

A person is shown from the waist down, performing a deadlift exercise. They are wearing a black athletic top and are holding a barbell with both hands. The barbell has a large black weight plate on the left side. The background is a bright, out-of-focus gym environment with vertical bars visible. The text is overlaid in the center of the image.

EJERCICIO TERAPÉUTICO APLICADO A LA OSTEOPATÍA

PABLO ESCRIBÁ

¿CÓMO HA CAMBIADO TODO?

LA MEJORA ACTUAL EN LA
COMPRESIÓN DEL
MOVIMIENTO Y LA
NEUROFISIOLOGÍA DEL
DOLOR , LA
BIOMECÁNICA, EL
CONTROL MOTOR , LA
SENSIBILIZACIÓN Y LAS
INFLUENCIAS BIO-PSICO-
SOCIALES Y
COMPORTAMENTALES
ASOCIADAS A LOS
CONCEPTOS DE
INTERDEPENDENCIA
REGIONAL .



APOYA EL ABORDAJE
OSTEOPÁTICO
COMBINADO CON EL
EJERCICIO TERAPÉUTICO.



SE ELIMINA EL MODELO
SIMPLISTA QUE SOSTENÍA
QUE HAY QUE ESTIRAR LA
HIPOMOVILIDAD Y
FORTALECER LO DÉBIL.

REENTRENAMIENTO FUNCIONAL DISFUNCIONES SOMÁTICAS GLENOHUMERALES:



La estabilidad funcional depende de la función muscular local y global integrada. La disfunción de la estabilidad mecánica se presenta como DISFUNCIÓN segmentaria (articular) Y MULTISEGMENTARIA (miofascial).

Estas disfunciones se presentan como combinaciones de restricción de movimiento normal y compensaciones asociadas para mantener la función.

REENTRENAMIENTO FUNCIONAL DISFUNCIONES SOMÁTICAS GLENOHUMERALES:

Las estrategias para manejar la disfunción de la estabilidad mecánica requieren la movilización específica de las restricciones del tejido articular y conectivo, recuperando la extensibilidad miofascial.

Readiestramiento de control muscular de estabilidad global de compensaciones miofasciales y reclutamiento muscular de estabilidad local para controlar el movimiento segmentario.

El reciclaje de la estabilidad se dirige a los sistemas de estabilidad locales y GLOBALES.

REENTRENAMIENTO FUNCIONAL DISFUNCIONES SOMÁTICAS GLENOHUMERALES:

ACTIVAR A NIVEL
NEUROMUSCULAR LOS
SISTEMAS DE
ESTABILIZACIÓN LOCAL

INTEGRACIÓN
FUNCIONAL DE BAJA
CARGA 20-40% 1RM
GARANTIZANDO LA
POSICIÓN NEUTRA .

ENTRENAMIENTO
MUSCULAR GLOBAL
ASOCIADO A TRABAJO
MIOFASCIAL.

¿POR QUÉ ?

1

ENTRENAREMOS UN
RECLUTAMIENTO DE BAJA
CARGA LIMITANDO EL
MOVIMIENTO EN LA ZONA
DE DOLOR
(HIPERMOVILIDAD ++).

2

SOLICITAREMOS MOVILIZAR
ACTIVAMENTE LA
RESTRICCIÓN
(HIPOMOVILIDAD
ADYACENTE) .

3

BUSCAREMOS MEJORAR
RANGOS DE MOVIMIENTO
GLOBAL A NIVEL
MUSCULAR
INDIVIDUALIZANDO EN
FUNCION DE
REQUERIMIENTOS.

Causas de inestabilidad:



HIPOMOVILIDADES.



Mal control neuromuscular. HIPERMOVILIDADES.



Sistemas muscular y osteo- ligamentosos ineficientes.

MATICES....

DISFUNCION MOVIMIENTO
LOCAL O GLOBAL
FRECUENTEMENTE
SIMULTÁNEAS(Bergmark ,1989)

MALA ERGONOMÍA, HÁBITOS
MOTRICES POBRES,
DESALINEACIONES
POSTURALES, ALTERACIONES
NEURODINÁMICASM(Janda
1978; Sahrman1992,
2000,Elvey 1995)

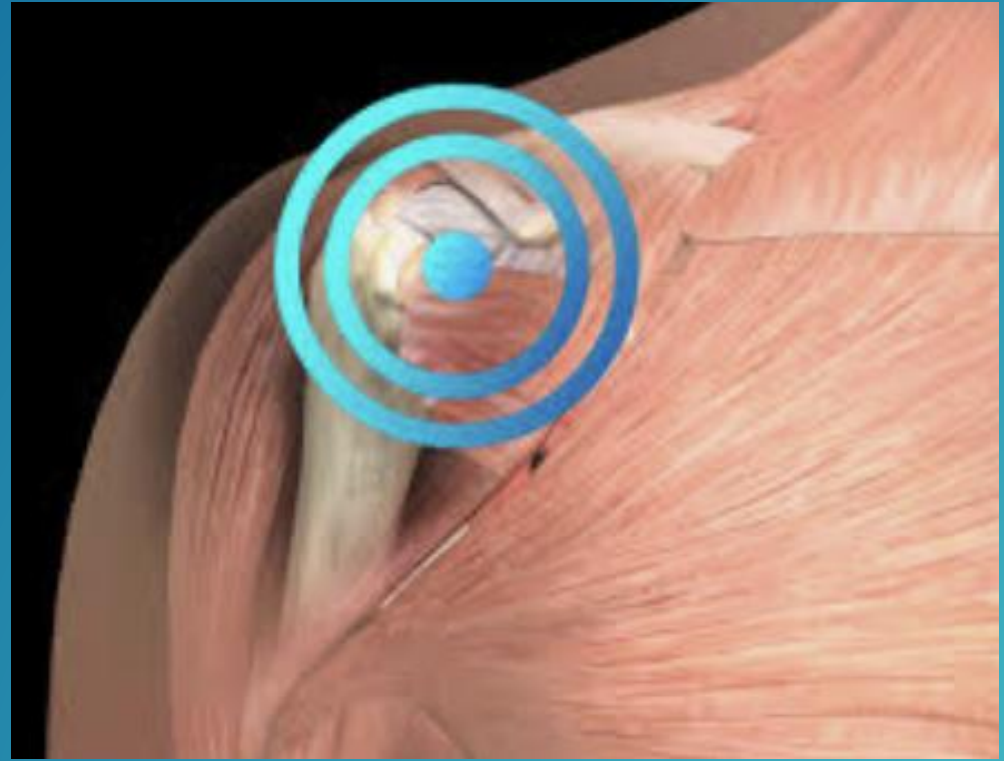
MATICES:

DESEQUILIBRIOS
VECTORIALES DE FUERZAS
SOBRE LA ARTICULACIÓN
(DESEQUILIBRIO AGONISTA
–ANTAGONISTA-
SINERGISTAS)

DESPLAZAMIENTO DEL EJE
DE ROTACIÓN ARTICULAR.

