podoscopio

REVISTA DEL ILUSTRE COLEGIO PROFESIONAL DE PODOLOGÍA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Nº91

AÑO 2023

CELEBRANDO 25 AÑOS DE AVANCES EN PODOLOGÍA: MIRANDO HACIA ATRÁS, AVANZANDO HACIA EL FUTURO

HIDRODILATACIÓN ARTICULAR CON CORTICOIDES GUIADA POR ECOGRAFÍA PARA HALLUX LIMITUS: UNA NUEVA OPCIÓN EN EL TRATAMIENTO CONSERVADOR.

TRABAJO FIN DE GRADO PODOLOGÍA: PATOLOGÍAS FRECUENTES EN EL MIEMBRO INFERIOR EN EL PACIENTE CON SÍNDROME DE DOWN.

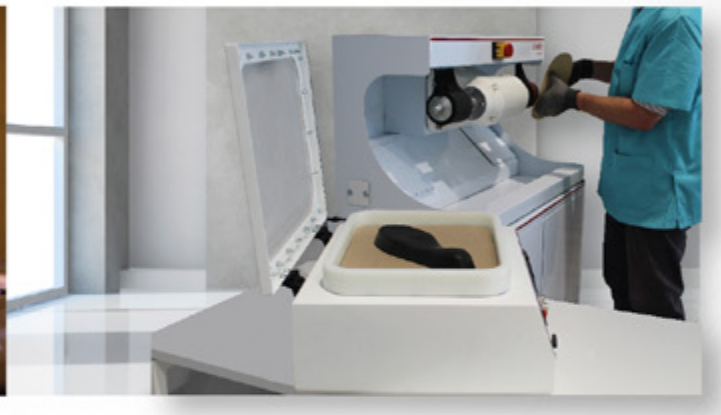
Herbitas
Laboratorios

STEP TO THE FUTURE

KIT DE IMPRESIÓN PLANTILLAS 3D

MISMOS RESULTADOS QUE UNA PLANTILLA CONVENCIONAL CON MENOS TIEMPO DE FABRICACIÓN

TÚ ELIGES



herbitas.com herbitas@herbitas.com Tlf. +34 963627900

Sumario

Editorial
PAG. 2408

Hidrodilatación articular con corticoides guiada por ecografía para Hallux limitus: una nueva opción en el tratamiento conservador.
PAG. 2409

TRABAJO FIN DE GRADO PODOLOGÍA: Patologías frecuentes en el miembro inferior en el paciente con Síndrome de Downs.
PAG. 2414

Noticias
PAG. 2430

Formación Continuada
PAG. 2436

El Asesor informa
La Obligatoriedad de la Receta Electrónica: Ventajas y Desventajas.
PAG. 2438

Bases para publicar artículos
PAG. 2441

Nº 91
AÑO 2023

Director
Dr. Pedro Villalta García

Subdirectora
Dª Natalia Helena Fernández Ospina

Jefe de Redacción
D. Juan Carlos Montero Arroyo

Coordinador de Redacción
D. Jorge Sánchez Oliva

EDITA
Junta de Gobierno del Ilustre Colegio Profesional de Podología de la Comunidad de Madrid
C/ San Bernardo, 74 bajo izqda. 28015 Madrid
Telf.: 91 532 60 06 • *icopoma@icopoma.es* • *Web: www.icopoma.es*
Síguenos en:

JUNTA DE GOBIERNO

Decano:	Dr. Pedro Villalta García
Vicedecana:	Dª. Natalia Helena Fernández Ospina
Secretaria:	Dª Gema Mª López García
Tesorero:	Dr. Félix Martínez Vélez
Vocales:	D. Juan Carlos Montero Arroyo
	Dª. Montserrat Diéguez Blasi
	D. Jorge Sánchez Oliva
	Dª. Naira González García
	D. Óscar Ogallas Polo
Suplentes:	Dª. Laura Posada López
	Dra. Julia Carbajales López

COMISIÓN DE RECURSOS

Presidente:	D. Luis de Benito Aguila
Vicepresidente:	Dª. Mónica García Lanzas
Secretario:	Dª. Rut Fernández Alba

COMISIÓN CIENTÍFICA

D. Jorge Sánchez Oliva
Dª. Montserrat Diéguez Blasi
D. Gabriel Camuñas Nieves
Dª. Laura Gutiérrez Blanco
Dª. Laura Palacios Abril
Dª. María del Sol Tejeda Ramírez
D. Juan Carlos Montero Arroyo
Dª. Natalia Helena Fernández Ospina
Dr. Pedro Villalta García

COMISIÓN DEONTOLÓGICA

D. Óscar Ogallas Polo
Dra. Marta López Herranz
Dª. Laura Gutiérrez Blanco
Dª. Raquel Martín Vaquerizo

GRUPO DE TRABAJO DE COMUNICACIÓN

D. Juan Carlos Montero Arroyo
Dª. Natalia Helena Fernández Ospina
Dª. Montserrat Diéguez Blasi
Dª. Naira González García
Dª. Laura Posada López
Dª. Cristina Villalta Alarcón

INTRUSISMO

Dª. Naira González García

ASESORAMIENTO COLEGIAL

Dra. Julia Carbajales López
Dª. Laura Posada López

Esta publicación está considerada como soporte válido para información de especialidades farmacéuticas, a tenor de lo dispuesto en el Capítulo VII del Real Decreto 3451/77, del 1 de diciembre. Referencia SVR, nº 383. Depósito Legal: M-42451-1983 - ISSN: 0212-7393

La dirección se reserva la libertad de aceptar o no los trabajos enviados, y no asume la responsabilidad de los artículos firmados.

brokers
seguros profesionales

SEGURO DE SALUD

Especial ICOPOMA

Sólo
47,70
euros/mes
SIN COPAGOS

PRECIO

De 0 a 64 años: **47,70€**/mes
PÓLIZA DENTAL INCLUIDA

SIN CARENCIAS EXCEPTO PARTOS
SIN PREEXISTENCIAS EXCEPTO ENFERMEDADES GRAVES

VENTAJAS

Adeslas
Oferta válida para 2023

- + Póliza completa
- + Acceso a todos los especialistas
- + Intervenciones quirúrgicas
- + Hospitalización
- + Urgencias
- + Medios de diagnóstico
- + Asistencia en viaje
- + Acceso a los mejores médicos y centros hospitalarios
- + Cobertura para embarazo, parto y recién nacido

UN SEGURO PARA TODA LA FAMILIA

Te aseguramos una atención médica de calidad, rápida y fiable cuando tu familia lo necesite.
Benefíciate ahora de los acuerdos, especialmente negociados para podólogos de la Comunidad de Madrid. Con posibilidad de incluir a familiares directos (cónyuge e hijos).

+SIN COPAGOS

Más información y contacto:

Brokers 88 91 597 30 35 madrid@brokers88.es

Documentación no contractual. Brokers 88 Correduría de Seguros, S.A. CIF: A58453705, inscrita en el Registro de la Dirección General de Seguros (ministerio de Economía y Hacienda) con clave no J-493. Concertado seguro de Responsabilidad Civil y capacidad financiera según legislación vigente. Queda sujeta a la exactitud de los datos facilitados por el cliente a la aseguradora. Esta oferta es válida en la fecha de su envío y está supeditada a la aceptación y cambios que pueda efectuar la compañía.

Editorial

Celebrando 25 años de avances en Podología: Mirando hacia atrás, avanzando hacia el futuro

Este año nos encontramos celebrando un hito significativo en la historia de nuestra profesión: ¡25 años de avances en la Podología! Desde 1997 hasta 2022, hemos presenciado un crecimiento asombroso y una evolución sin precedentes en nuestra disciplina. En esta editorial, queremos rendir homenaje a los logros alcanzados y reflexionar sobre el camino recorrido, mientras nos adentramos en un futuro emocionante y lleno de promesas.

En estos últimos 25 años, la Podología ha experimentado una transformación extraordinaria en múltiples aspectos. Uno de los avances más notables ha sido la integración de la tecnología en nuestra práctica diaria. Desde el uso de sistemas de diagnóstico por imágenes de vanguardia hasta el desarrollo de herramientas y equipos especializados, la tecnología ha revolucionado la forma en que abordamos los problemas podológicos. Gracias a estos avances, hemos logrado diagnósticos más precisos, tratamientos quirúrgicos más efectivos y una atención más completa para nuestros pacientes.

Además, hemos sido testigos de grandes avances en la investigación y la comprensión de las enfermedades y afecciones relacionadas con los pies. Investigadores y científicos han dedicado incansables horas de trabajo para profundizar en el conocimiento de patologías como la diabetes, las enfermedades vasculares y las deformidades estructurales. Como resultado, nuestras prácticas se han enriquecido con nuevas terapias, enfoques más personalizados y una mayor capacidad para prevenir y tratar problemas de salud relacionados con los pies.

La educación y la formación en Podología también han evolucionado significativamente durante estas últimas dos décadas y media. Los programas académicos se han fortalecido, se han establecido estándares más rigurosos y se ha promovido una mayor colaboración interdisciplinaria. Hoy en día, los podólogos/as se benefician de una formación integral y actualizada, lo que les permite brindar una atención de calidad y convertirse en verdaderos líderes en el cuidado de los pies.

No podemos dejar de mencionar el papel fundamental que los podólogos/as han desempeñado en la promoción de la salud y la concienciación pública. A través de campañas de educación y programas comunitarios, hemos difundido información valiosa sobre la prevención de lesiones, el cuidado adecuado de los pies y la importancia de la atención podológica regular en nuestra sociedad, ahondando en el cuidado y tratamiento del pie diabético. Nuestro compromiso con el bienestar de nuestros pacientes se ha traducido en una mejor calidad de vida para muchas personas con problemas en los pies, desde el niño, adulto, deportista y anciano, reduciendo los problemas de salud relacionados con los pies en la sociedad en general.

A medida que celebramos estos logros, también debemos mirar hacia el futuro con entusiasmo y determinación, puesto que la Podología sigue evolucionando a un ritmo vertiginoso. Por un lado, la investigación continúa desentrañando los misterios de las enfermedades y los trastornos podológicos. Por otro lado, debemos destacar la integración de la Podología en el sistema público de salud madrileña va a suponer un impulso importante a nuestra profesión, junto con la colaboración entre profesionales de la salud y la creciente atención preventiva que nos permite anticiparnos a los problemas y brindar una atención integral y personalizada.

En este aniversario, reafirmamos nuestro compromiso de seguir trabajando arduamente para mejorar la salud de los pies y el bienestar de nuestros pacientes. Continuaremos colaborando con otros profesionales de la salud, impulsando la investigación y manteniéndonos a la vanguardia de las últimas innovaciones en la industria. Nuestro objetivo es que cada persona, sin importar su edad, género o condición, pueda disfrutar de unos pies sanos y funcionales.

En nombre de todo el equipo de la revista Podoscopio, queremos agradecer a todos los podólogos/as, investigadores, educadores y profesionales de la salud que han contribuido a estos 25 años de avances en la Podología. También expresamos nuestro agradecimiento a nuestros fieles lectores, cuyo apoyo constante nos impulsa a seguir ofreciendo contenido relevante y de calidad.

¡Feliz celebración de los 25 años de avances en Podología! Estamos emocionados por lo que el futuro nos depara y confiamos en que, juntos, seguiremos construyendo un mundo donde la atención podológica sean una realidad para todos.

Atentamente,
El equipo de la revista Podoscopio

HIDRODILATACIÓN ARTICULAR CON CORTICOIDES GUIADA POR ECOGRAFÍA PARA HALLUX LIMITUS: UNA NUEVA OPCIÓN EN EL TRATAMIENTO CONSERVADOR.

Pablo Morales[1], Felice Gallucio[2], Alejandro Fernández Gibello[1], Mario Fajardo Perez[3], Alfonso Martínez Nova[4], Gabriel Camuñas[1].

RESUMEN:

El dolor asociado a Hallux limitus y su consiguiente pérdida paulatina del rango articular metatarso falángico es una de los motivos de consulta más típicos que nos encontramos en la clínica y su repercusión en la biomecánica normal del paciente es más que evidente.

El tratamiento en los estadios más primarios suele apoyarse fundamentalmente en medidas biomecánicas o terapias farmacológicas encaminadas a la reducción de la sintomatología. El tratamiento quirúrgico también ha sido propuesto en muchas ocasiones pero debido a la poca perdida de funcionalidad en los primeros estadios de la patología y, en algunas ocasiones, el riesgo particular asociado de cada paciente, estos se han contraindicado.

En el siguiente trabajo planteamos una vía intermedia que en muchas ocasiones podría combinarse con los tratamientos conservadores anteriormente mencionados, que consiste en ir un paso más allá intentando reducir el dolor en la zona a través de la infiltración de corticoides y a la vez aumentar el rango articular metatarso falángico mediante una hidrodilatación capsular, todo ello mediante apoyo ecográfico para garantizar la máxima mejora terapéutica y seguridad.

Este tratamiento es llevado a acabo habitualmente en patología de hombro, cadera y tobillo, pero nunca antes había sido descrito para la primera articulación metatarso falángica del pie.

Palabras Clave: HIDRODILATACION, HALLUX LIMITUS, CORTICOIDES, INFILTRACIÓN, ECOGRAFIA.

1. Clínica Vitruvio, Madrid.
2. Rheumatology and Pain Management, Fisiotech Lab Studio, Florencia, Italia
3. MoMaRC Morphological Madrid Research Center, Ultra-dissection Group, Madrid.
4. Profesor de Grado Podología Universidad de Extremadura.

1. INTRODUCCIÓN

El Hallux limitus es uno de los cuadros clínicos más-frecuentes que ocurren alrededor de la articulación metatarso falángica (AMTF) del primer dedo del pie. Esta se caracteriza principalmente por una disminución paulatina del rango de movimiento articular (ROM)[1]. Los términos Hallux limitus y Hallux rigidus normalmente son utilizados para describir diferentes estadios de dolor y limitación articular asociada a la degeneración u osteoartritis de la primera AMTF[2]. Cabe destacar que El Hallux Limitus es la segunda patología más frecuente en el pie solo después del Hallux valgus[3]. Esta patología se caracteriza principalmente por la limitación de la movilidad articular en los estadios más tempranos hasta procesos tales como exóstosis dorsal, osteofitosis marginal, esclerosis subcondral y finalmente anquilosis articular en los estadios más avanzados[1].

La prevalencia de esta condición se incrementa sustancialmente con la edad. Así pues, se pueden observar cambios radiográficos compatibles con limitación de la primera AMTF en aproximadamente el 46% de las mujeres y el 32% de los hombres de 60 años de edad[4]. Evidentemente la presencia de limitación articular con el subsiguiente dolor asociado implica dificultad a la deambulación, impotencia funcional y en definitiva, perdida en la calidad de vida[5].

Entre los tratamientos básicos descritos para el manejo del Hallux limitus se encuentran la toma de fármacos antinflamatorios orales, el uso de órtesis plantares, reducción de la actividad y cinesiterapia(6). Se ha comprobado que las modificaciones en el calzado como el balancín o zapatos con tacón bajo y suela rígida pueden limitar la irritación del osteofito dorsal y restringir la dorsiflexión durante la deambulación [7].

Como tratamientos más intervencionistas encontraríamos la infiltración intraarticular de glucocorticoides, encaminada a controlar el dolor e inflamación articular[8], si bien este efecto resulta positivo para la patología, nosotros planteamos una segunda vía de procedimiento que sea capaz de aprovechar las propiedades de los corticoides y además pueda aportar mayor resolución sintomatológica en estadios tempranos y moderados de la patología.

La técnica que se propone es la hidrodilatación intracapsular (HIC) con suero fisiológico y glucocorticoides. Este procedimiento ha sido descrito en la articulación glenohumeral y tibioperoneo-astragalina, pero no se ha encontrado en la literatura ningún tratamiento intervencionista de estas características para tratar el Hallux limitus.

