



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO FIN DE GRADO

GRADO EN FISIOTERAPIA

**TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO Y OSTEOPÁTICO BASADO EN EL ESTUDIO DE
CADENAS LESIONALES. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Raquel Lainez Carreras

DIRECTOR
Mariano Hernández Galindo

VºBº Firma:

Pamplona- Iruña

Fecha: 23 de Junio 2014

RESUMEN

En este trabajo se pretende hacer hincapié en la importancia del estudio de las cadenas lesionales como base de tratamiento, así como el uso de diferentes técnicas complementarias como son la fisioterapia y la osteopatía.

Se expone un caso clínico de diastasis de rectos del abdomen tratado siguiendo las pautas expuestas. Tras plantear y desarrollar 16 sesiones divididas en dos etapas de tratamiento, se ha podido observar una mejora de su sintomatología pero también una mejora de su estado general global eliminando su malestar y cansancio, consiguiendo suplir la contención abdominal, lo que refuerza la utilidad de este enfoque terapéutico.

Osteopatía, Fisioterapia, Globalidad en el tratamiento, Cadenas lesionales.

ÍNDICE

PÁG

1. Introducción.....	1
2. Objetivos.....	3
3. Materiales y metodología.....	3
4. Exposición del Caso Clínico:.....	5
▪ Anamnesis.....	5
▪ Exploración.....	9
▪ Cadenas lesionales.....	13
▪ Diagnostico Fisioterápico e hipótesis.....	24
▪ Objetivos de la actuación fisioterápica.....	24
▪ Plan de Tratamiento.....	25
5. Evaluación – Evolución- Resultados.....	29
6. Discusión.....	31
7. Conclusiones.....	33
8. Bibliografía.....	34
9. Anexos.....	36

1. INTRODUCCIÓN:

Hoy en día, la Fisioterapia y la Osteopatía son dos disciplinas independientes que abarcan campos similares pero a su vez, muy diferentes.

Vamos a definir la Fisioterapia como el conjunto de métodos, actuaciones y técnicas que, mediante la aplicación de medios físicos, curan, previenen, recuperan y adaptan a personas afectadas de disfunciones somáticas y orgánicas o a las que se desea mantener en un nivel adecuado de salud.¹

Por otro lado, la osteopatía es un conjunto de técnicas manuales basadas en el conocimiento y el respeto de las leyes que rigen la vida y los organismos vivos, cuya meta es la de restaurar y mantener el equilibrio del cuerpo de forma óptima, a fin de permitirle recuperar y conservar su capacidad para autorregularse.²

Encontramos que existen tres fuentes de saturación de energía, que corresponden a tres grandes grupos de agresiones para el organismo: el traumatismo físico, las condiciones de exceso, de carencia o intoxicación; y el estrés. Estos tres tipos de situación por razones diferentes, conducen al organismo a retener energía, porque es incapaz de regularla. El traumatismo, al crear zonas de saturación, es con frecuencia el origen de otros problemas. Estas zonas están, efectivamente, en peor estado de comunicación y pueden ser ineficaces en la conducción o dilución de los flujos de energía que llegan a ellas. El paciente y los terapeutas no aciertan a comprender por qué existe tal localización del dolor o de la dificultad, siendo la causa de ello un traumatismo olvidado y no tratado.²

Debemos considerar el proceso de gestación como un traumatismo en el organismo. Entre las afectaciones encontramos que debido a la desviación del centro de gravedad hacia delante y hacia arriba se encuentra tensión en varias zonas como es en la musculatura abdominal, que sumada a la relajación ligamentaria y muscular general de la gestante pueden llegar a provocar una diástasis de rectos.³

A nivel hormonal, la relaxina, hormona polipeptídica, causa una hiperlaxitud ligamentosa responsable de hipermovilidad articular y que confirma las modificaciones posturales adoptadas.⁴ Esto puede predisponer al paciente a una lesión articular y ligamentaria, especialmente en las articulaciones que sustentan el peso como la columna, pelvis y miembros inferiores.⁵

Todas las estructuras del organismo están relacionadas las unas con las otras debido a la existencia del sistema fascial. Este sistema va a estar constituido por tejido conectivo que envuelve y comunica huesos, músculos, vísceras, vasos sanguíneos y linfáticos, constituyendo la base anatómica de la globalidad y de la unidad funcional del cuerpo.⁶ De este modo, todos los tejidos del cuerpo están unidos unos a otros y constituyen una unidad mecánica. Por ello una retracción situada en una parte del sistema altera por tanto el conjunto.² A través de este sistema fascial organizado en cadena anterior, posterior y lateral van a ir las diferentes tensiones.⁷ Debido a esta organización, todos los movimientos músculo- esqueléticos o viscerales son totales, es decir que cualquier acción corporal involucra y repercute en todo el organismo.⁶

Este sistema global actúa mediante la retracción, la pérdida de elasticidad y el aumento de densidad en determinadas zonas o puntos del cuerpo. Así el cuerpo altera su postura y se verá afectado su funcionamiento, surgiendo así las disfunciones y los síntomas. Los síntomas son una manifestación de que el organismo no puede adaptarse al estrés y debe realizar compensaciones que lo desequilibran. De este modo, muy a menudo la zona donde se presenta el dolor estará lejos de la causa.⁶

Cuando se rompe el equilibrio del cuerpo, porque un dato de referencia ha sido modificado, el organismo intenta recrear ese equilibrio. El cuerpo intenta primero compensar. El nuevo equilibrio instaurado por el organismo no produce nunca tan buenos resultados como el funcionamiento original, y desvía y acapara una parte no despreciable de la energía del organismo. Cuando el cuerpo no puede regular la energía a la que se enfrenta haciéndola circular, busca como retenerla. Así se originan alteraciones de las estructuras y funciones del organismo, debido a que estas son indisociables. Una estructura alterada no permite que la función actúe normalmente; una función alterada puede alterar una o varias estructuras, las cuales alteran, a su vez, diferentes funciones del cuerpo.²

Encontramos otro aspecto a destacar, como es que cada segmento medular inerva diferentes territorios: la articulación vertebral en cuestión, el territorio muscular, el territorio cutáneo y el territorio visceral. Así una alteración en uno de estos territorios va a repercutir en la estructura y función de los demás territorios. A su vez los músculos que regulan el movimiento vertebral de ese nivel están controlados por ramas nerviosas que provienen de ese segmento de medula espinal y si este segmento se ha vuelto hiperexcitable y funciona de forma confusa, estos nervios transmiten impulsos anormales. Los músculos se contracturan, bloqueando la vertebra y alterando su funcionamiento. Devuelven flujos de comunicación anormales, lo que contribuye a aumentar la confusión al nivel del centro integrador. En resumen podemos decir que la lesión osteopática se auto mantiene y a veces incluso se agrava sola. Añadamos a esto que los diferentes segmentos de medula espinal se comunican los unos con los otros, lo que propaga la confusión. De este modo el funcionamiento de todo el sistema nervioso central puede encontrarse alterado.²

El objetivo de la terapia manual o tratamiento osteopático es devolver la funcionalidad de la vertebra o unidades vertebrales y resto de sistemas afectados, sistemas cráneo-sacro, visceral, musculoesquelético, etc....⁸ Muchas de las intervenciones utilizadas en terapia manual están basadas en un modelo teórico biomecánico, el cual identifica disfunciones segmentarias. Dichas disfunciones pueden ser de movimiento o de posición y deben de ser tratadas de manera altamente específica con una técnica que restaure el movimiento o posición alterados.¹⁰

Una vez liberada la restricción y eliminada la obstrucción de la circulación fluídica y de la corriente nerviosa, el potencial innato de curación del organismo hace el resto.⁹

2. OBJETIVOS:

2.1 Objetivo principal

Objetivo general: Establecer cadenas lesionales presentes en el paciente.

Objetivos específicos:

- Analizar y relacionar todas las lesiones presentes en el paciente.
- Determinar el origen causal de cada cadena lesional.
- Explicar los mecanismos de lesión de cada cadena lesional.

2.2 Objetivo secundario

Objetivo general: Valorar los resultados obtenidos, tanto física como psicológicamente, de la combinación de un tratamiento fisioterápico y un tratamiento osteopático.

Objetivos específicos: Establecer y aplicar un tratamiento acorde a las lesiones presentes, combinando técnicas fisioterápicas y osteopáticas.

3. MATERIALES Y METODOLOGÍA:

3.1 Materiales

Historia clínica, la cual se adjunta en el apartado de “anexos”, y que es obtenida de la búsqueda de “Historia clínica fisioterapia” en google, comprobando que se ajusta según nuestro criterio a lo requerido en este caso clínico.

Paciente y consentimiento informado.

Una consulta, un ordenador para la recogida de datos y dos fisioterapeutas. Una aplicación práctica consistente en 16 sesiones y una base teórica a través de una revisión bibliográfica para la cual se necesitó un soporte informático y un soporte en papel.

- a) En cuanto al soporte informático, la búsqueda de información se ha realizado en bases de datos tales como:
- ENFISPO, en la que se seleccionaron 4 artículos.
 - Science Direct, en la que se seleccionó 1 artículo.
 - Pubmed donde se encontró 1 artículo de interés.

También se realizó la búsqueda en diversas revistas electrónicas, tales como:

- Efisioterapia, en la cual se seleccionaron 5 artículos.
- Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Alfonso X el sabio, en la cual se seleccionaron 2 artículos.
- Revista internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte, en la cual se seleccionó un artículo.
- Revista Iniciação Científica Cesumar, en la cual se encontró un artículo.

Por último se accedió a bibliotecas digitales y se encontró 1 trabajo de Fin de Grado.

- b) En cuanto al soporte en papel, la búsqueda de información se ha realizado en diversos libros acerca de Osteopatía Estructural, Visceral y Craneal constituyendo un total de 8 libros que se encuentran especificados en el apartado de bibliografía.

3.2 Metodología

Para la realización completa del Caso Clínico se precisó de una metodología experimental. En cuanto a su elaboración se siguió el siguiente esquema:

- Realización de la Anamnesis, utilizando la plantilla adjunta en el Anexo 1, mediante la recogida de datos.
- Realización de una Exploración mediante los contenidos de las asignaturas: Valoración II impartida por Ana Ibáñez, Terapia Manual impartida por Miguel Moreno, Fisioterapia Visceral impartida por Alejandro Ferrer y Practicum III impartida ,entre otros, por Juan Luis Paredes. En cuanto al apartado de Valoración Uroginecológica se han seguido planteamientos otorgados en la asignatura de Fisioterapia Uroginecológica impartida por Noelia Saenz. Los apartados que la conforman son: exploración general, exploración osteopática, exploración neurológica, valoración uroginecológica y test ortopédicos.
- Análisis de los datos obtenidos durante la Anamnesis y la Exploración. Relacionarlos y establecer cadenas lesionales: en las que se expone una tabla resumen: mecanismo lesivo, lesión primaria, lesión secundaria y síntomas; seguidas de una explicación.
- Propuesta de un diagnóstico y posibles hipótesis sobre el diagnóstico.
- Establecer objetivos principales y secundarios del tratamiento.
- Propuesta de un tratamiento integral, combinando técnicas fisioterápicas y osteopáticas: duración, distribución, materiales, métodos, recomendaciones...
- Realización del tratamiento y seguimiento del paciente.

Para conseguir la base teórica fue necesaria una búsqueda bibliográfica. Esta búsqueda bibliográfica ha sido centrada en aspectos considerados relevantes tras la realización de la anamnesis.

3.3 Planificación:

Las actividades que se emplearon para la realización del Caso Clínico fueron:

- ✓ Realización de la Historia Clínica.
- ✓ Lectura y comprensión de la Terapia Osteopática, tanto bases teóricas como prácticas; de las lesiones del paciente y de los mecanismos lesionales. Así se conseguirá un conocimiento mayor de estos 3 aspectos, adquiriendo una visión más global para poder así establecer cadenas lesionales.

Mecanismo lesional/Origen causal → Lesión primaria → lesiones secundarias

- ✓ Establecimiento y realización del tratamiento; y seguimiento del paciente.

Tabla con las actividades necesarias para llevar a cabo el Caso Clínico:

	Lugar	Tiempo	Recursos
Recogida de datos: Historia Clínica	Consulta de Castejón.	180 minutos. En las consultas posteriores se van realizando algunas preguntas.	Anamnesis. Exploración.
Establecer cadenas lesionales	Consulta no presencial.	320 minutos	Lectura y comprensión de libros y artículos acerca de los temas pertinentes.
Establecer tratamiento	Consulta no presencial.	75 minutos	Fisioterapeuta, Jefa consulta Castejón.
Realizar tratamiento. Seguimiento	Consulta de Castejón.	75 minutos/semana Total: 1200 minutos.	Dos fisioterapeutas. Material pertinente para cada técnica.

El tratamiento será realizado por dos fisioterapeutas y con una frecuencia de un día por semana, la sesión tendrá una duración de 1 hora y 15 minutos.

La paciente sobre la que se realiza el presente trabajo acudió a la Consulta de Castejón "Kinetasia" en el mes de Diciembre. El seguimiento del Caso Clínico se realiza a partir de Febrero. No es realizado desde Diciembre porque todavía no se conocían las pautas del Trabajo de Fin de Grado.

El seguimiento del caso se prolonga hasta que la paciente por motivos personales y laborales tiene que trasladarse a Huesca siendo imposible continuar con el tratamiento. Dándose por finalizado en la 16ª sesión.

Dado que en la carrera de Fisioterapia damos contenidos de osteopatía estructural y visceral, pero los conocimientos plenos se adquieren al realizar el Máster de Osteopatía, se aumentarán esos conocimientos con la lectura de libros dedicados a los aspectos de la osteopatía.

4. EXPOSICIÓN DEL CASO CLÍNICO

4.1. Anamnesis (Anexo 1)

Mujer de 35 años. Nacionalidad española. Casada y con una hija. Trabajo: hostelería, pasa muchas horas de pie y sentada; realiza mucho trabajo con los brazos. Empleo propio, realiza numerosas labores: limpieza, recepción, servir, reparar..., define su trabajo como absorbente. No hábitos tóxicos. Hobbies: andar y baile de salón, le gustaría volver a bailar ya que lo ha tenido que dejar por los síntomas.

4.1.1 Antecedentes familiares:

Hermana y tía: Hipotiroidismo de Hashimoto.

4.1.2 Antecedentes personales:

- A los 6 años: Fractura tibia y peroné en el tercio medio. Extremidad Inferior derecha. Intervención quirúrgica.
- A raíz de la intervención quirúrgica dolor de espalda.
- Escoliosis 14 años. Escoliosis dorsal derecha y lumbar izquierda. Tratamiento: alza de entre 0,5-0,7 mm, rehabilitación y deporte. Causa inicial: pierna izquierda corta.
- Alergia AINES
- A los 20 años: accidente de coche. Diagnóstico: latigazo cervical. Tratamiento: collarín.
- Hiperlaxitud (antecedentes personales no patológicos).
- Hipotiroidismo de Hashimoto. Diagnóstico a los 18 años.