SÍNDROME DE DOLOR SUBACROMIAL

Pablo Escribá MD, PT, DO



Escuela de
Osteopatía
de Madrid
Internacional





Las conclusiones y consejos importantes de esta Guía Clínica para el diagnóstico y tto del Síndrome de dolor subacromial (SAPS) son los siguientes:

- El SAPS diagnóstico solo se puede hacer mediante una combinación de pruebas clínicas.
- El SAPS debe ser tratado preferentemente sin cirugía.
- El dolor agudo debe ser tratado con analgésicos si es necesario.



(4) La inyección subacromial con corticosteroides está indicada para síntomas persistentes o recurrentes.

(5) El diagnóstico por imágenes es útil después de 6 semanas de síntomas. El examen por ultrasonido es la imagen recomendada, para excluir una ruptura del manguito rotador.

(6) Las intervenciones ocupacionales son útiles cuando las quejas persisten por más de 6 semanas.



(7) La terapia de ejercicio debe ser específica y debe ser de baja intensidad y alta frecuencia, combinando entrenamiento excéntrico, atención a la relajación y la postura, y se puede considerar el tratamiento de los puntos gatillo miofasciales (incluyendo el estiramiento de los músculos).

(8) No se recomiendan técnicas estrictas de inmovilización y movilización.

(9) El área calcárea de la tendinosis puede ser tratada por ondas de choque (ESWT) o punción bajo guía de ultrasonido (barbotaje).



(10) La rehabilitación en una unidad especializada se puede considerar en SAPS crónico, resistente al tratamiento, con comportamiento que perpetúa el dolor.

(11) No hay evidencia convincente de que el tratamiento quirúrgico para el SAPS sea más efectivo que el manejo conservador.

(12) No hay indicación para el tratamiento quirúrgico de desgarros asintomáticos del manguito rotador.



- Conclusión Los protocolos que utilizan ejercicios dolorosos ofrecen un pequeño pero significativo beneficio sobre los ejercicios sin dolor a corto plazo, con moderada calidad de evidencia.
- A medio y largo plazo no hay una superioridad clara de un tratamiento sobre otro.
- El dolor durante el ejercicio para el dolor musculoesquelético crónico no necesita ser un obstáculo para el éxito.





**ESTE ECA OBSERVA IDÉNTICAS
MEJORÍAS EN EJERCICIOS
CONCENTRICOS PARA
IMPINGEMENT SUBACROMIAL
COMO PARA EJERCICIOS
EXCÉNTRICOS.**



- **ESTE ESTUDIO ANALIZA LA EFECTIVIDAD PARA EL TRATAMIENTO DEL HOMBRO Y BRAZO DE LOS EJERCICIOS ISOMÉTRICOS FRENTE A LOS ISOTÓNICOS RELATIVO A LA FUERZA.**
- **NO ENCUENTRA DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS.**

Neuroplasticidad en las lesiones:

Necesidad de trabajo de control motor.

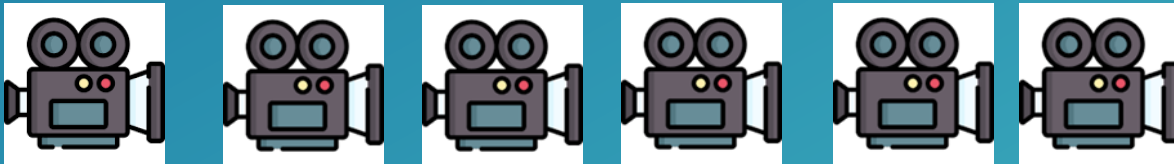
- Las alteraciones del control corticoespinal del músculo pueden manifestarse como una estrategia motora diferente (para la protección); sin embargo, esto podría contribuir a la morbilidad continua o a la vulnerabilidad a la recurrencia de los síntomas.
- La variabilidad del movimiento parece ser un factor importante en la cronicidad, aunque no se suele tener en cuenta en las afecciones de dolor musculoesquelético y puede ser relevante incluso si no hay información nociceptiva.
- La carga tendinosa aberrante derivada de un control motor alterado puede transmitirse al tendón y perpetuar el estímulo nociceptivo. Sin embargo, el patrón alterado también parece servir al deseo de rendimiento, ya que muchos estudios demuestran que las personas con tendinopatía muestran una fuerza o un rendimiento superiores. La rehabilitación actual de la tendinopatía se centra en el entrenamiento de fuerza porque estimula la adaptación fisiológica del músculo y el tendón. Sin embargo, también se ha demostrado que el entrenamiento de fuerza con ritmo externo puede modular el dolor tendinoso y el control corticoespinal del músculo.



Neuroplasticidad en las lesiones: necesidad de trabajo de control motor.

- Self-paced strength training targeted to improving muscle architecture describes the parameters of most clinical rehabilitation programmes for tendinopathy.
- These may not adequately address the differences in excitability and inhibition that has been observed in PT and may be a feature of other tendinopathies.
- The alterations to corticospinal control of muscle may manifest as a different motor strategy (for protection); however, this could contribute to ongoing morbidity or vulnerability to symptom recurrence.
- Movement variability appears an important factor in chronicity, yet it is not commonly considered in musculoskeletal pain conditions and may be relevant even if nociceptive input is absent.
- Aberrant tendon load from altered motor control may be transmitted to tendon causing perpetuation of nociceptive input. However, the altered pattern also appears to serve the desire for performance because many studies demonstrate that people with tendinopathy display superior strength or performance. Current rehabilitation for tendinopathy focuses on strength training because it stimulates the physiological adaptation of muscle and tendon. However, strength training that is externally paced has also been shown to be able to modulate tendon pain and corticospinal control of muscle.

