



INTEGRACIÓN CLÍNICA EN MEDICINA OSTEOPÁTICA

Juan Carlos Crespo González Eur Ost DO

FBEO
MADRID
2017-2018

¿INTEGRAR? ¿CLÍNICA?

Integrar supone dar un **sentido** a todo el conjunto de hallazgos **clínicos** que podemos **observar** en el **cuadro sintomático** de nuestro **paciente**. Lo que conducirá a **ejercer actos terapéuticos** **coherentes**.

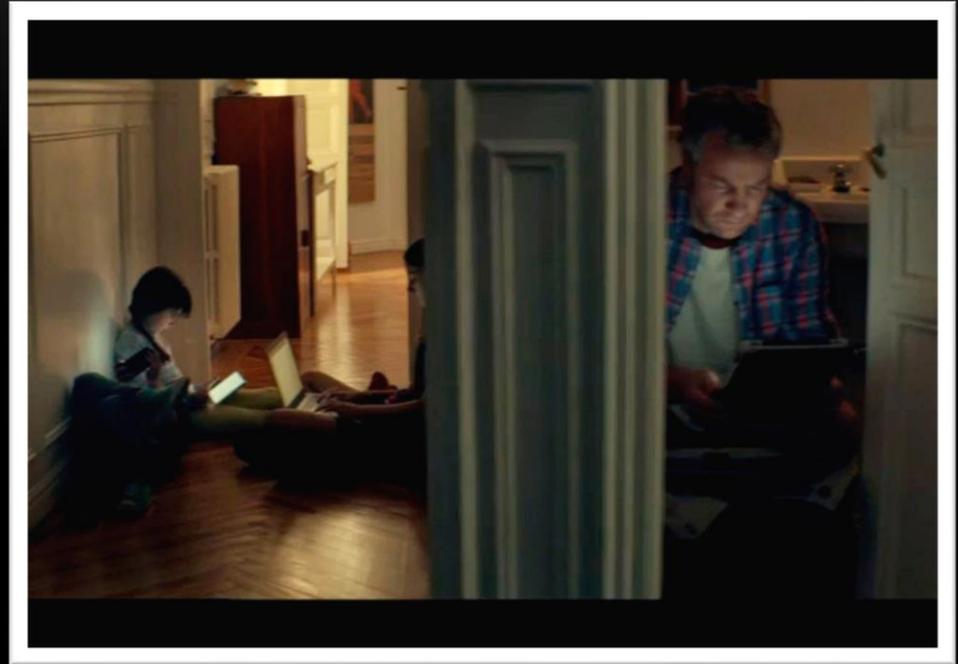


**¿QUÉ NECESITO PARA PODER
REALIZAR ESTE PROCESO???**

**PODRÍA SER...¿UN MODELO DE
DIAGNÓSTICO?**

**¿HAS TOMADO CONSCIENCIA
DE TU MODELO DE
DIAGNÓSTICO OSTEOPÁTICO?**

AQUÍ VAMOS A CONTAR EL CUENTO
DEL HOMBRE Y LA TALLA DE SUS
CAMISAS.



EL MODELO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN OSTEOPATÍA

...ENTRE OTRAS MUCHAS COSAS DEPENDE DE LA ESCUELA QUE TE HA FORMADO.

GLOBAL vs HOLÍSTICO

¿CUÁNDO COMIENZA EL PROCESO TERAPEÚTICO?

- En este seminario vamos a describir todas aquellas situaciones que ocurren desde que el paciente llega, hasta que abandona nuestra consulta...para conocer en cada fase que datos podemos ir desgranando relativos a su cuadro sintomatológico.

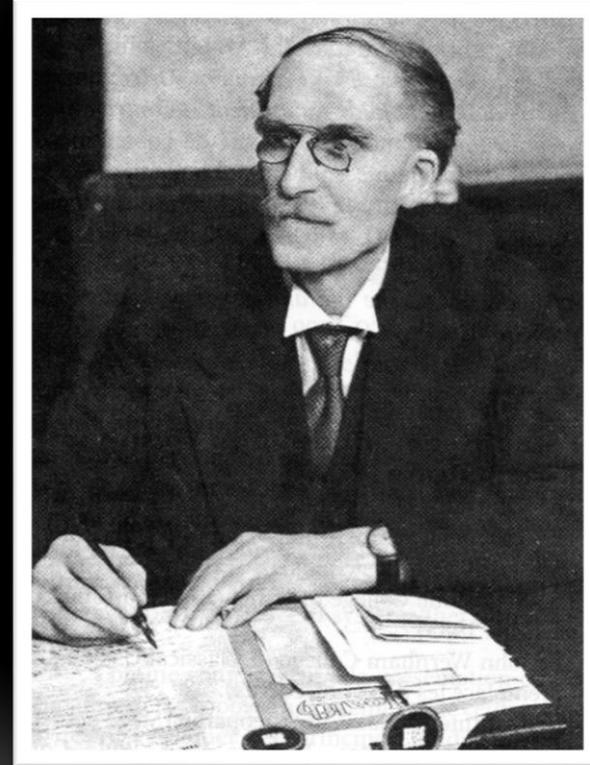


LA OSTEOPATÍA COMO FILOSOFÍA, CIENCIA Y ARTE.

Andrew Taylor Still

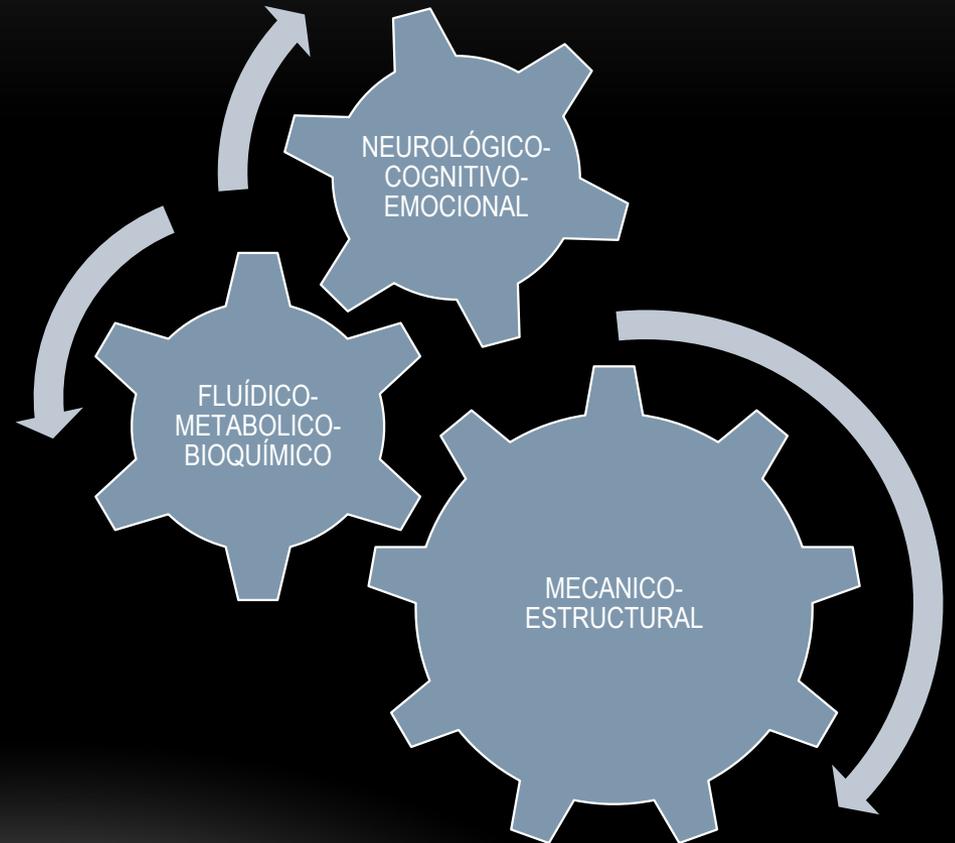


John Martin Littlejohn



¿CÚAL ES EL PAPEL DEL OSTEÓPATA?

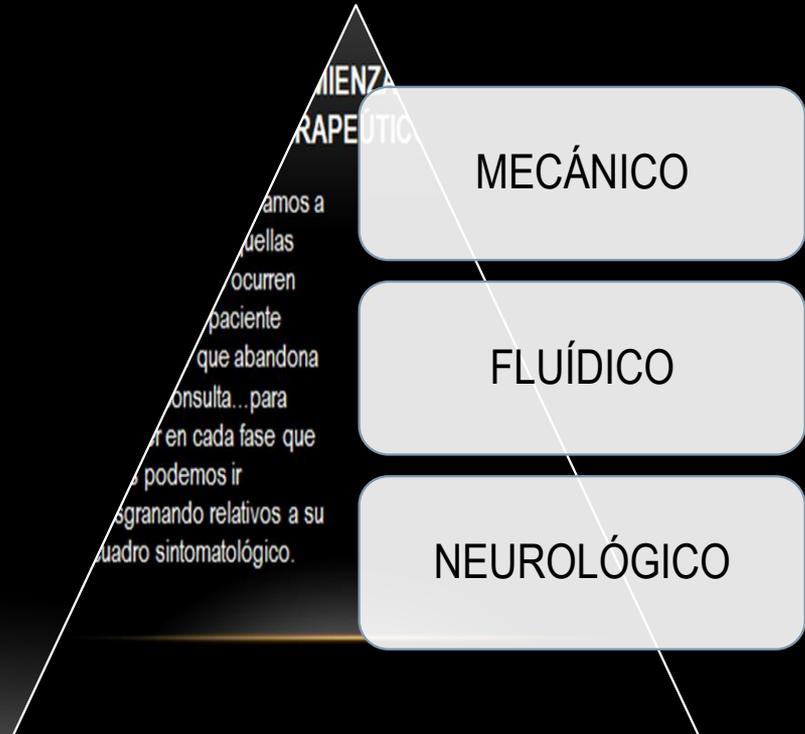
Siempre se ha mencionado la importancia de A. T. Still a la hora de hablar de que el fin último es la búsqueda de la salud en nuestros pacientes. **EN REALIDAD SUPONE MEJORAR LA CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN DENTRO DE LOS 3 LAZOS: MECÁNICO, FLUÍDICO Y NEUROLOGICO.**



TRIADA DE LA SALUD

FACTORES BIOFÍSICO-BIOQUÍMICO-
BIOEMOCIONAL (Touch for healthy)

LAZOS MECÁNICO-FLUÍDICO-
NEUROLÓGICO (Abehsera, A.)

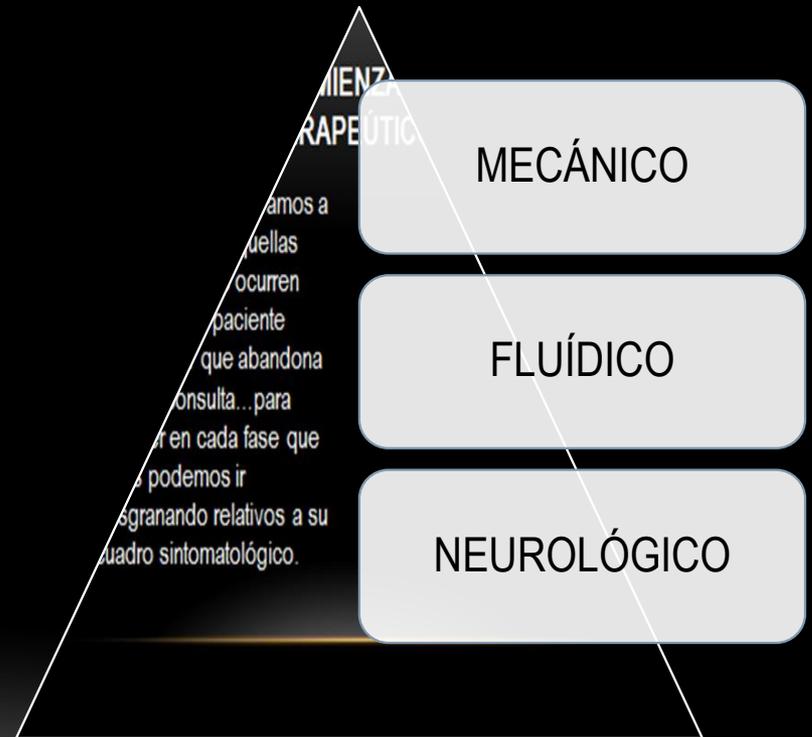
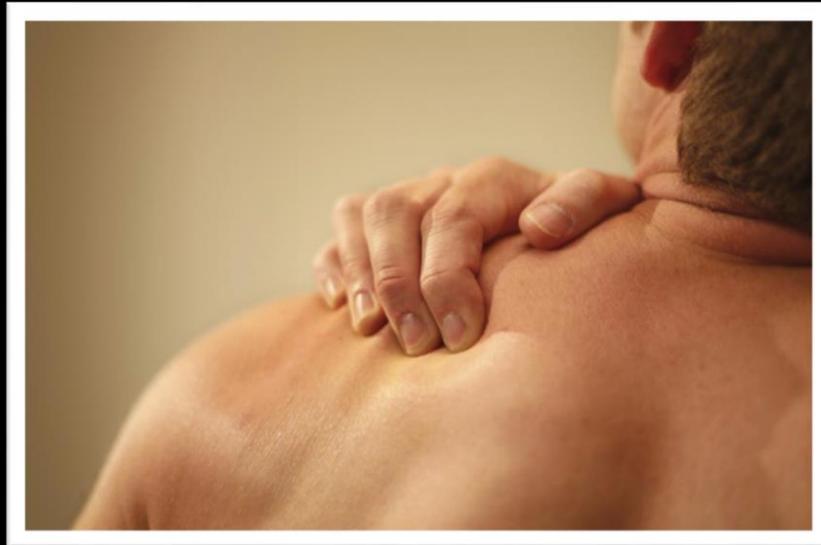


¿EL SÍNTOMA?

Y por qué no preguntarse...

¿Qué podría haber ocurrido en los diferentes sistemas de nuestro paciente que ha hecho posible la manifestación de este síntoma o conjunto de síntomas???

¡¡¡¡ ME DUELE EL HOMBRO DERECHO Y NO HE LLEVADO NINGÚN GOLPE!!!! ¿ POR QUÉ ME DUELE?...CÚAL SERÍA LA MANIFESTACIÓN MECÁNICA-FLUÍDICA-NEUROLÓGICA.



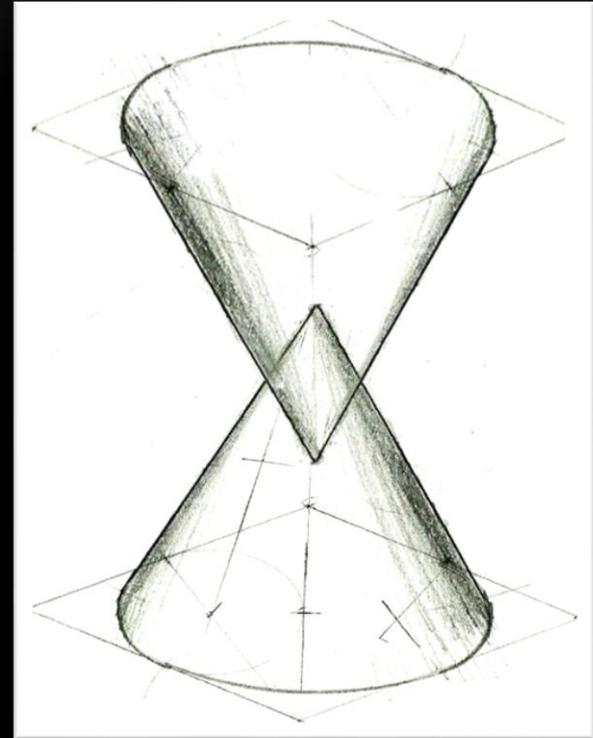
CONO INVERTIDO

- ...vamos a evolucionar hacia una **metodología** de diagnóstico que nos permita jerarquizar los hallazgos clínicos encontrados y **converger** las diferentes informaciones que integrarán el **diagnóstico FUNCIONAL osteopático**.