4.1.3 Antecedentes gineco- obstétricos:

- Desde la regla padece de migrañas: Tomo la píldora 1 año, y al aparecer migrañas la retiraron.
- Parto 21 Octubre de 2012. Madre primeriza. 40 semanas de gestación. Realizó clases de preparación al parto y masaje perineal. Parto sin dolor. Duración 4 horas 30 minutos. Pujo fisiológico y posición ginecológica, al final del parto realizó pujos dirigidos- hiperpresivos. Parto instrumentalizado: episiotomía y ventosa. Peso del bebé: 3,400 kg. Profesional que asistió el parto: ginecólogo y matrona.
- Después del parto: reglas normales y dolorosas.

4.1.4 Historia de la patología actual:

Acude a consulta en Diciembre de 2013. Motivo de consulta, síntomas generales:

- Malestar generalizado
- Cansancio crónico
- Congestión y pesadez en piernas
- Dolor en parte interna de rodilla
- Dolor de cabeza: cefaleas y cervicalgias. Lo define como dolor agudo, latente y muy incapacitante. Incluso mareos y vómitos.
- Dolor en estómago y digestiones irregulares y pesadas
- Problemas para dormir
- Lumbalgia
- Sacrolumbalgia

Paciente que dio a luz el 21 de Octubre de 2012. Durante el embarazo comenzó con síntomas de pesadez en abdomen y pesadez genital. Además se notaba una depresión entre apófisis xifoides y abdomen. Después de dar a luz tiene mal estar generalizado, no podía apenas moverse ni agacharse... Los especialistas con los que trató (ginecólogo y “médico de circulatorio”) le dijeron que “era algo normal y se le iría pasando”, no realizaron pruebas complementarias. No notaba ninguna mejoría mientras que veía que otras embarazadas estaban ya bien. Le recetan AINES, la paciente estuvo tomando muchos analgésicos hasta que le dieron alergia.

Ante la situación decide acudir a fisioterapeutas privados, naturopatas...no ha notado mejoría con ninguna terapia. Estuvo aproximadamente 1 año “esperando” porque el diagnóstico de los especialistas era que su sintomatología era un proceso normal, y que con el tiempo se recuperaría.

Desesperada decide acudir a la consulta de Castejón. Llega a consulta con límite de movilidad y con mal estar generalizado. Entre las actividades limitadas se encuentran: agacharse, movimientos rápidos, llevar/ empujar el carro del bebe...

4.1.5 Interrogatorio por sistemas

Aparato digestivo: Digestiones pesadas e irregulares. Presenta abundantes flatulencias con problemas para su expulsión. No estreñimiento. Nauseas y vómitos. Toda comida le sentaba mal.

Aparato cardiovascular: edema y cianosis en extremidades inferiores.

Aparato respiratorio: fatiga, cansancio por realizar movimientos que no suponen grandes esfuerzos. Por ejemplo: mover una silla. Nota que tiene poca movilidad costal y lo define como respiración limitada.

Aparato urinario: Presenta dolor continuo en vejiga. Presenta Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE) después de dar a luz. Dolor lumbar y sacroilíaco.

Aparato genital: episiotomía lado derecho y 12 puntos. Al final del embarazo notaba bastante presión en la parte baja de abdomen y pesadez genital. Presentaba los genitales de color morado y tuvo que dejar de realizar el masaje perineal por el dolor que le causaba.

Sistema endocrino: hipotiroidismo de Hashimoto.

Aparato osteomuscular: dolor lumbar, sacroilíaco y dolor cervical. Dolor alternante en parte interna de rodillas. No duele siempre la misma rodilla, cada mes duele una. Sensación en la tripa al coger algo: “que se le abría”.

Sistema nervioso: Para las migrañas toma Triptanes y Triptilina. A raíz de tener migrañas le quitaron los empastes de la boca. Problemas para conciliar el sueño: sentada, moviéndose para coger postura, mucho dolor y malestar, tomaba valerianas y tilas. Cuando duerme no lo hace profundamente, los síntomas no despertaban. Dolor de cabeza incapacitante. No puede realizar movimientos rápidos. Sensibilidad alterada:

un mínimo roce en piernas y abdomen le producía dolor. Medias de compresión: heridas en la piel. Define su piel “fina como un papel”.

Psicosomático: Estrés, mal estado anímico. Define la situación como la peor que ha vivido. Muestra gran desesperación.

4.1.6 Diagnósticos anteriores:

Sistema Linfático no funcional.

4.1.7 Terapéutica empleada anteriormente:

Intervención personal: agua fría, té para eliminar líquidos... no tuvieron ningún efecto.

Tratamientos especialistas: acupuntura, hidroterapia, electroterapia y masoterapia. No tuvieron ninguna mejoría.

4.2 Exploración (Anexo 2)

4.2.1 Exploración general

a. Inspección visual:

Análisis estático

Plano Sagital:



Abdomen prominente

Recurvatum de rodillas



Abdomen prominente

Recurvatum de rodillas

Plano posterior:



Hombro izquierdo elevado.

Escápula derecha descendida.

Desviación lateral de columna: dorsal derecha y lumbar izquierda.

Ángulo brazo tronco izquierdo aumentado. Derecho disminuido.

Espinas Iliacas Postero-superiores (EIPS) derecha más caudal que EIPS izquierda.

Presencia de tejido conjuntivo en la zona lumbar

Edema en piernas.

Pliegue glúteo izquierdo más marcado y el del lado derecho más elevado.

Menor masa muscular en musculatura isquiotibial derecha.

Huecos poplíteos hacia postero-externo.

Ligera rotación externa de pierna derecha

Plano frontal:



Línea de gravedad desviada hacia el lado izquierdo.

Hombro izquierdo más elevado. Hombro derecho ligeramente rotado internamente.

Ángulo brazo tronco derecho disminuido.

Borde costal izquierdo descendido.

Espinas Iliacas Antero- superiores (EIAS) derecha más craneal que EIAS izquierda.

Mayor masa muscular en cuádriceps izquierdo.

Ligera rotación externa pierna derecha.

La desviación de la línea de gravedad hacia el lado izquierdo y la mayor masa muscular de cuádriceps e isquiotibiales en el lado izquierdo nos hace pensar en el lado izquierdo como lado dominante.

Análisis dinámico

Velocidad lenta. Pasos pequeños y cortos. Cintura pélvica: movilidad limitada.

b. Palpación

Tejidos blandos: dolor a la palpación cuadrado lumbar (ambos, mayor contractura en izquierdo), piramidal (ambos, mayor contractura en derecho), psoas (ambos, mayor contractura en izquierdo), de ambos tríceps sural, dolor a la presión en el punto de Arnold, escalenos, diafragma, deltoides medio derecho, ligamentos sacroilíacos y sacrolumbares.

Tejidos óseos: Dolor a la palpación sacroilíaca (mayor dolor en sacroilíaca derecha), cervicales (C1, C2, C3), dorsales (D6, D8, D9, D12) y lumbares (L2, L5, S1).

c. Movilidad

Global: Todos los movimientos se encuentran bastante limitados por la sintomatología y el mal estar físico que presenta. Los movimientos más limitados son la extensión, inclinaciones y rotaciones.

Test de flexión global de columna: Presencia de zonas planas en parte superior dorsal y a nivel de la charnela toracolumbar.

Test de inclinación lateral global de columna:

- Dorsal: un quiebro D4-D5.
- Lumbar: un quiebro en L1-L2.

Analítica:

- Cervical: Hipomovilidad en C3 y occipital.

4.2.2 Exploración osteopática

a. Valoración esclerotoma

Dolor palpación vertebral: C0, C1, C2, C3, D6, D8, D9, D12, L2, L5 y S1.

Dolor palpación partes óseas relacionadas: Parte interna de ambas rodillas (relación con ovarios), sacroilíacas (S1, S2), occipital (L2), trocánter (L5).

b. Valoración dermatoma

Dermalgia y celulalgia en dermatomas cervicales, torácicos y lumbares.

c. Valoración miotoma

	Derecho		Izquierdo	
	+	-	+	-
Psoas iliaco (L2, L3)		x	x	
Isquiotibiales (L4,L5)	x			x
Cuadrado lumbar			x	
Piramidal (L5,S2)	x			x
Cuádriceps (L3, L2, L4)		x	x	
Elevador de la escapula (C3)		x	x	

+: Hipertónico; -: hipotónico.

d. Valoración viscerotoma

Palpación

Presenta molestia a la palpación en el esfínter de Oddi, alteración de la movilidad y motilidad en: ovario, útero, sigmoide, hígado y estómago.

4.2.3 Exploración neurológica

Hipersensibilidad en extremidades inferiores (L1-S2) y región abdomen (T8- T12). ROT normales.

4.2.4 Valoración uroginecológica

Valoración ginecológica: La episiotomía no provoca molestias. A la palpación se encuentran adherencias. Ella se nota que el lado de la episiotomía le cuesta más contraerlo. Contracción grado 2 (contracción bien percibida pero sostenida menos de 5 segundos sin resistencia). Útero en retroversión. No prolapsos, no problemas relaciones sexuales.

Valoración ano-rectal: No prolapsos. No problemas asociados (estreñimiento, incontinencia..)

Valoración urinaria: IUE. Se realiza el Calendario Miccional. Presenta pérdidas al realizar gestos como toser, coger objetos pesados y reírse, mojando un poco la comprensa. La ingesta de líquidos es la adecuada.

4.2.5 Test ortopédicos/ complementarios

Test de Gillet: Iliaco derecho posterior, sacro torsionado y posterior. Lesión sacroilíaca.

Prueba de longitud de piernas: la pierna izquierda es más corta.

Prueba de los pulgares ascendentes: Sacro derecho lesionado.

Test de los escalones: Hipomovilidad en C3 (3º-4º escalón). C3 lesión en ERS derecha.

Testing vaginal superior: útero en retroversión.

Test de competencia abdominal: tos mal realizada.

4.3. Cadenas lesionales:

4.3.1 Tabla 1:

Mecanismo lesivo	Lesión primaria	Síntomas	Lesiones secundarias
Accidente de tráfico → Latigazo cervical (Tratamiento: collarín).	Afectación occipital, C3, T12, Sacroilíacas. Compresión esfenobasilar.	Favorece activación simpaticotónica (Persona muy nerviosa, con mayor pre disponibilidad a padecer estrés). Retroalimentación al estado de estrés. Menstruaciones irregulares. Fatiga.	Cierre agujero rasgado posterior. Afectación diafragma. Ritmo craneosacro. Afectación psoas.

Tabla 1. Estudio de cadenas lesionales: latigazo cervical (1).

Latigazo cervical

Fases accidente de tráfico⁸:

- Fase 1: la fuerza horizontal del choque trasero se transforma en una fuerza vertical, lo cual conlleva que el sacro se levante sobre los iliacos. Esto genera una fuerza de compresión axial en dirección craneal lo cual genera una coaptación de las carillas articulares.
- Fase 2: Debido al choque posterior, se produce un movimiento de extensión de la cabeza, dando lugar a una lesión de anterioridad del occipital, pérdida de la cifosis dorsal, dando lugar a disfunciones en anterioridad, provocando fuerzas de cizallamiento sobre la charnela cervicodorsal, dando lugar a disfunciones en lateralidad de dicha zona.
- Fase 3: El cuerpo es desplazado hacia delante, separándose del respaldo, de forma que la cabeza recobra momentáneamente el plano horizontal, produciendo una disfunción sacra (anteriorización del sacro) debido al ascenso de éste tras el impacto.
- Fase 4: el cuerpo termina por separarse del asiento, es cuando se producen las tensiones más importantes de toda la musculatura paracervical del raquis dorsal.

Durante el traumatismo, y en la fase de sobre estiramiento, se producen pequeñas microroturas dentro del tejido conjuntivo. La formación de cicatrices en su estructura determina un empeoramiento en el deslizamiento de las fibras de colágeno entre sí. A esto se añade la inmovilización que habitualmente sigue al trauma, lo que provoca una desestructuración en el sistema conectivo, ya que la correcta alineación de las nuevas fibras colágenas creadas depende del estímulo kinestésico, por lo que ante la falta de movilidad, se forman entrecruzamientos patológicos entre las fibras inmaduras de colágeno, lo que produce una pérdida en la calidad de su estructura y de su movimiento. El proceso doloroso provoca en el paciente movimientos compensatorios e inmovilidad articular como medida antiálgica, lo que crea un círculo vicioso por el efecto negativo que esa inmovilidad voluntaria produce sobre la fascia.¹¹

Podemos observar que las disfunciones articulares más proclives a la perpetuación de la sintomatología dolorosa son las lesiones en la columna dorsal y el bloqueo pélvico. Todo el mecanismo cráneo-sacro está perturbado con repercusiones sobre los ejes nervioso, vascular, glandular, visceral y psíquico. En el choque la columna vertebral y el sacro están traccionados hacia arriba entre los iliacos mantenidos por el cinturón de seguridad o por la inercia.¹²

La brusca extensión cervical impone una extensión del occipucio sobre el atlas, y un encastramiento entre los temporales arrastrados en extensión. Este fenómeno craneal, se acompaña de una compresión de la sincondrosis esfenobasilar. El encastramiento del occipucio entre los temporales, favorece el cierre de los agujeros rasgados posteriores, lo que perturba el IX nervio glossofaríngeo, el X nervio neumogástrico, el XI nervio espinal y también la vena yugular y el drenaje venoso craneal. El factor más perturbador es la pérdida del sincronismo de flexión extensión entre occipucio y sacro.¹²

El tratamiento exclusivamente con collarín, sin tratamiento fisioterápico condiciona la perpetuación de las lesiones expuestas en la tabla 1. La lesión de C3 y T12 van a desembocar en una afectación de diafragma y psoas, ya que el primero recibe la innervación por el nervio frénico que se encuentra a nivel de C3 y además una de sus inserciones está a nivel de T12, a su vez una afectación de diafragma nos va a dar a la larga una posible afectación de la respiración, con sus consecuentes compensaciones. Por otro lado el músculo psoas va a verse también afectado por tener una de sus inserciones a nivel de T12.

Además una afectación de sacro y/u occipital van a producir una alteración en el ritmo cráneo-sacro. La afectación de uno de ellos, repercutirá sobre el otro. El conjunto de fascias del cuerpo se insertan en la base del cráneo y en la pelvis, de modo que el movimiento del mecanismo craneal los pone también en movimiento.²

En la mayoría de accidentes de tráfico en los que se produce un latigazo cervical posterior hay desarmonía en el mecanismo cráneo-sacro pues el occipucio está en flexión mientras que el sacro está en extensión lo que impide el movimiento sincrónico de flexión y extensión del occipucio y el sacro. Hay estiramiento del tendón central y de todos los planos de la duramadre que pasan por los orificios de la base del cráneo. Repercusiones sobre: espasmos de los piramidales a causa de la posición del sacro, espasmo de los músculos psoas, responsables de la rigidez lumbar. La esfera anterior del cráneo se encuentra en extensión mientras que la esfera posterior está en flexión.¹³

El latigazo cervical origina problemas en C3, T12, sacroilíacas y a su vez se produce una compresión a nivel de la articulación esfenobasilar. Cerca de la unión esfenobasilar está la hipófisis que controla las hormonas. La paciente presenta problemas hormonales (tiroiditis de Hashimoto: hipotiroidismo). Este hipotiroidismo se relaciona con menstruaciones irregulares y abundantes, fatiga... La articulación esfenobasilar también tiene relación con el sistema vegetativo. Cuando hay estrés hay un estado simpático tónico, la compresión favorece esa activación simpática.