ESTRATEGIAS DE CONTROL MOTOR EN INESTABILIDAD GLENOHUMERAL





LOS PACIENTES CON INESTABILIDAD ANTERIOR GLENOHUMERAL ACTIVAN ANTES TODOS LOS MÚSCULOS DEL MANGUITO ROTADOR Y RETRASAN LA ACTIVACIÓN DEL TRAPECIO SUPERIOR HOMOLATERAL Y ACTIVAN ANTES EL TRAPECIO CONTRALATERAL ($p < 0.001$) SI SON COMPARADOS CON SUJETOS SANOS.

LA ACTIVACIÓN MÁXIMA DEL INFRAESPINOSO FUE SEIS VECES SUPERIOR EN LOS PACIENTES CON INESTABILIDAD QUE EN LOS SANOS ($p < 0.001$).

LA ACTIVACIÓN DE DELTOIDES POSTERIOR, BÍCEPS BRAQUIAL , INFRAESPINOSO, SUPRAESPINOSO , TRAPECIO BILATERAL OCURRIÓ A MITAD DEL ARCO DE MOVIMIENTO MIENTRAS QUE EN LOS SANOS SE PRODUJO A LO LARGO DE TODO EL MOVIMIENTO SEGÚN PARÁMETROS FISIOLÓGICOS YA DESCRITOS*.

A NIVEL DE LA HIPERMOVILIDAD: LOCALMENTE.

Sobre la hipermovilidad , a nivel local es posible estimular la activación tónica , la propiocepción , exterocepción e interocepción, incrementar el tono de los estabilizadores locales incrementando la rigidez muscular con el objeto de lograr que el nivel lesionado logre la posición neutra (esto proporciona estabilidad en situaciones de laxitud del tejido conectivo) en situaciones estáticas y dinámicas.

Es posible inmovilizar (órtesis o vendajes) , lamentablemente no es posible mantenerla en el tiempo a largo plazo, pero puede ser interesante entre 9 días y 1-3 meses (si es con vendajes funcionales) . La cirugía es una opción que debe ser contemplada como última posibilidad.

EN SITUACIONES
DE
HIPERMOVILIDAD:

**LA INMOVILIZACIÓN
FUNCIONAL DE UN MÚSCULO
DEVUELVE SU LONGITUD
ORIGINAL EN 7-9 DÍAS así como
ejercitarlo en acortamiento (
amplitud incompleta) en
isotónico.**

Kendall F P, McCreary E K,
Provance P G 1993 Muscles.
Testing and function 4th edn.
Williams and Wilkins, Baltimore

Goldspink G 1992 Cellular and
molecular aspects of adaptation
in skeletal muscle. In: Komi P V
(ed) Strength and Power in Sport.
Blackwell, Oxford

Sahrmann S A 1990 Diagnosis
and treatment of movement
related pain syndromes
associated with muscle and
movement imbalances. Course
notes. Washington University,
USA

A NIVEL DE LA HIPERMOVILIDAD : MULTISEGMENTARIAMENTE.

Es posible realizar ejercicios de potenciación , pero sin trabajo propioceptivo se nos antoja difícil mantener el control motor en grandes arcos de movimiento o movimientos balísticos. Por esto en todos los ejercicios priorizaremos el control sobre la fuerza.

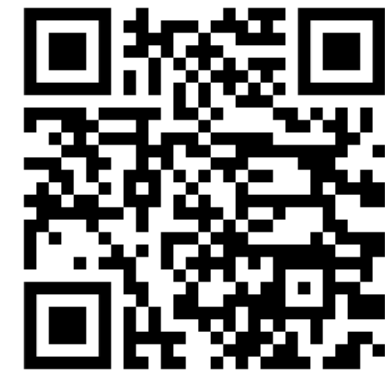
Utilizando los principios de energía muscular podemos facilitar la activación tónica de los niveles hipermóviles.

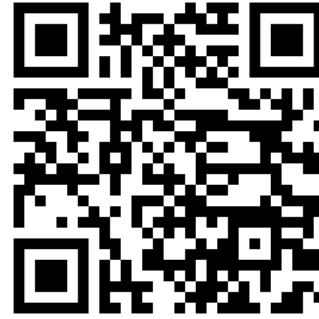
Ejemplo:

- Déficit de rotación superior escapular se traduce generalmente en hipermovilidades glenohumerales, excesiva rotación interna escapular, hipermovilidades acromioclaviculares, y déficit en báscula posterior escapular.



ESTRATEGIAS DE ACTIVACIÓN SELECTIVA GLENOHUMERAL





El efecto del plano fue significativo para el supraespinoso, trapecio medio, deltoides anterior, medio y posterior, tríceps y pectoral mayor ($P < 0,001$). Supraespinoso fue más activo durante la abducción que en la flexión ($P < 0,05$), y su actividad no aumentó significativamente después de 40° de elevación ($P > 0,05$). El infraespinoso tuvo un patrón de actividad similar en los tres planos de elevación ($P > 0.003$).

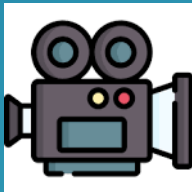
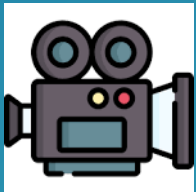
A la hora de readaptar es interesante conocerlo.



Los pacientes con síndrome subacromial muestran un patrón alterado de activación de los aductores con infraactivación del redondo mayor .

La subsecuente reducción de fuerzas en el húmero genera sobrecarga repetitiva en la región subacromial perpetuando síntomas.

ESTRATEGIAS DE ACTIVACIÓN SELECTIVA GLENOHUMERAL: ANTERIORIDAD GLENOHUMERAL



YOO, 2013

Este estudio investigó las diferencias en las actividades de los músculos del hombro durante la abducción del hombro entre un grupo de postura del hombro hacia adelante y el grupo asintomático.



