



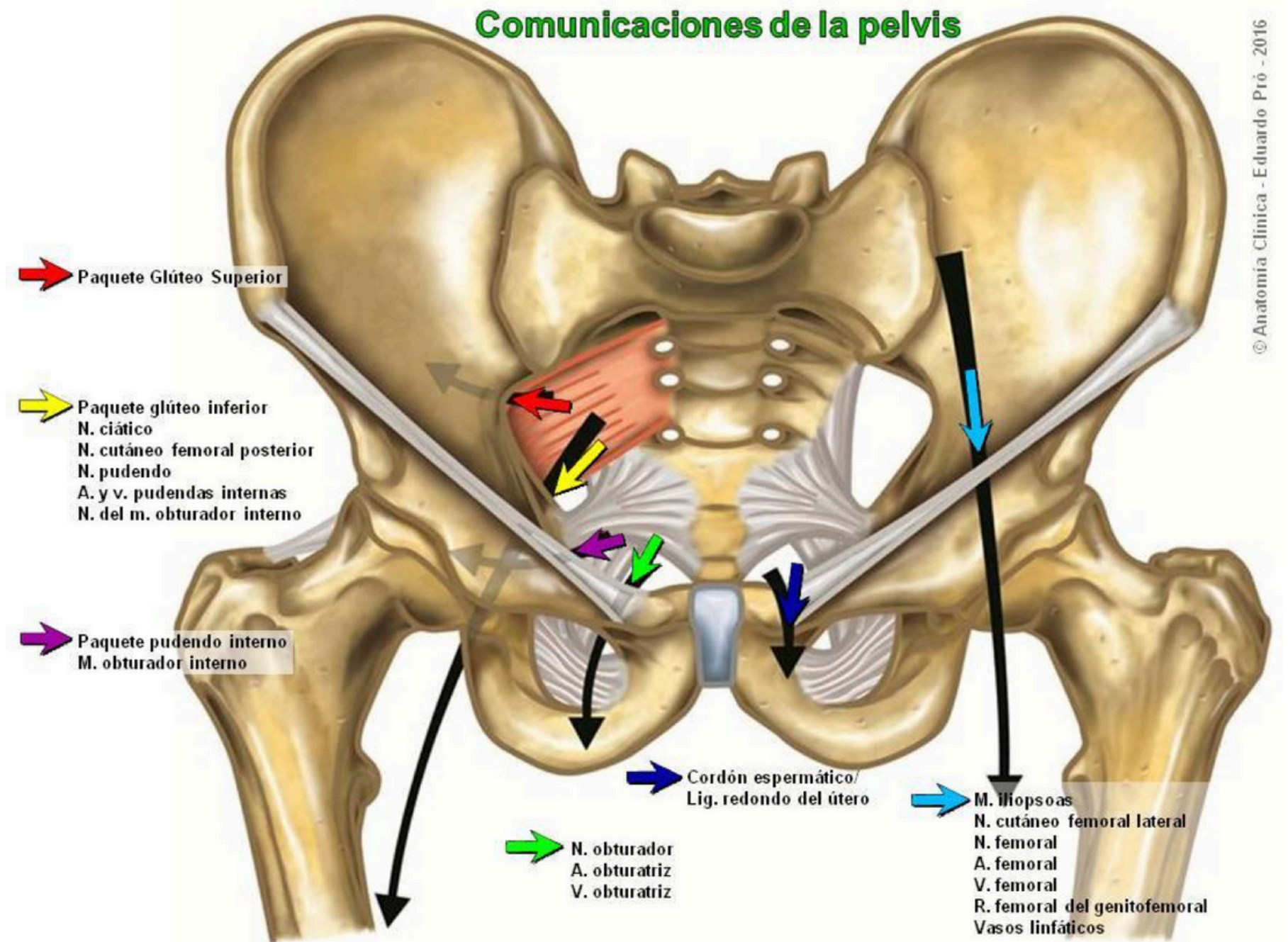
PELVIS

La pelvis ósea es la parte del esqueleto que une la columna vertebral (móvil) y los miembros inferiores gracias a las articulaciones coxo-femorales de la cadera.

Tiene forma de cono y está formado por los dos huesos coxígeos izquierdo y derecho, el coxis y el sacro en la parte posterior.

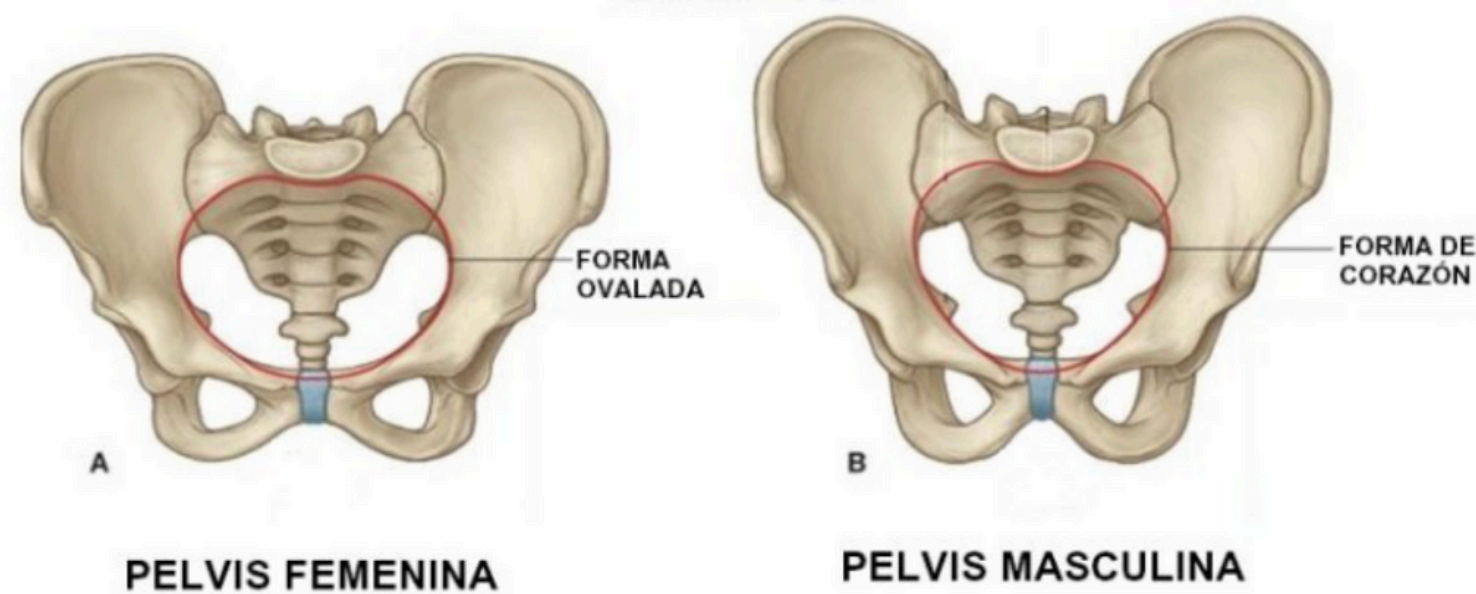
Funciones:

- Da soporte mecánico y protección a los órganos pélvicos y del bajo vientre
- Articula los miembros inferiores a la porción inferior del tronco
- Permite la biodinámica de la bipedestación, etc.





PELVIS



El borde de la pelvis tiene forma ovalada y es más grande en las mujeres, mientras que en los hombres adopta una forma de corazón y es más pequeño.

La pelvis femenina se encuentra arqueada hacia adelante, y sus huesos son mucho más ligeros y delgados que los de la pelvis de los hombres. Además, la pelvis de los hombres se encuentra rodeada de músculos que son mucho más fuertes y voluminosos que los que rodean la pelvis de la mujer.

Los acetábulos son en los hombres mucho más grandes que los acetábulos de las mujeres. Además, en los hombres el acetábulo se dirige hacia la vista lateral, a diferencia de la mujer que se orienta hacia anterior.

El hueso sacro se encuentra mucho menos curvado hacia adelante en las mujeres que en los hombres. El hueso sacro es también más pequeño en las mujeres, pero más ancho.

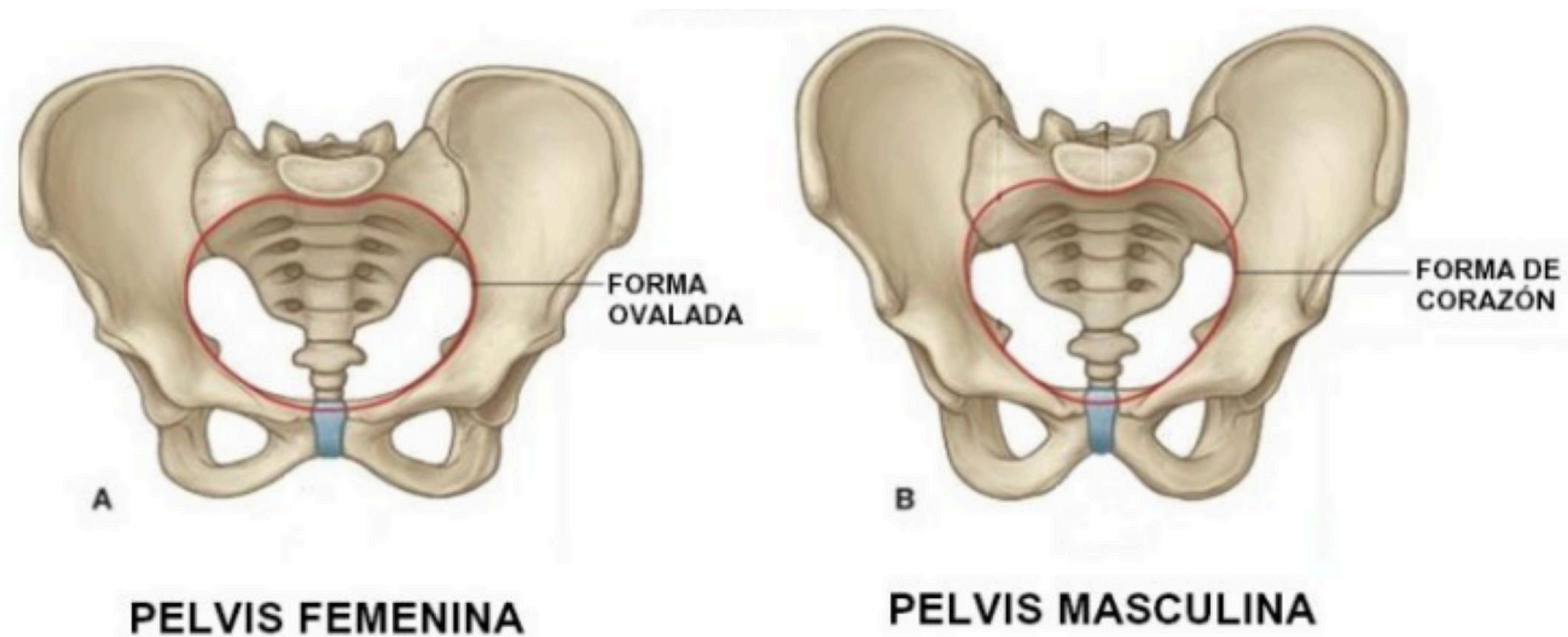
El coxis es una estructura que facilita el parto en las mujeres, por lo que en ellas es naturalmente muy flexible y se orienta en una posición recta. El coxis del hombre por el contrario es rígido y se orienta hacia adelante.

Los agujeros obturadores toman una forma triangular en las mujeres, mientras que en los hombre es más ovalada (pueden llegar a ser redondos inclusive).



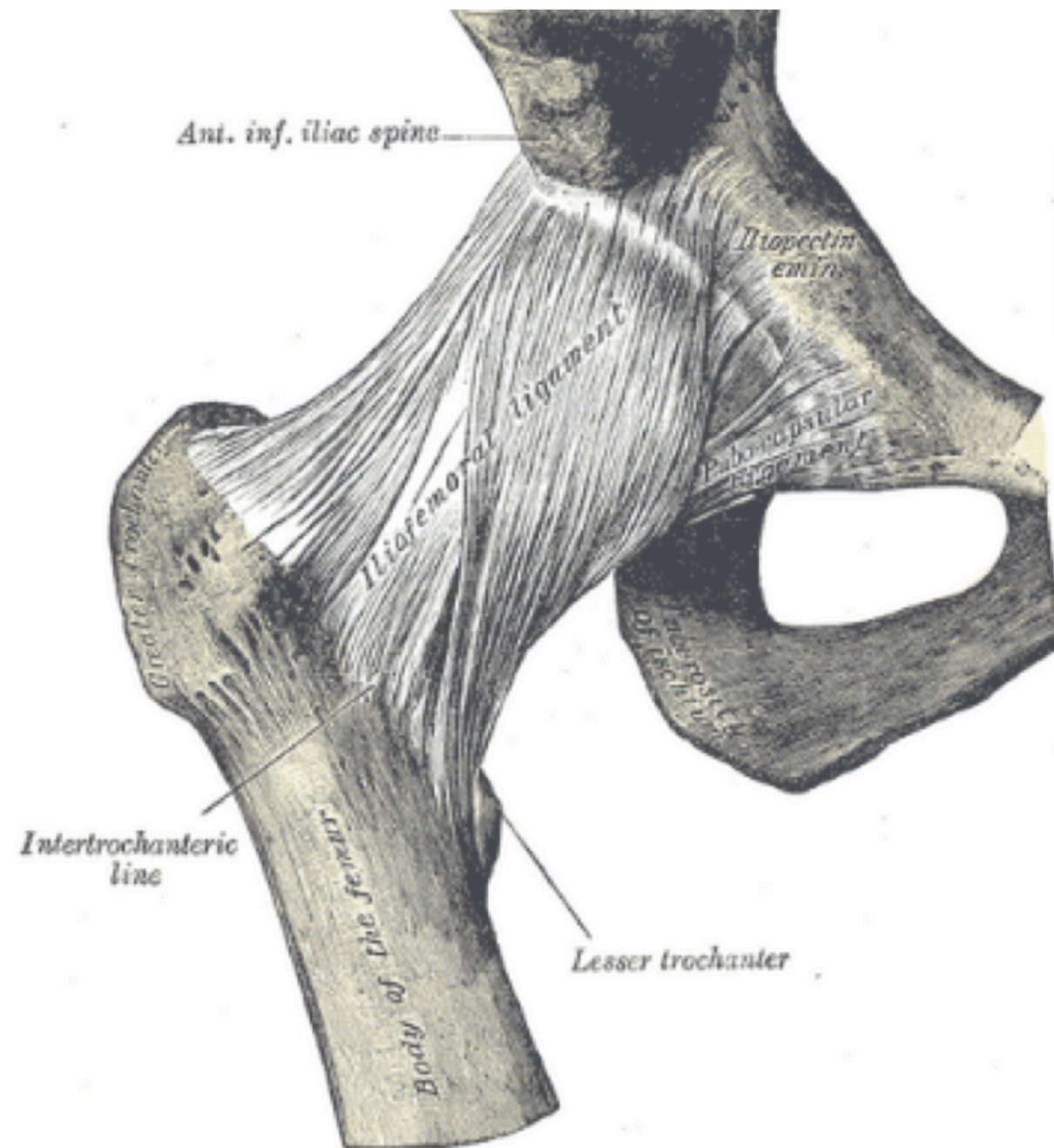
PELVIS

Además del sostén de las vísceras, la pelvis de la mujer sirve de medio de gestación y debe tener características especiales para que el bebé pueda pasar a través de ella durante el parto





PELVIS



La articulación de la cadera o coxofemoral relaciona el hueso coxal con el fémur, uniendo por lo tanto el tronco con la extremidad inferior.