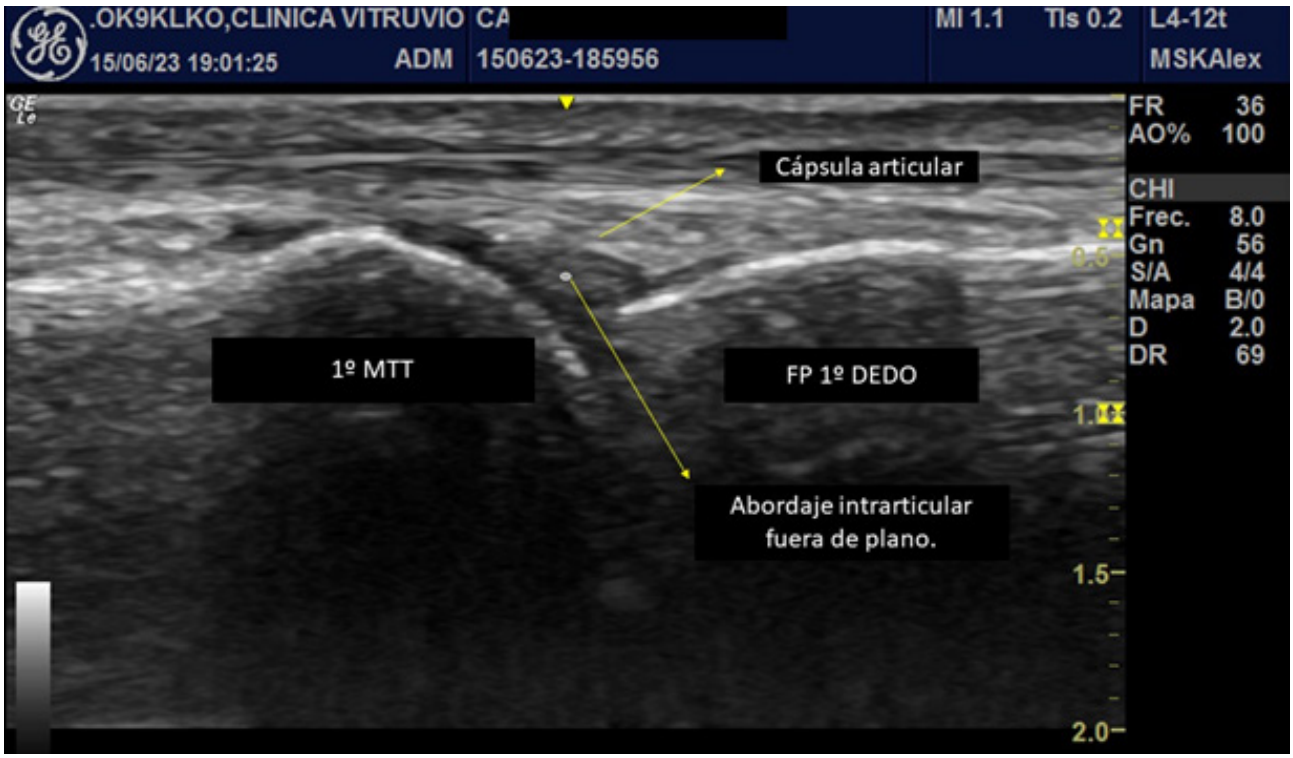


FIGURA 1. *Imagen Ecográfica 1º MTF*

El objetivo de este trabajo es ofrecer una alternativa fiable y de carácter ambulatorio para aquellos pacientes que por motivos de bajo requerimiento funcional, estadios primarios de deformidad o condiciones de salud poco adecuadas no se recomiende la intervención quirúrgica.

2. PROCEDIMIENTO

En la primera parte de la consulta se realiza una detallada anamnesis para determinar la etiología de la patología, tiempo de evolución, dolor bajo la escala visual analógica (EVA) y afecciones sistémicas o locales que puedan generar contraindicación para la técnica. Se realiza también una exploración física para valorar los rangos articulares pasivos y una exploración ecográfica para evaluar posibles osteofitos presentes tanto en la cabeza metatarsal como en la base de la falange proximal del primer dedo.

La técnica se realiza bajo condiciones de asepsia y con el paciente en decúbito supino. En primer lugar, se procede a realizar una anestesia local troncular de la zona, generalmente a través de la técnica de Mayo, realizando una punción a cada lado de la diáfisis del primer metatarsiano. Para ello se utiliza una aguja de 27G y una jeringa de al menos 5 ml cargada con anestésico local. Una vez que el anestésico haya iniciado su acción procederemos a realizar la técnica de Hidrodilatación intracapsular, utilizando en este caso una aguja de 21G y una jeringa con conexión Luer-Lock, cargada con de 1 a 2 ml de corticoide y suero salino fisiológico estéril de 0.9% hasta completar de 10 ml en total. La cantidad que se llega a inyectar en cada articulación puede variar de una persona a otra,para generar dilatación capsular sin llegar nunca a producir estallido de la misma. Para llevar a cabo este procedimiento se necesita un ecógrafo con sonda lineal y una frecuencia de al menos 8-12 MHz, siendo la frecuencia habitual 12 MHz.

La hidrodilatación se realiza mediante una única punción en la zona dorsolateral o dorsomedial de la primera AMTF, según preferencia del profesional, y con la sonda colocada de forma longitudinal a la articulación, realizando la infiltración en el eje corto fuera de plano. Una vez que identifiquemos que la aguja está dentro de la capsula procederemos a la dilatación de la misma introduciendo y sacando el líquido en varias ocasiones hasta que detectemos que la capsula articular se distiende. Al finalizar el proceso, inyectamos intracapsularmente una cantidad del líquido introducido total de unos 2-3 ml.

Ocasionalmente, nos encontramos osteofitos dorsales de gran tamaño que dificultan levemente la colocación de la sonda y la visualización de la articulación, por ello será necesario desplazar el transductor a alguna de las caras articulares, dorsomedial o dorsolateral, para mejorar la imagen ecográfica de la articulación en la que realizaremos el procedimiento.

La cantidad de sesiones necesarias dependerá del grado de patología y del paciente, pero normalmente se realizan de 1 a 3 sesiones.

3. DISCUSIÓN

En cuanto a la hidrodilatación capsular no encontrmos bibliografía que se centren específicamente en la primera articulación metatarso falángica del pie, no obstante existen numerosos casos de patología con similares características al Hallux limitus, sobre todo en sus estadios más iniciales, que han demostrado mejoría de la sintomatología tras el tratamiento, principalmente en la capsulitis adhesivas de la articulación del hombro y cadera refractarias a tratamientos, en las cuales tras realizar de 1 a 3 sesiones de hidrodilatación han reportado ser eficaz a corto plazo, teniendo mayor eficacia que la cinesiterapia aislada y presentando una tasa de éxito superior a la movilización bajo anestesia [9][10][11].

Estudios similares reportan datos parecidos en capsulitis de los dedos de la mano[12], lo que nos hace hipotetizar que podría ser un tratamiento útil en el manejo de perdidas sintomatológicas del rango articular en primera articulación metarsofalángica relacionado a Hallux limitus.

En 2019 Paruthikunnan et al.[13] reportó una mejoría significativa en cuanto a dolor y funcionalidad en capsulitis adhesivas del hombro con infiltraciones de corticoides y por otro lado también encontró una mejora significativa de dolor y funcionalidad del hombro cuando aplicó hidrodilatación articular sin corticoides.

Múltiples estudios han demostrado que la hidrodilatación de la articulación glenohumeral con corticoides es el mejor tratamiento conservador antes de la cirugía, ya que genera los mejores indicadores de

mejoría del dolor y rango articular en comparación con el resto de tratamientos conservadores, demostrando diferencias significativas con el placebo y con otros tratamientos conservadores como cinesiterapia o tratamiento farmacológico[14][15][16].

Por otro lado, Byung-Ho Yoon et al trató 92 caderas con problemas de capsulitis adhesiva mediante hidrodilatación en conjunto con una disolución de lidocaína al 0.5% y triamcinolona 40mg, 1 cc y encontraron mejoras significativas en cuanto a dolor y rango de movilidad. Cabe destacar que en dicho estudio incluyeron a pacientes con artrosis primaria en dicha articulación, los cuales mejoraron de forma similar a los que no tenían patología asociada. Esto nos abre un campo esperanzador en cuanto al tratamiento con hidrodilatación y corticoides en el tratamiento de los estadios iniciales I Y II del Hallux limitus, en los que no nos encontramos grandes implicaciones óseas tales como rebordes osteofíticos (osteofitos dorsal y lateral) o dorso laterales, esclerosis subcondral e hipertrofias o irregularidades en los sesamoideos [2].

Dos estudios indicaron peores resultados de ambos tratamientos, infiltración con corticoides e hidrodilatación articular, en pacientes diabéticos(17)(18). En cambio Paruthikunnan et al.(13) et al no encontró diferencias significativas entre pacientes diabéticos y no diabéticos, aunque sí que podría ser una variable a tener en cuenta.

En cuanto a las complicaciones más frecuentes, algunos estudios han comentado la posibilidad de generar una ruptura capsular al inyectar una cantidad volumétrica excesiva[13], y aunque los mismos artículos comentan que esto es improbable, existen unos pocos artículos que muestran beneficios en generar una hidrodilatación hasta la ruptura capsular para el tratamiento de la capsulítis adhesiva[18][19]. Por supuesto, nosotros no recomendaríamos esta práctica más allá de la simple distensión capsular.

Descartando esto, las complicaciones más frecuentes que hemos encontrado en cuanto a realización del tratamiento no han ido más allá de dolor local transitorio debido a la punción o inflamación local leve [20]. En otros muchos estudios directamente no reportan ninguna complicación en el procedimiento [14][21].

Este estudio tiene varias limitaciones. En primer lugar y como hemos comentado anteriormente, no existen estudios específicos que comprueben la eficacia directa de la hidrodiseccion con corticoides en el Hallux limitus, por lo que nos basamos principalmente en estudios aplicados en otras articulaciones. Además, la mayoría de estudios existentes en los que aplican esta técnica son series de casos y aunque en algunos de ellos el tamaño muestral es relativamente amplio, el nivel de evidencia científica es bajo.

Por último, los corticoides son fármacos que reducen la inflamación y alivian el dolor, y su implicación en el tratamiento puede ser el mayor mecanismo por el cual mejoran los pacientes, aunque encontramos varios estudios que certifican la eficacia de la hidrodilatación articular por separado, no obstante se necesitan más estudios que lo demuestren.

4. CONCLUSIONES

Sobre la base de los diferentes artículos, podemos suponer que la aplicación de la terapia de hidrodilatación articular con corticoides bajo visión ecográfica se podría adecuar a los estadios incipientes del Haluux limitus, siendo este un tratamiento seguro y esperanzador para realizar como tratamiento aislado alternativo al resto de tratamientos conservadores o en conjunto con estos.

Sin embargo, se requiere una amplia investigación para comprender los posibles efectos y efectos adversos de este tratamiento en la primera articulación metatarso falángica del pie.

FIGURA 2. *Imagen Técnica Hidrodilatación*

BIBLIOGRAFÍA

1. Lichniak JE. Hallux limitus in the athlete. Clin Pod Med Surg. 1997;14(3):407–26.

2. Camasta CA. Hallux limitus and hallux rigidus. Clinical examination, radiographic findings, and natural history. Clin Pod Med Surg. 13(3):423–48.

3. Coughlin MJ, Shurnas PS. Hallux rigidus: demographics, eitology and radiographic assessment. Foot Ankle Int. 2003;24(10):731–43.

4. Van Saase J, Van Romunde L, Cats A, JP V, HA V. Epidemiology of osteoarthritis: Zoetermeer survey. Comparison of radiological osteoarthritis in a Dutch popula_tion with that in 10 other populations. Ann Rheum Dis. 1989;48(4):271–80.

5. Orter K, Kuyvenhoven M, de Melker R. Nontraumatic foot complaints in older people. A population-based survey of risk factors, mobility, and well-being. J Am Pod Med Assoc. 200AD;90(8):397-402.

6. Caravelli S, Mosca M, Massimi S, Pungetti C, Russo A, Fuiano M, et al. A comprehensive and narrative review of historical aspects and management of low-grade hallux rigidus: conservative and surgical possibilities. Musculoskelet Surg [Internet]. 2018;102(3):201–11. Available from: https://doi.org/10.1007/s12306-018-0530-3

7. Kon Kam King C et al. Comprehensive review of nonoperative management of hallux rigidus. Cureus. 2017;9(1):e987.

8. Claustre J, Delagoutte J, Simon L. Hallux rigidus. Monographies de Podologie 2. Troubles congénitaux et statiques du pied. Orthèses plantaires. Masson, editor. 1982. 144–152 p.

9. Kelley M, Shaffer M, Kuhn J, Michener L, Seitz A, Uhl T, et al. Shoulder pain and mobility deficits: Adhesive cap_sulitis. Clinical practice guidelines linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health From the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Associa_tion. J Orthop Sport Phys Ther. 2013;43:A1---31.

10. Ewald A. Adhesive capsulitis: A review. Am Fam Physician. 2011;83:417–22.

11. Byung-Ho Y, Jae-Chan S, MinKi L, Hyoung-Keun O, Yerl-Bo S, Suk Kyu C. Ultrasound-guided hydrodilatation for adhesive capsulitis of the hip is a safe and effective treatment. Int Orthop. 2022;46(5):1209.

12. Galván Ruiz A, Díaz-Cano Carmona I, González Oria MO, Carvajal Ramos E, Álamo Vera V. Capsular hydrodilatation versus kinesitherapy as initial treatment of finger capsulitis. Rehabilitacion [Internet]. 2019;53(1):13–9. Available from: https://doi.org/10.1016/j.rh.2018.10.006

13. Paruthikunnan SM, Shastry PN, Kadavigere R, Pandey V, Karegowda LH. Intra-articular steroid for adhesive capsulitis: does hydrodilatation give any additional benefit? A randomized control trial. Skeletal Radiol. 2020;49(5):795–803.

14. Lädermann A, Piotton S, Abrassart S, Mazzolari A, Ibrahim M, Stirling P. Hydrodilatation with corticosteroids is the most effective conservative management for frozen shoulder. Knee Surgery, Sport Traumatol Arthrosc [Internet]. 2021;29(8):2553–63. Available from: https://doi.org/10.1007/s00167-020-06390-x

15. Kitridis D, Tsikopoulos K, Bisbinas I, Papaioannidou P, Givissis P. Eficacy of pharmacological therapies for adhesive capsulitis of the shoulder: a systematic review and network metaanalysis. Am J Sport Med. 2019;47(14):3552–3560.

16. Wang W, Shi M, Zhou C, Shi Z, Cai X, Al E. Efectiveness of corticosteroid injections in adhesive capsulitis of shoulder: a meta-analysis. Med. 2017;96(28):e7529.

17. Marx RG, Malizia RW, Kenter K, Wickiewicz TL, Hannafin JA. Intra-articular corticosteroid injection for the treatment of idiopathic adhesive capsulitis of the shoulder. HSS J. 2007;3(2):202–7.

18. Bell S, Coghlan J, Richardson M. Hydrodilatation in the management of shoulder capsulitis. Australas Radiol. 2003;47(3):247–51.

19. Johnston P, Bayer J, Crowe M, Chakrabarti AJ, Hospital E. Thawing the frozen shoulder A RANDOMISED TRIAL COMPARING MANIPULATION UNDER ANAESTHESIA WITH HYDRODILATATION. 2007;89(9):1197–200.

20. Elnady B, Rageh EM, Hussein MS, Abu-zaid MH, Desouky DE, Ekhouly T, et al. In shoulder adhesive capsulitis , ultrasound-guided anterior hydrodilatation in rotator interval is more effective than posterior approach : a randomized controlled study. 2020;3805–14.

21. Griggs S, Ahn A, Green A. Idiopathic adhesive capsulitis. A prospective functional outcome study of nonoperative treatment. J Bone Jt Surg Am. 2000;82(10):1398–1407.