Este trauma constituye la lesión secundaria del sacro, la cual no producía sintomatología en la paciente. Además de esta lesión secundaria del sacro, el sacro no se encontraba en una posición fisiológica normal ya que la paciente a los 14 años tuvo escoliosis debido a una pierna corta con la consecuente adaptación del sacro. El latigazo cervical constituyó una alteración añadida a la posición de adaptación del sacro a la escoliosis. Fue el trauma del parto lo que posiblemente modificó la posición inicial patológica del sacro, otorgando otra posición que si causaba sintomatología. Lo que nos lleva a pensar que fue el parto el trauma que modificó la posición del sacro, es el hecho de que la sintomatología comenzara a raíz del parto.

Pierna corta → 1º lesión sacro → No síntomas
Latigazo cervical → 2º lesión sacro → No síntomas
Parto → 3º lesión sacro → Si síntomas

El latigazo cervical tuvo lugar hace bastante tiempo, constituyó el origen de diversas lesiones que al no ser tratadas se han mantenido en el tiempo. La paciente ha sufrido adaptaciones por lo que no mostraba sintomatología. Pero en el caso de la compresión

esfenobasilar ha constituido un factor perpetuador de sus posibles problemas hormonales, cefaleas tensionales y; estado de nerviosismo y estrés.

4.3.2 Tabla 2:

Mecanismo lesivo	Lesión primaria	Lesiones secundarias	Síntomas
Latigazo cervical	Hipomovilidad de C3 Afectación occipital → Hipomovilidad C1-C1.	Hipermovilidades C2, C4. Afectación del diafragma (C3) → Alteración de la respiración → Afectación de los escalenos. Afectación diafragma (T12) → Afectación psoas. Afectación diafragma → ligamento gastrofrénico → estómago.	Fatiga, cansancio por realizar movimientos que no suponen grandes esfuerzos. Mareos y vómitos.

Tabla 2. Estudio de cadenas lesionales: latigazo cervical (2).

Un segmento hipomóvil siempre se compensa con un segmento hiper móvil, ya sea a nivel superior o inferior.

Los mareos y vómitos guardan relación con C0, C1, C2 y C3. Los mareos tienen relación con el bloqueo cervical ya que no ajusta bien los movimientos. Los vómitos tienen relación con C3 debido a que el nervio frénico sale a esa altura vertebral e inerva al diafragma, que a su vez éste está unido al estómago por el ligamento gastrofrénico.

En todos los casos que el músculo psoas se encuentra afectado, va a haber una afectación directa del cuadrado lumbar, fijando así vertebras dorso lumbares y dándonos algunos de los quiebros encontrados en la exploración. Estos dos músculos afectados van a dar lugar a una fijación del iliaco anterior y el iliaco posterior, perpetuando así la lesión.

Existe afectación del diafragma debido a su relación con C3. Esto conlleva a alteración de la respiración, además encontramos afectación de los escalenos por realizar una respiración compensatoria.

Existe una interdependencia fibroligamentosa entre el hígado y el estómago, esto obliga a considerarlos siempre en conjunto.¹⁵ Esto condicionaría a que una afectación

del estómago repercutiría afectando también al hígado y en el caso de la Hipótesis diagnóstica 2, que propone que las cefaleas de origen hepático, esta relación entre Hígado y estómago condicionaría a que una afectación del estómago influya afectando también al Hígado y aumentando las cefaleas tensionales.

4.3.3 Tabla 3:

Mecanismo lesivo	Lesión primaria	Síntomas	Lesiones secundarias
Estrés, movimientos contracturantes, adopción de posturas inadecuados	Contractura muscular.		Compresión vascular/ nerviosa: Cefaleas.
Medicamentos	Afectación del hígado.	Cansancio crónico.	Cefaleas.
Hormonas	Afectación del hígado.	Cansancio crónico.	Cefaleas.

Tabla 3. Estudio de cadenas lesionales: cefalea tensional.

Cefalea tensional

El estrés, posturas inadecuadas... pueden producir contracturas musculares las cuales pueden originar compresiones vasculares o nerviosas que tengan como representación una cefalea.

Hemos encontrado estudios que relacionan afectaciones del Hígado con la cefalea tensional. En el apartado de discusiones hablaremos sobre este tema, ya que una de nuestras hipótesis (Ver apartado de Diagnóstico Fisioterápico e Hipótesis) plantea que el origen de las cefaleas tensionales recaiga en el comienzo de la menstruación por la relación de las hormonas con el Hígado y la relación de ingesta medicamentos con la afectación de éste. Sin embargo no está todavía demostrado que el Hígado guarde relación con las cefaleas tensionales.¹⁴

En otra de las fuentes de información encontramos que algunos de los signos clínicos relacionados con problemas hepáticos serían las cefaleas bilaterales acompañadas a menudo de cervicalgias, pequeños trastornos del equilibrio y dificultad para los cambios de postura; vértigos más o menos importantes según la hora del día; sueño poco reparador, fatiga por la mañana que se prologa durante el día y sueño difícil.¹⁵

Además encontramos asociación frecuente de la cefalea tensional con alteraciones psicopatológicas, entre las cuales podemos encontrar indicios de ansiedad, estrés, alteraciones de ánimo, síntomas depresivos, trastornos del ritmo psicológico (sueño, apetito, etc.).¹⁶ El dolor de cabeza, se cree que puede ser causado por factores desencadenantes como la ira, la tos, el esfuerzo y la actividad sexual.¹⁴ Respecto a estos datos, nos resulta relevante que la paciente relaciona su ira (sensación que comenzó tras dar a luz) con sus molestias hepáticas. Es frecuente en una persona estresada que el hígado no tenga una movilidad normal; efectivamente, es un órgano

muy sensible al estrés y, al igual que todos los otros tejidos del cuerpo, tiene tendencia a retraerse cuando sufre.²

El hígado se encarga de metabolizar la mayoría de las hormonas y, entre ellas, de los estrógenos que tienen el poder de sensibilizarlo. El hígado debe aumentar de forma progresiva su trabajo a partir de la ovulación.¹⁷ También la paciente nos comenta que los dolores de cabeza se inician cuando tuvo la menstruación. Otra relación lesional podría ser que con el comienzo de la menstruación comienzan procesos hormonales, los cuales tienen gran relevancia a nivel del hígado. Lo que podrían haberlo afectado en alguno de sus parámetros originando la cefalea tensional. Además para las cefaleas ha estado tomando mucha medicación la cual afecta directamente al hígado y en el caso de que estuviera relacionado con las cefaleas se crearía un círculo vicioso de retroalimentación positiva.

4.3.4 Tabla 4:

Mecanismo lesivo	Lesión primaria	Síntomas	Lesiones secundarias	Síntomas
Diastasis de rectos → Ptosis visceral. Síntoma principal: mal estar generalizado.	Órganos descendidos (afectación movilidad y motilidad): estómago, colon sigmoide y esfínter de Oddi.	Vómitos. Producción elevada de flatulencias. Dificultad para expulsar los gases. Dolor en estómago y digestiones irregulares y pesadas.	Afectación del diafragma por la relación que guarda con estómago (C3) → Alteración de la respiración → Afectación de los escalenos.	Fatiga, cansancio por realizar movimientos que no suponen grandes esfuerzos.
			Afectación diafragma (T12) → Afectación psoas.	Sensación de poca movilidad costal. Lo define como "respiración limitada".
			Bloqueo vertebras relacionadas con las vísceras: D6, D9, D12, L5 y S1 Más bloqueo de T12 (Diafragma) Más relación lesional: C1- D1; C2- D2; C3- D3; D6- C6.	
			Bloqueo vertebral/ Afectación de L5- S1	Presencia de tejido conjuntivo lumbar → edema y cianosis EI.

Tabla 4. Estudio de cadenas lesionales: Diastasis de rectos.

En algunas ocasiones, los músculos de la pared abdominal son incapaces de soportar la tensión a la que se ven sometidos, separándose los músculos rectos del abdomen en la línea media, lo que produce una diástasis de intensidad variable.¹⁸

La pared abdominal es indispensable para mantener la columna de vísceras en su sitio. La forma de la columna depende del tono muscular. Sin tonicidad abdominal, las presiones intracavitarias, el efecto de turgencia y el peritoneo serían incapaces de sostener esta columna. Cualquier pérdida de tonicidad de los músculos abdominales puede dar lugar a una pérdida de cohesión visceral y una respiración diafragmática defectuosa. La hipotonía de estos músculos hace que las vísceras pierdan su cohesión y se deslicen hacia abajo tirando de sus mesos.¹⁷

Entre las funciones de los músculos rectos del abdomen se encuentra la de sostener el contenido abdominal. Una vez que se produce una diástasis de rectos, en la cual estos se separan, ya no pueden realizar su función y se ocasiona una ptosis visceral. Diferenciamos entre dos Ptosis: Ptosis sin perturbaciones de la movilidad que suelen ser asintomáticas y Ptosis con perturbaciones de la movilidad que suelen ser sintomáticas.¹⁵

Al haber ptosis visceral: las vísceras se encuentran descendidas. El funcionamiento de las vísceras se basa en la movilidad y motilidad de éstas. Al estar descendidas pierden o realizan de manera incorrecta sus movimientos desembocando en una mala realización de su función.

Las fijaciones vertebrales que se corresponden con alguna alteración del estómago serían: D3, D4, D5 y D6. En nuestra paciente encontramos en la exploración afectación de D6.

Hay una relación lesional por la que una afectación de una vértebra de un segmento de la columna se relaciona directamente con una facilitación de la misma vertebra en otro segmento de la columna, por ejemplo: C3- D3, C4- D4...

En el caso de nuestra paciente no se produjo una normalización espontánea en el puerperio, debido a que se sumó el factor de la diástasis de rectos. Desde nuestro punto de vista, creemos que la manera de normalizar la ptosis sería realizando Gimnasia Abdominal Hipopresiva (GAH), fortaleciendo así el músculo transverso del abdomen ya que entre sus funciones se encuentra la de actuar como "faja abdominal".

Nos encontramos con un colon sigmoide que debido a la Ptosis se encuentra acodado, las fijaciones vertebrales relacionadas con este son: L5- S1. Además estos segmentos vertebrales guardan relación con la formación del tejido conjuntivo presente en la región lumbar que nos va a indicar una zona de congestión. A su vez el miotoma de S1 es el tríceps sural, en los cuales encontramos dolor a la palpación en la exploración.

La paciente tiene bastantes flatulencias con problemas para su expulsión. La producción elevada de flatulencias puede ser debida a que el esfínter de Oddi no trabaja bien, por lo que realiza peor la digestión de grasas, aumentando la putrefacción con el consiguiente aumento de producción de flatulencias. La dificultad para expulsarlos recae en que el colon sigmoide está acodado, y así el resto de colon

no puede realizar bien los movimientos de movilidad y motilidad, por lo que no mueve bien los gases para su expulsión.

4.3.5 Tabla 5:

Mecanismo lesivo	Lesión primaria	Síntomas	Lesiones secundarias
Pierna corta (lesión previa al latigazo cervical)	Adaptación sacro y aparición de escoliosis.	Al principio Dolor de espalda.	Iliaco derecho posterior.
Latigazo cervical	Occipital anteriorizado. Sacro anteriorizado. Astrágalo anteriorizado. Todo del mismo hemicuerpo (izquierdo).	Después asintomático.	Compresión agujero rasgado posterior → nervio vago → inervación visceral.

Tabla 5. Estudio de cadenas lesionales: Pierna corta y latigazo cervical.

En la verdadera pierna corta: se produce una caída pélvica homolateral con hemipelvis anterior (iliaco antero interno) y adaptación en anterioridad de la base sacra. Aparece en bipedestación y provoca adaptaciones hasta el occipucio.¹³

Existe una relación entre astrágalo anteriorizado, sacro anteriorizado y occipital anteriorizado del mismo lado. Esto quiere decir que la presencia de una de esas lesiones, favorece la aparición de las otras dos. Una anteriorización de un occipital nos va a producir compresión del agujero rasgado posterior, lugar por donde pasa el nervio vago que inerva a todas las vísceras.

En el momento del parto es muy importante que la pelvis esté equilibrada y sin ningún bloqueo a nivel de las articulaciones esenciales como las sacroilíacas o el pubis.² Lo expuesto en esta tabla condicionaría el momento del parto ya que estamos hablando de alteraciones a nivel pélvico.

Se refiere sintomatología en las hipermovilidades, las hipomovilidades no duelen. Una hipomovilidad es lo que produce una hipermovilidad, y tenemos que tratar las hipomovilidades. Existe una hipermovilidad en la cresta iliaca izquierda lo cual va a afectar a la cadera y al cuadrado lumbar, este a su vez va a tirar de las vertebrae lumbares donde se inserta provocando la rotación de estas. Como el iliaco izquierdo esta anteriorizado, el psoas y el cuadrado lumbar homolaterales van a tirar de las vertebrae lumbares provocando el quiebro que hemos encontrado previamente en la exploración.

4.3.6 Tabla 6:

Mecanismo lesivo	Lesión primaria	Síntomas
Ptosis visceral → descenso vísceras.	Compresión/aplastamiento: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Útero → retroversión. ▪ Vejiga → IUE (Incontinencia urinaria de esfuerzo). 	Reglas dolorosas y cantidad normal. Dolor continuo en vejiga + IUE. Dolor parte interna de rodilla, alternando en cada mes.

Tabla 6. Estudio de cadenas lesionales: Repercusión ptosis visceral en vejiga y útero.

Cuando el estómago esta ptosado, se desliza sobre el colon, el intestino delgado, e incluso la vejiga.¹⁷ Esto corrobora la idea de que exista una IUE de origen compresivo por parte de las vísceras superiores.

La hipertonía del diafragma torácico conlleva un descenso de sus cúpulas lo que contribuye al aumento de la presión abdominal que se traduce en un empuje de las vísceras contra el suelo pélvico. La relajación diafragmática se traduce en un ascenso del músculo dando lugar a un efecto de succión sobre las vísceras pélvicas, disminuyendo la tensión sobre el sistema musculo ligamentoso del suelo pélvico.¹⁹ Comentamos esta idea ya que en las afectaciones mencionadas en las tablas hablamos de afectación a nivel diafragmática ya sea por su inervación C3, por sus inserciones a nivel T12 o relación con otras estructuras como el estómago e hígado. Así pues con estos datos y con los encontrados en la exploración: diafragma doloroso a la palpación, debemos normalizar el tono de este músculo para que no ejerza una presión sobre las vísceras abdominales y pélvicas, produciendo así un efecto de succión que nos va a resultar beneficioso tanto para la ptosis visceral como para la IUE. Además esta hipertonía la podemos considerar como factor de riesgo para la aparición de prolapsos, ya que la paciente ha sido sometida a una Episiotomía, la cual debilita el suelo pélvico.