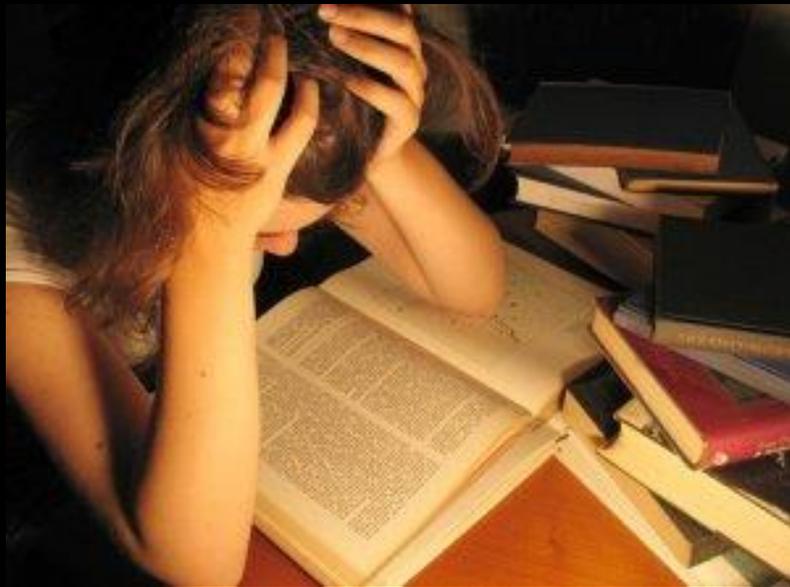


DOBLE CONO

- El **cono invertido** como guía hacia una **metodología de convergencia**.
- El **cono no invertido** como la posición a tomar por parte del **terapeuta** en relación al enfoque de su tratamiento. Trabajo sobre la **PRESENCIA** según Pierre Tricot.



¿ POR DÓNDE EMPEZAMOS?!



LA TRIADA.

EL TERAPEUTA. (estructura de creencias, modelo diagnóstico, profesores...)

EL PACIENTE.(retador, colaborador, derrota-terapeutas...viene él/ella o le mandan?)

LOS TEJIDOS.(«sólo los tejidos saben» , el cuerpo como un interface entre cuerpo-mente y espíritu)

ANAMNESIS. PROCESO DIAGNÓSTICO.

- ANAMNESIS COMO:

INTERACCIÓN VERBAL-
GESTUAL CON NUESTRO
PACIENTE.

- ANAMNESIS COMO:

INTERACCIÓN A TRAVÉS
DEL CONTACTO MANUAL
CON NUESTRO PACIENTE.

ANAMNESIS. INTERACCIÓN VERBAL-GESTUAL



Anamnesis. Interacción verbal-gestual.

SOMATICS KEYS.



- → ¿En qué puedo ayudarle? ¿Por qué ha venido HOY verme?
- → ¿Qué ocurría en su vida en el momento de aparición del dolor? ¿Y la primera vez que surge? ¿Y en la actualidad?
- → ¿Usted qué diría que le ocurre? ¿qué tratamiento vería más adecuado? ¿Haría falta una prueba?
- → Después de todo este proceso...sinceramente, ¿lo tuyo tiene solución?

ANAMNESIS. INTERACCIÓN VERBAL-GESTUAL.

METAMODELOS

- → TEXTO-CONTEXTO.
- → DIAGNOSTICAR LA PELÍCULA Y NO LA FOTO. MECANISMOS DE ACCIÓN.
- → FÍSICO-EMOCIONAL-COGNITIVO-SOCIAL-SEXUAL.



ANAMNESIS. INTERACCIÓN VERBAL-GESTUAL.

CANALES COMUNICATIVOS:

- * VISUAL.
- * AUDITIVO.
- * CINESTÉSICO.



ANAMNESIS. INTERACCIÓN VERBAL-GESTUAL.

«el paciente es tu único foco de atención»

«escribe poco mientras el paciente te habla»

«utiliza un lenguaje que pueda entender la persona a la que te diriges»

«deja que el paciente cuente su historia como el sabe»

«dirige a los pacientes a lo relevante»

«comienza con preguntas abiertas...para luego ir cerrándolas»

«aclara el significado de términos que puedan estar etiquetando a la persona»

«resume, para reflejar de nuevo la historia del paciente y que vea que los has entendido como él te lo ha contado»

ANAMNESIS. INTERACCIÓN VERBAL-GESTUAL.

En resumen:

DETALLADA
(prohibido decir
«explícame un
poco...)

ESTRUCTURADA
(en relación a la
escucha activa...)

ORDENADA
(cronológicamente)

EMPÁTICA (el inicio
de la curación pasa
por la confianza en
nosotros)

ANAMNESIS



ANAMNESIS. DOLOR.



ANAMNESIS. TIPOS DE DOLOR.



INFLAMATORIO



HIPOXICO



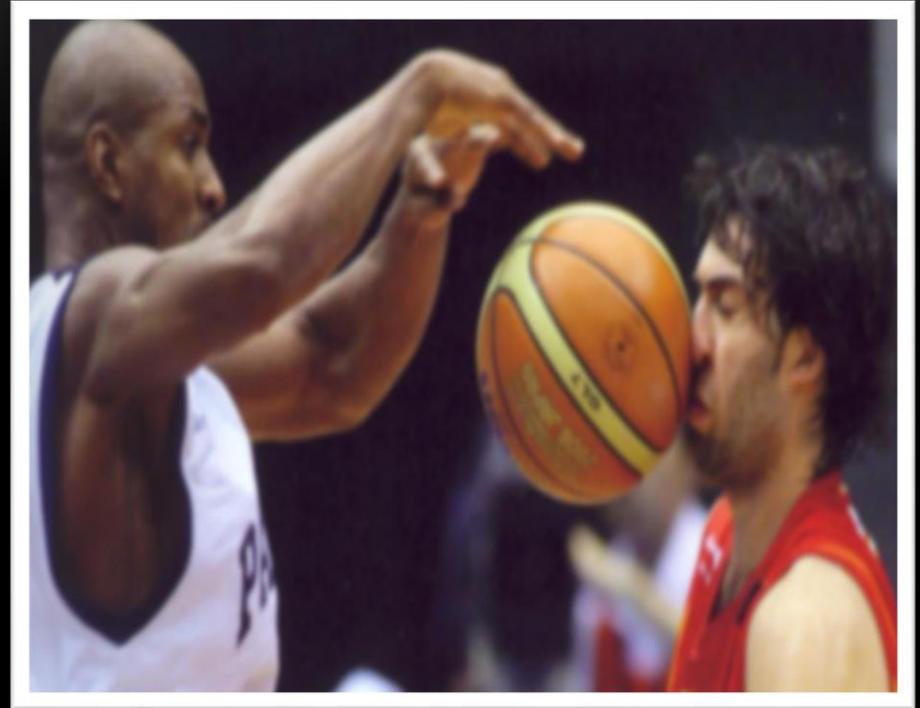
NERVIOSO-
IRRADIADO



SENSIBILIZACIÓN
CENTRAL.

ANAMNESIS. DOLOR INFLAMATORIO.

- → LOCALIZADO. IMPOTENCIA FUNCIONAL SEVERA. EL MOVIMIENTO EMPEORA LOS SÍNTOMAS.
- → APARICIÓN BRUSCA (...aunque puede tener un sustrato previo de hipoxia)
- → REPOSO MEJORA EL CUADRO.
- → RESPUESTA POSITIVA A LOS AINES.
- → RESPETAR LOS TIEMPOS BIOLÓGICOS DE REGENERACIÓN DE LOS TEJIDOS.



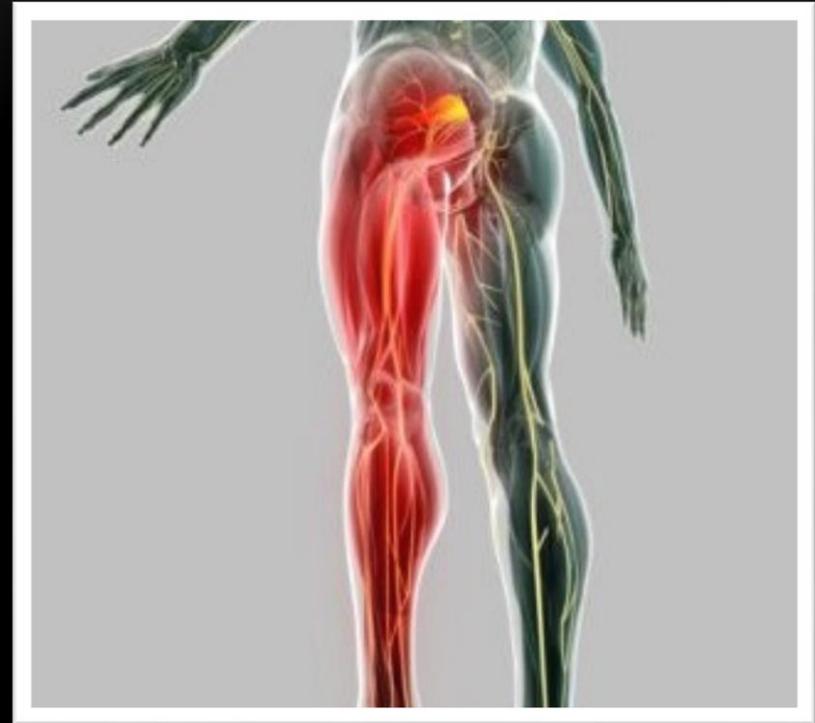
ANAMNESIS. DOLOR HIPOXICO.

- → DOLOR DIFUSO.
- → APARICIÓN PROGRESIVA.
- → EL MOVIMIENTO LIGERO MEJORA LOS SÍNTOMAS AL PRINCIPIO (...oxígeno), aunque el EXCESO DE MOVIMIENTO LUEGO LO EMPEORA.
- → REPOSO NO MEJORA EL CUADRO.
- → RESPUESTA NEGATIVA A LOS AINES.
- → SUGERENCIA DE TRABAJO EXCÉNTRICO.



ANAMNESIS. DOLOR NERVIOSO-IRRADIADO.

- → IRRADIA.
- → ELÉCTRICO.
- → TERRITORIO DE INERVACIÓN DE UNA RAIZ O RAÍCES DEFINIDO.
- → RESPUESTA POSITIVA A LOS ANSIOLÍTICOS Y NO A LOS AINES.



ANAMNESIS. DOLOR POR SENSIBILIZACIÓN CENTRAL.

- → CAMBIOS EN LA NEUROPLASTICIDAD (si cambia la forma, cambia la función)
- → LA LESIÓN PASA A SER EL CENTRO DE TODO EN LA VIDA DE LA PERSONA.
- → IMPRESCINDIBLE RECUPERAR LA CONFIANZA Y LA CERTEZA DE UN CAMINO PARA CURARSE.



ANAMNESIS. DOLOR.PREGUNTAS.

« dígame ¿ cómo es exactamente el dolor? Difuso, localizado, profundo, sordo....»

¿cómo ha empezado el dolor? ¿lo relaciona con algún golpe por ejemplo?

¿qué cosas lo aumentan y qué cosas lo disminuyen?

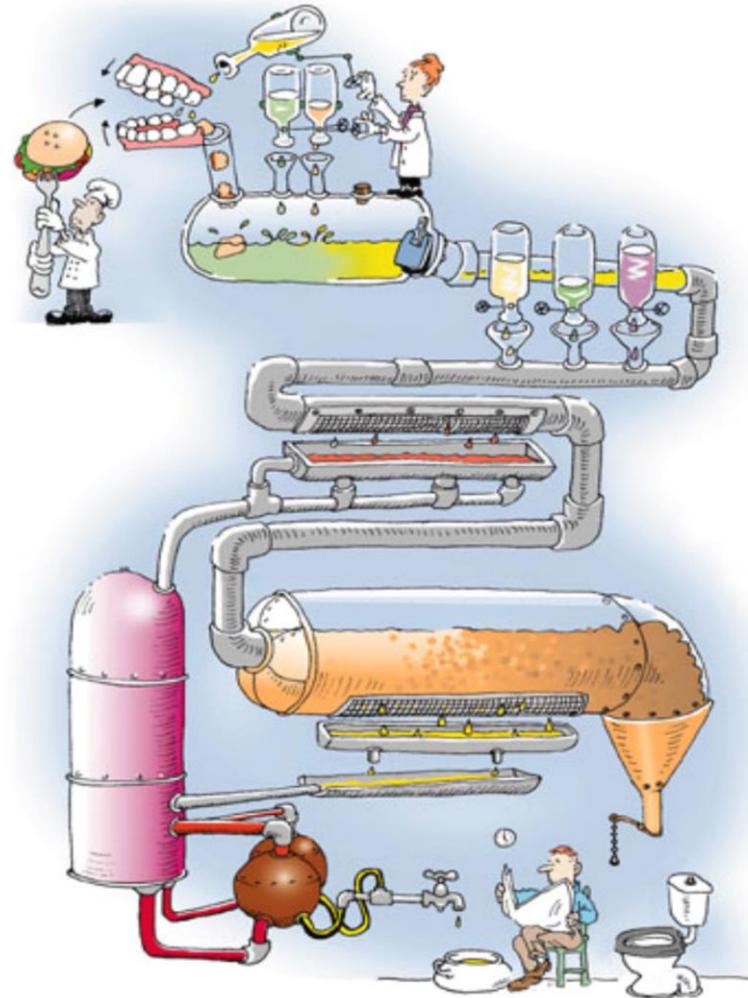
¿qué terapias ha hecho y cómo han ido?

¿puede reproducir el dolor con algún gesto?

¿ lo relaciona usted con algo sabiendo que no ha tenido un trauma?

ANAMNESIS. SISTEMAS CORPORALES.

CUESTIONES DESTINADAS A «RESCATAR» INFORMACIÓN RELATIVA AL FUNCIONAMIENTO DE LOS DIFERENTES SISTEMAS CORPORALES



ANAMNESIS. SISTEMAS CORPORALES.

DE MANERA PERSONAL, SI LOS DATOS NO SUGIEREN OTRA LÍNEA, ME GUSTA EMPEZAR POR PREGUNTAS «GRANDES».

¿ EL SUEÑO? ¿ DUERME BIEN?

¿ TIENE USTED DOLOR DE CABEZA? ¿FATIGA?
¿CANSANCIO?

¿ CÓMO ES SU RITMO INTESTINAL? ¿SUS DIGESTIONES?

ANAMNESIS. SISTEMAS CORPORALES. DIGESTIVO.

HECES, ¿CÓMO SON?

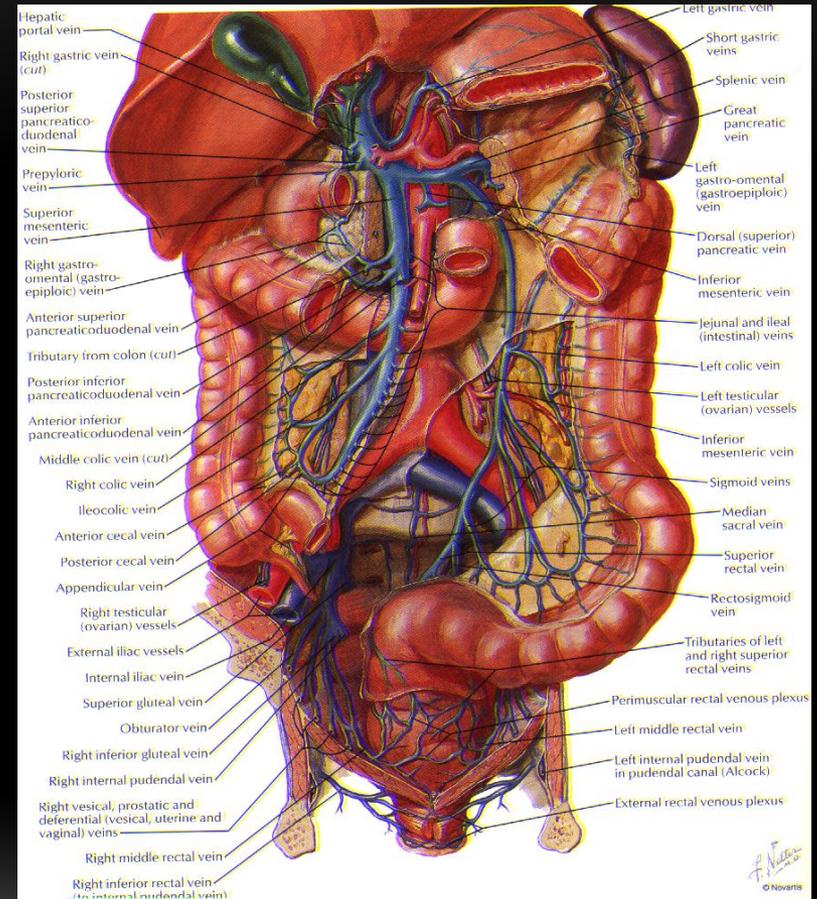
- DEPOSICIONES DIARIAS?
- PASTOSAS? MANCHAN DEMASIADO? FLOTAN?
- COMO EN BOLITAS???
- COLOR AMARILLENTO O BLANCO?
- OSCURO O MUY OSCURO? SANGRE? ROJA ???
- OLOR? MUY MAL OLIENTES?
- GASES? EN LA PARTE BAJA DEL ABDOMEN?