Junto con la musculatura que la rodea, soporta el peso del cuerpo en posturas tanto estáticas como dinámicas.

Esta articulación se clasifica como enartrosis de tipo diartrosis, y se caracteriza porque las dos superficies articulares que intervienen son esféricas o casi esféricas, una cóncava y otra convexa.

La articulación esta envuelta por una cápsula fibrosa, la cápsula sinovial. La cubierta interna de esta cápsula es la membrana sinovial que produce el líquido sinovial, el cual facilita los desplazamientos de las superficies de los dos huesos..

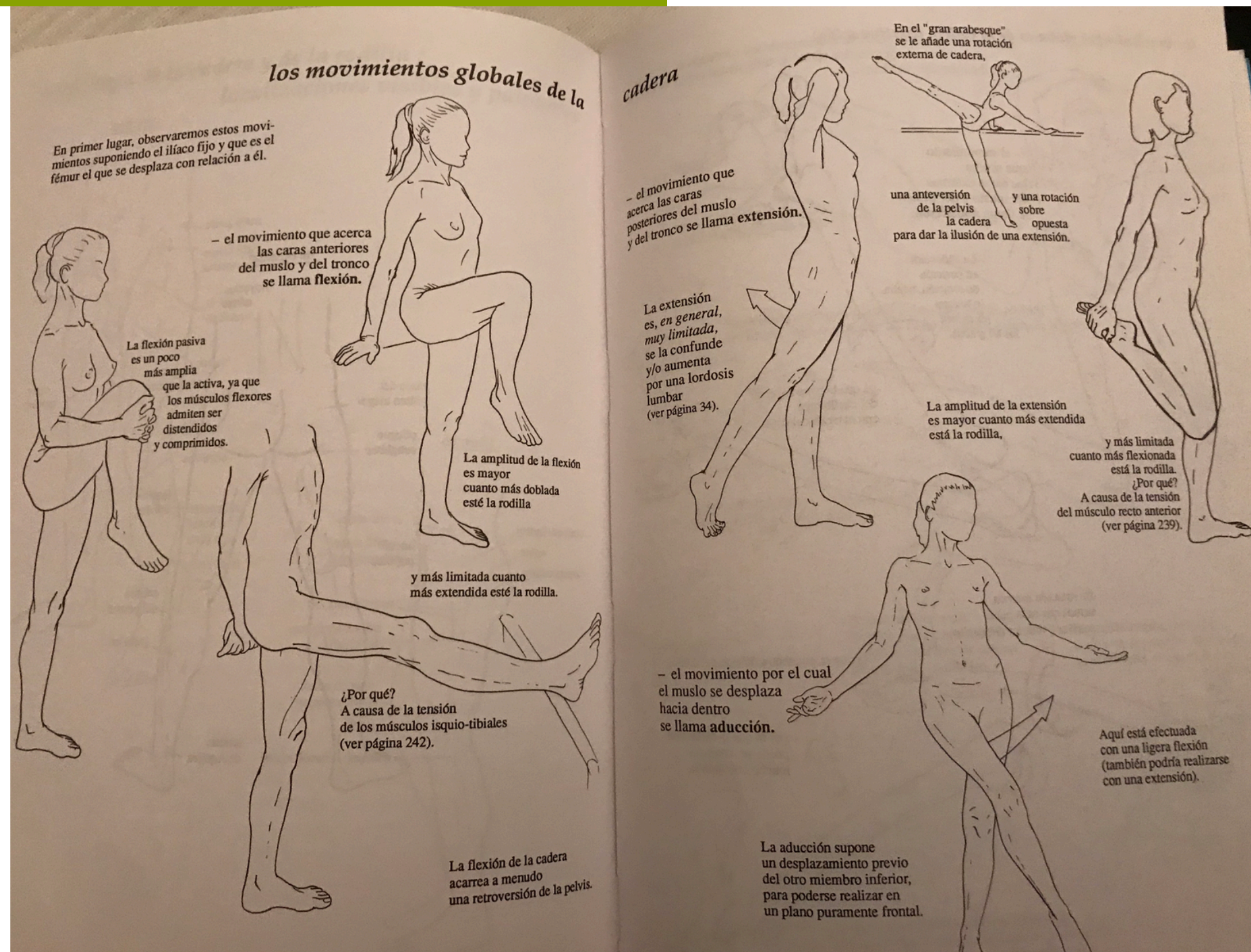
La cadera está dotada de 4 ligamentos principales que son fuertes bandas fibrosas que unen diferentes partes del hueso coxal con el fémur. Sirven para reforzar la articulación y evitar que se produzcan movimientos de excesiva amplitud.



Los potentes músculos que la rodean permiten que esta puede realizar distintos tipos de movimientos.

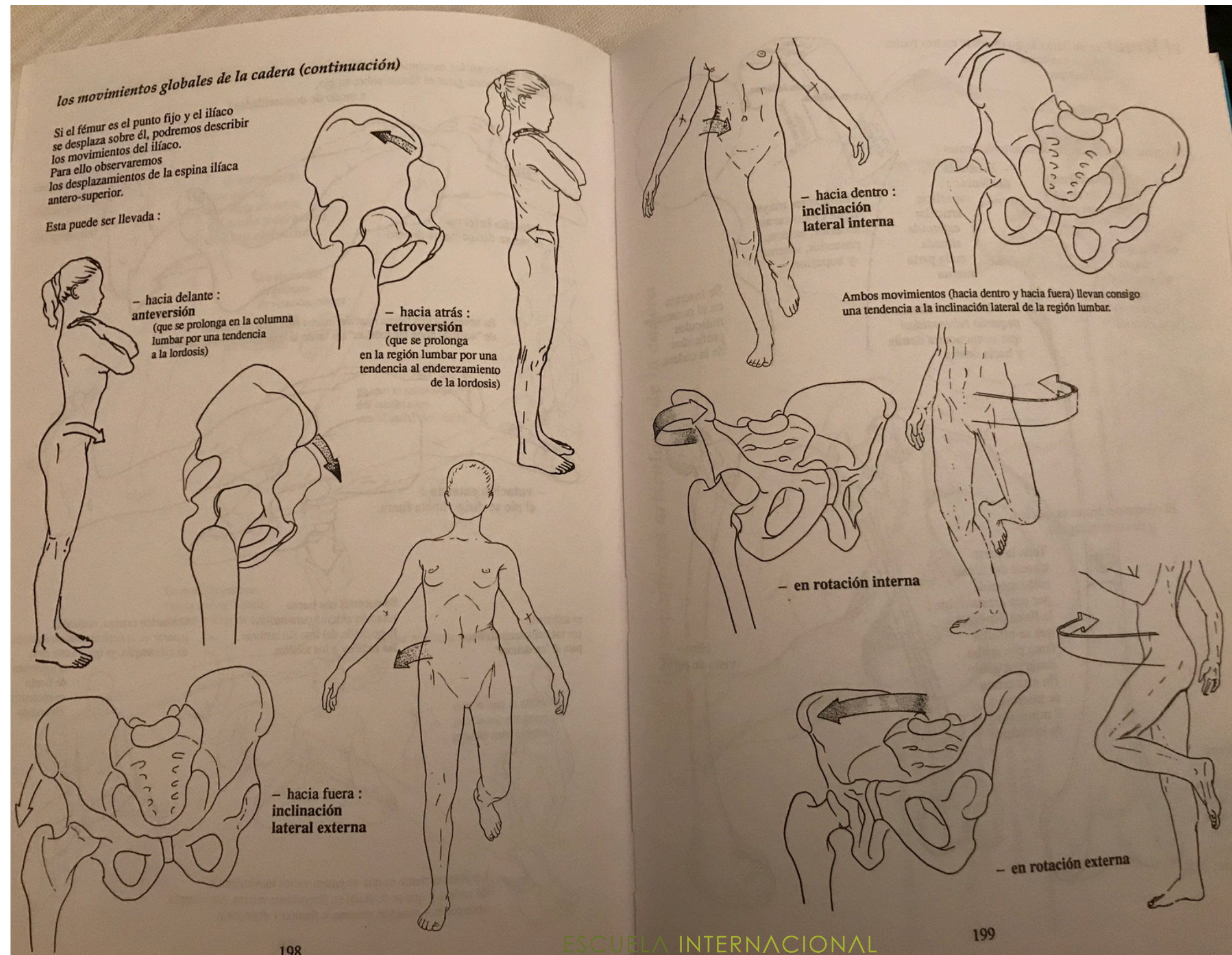


MOVIMIENTOS DE LA PELVIS





MOVIMIENTOS DE LA PELVIS





ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL

La osificación de los huesos del ser humano no se completa hasta los 14-18 años.

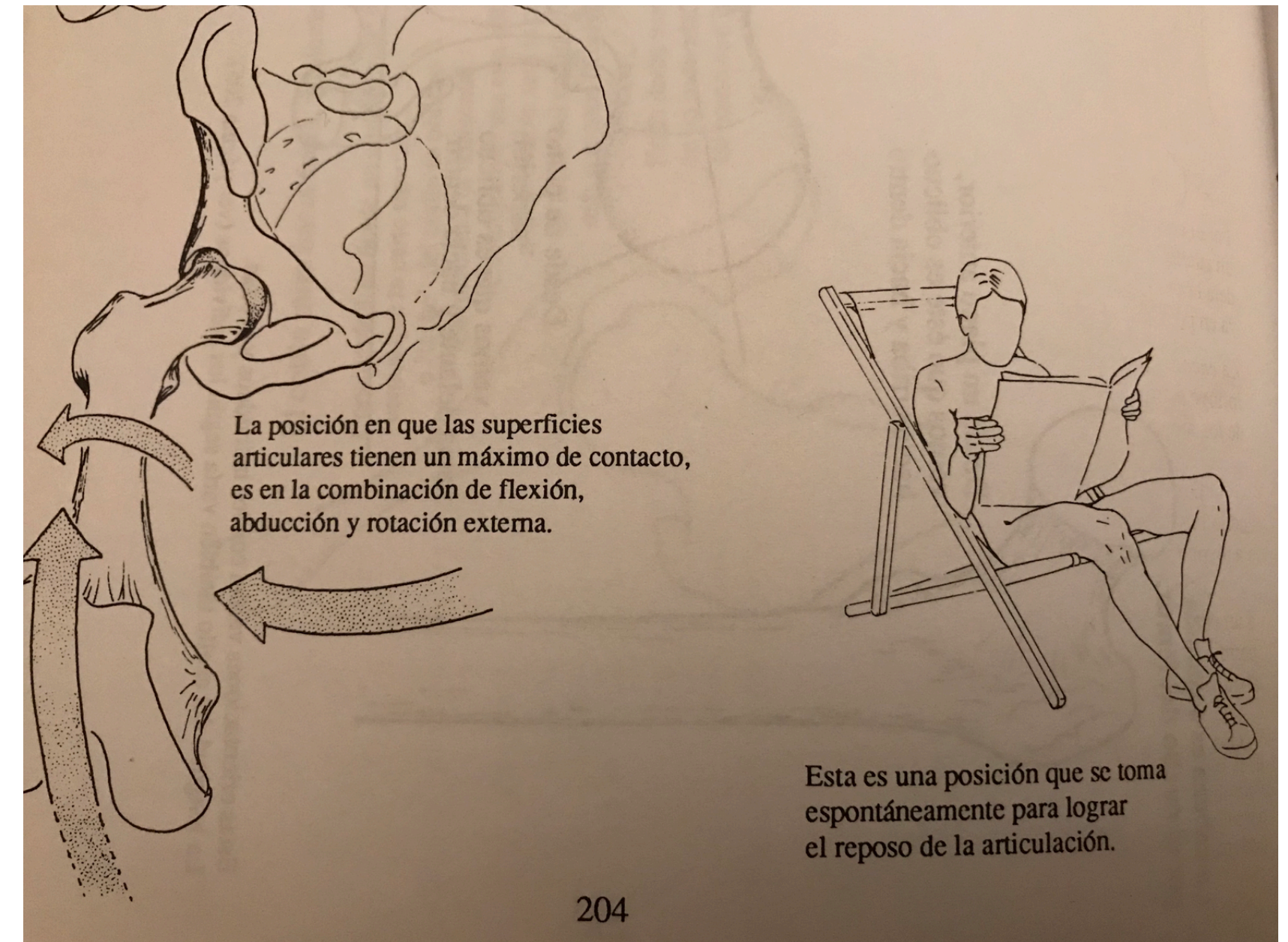
Es muy importante, por tanto, no forzar a los sistemas a soportar su propio peso hasta que éstos están preparados para ello.

La cadera del bebé, se va desarrollando en función de la actividad y el movimiento del bebé.

El cabeza del fémur incide en el acetábulo de la cadera de la forma adecuada cuando las piernas están en flexión, abducción y rotación externa.

Desde ahí la presión que ejerce como de “empuje” en el centro del hueco de la articulación provoca el correcto desarrollo de la misma.

Además no hay tensión ligamentosa, es por ello que es la postura que adoptan naturalmente los recién nacidos.





PELVIS DEL RECIÉN NACIDO

Spread-squat posture





REFLEJOS PARA LA SUPERVIVENCIA

BÚSQUEDA
SUCCIÓN
PRENSIÓN
ARRASTRE
SPREAD-SQUAT





POSICIÓN FISIOLÓGICA



©A baby wants to be carried
Evelyn Kirkilionis



ESCUELA INTERNACIONAL
DE PORTEO



POSICIÓN FISIOLÓGICA



Fig. 6 a to c In expectation of being carried on the hip: the spread-squat reaction.