TRABAJO FIN DE GRADO PODOLOGÍA
Patologías frecuentes en el miembro inferior en el paciente con Síndrome de Down

Autora: Marina Esther Gil López
Tutora: Marta López Herranz[1]
Curso: 4º de podología

RESUMEN:

El Síndrome de Down es la alteración cromosómica más habitual entre la población. Esta enfermedad es un trastorno genético provocado por la presencia de una copia extra del cromosoma 21. Las personas con síndrome de Down suelen padecer gran variedad de enfermedades, entre ellas alteraciones en el miembro inferior.

Las patologías más frecuentes son inestabilidad de cadera, inestabilidad femoropatelar, genu valgo y genu varo, pie plano y alteraciones en antepie. En estos pacientes juega un importante papel la presencia de hipotonía e hiperlaxitud, siendo factores desencadenantes en muchas de las patologías nombradas anteriormente.

A día de hoy, existen tratamientos invasivos y conservadores cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes. Debido a la alta prevalencia de estas patologías, es importante la inclusión del podólogo en el equipo multidisciplinar, con la finalidad de prevenir, diagnosticar, tratar y educar a los pacientes.

Este trabajo recoge las patologías más frecuentes en el miembro inferior entre las personas con Síndrome de Down y sus posibles tratamientos.

ABSTRACT:

Down syndrome is the most common chromosomal alteration in the population. This disease is genetic disorder caused by the presence of an extra copy of chromosome 21. People with Down syndrome usually suffer from a wide variety of diseases, including alterations in the lower limb.

The most frequent pathologies are hip instability, femoropatellar instability, genu valgo and genu varo, flat foot and alterations in the forefoot. In these patients the presence of hypotonia and hyperlaxitude play an important role, being triggering factors in many of the pathologies mentioned above.

Today, there are invasive and conservative treatments aimed at improving the quality of life of patients. Due to the high prevalence of these pathologies, it is important to include the podiatrist in the multidisciplinary team, in order to prevent, diagnose, treat and educate patients.

This work includes the most frequent pathologies in the lower limb among people with Down's Syndrome and their possible treatments.

Palabras clave: Síndrome de Down, alteraciones podológicas, inestabilidad de cadera, tratamiento para la inestabilidad de cadera, inestabilidad femoropaterlar, tratamientos femoropatelares, pie plano.

Keywords: Down syndrome, podological alterations, hip instability, treatment for hip instability, femoropaterlar instability, femoropaterlar treatments, flatfoot.

1. INTRODUCCIÓN

Justificación

Normalmente, con la gran variedad de enfermedades que suelen estar vinculadas al síndrome de Down, los problemas ortopédicos pasan a un segundo plano debido al desconocimiento de la población de los graves trastornos que pueden provocar. Un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado pueden evitar alteraciones biomecánicas que normalmente padecen estos pacientes.

Antecedentes y estado actual del tema

El Síndrome de Down también conocido como trisomía 21, es la enfermedad más frecuente de discapacidad intelectual.

Esta enfermedad fue descrita por primera vez en 1866 por el Dr John Langdon Down de origen inglés. En ese momento trabajaba como director del centro de personas con enfermedades mentales de Earlswood, en Rurrey. Tras la realización de gran cantidad de estudios publicó en el London Hospital Reports un artículo cuyo título era: "Observations on an Ethnic Classification of idiots". Pero no llegó a encontrar nunca cual era la causa, sin embargo, casi 100 años después, en 1959, el Dr Jérôme Lejeune y Marthe Gautier, de origen francés, y Patricia Jacobs, de origen estadounidense, descubrieron que la causa que producía esta patología era de origen genético[1].

A pesar del enfoque que los primeros autores mostraron a la sociedad sobre el síndrome de Down, hoy en día se lucha por la integración de estas personas. Son seres humanos que presentan capacidades que hay que ayudar a desarrollar.

En la actualidad, esta enfermedad se encuentra definida como "Trastorno cromosómico asociado con discapacidad intelectual, un aspecto facial característico, nariz pequeña y una inclinación leve de los ojos hacia arriba, y un bajo tono muscular. El grado de discapacidad puede variar de leve a moderado. Las personas con síndrome de Down también pueden nacer con diversos problemas de salud, como defectos cardíacos o anomalías digestivas, así como una baja estatura y un solo pliegue profundo en el centro de la palma" [1,2,3,4,5].

Debemos destacar la importancia de las investigaciones que nos muestran la gran variabilidad que existe entre las personas con Síndrome de Down, aunque se encuentren descritas unas características comunes. En las personas con síndrome de Down, se pueden encontrar diferentes características físicas comunes[2]:

- Cara aplanada
- Orejas pequeñas
- Ojos con forma almendrada
- Estatura baja
- Cuello corto
- Tamaño reducido del 5º meta
- Disminución del tono muscular y ligamentos débiles
- Manos y pies pequeños
- Presencia de clinodactilias, polidactilias y sindactilias
- Pies con amplio espacio interdigital entre el primer y segundo dedo.

Esta patología se caracteriza por el grado de discapacidad, efectos en la salud y unos rasgos físicos característicos citados anteriormente, que proporcionan un aspecto reconocible. Hoy en día, se desconocen las causas que producen esta patología, aunque diferentes estudios han identificado una incidencia superior en madres mayores de 35 años[3].

Cuando no hay antecedentes genéticos, el único factor que se conoce a día de hoy, que se encuentra vinculado a la trisomía 21, es la edad materna. Una mujer puede tener un hijo con síndrome de Down, en cualquier etapa de su vida fértil pero los diferentes estudios revelan que hay mayor incidencia en mujeres con edad fértil avanzada [2,3].

Los grandes avances científicos y tecnológicos nos permiten realizar estudios prenatales para identificar la presencia de alteraciones cromosómicas en el feto. Las pruebas pueden ser [2,4]:

1. No invasivas: no son pruebas diagnósticas, solo ayudan a establecer sospecha.

1.1. Detección del ADN fetal en sangre materna: es un análisis que se realiza a la madre con el

objetivo de obtener células del feto, con ello se pretende poder analizarlas y poder detectar de manera precoz alteraciones cromosómicas[2,4].

1.2. Tamizaje prenatal en sangre materna: se realiza en diferentes momentos del embarazo[2,4].

1.3. Evaluación con ultrasonido: se analizan varias características anatómicas y antropométricas que permiten identificar al feto con trisomía 21. Se buscan marcadores ecográficos como por ejemplo translucencia nucal y la ausencia de hueso nasal. Esta prueba se realiza durante el primer y segundo trimestre[2,4].

2. Invasivas:

2.1. Biopsia de vellosidades corporales: se obtiene mediante aspiración de un fragmento de tejido placentario para hacer estudio citogenético y analizar los cromosomas[2,4].

2.2. Amniocentesis: punción de la cavidad amniótica con fines diagnósticos[2,4].

2.3. Cordocentesis: también llamada muestra sanguínea percutánea del cordón umbilical. Es una prueba mediante la cual se examina la sangre del feto[2,4].

Según la BDEP (Base de Datos Estatal de Discapacidad), la cifra de población con síndrome de Down reconocida oficialmente con certificado de discapacidad en España es de 16.550 personas, 45% de las cuales son mujeres[5].

Según se puede observar, la cifra de personas con síndrome de Down ha aumentado progresivamente a lo largo de los años, esto se debe al incremento de la esperanza de vida que actualmente se encuentra próxima a los 70 años. También es destacable la mejora de la calidad de vida en muchos individuos[5].

Marco jurídico

El síndrome de Down es un trastorno genético causado por presencia de tres copias del cromosoma 21, por lo tanto, se caracteriza por la presencia de 47 cromosomas en cada célula en lugar de 46. En la mayoría de los casos estudiados, se produjo por un error de la segregación cromosómica durante la meiosis materna. El síndrome de Down tiene una elevada complejidad genética y fenotípica. Estas alteraciones explican la existencia de tres tipos de trisomía 21[1,2]:

- Trisomía regular: es la forma más común del síndrome de Down, con una incidencia del 95%. Ocurre por una alteración en la formación del ovulo o del espermatozoide en la meiosis.

- Trisomía en mosaico: este tipo se encuentra presente en el 1% de los casos. Ocurre cuando el cromosoma extra 21, solo está presente en algunas celulas del individuo pero no en todas.

- Trisomía de translocación: su origen se debe a la unión de dos cromosomas, normalmente entre el 14 y el 21. Su incidencia es del 4%.

También se encuentra relacionada con deficiencias en los ámbitos físicos, motores y funcionales. Además del retraso de las funciones cognitivas, se encuentran asociadas a diferentes patologías y enfermedades como el Alzheimer, la leucemia, la hipertensión, anomalías musculo-esqueléticas…Las anomalías musculo-esqueléticas normalmente se encuentran asociadas a la hipotonía muscular y laxitud ligamentosa, generando en muchos casos problemas ortopédicos[1].

Objetivos

Al observar la gran incidencia y su alta prevalencia en nuestro país, resulta interesante estudiar y realizar una revisión bibliográfica, con los objetivos de:

- Describir los diferentes problemas biomecánicos del aparato locomotor vinculados al síndrome de Down y sus respectivos tratamientos.

- Valorar la importancia del podólogo dentro del equipo multidisciplinar. Definir unas pautas de actuación con el fin de optimizar el cuidado de estos pacientes.

2. METODOLOGÍA

Diseño del estudio: revisión bibliográfica narrativa

Fuentes de información: la búsqueda bibliográfica se realizó en bases de datos médicas, como fuente primaria de búsqueda se escogió PubMed, y como bases complementarias Dialnet, Enfispo y Elsevier. Asimismo, se realizó una búsqueda en revistas de podología como la Revista Española de Podología, con la finalidad de encontrar publicaciones relevantes para realizar el trabajo.

Estrategias de búsqueda: se optó por una estrategia de búsqueda específica y adaptada a cada base de datos, utilizando los siguientes términos de búsqueda: "Down Syndrome", "Foot and Down syndrome", "knee and Down", "Hip pathology and Down syndrome".

Criterios de selección

- Criterios de inclusión: con el objetivo de aportar contenido actualizado en la revisión bibliográfica, principalmente se incluyeron artículos publicados en los últimos cinco años, excepto dos artículos de 2012, dos del 2006 y un libro que se consideraron relevantes. Además, se incluyeron solo los artículos en inglés y en español.

- Criterios de exclusión: el principal criterio de exclusión fue que los artículos no tratasen sobre las patologías en el miembro inferior en las personas con Síndrome de Down, que hicieran referencia a patologías en otras partes del cuerpo u otras enfermedades. También se excluyeron artículos publicados en otro idioma distinto al español o inglés y que no estuvieran publicados en los últimos cinco años.

Resultados de la estrategia de búsqueda: en una primera búsqueda utilizando los términos indicados anteriormente, se seleccionaron 80 artículos. Tras la lectura del título y del resumen, se descartaron 23 artículos, ya que no cumplían con los criterios de selección. Se seleccionaron así, 57 artículos para ser evaluados a texto completo. Finalmente, se utilizaron 27 artículos en el desarrollo del trabajo. **(Ver en anexos)**

3. DESARROLLO DEL TRABAJO

Las personas con Síndrome de Down suelen padecer con gran frecuencia alteraciones en el aparato locomotor, especialmente en el miembro inferior. Normalmente causadas por dos factores:

- Hiperlaxitud: se encuentra presente en el 88% de los casos de Síndrome de Down. La hiperlaxitud es la causante de una movilidad excesiva en las articulaciones siendo de mayor rango en los primeros años de vida del paciente. La causa principal de la hiperlaxitud es la limitación de los movimientos, que es deficitaria, generando incapacidad de los ligamentos, ya que no aportan la estabilidad suficiente. Produciendo un retraso en el inicio de la marcha [6,7].

- Hipotonía muscular: es la presencia de debilidad en los músculos ya que se encuentra reducido el tono muscular. Produciendo un retraso en el desarrollo de los niños.

Los niños con Síndrome de Down tienen un desarrollo más lento, por ello tardan en alcanzar los hitos.

Tabla I. Hitos del desarrollo[8]. (Ver anexos).

La adquisición de una marcha independiente se puede ver afectada por un retraso en el desarrollo del niño y depender del grado de alteraciones cognitivas.

Debido a estos dos factores nombrados anteriormente es frecuente que las personas con Síndrome de Down presenten anomalías diversas en el 30% de los casos.

3.1. PATOLOGÍA DE CADERA

3.1.1 INESTABILIDAD DE CADERA

Es una de las anomalías congénitas más frecuentes en recién nacidos y puede afectar gravemente sino se diagnostica precozmente.

3.1.1.1 Etiología

A día de hoy se desconoce la causa de la inestabilidad de cadera. Hay varias teorías que recogen la existencia de factores "endógenos y exógenos" [8]:

- Endógenos: la presencia de hiperlaxitud e hipotonía.

- Exógenos: posición de descanso característica de los pacientes. Se caracteriza por una posición de flexión, aducción y rotación interna de cadera[8].

La inestabilidad de cadera durante la niñez se puede clasificar en cuatro fases [7, 10]:

1. Fase inicial o de preambulación (0-2 años de edad): se caracteriza por presentar una dislocación reducible de la cadera. Durante la exploración se observa hipermovilidad y laxitud con crepitación.

2. Fase de dislocación (2-8 años de edad): detectar la inestabilidad de cadera, ya que al explorar percibimos la luxación de cadera al realizar movimientos en aducción y flexión de cadera de forma pasiva. Esta fase permite la aplicación de tratamientos menos invasivos y complejos. Favoreciendo la recuperación de la movilidad.

3. Fase de subluxación (mayor de 8 años de edad): los niños pueden desarrollar displasia de cadera con y sin subluxación. La marcha puede llegar a ser dolorosa.

4. Fase fija (mayor de 15 años de edad): hay presencia de luxación de cadera en radiografía, en la cual se observa un ascenso de la cabeza del fémur.

Se recomienda un seguimiento continuo realizando un examen anual de cadera para detectar precozmente esta patología. Para ello, se estudia la Historia Clínica, se realiza un examen físico y un examen radiológico [7].

a) HISTORIA CLÍNICA: según el estudio de Anouk F.M. van Gijzen y colaboradores estudiaron la historia familiar de la displasia de cadera y la historia clínica del dolor de cadera [7].

b) EXAMEN FÍSICO: según diferentes estudios, se valoraron diversos aspectos como la hipotonía, el grado de laxitud, la marcha, la dislocación inducible de cadera, el test de Galeazzzi y el Test de Ortolani-Barlow [7,10]. La exploración se debe realizar sobre una superficie firme con el niño tranquilo y relajado.

Hipotonía: según el estudio de Santos-Moreno et al, para valorar la hipotonía utilizó la clasificación de Campbell [7]:

Puntuación 3: Hipotonía Severa: se realizan dos valoraciones en:

- Activo: cuando hay inestabilidad al resistir la gravedad y se observa debilidad.
- Pasivo: cuando no existe ninguna resistencia al movimiento realizado por el profesional.

Puntuación 2: Hipotonía moderada: se llevan a cabo dos valoraciones:

- Activo: cuando hay disminución del tono muscular.
- Pasivo: cuando hay poca resistencia al movimiento que realiza el profesional.

Puntuación 1: Hipotonía leve: se realizan dos valoraciones en:

- Activo: hay un retraso en el movimiento en contra de la gravedad.
- Pasivo: hay resistencia a los rangos articulares.

Puntuación 0: Normal: se realizan dos valoraciones en:

- Activo: estabilidad y movilidad adecuada.
- Pasivo: hay presencia

Hiperlaxitud: en el estudio realizado por Santos-Moreno, se evaluó el rango de movilidad de la cadera puntuando [7]:

Puntuación 1: cuando los rangos de movimientos pasivos se encuentran dentro de la normalidad.

Puntuación 2: cuando la cabeza femoral supera los límites fisiológicos de movimientos.