ANAMNESIS. SISTEMAS CORPORALES. DIGESTIVO.

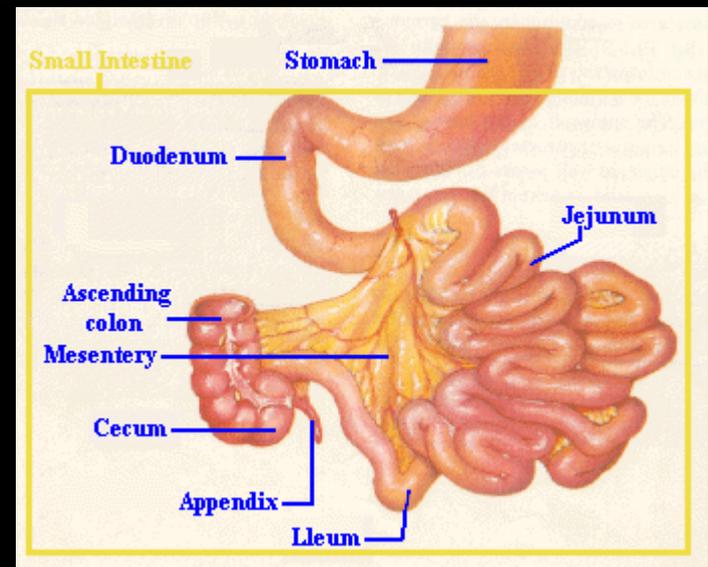
- TRACTO DIGESTIVO ALTO

- ¿HINCHAZÓN EN LA PARTE ALTA DEL ABDOMEN?
- SD METABOLICO. RESISTENCIA A LA INSULINA. ACNÉ. OVARIO PQ.
- SUDORACIÓN CON OLORES CORPORAL.
- ESOFAGITIS. REFLUJO. ACIDEZ ESTOMACAL. HERNIA DE HIATO.
- COLICOS.
- BOCA.



ANAMNESIS. SISTEMAS CORPORALES. SISTEMA COMÚN DE MUCOSAS.

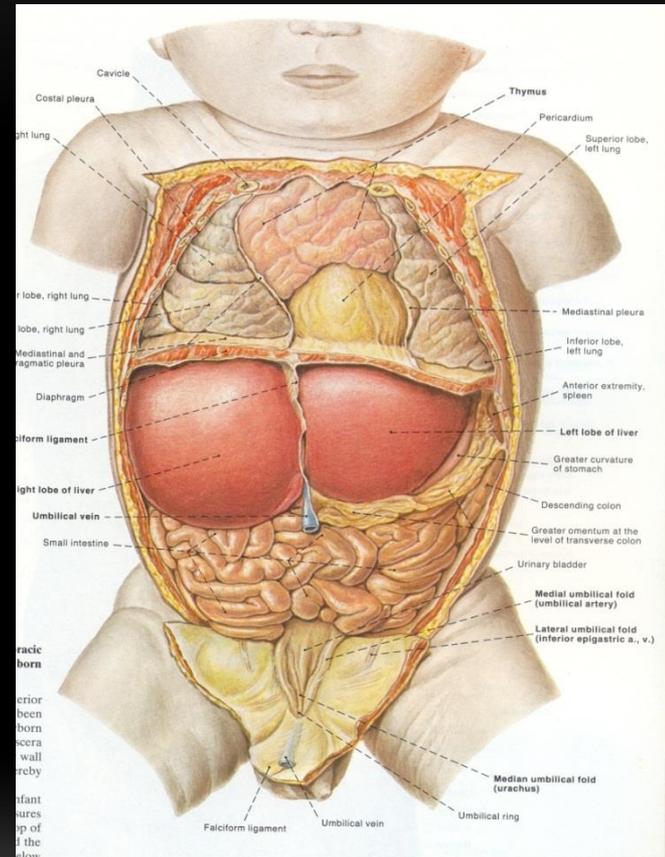
- ATENTOS A :
 - OTITIS.
 - FARINGITIS, LARINGITIS, AMIGDALITIS, PLACAS.
 - APENDICITIS.
 - SINOVITIS.
 - CONJUNTIVITIS.
 - PIEL.
 - PROBLEMAS DIGESTIVOS (LOW GRADE INFLAMATION)
 - CANDIDAS. PRURITO EN ANO.
 - BRONQUITIS, NEUMONÍAS.



ANAMNESIS. SISTEMAS CORPORALES. HÍGADO.

- ATENTOS A:

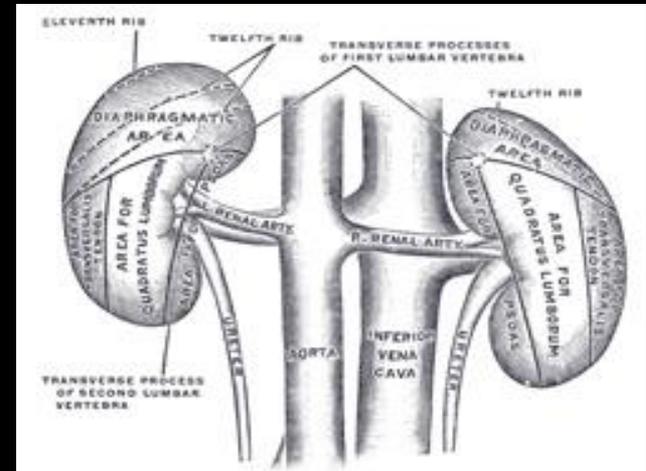
- ENERGÍA.
- METABOLISMO LIPÍDICO.
HIGADO GRASO NO ALCOHOLICO.
- SD PREMENSTRUAL.
- OLOR CORPORAL.
SUDORACIÓN EXCESIVA.
- DESPERTARES
NOCTURNOS (1-3 am)



ANAMNESIS. SISTEMAS CORPORALES. RIÑÓN.

- ATENTOS A :

- EQUILIBRIO MINERAL. PIEL, PELO, UÑAS.
- OJERAS, CANSANCIO, RESERVÓRIO DE LA ENERGIA VITAL.
- SUDORACIÓN. PIEL SECA, ESCAMAS.
- DOLOR DE CABEZA... puede comenzar suboccipital por constricción vascular y luego evoluciona a occipital)
- CALAMBRES.



ANAMNESIS. SISTEMAS CORPORALES. CARDIO-PULMONAR.

- ATENTOS A :

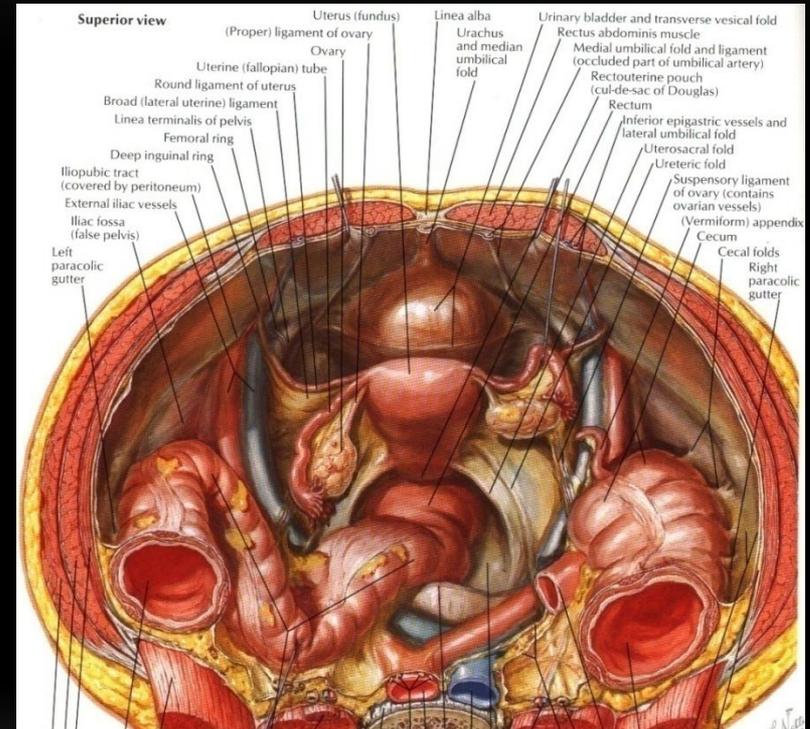
- TENSIÓN ARTERIAL.
- ARRITMIAS.
- SENSACIÓN DE OPRESIÓN EN EL PECHO.
- BRONQUITIS.
- NEUMONÍAS.
- ASMA.
- PRODUCCIÓN DE MOCO EN EL TRACTO RESPIRATORIO.



ANAMNESIS. SISTEMAS CORPORALES. UROGENITAL.

- ATENTOS A:

- CICLO HORMONAL REGULAR.
- MENARQUÍA (mTOR, dieta, stress en edades tempranas)
- SÍNDROME PREMENSTRUAL.
- DISMENORREA.
- MENOPAUSIA
- DISPAREUNIA.
- URETRITIS, CISTITIS, VAGINITIS, PROSTATITIS.



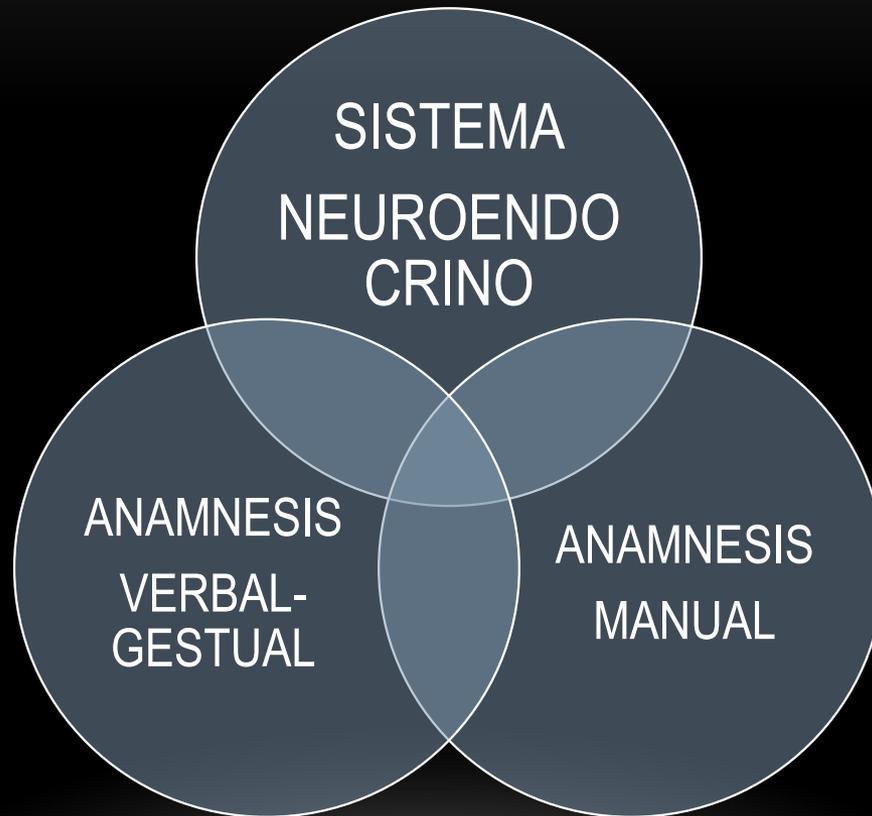


Y AHORA, ¿QUÉ???

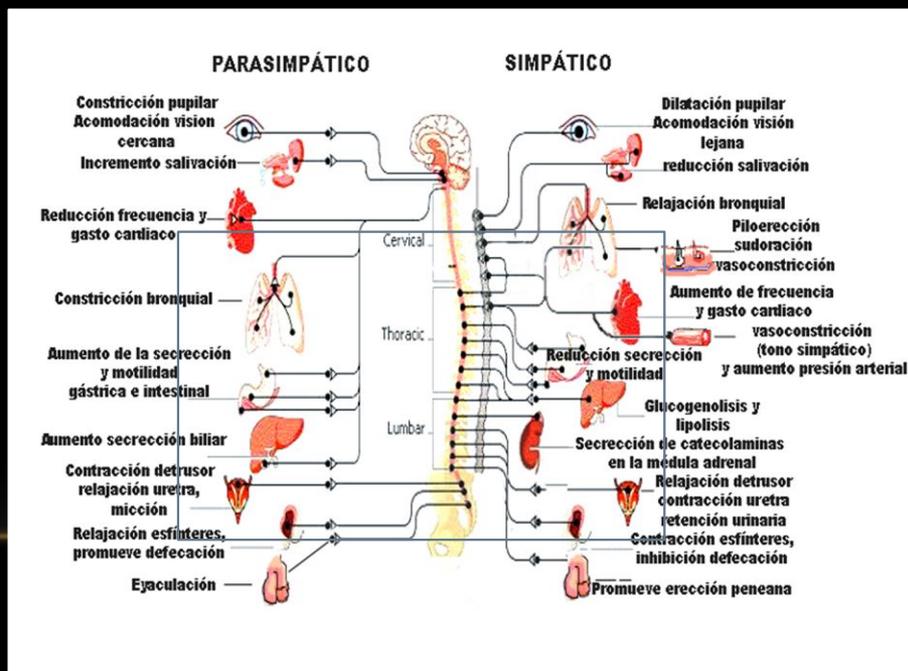
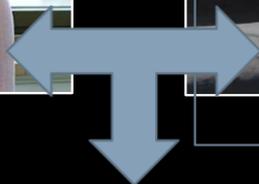


¿POR DÓNDE EMPEZAMOS?
¿CÓMO LO UNIMOS A TODO
LO QUE YA SABEMOS HACER?

INTEGRACIÓN CLÍNICA.



INTEGRACIÓN CLÍNICA.



ANAMNESIS. CONTACTO MANUAL.

- «la movilidad está al servicio de la palpación»
Freyette.

- «sólo los tejidos saben»

Rollin Becker.

- «trabajo sobre retenciones de energía. Áreas de retracción tisular»

Pierre Tricot.

EL TERAPEUTA. (estructura de creencias, modelo diagnóstico, profesores...)

EL PACIENTE. (retador, colaborador, derrotaterapeutas...viene él/ella o le mandan?)

LOS TEJIDOS. («sólo los tejidos saben» , el cuerpo como un interface entre cuerpo-mente y espíritu)



ANAMNESIS. CONTACTO MANUAL.

¿ qué se esconde detrás de cada gesto?