With this spontaneous leg position adopted when the baby is lifted up, he is actively preparing for the side hip carry. As a consequence, to be carried is by no means a passive event for a baby. The baby is also active during the hip carry. You can feel this when you move unexpectedly or sharply. In this case, the child presses his legs harder against your body. He grips tighter and actively stabilises his position, which is something that older children with more developed motor skills are able to do. Reactions of this type are, of course, dependent on the physical development of the infant. Babies of only a few weeks old tend to press their legs onto the mother rather than wrap them around. However, as their ability to control their body grows, they can hold on properly, even though they are dependent on the support of the carrying person. So infants by no means play a passive role in being carried. They prepare for the hip carry position with the spread-squat reaction and even take part in the stabilisation of the position themselves. In everyday life this doesn't mean that the dear little ones do not trustingly depend on mummy and daddy. They confidently leave the parent to take the strain while they loosely swing their legs to and fro and make little gymnastic movements – to recklessly test out the limits of the strength and reactions of their parental safety basis, in the truest sense of the word.

©A baby wants to be carried
Evelyn Kirkilionis



DISPLASIA

Displasia del desarrollo de la cadera

Developmental dysplasia of the hip

Ac. Dr. Eduardo Mazzi Gonzales De Prada*

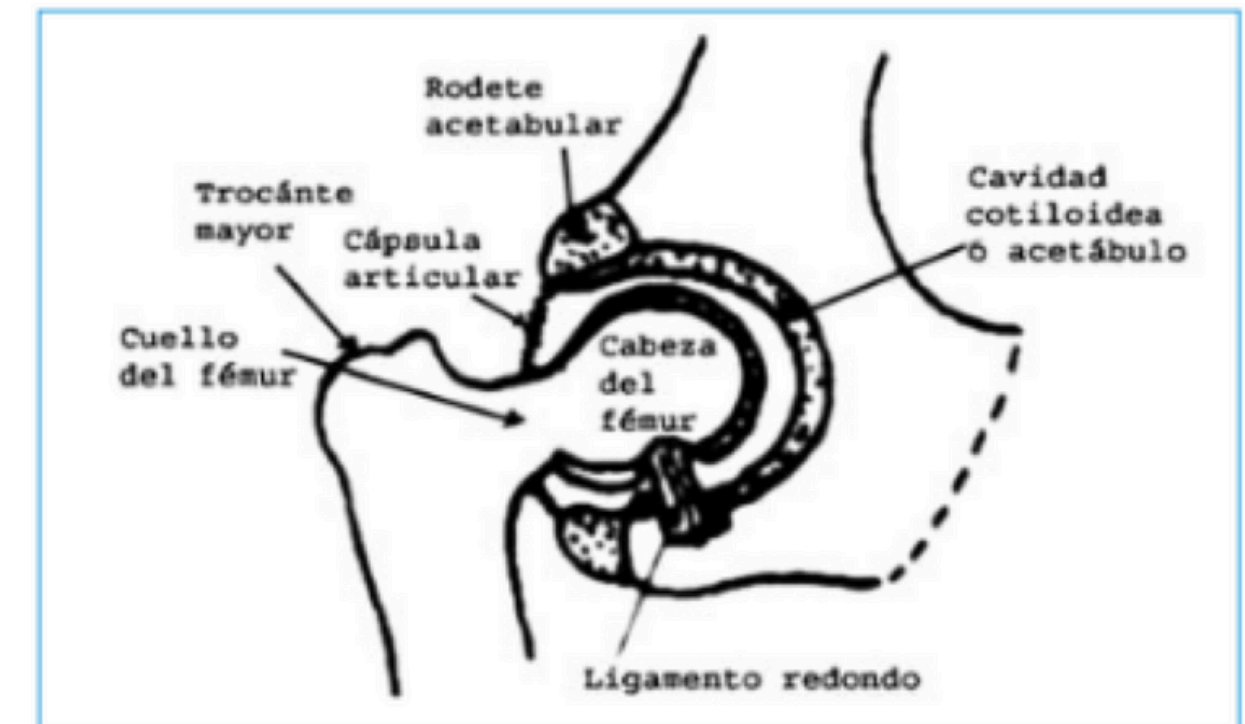
Introducción

La displasia del desarrollo de la cadera (DDC), denominada también displasia de la cadera y que algunos autores todavía la denominan luxación congénita de la cadera, es una alteración en el desarrollo y relación anatómica de los componentes de la articulación coxo-femoral que comprende al hueso iliaco, fémur, cápsula articular, ligamentos y músculos.

La DDC puede ser secundaria a causas intrínsecas y/o extrínsecas, que condicionan una relación anormal de la cabeza femoral y el acetábulo.

La DDC es un proceso dinámico que muchas veces se resuelve espontáneamente y general la cadera se estabiliza hasta los dos meses de vida. El desarrollo de la cadera finaliza en la semana doce de gestación.

Figura # 1. Componentes de la articulación coxo-femoral



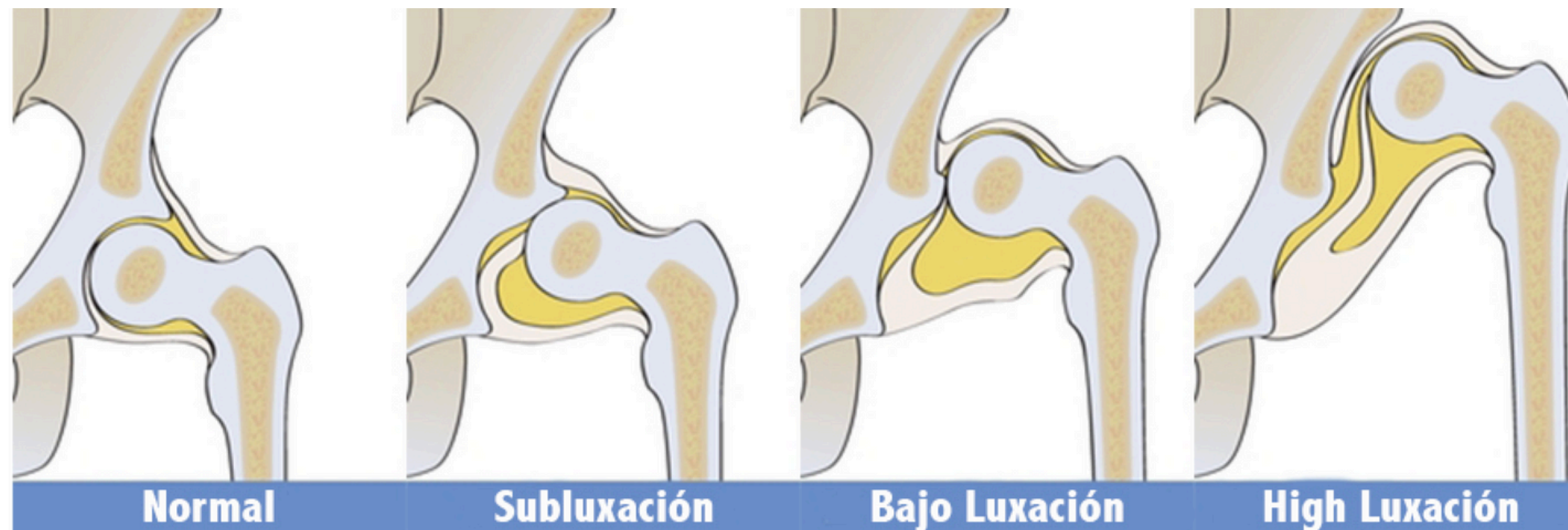


DISPLASIA

La DDC habitual es un espectro de alteraciones anatómicas evolutivas y secuenciales que tienen en común una alteración en la formación del acetábulo.

Este espectro incluye:

1. Cadera subluxable o laxa: la cabeza femoral está localizada dentro del acetábulo pero por medio de maniobras se puede desplazar.
2. Cadera subluxada: la cabeza femoral está dentro del acetábulo aunque desplazada parcialmente fuera de este
3. Cadera luxada o dislocada: la cabeza femoral está completamente fuera del acetábulo





DISPLASIA

El arnés de Pavlick es el tratamiento más frecuente para menores de 6 meses con DDC habitual. Se debe dejar según los diferentes protocolos entre 3 semanas y 3 meses y se evalúa con radiografías la respuesta al tratamiento.

Otro método de uso muy frecuente es la férula de Milgram, con la ventaja sobre el arnés de Pavlick de ser de uso más fácil y no requerir tanta supervisión en su colocación. Usualmente se deja mínimo tres meses y se evalúa respuesta



ESCUELA INTERNACIONAL
DE PORTEO

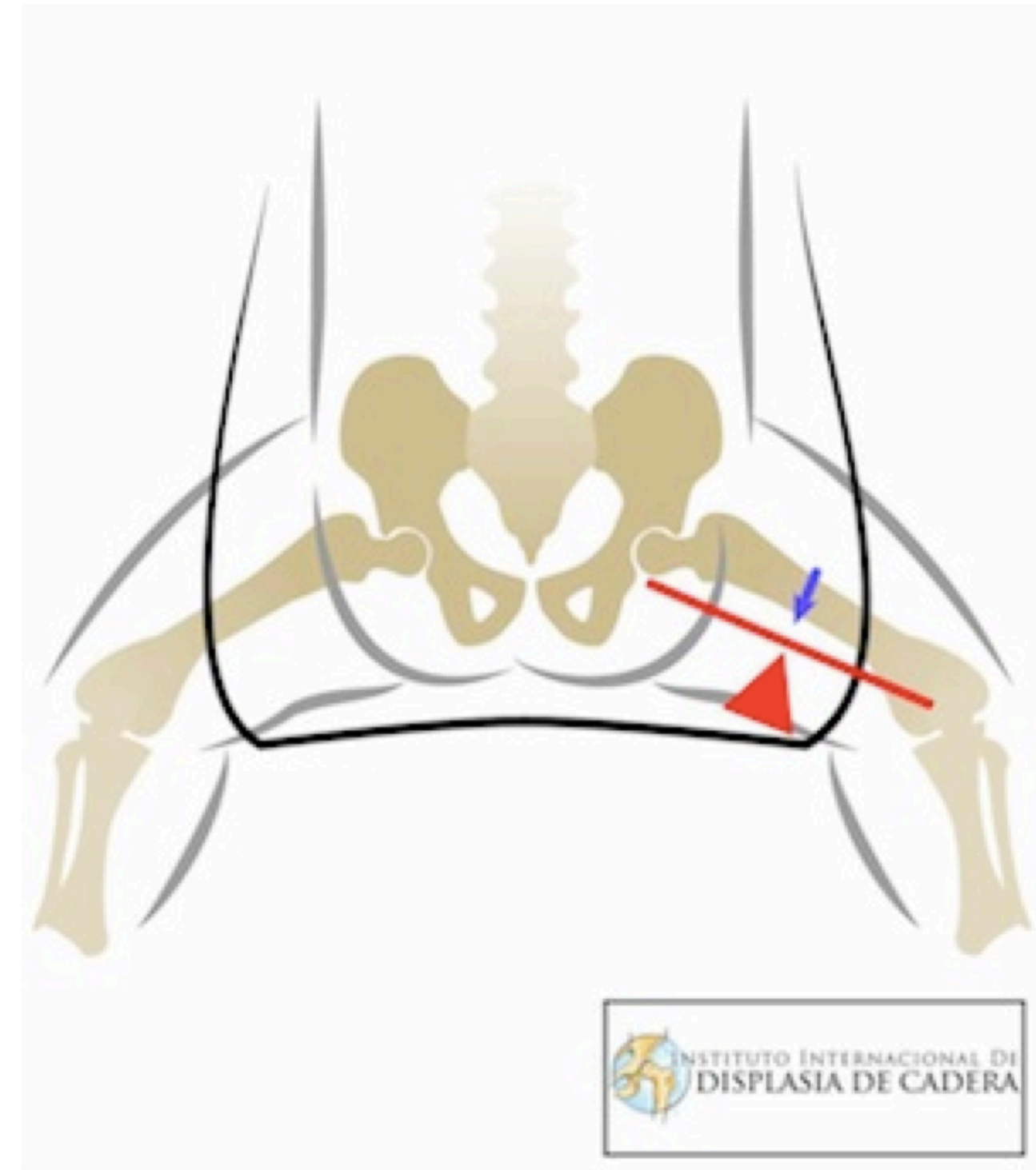
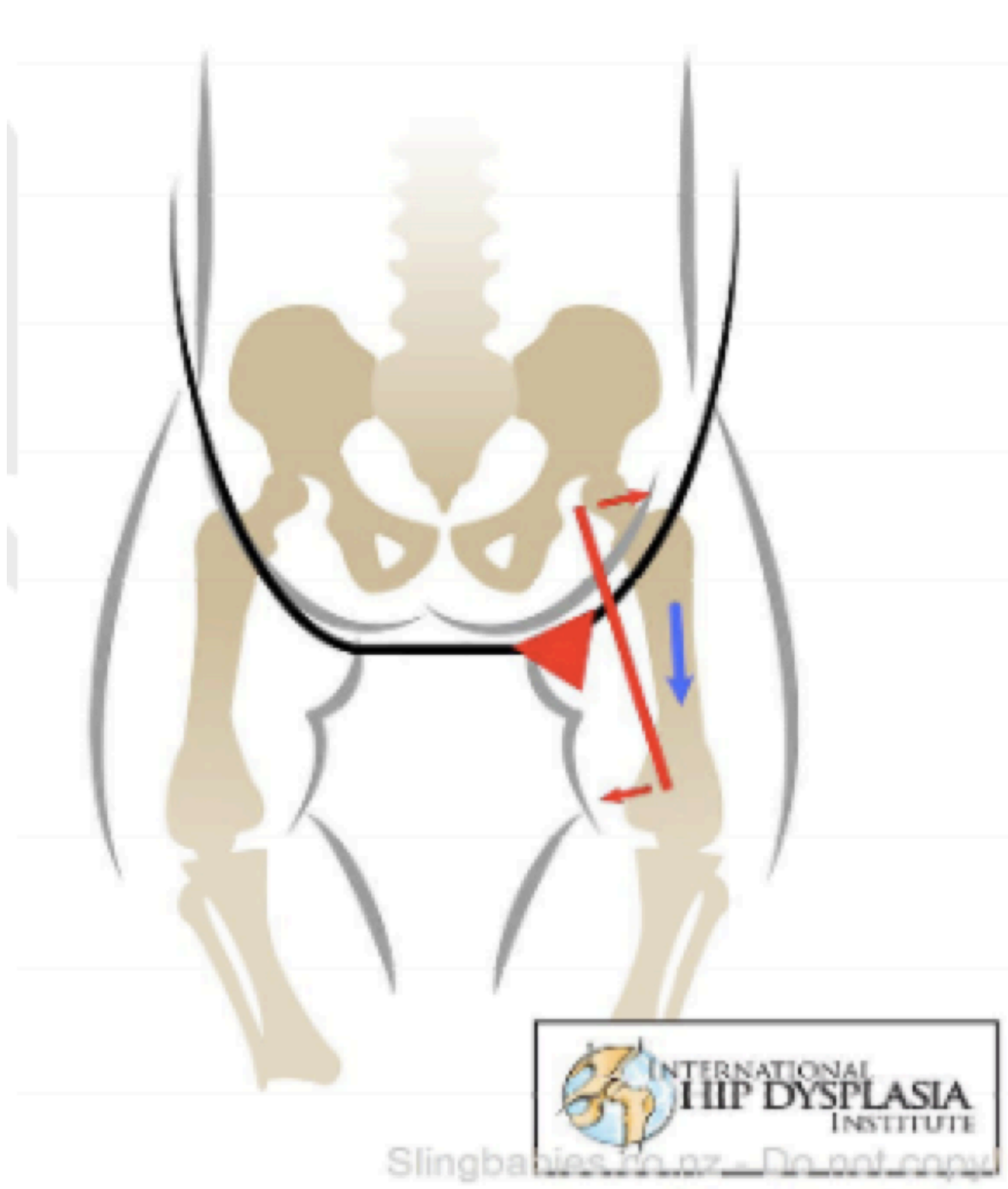