Métodos: Se midió el trapecio superior y medio, el serrato anterior y el haz clavicular del pectoral mayor durante la abducción del hombro.

YOO, 2013

Resultados: Las actividades del trapecio superior y pectoral mayor en el grupo de cifosis aumentaron significativamente en comparación con el grupo asintomático.

Las actividades del trapecio medio y serrato anterior en el grupo cifótico disminuyeron significativamente más en comparación con el grupo asintomático.

Conclusión: Sugerimos que la postura del hombro hacia adelante puede convertirse en un factor de riesgo potencial que evoque los diversos trastornos del hombro.



EL ACORTAMIENTO DEL PECTORAL MENOR
EN LAS ANTERIORIDADES
GLENOHUMERALES ALTERA LA CINEMÁTICA
ESCAPULAR DE MODO ANÁLOGO A LO
OBSERVADO EN SUJETOS CON
IMPINGEMENT.

ESTO DEBE SER CONSIDERADO EN
NUESTROS ENFOQUES TERAPÉUTICOS.



LA ESTIMULACIÓN DEL TRAPECIO FIBRAS
MEDIAS, DEL SERRATO ANTERIOR Y LA
ESTIMULACIÓN COMBINADA DE AMBOS
MÚSCULOS INCREMENTAN IGUALMENTE
LA DISTANCIA ACROMIOHUMERAL.

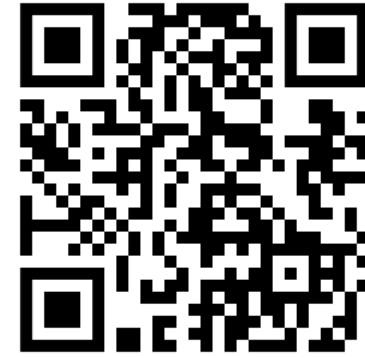
ESTOS HALLAZGOS DEBEN SER
CONSIDERADOS A LA HORA DE PAUTAR
EJERCICIOS.

IMPORTANCIA DEL
TRABAJO DEL
REDONDO,
DELTOIDES
POSTERIOR,
INFRAESPINOSO,
SERRATO Y BÍCEPS.

SE HA OBSERVADO QUE LAS
TRALACIONES HUMERALES
ANTEROPOSTERIORES EN SUJETOS
CON IMPINGEMENT ESTÁN
ALTERADAS.



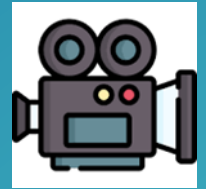
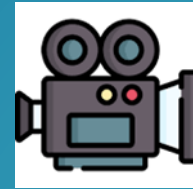
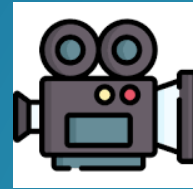
¿HAY CORRELACIÓN
ENTRE LA
SEVERIDAD DE
LESIONES CON
SEVERIDAD DE LA
CLÍNICA?



Conclusiones:

Las características anatómicas que definen la gravedad de los desgarros del manguito rotador atraumático no se asocian con el nivel de dolor. Los factores asociados con el dolor son comorbilidades, menor nivel de educación y raza.

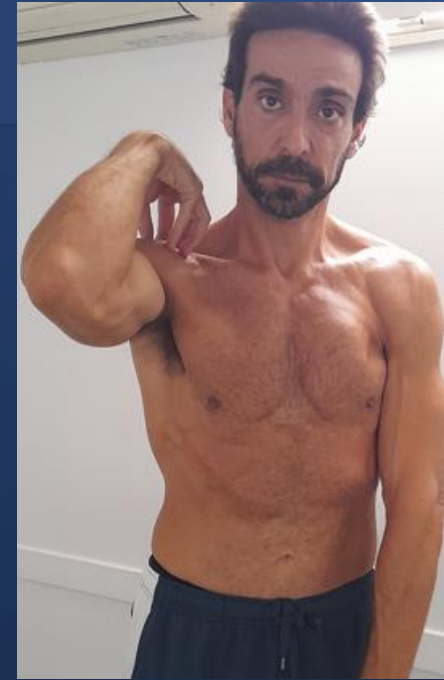
ESTRATEGIAS DE ACTIVACIÓN SELECTIVA GLENOHUMERAL: SUPERIORIDAD GLENOHUMERAL



SUPERIORIDAD
GLENOHUMERAL:
AUTO-DESCENSO



COACTIVACIÓN DE BÍCEPS Y CORACOBRAQUIAL CON DESCENSO Y CENTRADO DE GLENA: FZA RESIST.





TÉCNICA DE
AUTOTRATAMIENTO PARA
ANTERIORIDAD
ASOCIADA A
SUPERIORIDAD:

- ASOCIAR CONTRACCIÓN
TRAPECIO MEDIO E
INFERIOR , DELTOIDES
POST Y ROMBOIDES
MAYOR Y MENOR PARA
POSTERORIZAR.

EJERCICIOS ANTERIORIDAD GLENOHUMERAL

- AUTOPOSTURAS
- ACTIV EN PARED TRAPECIO Y DEL POST.
- ACTIVACIÓN CON GOMAS DE DELT POST .
- ACTIVACIÓN ESCÁPULAS , ROMBOIDES Y SERRATOS.
- POTT DEL BÍCEPS Y CORACOBRAQUIAL. DIF POSICIONES PARA FASC BICEPS.
- ESTIRAMIENTO DEL PECT MAYOR Y MENOR.
- DESCENSO HÚMERO PARA BURSA.
- TRABAJO EN ARCO NO DOLOROSO.