Puntuación 3: ausencia de congruencia articular con elevado rango de hipermovilidad en la articulación.

Pruebas para la valoración de la hiperlaxitud:

Prueba de Ortolani: se fijan las articulaciones de la cadera y la rodilla a 90º. El explorador coloca el dedo medio sobre el trocánter mayor y realiza el levantamiento del muslo para desplazar la cabeza femoral desde su posición posterior luxada hacia la parte anterior del acetábulo. Al mismo tiempo, realiza una abducción del muslo con reducción de la cabeza femoral en el acetábulo. Se considera una maniobra positiva cuando se puede palpar un chasquido [9].

Imagen 1. Maniobra de Ortolani (Ver anexos)

Prueba de Barlow: es la prueba de Ortolani pero a la inversa. Sujetando ambos muslos se realiza una aducción en dirección inferior. Se puede palpar la luxación ya que la cabeza femoral sale del acetábulo [9].

Imagen 2. Maniobra de Barlow (Ver anexos)

Signo de Galeazzi: paciente en decúbito supino y caderas en flexión. Se observa un descenso de la cadera que presenta la luxación, debido a que la cabeza femoral queda por detrás y por encima del acetábulo [9].

Imagen 3. Signo de Galeazzi (Ver anexos)

c) EXAMEN RADIOLÓGICO: la radiografía hasta el momento es el Gold Estándar para el diagnóstico de la inestabilidad de cadera. Las proyecciones de mayor utilidad para el diagnóstico son la anteroposterior y aquella que nos da una visión lateral de 1/3 proximal del fémur. Se valora el ángulo acetabular, el ángulo central de Wiberg y se mide el desplazamiento de la cabeza.

En la tabla realizada por Benet se encuentran recogidos los cambios anatómicos radiológicos que se pueden observar en pacientes con Síndrome de Down que padecen inestabilidad de cadera [7,8,11]:

Tabla 2. Fases de la inestabilidad coxofemoral según Bennet7 (Ver anexos)

En la tabla Benet, describe las diferentes fases de la inestabilidad coxofemoral y los cambios morfológicos que se observan en las radiografías en cada fase. La tabla también incluye los tratamientos que Benet recomienda o considera mejores para cada fase.

3.1.1.2 Tratamientos

Los autores en los diferentes estudios diferencian entre dos tipos de tratamientos (conservadores e invasivo). La elección de uno u otro depende de la fase en la que se encuentre la patología, pero a día de hoy, no hay consenso entre la intervención conservadora y la quirúrgica, por ello es importante la redacción de una buena historia clínica y las pruebas radiográficas que aportan información importante para la elección del tratamiento [7,10,11].

A. CONSERVADORES

Los tratamientos conservadores son aquellos que se llevan a cabo en las primeras etapas de la patología. Gracias a un diagnóstico precoz, permite optar por un tratamiento menos invasivo.

Antes de aplicar un programa de bipedestadores es importante la valoración de la bipedestación y la marcha, comprobando si hay presencia de inestabilidad.

Bipedestadores: es un tratamiento cuyo objetivo es potenciar los músculos y ayudar al desarrollo acetabular. El objetivo principal es facilitar la marcha del paciente y posicionar correctamente la cabeza del fémur [8].

Las características principales de los bipedestadores son los grados de abducción. En el estudio realizado por Santos-Moreno los bipedestadores tenían un ángulo de abducción entre 30º y 25º. En este estudio los dispositivos se realizaron a medida, ya que se tomó como molde el cuerpo del paciente y se utilizó escayola para realizarlos [8].

Los bipedestadores deben ser utilizados dos veces al día durante 45-60 minutos. Este tratamiento debe ir acompañado de rehabilitación fisioterapéutica para fortalecer la musculatura [8].

B. INVASIVOS

Los tratamientos invasivos están indicados en aquellas fases en las que la luxación es irreversible o cuando el tratamiento conservador no ha tenido buenos resultados. Son tratamientos quirúrgicos que corrigen la luxación de la cadera.

Según el estudio realizado por Bennet, recomienda la realización de una osteotomía de cadera a partir de la segunda fase, cuando ya hay presencia de luxación recidivante de cadera.

- Reconstrucción Ósea de cadera → realizando una osteotomía combinada de desrotación del varo femoral y una osteotomía pélvica [12].

La realización de esta intervención quirúrgica se recomienda en pacientes que se encuentren en la segunda etapa o fase de dislocación. Esta intervención consiste en [12]:

a) Osteotomía combinada de desrotación del varo femoral → consiste en la corrección de la coxa valga y en mejorar la cobertura de la cabeza femoral con el acetábulo, con el objetivo de conseguir la desrotación. En el estudio realizado por Ahmad S. Aly y colaboradores, se recomienda la realización de una desrotacion entre 10º-15º.

b) Osteotomía pélvica → esta osteotomía se realizaba a los pacientes del estudio de Ahmad S. Aly y colaboradores, cuando una vez realizada la primera intervención había presencia de inestabilidad posterior.

- Osteotomía periacetabular triple antevertida → se realiza mediante un abordaje medial. Después de realizar el corte púbico a la altura del foramen del obturador, se moviliza el acetábulo para permitir una cobertura global de la cabeza femoral. La fijación de la osteotomía se realiza mediante tornillos. Tras la cirugía se realiza una inmovilización con yeso por encima de la rodilla[13].

3.2. PATOLOGÍA DE RODILLA

La presencia de patologías de rodilla en pacientes con Síndrome de Down es frecuente. Para realizar un buen diagnóstico se debe redactar una exhaustiva anamnesis, realizar una exploración física completa y realizar las pruebas diagnósticas pertinentes.

La inestabilidad patelofemoral es la anomalía más frecuente entre los pacientes. Otras anomalías como genu valgo, subluxación lateral de tibia y displasia del surco femoral se encuentran descritas en la literatura asociadas a la inestabilidad [14].

3.2.1 INESTABILIDAD FEMOROPATELAR

La inestabilidad patelofemoral es una patología que puede ser bilateral o unilateral. Normalmente se encuentra asociada a caídas frecuentes, capacidad para la deambulación y presencia de dolor en la rodilla. Sin embargo, en algunos casos esta patología puede ser asintomática. En la literatura se encuentran redactados factores que predisponen la aparición de la inestabilidad como por ejemplo la displasia de la tróclea femoral y la altura de la rótula[14,15].

3.2.1.1 Etiología

a) Clasificación de Dugdale y Renshaw: es utilizada para valorar el grado de inestabilidad que presenta el paciente. Consta de cinco de grados [14,15,16]:

I. Estabilidad patelofemoral.

II. Inestabilidad patelar con posibilidad subluxación lateral de la rótula.

III. Rótula luxable con maniobra.

IV. Rótula luxada con posibilidad de reducción manualmente.

V. Rótula luxada sin posibilidad de reducción.

b) Pruebas diagnósticas: se realizan diferentes vistas radiográficas. En las radiografías se realizan mediciones [15,16]:

Vista Anteroposterior:

- Ángulo femoral distal lateral mecánico.
- Angulo femoral distal lateral anatómico.
- Angulo tibial proximal medial.
- Angulo de depresión de la meseta tibial.
- Angulo distal de la articulación fémur.

Vista Lateral:

- Índice Insall- Salvati: es la relación entre la longitud del tendón de la rótula y la longitud de la rótula.
- Índice Blackburne-Peel: es una alternativa al índice Insall-Salvati, ambos índices son utilizados para evaluar la altura de la rótula.

Vista Tangencial:

- Angulo del surco.

3.2.1.2 Tratamientos

En la literatura se encuentran descritos diferentes tipos de tratamientos invasivos, mediante la realización de diferentes técnicas quirúrgicas. La función de estas intervenciones es eliminar la inestabilidad femoropatelar.

a) Técnica de Krogius: es una técnica quirúrgica en la cual se expone la rótula y partes blandas cercanas como por ejemplo los vastos medial y lateral del cuádriceps. En la intervención se realiza una liberación de ambos retináculos. Posteriormente se diseca el retináculo medial, se traspone por debajo del tendón cuadricipital y se inserta en la cara externa de la rótula. En algunas ocasiones, la flexión de la rodilla tras la operación puede ser dificultosa, por lo tanto será necesario realizar una elongación del recto femoral. El periodo de recuperación tras la operación suele ser tres semanas de inmovilización mediante escayola o rodillera de bloqueo larga. Después del periodo de inmovilización se empezará a realizar la rehabilitación [16].

Imagen 4. Procedimiento de Krogius.

b) Técnica Insall: al igual que en la técnica anterior se realiza una isquemia previa y se exponen la rótula y los vastos lateral y medial del cuádriceps. Se diseca el vasto medial, el cual desciende en la rótula. Posteriormente se realiza plicatura del tendón cuadriccipital. Tras la intervención, al igual que en la técnica anterior se realiza una inmovilización durante tres semanas y después se empieza con el trabajo rehabilitador [16].

Imagen 5. Procedimiento de Insall

3.2.2 GENU VALGO Y GENU VARO

El Genu Valgo es una alteración muy frecuente entre las personas con Síndrome de Down. Esta alteración presenta un aumento de los grados de valgo fisiológico. Se caracteriza porque las rodillas se juntan y la distancia entre los maléolos aumenta, esta posición se denomina piernas en X [17].

En cambio, el Genu Varo es menos frecuente en el Síndrome de Down y suele aparecer de manera espontánea y se considera fisiológico en las primeras etapas de la infancia [17].

3.3 PATOLOGÍA DEL PIE

El pie es una estructura compleja, formado por un gran número de huesos y su estructura es única en cada individuo. El pie es muy importante en el aparato locomotor. Por ello es importante conocer las alteraciones originadas por el Síndrome de Down relacionadas con la funcionalidad y estructura, dada la importancia del pie para mantener la postura, soportar el peso del cuerpo, permitir el desarrollo de la marcha y absorber impactos [18].

Los pies de las personas con Síndrome de Down son normalmente anchos, cortos y con dedos pequeños. Un problema en los pacientes con Síndrome de Down es su predisposición al aumento de peso. Este aumento de peso, frecuente entre las personas con Síndrome de Down, suele aumentar el riesgo de desarrollar patologías en el pie ya que provoca un aumento de la carga plantar [18]. Por eso más del 66% de los pacientes con Síndrome de Down sufren problemas en los pies.

Hoy en día, con el objetivo de reducir las patologías y los problemas de movilidad en la edad adulta, se realiza una vigilancia exhaustiva durante la infancia y la adolescencia [18].

Las patologías más frecuentes son pie plano, hallux valgus, sindactilia y clinodactilia.

3.3.1 PIE PLANO

Este tipo de pie esté presente en el 60% de las personas con Síndrome de Down.

El pie plano es una situación en la cual el arco longitudinal del pie colapsa durante el soporte del peso del paciente. La presencia del pie plano en personas con Síndrome de Down suele estar relacionado con diferentes factores: hipotonía muscular, laxitud ligamentosa y la obesidad [18].

Este tipo de pie puede ser detectado a edades tempranas, ya que el aspecto plano del pie no desaparece a los tres años.

La literatura recoge que los niños con pie plano muestran un patrón de la marcha menos funcional, lo que sugiere la presencia de una marcha inestable. Según los diferentes estudios que valoran el análisis de la marcha, las personas con Síndrome de Down se caracterizan por una rotación externa del pie durante la marcha, esta posición proporciona una situación de equilibrio [19].

3.3.1.1 Etiología

Louis J. Decaro recoge en su artículo la existencia de 6 tipos de pies planos. Pero entre las personas con Síndrome de Down el pie plano tipo D y el Tipo F son los más frecuentes [20].

- Tipo D: retropié y antepie neutros. Es un tipo de pie congénito e inestable.

- Tipo F: talón con mayor rotación. Hay mayor colapso de la articulación subtalar, mayor torsión de rodilla y rotación de cadera. Este tipo de pie plano suele acarrear fatiga temprana y dolor muscular.

En el artículo de Ewa PuszczaBowska-Lizi y colaboradores utilizaron el podoscopio como principal herramienta de investigación. El examen permitió valorar huella y el arco del pie. En este este estudio se valoró: la longitud y anchura del pie, ángulo de Clarke (formado por una tangente al borde medio del pie y una línea que conecta la parte más profunda de la huella con el punto más profundo del antepié), el índice Wejsflog (W) (relación entre la longitud y la anchura del pie), el ángulo del hallux valgus (α) y el ángulo de la deformidad del varo del quinto dedo del pie (β) [21].

Imagen 5. Indices de la estructura del pie.

El estudio recoge que el ángulo de Clarke se encuentra disminuido en pacientes con Síndrome de Down en ambos pies.

3.3.1.2 Tratamiento

El tratamiento principal desde las primeras etapas de la infancia, para tratar la hipotonía y laxitud ligamentosa, es mediante un programa de rehabilitación que permita mejorar la fuerza muscular. Fortalecer la musculatura de las extremidades inferiores ayudará a potenciar la fuerza muscular ayudando a disminuir el área de contacto del mediopie y por lo tanto disminuirá el colapso del arco [18,19,21,22].

Las órtesis plantares son el principal tratamiento en los casos de pie plano. El objetivo de las plantillas es mejorar la coordinación, el equilibrio, el dolor, la postura y la fuerza para desarrollar una marcha más estable y funcional. Con la plantilla se busca el control de la articulación subtalar. Junto a las plantillas en algunos pacientes el tratamiento suele complementarse con AFOs [18,19,21,22]. El programa de rehabilitación junto a las órtesis plantares ayudan a corregir la excesiva rotación externa del pie en pacientes con pie plano [18,19,20].

3.3.2 HALLUX VALGUS

El Hallux Valgus se define como la presencia de una prominencia ósea lateral en la articulación metatarsofalangica del hallux, asociada con una desviación lateral del hallux. En algunos estudios relacionan esta patología con el pie plano, ya que el pie plano podría ayudar a desarrollar Hallux Valgus[22].

Esta patología afecta en la calidad de vida de los pacientes, ya que provoca dolor y deterioro funcional de la articulación.

3.3.3 CLINODACTILIA Y SINDACTILIA

Según los diferentes estudios es frecuente la presencia de este tipo de patologías en personas con Síndrome de Down[22]:

- Sindáctila: es la fusión de los dedos, pudiendo ser completa o incompleta y puede afectar también a la uñas [22].
- Clinodactilia: es la curvatura anormal hacia medial o lateral de los dedos. Normalmente afecta al 5º dedo[22].
- Aumento del 2º espacio: esta patología normalmente se encuentra asociada a la laxitud ligamentosa [22].

3.4 RESPONSABILIDAD DEL PODÓLOGO

El objetivo de todo profesional de la sanidad, independientemente de su especialidad, debe ser mejorar la calidad de vida de sus pacientes utilizando todos los medios que estén al alcance de su mano. Como podólogos tenemos la capacidad de realizar un amplio abanico de posibilidades de tratamiento, entre ellos la cirugía.

Un podólogo debe reconocer los dolores del pie en las edades más tempranas para realizar un tratamiento precoz y prevenir problemas en edad adulta. Realizar una atención temprana y evaluar desde la infancia los miembros inferiores en personas con Síndrome de Down permite a los pacientes desarrollar una vida normal y prevenir muchos problemas durante el crecimiento.

Los pies son la base del cuerpo, desde el primer paso que da un niño, los problemas en la extremidad inferior afectan de manera directa al resto del cuerpo.

El trabajo de un podólogo es evaluar los pies antes de que surjan los problemas, para evitar patologías mayores en la edad adulta.

3.5 PAUTAS PARA EL CUIDADO DE PERSONAS CON SÍNDROME DE DOWN

Hoy en día, en muchos países alrededor del mundo han sido elaborados programas de salud para personas con Síndrome de Down. En España encontramos guías de salud que ayudan a los profesionales de la sanidad. Pero estas guías, solo se encuentran dirigidas a pediatras, un gran error ya que deben ser instrumento útil para todos los profesionales del ámbito de la sanidad y familiares en el seguimiento del estado de la salud de los pacientes con Síndrome de Down [23, 24,25].