La GAH (Gimnasia Abdominal Hipopresiva) se define como un conjunto de técnicas posturales que provocan el descenso de la presión intrabdominal y la coactivación de los abdominales y del suelo pélvico, consiguiendo a largo plazo un aumento del tono en ambos grupos musculares.¹⁹ Este tipo de ejercicios nos va a interesar incluirlos en el tratamiento.

Podríamos encontrar ante una IUE debida a la compresión de las estructuras situadas cranealmente a la vejiga provocada por la ptosis, esto lo valoraremos una vez analizados los resultados tras el tratamiento.

En cuanto al útero hay 2 posibles hipótesis: Por un lado retroversión provocada por la compresión de las estructuras situadas cranealmente al útero, y éste a su vez tracciona del sacro mediante el ligamento uterosacro alterando su postura. Por otro lado podría

haber una disfunción del sacro provocada por el trauma del parto, alterando la postura del sacro y traccionando del útero por el ligamento uterosacro.

4.3.7 Tabla 7:

Mecanismo lesivo	Lesión primaria	Síntomas	Lesiones secundarias	Síntomas
Posición parto (ginecológica/decúbito supino → bloqueo del sacro). Relaxina. Trauma del paso del bebé por el canal del parto. Pujo dirigido-hiperpresivo. Parto instrumentalizado.	Bloqueo del sacro en torsión → hipermovilidad de los iliacos (iliaco derecho posterior).	Sacrolumbalgia	Lesión musculatura piramidal, cuadrado lumbar, psoas. Afectación del ligamento sacroilíaco y sacrolumbar. Afectación ligamento uterosacro → útero en retroversión. Rotación interna de fémur.	Dolor glúteo medio, dolor rotadores internos (acortados) y rotadores externos (sobre estirados)

Tabla 7. Estudio de cadenas lesionales: Repercusión del parto.

La paciente presentaba previamente una modificación de la posición del sacro debido a la adaptación a una pierna corta con su consecuente escoliosis, y además como lesión del latigazo cervical. Como hemos dicho antes la paciente presentaba dolor de espalda lo cual es atribuible a las modificaciones que tuvo que sufrir ante la pierna corta y el hecho traumático del latigazo cervical. Desde entonces hasta el embarazo no había tenido síntomas relacionados por lo que podemos decir que sufrió las adaptaciones pertinentes que no ocasionaban síntomas. Fue a raíz del parto cuando mostró sintomatología. Lo cual es atribuible a que en el parto el sacro sufrió una nueva lesión, esta lesión pudo ocurrir por la posición de parto que se llevo a cabo o como consecuencia del paso del bebé por el canal del parto. A todo esto hay que sumarle la presencia de relaxina, que permite que se realicen hipermovilidades en las articulaciones.

Hay pocas evidencias que apoyen el decúbito supino, especialmente en la primera fase del parto.²⁰ Tanto para la fase de dilatación como para el expulsivo, la mujer debería poder adoptar la posición que ella prefiriese, evitando estar largos periodos en posición supina. Cuando una madre empuja mientras esta acostada sobre su espalda, está cargando su peso sobre el sacro. Esto implica que debe vencer la fuerza de la gravedad que trabaja en su contra, pues el canal del parto apunta al techo en esta posición. Esto cierra la apertura pélvica entre 1 y 3 cm. La cantidad normal de kilogramos fuerza por centímetro cuadrado requerida para dar a luz al primer bebe es de 8,43. El útero solo produce 5,62, lo que significa que, o bien la madre usa los músculos abdominales y la gravedad para obtener el 2,81 restante o quien atiende el parto debe ayudar con fórceps o vacío. Si la madre está agotada no podrá colaborar debidamente en la etapa perineal expulsando la cabeza y los hombros del bebé fuera del periné. Esto conlleva la intervención quirúrgica de la episiotomía.²¹

El pujo fisiológico genera mayor fuerza, ya que el transverso está más cerca del bebé que el diafragma y los rectos anteriores del abdomen. El transverso profundo abdominal es una autentica faja que envuelve el útero y se contrae concéntricamente con él.²¹

La paciente refiere dolor que se alterna cada mes aproximadamente en la parte interna de cada rodilla, está relacionado con el dolor reflejado de cada ciclo menstrual, debido a la repercusión de la ptosis sobre el útero y los ovarios. Además los ovarios presentan relación con las lumbares por la presencia del Ligamento lumboovárico.

Encontramos dolor en ambos piramidales, uno estirado y otro acortado por la torsión del sacro. Tenemos un sacro bloqueado que ha sido torsionado posiblemente durante el proceso del parto. Un sacro torsionado y hacia posterior va a traccionar del ligamento útero sacro, a esto se le suma la compresión del útero debido a la ptosis, originándose así una posición del útero en retroversión.

Existe un papel primordial del piramidal y del psoas sobre el movimiento ritmo cráneo-sacro ya que el piramidal se inserta sobre el sacro y el psoas tensa la articulación sacroilíaca.⁷ Con esto nos referimos a que esta lesión actual del psoas y del piramidal van a estar afectando al movimiento cráneo-sacro, tenemos que tener en cuenta que debido al latigazo cervical, la paciente posiblemente, presentará una alteración previa de este movimiento. Por lo tanto esto se traduce como un incentivo a la perpetuación de la alteración del ritmo cráneo-sacro.

La pelvis debe estar equilibrada, sin bloqueo a nivel de las articulaciones esenciales como las sacroilíacas o el pubis. Estos bloqueos producen zonas duras que no permiten a la pelvis adaptarse a las fuerzas mecánicas del parto. La elasticidad de los tejidos blandos también es importante a fin de que no ofrezcan demasiada resistencia.² La paciente presentaba, como causa de la adaptación a la pierna corta y latigazo cervical una alteración en la pelvis, lo cual para el momento del parto iba a influir.

4.4 Diagnóstico Fisioterápico e hipótesis

Diagnóstico:

Proceso de embarazo donde se produce una diastasis de rectos, con su consecuente ptosis visceral. Esto da lugar a una alteración de movilidad, motilidad y función visceral. Lesión añadida a las estructuras relacionadas de manera refleja con las vísceras (metámeras, dermatomas, miotoma y angiotoma).

Hipótesis diagnóstica 1:

- Proceso de parto en el que se produce un bloqueo del sacro, traccionando este del útero mediante el ligamento uterosacro, llevando a útero a una posición de retroversión.
- Ptosis visceral que produce una retroversión de útero, y esto conlleva a una tracción mediante el ligamento uterosacro que modifica la posición del sacro. Consecuentemente se encuentra la lesión de los iliacos.

Hipótesis diagnóstica 2:

- Cefaleas de origen hepático. (medicamentos y/u hormonas).
- Cefaleas de origen vascular o nervioso.

4.5 Objetivos de la actuación fisioterápica:

4.5.1 Objetivos principales:

a) Objetivos generales:

- Eliminar malestar.
- Eliminar cansancio/ fatiga precoz.
- Suplir contención abdominal.

b) Objetivos específicos:

- Restaurar movilidad y motilidad de estómago, hígado, sigmoide, ovarios y útero.
- Restaurar posición sacro → restaurar posición útero.
- Eliminar dolor lumbosacro.
- Eliminar IUE.
- Reeducción perineal.
- Fortalecimiento perineal.
- Eliminar dolor cervical y cefaleas.
- Eliminar mareos.
- Eliminar edema y cianosis en extremidades inferiores → Restaurar sensibilidad extremidad inferior y abdomen.
- Devolver capacidad costal.
- Restaurar capacidad respiratoria.

4.5.2 Objetivos secundarios:

- Normalizar producción de flatulencias.
- Mejorar expulsión de flatulencias.
- Eliminar dolor vejiga.

4.6 Plan de Tratamiento

Duración: El tratamiento comienza el día 19 de diciembre. Las sesiones se realizan una vez por semana. Ha realizado un total de 16 sesiones. La duración de la sesión es de 75 minutos aproximadamente.

Distribución: Dado el límite de tiempo de cada sesión, resulta imposible realizar todas las técnicas expuestas a continuación en una misma sesión. Por ello algunas técnicas que consideramos que la paciente puede realizar su hogar, procedemos a la explicación en consulta para que ella las realice como tiempo adicional a la sesión. El tratamiento es realizado por dos fisioterapeutas. Los tiempos expuestos para cada técnica son aproximados.

Materiales: Espacio físico de la consulta, camilla, papel, toalla y crema.

Métodos: El principio de tratamiento se basa en el diagnóstico osteopático. Los datos recogidos en la exploración nos llevan a tratar fundamentalmente las hipomovilidades y la musculatura hipertónica. A su vez se va a realizar un tratamiento del periné y de las vísceras facilitadas por las hipomovilidades y trastornadas por la ptosis visceral. A continuación se presentan todas las técnicas realizadas durante todas las sesiones.

- **Tratamiento fisioterápico** (anexo 3):
 - ✓ Dieta para hacer limpieza de Hígado
 - ✓ Gimnasia Abdominal Hipopresiva (GAH)
 - ✓ Masaje perineal
 - ✓ Ejercicios de Kegel
 - ✓ Reeducción del reflejo de tos
 - ✓ Terapia manual diafragma
 - ✓ Terapia manual psoas
 - ✓ Tratamiento fascial de las vísceras: estómago, sigmoide, esfínter de Oddi, ovarios y útero.
 - ✓ Masaje de descarga: tríceps sural, piramidal, cuadrado lumbar, musculatura paravertebral lumbar, torácica y cervical.
 - ✓ Relajación suboccipital
 - ✓ Cyriax en ligamento sacroilíaco y sacrolumbar
 - ✓ Terapia miofascial del Ritmo Cráneo-Sacro
- **Tratamiento osteopático** (anexo 4):
 - ✓ Manipulación occipital C0-C1
 - ✓ Manipulación cervical C3
 - ✓ Manipulación torácica D6-D8-D9-D12
 - ✓ Manipulación lumbar L2-L5
 - ✓ Manipulación sacro
 - ✓ Manipulación iliaco
 - ✓ Técnica para el tratamiento del tejido conjuntivo presente en la zona lumbar.
 - ✓ Descompresión esfeno-basilar
 - ✓ Descompresión subastragalina extremidad inferior derecha.
 - ✓ Posteriorización astrágalo extremidad inferior derecha

Consejos y recomendaciones: Yoga. En cuanto a los diferentes órganos:

- Hígado- recomendaciones: Indíquese un aumento del consumo hídrico entre las comidas en forma de infusiones, prohíbanse las bebidas frías a la tarde. Después del tratamiento osteopático, tomar por las mañanas antes del desayuno jugo de limón durante unos 10 días.¹⁷
- Estómago- Recomendaciones: el estómago necesita unas 2 horas para vaciarse, tratarlo fuera del horario de las comidas. En caso de Ptosis gástrica, recomiéndese al paciente comer y beber lentamente para evitar que la bolsa gástrica se llene rápidamente con un volumen considerable. Hay que beber despacio y evitar las bebidas muy frías. Evitar las actividades con los brazos en alto y la cabeza echada hacia atrás.¹⁷
- Colon- Recomendaciones: hay que enseñarles a los pacientes a comer poco antes de acostarse: durante la noche el colon tiene más dificultades para la digestión y el tránsito de los alimentos.¹⁷
- Útero- recomendaciones: Realizar el tratamiento al comienzo del ciclo.¹⁷
- Recomendaciones a largo plazo: le comentamos a la paciente que si vuelve a quedarse embarazada utilice algún medio de contención abdominal como una faja, para que le ayude a contener el abdomen, pero sin llevarla todo el día. A la hora de dar a luz que no permanezca todo el tiempo en decúbito supino, sino que vaya alternando posturas de dilatación, y sobretodo realizar el pujo fisiológico.

Cambios (tareas, casa, trabajo...): no coger siempre al bebé con el brazo derecho, ir alternando. Estiramientos antes y después de trabajar (deltoides, cuadrado lumbar, piramidal y psoas), ponerse medias de compresión.

Ejercicios para casa: ejercicios de Kegel, GAH, estiramiento de psoas, estiramiento piramidal, estiramiento cuadrado lumbar, estiramiento deltoides.

Higiene postural: tetanización de transverso y contracción de suelo pélvico, en la medida de lo posible, en diferentes momentos del días mientras realiza tareas, esta con su bebé... gestionar presiones abdominales: coger bebé, agacharse a por un objeto (con una espiración, como hay que toser, cuando vaya al cuarto de baño: posiciones, evitar valsava.

Etapas del tratamiento:

En cuanto a tratamiento agudo y tratamiento crónico no hemos hecho distinción ya que hemos considerado la patología progresivamente reducible. Realizábamos al principio de cada sesión una exploración para valorar la evolución entre sesión y sesión; y orientar el tratamiento realizado posteriormente. Podemos diferenciar dos etapas en el tratamiento:

❖ **1º Etapa:** Sesión 1 a la sesión 10:

En la 1ª sesión se procede a la explicación de la relación de su sintomatología y de los cambios que debe realizar en su vida diaria.

En la 2ª sesión se procede a la explicación y realización de los ejercicios que debe realizar fuera del periodo de sesión. Se le propone la opción de realizar una dieta de limpieza de hígado.

En las posteriores sesiones se hace hincapié en los ejercicios de kegel y GAH dada la dificultad que supone su correcta realización. En la sesión 7 se procede a explicar los cambios posturales que deberá realizar durante determinadas actividades.

Tratamiento que se realiza en esta primera etapa:

Técnicas	Tiempo
Masaje perineal	10 minutos
Masaje de descarga*	25 minutos
Técnica Tj. Conjuntivo lumbar	5 minutos
Fascial visceral*	20 minutos
relajación suboccipital	7 minutos
Manipulaciones*	5 minutos
Descompresión esfeno-basilar	3 minutos

*Masaje de descarga: tríceps sural, piramidal, cuadrado lumbar, musculatura paravertebral lumbar, torácica y cervical.

*Tratamiento fascial de las vísceras: estómago, sigmoide, esfínter de Oddi, ovarios y útero.

*Manipulaciones (Igual en la 1ª y 2ª etapa):

- Manipulación occipital C0-C1
- Manipulación cervical C3
- Manipulación torácica D6-D8-D9-D12
- Manipulación lumbar L2-L5
- Manipulación sacro
- Manipulación iliaco
- Descompresión esfeno-basilar

❖ **2ª Etapa:** Sesión 11 a la sesión 16:

Prescindimos de las técnicas de masaje perineal dado que la paciente inicialmente no presentaba dolor perineal y con las sesiones realizadas hemos conseguido eliminar las adherencias producidas por la episiotomía. Además con la realización de GAH, ejercicios de Kegel, gestión de presiones y reeducación del reflejo de tos podemos conseguir el fortalecimiento y reeducación del periné.

Prestamos relevante atención a la afectación sacra, ya que en todas las exploraciones realizadas al comienzo de cada sesión encontramos el sacro en la posición patológica que causa sintomatología. Decidimos incluir en el tratamiento terapia miofascial del ritmo cráneo-sacro y descompresión subastragalina derecho junto a la posteriorización del astrágalo derecho, por su posible relación con la afectación sacra. Estas últimas técnicas se realizaron en una única sesión.

Además en esta etapa no realizamos tratamiento visceral de estómago, dado que en la exploración no lo encontramos descendido ni con tensión. Además la paciente ya no presenta sintomatología relacionada con este.