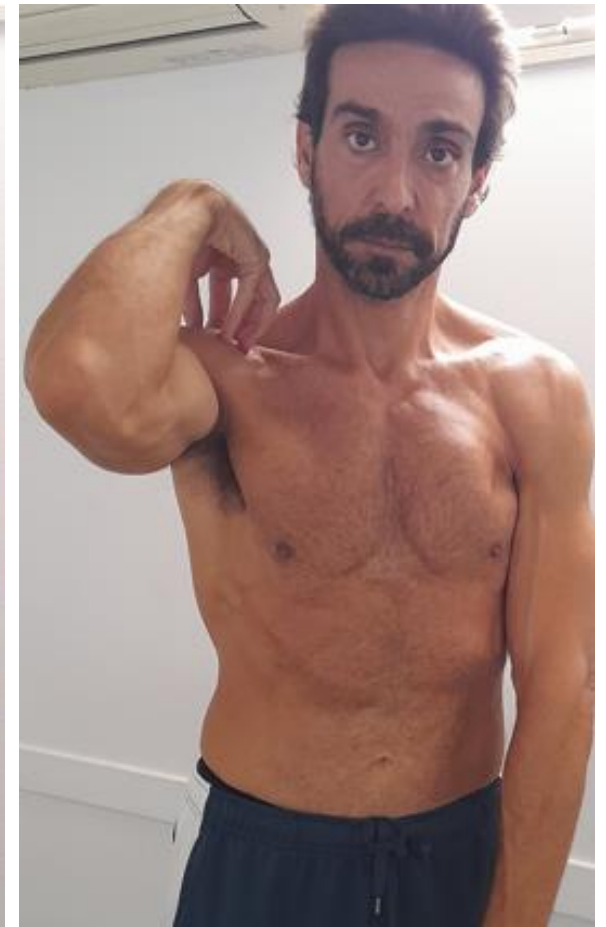
AUTOPOSTURAS:



ESTRATEGIAS DE ACTIVACIÓN SELECTIVA GLENOHUMERAL: INFERIORIDAD GLENOHUMERAL



REALIZAREMOS ACTIVACIÓN DE BÍCEPS, BRAQUIAL ANTERIOR Y
CORACOBRAQUIAL (BÍCEPS Y CORACOBRAQUIAL SOBRETODOS).
ACTIVACIÓN DE TRAPECIO Y DELTOIDES

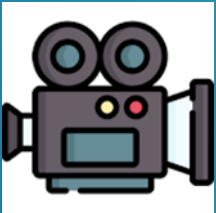
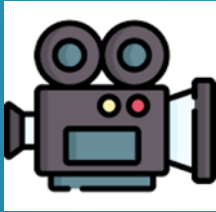
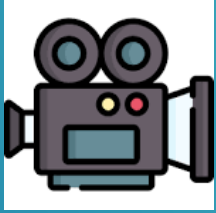


AUTOTRATAMIENTO ARTICULACIÓN ACROMIOCLAVICULAR

PABLO ESCRIBÁ

Escuela de
Osteopatía
de Madrid
Internacional

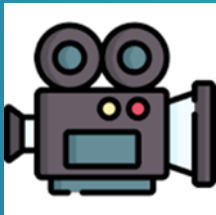




EJERCICIOS ACROMIOCLAVICULARES

- EN ABD 90º O HASTA DOLOR SI ES POR DEBAJO. ACTIVAR SINERGICAMENTE DELT POST , ROMBOIDES, TRAPECIO PARA ESTABILIZAR ARTIC...
- TRABAJAR PRESS MILITAR MANCUERNAS EN ARCOS N O DOLOROSOS. ETC...
- TRX V.
- AUTO INHIB SUBLCAVIO.
- EJERCICIOS DE DEPRESIÓN CON RETROPOSICIÓN MUÑÓN HOMBRO PARA ACTIVARLO...





EJERCICIOS PARA ROTACIÓN ANTERIOR ACOMIOCLAVICULAR

- POTENCIACIÓN RETRACCIÓN Y DESCENSO ESCAPULARES.
- POTENCIACIÓN DELTOIDES POSTERIOR.
- AUTOTRATAMIENTO MIOFASCIAL TRAPECIO, PECTORAL HAZ CLAVICULAR, , AUTOINHIBICIÓN TRANSVERSAL DELTOIDES POSTERIOR
- IR A POSTERIOR CON ESTIR, AUTO INHIB, MS ENERGÍA, EXCÉNTRICOS , ISOMÉTRICOS, CONCÉNTRICOS DEL ANTAGONISTA, EXCÉNTRICOS DEL AGONISTA (ESTIRAMIENTOS MÚSCULOS ESPASMÓDIZADOS FIJADORES) POTENCIACIÓN HIPOTÓNICOS.
- POSICIÓN EN MARCO PUERTA PARA CORREGIR VENDAJE NEUROMUSCULAR

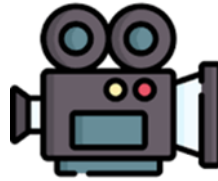


EJERCICIOS PARA ROTACIÓN POSTERIOR ACOMIOCLAVICULAR

- POTENCIACIÓN PROTRACCIÓN Y DESCENSO ESCAPULARES.
- POTENCIACIÓN DELTOIDES ANTERIOR Y PECTORAL MAYOR + DORSAL ANCHO.
- AUTOTRATAMIENTO MIOFASCIAL TRAPECIO, SUBCLAVIO, ECOM, SUBCLAVIO (JONES), AUTOINHIBICIÓN TRANSVERSAL DELTOIDES ANTERIOR
- IR A POSTERIOR CON ESTIR, AUTO INHIB, MS ENERGÍA, EXCÉNTRICOS , ISOMÉTRICOS, CONCENTRICOS DEL ANTAGONISTA, EXCÉNTRICOS DEL AGONISTA (ESTIRAMIENTOS MÚSCULOS ESPASMÓDIZADOS FIJADORES) POTENCIACIÓN HIPOTÓNICOS.
- POSICIÓN EN MARCO PUERTA PARA CORREGIR.
- VENDAJE NEUROMUSCULAR.