Por ello, se deben incluir en esta guía el papel del podólogo, ya que las personas con Síndrome de Down necesitan un seguimiento global, por parte de las diferentes especialidades. Es de gran importancia redactar la prevalencia y gravedad de las patologías del miembro inferior, diversidad y eficacia de los tratamientos, factores de riesgo, pautas para la prevención de los pacientes y familiares, entre otras muchas cosas [23, 24,25].

Las personas con Síndrome de Down, con frecuencia sufren problemas ortopédicos a nivel del miembro inferior, por ello la gran importancia del podólogo, cuyo objetivo no solo debe ser tratar las patologías específicas de su motivo de consulta sino evitarlas, mediante la educación para la salud.

A continuación se redactan una serie de pautas que se deben valorar en las personas con Síndrome de Down a lo largo de su desarrollo [23, 24,25]:

0-12 meses:

- Realizar una completa anamnesis en la cual se valore el aparato locomotor.
- Valorar si hay presencia de pies planos, inestabilidad o luxación de cadera o rodillas, presencia de clinodactilia.
- Realizar las pruebas diagnósticas pertinentes para descartar la presencia de patologías en el miembro inferior.
- Necesario una exploración en la cual se realicen diferentes pruebas que descartan la presencia de alteraciones en el aparato locomotor.
- Realizar las diferentes maniobras para evaluar la hiperlaxitud, muy común entre las personas con síndrome de Down.
- Apoyar a los padres y mejorar el desarrollo de sus hijos.

- Guiar a los padres con el objetivo de evitar el desarrollo de alteraciones ortopédicas.

2-5 años:

- Vigilar el desarrollo de cada paciente de manera individual.
- Valorar el gateo.
- Preguntar a los padres por la posición del niño mientas duerme, en caso de posición errónea educar a los padres mostrandoles la posición ideal.
- Vigilar la posición de sedestación. Frecuente una posición en W, la cual es muy perjudicial para los miembros inferiores, suele estar vinculada a patologías.
- Valorar la marcha (22-24 meses), dimensiones de la base de sustentación y apoyo del pie.
- Evaluar la posición de las rodillas en bipedesatción. Muy frecuente el Genu Valgo.
- Educar a los pacientes y familiares sobre el calzado.

5-13 años:

- Vigilar talla y peso, entre estos pacientes es frecuente la obesidad, perjudicial para los miembros inferiores.
- Vigilar la presencia de escoliosis y alteraciones en la marcha.
- Valorar alteraciones en el miembro inferior.
- Realizar radiografías para descartar inestabilidad de cadera, ya que limitará la posibilidad de realizar actividad física y disminuirá la calidad de vida del paciente.
- Educar a los pacientes y sus familiares para una correcta utilización del calzado.
- Fomentar desde edades tempranas la práctica de deporte.

Adultos:

- Es importante valorar la actividad física, el deporte el tipo de vida.
- Vigilar el peso del paciente.
- Vigilar la presencia de deformidades articulares normalmente asociadas a la hipotonía e hiperlaxitud ligamentosa.
- Revisar en caso de que utilice las órtesis plantares.

Vejez:

Los adultos con Síndrome de Down sufren un "envejecimiento precoz", lo que conlleva la aparición de ciertos trastornos en edades tempranas, a los 40-50 años [25].

La hiperlaxitud y la obesidad suelen aumentar el riego de padecer osteoartritis.

- Es importante evaluar la presencia de osteoartritis. Esta enfermedad cursa con dolor en las articulaciones y reducción de la movilidad.
- En las personas con osteoartritis suele afectar a forma de caminar, apareciendo rigidez en las articulaciones.

La osteoporosis es una enfermedad que produce que la masa ósea pierda densidad. Hay diferentes factores de riesgo como: la inmovilidad, menopausia precoz e historial familiar de osteoporosis [25].

- Realizar una prueba de densidad ósea para detectar la presencia de osteoporosis.
- El tratamiento con medicamentos debe estar complementado con ejercicios y cambios de estilo de vida.

Evaluación del calzado

Normalmente entre las personas con Síndrome de Down hay un incorrecto uso del calzado. La literatura muy escasa a día de hoy, indica que un zapato mal ajustado se relaciona con dolor en los pies. Por ello, resalta la importancia del podólogo no solo para realizar evaluación de los pies sino para incluir la evaluación del calzado como prevención ante la presencia de patologías. En este ámbito tiene una gran importancia la educación de los familiares, que ayudan a las personas con Síndrome de Down a la elección de su calzado. El calzado debe tener un buen ajuste en la zona del arco, en la anchura y en la longitud del pie [25,26].

En el artículo realizado por César Calvo-Lobo y colaboradores se describió la utilización de un instrumento de medición, el Brannock para medir longitud y anchura. En el artículo se registró que más de la mitad de los pacientes que formaron parte del estudio usaban un calzado inadecuado.

Algunos problemas frecuentes entre los pacientes son [26,27]:

- La adaptación de la longitud y anchura del zapato a los pies del paciente. Esto hay que tenerlo en cuenta a la hora de realizar la compra.

- Distinguir el zapato derecho del izquierdo, no siempre es tarea fácil. Mediante la realización de un dibujo en una de las suelas, permitirá al paciente colocar el zapato correspondiente en cada pie. La colocación incorrecta del calzado puede llegar a producir patologías como hallux valgus, dolor, lesiones dérmicas y rozaduras.

- La forma de atado del calzado debe ser fácil y práctica. Por ejemplo, velcros.

3.6 DISCUSIÓN

Las personas con Síndrome de Down se ven afectadas a nivel del miembro inferior por gran cantidad de alteraciones ortopédicas. La bibliografía es abundante en patología de cadera, se encuentran descritos varios tratamientos tanto a nivel conservador como a nivel quirúrgico. La búsqueda cambia cuando nos referimos a la rodilla o al pie, mucho más escasa.

Los autores coinciden en la gran importancia de realizar un seguimiento desde la edad temprana para diagnosticar de forma precoz la presencia de inestabilidad de cadera ya que influye en la calidad de vida de los pacientes. La gran mayoría de los autores relacionan la inestabilidad de cadera con la hiperlaxitud e hipotonía, pero Ahmad S. Aly y colaboradores relacionan también esta patología con problemas óseo [6,7].

Para realizar un diagnóstico precoz de esta patología, la doctrina utiliza diferentes pruebas y métodos. M.G de Santos Moreno y colaboradores evalúan en su estudio la hipotonía e hiperlaxitud, W-sitting y la prueba de Ortolani, para realizar un buen diagnóstico. Sin embargo, JM Lamo-Espinosa, basándose en la clasificación realizada por Bennet para diagnosticar la presencia de inestabilidad de cadera, realizó un estudio donde valoró mediante la tomografía tridimensional los cambios morfológicos, ya que las fases establecidas en la clasificación de Bennet no eran valorables mediante radiografía[7,8].

Anouk F.M. van Gijzen y colaboradores redactan en su estudio, que la historia clínica y examen físico son insuficientes para realizar un buen diagnóstico. Coinciden con el resto de autores en la importancia y relevancia del examen radiológico [6,7,11] .

El autor M.G de Santos-Moreno en su estudio, utiliza solamente la historia clínica y examen físico. Opta por un tratamiento conservador en aquellos pacientes de fase de dislocación o luxación espontanea. El tratamiento mediante programas de bipedestación obtuvo resultados positivos. Sin embargo, otros autores, como Ahmad S. Aly y colaboradores y D. A. Maranho y colaboradores apuestan por el tratamiento quirúrgico. Mientras Ahmad S. Aly y colaboradores realizan una reconstrucción ósea de cadera (osteotomía de desrotcaión y osteotomía pélvica), D.A. Maranho y colaboradores abogan por realizar una triple osteotomía periacetabular. En ambos estudios reflejan resultados positivos, pero también valoran las contraindicaciones de las cirugías [6, 7, 12, 13].

Los artículos escritos por los autores Tiago Amaral y colaboradores y J.M. Lamo Espinosa y colaboradores estudian la inestabilidad femoropatelar y coinciden en la utilización de la clasificación Dugdale, la cual se utiliza para valorar el grado de inestabilidad rotuliana. Ambos autores corroboran la eficacia del examen radiográfico [15,16].

J.M Lamo Espinosa recoge en su estudio dos técnicas quirúrgicas, que se basan en la intervención de partes blandas para tratar la inestabilidad de rodilla[16].

Los autores coinciden en las patologías del pie más frecuentes entre los pacientes con Síndrome de Down: el pie plano y alteraciones en los dedos. Los factores predisponentes recogidos por los autores en todos los estudios son la obesidad, hiperlaxitud e hipotonía muscular. Por ello es de gran relevancia el estudio, diagnóstico, tratamiento y prevención[18,19, 21,22].

Louis J. DeCaro en su artículo refleja dos tipos de pie plano, tipo D y F ambos tipos se encuentran presentes en personas con Síndrome de Down, en su artículo también muestra la importancia de las AFOs para completar el tratamiento el cual consiste en la utilización de plantillas y la fisioterapia [20].

E. Mansour y colaboradores utilizan el podoscopio como principal herramienta al igual que Ewa Puszczalowska-Lizis y colaboradores. Mientras que otros autores utilizan tecnología más avanzada como es el caso de M. Galll, [18,19, 21,22].

Hoy y siempre, el pie es esencial para el ser humano, pero aun así no los cuidamos como deberíamos. Por ello, la presencia de podólogos para tratar o prevenir las patologías es esencial, para conseguirlo hay que resaltar la importancia de la educación para la salud. Fomentando una educación temprana tanto a los familiares como a los propios pacientes.

Esto ayudará a reducir el porcentaje de pacientes con Síndrome de Down que sufren patologías en el miembro inferior [23].

Una guía que recoja una serie de pautas que ayuden al equipo multidisciplinar, entre ellos el podólogo permitirá un mejor diagnóstico y un tratamiento precoz.

En el ámbito de la educación para la salud, tiene gran relevancia enseñar a elegir un calzado apropiado a los pacientes, ya que ayudará a evitar la presencia de patologías en los pies y mejorando la calidad de vida de los pacientes [24,25].

4. CONCLUSIONES

Las patologías más frecuentes entre las personas con Síndrome de Down en el miembro inferior son la inestabilidad de cadera, inestabilidad de rodilla, pie plano y hallux valgus.

- Las principales causas de estas patologías son la hiperlaxitud, hipotonía muscular y obesidad.
- En todas las patologías del miembro inferior se encuentran dos vías de tratamiento: conservador e invasivo. Los autores optan como primera opción por la vía conservadora y si con esta no se alcanzan resultados positivos se decide intervenir quirúrgicamente.
- El podólogo es el profesional sanitario responsable de curar, prevenir y tratar las patologías en el miembro inferior. Los pies son la base del cuerpo y como el resto del cuerpo necesitan un cuidado.
- La creación de una guía permite a los profesionales de la sanidad, familiares y educadores identificar de manera precoz la existencia de alteraciones ortopédicas, ya que un diagnóstico precoz es esencial en el tratamiento estas patologías.

5. ANEXOS

Imágenes

Imagen 1. Maniobra de Ortolani.

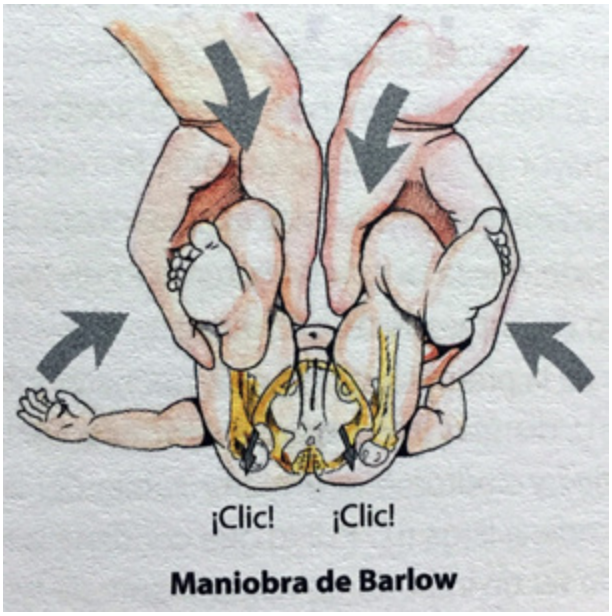


Imagen 2. Maniobra de Barlow.

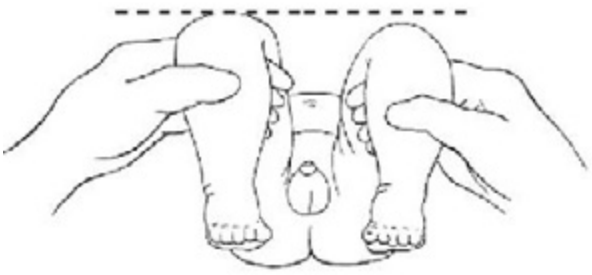


Imagen 3. Signo de Galeazzi.

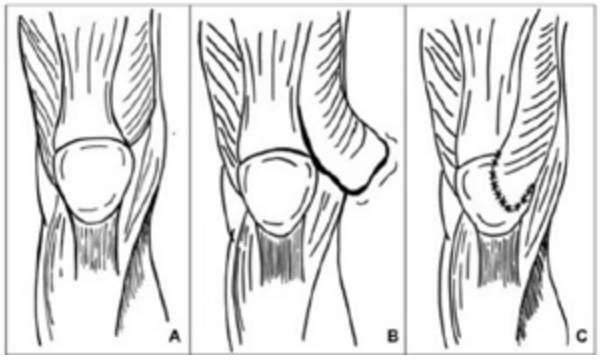


Imagen 4. Procedimiento de Insall.