©SurellaAcosta

Imagen cedida a Nohemí Hervada
para uso formativo.
Prohibida su reproducción y/o copia

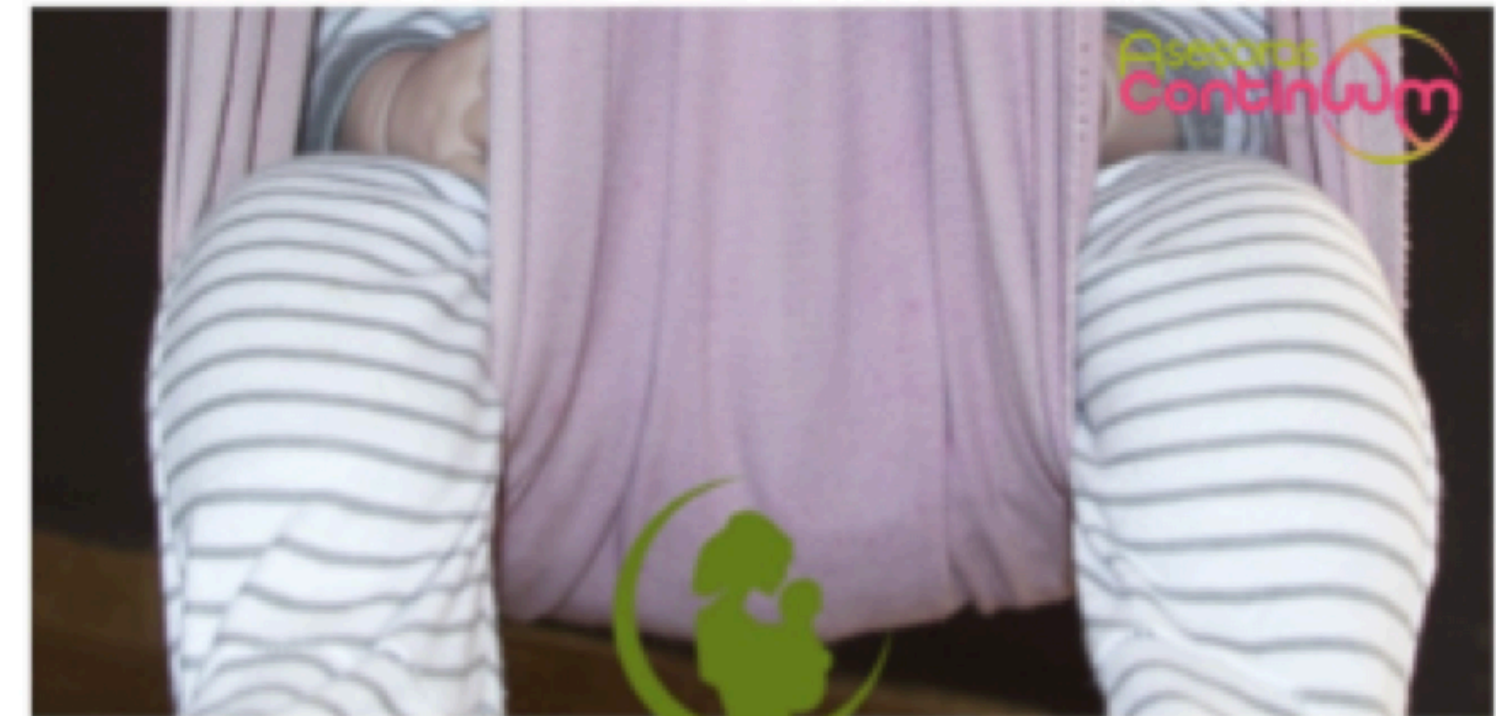


DISPLASIA





BUSCAR LA POSICIÓN ÓPTIMA



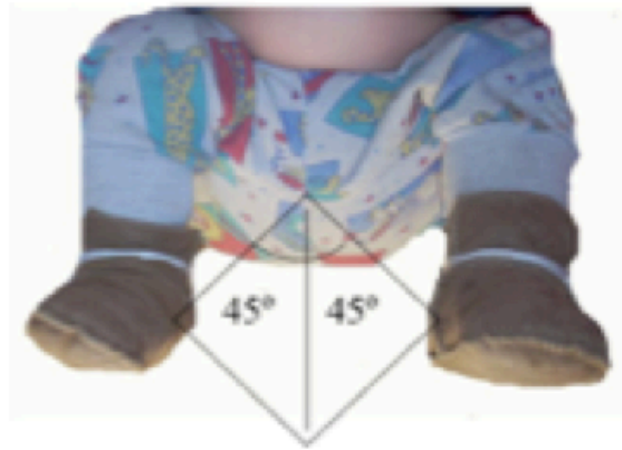


BUSCAR LA POSICIÓN ÓPTIMA





BUSCAR LA POSICIÓN ÓPTIMA



<http://www.babywearingschool.com/>



<http://modernbabywearing.com/>



MÁXIMO CONFORT Y ESTABILIDAD

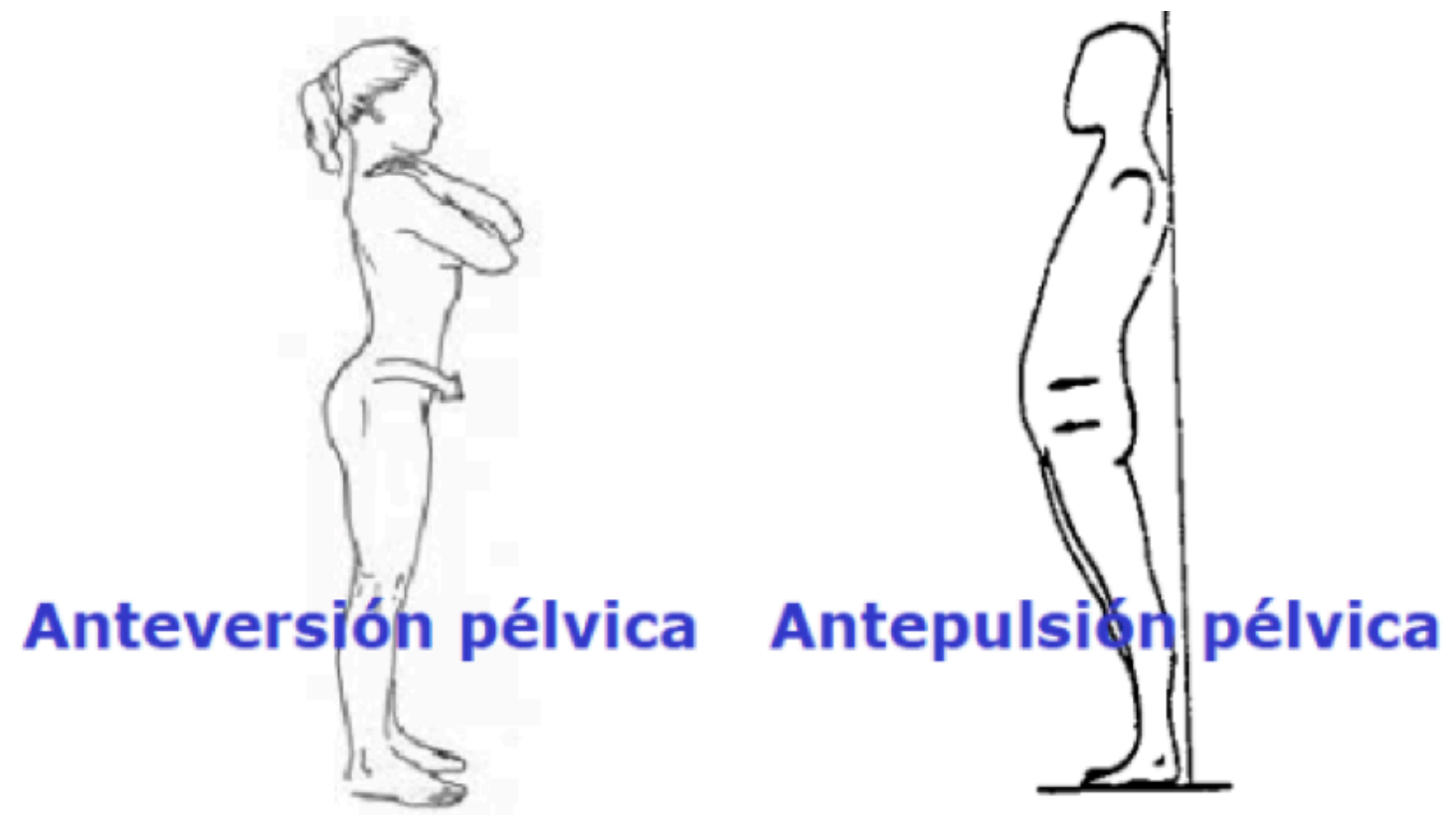


- Postura correcta de columna y extremidades
- Sostén
- Sin presión en zonas delicadas
- Estabilidad
- Control del cuerpo y movimientos