EJERCICIOS PARA SUPERIORIDAD ACOMIOCLAVICULAR



AUTOTRATAMIENTO ARTICULACIÓN ESTERNOCOSTOCLAVICULAR

PABLO ESCRIBÁ

Escuela de
Osteopatía
de Madrid
Internacional

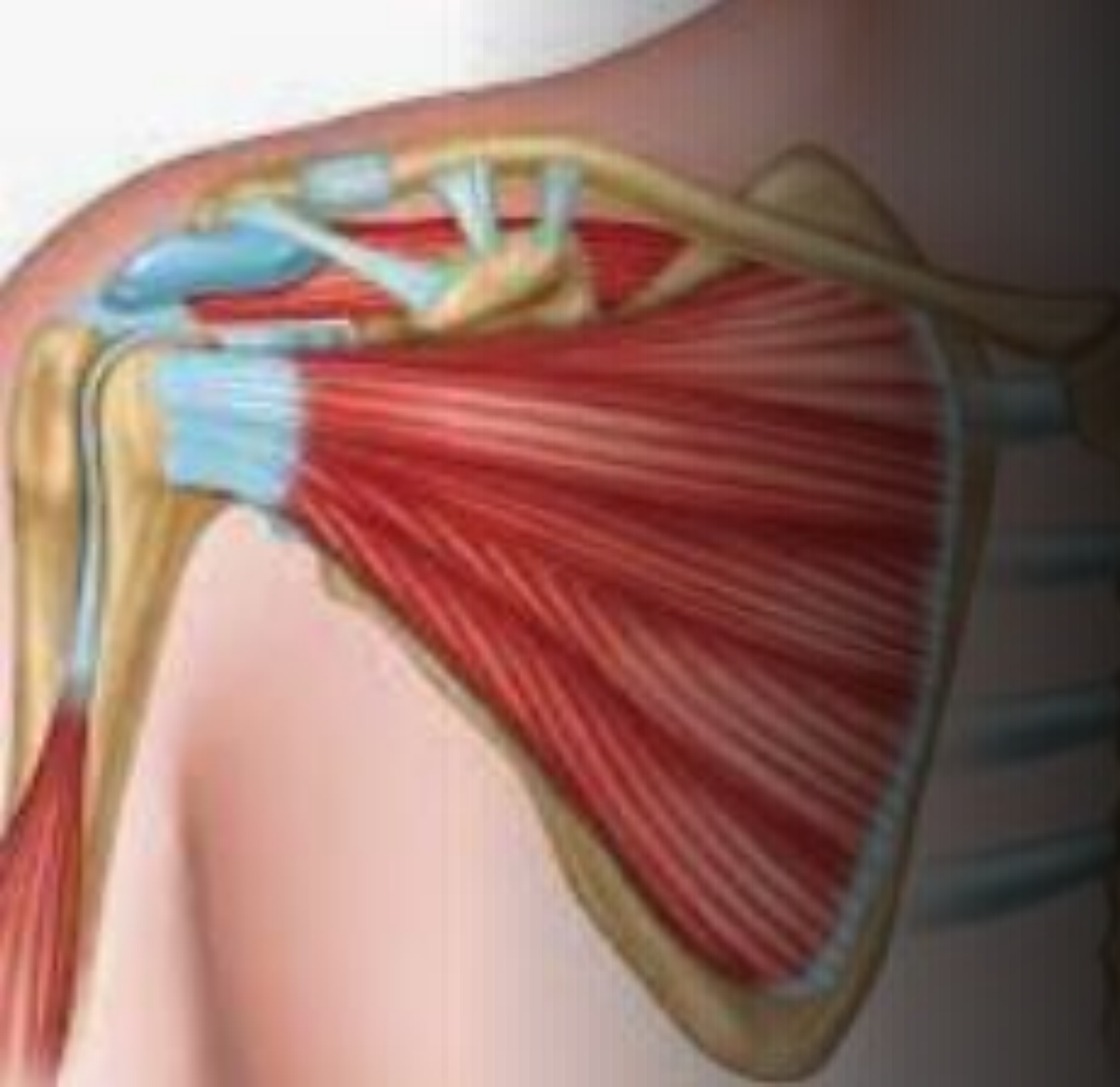


EJERCICIOS PARA SUPERIORIDAD ESTERNOCOSTOCLAVICULAR



EJERCICIOS PARA ANTERIORIDAD ESTERNOCOSTOCLAVICULAR





EJERCICIOS BÁSICOS DE ACTIVACIÓN DEL MANGUITO ROTADOR:

EJERCICIOS BÁSICOS ACTIVACIÓN NEUROMUSCULAR MANGUITO ROTADOR*:



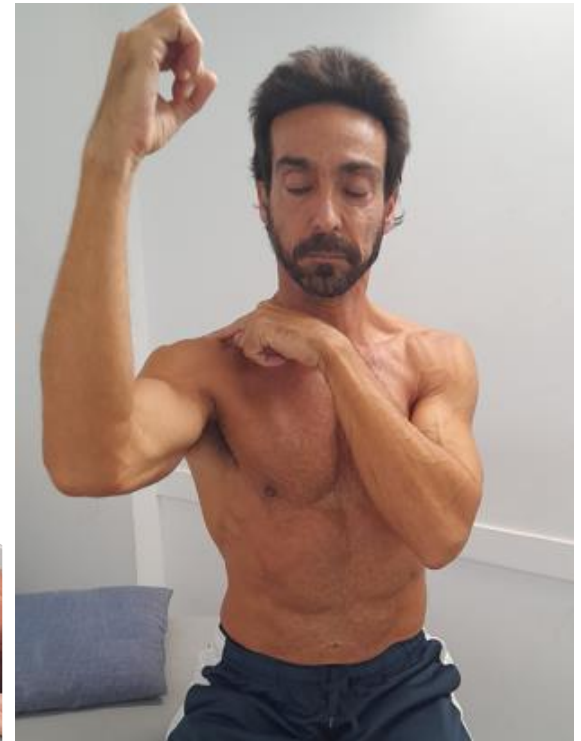


EJERCICIOS BÁSICOS DE ACTIVACIÓN
MANGUITO ROTADOR*:



EJERCICIOS BÁSICOS DE ACTIVACIÓN DEL
MANGUITO ROTADOR *:

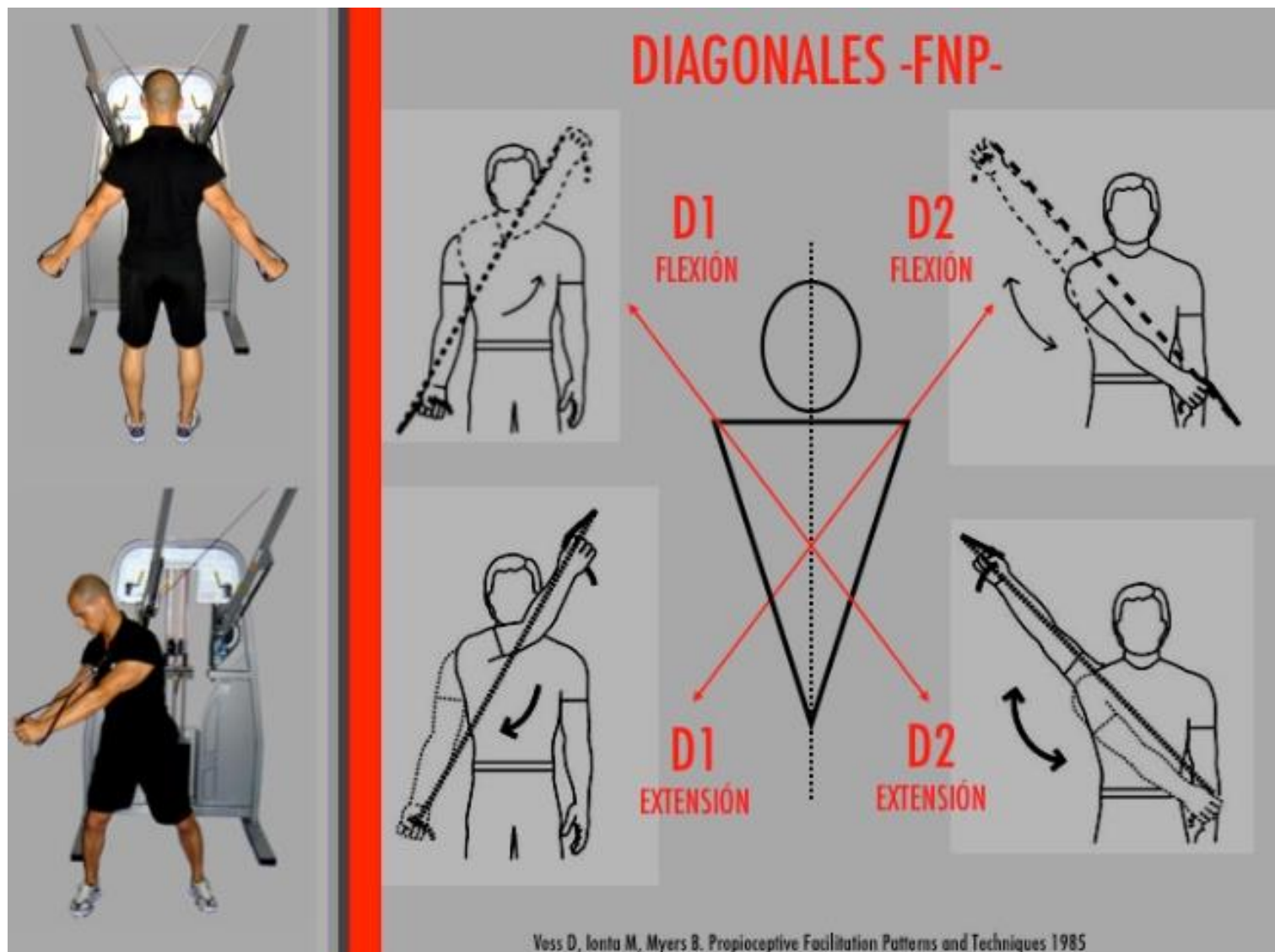
VARIANTES



ACTIVACIÓN:

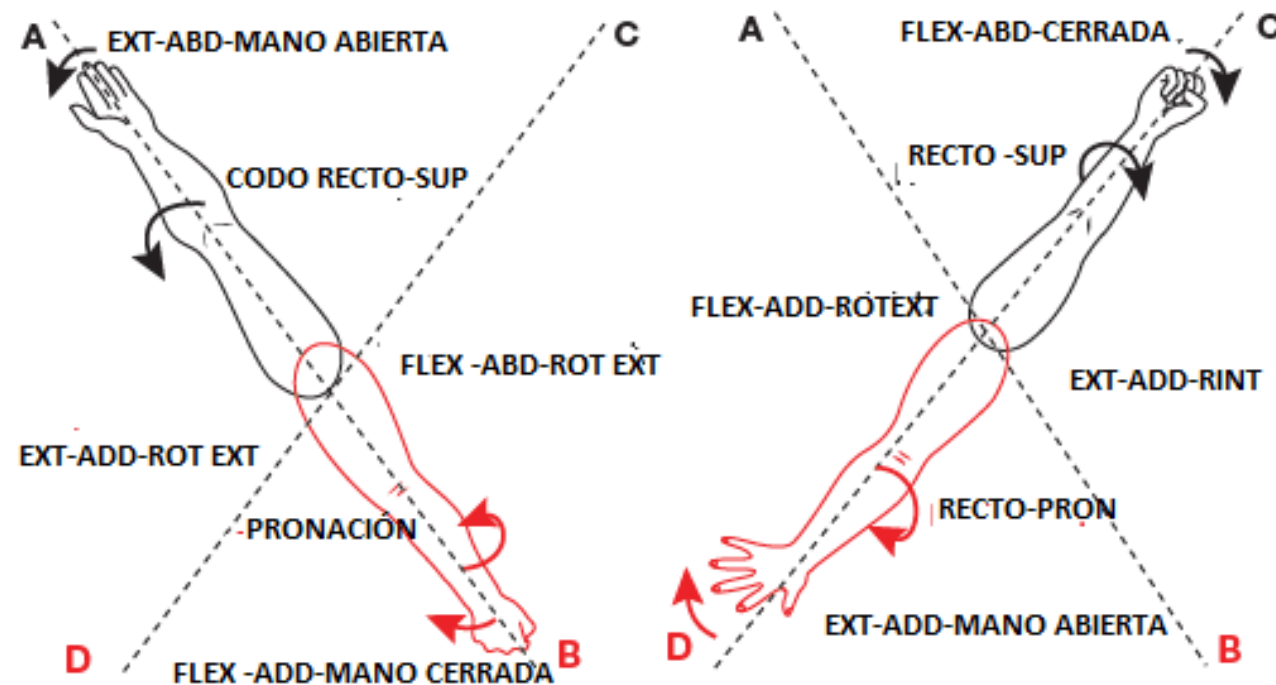


DIAGONALES KABAT CON GOMAS:



DIAGONALES DE KABAT: TOMADO DE ELSEVIER.