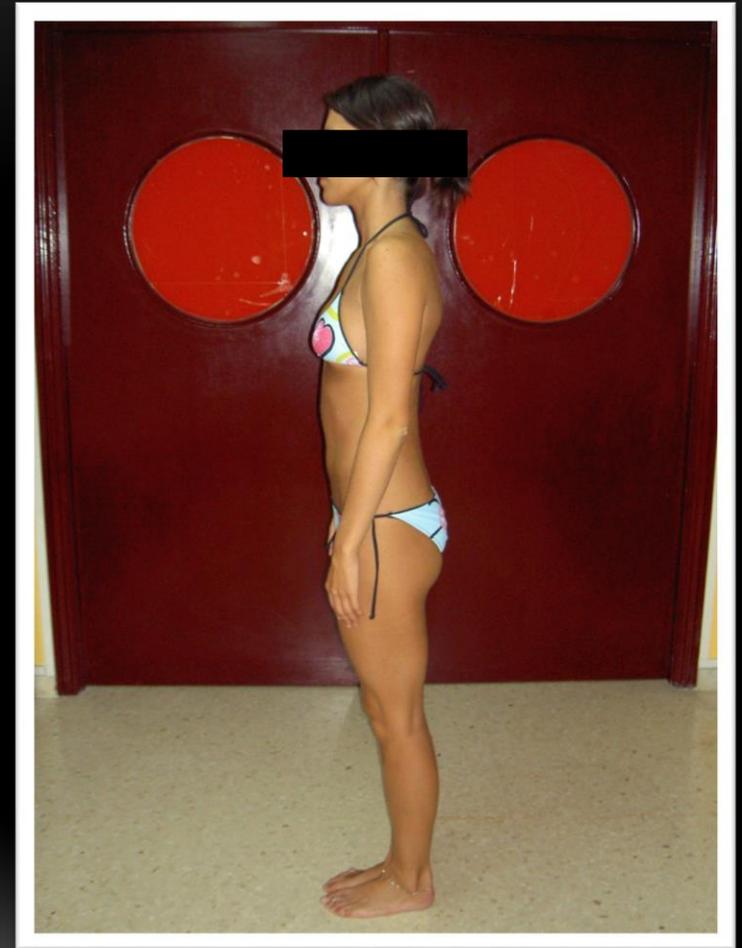
¿de cada test?

¿cómo se relacionan entre ellos?

ANAMNESIS. CONTACTO MANUAL.

OBSERVACIÓN DEL PACIENTE EN BIPEDESTACIÓN sobre su plano sagital:

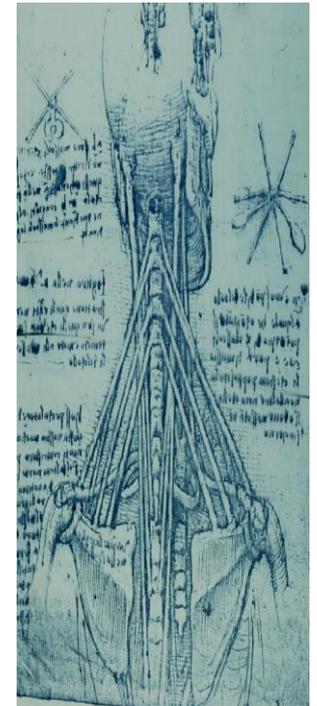
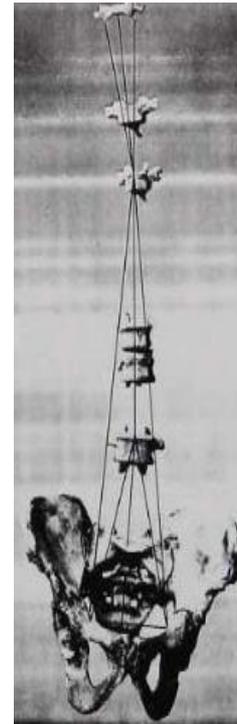
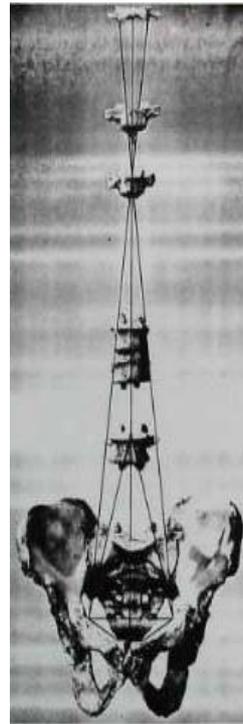
- Línea Central de Gravedad. (Minodier, B)
- Tipología anterior. (Wernham)
- Tipología posterior. (Wernham)
- Valoración de la armonía de las curvas (Gez, Lamb)



ANAMNESIS. CONTACTO MANUAL.

OBSERVACIÓN DEL PACIENTE EN BIPEDESTACIÓN plano frontal-vista posterior.

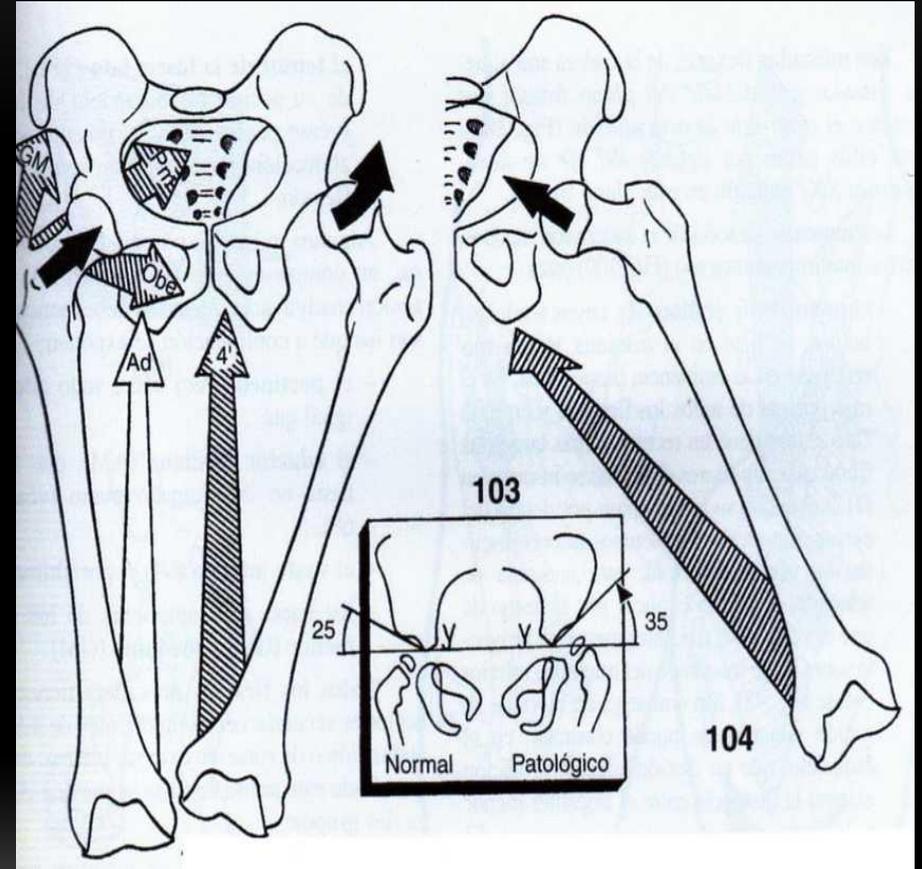
- En muchas ocasiones es la primera vista del paciente una vez que éste se quita la ropa si se realiza a distancia corta. Es así porque puede resultar al principio menos agresivo al sentirse el paciente en ocasiones observado.
- Desde esta posición podemos realizar un ESCUCHA GLOBAL de la pelvis en las 3 dimensiones del espacio.
- Posteriormente la observación se hace más alejado para tener una visión del equilibrio de las pirámides.



ANAMNESIS. CONTACTO MANUAL.

OBSERVACIÓN DEL PACIENTE EN
BIPEDESTACIÓN Plano frontal-vista posterior.

- A través de la escucha en 3 dimensiones del cuenco pélvico obtenemos una idea de la buena **ADAPTACIÓN** de la pelvis a la fuerza gravitatoria.
- ¿está la **pelvis** de nuestro paciente adaptada y es funcional??? Respetar la **fisiología normal** de la columna vertebral?
- ¿noto **PLASTICIDAD** en todo el anillo pélvico y miembros inferiores???



OBSERVACIÓN DEL PACIENTE EN
BIPEDESTACIÓN Plano frontal-vista
posterior

TEST DE FLEXIÓN DE PIE evalúa la
palanca ileofemoral y con ello la
organización lesional ascendente.

Este test **LATERALIZA** una posible
disfunción dentro de la organización
lesional ascendente.

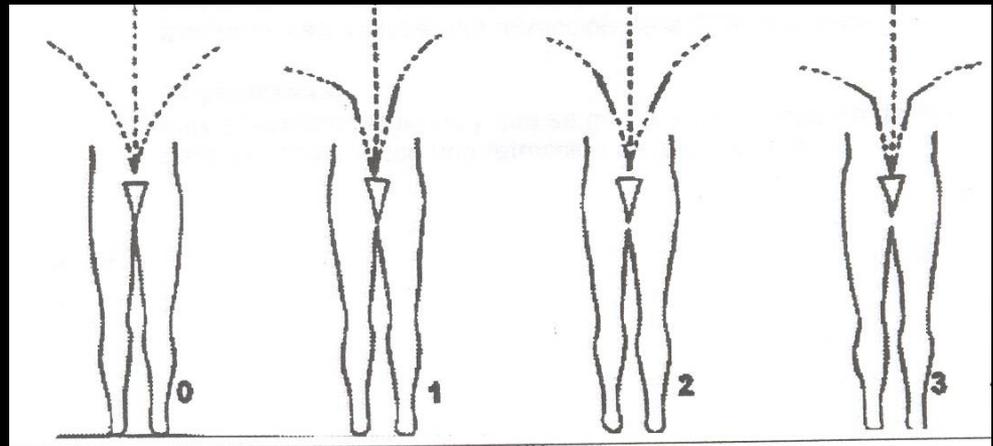


TEST SIDE SOBRE LA COLUMNA VERTEBRAL

ESTE TEST NOS OFRECE INFORMACIÓN LA MECÁNICA ARTICULAR NORMAL DE LA COLUMNA EN SU GLOBALIDAD.

ES DECIR, SIGUIENDO LAS LEYES DE FREYETTE ESTAMOS VERIFICANDO LA EXISTENCIA O NO DE UN 2º GRADO/1ª LEY.

REALIZAMOS LA AYUADA CON UNA MANO PARA EL SIDE MIENTRAS QUE LA OTRA SE POSICIONA EN LA HEMIPELVIS CONTRARIA PUDIENDO SENTIR ASÍ LA ROTACIÓN AUTOMÁTICA SI SE ENCUENTRA EN FISIOLOGÍA.



GOSSIP TEST

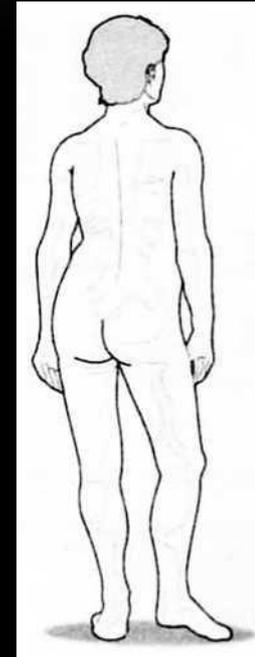
RELACIONA LA COLUMNA LUMBAR
BAJA-PELVIS-COXOFEMORALES
(Mitchell)

INFORMA SOBRE LA MECÁNICA
GLOBAL DEL PACIENTE (Lamb-visión
periférica)

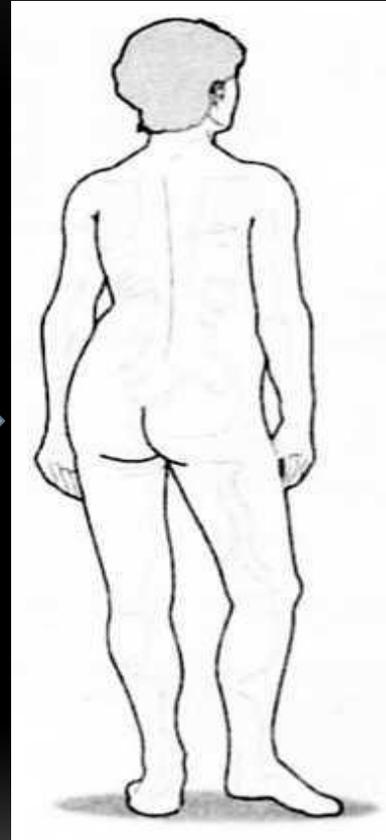
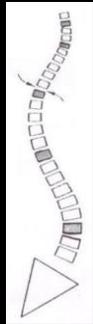
INFORMA SOBRE LA MECÁNICA DE
LOS PIVOTS DE LA REGIÓN
LUMBAR.(Lamb-visión side lumbar)

INFORMA SOBRE LA MECÁNICA
GLOBAL DE LOS PIVOTS. (Lamb-
ejercicio con pegatinas)

ACLARA LAS RELACIONES
EXISTENTES ENTRE EL SACRO Y
LOS ILÍACOS.



GOSSIP TEST



ANAMNESIS. CONTACTO MANUAL.

OBSERVACIÓN DEL PACIENTE EN BIPEDESTACIÓN plano frontal-vista anterior.

- Esto nos ofrece una buena imagen de tórax y abdomen para poder intuir la ubicación de posibles tensiones tisulares.
- Equilibrio de las cinturas escapular-pelvica-occipital.



OBSERVACIÓN DEL PACIENTE EN BIPEDESTACIÓN plano frontal-vista posterior

Mecánica del ESTERNÓN.

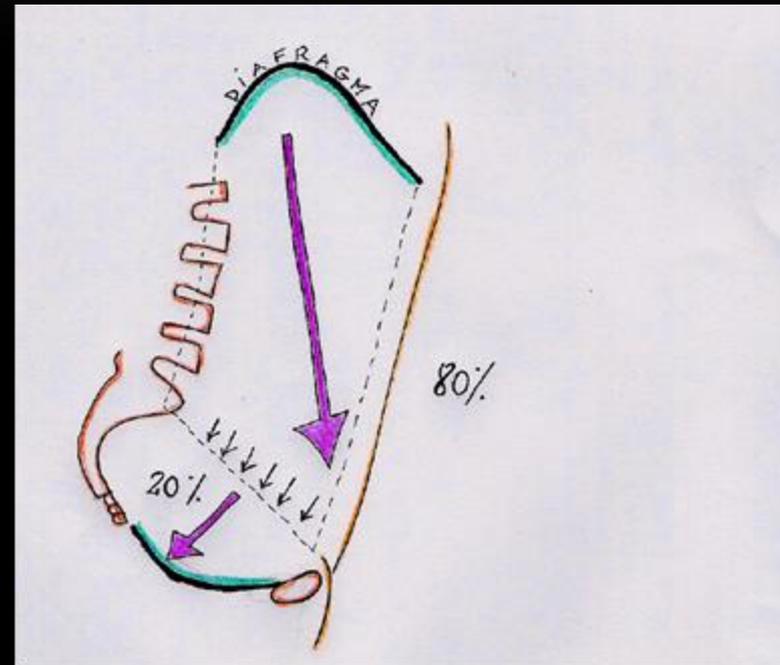
Mecánica de las COSTILLAS superiores.

Mecánica ESTERNOCOSTOCLAVICULARES.

Mecánica COSTILLAS medias.

Mecánica ONDA RESPIRATORIA.

Mecánica DIAFRAGMA PÉLVICO.



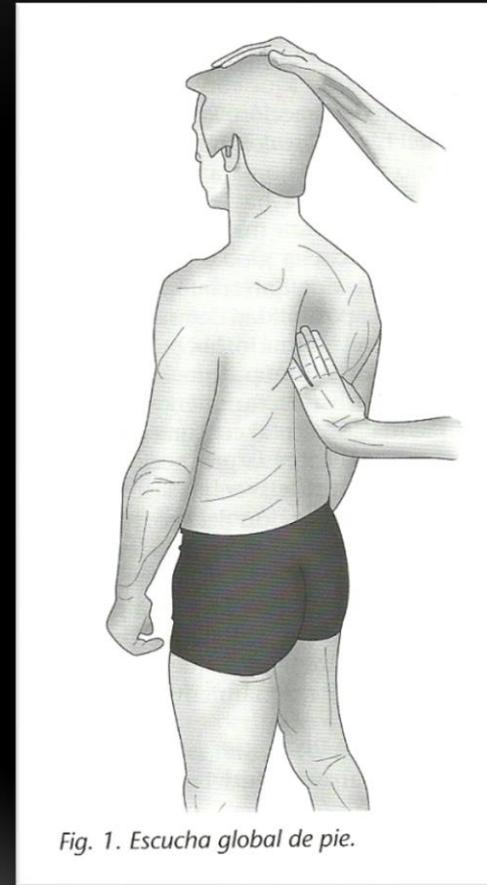
ANAMNESIS. CONTACTO MANUAL.