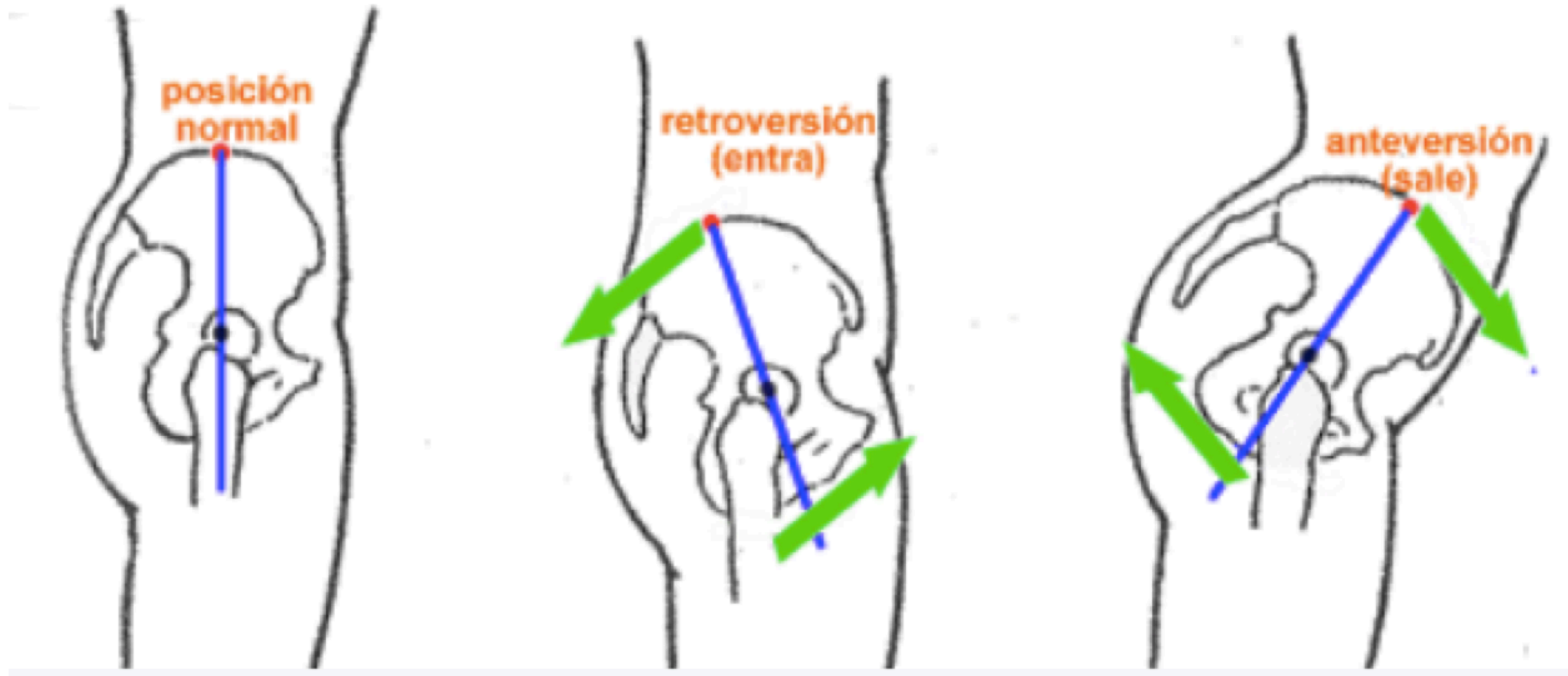


ERRORES FRECUENTES





PELVIS BASCULADA EN RETROVERSIÓN



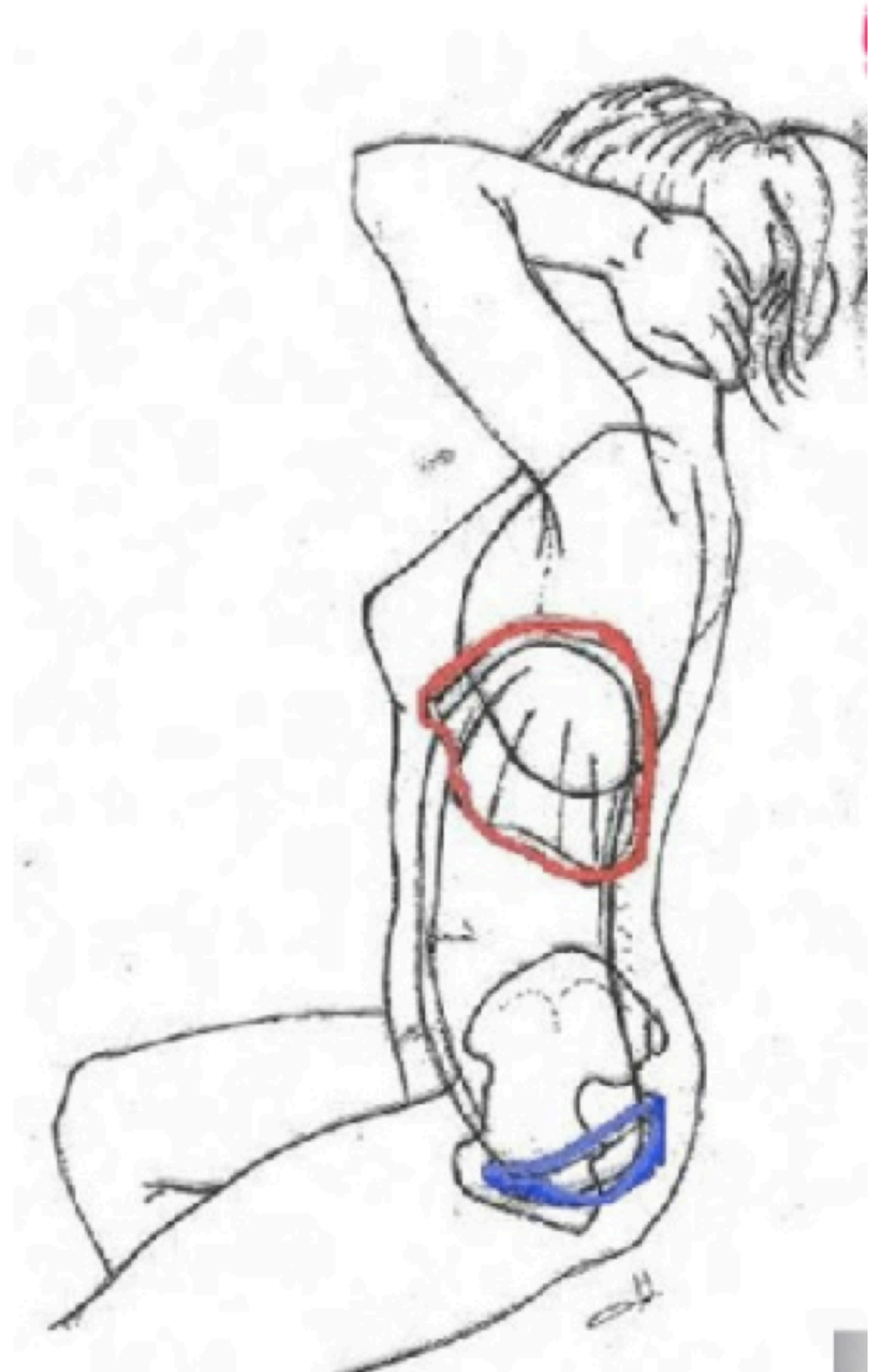


PELVIS BASCULADA EN RETROVERSIÓN

ESTRUCTURAS ÓSEAS

ESTRUCTURAS MUSCULARES Y LIGAMENTOSAS

- EL diafragma torácico en su parte superior
- El suelo pélvico en su parte inferior
- La pared abdominal en la parte anterior y lateral
- La columna lumbar en la pared posterior.





CORE

Importancia del core y la faja abdominal en el rendimiento deportivo

Faja abdominal

Importancia en deportistas

Share

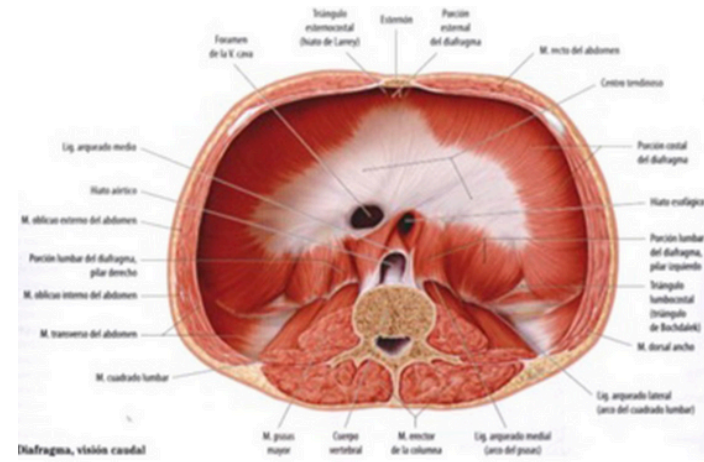
Watch on YouTube

fisioonline

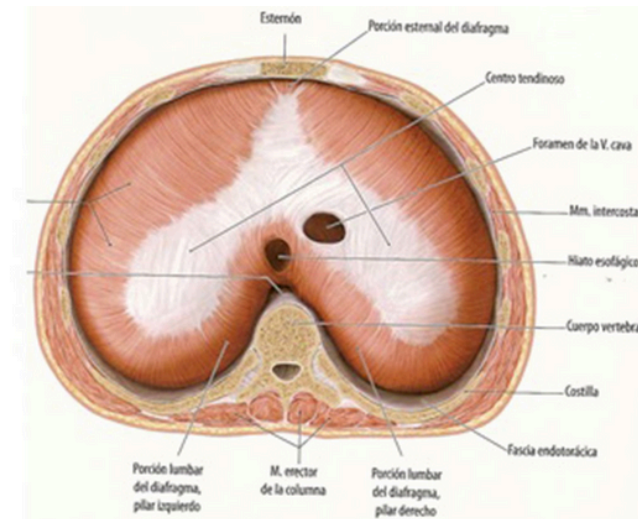
[Enlace](#)



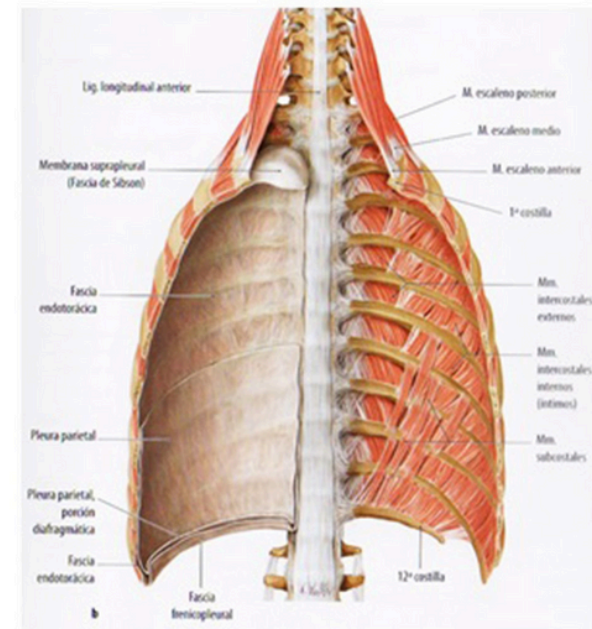
DIAFRAGMA



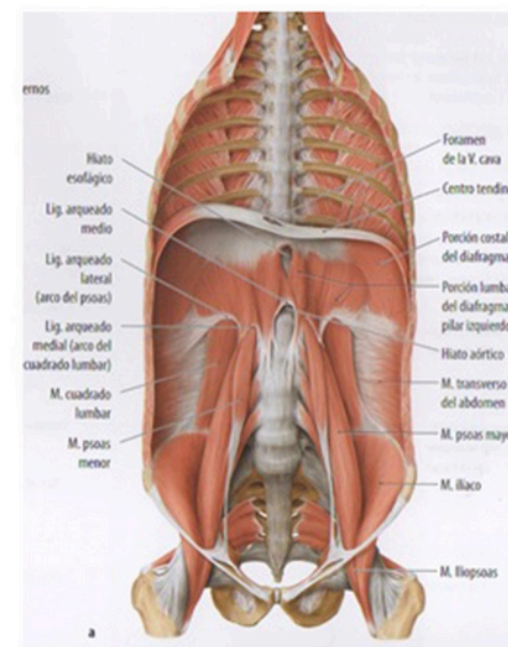
VISIÓN CAUDAL



VISIÓN CRANEAL



VISIÓN POSTERIOR



VISIÓN FRONTAL



DIAFRAGMA

El diafragma es el techo de este espacio.

Separa la cavidad torácica de la abdominal.

Ayuda en la respiración al ser responsable de la expansión torácica

Permite la respiración diafragmática o respiración abdominal.

Este es el acto de respirar profundamente con los pulmones mediante la flexión del diafragma.

Esto es lo contrario de la respiración de una manera poco profunda, que se realiza cuando la flexión de una jaula de costilla.

Esta respiración profunda conduce a la expansión del estómago en lugar de pecho.

Se considera que es una forma más saludable de tomar y utilizar el oxígeno.

Ayuda a vomitar y a la expulsión de las heces y la orina del cuerpo, etc.

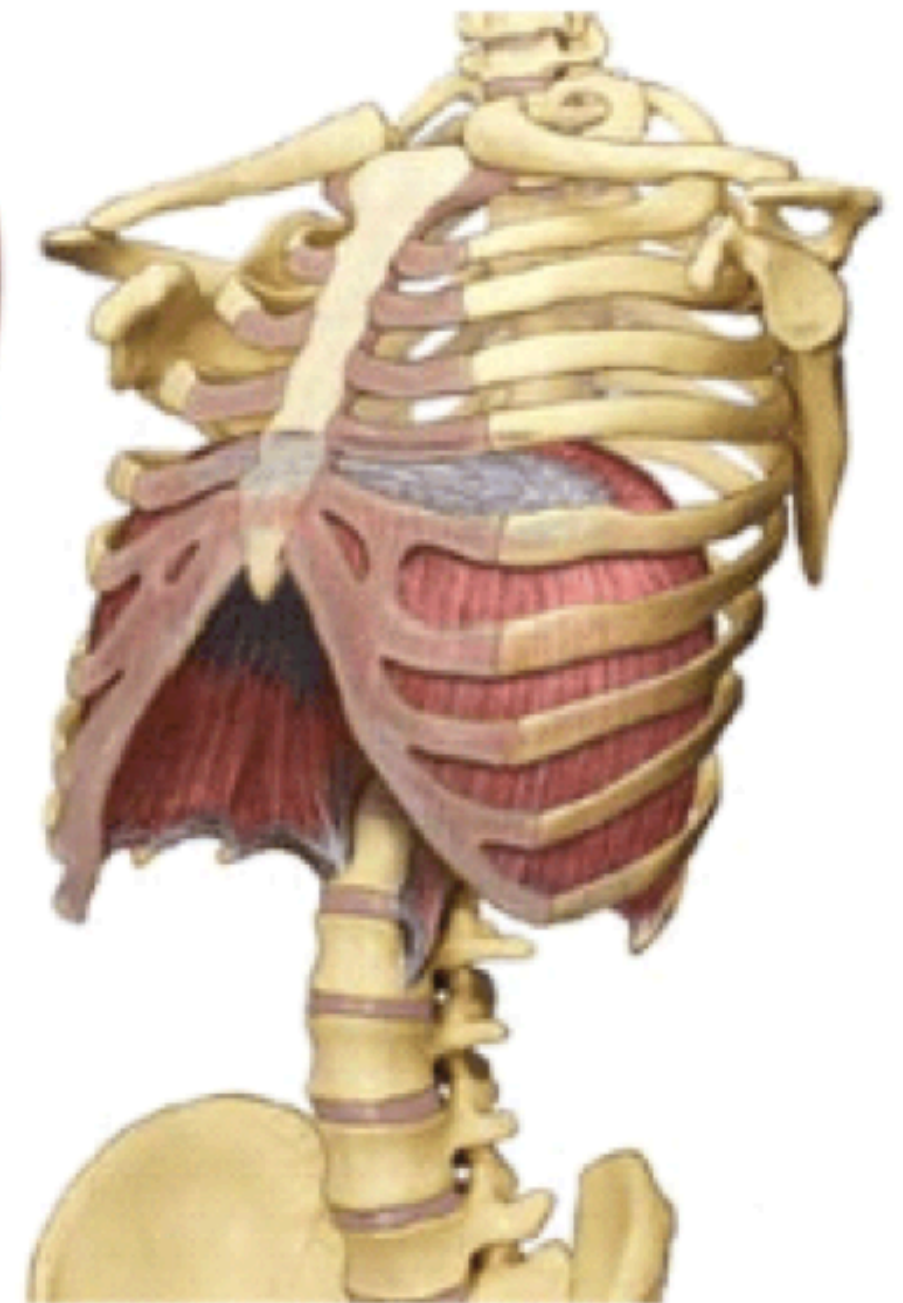
Todas estas acciones son provocados por el aumento de la presión intraabdominal.

El reflujo ácido también se previene por el esfuerzo de presión sobre el esófago cuando pasa a través del hiato esofágico, es decir, la abertura en el diafragma de paso del esófago.