Tampoco realizamos tratamiento del tejido conjuntivo lumbar debido a que se a mitigado el edema, cianosis y la presencia de tejido conjuntivo en la zona lumbar.

Incluimos el tratamiento de los ligamentos sacroilíaco y sacrolumbar ya que consideramos que el sacro lleva bastantes sesiones siendo tratado y hay que tratarlos por el estiramiento que han sufrido.

Tratamiento que se realiza en esta segunda etapa:

Técnicas	Tiempo
Masaje de descarga *	18 minutos
Fascial visceral*	18 minutos
Terapia manual diafragma	10 minutos
Terapia manual psoas	10 minutos
relajación suboccipital	4 minutos
Manipulaciones	5 minutos
Descompresión esfeno-basilar	3 minutos
Miofascial ritmo cráneo sacro	8 minutos
Cyriax	3 minutos

*Masaje de descarga: piramidal, cuadrado lumbar, musculatura paravertebral lumbar, torácica y cervical.

*Tratamiento fascial de las vísceras: colon sigmoide, esfínter de Oddi, ovarios y útero.

Objetivos y finalidades de las técnicas del tratamiento:

Lesión	Técnicas
Ptosis visceral	GAH, terapia manual diafragma, terapia manual psoas
Tensión visceral: alteración movilidad y motilidad.	Miofascial visceral y manipulación occipital C0- C1 (nervio vago inerva a todas las vísceras).
Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE)	Ejercicios de Kegel, GAH, Reeduación de la gestión de presiones, tetanización de transversos realizando diferentes actividades.
Suelo pélvico (debilidad normal post-parto + adherencias episiotomía)	Masaje perineal. GAH, ejercicios de Kegel.
Estómago (D3, D4, D5, D6)	Miofascial visceral, masaje de descarga musculatura paravertebral dorsal. Manipulación D6. Terapia manual diafragma (relación mediante ligamentos con estómago). Masaje de descarga cervical. Manipulación de C3.

	Terapia manual psoas. Manipulación T12
Colon sigmoide (L5-S1)	Miofascial visceral. Masaje de descarga musculatura lumbar. Masaje de descarga musculatura piramidal, glúteos y tríceps sural. Manipulación L5. Técnica para el tratamiento del tejido conjuntivo lumbar. Manipulación SI. Manipulación iliaca. Masaje de descarga cuadrado lumbar.
Esfínter de Oddi	Miofascial visceral
Ovarios (L2)	Miofascial visceral. Masaje de descarga lumbar. Manipulación L2. Terapia manual psoas (L2).
Útero (D11)	Miofascial visceral. Manipulación sacro (ligamento uterosacro)
Sacro (Sacrolumbalgia)	Manipulación sacro. Manipulación iliaca. Masaje de descarga piramidal, glúteos, cuadrado lumbar. Terapia manual de psoas. Manipulación occipital. Masaje de descarga cervical. Relajación suboccipital. Descompresión esfeno-basilar. Manipulación astrágalo anterior y descompresión subastragalina. Terapia fascial del ritmo cráneo- sacro. Manipulación C1 (relación D1, L1, S1 y occipital anterior)
Occipital (cefaleas y cervicalgias)	Manipulación occipital. Manipulación sacra. Manipulación T12. Manipulación SI. Descompresión esfeno-basilar. Relajación suboccipital.
Hígado	Dieta limpieza de hígado. Tratamiento estómago. Terapia manual diafragma. Manipulación D8, D9.

5. EVALUACIÓN- EVOLUCIÓN- RESULTADOS

Al comienzo del tratamiento le preguntamos a la paciente sobre su sintomatología. En una escala EVA del 1 al 10, situaba su situación en el 10. La definía como algo inaguantable, desesperante. En la 14ª sesión se le volvió a preguntar y definió su situación como algo incomparable a la situación inicial. Actualmente muestra mucho mejor estado anímico, puede realizar su vida laboral, social y familiar plenamente. Otorga una puntuación de un 2, referenciándolo a las situaciones de retención de gases, cefaleas (ahora solo le ocurren una vez al mes) y dolor sacroilíaco.

Al comienzo del tratamiento nos comentó que presentaba reglas normales pero muy dolorosas. Dato que resaltó ya que antes nunca había tenido reglas así. En la 9ª sesión nos comenta que las reglas han evolucionado a abundantes pero sin presentar ningún síntoma de dolor.

En las primeras sesiones presenta dolor al trabajar la tetanización del transversario. A partir de la 7ª sesión puede realizar los ejercicios de GAH sin presencia de dolor.

La IUE era leve, y no suponía gran problema para la paciente. Daba prioridad al mal estar generalizado que tenía. A la 15ª sesión nos define la evolución de IUE como “demasiado mejorada”.

Conforme se realizaba el tratamiento la paciente presenta más energía y se fatiga menos. Con el transcurso de las sesiones hemos conseguido que la paciente no presente ese cansancio crónico inicial, ni se fatigue de manera prematura. Además las cefaleas antes eran continuas, de aparición casi diaria y en la 14ª sesión nos comenta que las cefaleas ahora aparecen 1 vez al mes.

En cuanto al diafragma ha disminuido la tensión y nos permite realizar palpación profunda sin presentar el dolor inicial que presentaba. A su vez la paciente no nota la misma restricción costal que presentaba al comenzar el tratamiento y nota una normalización de la respiración.

El 27 de marzo, 10ª sesión: Encontramos que el estómago está en su sitio, el fortalecimiento de transversos va muy avanzado, la distensión abdominal ha disminuido considerablemente pero le cuesta más la zona inferior del abdomen. Se aprecia abdomen más delgado y tonificado, presenta ligero abombamiento en la parte inferior del abdomen.

En la 10ª sesión el útero sigue en ligera retroversión y en la exploración realizada al comienzo de cada sesión encontramos el sacro en su posición de torsión- bloqueo- posterioridad y además siempre presenta molestia sacroilíaca tanto de normal como a la palpación. Esto constituye un problema, lo que nos hace pensar que algo “se escapa”. Realizábamos tratamiento de sacro y occipital por separado pero no el movimiento conjunto de estos dos. Por este motivo decidimos incluir el tratamiento del ritmo craneo sacro conjunto y además posteriorización del astrágalo por la relación que guardan estas dos estructuras con el astrágalo.

Antes de decidir manipular astrágalo, le preguntamos si ha tenido algún esguince, ya que una lesión asociada al esguince es la anteriorización del astrágalo, nos dice que no, pero en la exploración encontramos un astrágalo anteriorizado. Esto puede ser debido a que presenta hiperlaxitud, es posible que haya tenido el mecanismo de esguince sin sufrir rotura parcial de las fibras del ligamento por la laxitud que estos presentan.

El esfínter de Oddi presenta menos tensión pero aún tiene. La cantidad de flatulencias ha disminuido notablemente, y ahora el problema se centra más en la expulsión. El edema en piernas y tejido conjuntivo lumbar ha disminuido notablemente.

Al realizar la terapia manual sobre psoas la paciente dice que nota el mismo dolor que presento durante mucho tiempo tras dar a luz.

En la 10ª sesión hacemos una valoración de la contracción del suelo pélvico. Encontrábamos una contracción del suelo pélvico antes de grado 2 (contracción bien percibida pero sostenida menos de 5 segundos sin resistencia) y ahora encontramos un grado 4 (contracción de 5 segundos con resistencia repetido 5 veces).

6. DISCUSIÓN

Nuestra paciente al llegar a consulta no tenía ninguna idea acerca del origen de su sintomatología, podía hacerse a la idea de que todo venía desencadenado a raíz del embarazo y del parto. Al realizar la Historia Clínica e ir encontrando datos relevantes que guardaban relación directa con la perpetuación de la sintomatología actual: como es el caso del latigazo cervical y de la cefalea tensional. Así podemos ver como nuestro cuerpo tiene memoria y como todas las estructuras están relacionadas. La lesión de una estructura afectará a todas aquellas que guarden relación con esta y a su vez se afectarán también las estructuras relacionadas con ellas, pudiéndose establecer así, cadenas lesionales.

Desde mi punto de vista, resulta muy relevante el encontrar estas cadenas lesionales para así no irnos a tratar estructuras que están causando la sintomatología, sino tratar además y fundamentalmente la estructura origen de la lesión.

Además resulta fundamental realizar una buena Historia Clínica para llegar a conocer todos esos traumatismos de los cuales nos olvidamos, pero nuestro cuerpo no se olvida. Así también conoceremos los mecanismos que han causado la lesión.

Todo esto es fundamental para realizar un tratamiento correcto y con resultados beneficiosos a largo plazo, frente a aliviar los síntomas, que es lo que conseguiríamos conformándonos con tratar las estructuras que originan los síntomas. Tratando estas estructuras vamos a aliviar de manera temporal los síntomas, pero tarde o temprano volverán a aparecer. Sin embargo tratando las estructuras que originan la alteración de otras estructuras con sus consecuentes síntomas, vamos a conseguir curar, en la medida de lo posible, al paciente.

Vamos a analizar punto por punto los resultados obtenidos al realizar el tratamiento:

Nos encontramos con que en las primeras sesiones la paciente presenta dolor al trabajar la tetanización del músculo transverso del abdomen. La explicación que le podemos encontrar a este hecho es que durante el proceso de gestación debido al aumento de la lordosis lumbar, se produce una hipertonía de la musculatura de la zona. Si estos factores se relacionan con una musculatura glútea insuficiente y retracción de la musculatura isquiotibial puede llegar a producirse una inestabilidad a nivel de las articulaciones sacroilíacas. Entonces el dolor que presenta al realizar la tetanización es debido a la inestabilidad pélvica que presenta, ya que una de las inserciones de este músculo está a nivel del pubis.

También encontramos que al realizar las técnicas de terapia manual sobre psoas la paciente dice que nota el mismo dolor que presentó durante mucho tiempo tras dar a luz. Ella pensaba que era normal, lo define como un dolor continuo. Las hipótesis que se barajan ante este hecho serían tres. La primera sería que durante el parto el bebé se “encontrara” con el psoas y en el expulsivo al colisionar el bebé con éste se produjera un espasmo. La segunda hipótesis sería que de mantener casi 5 horas la flexión de cadera (postura de decúbito supino/ ginecológica), el músculo psoas sufriera un espasmo. La tercera hipótesis se basaría en que el peso fetal causa un aumento de la lordosis lumbar, basculando la pelvis hacia delante viéndose el músculo psoas sometido a tensión, con su consecuente espasmo.

El espasmo del psoas produciría sintomatología posiblemente al comprimir alguna estructura. Lo cual reproducimos nosotros al realizar su tratamiento, ya que esta técnica consiste en presionar el musculo hacia dorsal, y posiblemente comprimiéramos la misma estructura que comprimía en su día cuando se encontraba espasmado.

Por otro lado la paciente nos comenta la notable mejoría que ha encontrado respecto a la IUE. Esto es debido al trabajo GAH que ayuda a fortalecer transverso y a contener todas las vísceras descendidas tras la diastasis, ya que el descenso de estas produce presión sobre la vejiga y con cualquier gesto hiperpresivo como una tos se produce la incontinencia, a su vez el trabajo de fortalecimiento y reeducación del periné, con el trabajo de gestión de presiones, tetanización del transverso durante diferentes actividades han supuesto el conseguir esta mejoría.

Conforme se realizaba el tratamiento la paciente presenta más energía y se fatiga menos. Una de las hipótesis nos hacía pensar en que hubiera una afectación del hígado tanto por la ingesta de fármacos durante largos periodos, como su relación con el diafragma y estómago, y nos diera como sintomatología el cansancio crónico y fatiga prematura al realizar cualquier gesto/ actividad. Además en nuestra hipótesis planteamos que el hígado pudiera tener relación con las cefaleas que presentaba la paciente. Ya que las cefaleas comenzaron en la menstruación, y es ahí cuando el hígado tiene un papel relevante frente a las hormonas. Con el transcurso de las sesiones hemos conseguido que la paciente no presente ese cansancio crónico inicial, ni se fatigue de forma prematura. Y además las cefaleas antes eran continuas, de aparición casi diaria y en la 14ª sesión nos comenta que las cefaleas ahora aparecen 1 vez al mes. Lo cual podría mantener relación con el ciclo menstrual, lo cual apoyaría la hipótesis de la relación entre las cefaleas y el hígado (ciclo menstrual → hormonas). El hecho de que la paciente sienta menos fatiga y vaya ganando energía es porque una afectación del hígado produce fatiga, cansancio, entonces al tratarlo y mejorar su estado van desapareciendo los síntomas.

Una emoción puede ser considerada como energía, lo cual al reprimir emociones creamos así flujos bloqueados.² La paciente relacionaba la ira contenida y el estrés con la afectación del hígado. En cuanto a relaciones emocionales el hígado guarda relación con el yo profundo y con la dificultad de estar bien consigo mismo.¹⁷ estos dos aspectos los podemos relacionar con la ira.

En cuanto al diafragma a disminuido la tensión y nos permite realizar palpación profunda sin presentar el dolor inicial. A su vez la paciente no nota la misma restricción costal que presentaba al comenzar el tratamiento esto es debido al desbloqueo vertebral que se consigue mediante las manipulaciones.

En todas sesiones nos encontrábamos que la paciente refería sintomatología sacroilíaca y el sacro se presentaba en la posición errónea, tras la sesión previa el sacro se iba en posición alterada pero correcta y siempre volvía a la consulta con el sacro en la posición errónea. Por este motivo pensamos en introducir un tratamiento del ritmo cráneo-sacro y del astrágalo. También tenemos que pensar que el ritmo cráneo sacro se encuentra influenciado por numerosas estructuras que se insertan tanto a nivel del cráneo como del sacro. Otra hipótesis acerca de por qué la lesión del sacro volvía a aparecer cada semana podría ser que una lesión en extensión de la articulación

esfenobasilar influye sobre la lesión sacra. Y si recordamos en el mecanismo del latigazo cervical una de las estructuras que se alteraban era la articulación esfenobasilar.¹³

Aquí podemos ver la importancia de realizar un tratamiento global, el cual recoge técnicas fisioterápicas y osteopáticas. Ambas disciplinas unidas consiguen tratar el cuerpo como una globalidad, atendiendo a todas las estructuras. Sin embargo, la fisioterapia y osteopatía empleadas como disciplinas independientes no llegan a tratar, por sí solas, todos los aspectos que combinadas conseguirían tratar. La fisioterapia abarca unos campos y la osteopatía otros. En el caso de una afectación visceral como es en el caso de nuestra paciente, si tratáramos únicamente las estructuras viscerales, conseguiríamos aliviar los síntomas y disminuir la ptosis mediante GAH, pero no abarcaríamos el aspecto de las manipulaciones occipitales, vertebrales, sacras, iliacas, subastragalinas... que pueden condicionar la perpetuación de los síntomas. Así pues la combinación de ambas va a conseguir un tratamiento global y completo.

Esto también lo podemos verificar al haber estado nuestra paciente, previamente a comenzar en tratamiento con nosotros, en otros profesionales con los que el tratamiento se centraba mas en algo individual que global.