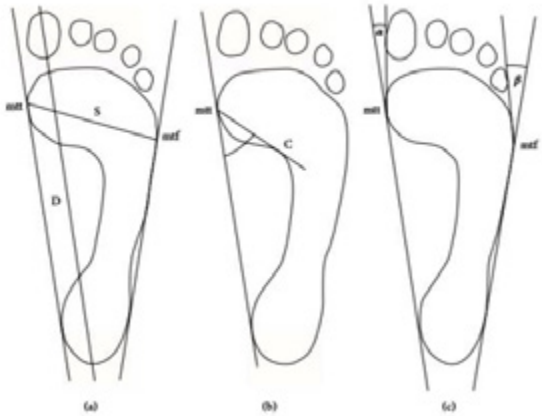
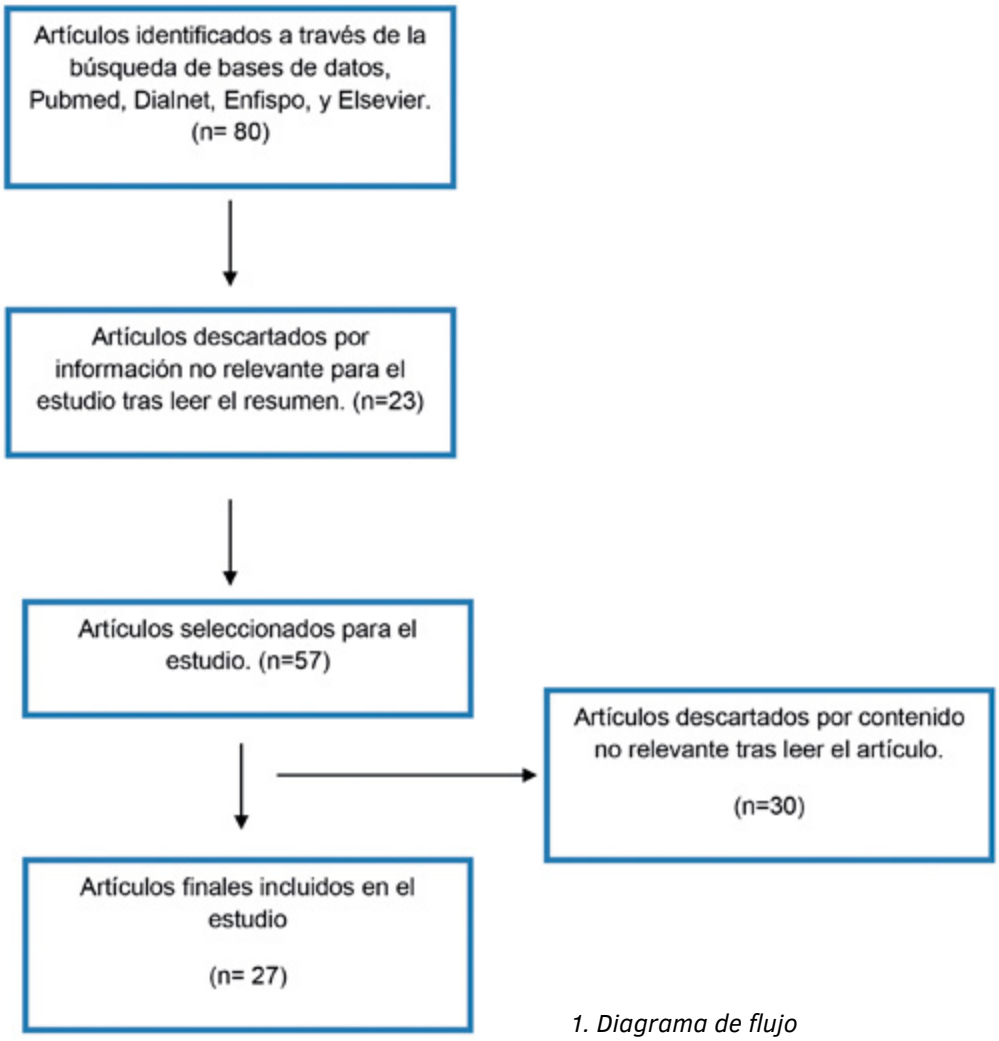


Imagen 5. Índices de la estructura del pie. Puszczałowska-Lizis E, Nowak K, Omorczyk J, Ambrozy T, Bujas P, Nosiadek L. Foot Structure in Boys with Down Syndrome. Biomed Res Int. 2017;2017. doi:10.1155/2017/7047468

Tablas



1. Diagrama de flujo

Tabla 1. Hitos del desarrollo. Elaboración propia

MESES	HITOS
0 a 3 meses	• Estimulación de reflejos • Primeros movimientos del cuerpo
3 a 6 meses	• Volteos • Control del tronco • Mejora el equilibrio • Sedestación
6 a 9 meses	• Sedestación con apoyo • Equilibrio en sedestación • Gateo • Bipedestación
9 a 12 meses	• Equilibrio en bipedestación • Marcha independiente
12 a 18 meses	• Cambios posturales. • Equilibrio y coordinación • Marcha rápida • Subir y bajar escaleras
18 a 24 meses	• Saltos • Correr • Adquisición de coordinación general

Tabla 2. Fases de inestabilidad de cadera

FASE	DESCRIPCIÓN	RADIOGRAFÍA	TRATAMIENTO
I	Cadera hipermovil	Sin alteración	Actitud expectante
II	Luxación recidivante de cadera	✓ No se observan cambios morfológicos. ✓ Rx estática normal ✓ Rx dinámica puede mostrar luxación.	- Osteotomía Varizante y Desrotación femoral.
III	Subluxación y displasia de caderas	Aplanamiento y displasia acetabular	- Osteotomía varizante y desrotación femoral - Osteotomía pélvica
IV	Luxación inveterada	Luxación coxofemoral	- Osteotomía varizante y desrotación femoral. - Osteotomía pelvis

BIBLIOGRAFÍA

1. Akhtar F, Bokhari SRA. Down Syndrome (Trisomy 21). StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls. 2018. [Citado: 15 Diciembre 2018]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526016/

2. Pérez Chávez DA . SINDROME DE DOWN. Rev.Act.Clin. Med [Internet]. 2014 [Citado: 15 Diciembre 2018]; Volumen 45. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682014000600001&lng=es.

3. Vičić A, Hafner T, Bekavac Vlatković I, Korać P, Habek D, Stipoljev F. Prenatal diagnosis of Down syndrome: A 13-year retrospective study. Taiwan J Obstet Gynecol [Internet]. 2017 [Citado: 17 Diciembre 2019]; Volumen 56 :731-735. Disponible en: https://doi.org/10.1016/J.TJOG.2017.10.004 4. Asim A, Kumar A, Muthuswamy S, Jain S, Agarwal S. "Down Syndrome: an insight of the disease". J. Biomed Sci. 2015 [Citado: 17 Diciembre 2018]; 22 (1): 41. Disponible en: https://doi.org/10.1186/S12929-015-0138-Y 5. Huete García A. Demografía e inclusión social de las personas con Síndrome de Down. Revista Síndrome de Down: Revista española de investigación sobre el Síndrome de Down. Junio 2016 [Citado: 19 Diciembre 2018]; Volumen 33:38-50

6. Lamo –Espinosa JM, Duart-Clemente J, Llombart-Blanco R, Bondía J, Aquerreta D, Beguiristain JL. "Surco en cabeza femoral" como signo de inestabilidad de cadera en pacientes con Síndrome de Down. Rev Esp Cir Osteoartic. 2013 [Citado: 19 Diciembre 2018]; Volumen 48:123-128

7. De Santos-Moreno MG, Macias-Merlo ML, Gómez-Torrón A. Programas de bipedestación para la prevención de la displasia de cadera en niños con síndrome de Down. Fisioterapia. Noviembre 2017 [Citado: 20 Diciembre 2018]; Volumen 39(6):229-235.

8. Candel I. Niños con síndrome de Down y otros problemas de desarrollo. F.E.I.S.D. 2016 [Citado: 15 Enereo 2019]; Volumen 2:29.52 http://www.sindromedown.net/wpcontent/uploads/2014/09/30L_atenciontemprana.PDF.

9. Delgado Martínez, Alberto D. y Marchal Corrales, Juan A. "Manual de anatomía funcional y exploración clínica del aparato locomotor para médicos de atención primaria". Ed. Merck, 2004 [Citado: 15 Enero 2019]

10. Alarcón Zamora A, Salcedo Cánovas C. Trastornos ortopédicos en niños con Síndrome de Down. Rev Esp Pediatr. 2012 [Citado: 25 Enero 2019]; Volumen 68(6):424-428.

11. Van Gijzen AFM, DM Rouers E, QMP Van Douveren F, Dieleman J, GE Hendriks J, JJ Halbertsma F, A. Bok Levinus. Developmental dysplasia of the hip in children with Down syndrome : comparison of clinical and radiological examinations in a local cohort. European Journal of Pediatric. Enero 2019 [Citado: 28 Enero 2019]; Volumen (178): página 559-56. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s00431-019-03322-x

12. Aly AS, Al-kersh MA. Femoral and Dega osteotomies in the treatment of habitual hip dislocation in Down syndrome patients - is it efficient or not? J Child Orthop [Internet]. 2018[Citado: 30 Enero 2019]; Volumen 12(3):227-231. Disponible:10.1302/1863-2548.12.170130

13. Maranho DA, Kim Y-J, Williams KA, Novais EN. Preliminary results of an anteverting triple periacetabular osteotomy for the treatment of hip instability in Down syndrome. J Child Orthop. 2018 [Citado: 3 Febrero 2019]; volumen 12(1):55-62. Disponible : 10.1302 / 1863-2548.12.170174

14. Orozco M del PD, Abousamra O, Chen BP, Rogers KJ, Sees JP, Miller F et al. Knee Deformities in Children With Down Syndrome: A Focus on Knee Malalignment. J Pediatr Orthop. 2018[Citado: 14 Febrero 2019]; Volumen 38(5): 266-273.

15. Rebouças Moreira TA, Kawamura Demange M, Gomes Gobbi, Mustacchi Z, Pécora JR et al. Trochlear dysplasia and patellar instability in patients with Down syndrome. Rev Bras Ortop [Internet]. 2015[Citado: 14 Febrero 2019]; Volumen 50 (2): 159-163. Disponible en: 10.1016 / j.rboe.2015.03.005

16. Lamo de Espinosa JM, Iglesias M, Valentí Azcárate A, Valentí Nin JR. Inestabilidad patelofemoral en niños con Síndrome de Down. Rev española cirugía Osteoartic. 2016 [Citado: 23 Febrero 2019]; Volumen 51(266):59-63. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5642031&orden=0&info=link%0Ahttps://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=5642031.

17. Riquelme Agulló I, Manzanal González B. Desarrollo motor del niño con síndrome de Down y patología osteoarticular asociada. Rev Médica Int sobre el Síndrome Down [Internet]. Noviembre 2006 [Citado 25 Febrero 2019]; 10(3):34-40. Disponible en: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1138207406700495

18. Galli M, Cimolin V, Pau M, Costici P, Albertini G. Relationship between flat foot condition and gait pattern alterations in children with Down syndrome. J Intellect Disabil Res [Internet]. 2013 [Citado: 27 Febrero 2019];58(3):269-276. Disponible en: https://doi.org/10.1111/jir.12007

19. Galli M, Cimolin V, Rigoldi C, Pau M, Costici P, Albertini G. The effects of low arched feet on foot rotation during gait in children with down syndrome. J Intellect Disabil Res. 2014 [Citado: 27 febrero 2019]; Volumen 58(8):758-764. Disponible en: https://doi.org/10.1111/jir.12087

20. Decaro LJ. Down Syndrome: A serious Pediatric/ Podiatric Issue. Pod Manag. 2012 [Citado: 27 Febrero 2019]; 141-146. Disponible en: http://www.decaropodiatry.com/docs/Down Syndrome.pdf.

21. Puszczałowska-Lizis E, Nowak K, Omorczyk J, Ambrozy T, Bujas P, Nosiadek L. Foot Structure in Boys with Down Syndrome. Biomed Res Int. 2017 [Citado: 27 Febrero 2019];Volumen 2017:1-6.Dispinible: https://doi.org/10.1155/2017/7047468

22. Mansour E, Yaacoub JJ, Bakouny Z, Assi A, Ghanem I. A podoscopic and descriptive study of foot deformities in patients with Down syndrome. Orthop Traumatol Surg Res. 2017 [Citado: 28 Febrero 2019]; Volumen 103(1):123-127. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.otsr.2016.10.001

23. Capone GT. Hacia la elaboración de una guía de salud para adultos con síndrome de Down. Rev Síndrome Down. 2018 [Citado: 3 Marzo 2019]; Volumen 35:2-15.

24. Vietze PM, Arverdson JC, Bogin D, Doret W, Hanin L, Harris C et al. Síndrome de Down. Evaluación e intervención para niños pequeños (de 0 a 3 años). 2006 [Citado: 10 Marzo 2019]. Disponible en: www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/index.htm.

25. Moran J. Envejecimiento y Síndrome de Down. Una Guía Salud y Bienestar. 2013 [Citado: 15 Marzo 2019].Paginas: 9-11.

26. Calvo-Lobo C, Ramos García A, Losa Iglesias ME, López-lópez D, Rodríguez-Sanz D, Romero-morales C et al. The relationship between shoe fitting and foot health of persons with Down syndrome: A case control study. Int J Environ Res Public Health. 2018 [Citado: 18 Marzo 2019]; Volumen 15(5):1-9. Disponible en: 10.3390 / ijerph15050983

27. Lim PQX, Shields N, Nikolopoulos N, Barrett JT, Evans AM, Taylor NF et al. The association of foot structure and footwear fit with disability in children and adolescents with Down syndrome. J Foot Ankle Res. 2015 [Citado: 20 Marzo 2019];Volumen 8(1):1-10. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s13047-015-0062-0.

PRIMER SEMESTRE 2023

PODOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA
8/01/2023

El pasado día 18 de enero tuvieron una reunión, el Dr. Pedro Villalta García – Decano, Dña. Gema López García – Secretaria, Dr. Félix Martínez Vélez -Tesorero y D. Juan Carlos Montero Arroyo – Vocal de Comunicación, del Ilustre Colegio Profesional de Podología de la Comunidad de Madrid, en la Dirección General de Atención Primaria, con el Dr. D. Juan José Fernández, Director General del Proceso Integrado de Salud, la Dra. Dª Almudena Quintana, Gerente Asistencial de Atención Primaria y el Dr. D. Jesús Canora, Gerente Asistencial de Hospitales, donde expusieron la propuesta por parte del Ilustre Colegio Profesional de Podología de la Comunidad de Madrid, para que nuestra profesión, una vez creada la categoría profesional en el SERMAS, se integre en los diferentes niveles de atención sanitaria, tanto primaria como especializada y hospitalaria.

DIAPOMA 2023
11/03/2023

El pasado 11 de marzo de 2023 se llevaron a cabo XXXVIII JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN PODOLOGIA/PODIATRIA, un evento científico de gran relevancia para la comunidad podológica.

El evento contó con la participación de unos 500 asistentes.

Este año la apertura de las jornadas estuvieron a cargo por el Dr. D. Jesús Canora Lebrato Gerente Asistencial Hospitales de la Comunidad de Madrid, durante la ceremonia de apertura, se realizó la entrega del título de colegiado de honor a D. Manuel Jiménez Rubio, el cual fue un momento muy emotivo para todos los presentes, quienes ovacionaron al homenajeado por su destacada trayectoria.

Las jornadas incluyeron una serie de conferencias, en los que los participantes pudieron actualizar sus conocimientos sobre los últimos avances en el diagnóstico y tratamiento de diversas patologías del pie. Este evento dejó en claro la importancia de la actualización constante en el campo de la podología y el compromiso de los profesionales de la salud por brindar la mejor atención a sus pacientes.

JORNADAS DE ORIENTACIÓN ACADÉMICO-PROFESIONAL
28/02/2023 Y 10/03/2023

El 28 de febrero y 10 de marzo, nuestras Vocales de Ocio y Eventos del Ilustre Colegio Profesional de Podología de la Comunidad de Madrid, Dña. Montserrat Diéguez Blasi y la Dra. Julia Carbajales López,

participaron en las jornadas de orientación académico-profesional organizadas por la Junta Municipal del distrito de Salamanca en colaboración con la Unión Interprofesional. El evento estaba destinado a los estudiantes de bachillerato que estaban interesados en los itinerarios de Humanidades, Ciencias Sociales y Ciencias.

Durante su intervención, las Vocales de Ocio y Eventos y Asesoramiento Colegial, del Ilustre Colegio Profesional de Podología explicaron a los estudiantes las diferentes opciones de carrera en podología, así como las posibilidades de especialización y desarrollo profesional dentro de esta disciplina. También hablaron sobre la importancia de la formación continua y de mantenerse al día en las últimas técnicas y avances en el campo de la podología.

Los estudiantes tuvieron la oportunidad de hacer preguntas y conocer de primera mano la experiencia y trayectoria profesional de las ponentes. La participación del Ilustre Colegio Profesional de Podología en estas jornadas es un ejemplo del compromiso de la institución con la formación y orientación de los futuros profesionales de la podología en la Comunidad de Madrid.

NUEVA NEWSLETTER PODONEWS
MARZO 2023

El Ilustre Colegio Profesional de Podología de la Comunidad de Madrid, con la intención de mantener a sus colegiados informados sobre las actividades del colegio, así como de todas las noticias referentes a la podología, estrena esta nueva newsletter: PODONEWS.

La publicación de carácter mensual podréis encontrarla en el apartado COMUNICACIÓN->PODONEWS de esta web.

¡No os perdáis este primer número con toda la información sobre DIAPOMA 2023!