OBSERVACIÓN DEL PACIENTE EN BIPEDESTACIÓN.

-Test Fascial Global según Barral, JP.

(...vamos a describir aquí la tecnología manual a la hora de hacer la prueba y las informaciones que podemos recibir de la misma)

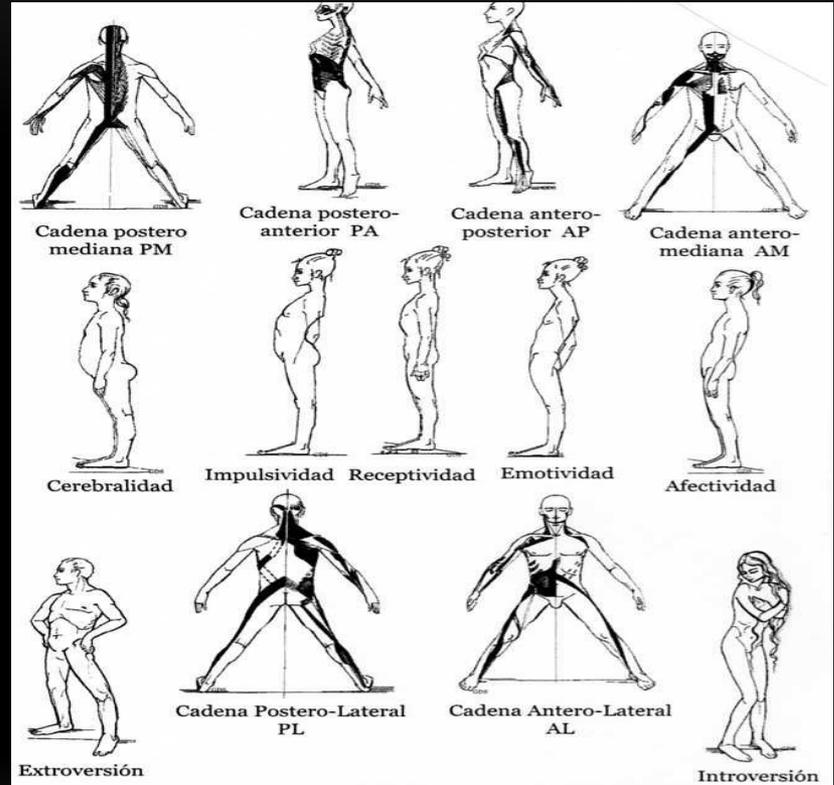
- Test «2 dedos» a lo largo de la columna para percibir la DENSIDAD de la piel.



ANAMNESIS. CONTACTO MANUAL

CADENAS MUSCULARES.

La organización de las **CADENAS MUSCULARES** nos aportará información acerca de los **TERRENOS PREDISPUESTOS** con relación a los **PUNTOS DE MÁXIMA TENSIÓN**, así como ciertos rasgos de interés a nivel **COMPORTAMENTAL Y ENERGÉTICO** de la persona.



Las tipologías de Godelieve Denys-Struyf y las cadenas musculares correspondientes. 6 familias de músculos para que el cuerpo pueda expresarse, pero que pueden volverse cadenas de tensión miofasciales que encadenan el cuerpo en una tipología.



ANAMNESIS. CONTACTO MANUAL.

OBSERVACIÓN DEL PACIENTE EN SEDESTACIÓN plano frontal-vista posterior

TEST FLEXIÓN SENTADO no modificado

- **TEST FLEXIÓN SENTADO** nos orienta sobre las disfunciones en la **PALANCA LUMBOSACRA** de carácter **DESCENDENTE**. A nivel de la pelvis nos mostrará posibles disfunciones **SACROILÍACAS**.
- **TEST FLEXIÓN SENTADO MODIFICADO** nos muestra la importancia o no del **TRIÁNGULO SUPERIOR** en la disfunción **SACROILÍACA**.



OBSERVACIÓN DEL PACIENTE EN SEDESTACIÓN

TEST para la valoración de la
MECÁNICA vertebral.

- global-palma de la mano
- triángulo superior (occip-t4)
- triángulo inferior. (t4-pelvis)
- «2 dedos» en eje vertebral.



OBSERVACIÓN DEL PACIENTE EN SEDESTACIÓN

Test fascial Global en sedestación
(Barral, JP) para el eje vertebral-
miembros superiores.

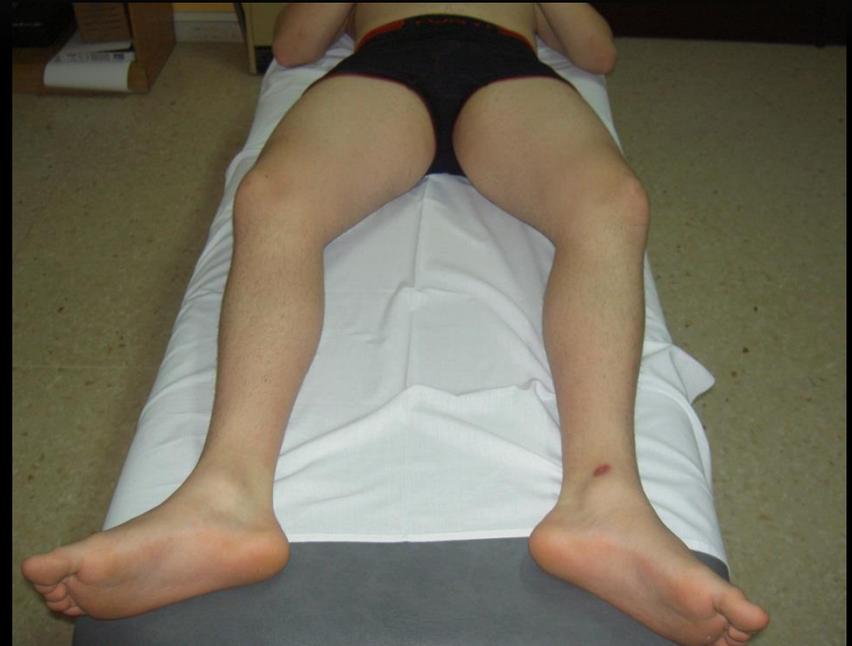
Test fascial Global en sedestación
(Burnotte, J)



ANAMNESIS. CONTACTO MANUAL.

OBSERVACIÓN DEL PACIENTE EN DECUBITO SUPINO

- Test para la mecánica articular de los miembros inferiores/superiores.
- Test para la mecánica articular de las articulaciones sacroilíacas, columna lumbar y charnela toracolumbar.
- Test **Global Fascial** para las extremidades inferiores/superiores



OBSERVACIÓN DEL PACIENTE EN DECUBITO SUPINO

- Test Global de presiones para la cavidad abdominal. (dificultades vasodinámicas/ptosis)
- Test Global de la masa visceral en palanca corta.(retracción tisular)
- Test para percibir la plasticidad del tórax.(retracción tisular)
- Test para la masa prevertebral cervical



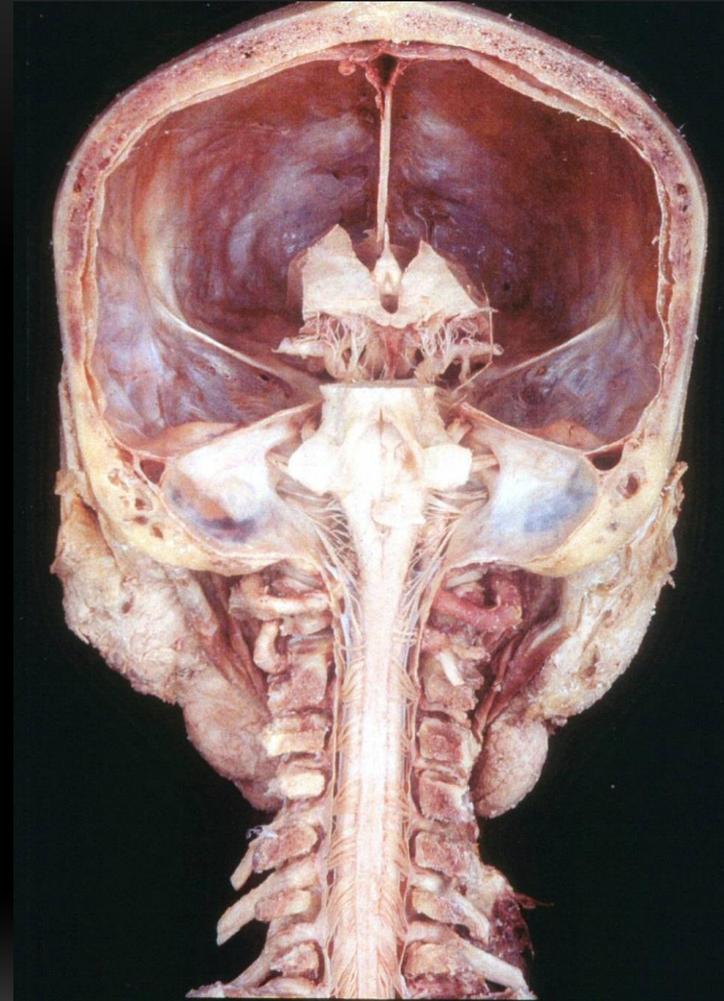
OBSERVACIÓN DEL PACIENTE EN DECUBITO PRONO

- Test de **ELLY** (...me marcará la anteriorización del ilíaco + rotación global de la pelvis)
- Test **PLASTICIDAD** pélvico.
- Test **REBOTE LUMBAR.**
- Test **PLASTICIDAD** eje vertebral.
- Test **TGO.**



OBSERVACIÓN DEL PACIENTE EN DECUBITO SUPINO

- TEST del CRÁNEO para la
percepción del IMPULSO RÍTMICO
CRANEAL Y la VITALIDAD GLOBAL DE
LA PERSONA.



¿¿¿ POR DÓNDE EMPEZAMOS?!!!!!!

...TENIENDO CLARO QUE,

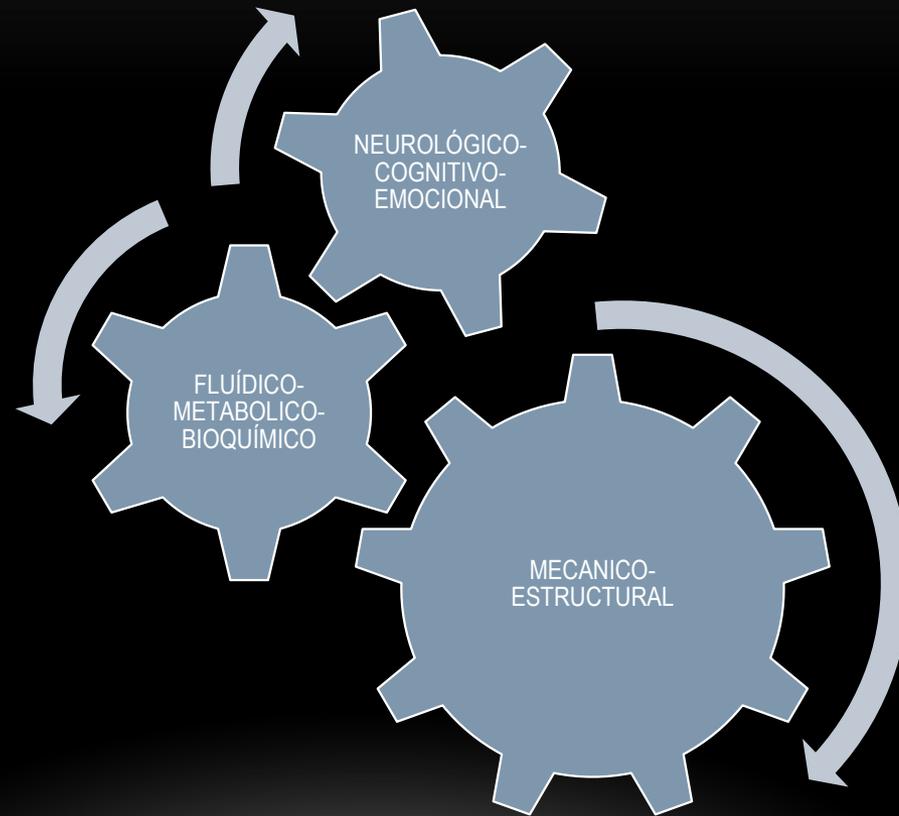
SI NO ES FÁCIL, NO ME INTERESA!

¿¿¿ANATOMÍA, ANATOMÍA...Y MÁS ANATOMÍA!!!!!!

**LA OSTEOPATÍA ES UNA MEDICINA QUE BUSCA
MEJORAR LA CAPACIDAD DE
AUTORREGULACIÓN DEL ORGANISMO.**

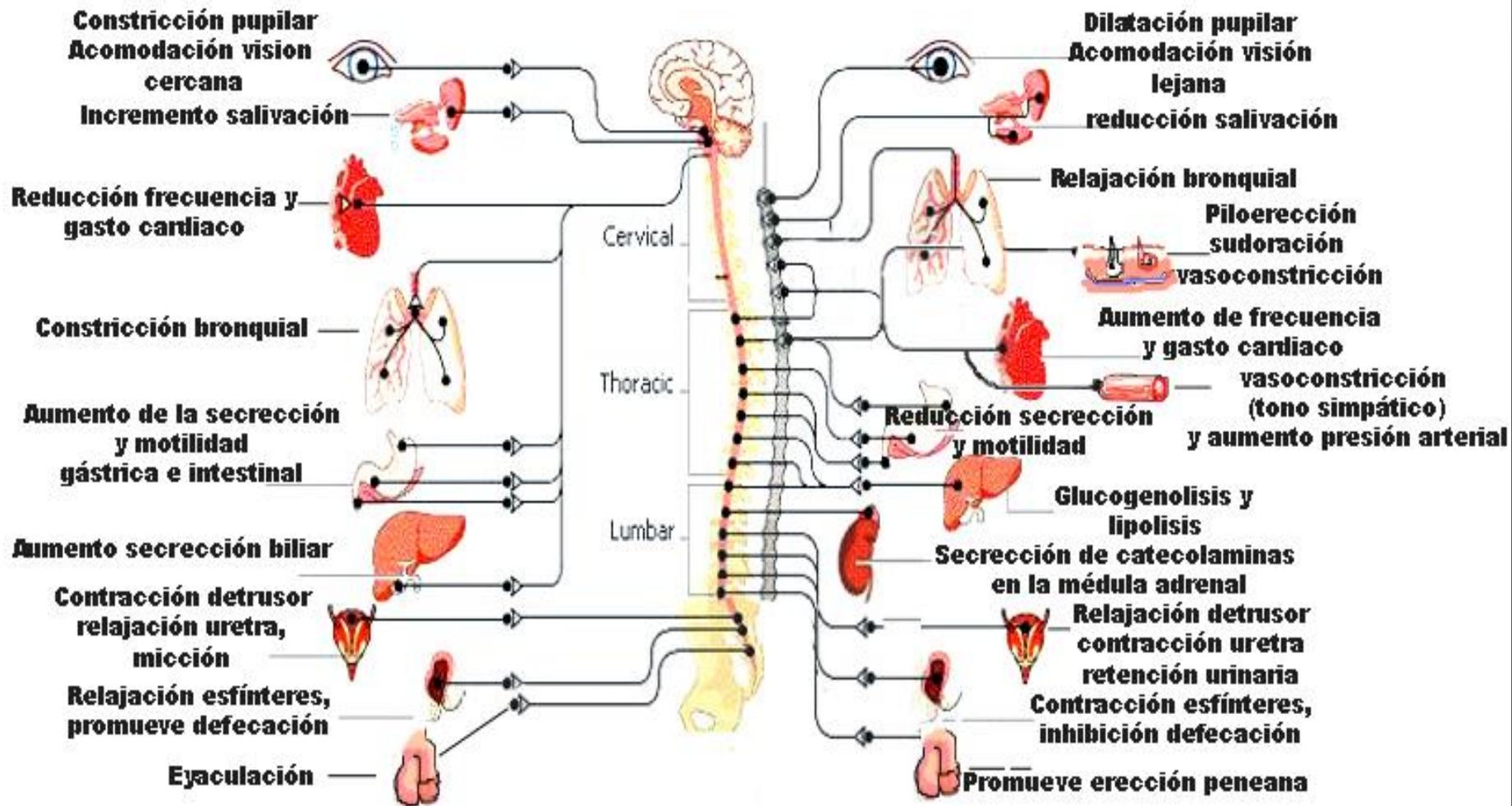
**¿ QUÉ SISTEMA GESTIONA EN EL CUERPO LOS
MECANISMOS DE AJUSTE Y
AUTORREGULACIÓN?**

AJUSTE. AUTORREGULACION. HOMEOSTASIS.