En el aparato locomotor uno de los puntos más importante a ser trabajados durante la gestación es la estática. Una buena postura evita problemas en el aparato locomotor y órganos internos.⁵ Si durante el embarazo se hubiera hecho un tratamiento de la estática de la paciente junto a la recomendación del uso de faja, posiblemente se hubiera evitado la diastasis de rectos. Además si el proceso de alumbramiento hubiera sido combinando diferentes posturas y realizando el pujo fisiológico, se hubiera evitado todos los problemas que actualmente tenía la paciente. Lo que se mantiene al margen de estos aspectos es la cefalea tensional, que si estaría presente.

7. CONCLUSIONES

1. La metodología que se ha empleado a la hora de realizar la Historia Clínica en este trabajo ha influido directamente en la visión de las lesiones y en los resultados del tratamiento.
2. Un tratamiento que se centra en la lesión origen/ desencadenante de las demás lesiones puede ayudar a curar al paciente.
3. La fisioterapia y la osteopatía se podrían considerar como disciplinas complementarias.
4. La realización de un tratamiento combinado de terapias fisioterápicas y osteopáticas nos va a garantizar unos tratamientos globalizados y resultados beneficiosos a largo plazo.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Muñoz BA. *La influencia de la osteopatía en la fisioterapia, nuevos tiempos [Internet]. Universidad Católica San Antonio de Murcia: 2007. Disponible en: www.efisioterapia.net*
2. Tricot P. *Osteopatía una terapia por descubrir. Paidotribo.*
3. Calvo CS. *Terapia manual en el embarazo. Revisión bibliográfica [Internet]. 2011. Disponible en: www.efisioterapia.net*
4. Molina RMJ, Molina RF. *El dolor pélvico en la embarazada: Ejercicio y actividad. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. 2007;7(27):266-273.*
5. Bim RC, Perego LA. *Fisioterapia aplicada a ginecología e obstetricia. 2002;4(1):57-61.*
6. Queipo F. *Tratar la causa a través de las cadenas musculares [Internet]. 2013. Disponible en: www.efisioterapia.net*
7. Salle R. *Tratado de osteopatía. 3ªed. Panamericana.*
8. Espinosa CJ. *Efectividad del tratamiento osteopático en pacientes con latigazo cervical. 2008;7 (1):03-12.*
9. Escarmis ICF, Martínez GJL. *La terapia manual osteopática. Revista de Fisioterapia. 2001; 0(1):21-27.*
10. Rodríguez DLN. *La terapia manual y el paradigma biomecánico [Internet]. Universidad de Melbourne, Australia: 2008. Disponible en: www.efisioterapia.net*
11. Blanco MJA. *Importancia del tratamiento miofascial en el tratamiento del sd. De latigazo cervical [Internet]. Equipo de Fisioterapia Corporación Davida: 2011. Disponible en: www.efisioterapia.net*
12. Ruiz MI. *Tratamiento osteopático en una lesión por Whiplash: Caso clínico. 2008;7 (1):35-42.*
13. Ricard. *Tratamiento osteopático de las algias lumbopélvicas. 3ªed. Panamericana; 2005.*
14. Rodríguez R, Saccone J et al. *Headache and liver Disease: Is Their Relationship More Apparent Than Real?. Digestive Diseases and Sciences. 2004;49(6): 1016-1018.*
15. Barral JP. *Manipulaciones viscerales 2. Osteopatía. THE BARRAL INSTITUTE. 2ª ed. Elsevier.*
16. Romero GR, Romero GSR. *Origen de la Cefalea Tensional. Revista de Fisioterapia. 2010;9(1):37-42.*
17. Barral JP. *Manipulaciones viscerales 1. THE BARRAL INSTITUTE. 2ªed. Elsevier.*
18. Romero MM, Jiménez RB. *Actuación del fisioterapeuta durante la gestación, parto y postparto. Fisioterapia. 2010;32(3):123-130.*
19. Díaz AME. *Efectividad de la gimnasia abdominal hipopresiva frente al entrenamiento perineal clásico en el fortalecimiento del suelo pélvico de la mujer: revisión sistemática, [Trabajo de Fin de Grado]. Universidad de Alcalá. Facultad de Fisioterapia; 2012.*

20. Benito GE, Rocha OM. *Posiciones maternas durante el parto. Alternativas a la posición ginecológica. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Alfonso X el Sabio. 2005;3.*
21. Benito GME, Rocha OM. *Técnicas de empuje durante la segunda fase del parto. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Alfonso X el Sabio. 2005;3.*
22. Pollaris A, De Coster M. *Osteopatía visceral. 3ªed. Paidotribo.*
23. Nicholas A, Nicholas E. *Atlas de técnicas osteopáticas. Wolters Kluwer. Lippincott Williams & Wilkins.*
24. Pilat A. *Terapias miofasciales: Inducción miofascial. Aspectos teóricos y aplicaciones prácticas. Interamericana.*

9. ANEXOS

Anexo 1: Historia clínica.

Historia Clínica

Fecha de elaboración:

Interrogatorio

1. Ficha de Identificación

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____ Raza _____
 Nacionalidad _____ Edo. Civil _____ Ocupación _____
 Lugar de Origen _____ Lugar de residencia _____ Domicilio _____
 Persona responsable _____
 Religión _____ Piso (servicio) _____ Cama _____ fecha de ingreso _____

2. Antecedentes

a) Heredo-Familiares

Tuberculosis Diabetes Mellitus Hipertensión Cánceres Cardiopatías Hepatopatías Nefropatías Endocrinopatías Enf. Mentales Epilepsia Acroa Enf. Hereditarias Sífilis	Investigar etiología y etiología de Mortalidad en abuelos, padres, hijos, esposas, hermanos.
--	--

b) Personales Patológicas

Enf. Infecciosas de la infancia _____ Tif., Enf. Venéreas, Fiebre Tifóidea, Salmonelosis, Neumonías, Paludismo, Parasitosis, Enf. Alérgicas, Pat. Articulares _____ Intervenciones Quirúrgicas _____ Hosp. _____ Traumatismos (acc.) _____ Pérdida del conocimiento _____ Intolerancia a medicamentos _____ Transfusiones _____	
---	--

c) Personales No patológicas

Hábitos personales. baño _____ defecación _____ lav. dientes _____ habitación (ctos, piso, techo, ven, hab, servicios) _____ Tabaquismo (cig/día/años) _____ Alcoholismo (beb/frec) _____ Toxicomanías (esp/día/años) _____ Alimentación (f/ tipo) _____ carne _____ pollo _____ fruta _____ Deporte (act. Física/f) _____ Escolaridad _____ Inmunizaciones _____ Hipersensibilidad / alergias _____ Trabajo/Desc _____ Pasatiempos _____	
--	--

d) Gineco - obstétricas

Menarca _____ FUM _____ FUP _____ Abortos _____	Desarrollo Sexual _____ FPR _____ Mat _____ Cesáreas _____	Ritmo Menstrual (f/d/c) _____ Vida sexual _____ Menp _____ Método Anticonceptivo _____	FPP _____ Clim _____ Partos _____ CV _____
--	---	---	---

5. Interrogatorio por aparatos y sistemas

<p>Aparato digestivo. Hinchada, boca seca, masticación, deglución/difícil, píloro, náusea, vómito. (Formalmente), dolor abdominal, meteorismo y flatulencias, constipación, diarrea, meteorismo, náuseas, peaje y tenesmo, hemátide colorada y oscura, petefeo cutáneo, hemorragias.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Aparato cardiovascular. Deseo, los (saca, prod.), taquicardia, dolor precordial, palpitaciones, disnea edema y manifestaciones periféricas (edemas, frotamiento, atrofia, hipertrofia, etc.)</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Aparato respiratorio. Tos, disnea, dolor torácico, hemoptisis, disnea, vómito, alteraciones de la voz.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Aparato Urinario. Alteraciones de la micción (poliuria, anuria, poliuria, oliguria, nicturia, opstrucción, disuria, hematuria vesical, urgencia, dolor, anorexia, incontinencia) características de la orina (colorada, olor, color, aspecto) dolor lumbar, edema renal, hipertensión arterial, dolor crónico de azarria.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Aparato genital. Criptorquidia, fimosis, función sexual. Sangrado genital, flujo o leucorrea, dolor gonocóico, prurito vulvar.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Aparato hematológico. Datos clínicos de anemia (palidez, astenia, adinamia y otros), hemorragias, anisocitosis, esplenomegalia.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Sistema endocrino. Bocio, liturgia brespitórica (falta), intolerancia al frío, nerviosismo, hipoparatiroidismo, osteo. anorexia, ginecomastia, amenorrea, ginecomastia, obesidad, ruborización.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Sistema cardiovascular. ganglio, neuropatía, carotiditis, friabilidad arterial/gua/malgia, Raynaud.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Sistema nervioso. confusión, ataxia, atropía, convulsiones, déficit transitorio, vertigo, confusión y otros, vómito/náusea, parálisis M., marcha y equilibrio, excitabilidad.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Sistema sensorial. visión, agudeza, borrosidad, diplopía, lagrimeo, dolor ocular, fotofobia, corneopatía, anisocoria, miopía, catarata y otros, hiposonía, drusas, efeción, opstrucción, secreción, Gouma, Garganta (color) Pseuditis.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Psicosomático. Personalidad, ansiedad, depresión, excitabilidad, actividad sexual, volubilidad, pensamiento, estado, ideación suicida, delirio.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

6. Diagnósticos anteriores

--

7. Terapéutica empleada anteriormente

--

Anexo 2: Exploración.

Test de movilidad analítica cervical o test de Mitchell: Paciente en decúbito supino con la cabeza apoyada en la camilla. Fisioterapeuta por detrás del paciente, toma con las dos manos la cabeza del paciente y posa los dedos sobre las apófisis transversas que se quiere testar. Se efectúa un movimiento lateral de derecha a izquierda, y de izquierda a derecha, verificando cuál de ellos es más limitado. Posteriormente llevamos la vertebra a flexión y extensión y realizamos en ambas posiciones los movimientos. (Apuntes Terapia Manual de Miguel Moreno Martínez).

Esfínter de Oddi: Se encuentra en la línea umbilico- medio clavicular a dos traveses de dedo por encima del ombligo. Se coloca el pisiforme sobre este lugar y se hunde mientras se hace una ligera rotación horaria. Una sensibilidad provocada por la maniobra al acabar el trayecto indica un problema del esfínter de Oddi.¹⁵

Pruebas de motilidad hígado: paciente en decúbito supino. El practicante apoya la mano bien de plano sobre la región hepática, con la punta de los dedos frente al ligamento triangular izquierdo más allá de la línea esternoxifoidea, y la palma de la mano sobre la parte externa de las 9, 10 y 11 costillas derechas. Plano frontal: durante expir debe efectuar latero flexión de derecha a izquierda en dirección al ombligo. Plano sagital: durante expir la parte superior de la mano del practicante se separa ligeramente del plano cutáneo. Plano horizontal: durante expir la palma de la mano se dirige hacia delante y adentro.¹⁷

Pruebas de Movilidad estómago: el paciente se encuentra en decúbito supino. Debajo de las rodillas se coloca una almohada para flexionar ligeramente las piernas y así relajar la pared abdominal. Los brazos se encuentran paralelos al cuerpo. El terapeuta se sitúa al lado izquierdo del paciente a la altura del muslo y mirando hacia el cabezal de la camilla. La mano izquierda se sitúa con la punta del dedo medio en el arco costal. El pulgar y el índice se sitúan en las costillas; los dedos anular y meñique, debajo del arco costal. La muñeca esta a nivel del cuerpo y antro del estómago. Con la palma de la mano el terapeuta palpa el movimiento del estómago durante los movimientos respiratorios. Comportamiento normal del movimiento: durante la inspiración el estómago se desplaza en dirección caudal, medial e interna.²²

Prueba de movilidad de útero y ovarios: el paciente se encuentra en decúbito supino. Las piernas están ligeramente flexionadas, apoyadas en una almohada debajo de las rodillas, para relajar la pared abdominal. El terapeuta se sitúa al lado del paciente a la altura de la pelvis. La mano esta paralela a las ramas del pubis encima de la sínfisis y busca contacto a ambos lados con el fondo uterino y ovarios. El terapeuta intenta movilizar el útero en diferentes regiones y registra la movilidad que, en caso de normalidad, no resulta dolorosa.²²

Prueba de movilidad del colon sigmoide: el paciente se encuentra en decúbito supino con las piernas flexionadas ligeramente. El terapeuta se sitúa lateralmente al paciente. Las manos se sitúan planas sobre la pared abdominal. El terapeuta palpa el movimiento del intestino delgado y grueso. Durante la inspiración el movimiento intestinal normal transcurre en el sentido de las agujas del reloj.²²

Calendario miccional:

DIARIO MICCIONAL:

Nombre: _____ Fecha: _____

Hora	Cantidad de micción	Cantidad de pérdida	Ingesta: tipo	Ingesta: cantidad

Hora	Cantidad de pérdida	Uso de material absorbente: uso o no; y el qué	Relacionado a: hacer esfuerzos, urgencia y mixta (las dos anteriores)	Detalles de la pérdida: que hacía, como reaccionó, medidas tomadas...

X pérdida leve, unas gotas.
 Xx pérdida severa, chorro.
 Xxx pérdida grave, manchar la ropa.

Gillet o test de flexión de cadera: Paciente de pie con las manos apoyadas sobre la pared. Fisioterapeuta coloca los pulgares horizontalmente sobre el borde inferior de las EIPS, al mismo nivel sobre el sacro. El sujeto realiza una flexión de cadera en un plano estrictamente sagital, sin abducción ni aducción. En caso de restricción, el pulgar del lado en lesión no desciende. Este test no permite saber cuál es el tipo de disfunción. Este test puede hacerse en dos niveles:

- A nivel de S1 (brazo menor SI), el pulgar debe descender.
- S3 (brazo mayor SI), el pulgar debe separarse de la línea media.

Cuando el paciente dobla la cadera del lado de la mano iliaca se testa el ilion, cuando flexiona la cadera del lado de la mano sacra se hace el test del sacro.¹³

Prueba de longitud de piernas: Medir con cintra métrica desde EIAS hasta maléolo medial. (Apuntes de Valoración II de Ana Ibáñez Pegenaute).

Test de los pulgares ascendentes: Posición del sujeto: bipedestación, los miembros inferiores equilibrados, los talones separados un ancho de pie. Fisioterapeuta: los pulgares se colocan horizontalmente al mismo nivel sobre el borde inferior de las EIPS. Técnica: el sujeto se inclina adelante como para tocar sus pies con las manos, sin doblar las rodillas pues es necesario poner en tensión los isquiotibiales: el terapeuta fija su atención sobre los últimos grados de flexión. Si un lado está fijado, sube con el sacro; el pulgar subirá más rápido y más arriba del lado en lesión. Esta pérdida de movimientos puede ser debida a una subluxación del pubis, iliosacra o sacroilíaca.¹³

Test de los escalones: paciente en decúbito supino con la cabeza apoyada en la camilla. Fisioterapeuta por detrás de la cabeza del paciente, coloca sus dedos índices por

delante de las orejas, los anulares por detrás de las orejas, los pulgares sobre el vértice del cráneo, los demás dedos sobre el cráneo. El fisioterapeuta comprime la cabeza, con una presión neumática contra su esternón y empuja caudalmente (primer escalón), luego levantamos la cabeza en dirección al techo y se van evaluando los restantes escalones que se manifiestan en forma de choques fisiológicos, cuatro choques que corresponden a los niveles evaluados. Si hay ausencia de un escalón indicará que en ese nivel hay lesión. Primer escalón: C7-D1. Segundo escalón: C5-C6. Tercer escalón: C3-C4. Cuarto escalón: C1-C2. (Apuntes Terapia Manual de Miguel Moreno Martínez).