Diafragma

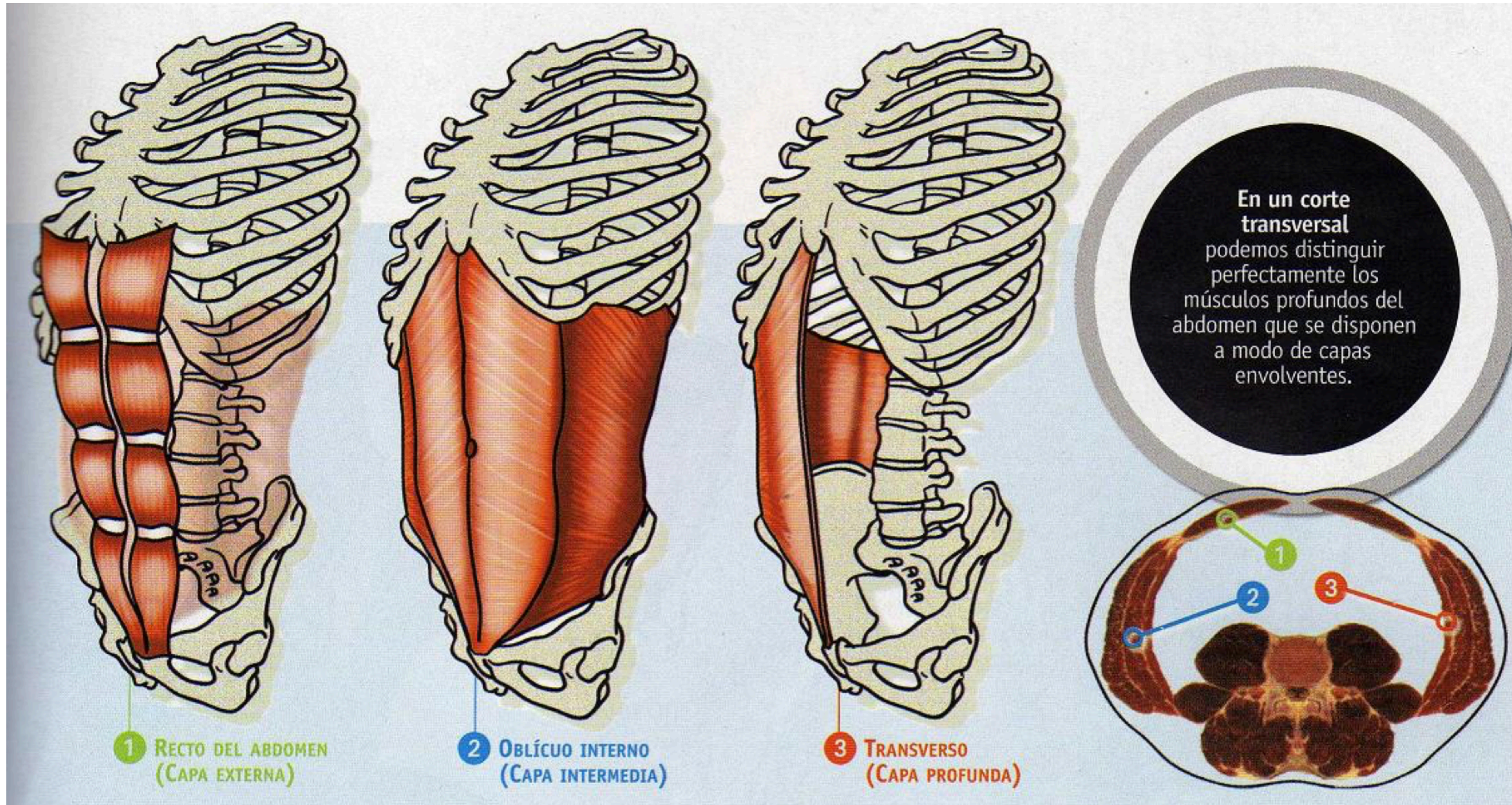


El diafragma
tiene forma
de paracaídas



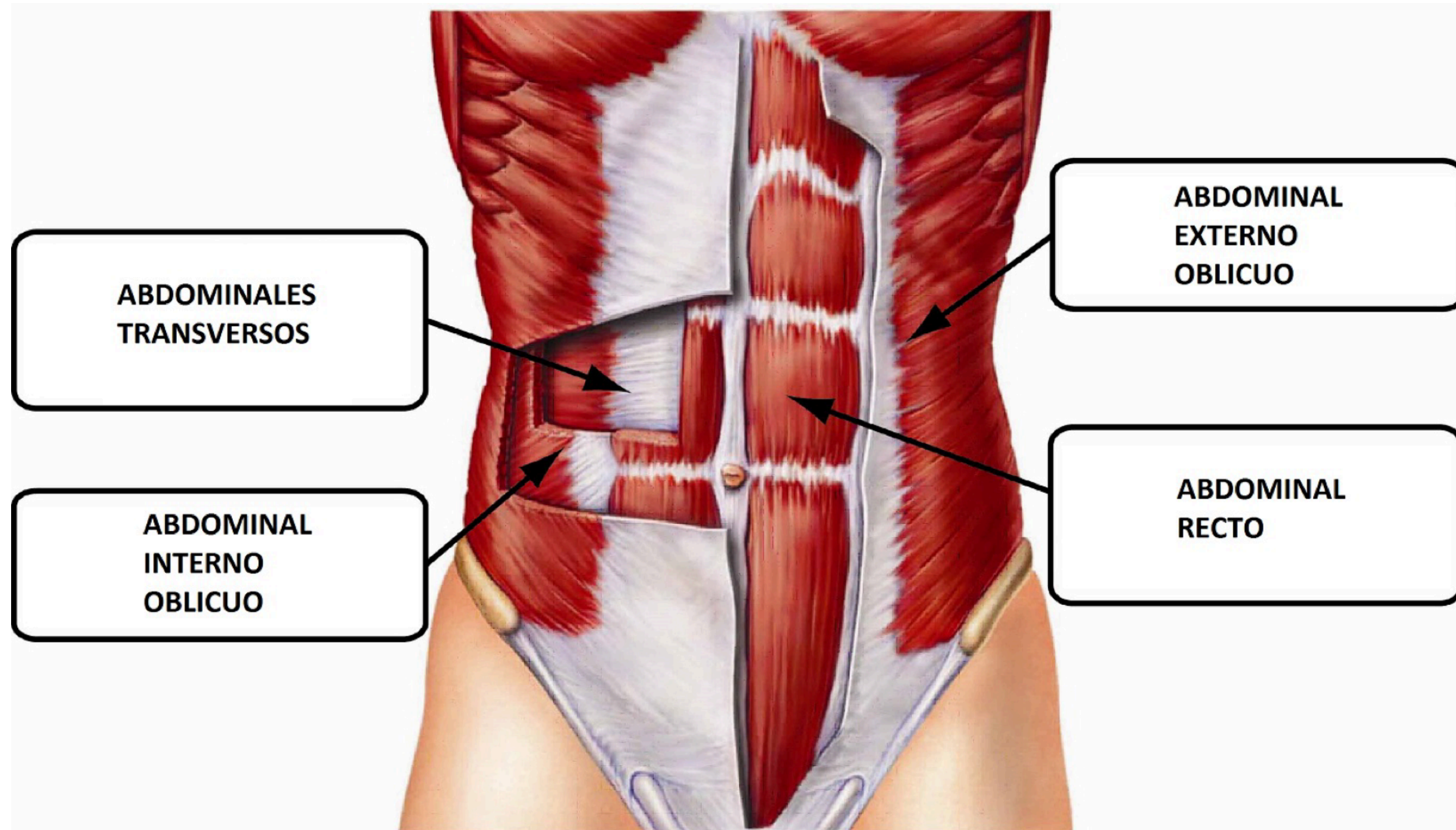


FAJA ABDOMINAL





FAJA ABDOMINAL





FAJA ABDOMINAL

FUNCIONES

FLEXIÓN DEL TRONCO : sobre todo el recto

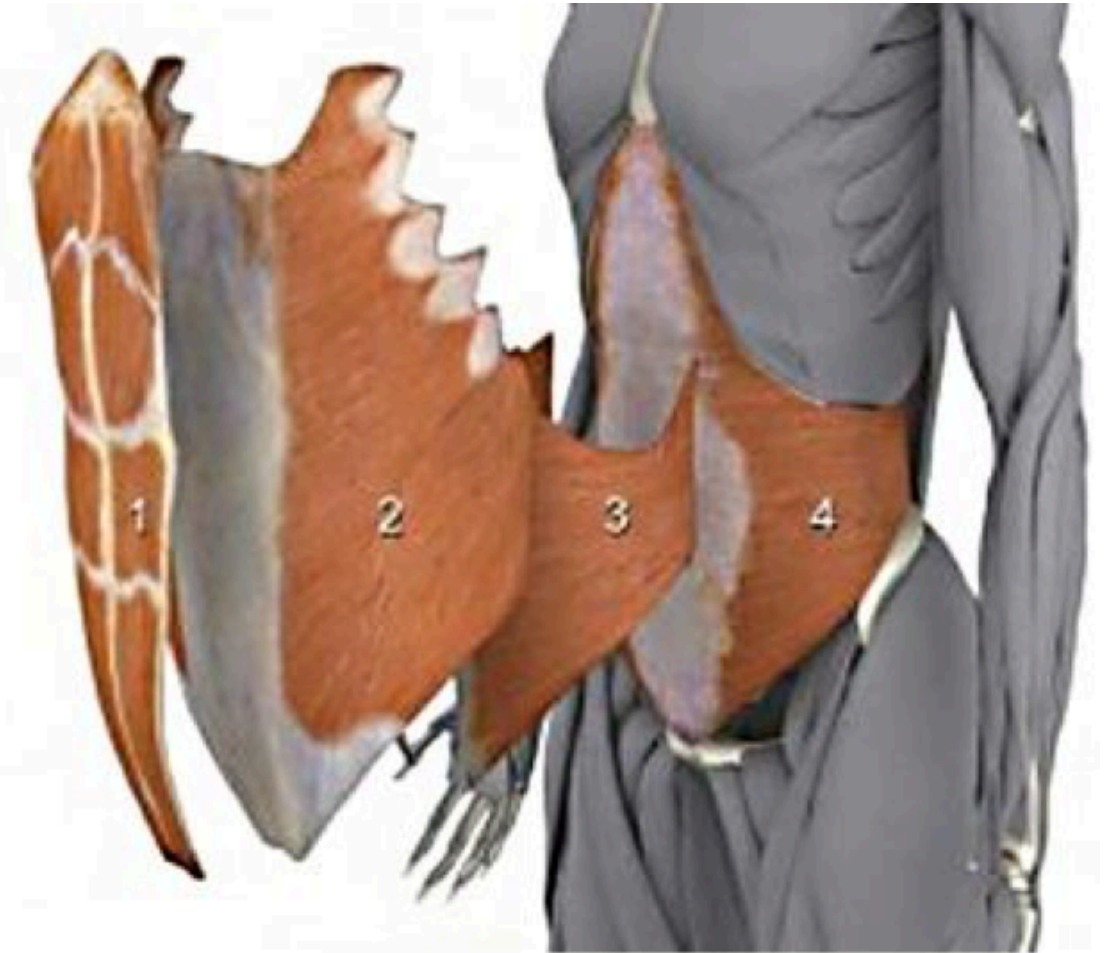
PRENSA ANTIGRAVITATORIA: contienen las vísceras abdominales dentro del tronco

PRENSA EVACUATORIA: parto, evacuación, micción,
RESPIRACIÓN

PRENSA MODERADORA: ayudan a la circulación de retorno de las vísceras al corazón

EXTENSIÓN DEL RAQUIS: enderezan la lordosis lumbar (recto).

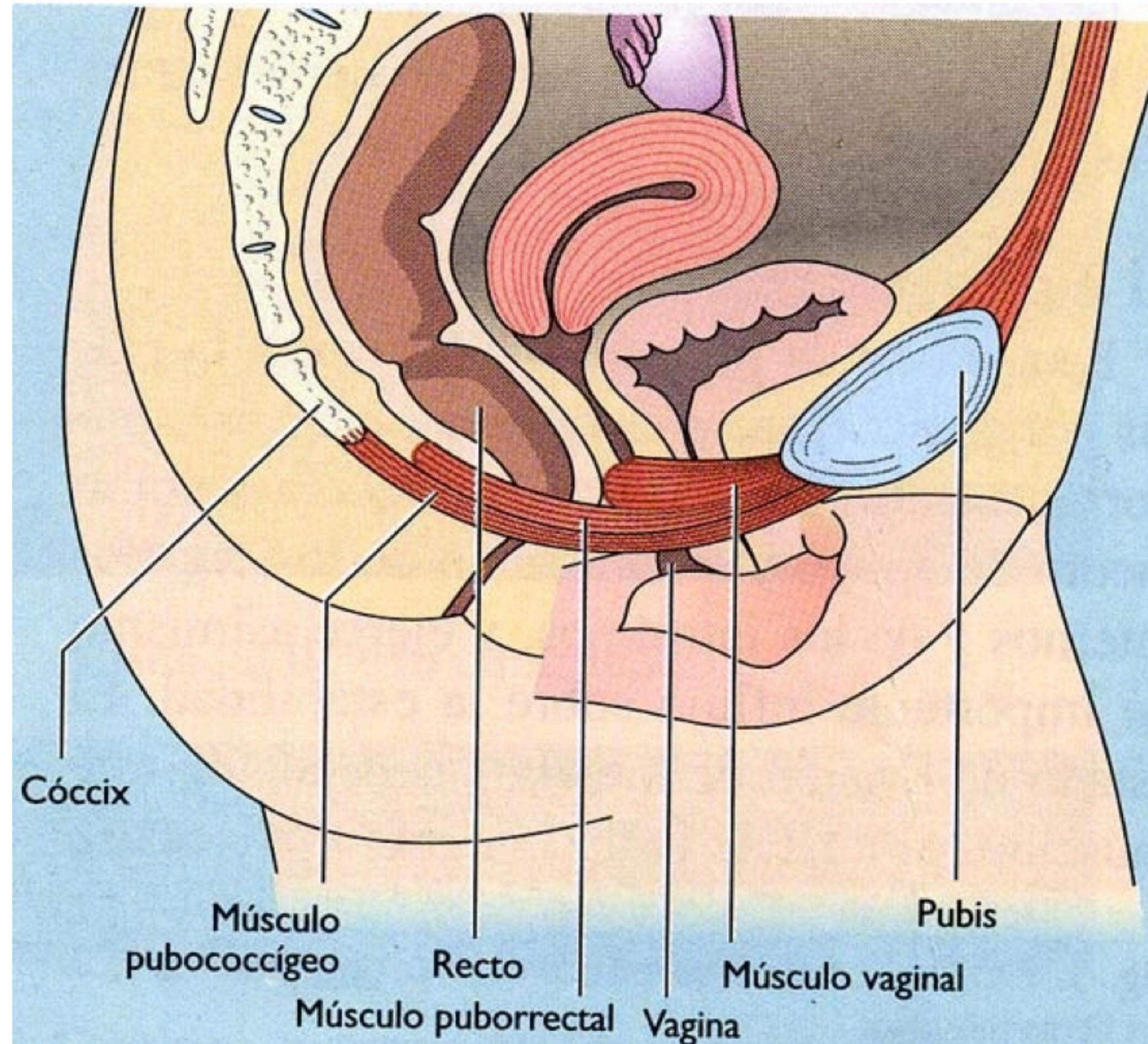
POSTURA ERECTA: la mantiene junto al psoas



- 1- recto del abdomen
- 2- oblicuo externo
- 3- oblicuo interno
- 4- transverso del abdomen



SUELO PÉLVICO





SUELO PÉLVICO

- Plano más superficial (músculos bulbocavernosos, isquiocavernosos, transverso superficial y esfínter externo),
- Plano medio (esfínter estriado de la uretra y músculo transverso profundo)
- Plano más profundo (denominados en su conjunto elevadores del ano).

Cierran la parte más inferior de la cavidad abdominal. Se insertan en el coxis y en el pubis.

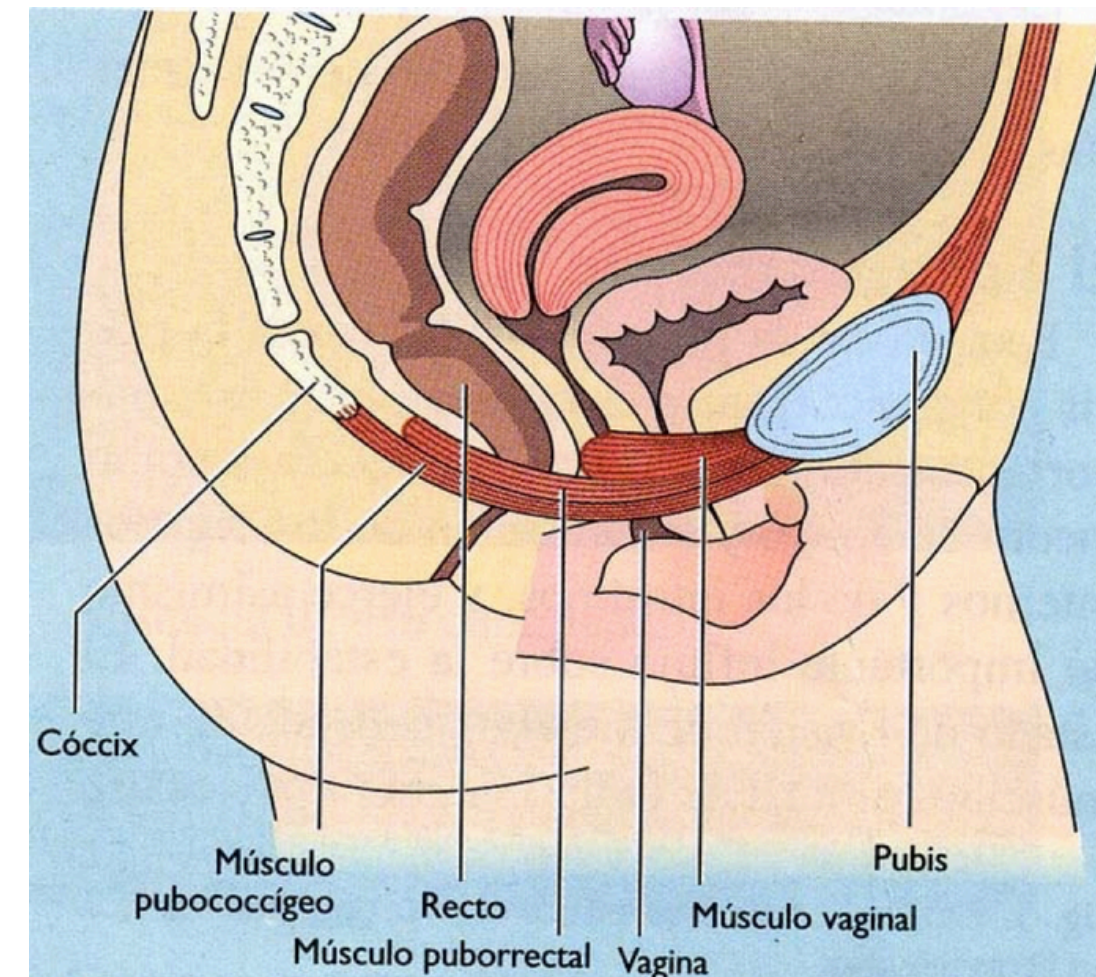
FUNCIONES:

MANTENER en la posición adecuada a los órganos situados dentro de la pelvis (vejiga, vagina, útero y recto),

Asegurar la continencia urinaria,

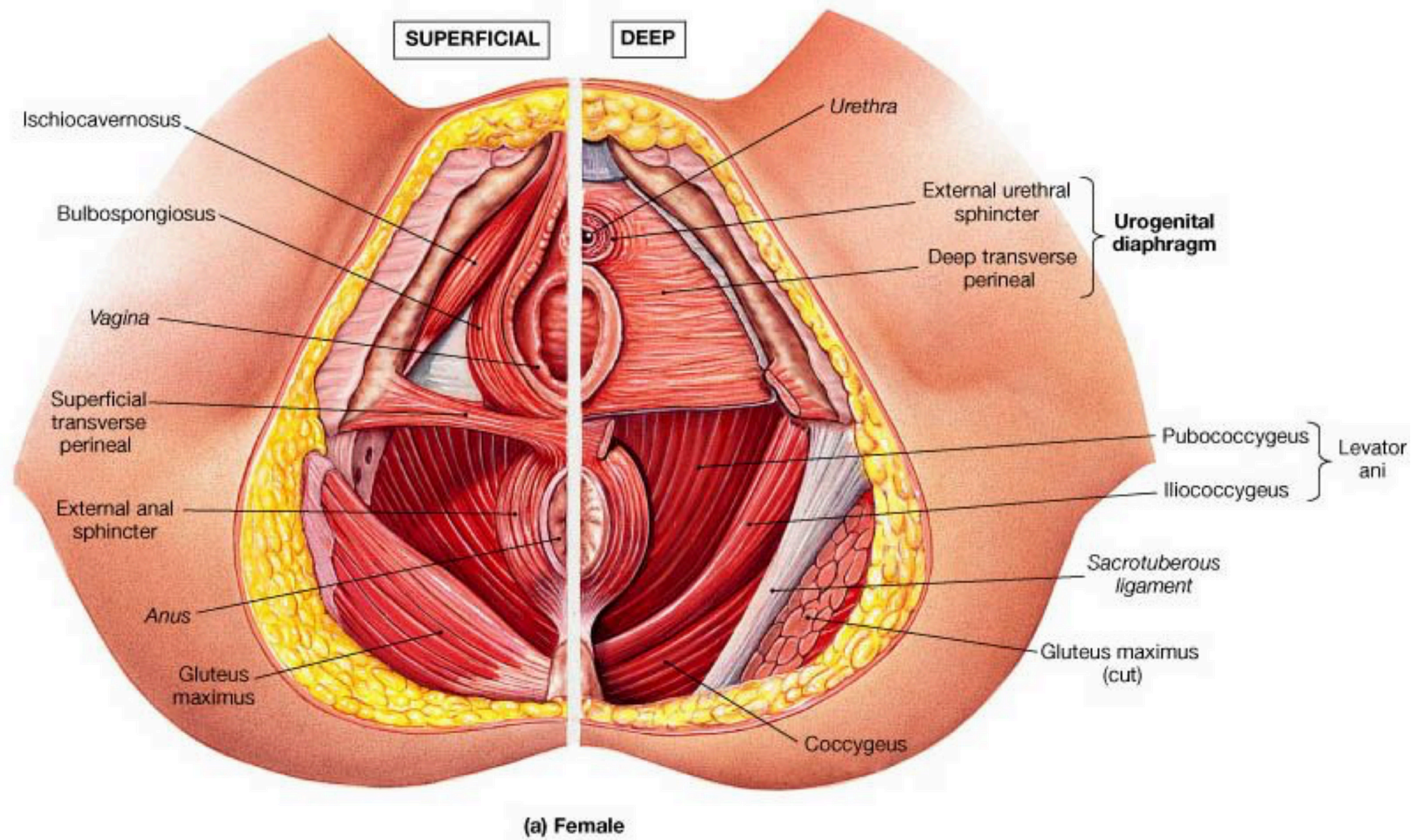
Ayudar a la etapa expulsiva del parto,

Actuar junto con otros músculos en la estabilidad de la postura



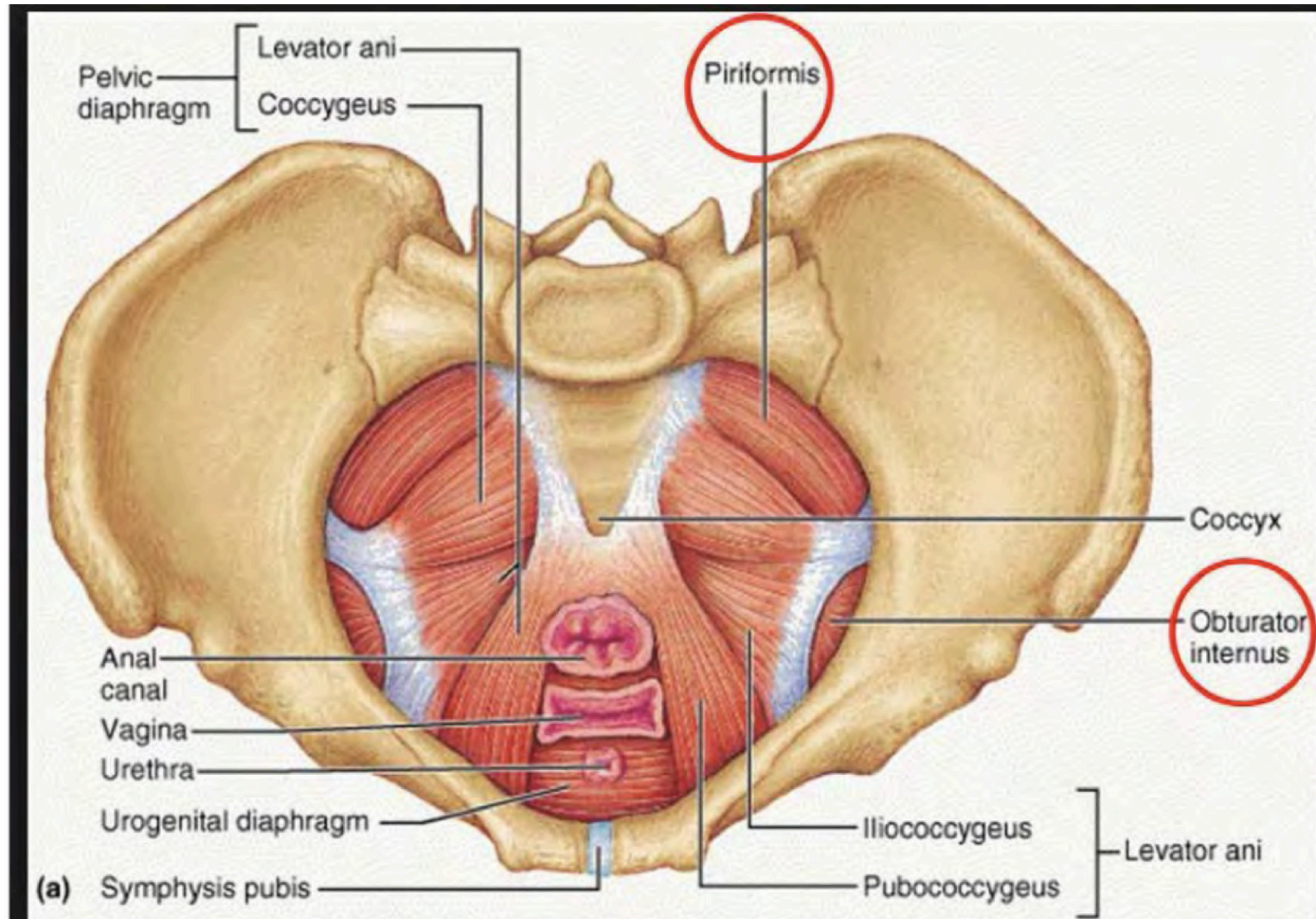


SUELO PÉLVICO





SUELO PÉLVICO

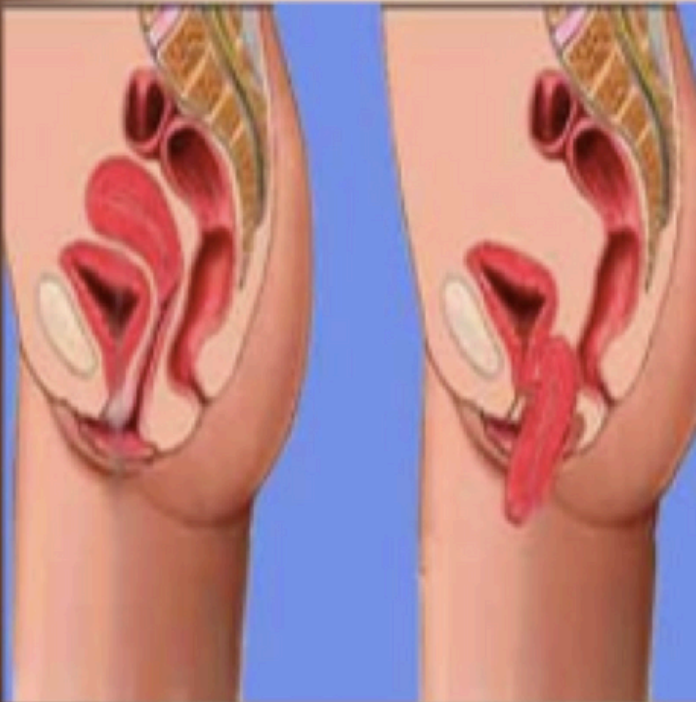




DISFUNCIONES DEL SUELO PÉLVICO

PROLAPSO UTERINO:

Desplazamiento del útero hacia la vagina





DISFUNCIONES DEL SUELO PÉLVICO

Tipo de prolapso en función de la parte o partes del útero y la vagina implicadas:

Si la pared delantera de la vagina (bajo la vejiga) sufre un prolapso, se conoce como cistocele.

Si se ve afectada la pared trasera de la vagina (delante del intestino), se conoce como rectocele.

Si el cuello uterino sufre un prolapso hasta más allá de la entrada de la vagina (introito), se conoce como procidencia.

A veces, el prolapso sólo afectará a una parte de la vagina, o puede afectar a una combinación de la vagina y el útero.



Problemas que causa el prolapso uterino

Muchas mujeres con un prolapso no sufren ningún síntoma y sólo descubren que lo tienen cuando son examinadas internamente por alguna razón. Sin embargo, la mayoría de las mujeres tienen síntomas y el más frecuente es una sensación de "algo que está bajando" o de "bulto en sus genitales externos".

En ocasiones, un rectocele se asocia a una dificultad para la evacuación de heces, así como un cistocele puede asociarse a una pérdida de orina al toser, reír, o hacer algún esfuerzo que ejercite los músculos abdominales (incontinencia urinaria de esfuerzo).

Un prolapso también puede producir dificultades o incomodidad en las relaciones sexuales.

Es probable que la tos del fumador haga a una mujer más propensa a desarrollar un prolapso, al igual que el sobrepeso y el estreñimiento.