PARASIMPÁTICO

SIMPÁTICO



**CON NUESTRA PRAXIS, CON NUESTRAS
MANOS...
OSTEOPATÍA MEDICINA MANUAL**

¿ QUÉ NOS LLEVARÍA A INTUÍR UN MAL
FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA NERVIOSO
VEGETATIVO? ¿ Y POR QUÉ?

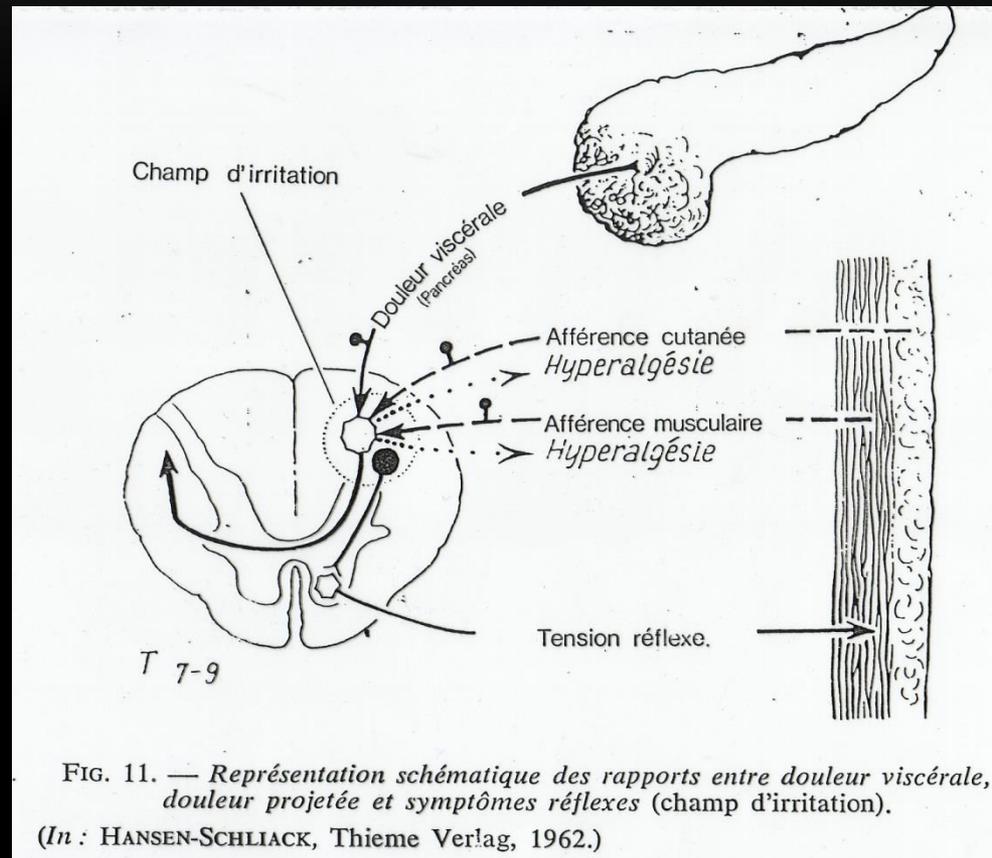
LA EXISTENCIA DE DETERMINADAS RESPUESTAS REFLEJAS EXPRESADAS EN LOS DIFERENTES SISTEMAS CORPORALES...

Tales como la piel, los vasos sanguíneos, las glándulas sudoríparas, músculo liso, músculo cardíaco, células secretoras, células metabólicas, células inmunes.....y también sobre el músculo estriado por la interconexión entre el SNA Y EL SNP.

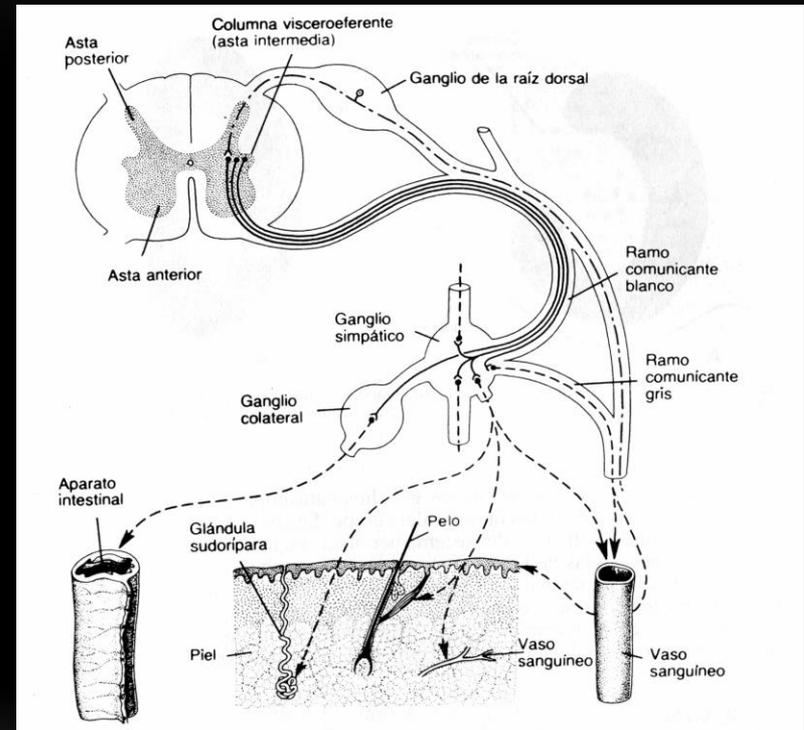
CAMPO IRRITATIVO. CARÁCTERÍSTICAS. (IRVIN KORR)

- **Respuestas Reflejas Alteradas** son consecuencia de la existencia de **campos nerviosos irritativos**:
 - **Hiperestesia** de **músculos** y vértebras.
 - **Hipeirritabilidad** que se manifiesta por modificaciones del comportamiento **muscular**.
 - **Modificación** de la textura del tejido **muscular**, **conectivo** y **la piel**.
 - **Alteraciones** en **la circulación local/intercambios** entre sangre y tejidos.
 - **Cambios** en las **funciones viscerales** y en otras **funciones neurovegetativas**.

CAMPO IRRITATIVO. CARACTERÍSTICAS. (IRVIN KORR)



TIPOS DE RESPUESTAS REFLEJAS.

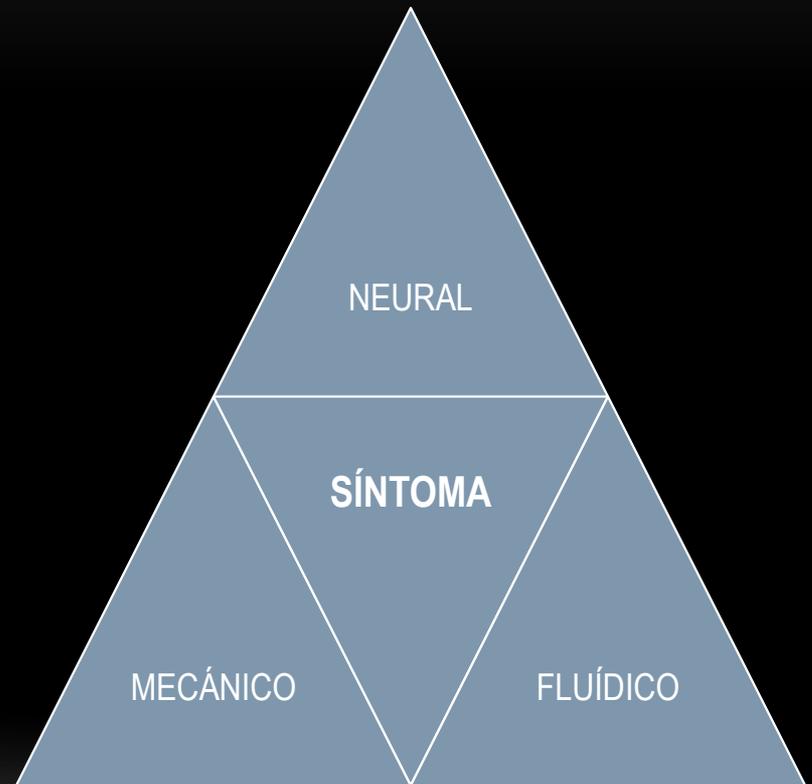
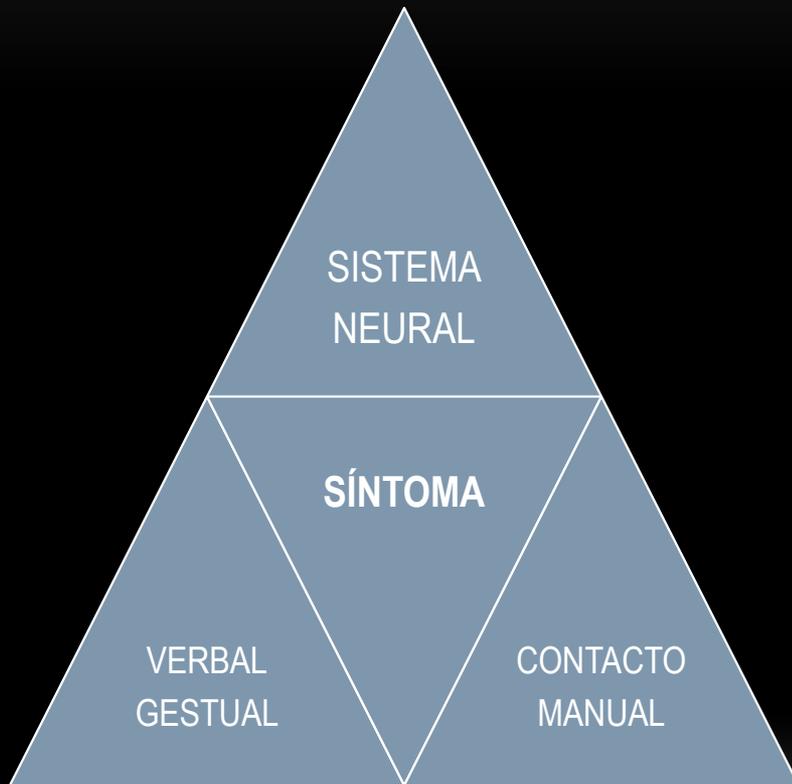


**DE ESTE MODO SI EL SNA SE EXPRESA DE
FORMA REFLEJA Y DE ESE MODO SIRVE PARA
VALORAR EL ESTADO DE MI PACIENTE....**

**TAMBIÉN PODRÉ DE LA MISMA MANERA
BENEFICIARME DE *LA ACTIVIDAD REFLEJA*
PARA REALIZAR *MI TRATAMIENTO*,**

¿ENTENDIDO???

DIAGNÓSTICO EN CONVERGENCIA



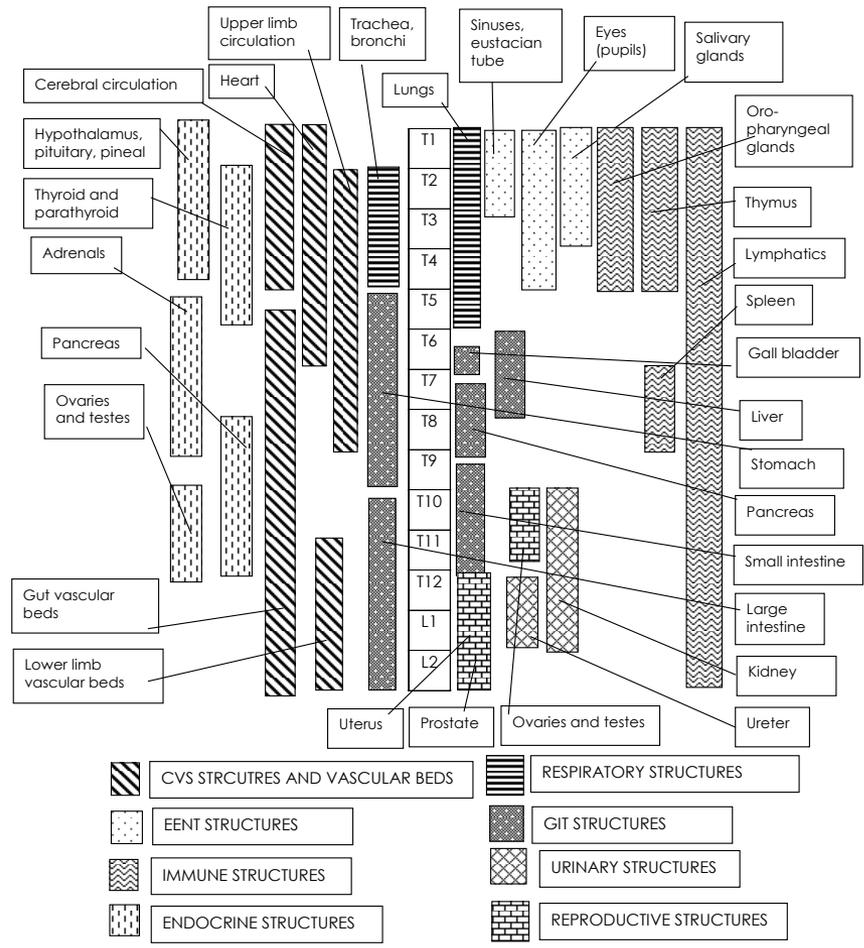
UNA HERRAMIENTA FUNDAMENTAL PARA CONVERGER DE FORMA COHERENTE LA INFORMACIÓN RECOGIDA DURANTE NUESTRA VALORACIÓN...

...SERÁ EL CONOCIMIENTO DE LOS DENOMINADOS
CENTROS OSTEOPÁTICOS REGULADORES QUE NO SON
MÁS QUE LA EXPRESIÓN DE LA FUNCIÓN DEL SISTEMA
NERVIOSO VEGETATIVO (AUTORREGULACIÓN) SOBRE
NUESTRO EJE RAQUÍDEO.

CENTROS OSTEOPÁTICOS REGULADORES

Note: in this chart, the spinal levels have been 'condensed' to their most common areas. In the tables throughout this book where reflex relationships have been listed, those latter figures give a generally slightly wider number of levels that are associated with any particular structure (as there is a degree of anatomical variation between subjects). Different authors may also quote slightly different levels as a result.

The body systems have been identified by types of shading, to make interpretation easier, and this chart does not include all structures, but considers the main elements from each system. These palpatory levels are generally found bilaterally, rather than unilaterally as indicated here.