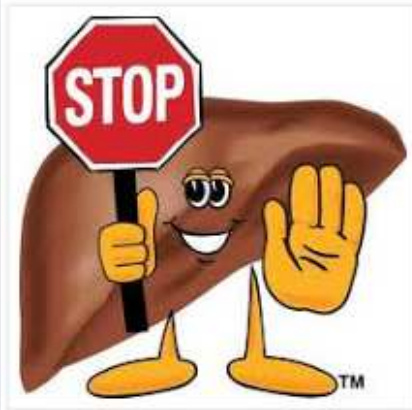
Testing vaginal superior: Examen de la retroversión: en el tacto vaginal el cuello del útero esta anterior y elevado. El cuerpo es difícil de palpar por vía abdominal, pero se palpa fácilmente por vía rectal. La movilidad anterior está restringida por adherencias posteriores.¹³

Prueba de valoración de la competencia abdominal: paciente en decúbito supino con flexión de 90º de rodillas y 70º de flexión de cadera. Si el paciente tose y se abomba el abdomen, la fuerza va a ir al periné anterior (más débil). Tos mal realizada. Si el paciente tose y el abdomen se mantiene o se mete, la fuerza va al periné posterior, esto es lo correcto. (Apuntes Fisioterapia uroginecológica de Noelia Sáenz Espinosa).

Anexo 3: Técnicas fisioterápicas.

Dieta para hacer limpieza de Hígado:

DIETA PARA LA DESINTOXICACIÓN DEL HÍGADO



Antes que nada, deja de consumir:

- alcohol
- aceite de hígado de bacalao
- carnes y grasas animales
- alimentos químicos y/o con conservadores
- margarinas y aceites procesados
- café
- leche entera
- azúcar y harinas refinadas
- tabaco



La dieta:

La curación del hígado dañado puede tomar semanas, meses o incluso años, de atenciones constantes. Y como en algún momento hay que empezar, un cambio de alimentación puede ser un buen banderazo de salida.

En esta dieta, puedes llevar a cabo el mismo menú varios días consecutivos y tu puedes elegir desde qué paso comenzar. Eso sí, realiza los demás pasos a partir del que elejiste, hasta el último: si comienzas desde el paso 1, es recomendable seguir todos hasta el final, y si comienzas desde el paso 5, con ese terminas.

En caso de que seas niño o niña, anciano o anciana, o mujer embarazada o lactando, puedes comenzar la dieta en los pasos 4 ó 5. Si estás bajo algún tratamiento médico o dieta, te recomiendo que antes de comenzar esta dieta, lo consultes con el profesional que te atiende.

Si tienes alguna duda, lee esta publicación completa, incluyendo los comentarios, encontrarás ahí muchas respuestas.

La dieta está hecha tomando en cuenta los alimentos que son beneficiosos para limpiar, restablecer y acondicionar el hígado, así que puedes tomarlos en cuenta en cualquier momento.

PASO 1

Jugo de 1/2 limón o 1/2 naranja por cada vaso de agua pura.

Tomar más de 2 litros al día a temperatura ambiental o tibia, y de preferencia exprimir el limón o la naranja a la hora de tomarlo.

Beber zumo de limón en una taza de agua ayuda a limpiar el hígado y promueve la desintoxicación.

También estimula la producción de bilis, limpia el estómago y el intestino, y estimula un movimiento intestinal.



PASO 2

Deliciosa bebida preparada con:

- 3 vasos de agua pura
- 1 vaso de jugo de arándano (puro y sin azúcar u otros edulcorantes adicionados)
- 1/2 cdta. de canela
- 1/4 cdta. de jengibre y/o de nuez moscada
- 3/4 de taza de jugo de naranja
- 1/4 de taza de jugo de limón

Todo licuado junto.



Los antioxidantes que se encuentran en los arándanos, así como en las naranajas y en otras frutas como las ciruelas pasas, las pasas, las moras, las fresas, las frambuesas, las ciruelas, las toronjas, los melones, las manzanas y las peras, ayudan a proteger el hígado de los altos niveles de radicales libres que se producen naturalmente durante el proceso de desintoxicación.

Por su lado, la vitamina C ayuda al hígado a procesar hasta 35% más de grasa y toxinas.

Esta bebida ayuda además a reducir la inflamación en los tejidos de hígado ayudando a que funcione mejor en tan sólo una semana.

Esta bebida se toma cuantas veces se desee y se alterna siempre con un vaso de agua. Es decir, que entre cada vaso de bebida preparada, se toma un vaso de agua, con la menos una hora de intervalo antes del siguiente vaso de agua preparada.

PASO 3

Toda el agua que se desee, más:

Desayuno:

Bebida del paso 2 y uno o varios de estos alimentos:

- Apio: Excelente depurativo sanguíneo, ayuda a los procesos del hígado.
- Manzana: Las manzanas contienen pectina que se unen a los metales pesados en el cuerpo (en particular en el colon) y ayudan a su excreción. La pectina de la manzana ayuda a suavizar y aplanar las piedras en la vesícula biliar y el hígado, y ayuda en su desintoxicación.
- Zanahoria: La zanahoria se ha demostrado lograr alcalinizar el cuerpo rápidamente a través de la limpieza del hígado y de mejorar la calidad de la sangre.



Comida y cena:

Caldo de verduras, que puede incluir, además de las anteriores:

- Alcachofa: Aumenta la producción de bilis. Uno de los trabajos de la bilis es el de eliminar las toxinas a través del intestino, así como a los micro-organismos indeseables. Se ha sugerido que 30 minutos después de comer alcachofa, el flujo de la bilis se incrementa en más del 100%.
- Espárrago: Reduce la toxicidad del hígado en células que fueron expuestas a peróxido de hidrógeno, es decir, que aumenta la actividad enzimática en el hígado y mejorar la descomposición del alcohol.
- Betabel (Remolacha): El betabel es un tónico purificador de la sangre que también es capaz de absorber los metales pesados.
- Poro (Puerro), Ajo o Cebolla: El ajo contiene alicina, que es un compuesto a base de azufre que necesita el hígado para la desintoxicación efectiva. El ajo ayuda al hígado a deshacerse del cuerpo de mercurio, ciertos aditivos alimentarios y la hormona estrógeno.

Durante el día:

Infusión de:

- Romero, y/o Diente de León

Se recomienda que tomes al menos tres tazas de esta infusión durante el día.

PASO 4:

Toda el agua que se desee, más:

Desayuno:

- 2 huevos revueltos con una cda. de aceite de oliva. La lecitina de la yema de huevo, que es abundante en la colina, podría, según dicen los científicos, curar padecimientos y deficiencias en el hígado.

- vegetales cocidos, en los que incluimos los anteriores más las crucíferas como coliflor, brócoli y col de bruselas.

Las crucíferas son vegetales muy potentes desintoxicantes del hígado, que contienen productos químicos que neutralizan ciertas toxinas como las nitrosaminas en el humo del cigarrillo y aflatoxina que se encuentra en el maní. También contienen glucosinolatos que ayuda al hígado a producir enzimas que necesita para sus procesos de desintoxicación.

- 1 vaso de agua con el jugo de 1/2 limón o de 1/2 naranja, o la bebida preparada descrita en el paso 2.

Refrigerio:

- 1 tz. de yogurt natural (sin azúcar) con arándanos u otra fruta de las ya mencionadas, o

- 1 naranja

El yogur ayuda a estabilizar el nivel de azúcar en la sangre, lo que ayuda a detener la acumulación de grasa, colaborando así con el trabajo del hígado.

Comida:

- Ensalada con vegetales de los ya mencionados, y podemos aumentar:

· Aguacate: Las investigaciones han demostrado que comer uno o dos aguacates por semana puede ayudar a reparar un hígado dañado en tan sólo 30 días. Los aguacates ayudan a aumentar los niveles del antioxidante glutatión en gran medida y contienen mucha proteína.

- 2/3 de tz. de pollo azado, atún en agua o queso fresco.

Refrigerio:

- 1 manzana horneada con canela y nuez moscada

Cena:

- Gran porción de crucíferas (ya mencionadas)

- 2/3 de tz. de pollo azado, atún en agua o queso fresco.



Infusión (al menos dos tazas durante el día) de:

- Romero, Diente de León, Tomillo, Hojas de Olivo, Ajenjo, Boldo, Caléndula (Mercadela), Hierba de San Juan, Ortiga (Chichicaste) y/o Manzanilla. Para la infusión, puedes elegir una o varias de estas plantas. Mi recomendación es que elijas aquella/s con la/s que tengas más afinidad y pruebes el resultado. Una planta te dirá en seguida si quiere trabajar contigo o no.

PASO 5

Repetir paso 4, sumando:

- Pan integral o cereales integrales cocidos, como:

· Avena: La avena está llena de fibra de solube que se une a las toxinas en el tracto digestivo y las hace ser excretadas antes de que sean capaces de causar cualquier daño al hígado.

- Miel pura (si desconfías de que tu miel sea pura, no la tomes; la mayoría de la miel que se comercializa es fructosa, que prácticamente no aporta beneficios al organismo).

- Las verduras pueden ser crudas, y puede incluirse rábanos, aceitunas y jitomates (tomates). Estos últimos contienen licopeno, un poderoso antioxidante.

- Pueden incluirse frutos secos o deshidratados

Además, este paso puede prolongarse indefinidamente.



Gimnasia Abdominal Hipopresiva (GAH): (Apuntes Fisioterapia Deportiva de Alejandro Ferrer San Juan).

1. POSICIÓN INICIAL DS + RODILLAS-CADERAS FLEXIÓN + PIES APOYADOS SUELO.

1º Respiración posición neutra + Contracción transverso abdomen x 10 Rep.

- Explicar posición neutra L-D-C.
- Explicar respiración + contracción transverso ombligo hacia dentro.

2º Igual + Contracción suelo pelvis x 10 Rep.

3º Igual + Báscula pelvis retroversión en espiración: "IMPRINT" x 5 Rep.

- Variante en retro aguantar 5 respiraciones.
- Variante ascenso hombros.
- Variante antepulsión hombros.
- Variante flexión hombro + antepulsión-retropulsión con articulación coaptada (> activación trapecio inferior, subescapular, serrato anterior).
- Variante flexión completa hombros controlando escápula y articulación coaptada.
- Variante extensión rodilla y flexión cadera de 45º a 90º. Y luego de 0º a 90º tratando de mantener retroversión pelvis.

4º Rizo de pelvis (curl de pelvis) en espiración x 10 Rep.

- Variante en retro aguantar 5 respiraciones.
- Repetición rápida ejercicios MMSS.
- Variante en retro aguantar 5 respiraciones con manos detrás nuca + crecer como "tortuga" (> activación músculos largo de la cabeza y del cuello).
- Variante extensión rodilla y flexión cadera de 45º a 90º. Y luego de 0º a 90º tratando de mantener retroversión pelvis (abdomen debe ser como una cuchara de coger helados: hacia dentro).
 - o Si no se puede bajar tanto con control o hay dolor, de momento no se puede hacer.

* La progresión sería hacerlo en neutro de pelvis y controlar el neutro durante todos los movimientos de MMII. Como es muy complicado adoptamos una posición de seguridad en retro de pelvis y ligera rectificación de columna lumbar.

2. POSICIÓN INICIAL CUADRUPEDIA – “POSICIÓN GATO”.

1º Respiración posición neutra + Contracción transversal abdomen x 5 Rep.

- Explicar posición neutra L-D-C.
- Explicar respiración + contracción transversal ombligo hacia dentro + suelo pelvis.

2º Igual + Báscula pelvis en espiración y columna vertebral redondeada x 10 Rep.

- Variante en retro aguantar 5 respiraciones.
- Variante retropulsión-antepulsión hombros (trabajo también romboides).
- Variante flexión completa hombro con articulación coaptada como si arrastráramos una copa (> activación trapecio inferior, subescapular, serrato anterior).
- Variante extensión cadera y rodilla tratando de mantener retroversión pelvis.
- Variante movimiento combinado MMSS + MMII.



Masaje perineal: realizar masaje en lateral, caudal y posterior. Antero posterior no presionar porque está el clítoris. Cuidar no impactar con la rama isquiopubiana y en la parte posterior con provocar ganas de defecar. Elastificar y masajear toda la musculatura. En la zona de la episiotomía (si el dolor lo permite) realizar pinzado rodado. (Apuntes Fisioterapia uroginecológica de Noelia Sáenz Espinosa).

Ejercicios de Kegel: Consisten en realizar una contracción activa del suelo pélvico. Se realizan contracciones fuertes del suelo pélvico. Para trabajar las fibras fásicas habrá que realizar 3 ciclos de contracción en 1 minuto y descansando 9 segundos. También para trabajar las fibras fásicas se pueden realizar contracciones y relajaciones seguidas y rápidas, y guardando 30 segundos de descanso. Para trabajar las fibras tónicas hay que realizar contracciones prolongadas al 50-60% 1RM y mantenerlas 10 segundos. Para realizar estos ejercicios se pueden alternar rotación externa de piernas (trabajo de los músculos posteriores del triangulo anal) o rotación interna de piernas (trabajo triangulo urogenital). (Apuntes Fisioterapia uroginecológica de Noelia Sáenz Espinosa).

Reeducación del reflejo de tos: Paciente tiene que toser suavemente concentrándose en no abombar el abdomen mientras la realiza. Comenzar la reeducación en decúbito supino y proseguir sentado y de pie. Al principio exige bastante concentración y al final se automatiza. (Apuntes Fisioterapia uroginecológica de Noelia Sáenz Espinosa).

Terapia manual diafragma: Paciente en decúbito supino con flexión de cadera y de rodillas. Fisioterapeuta en el lado contralateral a trabajar. Colocar pulgares a lado del reborde costal, ejerciendo presión y rotando hacia dentro, cada técnica dura 25 segundos. Realizarlo durante 5 minutos. (Apuntes Fisioterapia uroginecológica de Noelia Sáenz Espinosa).

Terapia manual psoas: paciente en decúbito supino. Fisioterapeuta del lado contrario a tratar. Con la mano cefálica palpa el músculo a nivel de la inserción musculo tendinosa. La mano caudal toma el miembro inferior del lado del músculo espasmódico realizando una flexión de rodilla con flexión y adducción de cadera. Puede utilizar el contacto con su tórax o abdomen sobre la cara antero lateral de la rodilla del paciente para controlar los parámetros agregando la rotación necesaria hasta percibir la relajación del músculo. El fisioterapeuta con su mano cefálica realiza un masaje profundo y circular hasta la relajación muscular. (Apuntes Terapia Manual de Miguel Moreno Martínez).

