



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

Manejo Rehabilitativo del Síndrome de Pinzamiento Femoroacetabular

Elaborado por

Médicos especialistas en medicina física y rehabilitación

Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia

No. **83**



**Guía de Práctica Clínica
Basada en Evidencia
(GPC-BE) No. 83**

**Manejo Rehabilitativo del Síndrome de
Pinzamiento Femoroacetabular**

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Subgerencia de Prestaciones en Salud
Comisión de guías de práctica clínica basadas
en evidencia

Este documento debe citarse como:

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)
Subgerencia de Prestaciones en Salud
Comisión de guías de práctica clínica basadas en
evidencia (GPC-BE)
**GPC-BE No. 83 “Manejo Rehabilitativo del Síndrome de
Pinzamiento Femoroacetabular”**
Edición 2023; págs. 56
IGSS, Guatemala.

Elaboración aprobada por:

Subgerencia de Prestaciones en Salud
Oficio No. 8299 de fecha 04 de agosto de 2023.

Revisión, diseño y diagramación:

Comisión guías de práctica clínica basadas en evidencia;
Subgerencia de Prestaciones en Salud.

ISBN: 9778-9929-795-52-5

Derechos reservados-IGSS-2023

Se autoriza la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio, siempre que su propósito sea para fines docentes y sin finalidad de lucro a todas las instituciones del sector salud, públicas o privadas.



MSc. Edson Javier Rivera Méndez
Gerente

Doctor Francisco Javier Gódinez Jerez
Subgerente de Prestaciones en Salud

Grupo de desarrollo

Dr. Francisco Salvador Lee Guandique

Médico especialista en Medicina física y rehabilitación
Encargado de Servicio de Lesiones Diversas
Hospital de rehabilitación

Dr. Jhonathán David Pablo Chojolán Lopez

Médico especialista en Medicina física y rehabilitación
Hospital de rehabilitación

Dra. Dalia Verónica Sincal Teleguario

Residente III– Medicina física y rehabilitación
Hospital de rehabilitación

Dr. César Estuardo Bautista Quattrini

Residente II– Medicina física y rehabilitación
Hospital de rehabilitación

Comisión de guías de práctica clínica basadas en evidencia

Dr. Edgar Campos Reyes

Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dra. Erika Breshette López Castañeda

Subgerencia de Prestaciones en Salud

Declaración de conflicto de interés

Se declara que ninguno de los participantes en el desarrollo de esta guía tiene intereses particulares, es decir: económicos, políticos, filosóficos o religiosos que influyan en los conceptos vertidos en la misma.

Prólogo

¿En qué consiste la medicina basada en evidencia?

Podría resumirse como la integración de la experiencia clínica individual de los profesionales de la salud con la mejor evidencia proveniente de la investigación científica, una vez asegurada la revisión crítica y exhaustiva de esta. Sin la experiencia clínica individual, la práctica se convertiría en una tiranía, pero sin la investigación científica quedaría inmediatamente caduca. En esencia, pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, y su objetivo consiste en contar con la mejor información científica disponible –**la evidencia**–, para aplicarla a la práctica clínica.

Por lo que puede decirse que las **guías de práctica clínica basadas en evidencia**, son los documentos en los cuales se plasman las evidencias para ponerlas al alcance de todos los usuarios (médicos, paramédicos, pacientes y público en general).

Los grados de recomendación son criterios que surgen de la experiencia de expertos en conjunto con el **nivel de evidencia** y determinan la calidad de una intervención y el beneficio neto en las condiciones locales. (Tabla 1)

Tabla 1. Significado de los grados de recomendación

Grado de recomendación	Significado
A	Extremadamente recomendable.
B	Recomendable favorable.
C	Recomendación favorable, pero no concluyente.
D	Corresponde a consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación.
√	Indica un consejo de buena práctica clínica sobre el cual el grupo de desarrollo acuerda.

Nota. Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & Uceda Carrascosa, P. (2012). Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la sociedad Andaluz de traumatología y ortopedia, 20(1/2), 59– 72. Obtenido de https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pdf

El nivel de evidencia clínica es un sistema jerarquizado que valora la fortaleza o solidez de la evidencia asociada con resultados obtenidos de una intervención en salud y se aplica a las pruebas o estudios de investigación, como puede verse en la tabla publicada por la Universidad de Oxford (Tabla 2).

Tabla 2. Niveles de evidencia*

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios.
	1b	Ensayo clínico aleatorio individual.
	1c	Eficacia demostrada por los estudios de práctica clínica y no por la experimentación. (All or none**)
B	2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes.
	2b	Estudio de cohorte individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad.
	2c	Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos.
	3a	Revisión sistémica de estudios caso-control, con homogeneidad.
	3b	Estudios de caso control individuales.
C	4	Series de casos, estudios de cohortes y caso-control de baja calidad.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

Nota. Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & UcedaCarrascosa, P. (2012). Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. *Revista de la sociedad Andaluza de traumatología y ortopedia*, 20(1/2), 59– 72. Obtenido de https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pdf

* Centro de Medicina basada en la evidencia de Oxford.

**All or none (Todos o ninguno): Se cumple cuando todos los pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero algunos ahora sobreviven; o cuando algunos pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero ahora ninguno muere con el medicamento.

En las **Guías de Práctica Clínica publicadas por el IGSS**, el lector encontrará al margen izquierdo de los contenidos, el **nivel de evidencia (1a hasta 5**, en números y letras minúsculas) de los resultados de los estudios los cuales sustentan el **grado de recomendación de buena práctica clínica**, que se anota en el lado derecho del texto (**Letras A, B, C, D y √**, siempre en letras mayúsculas con base en la tabla del Centro de Medicina Basada en Evidencia de Oxford) sobre los aspectos evaluados.

Las guías, desarrollan cada temática seleccionada, con el contenido de las mejores evidencias documentadas luego de revisiones sistemáticas exhaustivas en lo que concierne a estudios sanitarios, de diagnósticos y terapéuticas farmacológicas y otras.

Las guías de práctica clínica no pretenden describir un protocolo de atención donde todos los puntos deban estar incorporados sino mostrar un ideal para referencia y flexibilidad, establecido de acuerdo con la mejor evidencia existente.

Las guías de práctica clínica basada en evidencia que se revisaron para la elaboración de esta guía, fueron analizadas mediante el instrumento AGREE (por las siglas en inglés de Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe), el cual evalúa tanto la calidad de la información aportada en el documento como la propiedad de algunos aspectos de las recomendaciones, lo que permite ofrecer una valoración de los criterios de validez aceptados en lo que hoy es conocido como **“los elementos**

esenciales de las buenas guías”, incluyendo credibilidad, aplicabilidad clínica, flexibilidad clínica, claridad, multidisciplinariedad del proceso, actualización programada y documentación.

En el IGSS, el programa de elaboración de guías de práctica clínica es creado con el propósito de ser una herramienta de ayuda al momento de tomar decisiones clínicas. En una guía de práctica clínica (GPC) no existen respuestas para todas las cuestiones que se plantean en la práctica diaria. La decisión final acerca de un particular procedimiento clínico, diagnóstico o de tratamiento dependerá de cada paciente en concreto y de las circunstancias y valores que estén en juego. **De ahí, la importancia del propio juicio clínico.**

Este programa también pretende disminuir la variabilidad de la práctica clínica y ofrecer, tanto a los profesionales de los equipos de atención primaria, como a los del nivel especializado, un referente en su práctica clínica con el cual poder compararse.

Para el desarrollo de cada tema se ha contado con el esfuerzo de los profesionales –especialistas y médicos residentes– que a diario realizan una labor tesonera en las diversas unidades de atención médica de esta institución, bajo la coordinación de la **Comisión de guías de práctica clínica** que pertenece a los proyectos educativos de la **Subgerencia de Prestaciones en Salud**, con el invaluable apoyo de las autoridades del Instituto.

A

La inversión de tiempo y recursos es considerable, pues involucra muchas horas de investigación y de trabajo, con el fin de plasmar con sencillez y claridad los diversos conceptos, evidencias y recomendaciones que se dejan disponibles en cada uno de los ejemplares publicados.

Este esfuerzo demuestra la filosofía de servicio de esta institución, que se fortalece al poner al alcance de los lectores un producto elaborado con esmero y alta calidad científica, aplicable, práctica y de fácil revisión.

El IGSS tiene el privilegio de poner al alcance de sus profesionales, personal paramédico y de todos los servicios de apoyo, esta guía con el propósito de colaborar en los procesos de atención a nuestros pacientes, en la formación académica de nuevas generaciones y de contribuir a la investigación científica y docente que se desarrolla en el diario vivir de esta institución.

*Comisión de guías de práctica clínica, IGSS,
Guatemala, 2023*

Índice

1. Introducción	1
2. Objetivos	3
3. Metodología	5
4. Contenido	7
5. Anexo	17
6. Glosario	25
7. Referencias bibliográficas	31

Abreviaturas

SPFA Síndrome de Pinzamiento Femoroacetabular

CDC Centers for Disease Control and Prevention

OA Osteoartrosis

AP Antero - posterior

1. Introducción

El Síndrome de Pinzamiento Femoroacetabular (SPFA) se caracteriza por un contacto prematuro entre la cabeza femoral y el acetábulo durante los movimientos de la cadera (Terrell et al., 2021). Esto generalmente es causado por una coxa profunda o una sobre cobertura anterosuperior focal como resultado de la retroversión acetabular (Matar et al., 2019). Resulta en una cadera dolorosa condición que puede ser significativamente discapacitante (Hoit et al., 2020).

El SPFA se describió en alrededor del 40% de la patología de la articulación de la cadera (Trigg et al., 2020).

La presente Guía de Tratamiento Rehabilitativo del Síndrome Pinzamiento Femoroacetabular, se basa en la evidencia, fue asesorada y elaborada por un equipo de médicos fisiatras y residentes, quienes se dedican a la rehabilitación en los diferentes servicios del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

La información recolectada se fundamenta en las labores cotidianas, en el estudio de guías de práctica clínica existentes, así como en reportes científicos de publicaciones recientes y en la investigación de publicaciones de Internet, en las páginas de la Red Cochrane, CDC de Atlanta, entre otras. Los conocimientos relacionados evolucionan rápidamente obligando a una actualización constante con el fin de poder brindar la atención de mejor calidad posible.

2. Objetivos

General

Determinar las bases para el tratamiento rehabilitativo en el Síndrome de pinzamiento femoroacetabular, con el propósito que sea utilizado por el personal que presta atención a los pacientes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Específicos

- Identificar las características epidemiológicas de la población afiliados y derechohabientes con Síndrome de pinzamiento femoroacetabular
- Recomendar los métodos de intervención por cada área de tratamiento multidisciplinario.
- Estandarizar el tratamiento y el tiempo de atención en los pacientes con síndrome de pinzamiento femoroacetabular.
- Agilizar el diagnóstico y tratamiento temprano y oportuno en los pacientes con síndrome de pinzamiento femoroacetabular.

3. Metodología

Definición de preguntas

1. ¿Qué es el Síndrome de Pinzamiento Femoroacetabular?
2. ¿Cuáles son los criterios que deben tener los pacientes para iniciar tratamiento?
3. ¿Cuál es el manejo rehabilitativo del SPFA?
4. ¿Cuál es la mejor manera para prescribir el uso de los medios físicos y el ejercicio?

Criterios de inclusión de los estudios:

Idiomas: español e inglés

Fechas de las publicaciones: 2018 al 2022

Estudios con base científica confiable

Criterios de exclusión de los estudios:

Artículos y publicaciones que impliquen algún costo

Estrategia de búsqueda

www.pubmed.com,

www.bjm.com,

www.cochrane.org,

www.clinicalevidence.com

www.psico-90@psicousac.edu.gt

Palabras clave: SPFA, Rehabilitación, pronóstico, tratamiento, factores de riesgo, síndrome de pinzamiento femoroacetabular.

Población diana. Pacientes afiliados, derechohabientes, beneficiarios, pensionados y jubilados del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), que son trasladados al Hospital de Rehabilitación o unidades que cuenten con áreas de rehabilitación según lugar de residencia que les corresponda.

Usuarios de la guía. Profesionales médicos especialistas, médicos residentes, médicos generales.

Implicaciones para la práctica. En el manejo oportuno e integral del tratamiento de los pacientes con Síndrome de Pinzamiento Femoroacetabular.

Fecha de elaboración, revisión y año de publicación de esta guía

Elaboración durante año 2023

Revisión agosto 2023

Publicación año 2023

4. Contenido

Definición

1c

El Síndrome de Pinzamiento Femoroacetabular (SPFA) se caracteriza por un contacto prematuro entre la cabeza femoral y el acetábulo durante los movimientos de la cadera (Terrell et al., 2021). Esto generalmente es causado por una coxa profunda o una sobre cobertura anterosuperior focal como resultado de la retroversión acetabular (Matar et al., 2019).

A

1a

Resulta en una cadera dolorosa condición que puede ser significativamente discapacitante (Hoit et al., 2020).

A

Hay tres tipos de morfología asociados con el SPFA:

1c

- Morfología tipo CAM, que se refiere al crecimiento óseo extra en la unión de la cabeza y el cuello del fémur;
- Morfología tipo Pincer, que se refiere a una coxa profunda o retrovertida (y subsecuentemente una sobrecobertura antero superior de la cabeza femoral); o
- Mixta donde están presentes ambas morfologías (Kemp et al., 2019).

A

Epidemiología del problema

1c

A

El SPFA se describió en alrededor del 40% de la patología de la articulación de la cadera, superando las lesiones del labrum (33%) y la OA de cadera (24%). La morfología CAM representa el 37% de las morfologías observadas en el SPFA y su prevalencia es tres veces más probable en atletas que en la población general, y se describe más comúnmente en hombres. El tipo Pincer representa un 67% de las morfologías y se encuentra con menor frecuencia en atletas y más común en mujeres (Trigg et al., 2020).

La prevalencia de la morfología del SPFA es alta y se observa en aproximadamente una quinta parte de la población general. Menos del 25% de los afectados desarrollan dolor y osteoartritis, aunque hasta el 50% de todas las osteoartritis de cadera pueden desarrollarse secundariamente a SPFA (Palmer et al., 2019).

El dolor de cadera es una causa común de discapacidad por dolor crónico que ocurre en el 30 al 40% de los atletas adultos, lo que resulta en una disminución de la calidad de vida (Trigg et al., 2020).

Diagnóstico

En la actualidad no se dispone de un algoritmo establecido para el diagnóstico del SPFA, pero en la práctica clínica, el diagnóstico se realiza mediante la evaluación clínica y se correlaciona con estudios de imágenes (Seijas Vázquez et al., 2020)

Diagnóstico clínico

Historia clínica

1c

El SPFA comúnmente tiene dolor relacionado con el movimiento: el cual es exacerbado al permanecer sentado por períodos prolongados, al levantarse de una silla, ponerse zapatos, al entrar y salir de un automóvil y al estar sentado con las piernas cruzadas. También pueden describir chasquidos, atrapamientos, bloqueos, rigidez, rango de movimiento restringido. Así mismo pueden describir la ubicación del dolor anterior y lateral con el "signo de la C". (Matar et al., 2019; Trigg et al., 2020)

A

Examen físico

1c

El examen físico debe incluir una evaluación de la marcha del paciente, el equilibrio en una sola pierna y la palpación directa del área dolorosa, pueden presentar deficiencias en la fuerza de la cadera. (Trigg et al., 2020)

C

A la evaluación dinámica al realizar una flexión activa de cadera se puede observar en ocasiones una rotación externa de la misma para evitar dolor (Signo de Drehmann). La flexión activa máxima de la cadera con la rodilla flexionada puede reproducir el dolor.

Otras maniobras:

1c

- FADIR: Con el paciente en decúbito supino y la cadera flexionada pasivamente a 90 grados, flexión de rodilla a 90 grados, aducción de

A

cadera y rotación interna de 10 a 15 grados. Si hay dolor en el área de la ingle es positivo.

(Trigg et al., 2020) (Anexo, figura 3)

1c

- FABERE (PATRICK): Se realiza con la cadera flexionada a 90 grados, con flexión de rodilla a 90 grados, abducción y rotación externa. Si hay dolor en la cadera es positiva. (Matar et al., 2019) (Anexo, figura 4)
- Log-Roll Test: Paciente en decúbito supino, con extensión completa de cadera y rodilla, se realiza una rotación interna y externa pasiva de la cadera. Positivo si reproduce dolor. (Terrell et al., 2021) (Anexo, figura 5)

A

1c

- Test de Anvil: Paciente en decúbito supino con las piernas en extensión, el examinador levanta la pierna a unos 30 grados y golpea el talón. Si hay dolor en la ingle o cadera es positiva. (Buckup et al., 2019) (Anexo, figura 6)
- Signo de la C: Paciente de pie indica una "C" con una mano y la coloca sobre el trocánter mayor, con el pulgar posterior al trocánter y los dedos extendidos hacia la ingle. (Terrell et al., 2021)
- Signo de Drehmann: Paciente en decúbito supino se realiza una flexión pasiva de cadera y es positiva cuando realiza una rotación externa progresiva. (Terrell et al., 2021) (anexo, figura 7)

A

1c

- Test de Stinchfield: Paciente en decúbito supino, se realiza flexión activa resistida, de cadera de 30 a 45 grados. Si hay dolor es positiva y sugiere patología intraarticular. (Matar et al., 2019) (anexo, figura 8)

A

1c

Estudios de imagen

C

Radiografías

- o Anteroposterior y oblicuas de la cadera
- o Proyección de Dunn modificada
- o Proyección de rana
- o Proyección axial cross-table de cadera

Los rayos x AP deben estar centrados sobre la sínfisis del pubis, sin rotación y con inclinación pélvica neutra.

La proyección de Dunn se obtiene con el paciente en decúbito supino y la cadera sintomática flexionada (90°) y abducida 20° con rotación neutra.

Resonancia magnética o tomografía (Matar et al., 2019)

La Resonancia Magnética o Tomografía permite una evaluación precisa del cartílago articular y el labrum, pero debe interpretarse con precaución ya que entre el 30 y el 60 % de los pacientes asintomáticos tienen desgarros del labrum en la artrografía por resonancia magnética.

Recomendación del grupo de desarrollo

Cuando se realice el traslado de un paciente con cuadro compatible de SPFA, para tratamiento rehabilitativo al Hospital de Rehabilitación y unidades que cuentan con áreas de rehabilitación, debe llevar los resultados de los estudios de imagen indicados previamente para documentar el tipo de daño. (Estos estudios deben ser realizados en la Unidad Médica previo al traslado del paciente.)

√

Tratamiento

Tratamiento rehabilitativo

1c

La rehabilitación del SPFA requiere de un equipo interdisciplinario y multidisciplinario, que incluye al paciente, sus familiares y otros cuidadores, médicos especialistas en medicina física y rehabilitación, enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, psicología y otras especialidades médicas. Es necesaria una comunicación y coordinación entre los miembros del equipo para maximizar la eficacia del tratamiento.

c

(Terrell et al., 2021)

Los protocolos de rehabilitación no quirúrgica y postoperatorios para el SPFA se engloban en 4 objetivos principales: 1. Posicionamiento postural, 2. Estabilización central, 3. Fuerza de la cadera y control motor y 4. Rango de movimiento funcional.

(Terrell et al., 2021)

a) Posicionamiento postural

1a

Se utiliza para mantener la columna en una postura fisiológica, ya que se presentan desequilibrios musculares y factores biomecánicos que favorecen el dolor. (Hoit et al., 2020)

A

Los pacientes pueden comenzar con ejercicios posturales en el suelo en decúbito supino con las caderas y rodillas flexionadas con los pies planos apoyados en el suelo presionando la zona lumbar contra el piso. Así mismo, se pueden realizar inclinaciones pélvicas de anterior a posterior para lograr una alineación neutra. Se progresa a una posición cuadrúpeda realizando flexión y extensión cíclica lumbar antes de avanzar a una posición sentada o de pie.

b) Estabilización central

1c

Se debe enseñar a los pacientes a mejorar la estabilización central (fortalecimiento del CORE), a través del reclutamiento de los músculos transverso del abdomen, multifidos, diafragma y del piso pélvico para estabilizar el abdomen la columna lumbar y facilitar el movimiento de las extremidades y la columna. (Terrell et al., 2021)

A

Progresar a la extensión de la cadera (ejercicios de puente), inicia de forma bilateral de extremidades inferiores y avanzar. Los ejercicios de Watkins-Randall se utilizan para la progresión de ejercicios de estabilización central. (Terrell et al., 2021)

c) Fuerza de cadera y control motor

1c

En los pacientes con SPFA es común encontrar debilidad de los 3 abductores primarios de la cadera (glúteo mayor, glúteo medio y glúteo menor). El fortalecimiento de la fuerza de los glúteos puede comenzar con ejercicios en el piso, como la abducción de la cadera en decúbito lateral, clamshells y variaciones de puente.

C

Los pacientes pueden progresar a ejercicios de pie y dinámicos para aumentar la fuerza y el control motor. Se utilizan bandas de resistencia a nivel de los metatarsianos para activar los músculos glúteos y así aumentar el brazo de palanca, sin provocar actividad de la fascia lata. Para la progresión del desarrollo de fuerza, podemos utilizar balones medicinales, pesas rusas o mancuernas para promover la fuerza de la cadera y del control motor.

(Terrell et al., 2021)

d) Flexibilidad y movilidad

1c

Los ejercicios de flexibilidad y movilidad no deben provocar dolor y deben realizarse 1 o 2 veces al día. Los estiramientos estáticos deben mantenerse durante 15 a 30 segundos. El estiramiento estático y la liberación miofacial se puede realizar usando pelotas de lacrosse y rodillas de espuma así como técnicas de automovilización, con lo que mejorará la flexibilidad y movilidad de todos los músculos

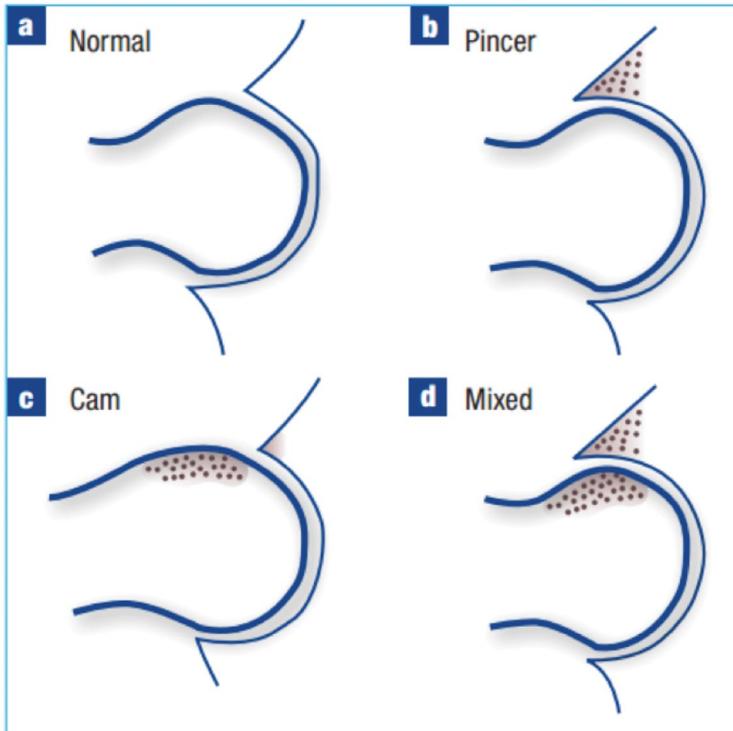
C

de la cadera y de las extremidades inferiores.
Los ejercicios deben ser realizados en rangos
de movilidad sin dolor con posturas adecuadas.

(Terrell et al., 2021)

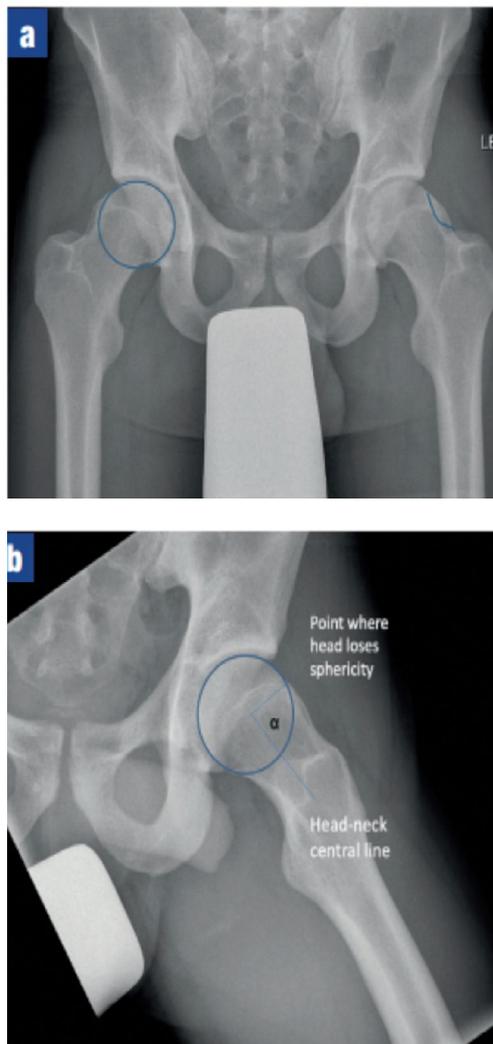
5. Anexo

Figura 1. Tipos de Pinzamiento



Fuente: Matar, H. E., Rajpura, A., & Board, T. N. (2019). Femoroacetabular impingement in young adults: Assessment and management. *British Journal of Hospital Medicine*, 80(10), 584-588. <https://doi.org/10.12968/hmed.2019.80.10.584>

Figura 2. Rayos X de cadera. Tipos de Pinzamiento.
A. Tipo Pincer. B. Tipo CAM



Fuente: Matar, H. E., Rajpura, A., & Board, T. N. (2019). Femoroacetabular impingement in young adults: Assessment and management. *British Journal of Hospital Medicine*, 80(10), 584-588. <https://doi.org/10.12968/hmed.2019.80.10.584>

Figura 3. Maniobra de FADIR



Fuente: Grupo de desarrollo-actualización 2023.

Figura 4. Maniobra de FABERE (Patrick)



Fuente: Grupo de desarrollo-actualización 2023.

Figura 5. Maniobra Log-Roll Test



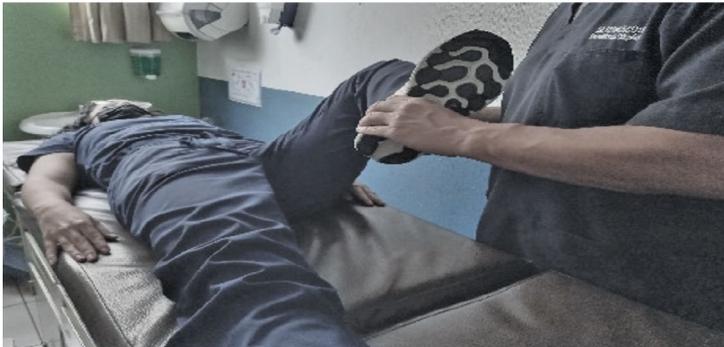
Fuente: Grupo de desarrollo-actualización 2023.

Figura 6. Test de Anvil



Fuente: Grupo de desarrollo-actualización 2023.

Figura 7. Signo de Drehmann



Fuente: Grupo de desarrollo-actualización 2023.

Figura 8. Test de Stinchfield



Fuente: Grupo de desarrollo-actualización 2023.

6. Glosario

Acetábulo: Cavidad del hueso coxal en la que se articula la cabeza del fémur.

Algoritmo: Diagrama orientador que sirve para tomar decisiones diagnósticas o terapéuticas.

Brazo de palanca: es la distancia perpendicular, desde el eje de rotación a la línea de acción de la fuerza.

Coxa vara: es una deformidad de la cadera en la cual existe una menor amplitud en el ángulo que se forma entre el cuello del fémur y la diáfisis de este hueso.

Calidad de vida: a percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.

Dolor: Es una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial.

Diagnóstico: Proceso en el que se identifica una enfermedad, afección o lesión por sus signos y síntomas.

Ejercicios Clamshells: Son ejercicios específicos para los muslos que consisten en alejar y acercar la pierna.

Equipo multidisciplinario: dicho de un estudio o de otra actividad: que se realiza con la cooperación de varias disciplinas.

Equipo interdisciplinario: que abarca o afecta a varias disciplinas.

Estiramiento: Serie de ejercicios suaves y mantenidos en los que los músculos se elongan o alargan más allá de la longitud que suele tener en estado de reposo.

Estabilización central: La estabilización central (estabilidad central o fuerza central) significa usar los músculos del tronco para sostener la columna vertebral y el cuerpo durante la actividad.

FADIR: Con el paciente en decúbito supino y la cadera flexionada pasivamente a 90 grados, flexión de rodilla a 90 grados, aducción de cadera y rotación interna de 10 a 15 grados. Si hay dolor en el área de la ingle es positivo.

FABERE: Se realiza con la cadera flexionada a 90 grados, con flexión de rodilla a 90 grados, abducción y rotación externa. Si hay dolor en la cadera es positiva.

Fuerza: La fuerza muscular es una facultad que tienen los músculos para contraerse y para **vencer una resistencia**, utilizada para determinar aquellos estados en los que se encuentran los músculos de diferentes partes del cuerpo.

Fascia lata: Es la porción tendinosa del músculo tensor de la fascia lata.

Flexibilidad: capacidad que tienen las articulaciones para realizar movimientos con la mayor amplitud posible.

Labrum: es un anillo de tejido blando que rodea las articulaciones circulares del cuerpo, específicamente, en el hombro y cadera.

Liberación miofascial: técnica muy eficaz, poco invasiva que permite valorar al paciente de forma global; lo que busca esta técnica es conseguir cambios físicos en la estructura, estirando la fascia y liberando sus adherencias.

Log Roll Test: Paciente en decúbito supino, con extensión completa de cadera y rodilla, se realiza una rotación interna y externa pasiva de la cadera. Positivo si reproduce dolor.

Mancuernas: es una pieza de equipamiento utilizada en el entrenamiento con pesas, es un tipo de peso libre.

Osteoartrosis: se produce cuando el cartílago que amortigua los extremos de los huesos en las articulaciones se deteriora progresivamente.

Pesas rusas: Es una pesa tradicional que consiste de una bola de hierro fundido, semejante a una bala de cañón con un asa.

Pinzamiento tipo CAM: Atrapamiento de causa femoral debido a la existencia de una prominencia ósea en la transición cabeza-cuello que genera un

contacto anormal entre la cabeza femoral y el reborde acetabular.

Pinzamiento tipo PINCER: de causa acetabular, se produce por una cobertura excesiva de la cabeza femoral.

Pinzamiento tipo mixto: es una combinación de los 2 tipos de atrapamiento CAM y PINCER.

Posicionamiento postural: capacidad del cuerpo humano de mantener una alineación correcta del centro de gravedad en su eje corporal, viéndose que todas las articulaciones y partes del cuerpo trabajen de forma correcta y global, coordinando las tensiones musculares para compensar la postura y eliminar el desequilibrio postural.

Prevalencia: Es una medida de la frecuencia de ocurrencia de casos nuevos de una enfermedad dentro de una población definida durante un período específico de tiempo.

Rigidez: aumento en la resistencia al estiramiento pasivo de un músculo.

Rango de movimiento: Es la capacidad para desplazar un segmento o parte del cuerpo dentro de un arco de recorrido lo más amplio posible manteniendo la integridad de las estructuras anatómicas implicadas.

Radiografía: Procedimiento para el que se usan rayos X, un tipo de radiación de alta energía, con

el fin de obtener imágenes de áreas del interior del cuerpo.

Resonancia magnética: técnica que consiste en la obtención de imágenes detalladas de órganos y tejidos internos a través de la utilización de campos magnéticos utilizando grandes imanes, ondas de radio frecuencia y una computadora para la producción de las imágenes.

Rehabilitación: conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en individuos con condiciones de salud en interacción con su entorno.

Síndrome de Pinzamiento Femoroacetabular: Es el contacto anormal entre el fémur y el acetábulo al final de ciertos movimientos de la cadera, especialmente durante la flexión, la rotación interna y la externa.

Signo de la C: Evaluación que se realiza con el paciente de pie forma una "C" con una mano y la coloca sobre el trocánter mayor, con el pulgar posterior al trocánter y los dedos extendidos hacia la ingle.

Signo de Drehmann: Evaluación que se realiza con el paciente en decúbito supino, se realiza una flexión pasiva de cadera y es positiva cuando realiza una rotación externa progresiva.

Test de Anvil: Evaluación que se realiza con el paciente en decúbito supino con las piernas en

extensión, el examinador levanta la pierna a unos 30 grados y golpea el talón. Si hay dolor en la ingle o cadera es positiva.

Test de Stinchfield: Evaluación que se realiza con el paciente en decúbito supino, se realiza flexión activa resistida, de cadera de 30 a 45 grados. Si hay dolor es positiva y sugiere patología intraarticular.

Tomografía axial computarizada: Procedimiento para el que se usa una computadora conectada a una máquina de rayos X a fin de crear una serie de imágenes detalladas del interior del cuerpo. Las imágenes se toman desde diferentes ángulos y se usan para crear vistas tridimensionales (3D) de los tejidos y órganos.

7. Referencias bibliográficas

- 1) Hoit, G., Whelan, D. B., Dwyer, T., Ajrawat, P., & Chahal, J. (2020). Physiotherapy as an Initial Treatment Option for Femoroacetabular Impingement: A Systematic Review of the Literature and Meta-analysis of 5 Randomized Controlled Trials. *The American Journal of Sports Medicine*, 48(8), 2042-2050. <https://doi.org/10.1177/0363546519882668>
- 2) Kemp, J., Grimaldi, A., Heerey, J., Jones, D., Scholes, M., Lawrenson, P., Coburn, S., & King, M. (2019). Current trends in sport and exercise hip conditions: Intra-articular and extra-articular hip pain, with detailed focus on femoroacetabular impingement (FAI) syndrome. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 33(1), 66-87. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2019.02.006>
- 3) Matar, H. E., Rajpura, A., & Board, T. N. (2019). Femoroacetabular impingement in young adults: Assessment and management. *British Journal of Hospital Medicine*, 80(10), 584-588. <https://doi.org/10.12968/hmed.2019.80.10.584>
- 4) Palmer, A. J. R., Ayyar Gupta, V., Fernquest, S., Rombach, I., Dutton, S. J., Mansour, R., Wood, S., Khanduja, V., Pollard, T. C. B., McCaskie, A. W., Barker, K. L., Andrade, T. J. M. D., Carr, A. J., Beard, D. J., & Glyn-Jones, S. (2019). Arthroscopic hip surgery compared with physiotherapy and activity

modification for the treatment of symptomatic femoroacetabular impingement: Multicentre randomised controlled trial. *BMJ*, 1185. <https://doi.org/10.1136/bmj.l185>

- 5) Seijas Vázquez, R., Barastegui-Fernández, D., Marín-Núñez, M., Badosa-Gimeno, A., Laiz-Boada, P., Cuscó-Segarra, X., & Cugat-Bertomeu, R. (2020). Dinamometría en pinzamiento femoroacetabular. *Revista Española de Artroscopia y Cirugía Articular*, 27(2). <https://doi.org/10.24129/j.reaca.27268.fs1907032>
- 6) Terrell, S. L., Olson, G. E., & Lynch, J. (2021). Therapeutic Exercise Approaches to Nonoperative and Postoperative Management of Femoroacetabular Impingement Syndrome. *Journal of Athletic Training*, 56(1), 31-45. <https://doi.org/10.4085/1062-6050-0488.19>
- 7) Trigg, S. D., Schroeder, J. D., & Hulsopple, C. (2020). Femoroacetabular Impingement Syndrome. 19(9).
- 8) Buckup, J., Hoffmann, R. (2019). Pruebas Clínicas para Patología Ósea, Articular y Muscular, Exploraciones, signos y síntomas. 6ta Edición. Editorial ELSEVER, Barcelona, España.



7a. Avenida 22-72 Zona 1
Centro Cívico, Ciudad de Guatemala
Guatemala, Centroamérica
PBX: 2412-1224



ISBN: 978-9929-795-52-5



9 789929 795525