CENTROS OSTEOPÁTICOS REGULADORES

SYMPATHETIC EFFERENT CELL LOCATIONS OF SELECTED VISCERAL ACCORDING TO VARIOUS AUTHORS 1988								
VISCERA	1937 CHAPMAN	1944 POTTENGER	1953 GILLILAN	1953 KUNTZ	1966 CRAFT	1969 ELLIOTT	1978 GRAY	1988 KUCHERA
SINUSES, EUSTACHIAN TUBES								T1-4
PUPIL DILATION -----		C7-T3	T1-2	T1-3		C8-T3	T1-4	T1-4
LACRIMAL/SALIVARY GLANDS						T1-3	T1-4	T1-4
THYROID -----	T2						T1-4	T1-4
TRACHEA/BRONCHI -----	T2		T2-4		T1-4		T2-4	T1-6
ESOPHAGUS/LOWER 2/3 -----	T2	T5-10	T10-L2	T6-L1			T5-6	
AORTA -----		T1-5						
HEART -----	T2	T1-7	T1-4	T2-5	T1-5	T1-6	T1-5	T1-6
LUNGS/VISCERAL PLEURA ---	T3-4	T1-6			T1-4	T2-5	T2-4	T1-6
STOMACH -----	T5-6	T5-9(12)	T5-8		T5-9	T5-10	T6-10	T5-9L
DUODENUM -----		T5-9					T5-9	T5-9
LIVER -----	T5 R	T5-9	T7-10		T5-9	T5-6	T7-9	T5R
GALL BLADDER AND DUCTS --	T6 R	T5-9	T9-10		T5-11		T7-9	T6R
SPLEEN -----	T7 L			T6-8	T5-9	T6-8	T6-10	T7L
PANCREAS -----	T7 R	T5-9			T5-9	T5-6	T6-10	T7R
SMALL INTESTINES -----	T8-10	T5-9	T10-11		T5-9	T5-10	T9-10	T10-11
COLON -----		T10-L2	T11-12			T5-10	T11-L2	T10-L2
RIGHT COLON -----								T10-11
APPENDIX -----	T11							T12
LEFT COLON -----								T12-L2
ADRENAL -----	T11	T5-9		T8-11	T5-11		T8-L1	T10-11
KIDNEY -----	T12	T6-L1	T12	T8-12	T12-L2	T10or11	T10-L1	T10-11
UPPER URETER -----								T10-11
LOWER URETER -----								T12-L1
BLADDER (BODY) -----	L2	L2-5	L1-2		T12-L2	T11-L2	T11-L2	T12-L2
BLADDER TRIGONE/SPHINCTER		T11-L3				L2		T12-L2
OVARY AND TESTES -----	T9-10	T9-11		T9-10	T10-12	T10-11	T10-11	T10-11
UTERINE BODY -----		T10-L5		T11-12	T10-11		T12-L1(2)	T12-L2
PROSTATE -----					L1-2		T11-L1	T12-L2
GENITAL CAVERNOUS TISSUE						L2		
MAMMARY GLANDS -----							T4-6	T1-6
ARMS -----							T2-5	T2-8
LEGS -----							T10-L2	T11-L2

CENTROS OSTEOPÁTICOS

COMPOSITE AUTONOMIC INNERVATION CHART						
PARASYMPATHETIC INNERVATIONS	VISCERA	SYMPATHETIC INNERVATIONS				
		THORACO- LUMBAR	REGIONAL AREAS	CORD LEVEL	SPLANCHNIC NERVES	COLLATERAL GANGLIA
CRANIOSACRAL						
CRANIAL III	- PUPILS -	T1-4	HEAD AND NECK	T1-4		(CERV. GANGLIA)
CRANIAL VII	- LACRIMAL AND SALIVARY GLANDS -	T1-4	HEART	T1-6		(CERV. GANGLIA)
CRANIAL VII	- SINUSES -	T1-4	LUNGS	T1-6		----
CRANIAL IX, X	- CAROTID BODY AND SINUS -	T1-4				
CRANIAL X VAGUS	- THYROID -	T1-4				
"	- TRACHEA/BRONCHI -	T1-6	ENTIRE GI TRACT:	T5-L2		
?	- MAMMARY GLANDS -	T1-6				
CRANIAL X VAGUS	- ESOPHAGUS -					
"	- LOWER 2/3 -		UPPER GI TRACT	T5-9	GREATER SPLANCHNIC	CELIAC GANGLION
"	- AORTA -					
"	- HEART -	T1-6				
"	- LUNGS AND VISCERAL PLEURA -	T1-6	SM INT./RT COLON	T10-11	LESSER SPLANCHNIC	SUP. MESENTERIC GANGLION
"	- STOMACH -	T5-9L				
"	- DUODENUM -	T5-9	APPENDIX	T12	LEAST AND LUMBAR SPLANCHNIC	INF. MESENTERIC GANGLION
"	- LIVER -		LEFT COLON/PELVIS	T12-L2		
"	- GALL BLADDER -	T5-9				
"	- AND DUCTS -	T5-9				
"	- SPLEEN -	T5-9	ENTIRE COLON	T10-L2	LESSER, LEAST, AND LUMBAR SPLANCHNIC	SUP. AND INF. MESENTERIC GANGLION
"	- PANCREAS -	T5-9				
"	- RIGHT COLON -	T10-11				
?	- OVARY AND TESTES -	T10-11				
CRANIAL X VAGUS	- SMALL INTESTINES -	T10-11	ADRENAL	T10-11		
"	- KIDNEY -	T10-11	ENTIRE GU TRACT:	T10-L2		
"	- ENTIRE COLON -	T10-L2	(KIDNEY, URETERS, AND BLADDER)			
"	- APPENDIX -	T12				

Continued on next page

CENTROS OSTEOPÁTICOS REGULADORES

COMPOSITE AUTONOMIC INNERVATION CHART						
PARASYMPATHETIC INNERVATIONS	VISCERA	SYMPATHETIC INNERVATIONS				
		THORACO- LUMBAR	REGIONAL AREAS	CORD LEVEL	SPLANCHNIC NERVES	COLLATERAL GANGLIA
CRANIOSACRAL						
PELV. SPLANCHNICS (NONE) VAGUS PELV. SPLANCHNICS " " " " " (NONE) (NONE)	- LEFT COLON ADRENAL - UPPER URETER - LOWER URETER - BLADDER (BODY) BLADDER TRIGONE AND SPHINCTER - UTERINE BODY - PROSTATE - GENITAL CAVERNOUS TISSUES - ARMS - LEGS	- T12-L2 - T10-11 - T10-11 - T12-L1 - T12-L2 T12-L2 - T12-L2 - T12-L2 - T12-L2 - T12-L2 - T2-8 - T11-L2	UPPER URETER LOWER URETER BLADDER	T10-11 T12-L1 T12-L2		

* PELVIC SPLANCHNIC = S 2,3,4 (PARASYMPATHETIC)

ATENCIÓN A:

- El SNA es UBICUITARIO, es decir, llega a todas y cada una de las células del organismo, comunicándose con ellas tanto por vía endocrina como a través de la sustancia fundamental de Pishinger (siempre que esté en estado Gel).
- Se extiende como un árbol por todo el cuerpo en forma de MÚLTIPLES PLEXOS (celíaco, cardíaco...), haciendo que ACCIONES LOCALES tengan EFECTOS GLOBALES sobre la FUNCIÓN DE AUTORREGULACIÓN del cuerpo.
- Es especialmente importante su distribución **perivascular**, que lo hace imprescindible en el **intercambio de sustancias** con la célula (O₂, nutrientes, hormonas, desechos...) y por ello un rol fundamental en los fenómenos de **HIPOXIA-ISQUEMIA**, que derivan en **ACIDIFICACIÓN** y en transformación en SOL de la **SUSTANCIA FUNDAMENTAL DE PISHINGER (antigua matriz extracelular)**

DIAGNÓSTICO EN CONVERGENCIA.

- « UNA VEZ HECHA LA EXPLORACIÓN MANUAL DE NUESTRO PACIENTE CON UN DOLOR O SINTOMATOLOGÍA CONCRETA...TENDREMOS A GROSSO MODO INFORMACIÓN SOBRE ESTRUCTURAS CORPORALES DENSAS Y DÉFICITS DE MOVIMIENTO (expresión de mal funcionamiento del sistema nervioso)»
- « ESAS ESTRUCTURAS CORPORALES DENSAS ALTERADAS PODRÁN ESTAR O NO EN LA ZONA ÁLGICA O DE QUEJA DE LA PERSONA»
- « SE PROCEDE A LA JERARQUIZACIÓN DE LAS ZONAS CORPORALES SEGÚN SU MAYOR PREDOMINIO EN EL AUMENTO DE DENSIDAD TISULAR (...y por tanto reflejo de mal funcionamiento nervioso vegetativo) .

**DIAGNÓSTICO EN
CONVERGENCIA de
la
Estructura corporal
densa**

JERARQUIZACIÓN POR:

Palpación

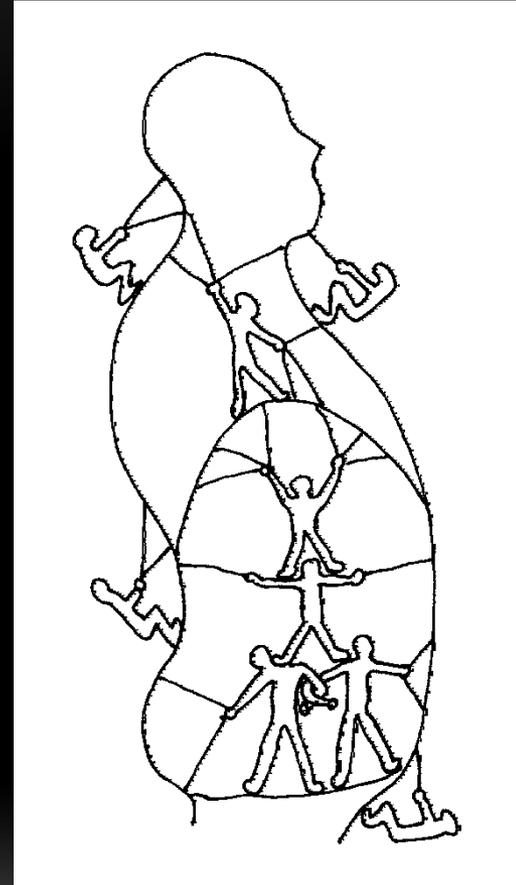
Movilización

Motilidad

Dermalgia Jarricot

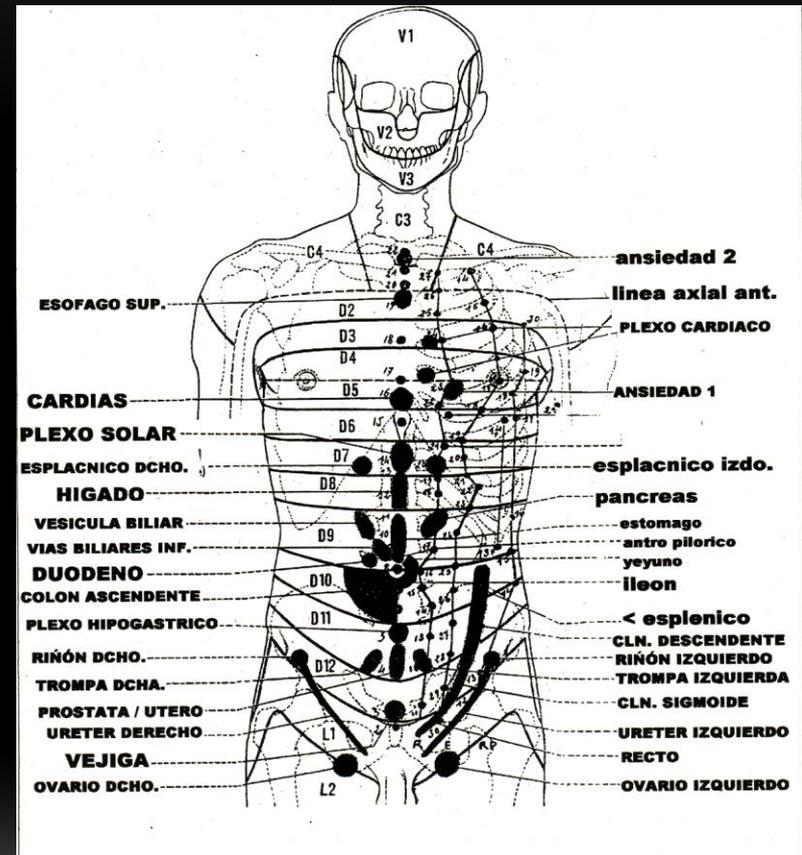
Neurolinfático Chapman

Prueba muscular Kns



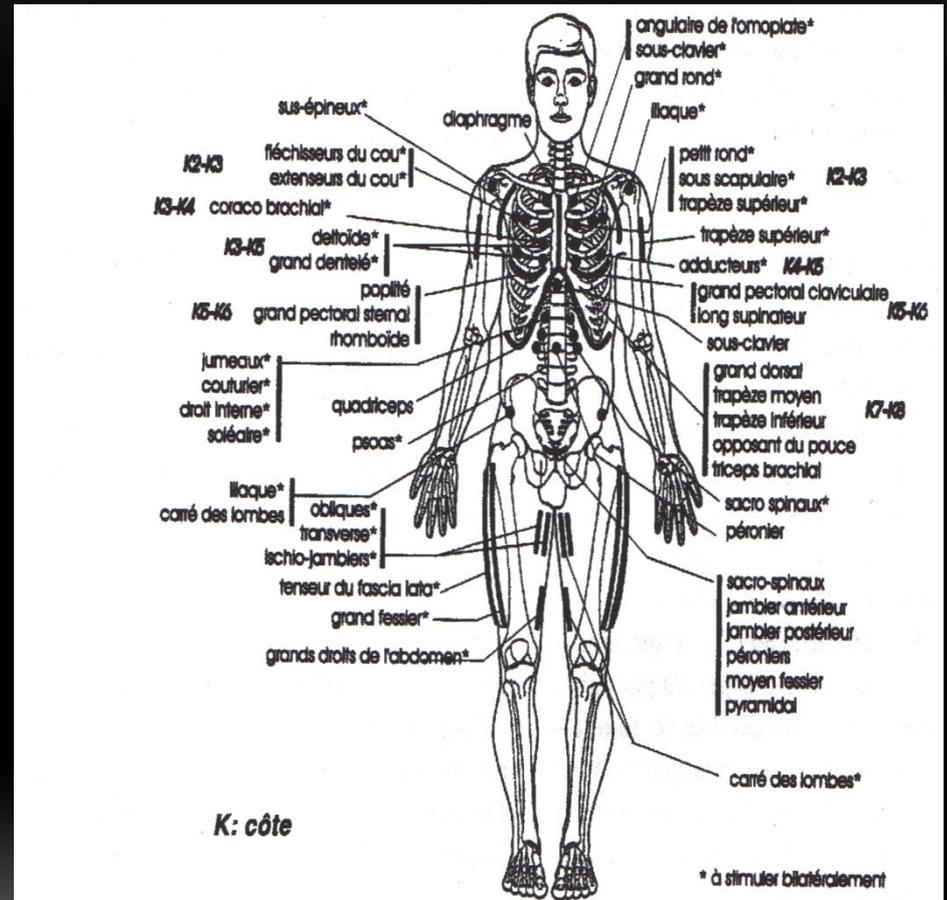
DIAGNÓSTICO EN CONVERGENCIA DE LA ESTRUCTURA CORPORAL DENSA

DERMALGIAS DEL DR. JARRICOT



DIAGNÓSTICO EN CONVERGENCIA DE LA ESTRUCTURA CORPORAL DENSA

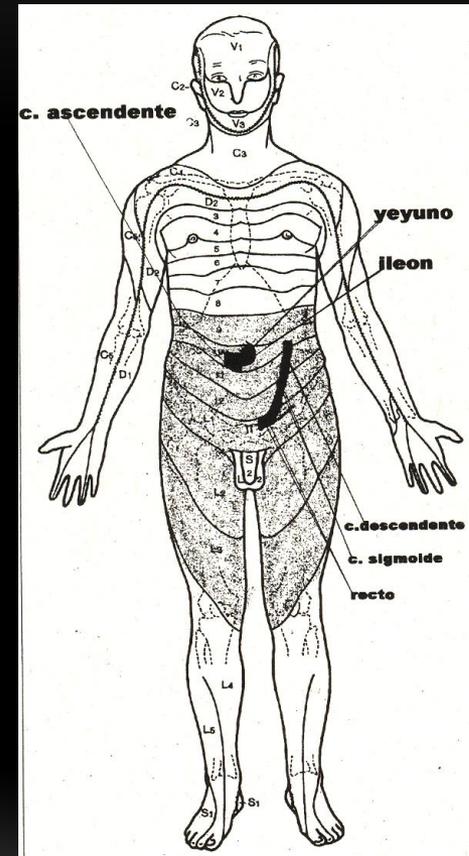
- PUNTOS NEUROLINFÁTICOS DEL DR. FRANK CHAPMAN.



DIAGNÓSTICO EN CONVERGENCIA DE LA ESTRUCTURA CORPORAL DENSA

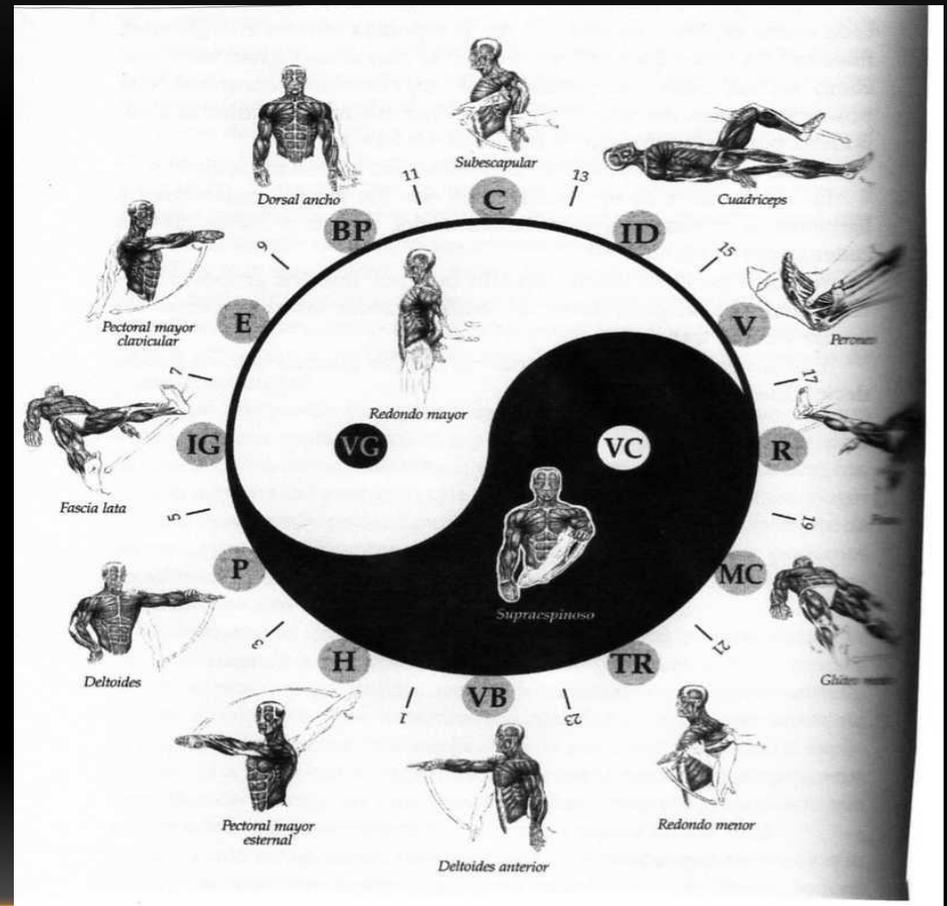
ÁREAS DE TEJIDO CONECTIVO DE LA DR. DICKE.

(Intestino delgado, colon y recto)



DIAGNÓSTICO EN CONVERGENCIA DE LA ESTRUCTURA CORPORAL DENSA

- PRUEBA MUSCULAR SEGÚN LA METODOLOGÍA DE LA KINESIOLOGÍA APLICADA



DIAGNÓSTICO EN CONVERGENCIA

UNA VEZ IDENTIFICADA LA ESTRUCTURA CORPORAL DENSA PRIORITARIA *EN ESE MOMENTO* CABRÍA PREGUNTARSE:

- ¿ CÚAL ES SU LAZO MECÁNICO?
- ¿ CÚAL ES SU LAZO FLUÍDICO?
- ¿ CÚAL ES SU LAZO NEUROLÓGICO?

...Y SI ¿ ENCONTRAMOS ALGUNA RELACIÓN CON LA REGIÓN DOLOROSA DEL PACIENTE?



DIAGNÓSTICO EN CONVERGENCIA

- CASO PRÁCTICO:

ESTRUCTURA DENSA EN
LA ZONA LUMBAR Y «DOLOR
LUMBAR»

- CRÓNICO (>6 semanas)
- APARICIÓN PROGRESIVA
- DIFUSO, NO LOCALIZADO.
- NO MEJORA CON REPOSO.
- NO MEJORA CON AINES.
- SIN TERRITORIO DEFINIDO CON RELACIÓN A LA INERVACIÓN Y EL DOLOR.
- PRUEBAS DX SIN HALLAZGOS GRAVES-LIGERAS PROTUSIONES L4-L5 Y L5-S1.
- ROT CONSERVADOS

DIAGNÓSTICO EN CONVERGENCIA. DOLOR LUMBAR

¿ LAZO MECÁNICO???

- región lumbo-pélvico-femoral.
- diafragma torácico inferior y pélvico.
- psoas, cuadrado lumbar, transverso, oblicuos...sin perder de vista que estos músculos forman parte de cadenas musculares que pueden estar hipersolicitadas.
- vasos sanguíneos...división de la aorta en las arterias ilíacas comunes.
- región cutánea (relación snv-snp)

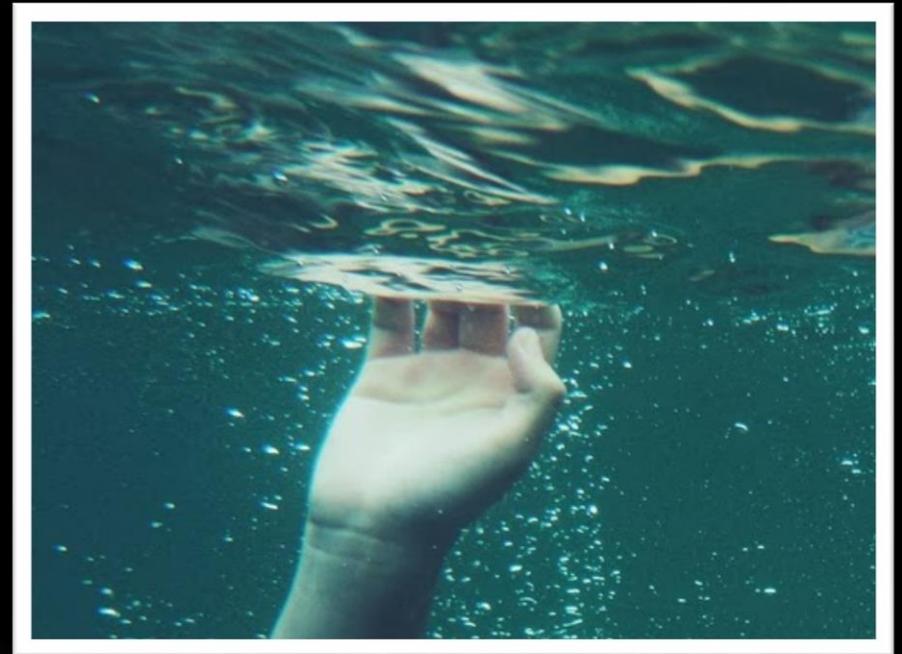


DIAGNÓSTICO EN CONVERGENCIA. DOLOR LUMBAR.

- ¿ LAZO FLUÍDICO???
- ¿METABÓLICO???

- sistema digestivo de eliminación (íleo, cecum, apéndice, colon ascendente, colon descendente, colon sigmoide y recto)

- aparato urogenital (riñones, uréteres, vejiga, útero, trompas de Falopio...)



DIAGNÓSTICO EN CONVERGENCIA. DOLOR LUMBAR.

¿ LAZO NEUROLÓGICO???

- SNV: SNS (región toraco-lumbar a través de plexo mesenterico inferior-plexo hipogástrico)

SNP (n. vago/nervios esplacnicos pélvicos)

- SNP: n.iliohipogástrico, n. ilioinguinal, n. genitofemoral, n. femoral y n. obturador.



DIAGNÓSTICO EN CONVERGENCIA. DOLOR LUMBAR.

- « Una vez que hemos expresado *las diferentes y posibles implicaciones MECÁNICAS, FLUÍDICAS Y NEUROLÓGICAS* que provocan *la alteración de la CALIDAD TISULAR DE LA ZONA* debemos escoger ¿QUÉ TRATAR?.»
- « Es verdad que en nuestro trabajo no tratamos un único elemento, la idea que debemos tener es la de ABORDAR siempre UN ENTORNO FASCIAL. Aún así, no podemos tratarlo todo, tendremos que escoger entre los diferentes factores de cada lazo osteopático»
- « Nuestro tratamiento, aún ejerciendo una acción LOCAL sobre un ENTORNO FASCIAL se debería obtener un EFECTO GLOBAL en el paciente. Eso será posible al realizar una acción sobre el SNV, sin perder de vista que la estructura del cuerpo humano se organiza también como un sistema de TENSEGRIDAD.

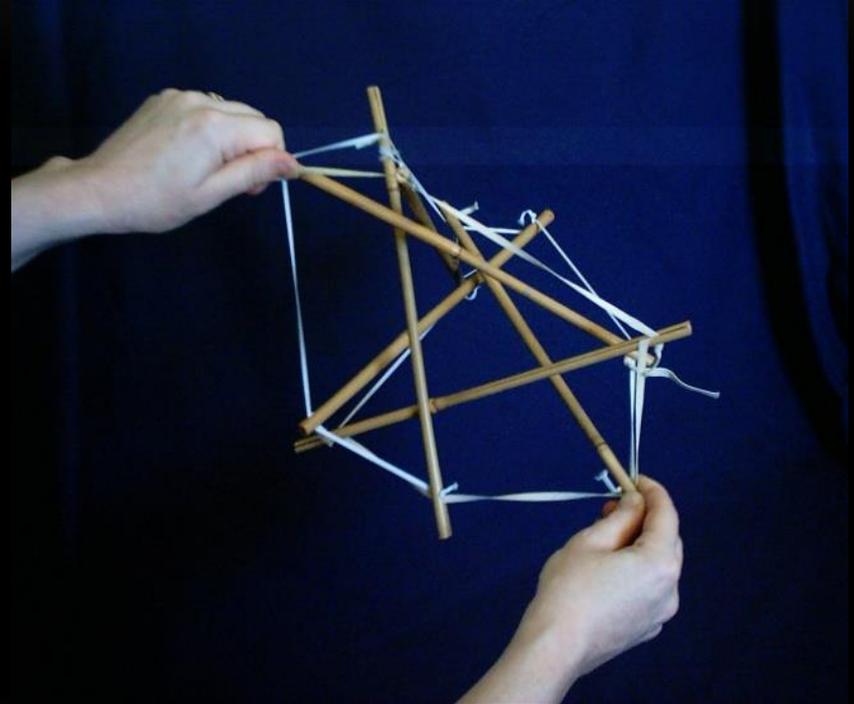
DIAGNÓSTICO EN CONVERGENCIA. DOLOR LUMBAR.

- Al final la decisión de escoger unos u otros factores de los diferentes lazos osteopáticos estará supeditada al resultado de los test que vamos obteniendo durante nuestra valoración.
- En este ejemplo, si no tenemos ningún bloqueo mecánico-articular y los test viscerales de movilidad-motilidad-neurolinfáticos son positivos, nos decantará al principio a la esfera visceral...eso no exime en absoluto que podamos integrar un trabajo de movilización articular simultáneamente.



TRATAMIENTO OSTEOPÁTICO.

- «EFECTUAMOS UNA ACCIÓN LOCAL DE ACUERDO A NUESTRO DIAGNÓSTICO QUE ACTÚA DE FORMA GLOBAL SOBRE NUESTRO PACIENTE»
- «CONCEPTO S.A.T. ESPECIFIC ADJUSTMENT TECHNIQUE»
- «TENSEGRIDAD»



TRATAMIENTO OSTEOPÁTICO (VÍDEO)



TRATAMIENTO OSTEOPÁTICO

PRESENCIA

CENTRAJE

TRIDIMENSIONALIDAD

MEDITACIÓN

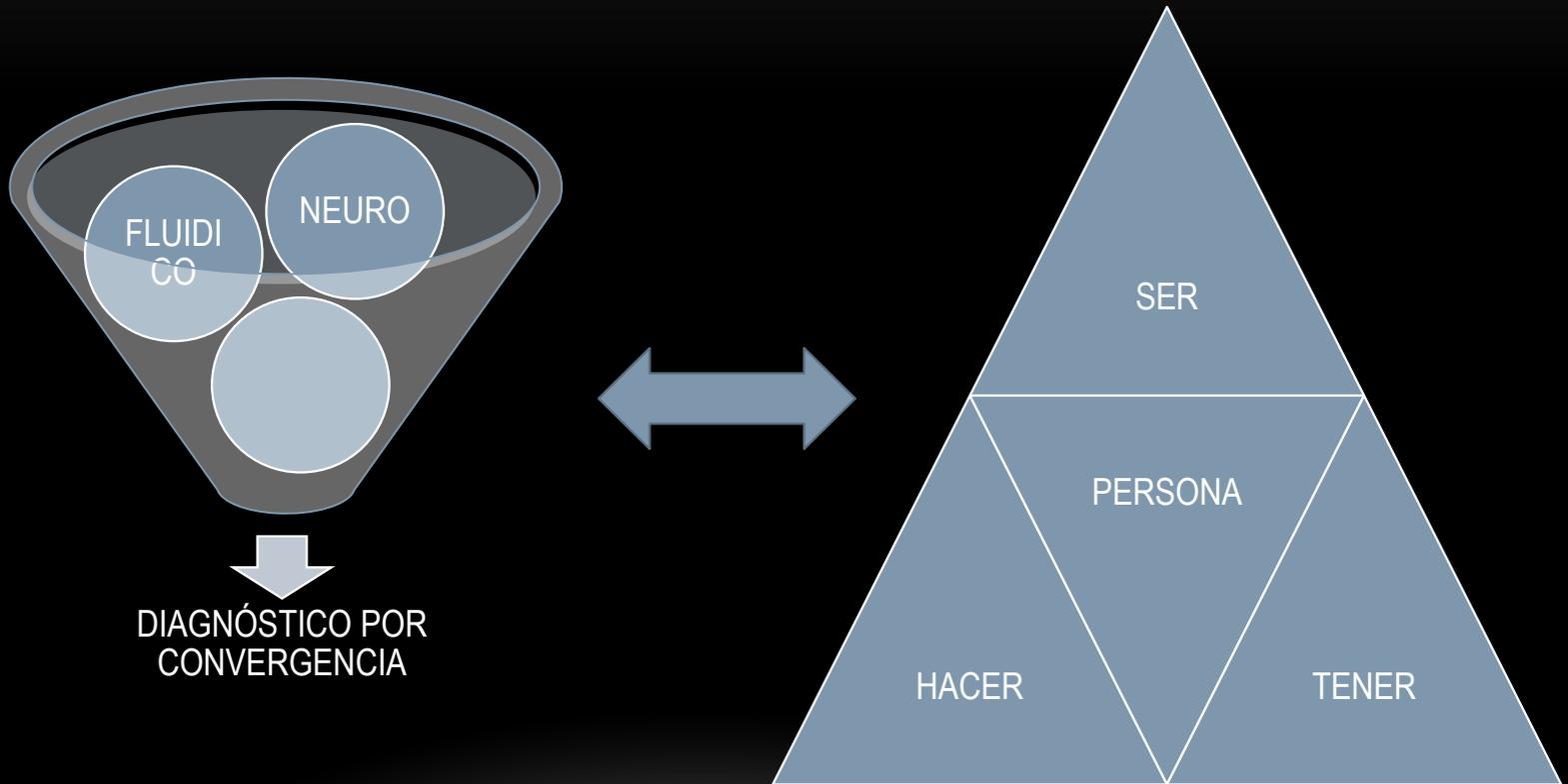
INMOVILIDAD

**«EL CUERPO SABE Y CONOCE LO
QUE TÚ CONOCES» (Lamb, G)**



Chi Sao Libre
buscando fluidez en la acción -reacción

TRATAMIENTO OSTEOPÁTICO. DOBLE CONO.



TRATAMIENTO OSTEOPÁTICO. DOBLE CONO

- En mi opinión, después de haber escuchado a grandes maestros, creo que sólo es posible realizar un acto terapéutico adecuado si eres consciente de la relación que has establecido con tu paciente y su entorno próximo...y lejano ¿por qué no?
- Únicamente de ese modo, conseguiremos que la persona que tratemos se sienta así...





**¡MUCHAS GRACIAS POR
VUESTRA ATENCIÓN!**