MARZO 2023 VOL. 1 | N.º1

PODONEWS ICOPOMA

BOLETÍN MENSUAL

ESPECIAL XXVIII JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN PODOLÓGICA DIAPOMA 2023

EL GERENTE JESÚS CANORA INAUGURA LAS JORNADAS

El Gerente de Asistencia hospitalaria de la Comunidad de Madrid, D. Jesús Canora Lebrato participó en el acto de inauguración acompañando a nuestro decano, D. Pedro Villalta y a la presidenta de Consejo General de Podología Dña Elena Carrascosa .

DIAPOMA 2023 BATE SU RECORD DE INSCRIPCIONES

Cerca de 500 profesionales de la Podología acudieron a las jornadas científicas centradas en el día a día de la Consulta de Podología, siendo uno de los mejores registros de asistencia en la historia de Diapoma.

ENTREGA DE LAS MEDALLAS POR LOS 25 AÑOS

El ya tradicional acto de entrega de medallas por los 25 años de colegiación del Ilustre Colegio de Podología de Madrid acogió a 29 profesionales que se colegiaron en el año 1998 y estuvo presidido por nuestra Secretaria, Gema López.

AKILEINE · easy brokers · almirall · applied · Fresco · Herbitas · Mifer · NAMROL · perpedes · walud · GIOSEPPO · EDSER · MAP

PÁGINA 3 | FIESTA FINAL

PÁGINA 3 | LAS CLÍNICAS COMERCIALES EN PRIMERA LÍNEA

PÁGINA 3 | LOS PROTAGONISTAS DAN SU OPINIÓN

PÁGINA 3 | MANUEL JIMÉNEZ COLEGIADO DE HONOR

CONTRATO DE COLABORACIÓN CON EL BANCO SABADELL
MARZO 2023

El Banco Sabadell y el Ilustre Colegio Profesional de Podología de la Comunidad de Madrid, han firmado un contrato de colaboración para ofrecer una serie de productos y servicios financieros a los miembros/as del colegio. El acuerdo fue firmado en una ceremonia en la sede del Ilustre Colegio.

El acuerdo permitirá a los podólogos/as colegiados/as acceder a una amplia gama de productos y servicios financieros, incluyendo cuentas corrientes, tarjetas de crédito, préstamos, leasing y seguros. Además, el banco ofrecerá condiciones especiales a los miembros del colegio en función de sus necesidades específicas.

Una de las mejoras más importantes, son las condiciones que tendrán los colegiados/as clientes de la entidad, en las solicitudes de cualquier financiación que necesiten, como una de las mejoras más importantes.

Ventajas que han sido negociadas con la Junta Directiva del Colegio, con el fin de aportar valor añadido a los colegiados/as.

El Dr. Pedro Villalta García, Decano del Ilustre Colegio Profesional de Podología de la Comunidad de Madrid, ha destacado la importancia de este acuerdo para los miembros/as del colegio, ya que les permitirá acceder a servicios financieros de calidad y a medida de sus necesidades, lo que les ayudará en su día a día tanto profesional como personal.

Por su parte, D. Antonio Serrano Director de Sabadell Profesional, ha señalado que la entidad está comprometida con el desarrollo del tejido empresarial y profesional de la Comunidad de Madrid, y que este acuerdo es un ejemplo de ello.

Este contrato de colaboración entre el Banco Sabadell y el Ilustre Colegio Profesional de Podología de la Comunidad de Madrid supone una importante mejora en la oferta de productos y servicios financieros para los podólogos/as colegiados/as, y un impulso al desarrollo profesional y empresarial en la región.

GERENTE ASISTENCIAL DE HOSPITALES
11-ABRIL-2023

El pasado día 11 de abril, el Dr. Pedro Villalta García Decano, Dña. Natalia Helena Fernández Ospina Vicedecana y el Dr. Félix Martínez Vélez Tesorero, del Ilustre Colegio Profesional de Podología de la Comunidad de Madrid, se reunieron con el Dr. Jesús Canora Lebrato, Gerente Asistencial de Hospitales de la Comunidad de Madrid y la Dra. Pilar Sánchez-Pobre Bejerano, Gerente adjunto de Ordenación e Innovación Organizativa el SERMAS, para tratar la integración de la podología en los hospitales.

Durante la reunión, se abordaron varios temas, entre ellos la importancia de la colaboración entre los podólogos y los hospitales para mejorar la atención sanitaria a los pacientes. También se discutió sobre la necesidad de formar equipos multidisciplinarios que incluyan podólogos para tratar a pacientes con enfermedades crónicas y otras afecciones que afecten a los pies.

Los representantes del Colegio de Podólogos expresaron su disposición para colaborar con los hospitales en la creación de programas de formación para profesionales de la salud sobre la importancia del cuidado de los pies, y la necesidad de contar con podólogos especializados para atender a pacientes con enfermedades crónicas.

El Dr. Canora Lebrato y la Dra. Sánchez-Pobre Bejerano, se mostraron receptivos a la idea y se comprometió en agilizar la integración de la podología en los hospitales de la Comunidad de Madrid. Además, se acordó establecer un canal de comunicación directo entre el Colegio de Podólogos/as y la Gerencia Asistencial de Hospitales para mantener un diálogo constante y trabajar en conjunto en la mejora de la atención sanitaria a los pacientes.

VII PREMIOS SALUDIGITAL
13/04/2023

El Dr. Pedro Villalta García, Decano del Ilustre Colegio Profesional de Podología de la Comunidad de Madrid, coincidió con el Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid Dr. Enrique Ruiz Escudero, el pasado 13 de abril en el acto de entrega de los **VII Premios SaluDigital.**

El Decano le manifestó la importancia de la puesta en marcha de unidades especializadas en el tratamiento del pie diabético en los hospitales de la Comunidad de Madrid, integrando a los podólogos/as en los equipos multidisciplinarios de cirugía vascular.

Ya que la diabetes es una enfermedad crónica que afecta a un gran número de personas en todo el mundo. Le informo de una de las complicaciones más comunes de esta enfermedad es el pie diabético, que puede causar infecciones graves y llevar a la amputación de los dedos, pies e incluso piernas.

Por lo tanto, la atención especializada de los pacientes con pie diabético es esencial para prevenir estas complicaciones graves. La integración de podólogos/as en los equipos de cirugía vascular de los hospitales puede mejorar significativamente la atención de estos pacientes, ya que los podólogos/as tienen la formación y tienen las competencias legales necesarias para tratar las lesiones y problemas del pie diabético y esta medida mejorará la calidad de vida de los pacientes con pie diabético y reducirá el riesgo de complicaciones graves.

DESAYUNO INFORMATIVO D. ENRIQUE RUIZ ESCUDERO
20/04/2023

El día 20 de abril, se ha llevo a cabo un desayuno informativo en el Hotel Westin Palace en Madrid, en el que ha participado el Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Don Enrique Ruiz Escudero. Durante el encuentro, se ha abordado el estado actual de la sanidad pública en la Comunidad y se ha debatido sobre los retos a los que se enfrenta el sector.

Entre los asistentes al evento, se encontraba el Dr. Pedro Villalta García, Decano del Ilustre Colegio Profesional de Podología de la Comunidad de Madrid, quien ha destacado la importancia de la podología en el ámbito de la sanidad pública y ha reivindicado su papel en el sistema sanitario de la región.

El Dr. Villalta ha señalado que la podología es una disciplina fundamental para la prevención y el tratamiento de patologías relacionadas con los pies, que afectan a un gran número de personas y que pueden generar importantes problemas de salud si no se tratan adecuadamente. Además, ha destacado la importancia de que la podología tenga una mayor presencia en la sanidad pública de la Comunidad de Madrid, para garantizar una atención integral y de calidad a los pacientes.

El Consejero de Sanidad, ha manifestado su compromiso con la mejora de la sanidad pública en la región. En este sentido, ha asegurado que se seguirá trabajando en la incorporación de nuevas especialidades y en la mejora de la atención sanitaria para ofrecer un servicio de calidad y eficiente a todos los ciudadanos.

El desayuno informativo ha sido un espacio de diálogo y reflexión sobre la situación actual de la sanidad pública en la Comunidad de Madrid, en el que se ha destacado la importancia de la colaboración entre diferentes disciplinas y profesionales para lograr una atención integral y de calidad a los pacientes.

CELEBRACIÓN DEL 2 DE MAYO
02/05/2023

El Dr. Pedro Villalta García, Decano del Ilustre Colegio Profesional de Podología de la Comunidad de Madrid, y Dña. Gema María López García, Secretaria, fueron invitados por la Presidenta de la Comunidad de Madrid a la celebración del 2 de mayo. Durante la celebración, el Decano y la Secretaria destacaron la importancia de la presencia de los podólogos/as en el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).
La presencia del Decano y la Secretaria en la celebración demuestra la relevancia de la podología como profesión sanitaria y la necesidad de que se reconozca su papel en el ámbito de la salud en Madrid. Ambos representantes del Ilustre Colegio Profesional de Podología de la Comunidad de Madrid abogaron por una mayor integración de los podólogos/as en el sistema de salud regional, con el objetivo de mejorar la atención a los pacientes y garantizar una asistencia sanitaria de calidad.

Esta invitación y la reivindicación de los podólogos/as ante la Presidenta de la Comunidad de Madrid demuestran el compromiso del Ilustre Colegio Profesional de Podología de la Comunidad de Madrid con la salud de los ciudadanos y su apoyo a una mejor regulación de la profesión en la región.

ACUERDO DE COLABORACIÓN MAPFRE
19/05/2023

El pasado 19 de mayo, el Dr. Pedro Villalta García, Decano del Ilustre Colegio Profesional de Podología de la Comunidad de Madrid, y la Fundación Mapfre, reconocida entidad dedicada a promover la salud y el bienestar, formalizaron un acuerdo de colaboración pionero en beneficio de la salud podológica de la comunidad madrileña.

El acuerdo de colaboración tiene como objetivo principal fomentar la conciencia sobre la importancia de la salud del pie y promover prácticas podológicas seguras y efectivas. Ambas instituciones se comprometen a desarrollar acciones conjuntas y programas de divulgación que contribuyan a la prevención y tratamiento de patologías relacionadas con los pies.

Además, se llevarán a cabo programas de formación y actualización dirigidos a los profesionales de la podología en la Comunidad de Madrid.
Estos programas se centrarán en la adquisición de conocimientos actualizados y el intercambio de buenas prácticas, con el objetivo de elevar la calidad de la atención podológica de la Comunidad de Madrid.

El Dr. Villalta García, expresó su satisfacción por esta alianza estratégica, resaltando que “la colaboración con la Fundación Mapfre nos permitirá amplificar nuestro mensaje sobre la importancia de cuidar la salud de los pies y promover la profesionalidad en nuestra disciplina.

Estamos comprometidos en trabajar juntos para mejorar la calidad de vida de los madrileños a través de una atención podológica de excelencia”.

Con este acuerdo de colaboración, el Ilustre Colegio Profesional de Podología de la Comunidad de Madrid y la Fundación Mapfre demuestran su compromiso conjunto en el cuidado de la salud podológica y su esfuerzo por mejorar la calidad de vida de la comunidad madrileña a través de acciones concretas y programas de concienciación y formación.

UNIDADES DE PIE DIABÉTICO EN LA CAM
19/05/2023

El pasado 19 de mayo, el Dr. Pedro Villalta García, Decano del Ilustre Colegio Profesional de Podología, el Dr. Jose Luis Lázaro Martínez. Director Clínica Podología y unidad pie diabético, la Dra. Almudena Celia Matilla. Podóloga. Unidad pie diabético Hospital Ramón y Cajal, la Dra. Sara Jiménez González. Podóloga. Unidad pie diabético Hospital Alcalá de Henares y el Dr. Juan Manuel Ligero. Jefe de servicio cirugía vascular Hospital Gregorio Marañón, se reunieron con la Dra. Pilar Sánchez-Pobre Bejerano, Gerente Adjunto de Ordenación e Innovación de la Comunidad de Madrid. El objetivo de este encuentro fue discutir la implementación de la Podología en las Unidades de Pie Diabético hospitalarias de la Comunidad de Madrid.

Durante la reunión, los representantes de ICOPOMA expusieron la necesidad de integrar a los podólogos en los equipos de atención médica que se ocupan del cuidado de los pacientes con pie diabético.

El pie diabético es una complicación común de la diabetes y puede dar lugar a graves infecciones y amputaciones si no se trata adecuadamente. La inclusión de los podólogos/as en estas unidades hospitalarias contribuiría a mejorar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de esta condición, beneficiando así a un gran número de personas en la Comunidad de Madrid.

La Dra. Pilar Sánchez-Pobre Bejerano mostró gran interés en la propuesta presentada por ICOPOMA. Reconoció la importancia de la podología en el manejo integral del pie diabético y expresó su compromiso para impulsar esta iniciativa. Asimismo, se comprometió a trabajar de la mano con ICOPOMA para estudiar la viabilidad de la implementación y establecer las pautas necesarias para su ejecución.
La inclusión de los podólogos/as en las Unidades de Pie Diabético hospitalarias representa un avance significativo en la atención sanitaria de las personas con diabetes en la Comunidad de Madrid. Los podólogos/as, con su experiencia y conocimientos especializados, podrán desempeñar un papel crucial en la prevención y tratamiento de las complicaciones relacionadas con el pie diabético, mejorando así la calidad de vida de los pacientes y reduciendo las tasas de amputaciones.

Los representantes de ICOPOMA se mostraron satisfechos con los resultados de la reunión y se comprometió a colaborar estrechamente con la Dra. Pilar Sánchez-Pobre Bejerano y las autoridades sanitarias para llevar a cabo esta importante implementación. Se espera que en los próximos meses se establezcan los protocolos necesarios y se ponga en marcha la integración de los podólogos en las Unidades de Pie Diabético hospitalarias de la Comunidad de Madrid.

Con esta iniciativa, ICOPOMA y la Dra. Pilar Sánchez-Pobre Bejerano demuestran su compromiso con la mejora de la atención médica en el ámbito de la diabetes y reafirman la importancia de la podología como disciplina fundamental para el cuidado de los pies en pacientes diabéticos.

ASAMBLEA GENERAL CGCOP
26/05/2023

El pasado 26 de mayo se llevó a cabo la Asamblea General del Consejo General de Podología de España en la ciudad de Madrid. Durante esta importante reunión, los representantes de la comunidad podológica española se reunieron para discutir temas clave y tomar decisiones relevantes para el avance de la profesión y el bienestar de los pacientes.

El evento contó con una destacada asistencia de los Presidentes de los colegios profesionales de la podología de España. La Asamblea General es un foro fundamental para la toma de decisiones y la discusión de políticas que afectan a la práctica de la podología en España.

Durante la Asamblea General, se acordaron diversas acciones y propuestas para abordar estos temas y promover el desarrollo de la podología en España.

Además, se reafirmó el compromiso del Consejo General de Podología de España con la excelencia profesional, la defensa de los derechos de los podólogos/as y la atención de calidad a los pacientes.

El Consejo General de Podología de España, reafirma su compromiso de seguir trabajando en beneficio de la profesión y la salud de la población.

FORMACIÓN CONTINUADA

FORMACIÓN CONTINUADA

Sesión Clínica

"II taller teórico-práctico venopunción venosa"

El 14 enero de 2023, en la Sede Colegial, se impartió la sesión clínica presencial " II TALLER TEÓRICO-PRÁCTICO VENOPUNCIÓN VENOSA ", por los docentes, D. Jorge Sánchez Oliva. Podólogo. Técnico Emergencias y el Dr. D. Pedro Villalta García. Podólogo. Enfermero UCI.

Webinar

Plataforma receta médica electrónica privada

El día 28 de enero de 2023, D. Jorge Sánchez Oliva. Vocal Comisión Científica e Investigación de ICOPOMA, impartió una webinar sobre la plataforma de receta médica electrónica privada REMPe." por parte del podólogo D. Javier Fernández Yagüe.