Tratamiento fascial de las vísceras: estómago, sigmoide, esfínter de Oddi, ovarios y útero. Para todos se sigue el mismo proceso: El fisioterapeuta debe seguir el movimiento que no está limitado, facilitándolo (método de inducción de Barral: 1 ciclo/10 segundos o cada 2-3 repeticiones aproximadamente) o manteniendo al final del movimiento durante varios ciclos y continuando finalmente con el movimiento limitado hasta un nuevo tope.

- Estomago: fisioterapeuta coloca su mano derecha sobre el abdomen del paciente sin ejercer presión, con base del dedo pulgar sobre píloro, dedo índice sobre proyección de la curvatura menor (apuntando cardias), y puntas de los dedos sobre el lado izquierdo del tórax (región cuerpo y fundus gástrico).

Antebrazo reposa en el abdomen. (Apuntes Fisioterapia Visceral de Alejandro Ferrer San Juan).

- Colon sigmoide: fisioterapeuta coloca su mano en la fosa iliaca izquierda, por encima del ligamento inguinal.²²
- Esfínter de Oddi: Se encuentra en la línea umbilico- medio clavicular a dos traveses de dedo por encima del ombligo.¹⁵

Técnica general de relajación: Ovarios y útero. La paciente se encuentra en decúbito supino. El terapeuta se sitúa al lado de la paciente a la altura de los muslos. Coloca la mano craneal extendida sobre la sínfisis en la pared abdominal y los dedos dirigidos hacia el ombligo. La mano caudal se sitúa debajo del sacro. Ejecución: la eminencia de a mano craneal del terapeuta se desplaza en dirección dorsal como si quisiera penetrar debajo de la sínfisis, después se inclina la mano en dirección craneal. Simultáneamente la mano caudal del sacro se mueve en sentido contrario: en dirección ventral y caudal.²²

Masaje de descarga: tríceps sural, piramidal, cuadrado lumbar, musculatura paravertebral lumbar, torácica y cervical: Movilización tisular con el fin de eliminar tensiones.

Relajación suboccipital: la colocación de los dedos es entre los cóndilos y la apófisis espinosa de Axis. Flexionar las articulaciones metacarpofalángicas a 90º, eleva lentamente el cráneo. La presión de los dedos es mantenida unos minutos hasta que se note la relajación de la fascia. No debe disminuir la presión, no debe producir dolor. En la última fase, el terapeuta sin relajar, abre las manos y lleva la cabeza lentamente hacia atrás. Esto permite relajar la duramadre hasta el sacro. (Apuntes técnicas fasciomioneurales de Ana Belén Mediavilla Martínez).

Cyriax en ligamento sacroilíaco y sacrolumbar: fricción en dirección perpendicular a las fibras. (Apuntes Fisioterapia Deportiva de Alejandro Ferrer San Juan).

Terapia miofascial del Ritmo Cráneo-Sacro: paciente en decúbito lateral sobre la camilla sin alcanzar la posición fetal. Para su comodidad, se puede colocar una almohada debajo de la cabeza y otra entre las rodillas. Las manos deben de estar sueltas. El terapeuta sentado en la silla o de pie, detrás del paciente. Para realizar la técnica, el terapeuta coloca una de sus manos sobre el sacro y la otra sobre la base del cráneo. Posteriormente, evalúa la elasticidad de la duramadre, observando la amplitud y la sincronización del movimiento entre el sacro y el cráneo. Al detectar la dirección de la restricción, trata de exagerar el movimiento en dirección opuesta a la restringida. A continuación reevalúa la amplitud del movimiento en ambas direcciones. Si es necesario se debe repetir todo el procedimiento hasta obtener una simetría completa.²⁴

Estiramientos (Deltoides, cuadrado lumbar, piramidal y psoas):

- Deltoides. Para la posición posterior y media del deltoides: Persona en bipedestación. Realizamos con el miembro superior a estirar, aducción, rotación interna y flexión de hombro. El otro miembro superior sujeta al miembro superior estirado (realizando una presa con el codo en flexión), y

aumenta la tensión pegándolo al pecho. Para la porción anterior: persona en bipedestación, realizamos con ambos miembros superiores extensión de hombro, sujetando con una mano la muñeca del miembro superior contrario. Podemos aumentar la tensión llevando los hombros a una mayor extensión. La espalda debe mantenerse lo más recta posible. (Apuntes Fisioterapia Deportiva de Alejandro Ferrer San Juan).

- Psoas. Persona en rodillas. Uno de los miembros inferiores realiza un paso muy amplio, mientras el otro queda muy retrasado gracias a una gran extensión de cadera, con la rodilla fijada al suelo. La espalda debe mantenerse lo más recta posible. Cuanto más extendamos la columna vertebral, mayor será la extensión de cadera del miembro inferior retrasado.
- Cuadrado lumbar: Persona en decúbito supino, con las rodillas flexionadas y con los pies tocando la cama. Las manos descansan sobre el abdomen. Hay que cruzar la pierna derecha sobre la izquierda y bajar las rodillas lentamente hacia la derecha hasta que sientas un estiramiento en la zona lumbar y en la cadera. Mantener hombro en la cama.
- Piramidal: persona en decúbito supino con ambas rodillas flexionadas. Colocar un tobillo sobre la rodilla opuesta. Agarrar la pierna que permanece en el suelo y acercarla hacia el pecho. (Apuntes Fisioterapia Deportiva de Alejandro Ferrer San Juan).

Anexo 4: Técnicas osteopáticas.

Descompresión esfeno-basilar: Paciente en decúbito supino con los pies fuera de la camilla y el terapeuta se pone de pie a su cabecera con uno de los pies descansando sobre una silla. La mano derecha descansa sobre el frontal: el pulgar sobre el ala mayor izquierda del esfenoides, el índice y el dedo corazón sobre el ala mayor derecha del esfenoides. La mano izquierda, con un guante toma contacto mediante el índice y el dedo corazón en forma de “V” con la cara oclusal de los dientes maxilares a la izquierda y a la derecha. Primer tiempo: fase funcional de compresión. Las dos manos comprimen ligeramente la esfera anterior en la dirección del suelo hasta conseguir una mayor elasticidad de las fibras óseas. Segundo tiempo: fase estructural de descompresión. Las dos manos arrastran ligeramente la esfera anterior en dirección al techo otra vez hasta conseguir más elasticidad de las fibras óseas. Mientras se realiza la técnica, se pide al paciente que movilice la sincondrosis esfenobasilar con la ayuda de la respiración y de la flexo-extensión de los tobillos. (Apuntes Terapia Manual de Miguel Moreno Martínez).

Manipulación occipital C0-C1: paciente en decúbito supino y fisioterapeuta sentado o de pie en la cabecera de la camilla hacia el lado derecho del paciente. El terapeuta rota la cabeza del paciente hacia la izquierda, coloca el antebrazo izquierdo bajo la cabeza del paciente rotada hacia la izquierda y con la mano izquierda coge la barbilla del paciente. La cabeza que descansa sobre el antebrazo crea una inclinación lateral mínima hacia la barrera de inclinación del lado derecho. La mano derecha del terapeuta (articulación metacarpofalángica (MCF) del dedo índice, la eminencia hipotenar o el pulgar) se coloca inmediatamente por detrás de la apófisis mastoides. El terapeuta usa ambas manos para aplicar una tracción continua, cuando el paciente está relajado y no está atento, el terapeuta proporciona un empuje hacia la órbita izquierda del paciente, empuje formando un arco.²³

Manipulación cervical C3: paciente en decúbito supino, fisioterapeuta en la cabecera de la camilla. Con el borde radial de una de las manos fijamos el segmento a movilizar, con la otra mano sujetamos la cabeza respetando la oreja. Se realiza inclinación homolateral a la mano que ha fijado el segmento, doble mentón y rotación contralateral. (Apuntes Fisioterapia Deportiva de Miguel Moreno Martínez).

Manipulación charnela cervicotorácica y manipulación torácica D6-D8-D9-D12: paciente en decúbito supino con los codos flexionados y cada mano en el hombro contrario formando una V. fisioterapeuta en bipedestación y voltea al paciente despacio y levantando el hombro del paciente por su parte posterior. El terapeuta coloca la eminencia ternar por detrás de la zona inferior de las dos vertebrae de la unidad espinal en disfunción. El codo del paciente se dirige hacia la parte alta del abdomen del terapeuta inmediatamente por debajo del arco costal y la apófisis xifoides. Mientras el paciente espira, se dirige un impulso con el abdomen del terapeuta hacia la parte superior de las dos vertebrae afectadas en la disfunción.²³

Manipulación lumbar L2-L5: paciente en decúbito lateral con el terapeuta de pie al lado de la camilla mirando hacia él. El terapeuta palpa las apófisis espinosas del segmento a manipular y flexiona las rodillas y las caderas del paciente hasta que nota tensión en el segmento vertebral. El terapeuta coloca la pierna que queda arriba de

manera que cae sobre el borde de la camilla craneal en relación con la otra pierna. el terapeuta coloca la mano craneal en la fosa antecubital del paciente mientras descansa el antebrazo suavemente sobre el pectoral anterior y el hombro del paciente. El terapeuta coloca el antebrazo caudal sobre una línea que une la espina iliaca posterosuperior (EIPS) del paciente y el trocánter mayor. La pelvis del paciente rota en dirección anterior hasta el borde de la barrera restrictiva, y el hombro y columna torácica del paciente rotan en dirección posterior hasta el borde de la barrera restrictiva. El paciente inspira y expira, y durante la espiración, puede aumentar la rotación. Con el paciente relajado y cuando no esté atento, el terapeuta proporciona un impulso con el antebrazo caudal en dirección a los ángulos de la columna del paciente mientras mueve simultáneamente el hombro ligeramente en dirección cefálica y la pelvis y el sacro en dirección caudal para lograr un movimiento de inclinación y rotación.²³

Manipulación sacro: Técnica semidirecta con thrust en latero cúbito para disfunción sacra en extensión unilateral a la derecha: paciente en latero decúbito izquierdo sobre el lado sano. Se extiende el miembro inferior y se flexiona la cadera superior hasta provocar una flexión lumbar que va a arrastrar la base anterior posteriormente. Para ayudar a retroceder la base, se utiliza una gran rotación de tronco, que haciendo girar las lumbares, hace igualmente retroceder la base del lado izquierdo. El terapeuta se coloca en finta adelante, a la altura de la pelvis, se gira al paciente hacia delante, hasta ver sus lumbares. La mano superior controla el pectoral y el contacto inferior se toma por el antebrazo en posición de pronación. Se coloca la parte más carnosa de nuestro antebrazo, la parte superior, sobre el ángulo inferolateral: hay que realizar un empuje en dirección del suelo y hacia arriba. Se busca primero la reducción del slack empujando el sacro hacia el suelo y hacia la cabeza, después la tensión en rotación. El thrust se realiza con un body drop.¹³

Manipulación iliaco: el paciente se encuentra en decúbito lateral izquierdo. El terapeuta se coloca de pie mirando hacia él. La mano craneal del terapeuta palpa entre las apófisis espinosas del paciente de L5 y S1. La mano caudal flexiona las rodillas y caderas del paciente hasta que las apófisis espinosas de L5 y S1 se separan. El terapeuta mantiene la pierna derecha en esta postura y da instrucciones al paciente para que extienda la pierna izquierda, poniendo ese pie derecho inmediatamente distal a la fosa poplítea izquierda. El terapeuta coloca la mano craneal sobre la fosa antecubital derecha del paciente con el antebrazo descansando sobre la zona anterior del hombro derecho del paciente. Técnica empleada: el terapeuta usando el brazo caudal, coloca la cara ventral del antebrazo en la EIPS derecha y la cresta iliaca posterior derecha. El terapeuta introduce una rotación axial en la dirección contraria empujando suavemente la parte posterior del hombro derecho del paciente y haciendo rodar la pelvis hacia anterior. Esos movimientos deberían continuar hasta que se palpe el movimiento del sacro derecho en la articulación sacroilíaca derecha. Cuando el paciente este relajado el terapeuta proporciona un impulso con la mano o el antebrazo izquierdo hacia el ombligo del paciente.²³

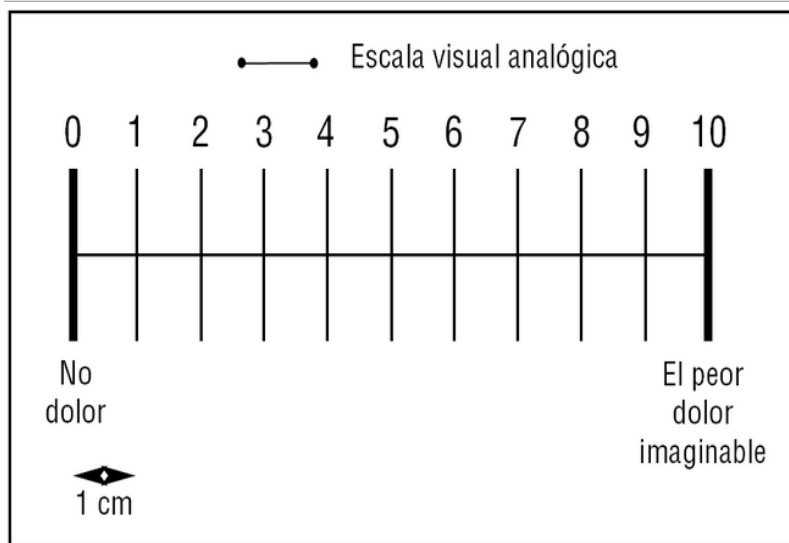
Técnica de tejido conjuntivo lumbar: roces neuromusculares en la región del tejido conjuntivo.

Descompresión subastragalina: paciente en decúbito supino con las piernas que sobresalgan de la camilla. Fisioterapeuta en bipedestación a la altura de los pies. Coloca las manos con el borde cubital sobre la parte anterior del pie del paciente, haciendo contacto con el astrágalo. Imprime flexión dorsal de 90º y utilizando el peso del cuerpo hacia atrás, manipula la articulación subastragalina.

Posteriorización astrágalo: se busca el plano articular, desplazando la pierna posterior hasta encontrarlo, se arma el drop y se efectúa la técnica. Estando apoyando sobre la punta del pie, si se baja la punta, se desplaza el centro de gravedad hacia delante; mientras que en posición alta, el centro de gravedad se desplaza hacia atrás. Por lo tanto con un poco de flexión de rodilla, se puede introducir un movimiento en coma en la articulación, entonces: se toma contacto, se realiza un tissue-pull, se encuentra el plano articular, se reduce el slack y se hace un body drop con impulso de los pectorales y thrust. (Apuntes Terapia Manual de Miguel Moreno Martínez).

Anexo 5

Escala visual analógica (EVA):



Anexo 6: Consentimiento informado

D/Dña.: _____.

Autorizo a que realicen el Trabajo de Fin de Grado con mi patología. En el pueden figurar imágenes realizadas durante el tratamiento, información personal (sin aparecer nombre y apellidos), seguimiento del tratamiento y evolución.

Esta información únicamente será utilizada en la realización del trabajo y en su exposición ante el tribunal el día 30 de Junio.

Fdo.: