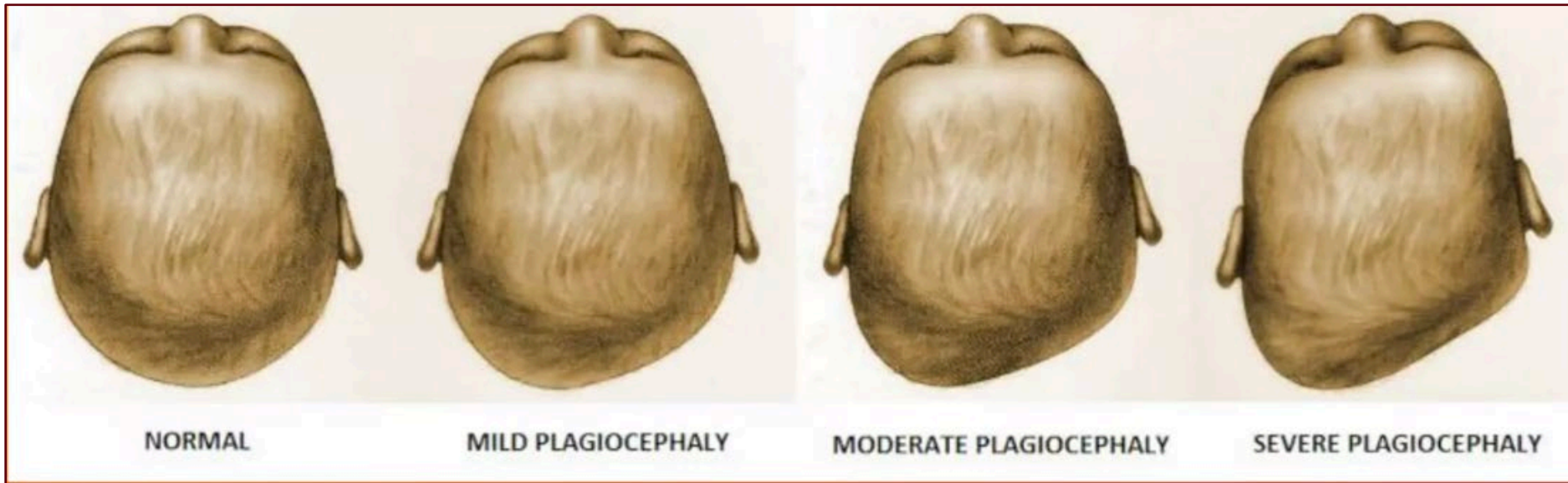
IP = Diagonal mayor - diagonal menor



IC = Distancia biparietal/distancia anteroposterior x 100



1. Plagiocefalia Postural



1. Plagiocefalia Postural



- Intervención educacional **PRECOZ**
- Prevalencia y gravedad
- A los 3 meses
- **PREVENCIÓN**
- Informar desde la preparación al parto



1. Plagiocefalia Postural

RECOMENDACIONES

- Alternar posición del bebé
- Estímulos lado **NO** preferencial
- Tiempo boca abajo **SIEMPRE** despierto y vigilado
- Hablarle por los lados
- Evitar uso prolongado de hamacas, carritos y sillitas
- Porteo ergonómico
- Alternar posición biberón. Método Kassing



1. Plagiocefalia Postural ¿COJÍN POSTURAL?

- Homogenizar puntos de apoyo
- No más de los 5 m
- Las guías **NO** recomiendan
- Coste elevado
- Efectividad limitada frente **EJERCICIOS y CAMBIOS POSTURALES**



- Klimo P, Lingo PR, Baird LC, et al. Congress of Neurological Surgeons Systematic Review and Evidence-Based Guideline on the Management of Patients With Positional Plagiocephaly. Neurosurgery. 2016

- Saji CF, John HB, Stephen R, Karuppusami R, Kumar M. Mustard Seed Pillow for Prevention of Deformational Plagiocephaly in ≤ 32 Weeks' Gestational Age Infants: An Open Label Randomized. Indian Pediatr. 2024 Feb 15;61(2):139-144. Epub 2024 Jan 9.



1. Plagiocefalia Postural

- **MODERADA- GRAVE**

- Desaconsejado <5m y >18m

- 23 horas diarias

- Durante 6-24 s

¿Ortesis Craneal?

- **Tratamiento de 1ª línea: prevención y FST.**
- Para moderadas o **graves** que no mejoren con tto conservador. (*Van Wijk RM., 2014, Blanco-Diaz M., 2023*)
- Alto coste y uso inadecuado (*James Laughlin 2011 , Goh JL., 2013, González-Santos J., 2020*)
- No estandarizadas las mediciones y clasificaciones (*Goh JL., 2013 ,Lamberta L., 2024*)
- No siempre hay grupo control.
- Mayor éxito a menor edad y deformidades más severas (*Kajita H., 2024*)
- Se necesitan más estudios prospectivos longitudinales (*Graham T., 2024*)



1. Plagiocefalia Postural

¿¿Cuándo derivar??

- Padres preocupados
- Padres poco colaboradores
- Moderado/severo
- Asociación SNM





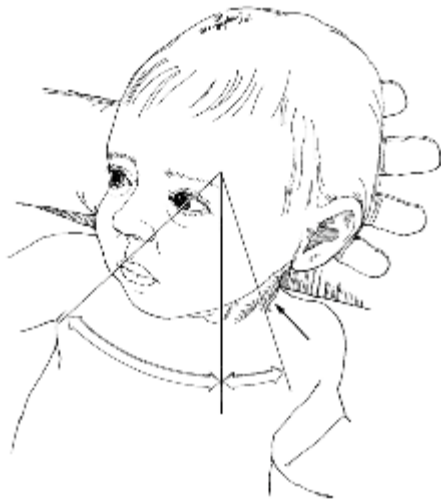
2. Tortícolis postural



2. Tortícolis Postural

Existen dos tipos principales de tortícolis:

- Tortícolis Posicional (TP)
- Tortícolis Muscular Congénita (TMC)

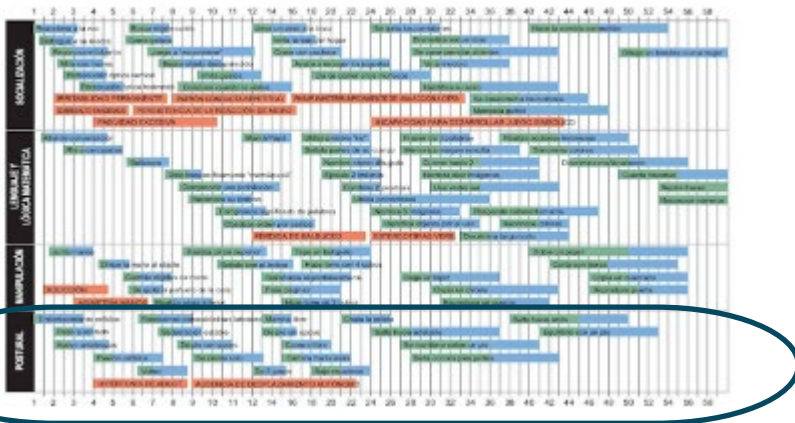


	Tortícolis Postural/Posicional (TP) (adquirida)	Tortícolis Muscular Congénita (TMC)
Razón	Preferencia persistente de la posición de la cabeza	Contractura unilateral del ECM
Asociación con	SNM	DDC, pie equinovaro, mtt
Bultoma (pseudotumor)	NO	SI
Limitación Movilidad PASIVA (RA pasivo)	NO	SI
Limitación Movilidad ACTIVA (RA activo)	SI, leve/moderado. O posición preferencial	SI
Momento	Tras 1er mes	1ºs días de vida



2. Tortícolis Postural

- Evaluación de la postura y actitud espontánea.
- Recorrido articular (RA)
→ limitación en la rotación del lado afectado y en la inclinación del contralateral.
- Evaluación de los pares craneales IV y VI.
- Análisis del neurodesarrollo.



2. Tortícolis Postural

TRATAMIENTO

- Intervención TEMPRANA
- Posicionamiento y estimulación
- Movilizaciones y estiramientos
- No hay consenso técnicas, tiempo y repeticiones
- Mantener 20-30s
- Repetir 3 veces
- Descanso 10 s
- 2-3 veces al día



2. Tortícolis Postural

TRATAMIENTO

GRUPOS DE RIESGO

- Hiperlaxitud ligamentosa
- Malformaciones congénitas cervicales
- Síndromes genéticos
- Traumatismo cervical

Tope duro a la evaluación



Técnicas de Movilización Activa



2. Tortícolis Postural

¿¿Cuándo derivar??

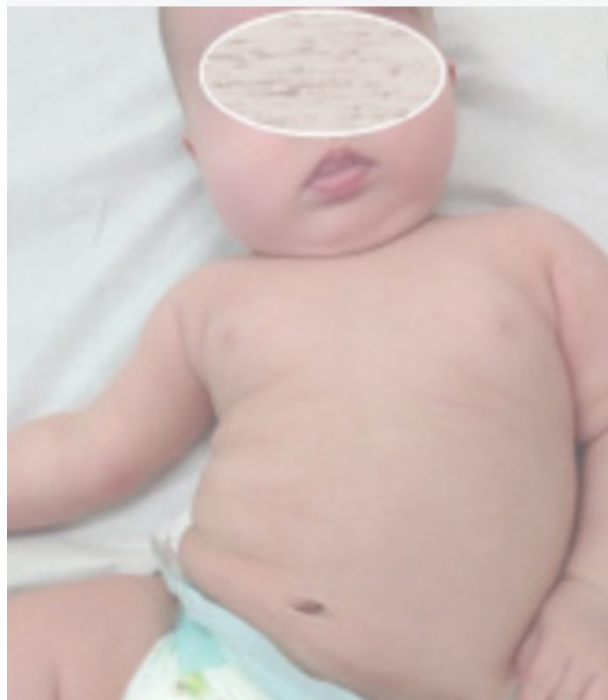


Tortícolis Muscular → SIEMPRE.

Tortícolis Postural →

- si asociación con SNM.
- si dudas





3. Actitud Escoliótica



3. Actitud Escoliótica

Se trata de la **desviación lateral** de la columna vertebral solo en el plano frontal **SIN rotación**, por lo que no es tanto una verdadera deformidad sino una alteración postural.



3. Actitud Escoliótica

VALORACIÓN DE LA COLUMNA CON EL NIÑO

EN SUPINO



EN SEDESTACIÓN
¿GIBAS?



EN PRONO



Recomendaciones en lactantes

- No forzar sedestación ni bipedestación
- **NO** tacatá ni dispositivos colgantes
- Uso porteo **ERGONÓMICO**
- Evitar uso **prolongado** de hamaca
- Estimular al bebé boca arriba y boca abajo
- Buscar y jugar siempre con simetría





4. Oblicuidad Pélvica



4. Oblicuidad Pélvica

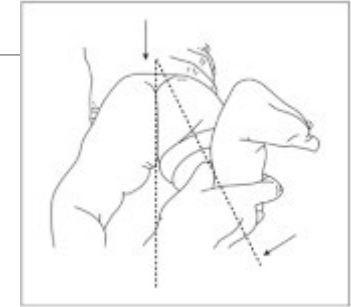


- Poco conocida; aunque es **más común** que la displasia del desarrollo de la cadera (DDC)
- Es una patología **postural y benigna**, debido a una mala posición del feto durante la gestación.
- CONTRACTURA UNILATERAL DE LOS **MÚSCULOS ABDUCTORES DE LA CADERA** (glúteos y tensor de la fascia lata)
- Si no se trata → puede DDC tardías (a partir de los 6 meses de edad).



4. Oblicuidad Pélvica

- En el lado contracturado veremos una posición espontánea en ABDUCCIÓN y flexión.
- En el lado contralateral, observaremos una posición en ADUCCIÓN.
 - *Riesgo de luxación-subluxación o displasia.*
- En prono:
 - **TEST DE OBER.**
- Ortolani y Barlow negativos.



The moulded baby syndrome. R. A. Buxton. Current Orthopaedics (2001) 15, 439^ 443
Redondo Garcia MA, Conejero Casares JA. Rehabilitación Infantil. Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. Sociedad Española de Rehabilitación Infantil. Editorial Panamericana 2012; 27:230.
Seringe R, Langlais J, Bonnet JC. Le bassin asymétrique congénital. Étude clinique, radiologique et évolution. Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot 1992; 78:65-73.



4. Oblicuidad Pélvica

TRATAMIENTO



Beneficios del Porteo Ergonómico y Evolutivo

- Columna y cadera
- Tono muscular
- Sistema vestibular

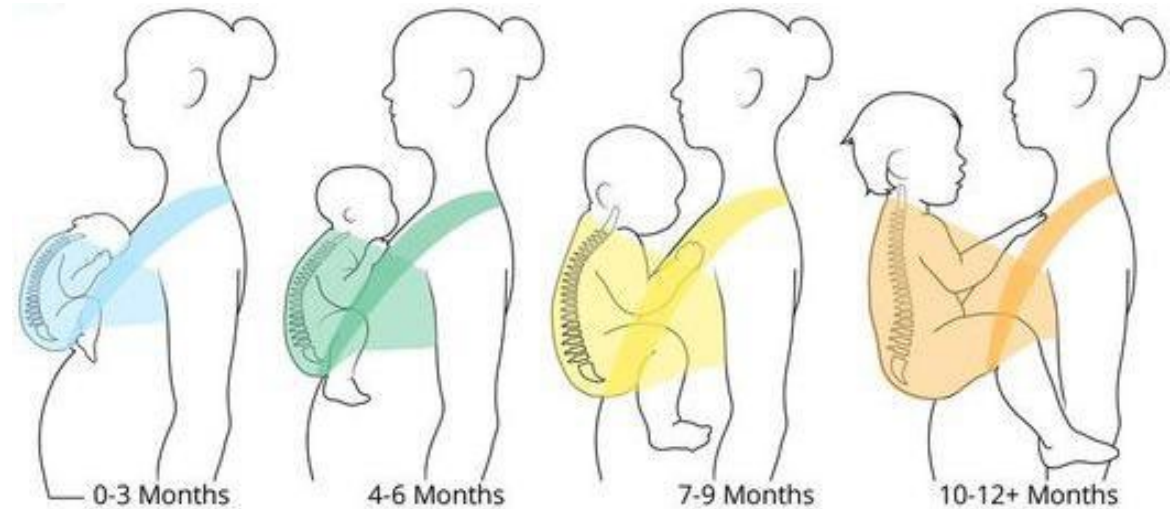


- Menos llanto
- Peso y Sueño
- Mejoran Cólicos



Requisitos debe cumplir

- **NO FORZAR** la curvatura de la columna
- Permitir postura fisiológica del bebé
- Soporte cervical adecuado
- Panel flexible y adaptable
- Posición vertical y girado hacia su porteador

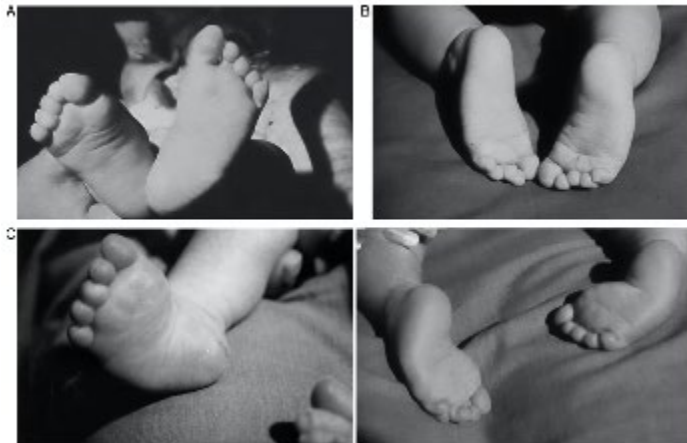




5. Metatarso aducto



5. Metatarso aducto

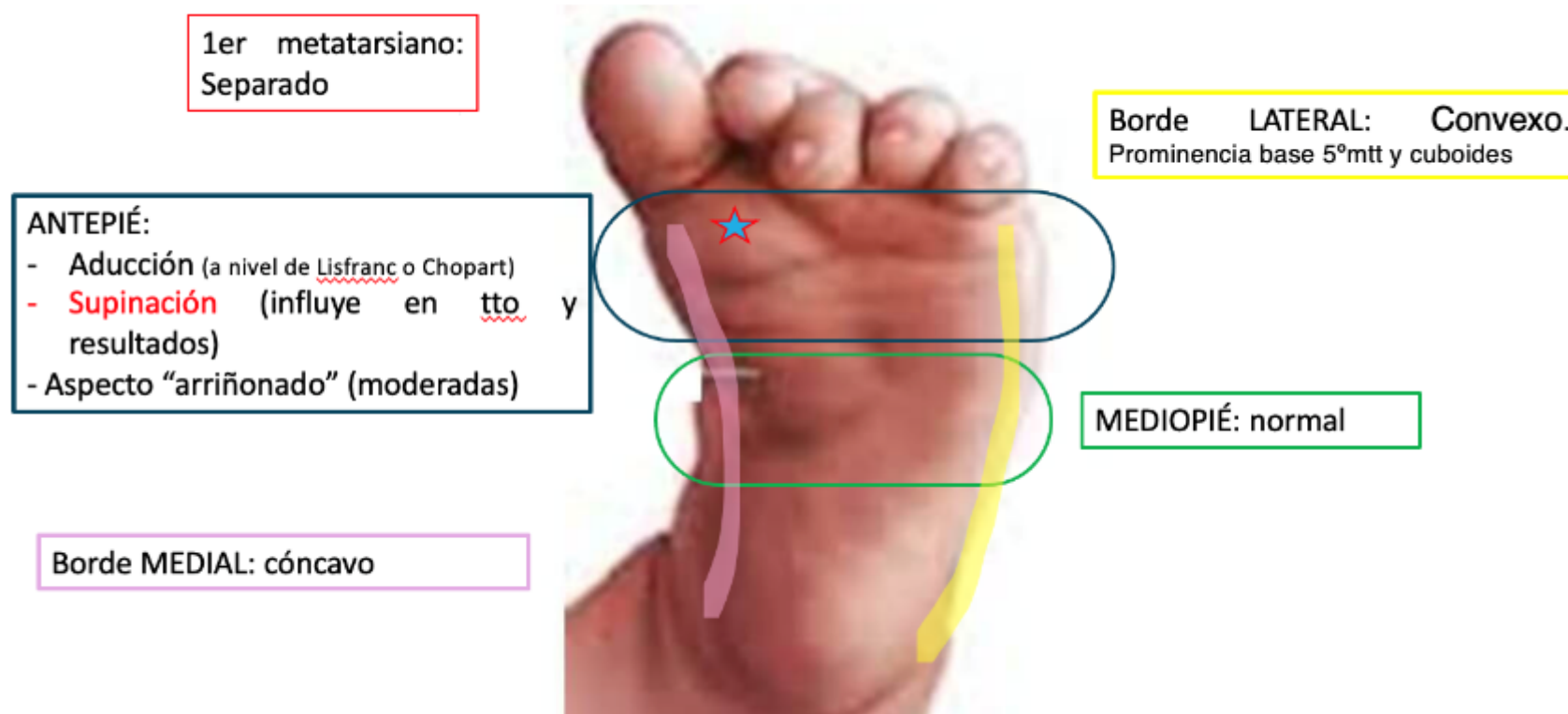


- Deformidad **congénita + frecuente** del pie.
- Causada por la **posición del feto** en el útero.
- Se resuelve de manera **espontánea** en la mayoría de los casos.
- En NIÑOS MAYORES → dentro del perfil **rotacional** en **endogirismo** ("pies hacia dentro"), junto con la anteversión femoral y la torsión tibial interna.



5. Metatarso aducto

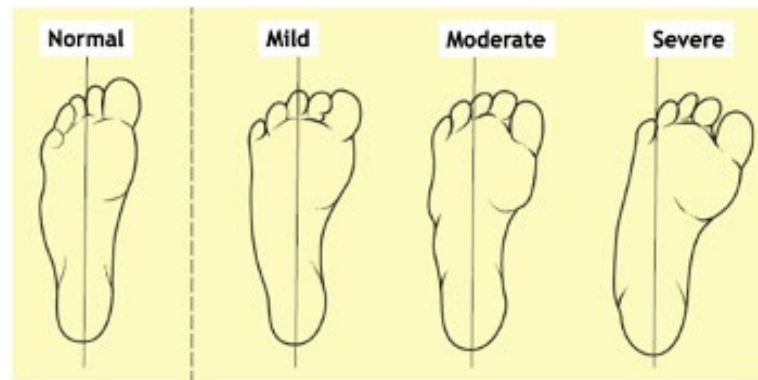
Alteración principal: Eje antepié-eje de retropié.



5. Metatarso aducto

Clasificación de Bleck (Método bisector del talón):

- **Normal**: Bisectriz del talón entre 2º y 3º.
- **Leve**: Cruzando el 3º dedo.
- **Moderado**: Entre el 3º y 4º dedo.
- **Severo**: Entre el 4º y 5º dedo.



Bleck EE. Metatarsus adductus: classification and relationship to outcomes of treatment. J Pediatr Orthop 1983; 3: 2-9

Test de reductibilidad de Lichtblau:

- **Flexible**: Si se puede ir más allá de la posición de rectitud.
- **Semiflexible**: Si se alcanza la posición neutra.
- **Rígido**: Si no se puede corregir la posición del antepié

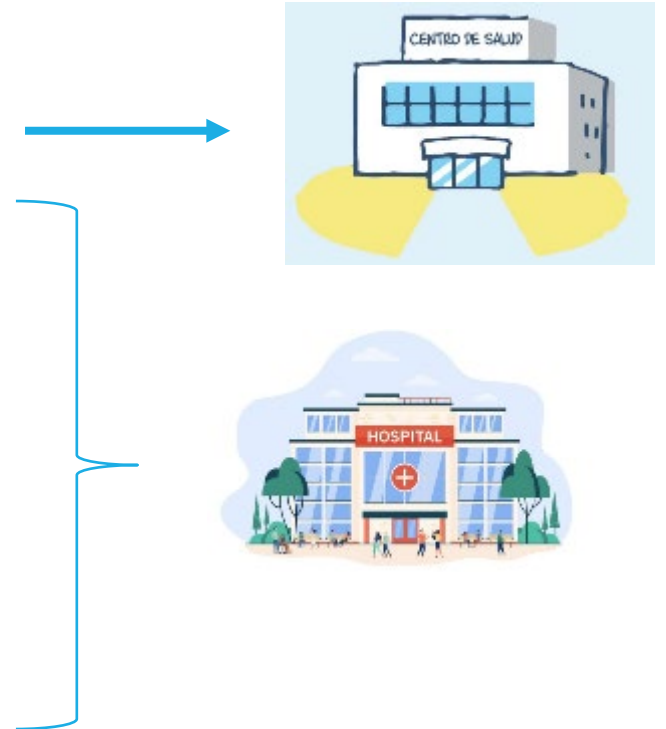


Martos Mora C, Gentil Fernández J, Conejero Casares JA, Ramos Moreno R. Metatarso aducto congénito: clasificación clínica y actitud terapéutica. Rehabilitación (Madr) 2012; 48:127-134



5. Metatarso aducto

Grado	Tratamiento
LEVE	Estimulación, manipulación, ejercicios
MODERADO	Estimulación, manipulación, ejercicios + Vendaje (<1mes) + Ortesis (>1 mes)
GRAVE	Estimulación, manipulación, ejercicios Vendaje Ortesis Botas de horma recta Yesos seriados

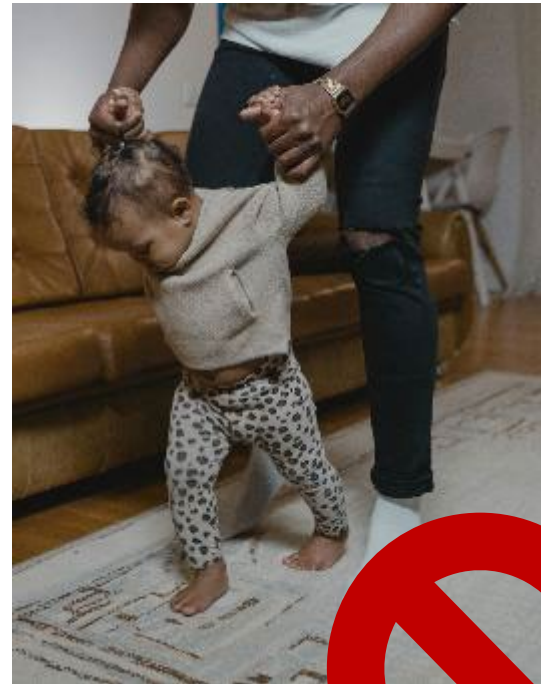
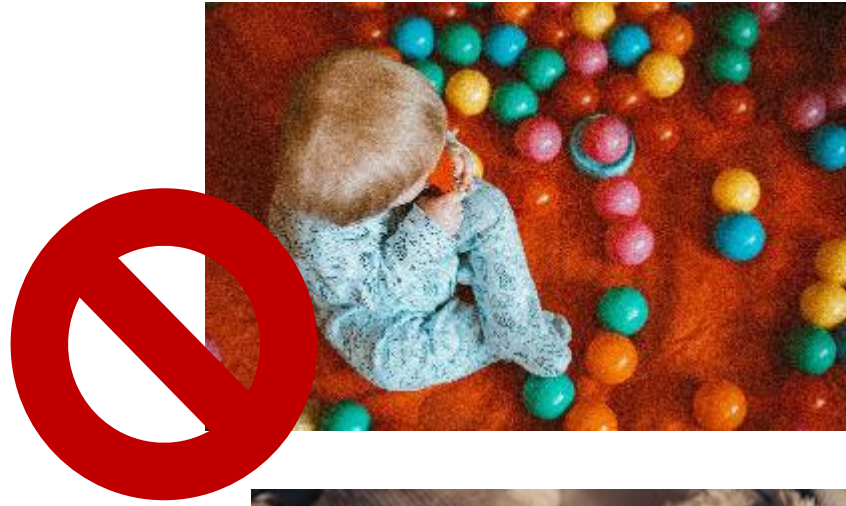


5. Metatarso aducto



5. Metatarso aducto

RECOMENDACIONES



Calzado infantil

- Los zapatos NO son para ~~APRENDER A CAMINAR~~
- Los zapatos son para **CAMINAR**
- Calzado ideal respeta el desarrollo del pie
- No sean RÍGIDOS
- Si **FLEXIBLES**
- Niños **DESCALZOS**, niños **FELICES**

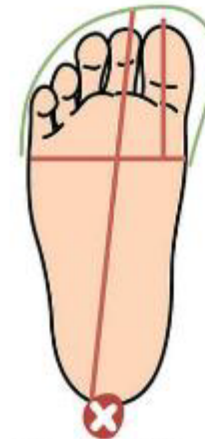


Hollander, K., de Villiers, J.E., Sehner, S. *et al.* Growing-up (habitually) barefoot influences the development of foot and arch morphology in children and adolescents. *Sci Rep* 7, 8079 (2017)

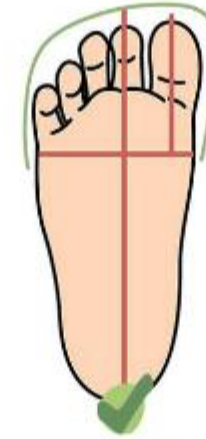


Calzado respetuoso

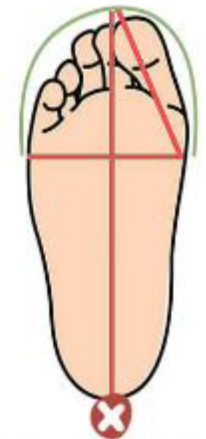
- Suela **DURA, FLEXIBLE** y **FINA**
- Dropp **INEXISTENTE**
- **NO** contrafuerte
- Puntera **ANCHA**
- Caña Flexible
- Sujeción regulable
- Evitar hormas aducidas



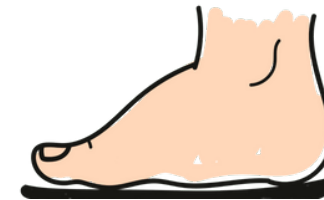
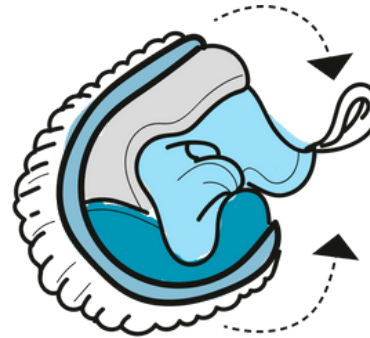
Horma aducida



Horma Feroz



Horma recta redonda



DOLOR DE ESPALDA



Entre el 10-30% de los niños experimentan dolor de espalda.

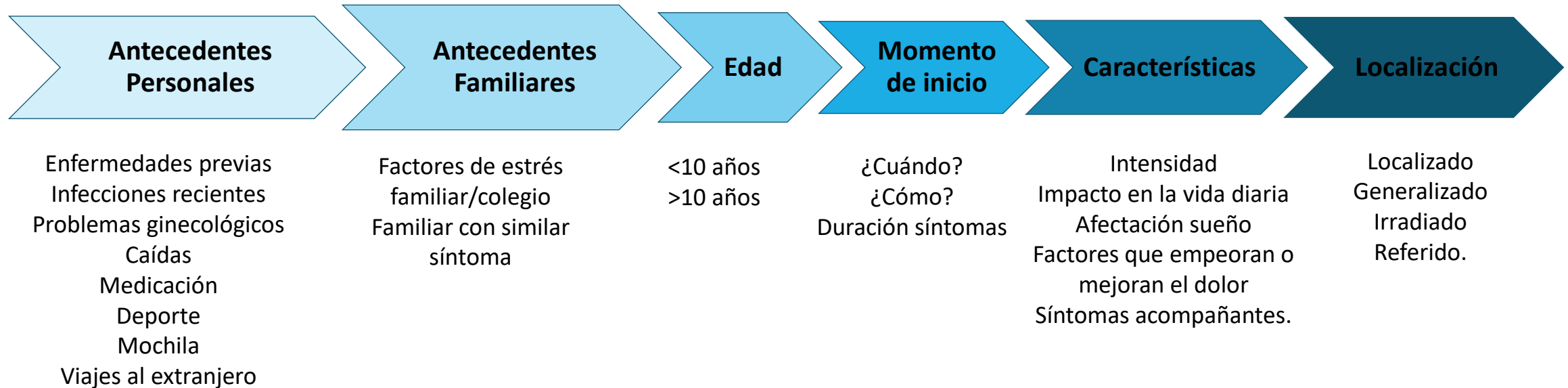
La localización del dolor puede variar según la edad:

- En niños pequeños, la zona dorsal es la más frecuente.
- En adolescentes, se distribuye entre la zona dorsal (50%) y lumbar (50%).
- Aumento del dolor cervical, principalmente relacionado con malas posturas y hábitos tecnológicos.



Dolor de espalda

Anamnesis

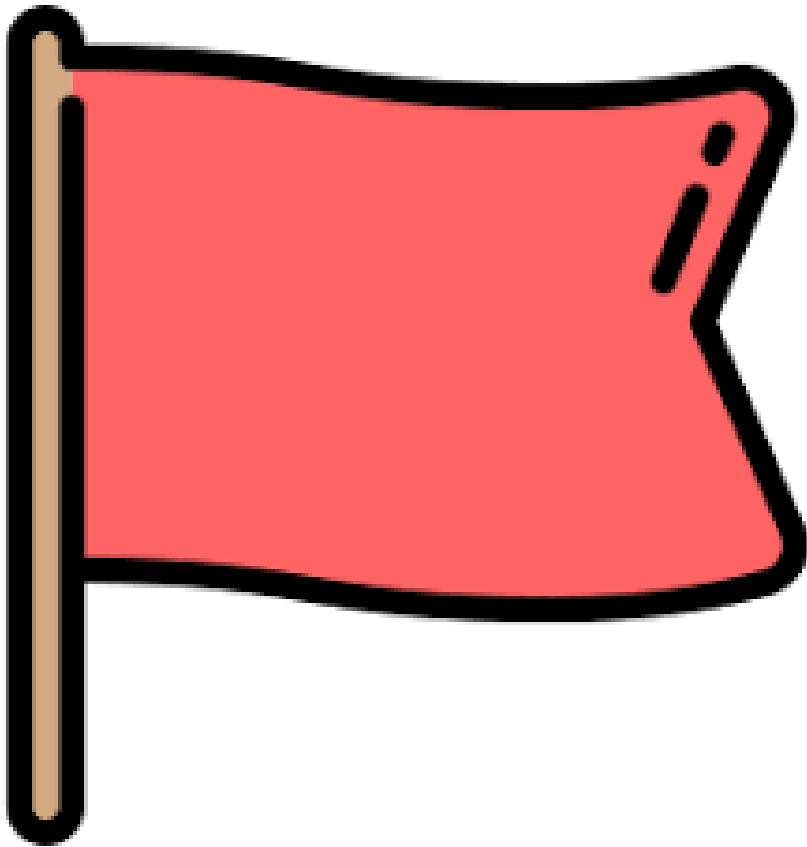


Guía Esencial de Rehabilitación Infantil. Espinosa, Arroyo, Martín, Ruiz, Moreno. Panamericana. 2010.
Rehabilitación Infantil. M^a Á. Redondo García, J.A. Conejero Casares. Panamericana. SERI. 2012.
Título de Experto Pediátrico en patología del Aparato Locomotor. Mayo 2019.



Dolor de espalda

Anamnesis



inicio **insidioso**
predominio **nocturno**
dolor que **limita** actividades diarias
mala respuesta a analgésicos
asociado a: **fiebre, pérdida de peso**
o **síntomas neurológicos**.



Dolor de espalda

DOLOR DE ESPALDA INESPECÍFICO, POSTURAL O POR SOBREUSO



ACTITUD ESCOLIÓTICA EN EL NIÑO MAYOR



Dolor de espalda

DOLOR DE ESPALDA INESPECÍFICO, POSTURAL O POR SOBREUSO

Dolor de espalda más frecuente en el niño mayor de 10 años.

Diagnóstico de exclusión, tras descartar alteraciones físicas y causas específicas.

Sedentarismo, régimen incorrecto de entrenamiento, obesidad, malos hábitos posturales, factores psicológicos.

Suele ser un dolor mecánico, difuso o localizado.

No requiere radiografías.

Entre el 80-90% de los casos se resuelven espontáneamente.



Dolor de espalda

ACTITUD ESCOLIÓTICA EN EL NIÑO MAYOR

	ESCOLIOSIS	ACTITUD ESCOLIÓTICA
Desviación LATERAL	>10º	0-10º
ROTACIÓN vertebral	SI	NO
Etiología	Idiopática 80%, Secundarias 20%	Dismetría, contracturas
DOLOR	SI. Edad adulta NO. Edad de crecimiento	SI, puede

Desviación **LATERAL** de la columna vertebral en el plano frontal, **SIN ROTACIÓN.**

Secundaria a dismetría de miembros inferiores y problemas mecánicos o, raramente, a infecciones, tumores o condiciones neurológicas iniciales.

Diagnóstico de exclusión.

Exploración física:

- Desviación de amplio radio que involucra múltiples vértebras.
- No giba o minimas que desaparecen en sedestación.



Dolor de espalda

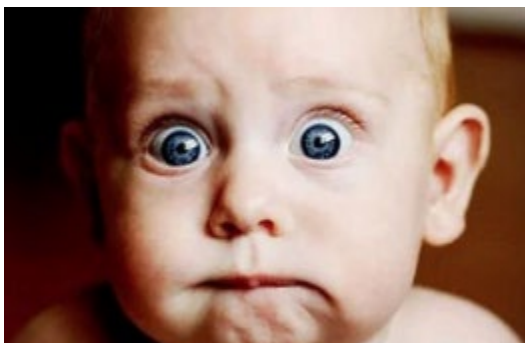
¿¿Cuándo derivar??

- Adams+
- Dolor inespecífico que no mejora tras recomendaciones.
- Dismetrías >1 cm



Dolor de espalda

DISMETRÍAS



GRUPO DE TRABAJO SAMFYRE. "DESVIACIONES DEL RAQUIS"



NO TRATAR

- Dismetrías < 1 cm
- Dismetrías sin repercusión dinámica en la marcha
- Dismetrías sin repercusión sobre la columna (no báscula sacra)

TRATAR

- Dismetrías mayores de 2 cm
- Entre 1 y 2 cm con repercusión dinámica en la marcha
- Entre 1 y 2 cm con repercusión sobre la columna (presencia de báscula sacra mayor de 3°)
- Giba lumbar que se corrige con alza en el lado contrario de la giba

Tomado de: "III Curso SAMFYRE de Manejo Multidisciplinar de la Escoliosis: desde la cirugía a la sospecha"



Dolor de espalda

DISMETRÍAS



GRUPO DE TRABAJO SAMFYRE. "DESVIACIONES DEL RAQUIS"



NO TRATAR

- Dismetrías < 1 cm
- Dismetrías sin repercusión dinámica en la marcha
- Dismetrías sin repercusión sobre la columna (no báscula sacra)

TRATAR

- Dismetrías mayores de 2 cm
- Entre 1 y 2 cm con repercusión dinámica en la marcha
- Entre 1 y 2 cm con repercusión sobre la columna (presencia de báscula sacra mayor de 3°)
- Giba lumbar que se corrige con alza en el lado contrario de la giba

Tomado de: "III Curso SAMFYRE de Manejo Multidisciplinar de la Escoliosis: desde la cirugía a la sospecha"

26



el Periódico d'Ordre

Sábado, 4 de Marzo de 2017

EL ATLETA PADCE DISMETRÍA Y ESCOLIOSIS

USAIN BOLT, EL COJO VOLADOR

JOSÉ ANTONIO GARCÍA

Cuando que a todo el mundo que le gusta el deporte y en especial, el atletismo, nos viene a la mente el nombre de Usain Bolt, pensamos en el hombre más rápido del mundo. Recordista en 100m y 200m, se le conoce como 'Lightning Bolt' (rayo).

Quien conoce la trayectoria de Usain Bolt, sabe que no todo ha sido color de rosa, pues ha sufrido lesiones y dolores de rodilla a lo largo de su carrera. Cae vez que aumentaba la intensidad de sus sesiones de velocidad, se rompía. No fue hasta después de los Juegos de Atenas 2004 donde en las series de 200 metros sufrió una grave lesión. La primera, paralizante, la lesión de la rodilla y el codo. Bolt entró en una profunda depresión, incluso desesperado.

En 2005 cambió de entrenador, Glen Mills le dio a conocer al doctor Miller-Wade, quien le detectó una importante lesión, una lesión que se le detectó a Bolt en 2005. Bolt no sabía que tenía una lesión, pero Mills le dijo que tenía una lesión. Bolt no sabía que tenía una lesión, pero Mills le dijo que tenía una lesión. Bolt no sabía que tenía una lesión, pero Mills le dijo que tenía una lesión.

Gracias a Mills y al médico general, dieron la vuelta al campo de Usain, compensaron la diferencia de extremidades, se hicieron ejercicios de fortalecimiento y fortalecieron para formar una sola de miembros que pertenecían a la columna. Y fortalecieron en la compensación de la columna para que sus piernas se movieran al mismo peso y fuerza. El resultado fue una, sólida, fuerte, y una sola y una sola columna. Le



En la imagen se aprecia la alzada en el codo de Bolt, que compensa la dismetría del atleta.

Otra cosa después de aquel diagnóstico, Bolt tuvo los problemas de 100, 200 y 400m en los Juegos de Pekín 2008. Sus deficiencias físicas le pasaron factura continuamente. La velocidad no tiene secretos, se ve, se siente, se sabe. La diferencia si se puede compensar o bien con plantillas personalizadas o bien con Bolt con el calzado (una vez más gracias que la vida).

Hay mucha gente como Usain Bolt, tener una pierna más corta no es ningún problema, pero si lo es no diagnosticarlo a tiempo, porque el tiempo engaña a los atletas, los atletas y la calidad de vida. En la Clínica Podológica i deportiva creamos personas para realizar estudios biomecánicos y análisis de la postura. El cuerpo es una máquina a la que debemos mirar y cuidar continuamente.



Dolor de espalda

¿Afectan las mochilas?

- **Peso INADECUADO → FACTOR DE RIESGO para el DOLOR DE ESPALDA** (Harreby 2001, Sheir-Neiss 2003)

- La carga mecánica produce **FATIGA** y **PÉRDIDA DE CONFORT**

Cambios biomecánicos (Cardon 2004)

- Si peso >10-15% peso corporal (Brackley 2009)
- Carga asimétrica (Cottalorda 2004)

NO relación con escoliosis (Cardon 2004, Cottalorda 2004)

La educación y mejoría en hábitos saludables → BENEFICIO en el dolor de espalda
(Suri 2019, Nejhaddadgar 2022)



Dolor de espalda

¿Cuándo solicitar Rx?

Escoliómetro $>5^\circ$
o
Asimetría de tronco que lo justifique



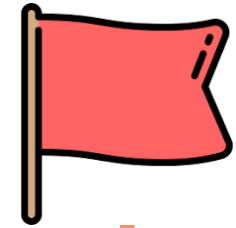
**TELERX o
COLUMNA COMPLETA PA +/- LAT**



Dolor + RIGIDEZ
Sospecha de lesión ósea
Dolor > 4 sem



RX zona específica



**ESTUDIO ESPECÍFICOS
según causa**



Dolor de espalda

¿Por qué reducir el número de radiografías?



Aumenta la **incidencia** y **mortalidad** por **CÁNCER**

Cancer and mortality risks of patients with scoliosis from radiation exposure: a systematic review and meta-análisis. Luan FJ, Eur Spine J. 2020 Dec;29(12):3123-3134.

Cumulative radiation exposure and associated cancer risk estimates for scoliosis patients: impact of repetitive full spine radiography. Martin Law et al. European Journal of Radiology. 2016

Incidence of cancer in adolescent idiopathic scoliosis patients treated 25 years previously. Ane Simony et al. Eur Spine J. 2016.

Cancer mortality among women frequently exposed to radiographic examinations for spinal disorders. Ronckers CM et al. Radiat Res 2010.

¿Cuándo solicitar Rx?

Población con escoliosis
EDAD PEDIÁTRICA

→ Mayor **radiosensibilidad** en órganos y tejidos

→ Máxima sensibilidad **mamaria** a la radiación

Estadio Tanner 2 → Menarquia



Máxima incidencia de escoliosis y RADIOGRAFÍAS

Tomado de: "III Curso SAMFYRE de Manejo Multidisciplinar de la Escoliosis: desde la cirugía a la sospecha"

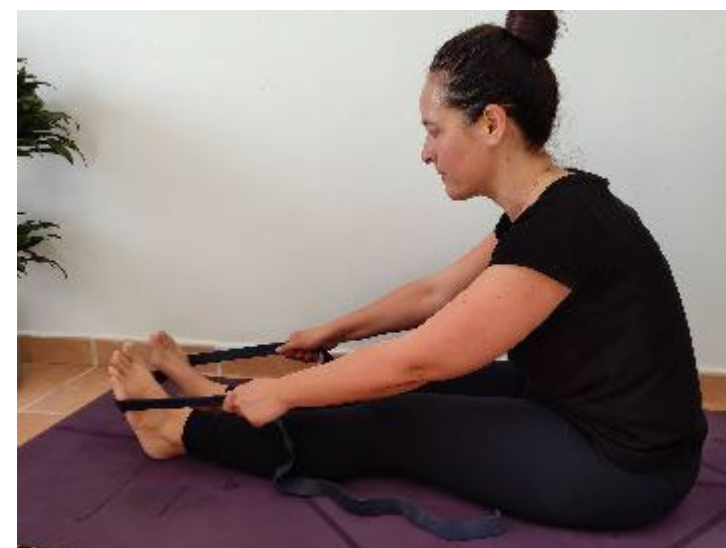


Tratamiento de la actitud escoliótica y del dolor inespecífico

- **PREVENCIÓN** es la clave
- **ERGONOMIA + MOVIMIENTO**
- **ALIMENTACIÓN**
- Práctica deportiva que les haga **FELICES**
- **Priorizar deportes simétricos**



Estiramientos



Recomendaciones en niños y adolescentes

USO DE DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS

- Dispositivo altura ojos
- Pantalla grande
- Escribir texto con ambas manos
- Limitar el tiempo de uso



ADAPTACIONES DEL ENTORNO

- Evitar posturas mantenidas
- Utilizar atril en tareas escolares
- Uso correcto del mobiliario en el cole y en casa
- No tener miedo a llevar peso



ESGUINCE DE TOBILLO

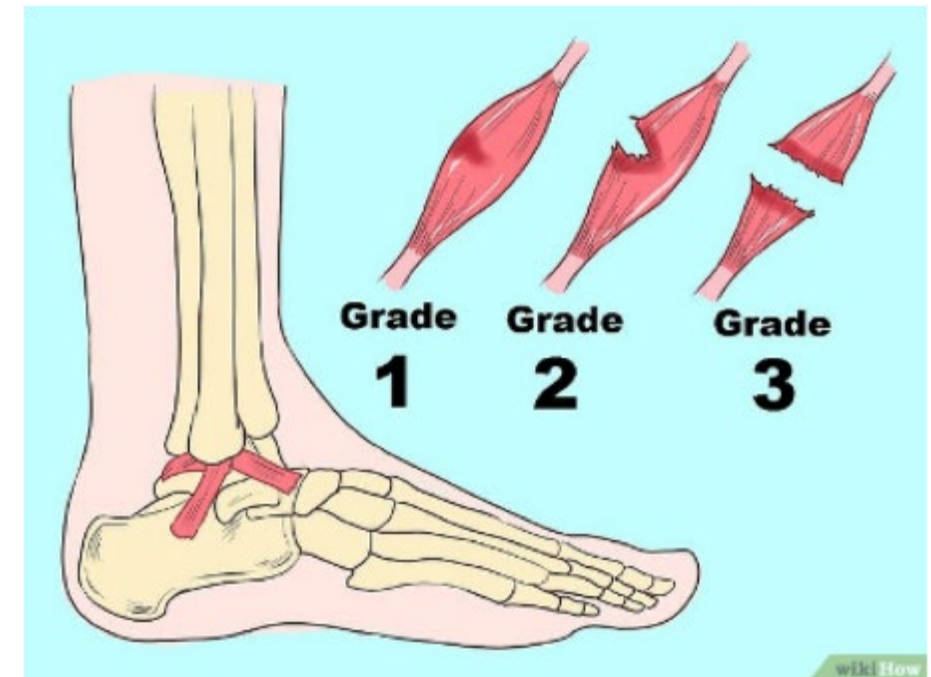
- Es una de las **lesiones más comunes** del aparato locomotor (10-30%)
- + frecuente en niños > 10 años. En menores, son más comunes las epifisiolisis.
- Forma de lesión:
 - ❖ El niño explicará una torcedura al "pisar mal".
 - ❖ + frec: **INVERSIÓN** → ligamento peroneo astragalino anterior (LPAA), es el más débil.
- Ante **clínica repetitiva** descartar → alteraciones neurológicas (neuropatías), musculares (distrofias) o del tejido conectivo (hiperlaxitud, Marfan, Ehlers-Danlos).
- Importancia de la **REHABILITACIÓN PROPIOCEPTIVA** para evitar una posible inestabilidad crónica.



ESGUINCE DE TOBILLO

Clasificación

CLASIFICACIÓN	Tipo de lesión	Síntoma
GRADO I	Distensión sin rotura de fibras o con rotura de menos del 5% de las fibras	Dolor
GRADO II	Rotura parcial	Dolor, hinchazón e inestabilidad articular leve
GRADO III	Rotura total que puede afectar también a las zonas de inserción óseas	Dolor e inflamación evidentes y laxitud articular. En ocasiones puede no existir dolor debido a la rotura de las terminaciones nerviosas



ESGUINCE DE TOBILLO

Exploración



ESGUINCE DE TOBILLO

¿Cuándo solicitar Rx?

El diagrama muestra dos vistas de un tobillo y un pie: la cara lateral (izquierda) y la cara medial (derecha). En la cara lateral, se indican tres zonas de dolor: el borde posterior o punta del maléolo lateral (6 cm), la zona maleolar y la base del 5.º metatarsiano. En la cara medial, se indican el borde posterior o punta del maléolo medial (6 cm), la zona del medio pie y el hueso navicular o escafoides.

A) Radiografía de tobillo si existe dolor en zona maleolar y alguna de las condiciones siguiente:

1. Dolor a la palpación de los 6 cm distales del borde posterior o punta del maléolo lateral.
2. Dolor a la palpación de los 6 cm distales del borde posterior o punta del maléolo medial.
3. Incapacidad para mantener el peso (dar 4 pasos seguidos sin ayuda) inmediatamente tras el traumatismo y en urgencias.

B) Radiografía de pie si existe dolor en medio pie y alguna de las condiciones siguientes:

1. Dolor a la palpación de base del 5.º metatarsiano.
2. Dolor a la palpación del hueso navicular.
3. Incapacidad para mantener el peso (dar 4 pasos seguidos sin ayuda) inmediatamente tras el traumatismo y en urgencias.

Stiell IG, McDowell I, Nair RC, Aeta H, Greenberg G, McKnight RD, Ahuja J. Use of radiography in acute ankle injuries: physicians' attitudes and practice. CMAJ. 1992 Dec 1;147(11):1671-8. PMID: 1362372; PMCID: PMC1336591.
José Manuel Toscano Pardo, Yalenne Alonso Pérez, Juana Melián Díaz. Utilidad de las reglas de Ottawa para tobillo y medio pie en Atención Primaria. Validez (I) Med gen y fam. 2016;5(3):77-82
Parrón Cambero R et al. Validez de las reglas del tobillo de Ottawa. Rev Ortop Traumatol. 2006;50:283-6



Soft-tissue injuries simply need PEACE and LOVE

Blaise Dubois,¹ Jean-Francois Esculier  ^{1,2}

ESGUINCE DE TOBILLO

Tratamiento

- P**  **PROTECCIÓN**
Cesar todas la actividades que provoquen dolor durante los primeros días.
- E**  **ELEVACIÓN**
Mantener el miembro afectado en alto lo más a menudo posible, de manera que lo situemos más alto que el corazón.
- A**  **ANTI-INFLAMATORIOS, EVITARLOS**
Abstenerse de tomar anti-inflamatorios y de aplicar hielo.
- C**  **COMPRESIÓN**
Colocar un vendaje elástico, o mejor aun un taping compresivo, para reducir el hinchazón inicial.
- E**  **EDUCACIÓN**
Enseñar las buenas prácticas con el fin de evitar los tratamientos pasivos innecesarios y todas las pruebas médicas innecesarias.



Soft-tissue injuries simply need PEACE and LOVE

Blaise Dubois,¹ Jean-Francois Esculier  ^{1,2}

ESGUINCE DE TOBILLO

Tratamiento

&

L



LOAD (CARGA)

Cuantificar el estrés mecánico integrando las cargas y el movimiento, sin ocasionar dolor.

O



OPTIMISMO

Tener confianza y ser positivo; condicionar al cerebro con vistas a una óptima recuperación.

V



VASCULARIZACIÓN

Hacer actividad cardiovascular para irrigar los tejidos afectados y aumentar su metabolismo.

E



EJERCICIOS

Favorecer una buena recuperación de la movilidad, la fuerza y la propiocepción adoptando un abordaje activo.



Ejercicios de Propiocepción





“Nadie puede silbar una sinfonía. Se necesita toda una orquesta para tocarla”

H. E. Luccok

¡¡MUCHAS GRACIAS!!