Curso

"Farmacología de los principales antibióticos orales y antifúngicos utilizados en podología"

El 18 de febrero de 2023, los docentes, Dr. D. Francisco Álvaro Alfonso. Podólogo y

Farmacéutico y Dña. Sara García Oreja. Podóloga, en la Sede del Colegio, impartió el curso de "Farmacología de los principales antibióticos orales y antifúngicos utilizados en Podología"

Curso

Director de instalación de radiodiagnóstico podológico

El Ilustre Colegio Profesional de Podología, en colaboración con la empresa Clinical Select, en formato semipresencial los días 29 de marzo y 22 de abril, impartieron el curso "DIRECTOR DE INSTALACIÓN DE RADIODIAGNÓSTICO PODOLÓGICO". Acreditado por el Consejo de Seguridad Nuclear/Formación Teórico Práctica.

Curso

Soporte vital básico (RCP)

El Ilustre Colegio Profesional de Podología, en colaboración con la empresa SEMES, el 20 de mayo de 2023, en la Sede del Colegio, se impartió curso de "SOPORTE VITAL BASICO".

Curso

Radiofrecuencia y su aplicación y ecoguíada para patología de pie y tobillo.

El 10 de junio de 2023, el docente, Dr. Simone Moroni. Podólogo, en la Sede del Colegio, impartió el curso "Radiofrecuencia y su aplicación y ecoguíada para patología de pie y tobillo", cuyo objetivo es dar a conocer el equipo de radiofrecuencia para el tratamiento de patología de pie y tobillo; radiofrecuencia ablativa y radiofrecuencia pulsada, indicar diferentes tipos de tratamientos mediante radiofrecuencia en función del diagnóstico y dirigir el tratamiento por radiofrecuencia mediante ecoguía en las patologías más frecuentes de pie y tobillo.

Sesión Científica

Actualización y tratamientos en pie diabético.

El Ilustre Colegio Profesional de Podología, en colaboración con el laboratorio Reig Jofre, impartió la sesión científica "Actualización y tratamientos en pie diabético", donde conto con la docente, Dra. Almudena Cecilia Matilla, Podiatra en la Unidad de Pie Diabético en el Servicio Angiología y Cirugía Vascular Hospital Universitario Ramón y Cajal.

PRÓXIMOS CURSOS

Curso

"Exploración Biomecánica y tratamiento de las Principales Lesiones en el Running"

Impartido por el Dr. Eugeni Llorca. En esta formación se desarrollarán la interpretación diagnóstica, pronóstica y terapéutica que debemos hacer sobre las principales Maniobras Biomecánicas de las que disponemos en consulta.

Además de explicar cómo realizar correctamente estas Maniobras, y conocer sus valores de "normalidad", aprenderemos a Interpretar los resultados cualitativos y/o cuantitativos de cada Test. De esta manera seremos capaces de realizar un correcto diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las alteraciones biomecánicas de nuestros pacientes.

¿Qué grupos musculares conviene potenciar? ¿Conviene realizar ejercicios de estiramiento o elongación muscular?

¿Qué características debe de tener el calzado de mi paciente?

¿Puede beneficiarse mi paciente de la utilización de una Ortesis plantar? ¿Qué gesto ortopédico debe incluir esa Ortesis en el caso de ese paciente en concreto?

Si aprendemos a interpretar correctamente las Maniobras Biomecánicas de las que disponemos en consulta, podremos comprender, asesorar y tratar de forma mucho más completa a nuestros pacientes.

Fecha: septiembre 2023

La Obligatoriedad de la Receta Electrónica: Ventajas y Desventajas.

En el ámbito sanitario, el uso racional de los medicamentos y productos sanitarios es de vital importancia para garantizar la seguridad y la eficacia de los tratamientos. En este sentido, la receta electrónica se ha convertido en una herramienta indispensable que facilita la gestión y el control de las prescripciones médicas. En España, la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, y su normativa de desarrollo, el Real Decreto 178/2010, de 17 de diciembre, son la normativa que marca la obligatoriedad de la receta médica.

En este artículo, exploraremos en detalle la obligatoriedad de la receta electrónica, sus ventajas y desventajas, y cómo esta medida contribuye al uso adecuado de los medicamentos y a una mejor atención sanitaria.

OBLIGATORIEDAD DE LA RECETA ELECTRÓNICA EN ESPAÑA.

La Ley 29/2006, conocida como Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, es el marco legal que establece los principios y requisitos para la utilización adecuada de los medicamentos en España. Esta ley, en su artículo 77, establece la obligatoriedad del uso de la receta médica en el ámbito sanitario, con el objetivo de mejorar la seguridad, la eficiencia y la calidad en la prescripción, dispensación y utilización de los medicamentos.

El Real Decreto 178/2010, aprobado el 17 de diciembre, desarrolla la Ley 29/2006 en lo referente a la receta médica y las órdenes de dispensación. Este real decreto establece las condiciones y requisitos técnicos para la emisión, transmisión, recepción y custodia de las recetas electrónicas, así como para la dispensación de los medicamentos y productos sanitarios. Algunos aspectos relevantes son:

1. **Prescripción electrónica:** Se establecen los procedimientos y requisitos técnicos para la emisión, transmisión, validación y archivo de la receta electrónica.
2. **Seguridad y confidencialidad:** Se establecen medidas para garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos contenidos en la receta electrónica, así como para prevenir su manipulación o falsificación.
3. **Disponibilidad y acceso:** Se establecen las condiciones para la consulta, acceso y transmisión de la información contenida en la receta electrónica por parte de los profesionales sanitarios, farmacéuticos y autoridades sanitarias competentes.

Entre otras cuestiones, este Real Decreto indica cuál debe ser el contenido mínimo de la receta electrónica:

- Datos del paciente (nombre y apellidos, fecha de nacimiento, etc.).
- Información sobre el medicamento (denominación, principio activo, posología, vía y modo de administración…).

- Datos del prescriptor (es decir, identificación del profesional médico, odontólogo o podólogo).
- Otros datos (fecha, número de orden, etc.).
- Código o número de identificación electrónica de la prescripción de cada medicamento y producto sanitario.
- Información de la relación activa de medicamentos correspondiente a los tratamientos en curso para ese paciente en concreto.

Este contenido mínimo es aplicable tanto en el ámbito sanitario público como en el privado.

VENTAJAS DE LA RECETA ELECTRÓNICA

La implementación de la receta electrónica conlleva una serie de ventajas significativas tanto para los, los podólogos como para los pacientes. A continuación, se detallan algunas de estas ventajas:

1. **Acceso rápido y seguro al historial clínico:** La receta electrónica permite un acceso ágil y seguro al historial clínico del paciente. A través de sistemas informáticos interconectados, los profesionales sanitarios pueden consultar de manera rápida y precisa la información sobre medicaciones previas, alergias, contraindicaciones y otros datos relevantes para la prescripción de medicamentos. Esto facilita la toma de decisiones informadas y contribuye a evitar posibles errores de prescripción.

2. **Mejor coordinación entre profesionales sanitarios:** La receta electrónica promueve la coordinación y la comunicación entre los diferentes profesionales sanitarios que atienden al paciente. Al tener acceso a la misma plataforma electrónica, los médicos de atención primaria, especialistas, farmacéuticos y otros profesionales pueden compartir información de forma rápida y segura. Esto favorece una atención integral y evita duplicidades o contradicciones en las prescripciones.

3. **Reducción de errores de prescripción y dispensación:** La receta electrónica minimiza los errores de prescripción y dispensación de medicamentos. Al ser digital, elimina los problemas de legibilidad asociados a la escritura manual en papel y evita posibles interpretaciones incorrectas. Además, los sistemas informáticos de gestión de recetas ofrecen controles y alertas automáticas que ayudan a detectar posibles interacciones medicamentosas o dosis inadecuadas.

4. **Mayor comodidad para el paciente:** La receta electrónica simplifica el proceso de obtención de medicamentos para el paciente. Ya no es necesario llevar consigo una receta en papel, ya que la información está almacenada electrónicamente en los sistemas sanitarios. Además, en muchos casos, la receta electrónica permite la dispensación de medicamentos en distintas farmacias, lo que brinda al paciente más opciones y evita desplazamientos innecesarios.

DESVENTAJAS DE NO TENER LA RECETA ELECTRÓNICA

Aunque la receta electrónica ofrece numerosos beneficios, la falta de su adopción puede presentar algunas desventajas. A continuación, se mencionan algunas de estas desventajas:

1. **Limitaciones en la coordinación asistencial:** La ausencia de la receta electrónica dificulta la coordinación entre los diferentes profesionales sanitarios que intervienen en la atención de un paciente. Sin un sistema electrónico que permita compartir la información de manera rápida y segura, existe un mayor riesgo de falta de comunicación y de repetición innecesaria de pruebas o tratamientos. Esto puede afectar la continuidad y la calidad de la atención.

2. **Riesgo de errores y duplicidades:** La falta de receta electrónica aumenta la posibilidad de errores de prescripción y dispensación de medicamentos. Las recetas en papel están sujetas a problemas de legibilidad, interpretación incorrecta o incluso pérdida. Estos errores pueden tener consecuencias negativas para la salud del paciente y requerir acciones correctivas adicionales.

3. **Mayor riesgo de pérdida o deterioro de la receta:** Las recetas en papel están expuestas a diversos riesgos, como la pérdida, el deterioro o la falsificación. Estos inconvenientes pueden afectar la continuidad del tratamiento y requerir trámites adicionales para obtener una nueva receta. Además, la falta de control y custodia adecuada de las recetas en papel puede comprometer la confidencialidad de los datos personales del paciente.

En conclusión, la obligatoriedad de la receta electrónica, respaldada por la Ley 29/2006, su normativa de desarrollo, el Real Decreto 178/2010.

La receta electrónica ofrece ventajas significativas, como el acceso rápido y seguro al historial clínico, la mejora en la coordinación entre profesionales sani-

tarios, la reducción de errores de prescripción y dispensación, y la comodidad para el paciente.

Sin embargo, la falta de adopción de la receta electrónica puede presentar desafíos en términos de coordinación asistencial y riesgos de errores y pérdida de la receta.

En última instancia, la implementación gradual y la adecuada formación de los podólogos son clave para maximizar los beneficios de la receta electrónica. Asimismo, es fundamental garantizar la protección de datos personales y la privacidad de lo s pacientes en el manejo de la información electrónica.

REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA.

Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Real Decreto 178/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación.

Cuadro comparativo y resumido para mejor comprensión	
Ventajas de la Receta Electrónica	**Desventajas de no tener la Receta Electrónica**
Acceso rápido y seguro al historial clínico	Limitaciones en la coordinación asistencial
Mejor coordinación entre profesionales sanitarios	Riesgo de errores y duplicidades
Reducción de errores de prescripción y dispensación	Mayor riesgo de pérdida o deterioro de la receta
Mayor comodidad para el paciente	

NORMAS DE PUBLICACIÓN

La revista PODOSCOPIO es la comunicación oficial del Ilustre Colegio Profesional de Podología de la Comunidad de Madrid y publica trabajos siempre que tengan relación con todos los aspectos relacionados con la Podología. Incluye de forma regular artículos originales, revisiones, artículos de formación continuada, casos clínicos, editoriales científicas. También se publicarán los trabajos presentados en los Congresos y Jornadas.

Todo trabajo no elaborado de acuerdo con las instrucciones posteriores será devuelto pendiente de conformidad.

Se enviará correo electrónico a la dirección del Colegio icopoma@icopoma.es adjuntando los siguientes archivos:

I. Archivo word o pdf con carta dirigida a la Revista PODOSOCOPIO, firmada por todos los autores, en la cual debe asegurar que el artículo es original, que no está bajo consideración de otra, y que este material no ha sido publicado anteriormente. Si hay más de un autor relacionado con este manuscrito, deben hacer constar que "Todos los autores han leído y aprobado el manuscrito final".

II. Archivo word que contenga, el artículo con todas las imágenes, figuras y tablas.

III. Archivos jpg con cada una de las imágenes.

Realización del artículo

Los artículos deben ser realizados de acuerdo al siguiente formato:

- Tamaño de las páginas. DIN-A4
- Márgenes: Superior, 3 cm.; Inferior, 3 cm.; izquierdo, 2,5 cm. derecho, 2,5 cm.
- Fuente: Times New Roman 12
- Número de Página: Ángulo inferior derecho

Las instrucciones específicas en relación con las diferentes presentaciones están expuestas más adelante. Todas las presentaciones deben, al menos, contener lo siguiente:

1. La primera página debe contener el título del artículo, los nombres y dos apellidos de todos los autores en orden correcto, el estatus académico, y dirección de correo electrónico del primer autor para su correspondencia.

2. En la segunda página figurarán, por este orden: título del trabajo en español, y resumen del mismo en español y en inglés. El resumen, máximo de 300 palabras, incluirá la intencionalidad del trabajo, resultados más destacados y principales conclusiones, expuestos de tal forma que pueda ser comprendido sin necesidad de recurrir a la lectura completa del artículo. Al pie de cada resumen se especificarán de tres a seis palabras claves (español e inglés) para la elaboración del índice de la Revista.

3. Estructura del texto:

a. Constarán de una introducción que presenta el problema que guía el estudio y objetivo del estudio; una sección de metodología y materiales utilizados en el trabajo, sus características, criterios de selección y técnicas empleadas; una sección de resultados, en las que se relata no interpretan, las observaciones efectuadas y una discusión en donde los

autores expondrán sus opiniones sobre la base de los resultados obtenidos por otros autores en publicaciones similares.

b. Casos clínicos. Los artículos, sobre casos clínicos deben ofrecer información que no haya sido anteriormente publicada. Incluirá una introducción que consiste en una argumentación clínica sobre el caso, o el actual diagnóstico, así como la razón o razones por la que estos procedimientos utilizados son más útiles que cualquier otro proceso, procedimiento o diagnóstico.

4. Bibliografía:

Se presentará con las mismas normas antes expuestas. Se dispondrá según el orden de aparición en el texto, con la correspondiente numeración correlativa, o bien reseñando por orden alfabético los distintos artículos manejados en la confección del trabajo y especificando en el texto la numeración correspondiente. En el texto del artículo constará siempre la numeración de la cita en número entre paréntesis, vaya o no vaya acompañado del nombre de los autores, cuando se mencione a éstos, si se trata de un trabajo realizado por dos, se mencionará a ambos, y si son más de dos, se citará el primero seguido de la abreviatura "et al."

a. Las citas de revistas se expondrán del modo siguiente: Número de orden; apellidos e inicial del nombre de todos los autores del artículo; título del trabajo en lengua original; título abreviado de la revista, según el World Medical Periodical, año de publicación y número de volumen y página inicial y final del trabajo citado.

b. Las citas bibliográficas se harán con el siguiente orden: Apellidos e inicial del nombre de los autores; título del libro en la lengua original; ciudad, editorial, año de la edición y página inicial y final a la que se hace referencia.

5. Iconografía:

Las imágenes se presentarán grabadas separadamente del texto del artículo, debidamente referenciadas, y cuya referencia debe coincidir con la que figure en el texto. Todas las ilustraciones, tablas y gráficos deben ser citados en el texto. Explicar lo que muestra cada una de las ilustraciones, más que definirlas simplemente. Si una ilustración es de un paciente que es identificado como un número de caso en el texto o tabla, incluir ese número de caso en el texto.

Autoría

Debe ser claramente percibido que cada autor ha participado en el diseño del estudio, ha contribuido a la compilación de datos, ha participado en escribir el manuscrito, y asume toda la responsabilidad del contenido de dicho manuscrito. Normalmente, no deberían ser presentados en lista más de seis autores. Aquellos que han colaborado individualmente en solo uno de los apartados del manuscrito o en solo algunos casos deberían ser nombrados en nota a pie de página.

Los trabajos enviados a la Revista PODOSCOPIO quedarán en propiedad de la Revista y su reimpresión posterior precisará de la autorización de la misma.

Amplía tu conocimiento sobre las alteraciones ungueales:

etiología, diagnóstico y tratamiento

Dr. Hans-Jürgen Tietz

Descárgate la guía

PINCHAR AQUÍ

almirall

ES-NOP-2200066