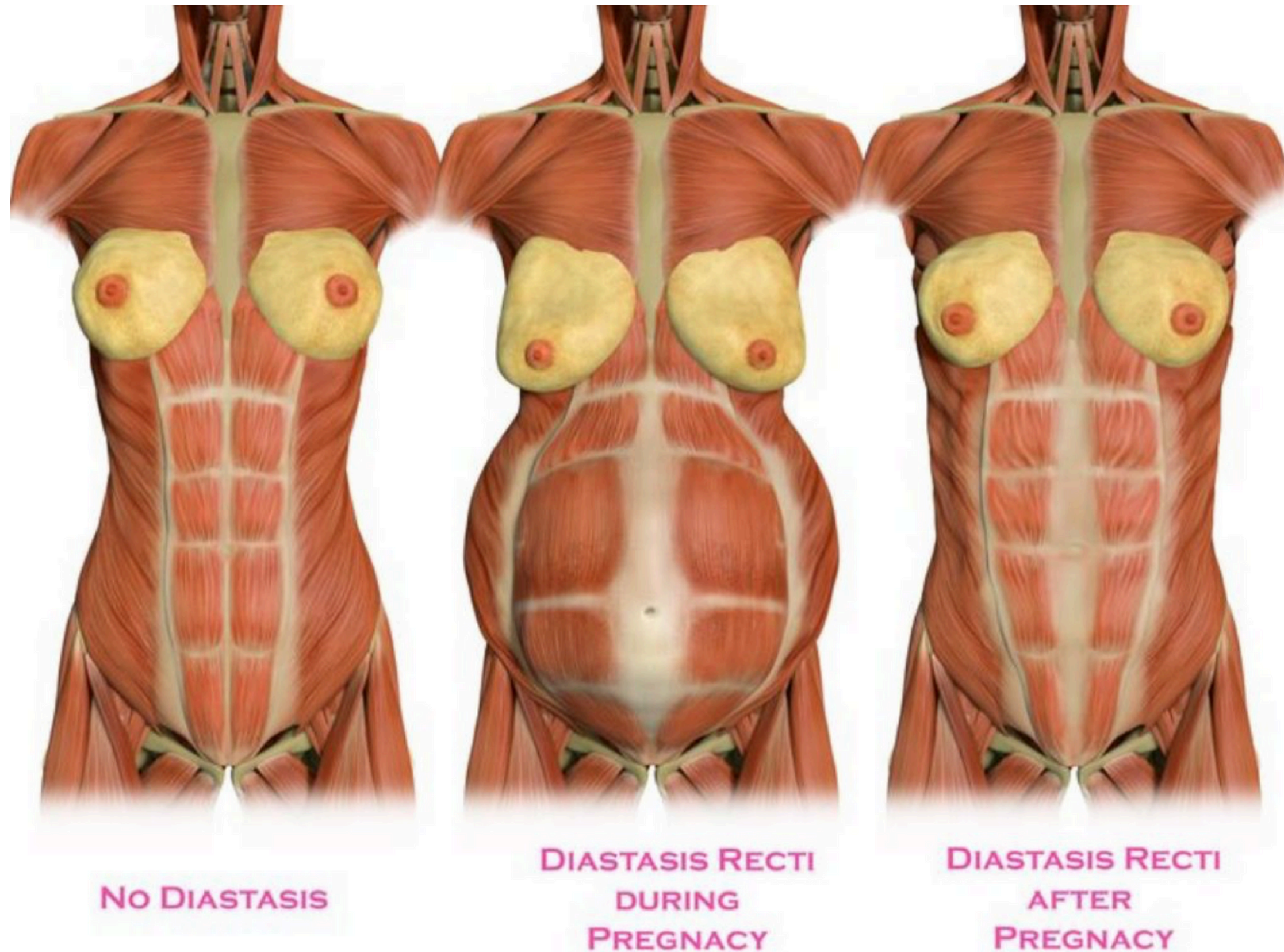


SEGO Y SUS VIÑETAS SOBRE NUESTRAS DISFUNCIONES



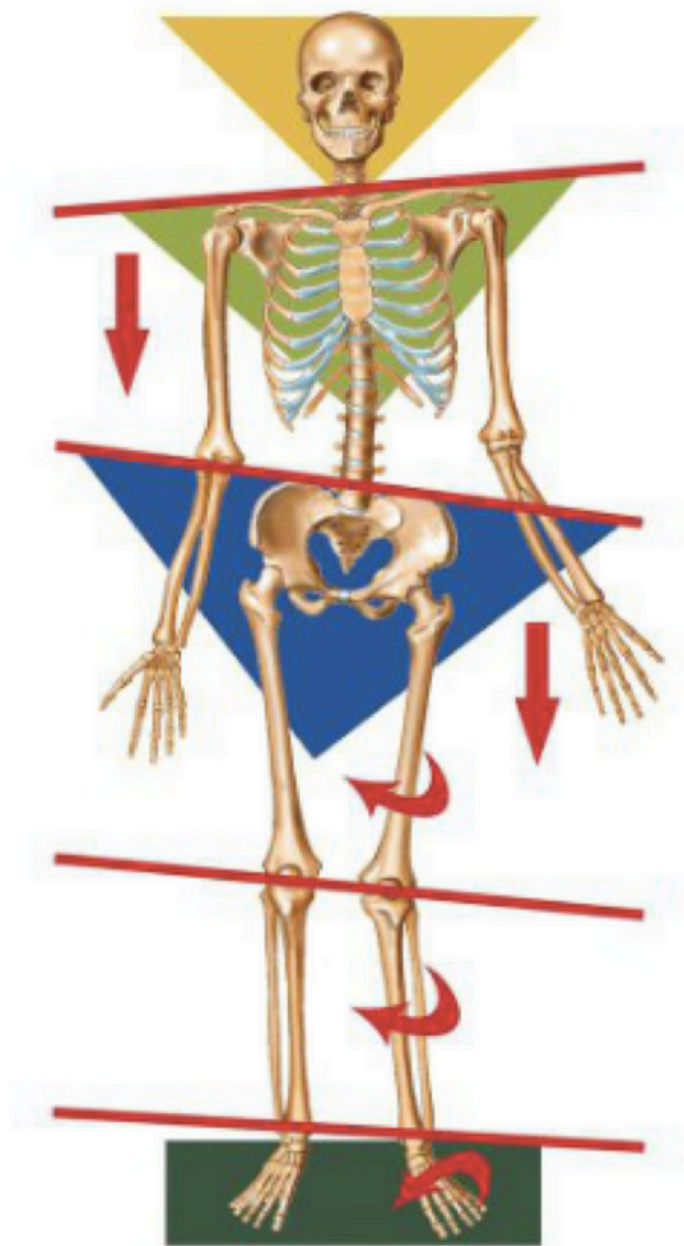


DIÁSTASIS ABDOMINAL





RESPONSABILIDAD



¿CÓMO ES EL IMPACTO DE PORTEAR EN NUESTRO CUERPO?

¿SE PUEDE/DEBE PORTEAR CUANDO HAY PROBLEMAS FÍSICOS?

¿SE PUEDE/DEBE PORTEAR CUANDO HAY DOLOR?

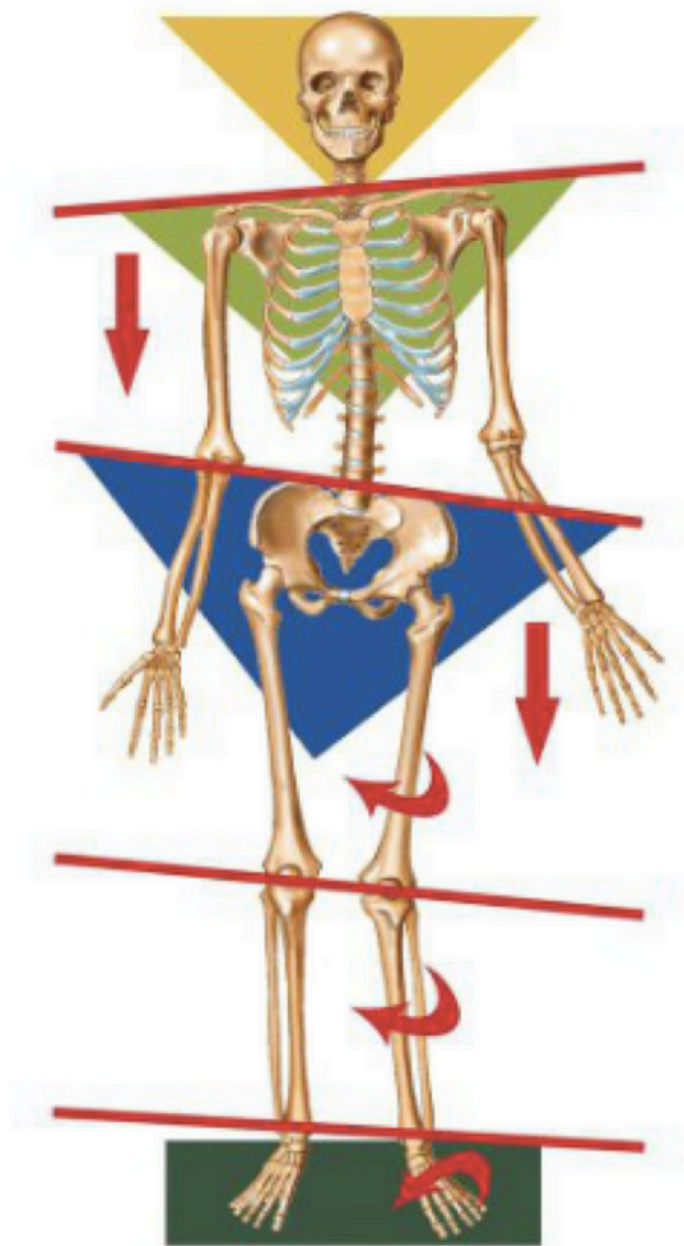
¿AFECTA EL PORTEO NEGATIVAMENTE A LA SALUD DE QUIEN PORTEA?

¿DEBO ELEGIR Y DECIDIR QUÉ BIENESTAR ES PRIORITARIO?

¿PUEDO HACER ALGO AL RESPECTO?



RESPONSABILIDAD COMO ASESORAS DE PORTEO



FORMACIÓN

CUESTIONAMIENTO

INVESTIGACIÓN

DIVULGACIÓN

ASESORÍA

CONTRIBUCIÓN AL MÁXIMO BIENESTAR DE LA DÍADA

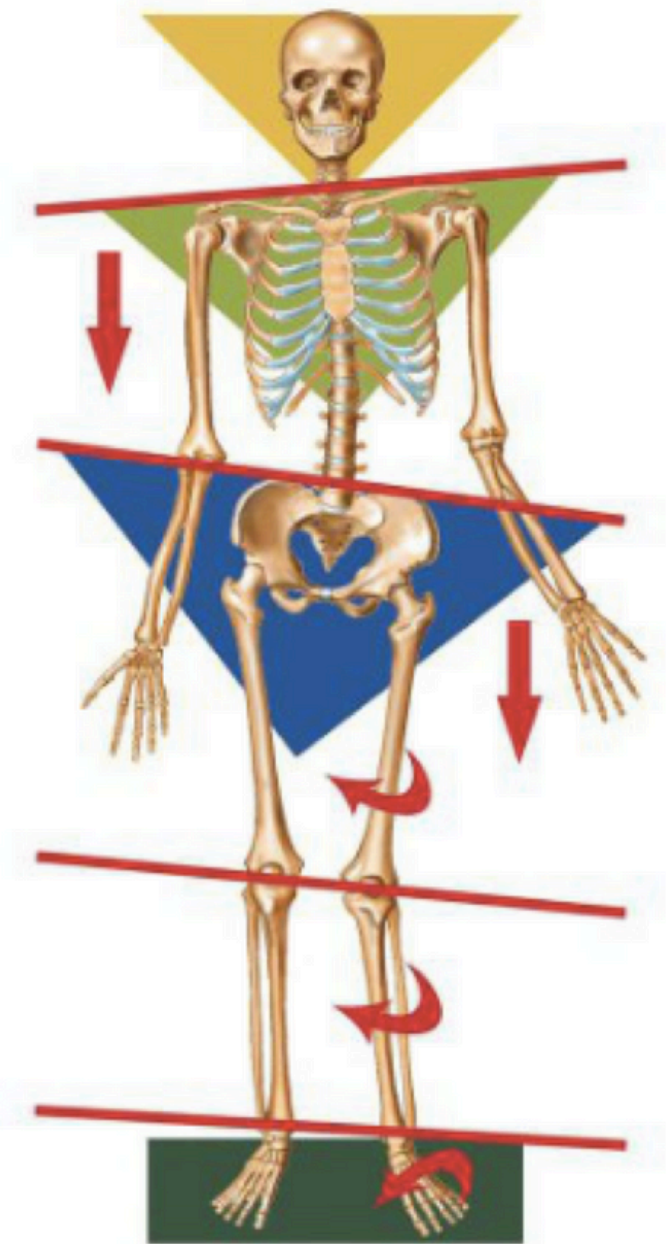
NO ALIMENTAR MITOS DE MATERNIDADES COSTOSAS

OFRECER OPCIONES Y VISIÓN DE LARGO ALCANCE



RESPONSABILIDAD

- Tomar conciencia de nuestro cuerpo
- Tomar conciencia de nuestra postura
- Entender cómo es nuestra estructura y cómo funcionan nuestros sistemas
- Tener en cuenta características físicas previas
- Tener en cuenta el efecto del embarazo, parto y/o cesárea en nuestro cuerpo
- Entender que existe un período de recuperación
- Evitar añadir sobrecarga a nuestra estructura por el modo de portear
- Escoger adecuadamente el tipo de portabebés
- Escoger con sentido el tipo de anudado
- Ajustar correctamente
- Importancia de contrarrestar los impactos negativos con ejercicios adecuados
- Respetarnos para respetar
- El cuidado y el auto cuidado son derechos, no deberían ser lujos.





PROPUESTA DE TAREAS

- INVESTIGA LAS REPERCUSIONES DE UN EJERCICIO HIPERPRESIVO
- INVESTIGA LAS REPERCUSIONES DE UN EJERCICIO HIPERPRESIVO TRAS EMBARAZO, PARTO Y/O CESÁREA
- INVESTIGA SOBRE EL CONCEPTO “HIPOPRESIVOS”
- REVISA TU WEB/TEXTOS/FOLLETOS Y ANALIZA LA INFORMACIÓN QUE EXPONES A LA LUZ DE ESTE TRABAJO
- DEFINE (SIN BUSCAR INFORMACIÓN) ERGONOMÍA
- DEFINE “PORTABEBÉS ERGONÓMICOS”
- REFLEXIONA SOBRE EL TIPO DE ANUDADOS MÁS ENSEÑADOS Y PIENSA EN CÓMO IMPACTAN EN EL CUERPO TRAS LO VISTO EN ESTA CLASE
- ANTES DE LA PRÓXIMA CLASE ANALIZA EL NUDO “CRUZ ENVUELTA” Y EXPLICA EL IMPACTO DEL MISMO EN EL CUERPO DE UNA MUJER TRAS EL EMBARAZO, PARTO/CESÁREA