Michel Dufour
Patrick Colné
Stéphane Barsi



CODO RECTO SIGNIFICA MANTENER TENSION Y NO UNA EXTENSION FORZADA

DIAGONALES:



EL PUENTE: CORRECCIONES AVANZADAS



ESTIRA LA CADENA ANTERIOR

NOTA: OBSÉRVESE EL SOBREARQUEAMIENTO LUMBAR EN LA MUJER POR HIPOACTIVACIÓN GLÚTEA Y DEL TRANSVERSO ABDOMINAL



POTENCIA LA CADENA POSTERIOR

NOTA: OBSÉRVESE EL DÉFICIT DE MOVILIDAD TORÁCICA EN EL HOMBRE Y EN LA ARTICULACIÓN GLENOHUMERAL.

EL PUENTE: PROGRESIÓN DE TRABAJO PARA EVITAR LESIONES

- PROGRESIÓN MÁXIMA: PUENTE DE ESPALDA. CUANTO MÁS ABRAS PIERNAS Y BRAZOS EN MÁS FÁCIL.



EL PUENTE: PROGRESIÓN DE TRABAJO PARA EVITAR LESIONES

1.-PROGRESIÓN: RETROVERSIÓN DE PELVIS PARA ESTIRAR LA FASCIA CRURAL. MANTENER POSICIÓN EN SERIES HASTA SUMAR 3 MINUTOS.

2.- PUENTE DESDE LOS HOMBROS. PACIENTE EN DECÚBITO SUPINO , RODILLAS FLEXIONADAS , PIES APOYADOS EN EL SUELO (CUANTO MÁS SEPARES LOS PIES , MÁS SENCILLO ES HACER EL PUENTE), BRAZOS A LOS LADOS.

- REALIZA UNA RETROVERSIÓN PÉLVICA PARA PROTEGER LAS LUMBARES BAJAS ACTIVANDO EL GLÚTEO MAYOR E ISQUIOS, ELEVA LA PELVIS ACTIVANDO LAS LUMBARES Y MANTÉN HOMBROS Y BRAZOS/MANOS EN SUELO.



EL PUENTE: PROGRESIÓN DE TRABAJO PARA EVITAR LESIONES

- EN ESTADÍOS INICIALES MANTENDREMOS PELVIS Y COLUMNA ALINEADAS, PROGRESAREMOS ARQUEANDO SIN PERDER LA ACTIVACIÓN GLÚTEA E ISQUIOTIBIAL Y SINTIENDO COMO EMPUJAMOS CON LOS TALONES EN DIRECCIÓN CEFÁLICA.



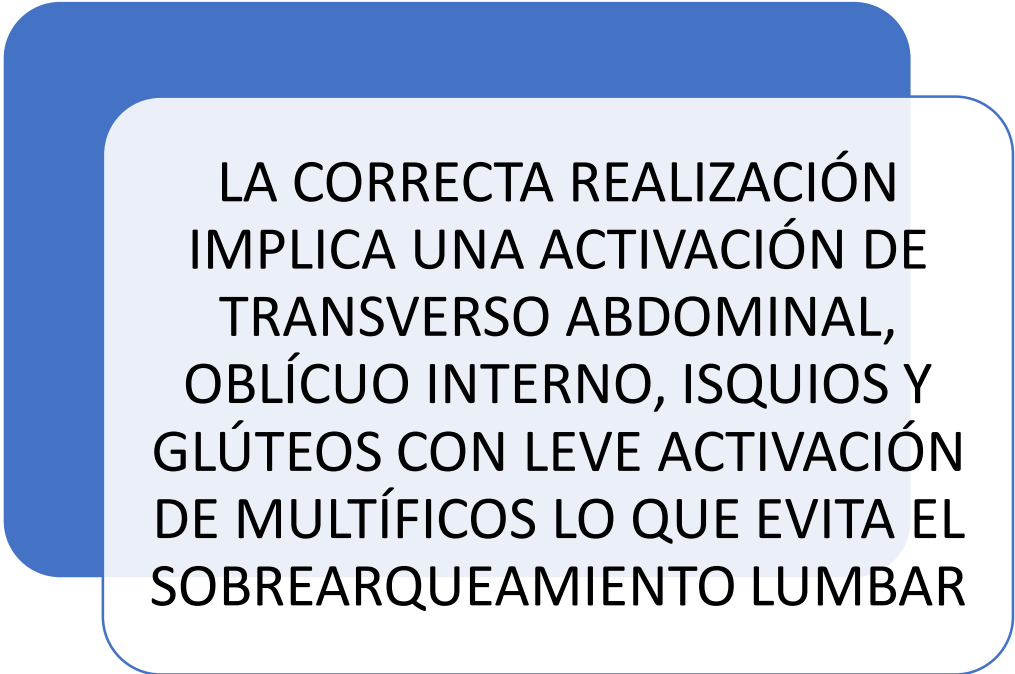
EL PUENTE: PROGRESIÓN DE TRABAJO PARA EVITAR LESIONES



- VARIACIÓN : PUENTE ESTILO MESA. TONIFICA CADENA POSTERIOR , ELONGA ANTERIOR Y ENSEÑA AL PACIENTE A REALIZAR UNA CORRECTA RETROVERSIÓN PÉLVICA PARA PROTEGER LA REGIÓN LUMBAR BAJA.
- PARA REALIZAR EL EJERCICIO SIENTATE CON LAS NALGAS APOYAYAS , MANOS APUNTANDO ARRIBA O ABAJO (IDEALMENTE ALINEADAS CON HOMBROS Y EN ROT EXT). TRAS ESTO DEPRIME LAS ESCÁPULAS Y LLÉVALAS ATRÁS (ACTIVANDO ROMBOIDES Y TZIO MEDIO E INF), TRAS ESTO ACTIVA GLÚTEOS. AL PRINCIPIO MANTÉN 25-30 SEGUNDOS LA POSICIÓN Y VE AUMENTANDO... ESTE EJERCICIO REQUIERE BUENA MOVILIDAD GLENOHUMERAL , QUE SE VA GANANDO CON EL EJERCICIO... SI REALIZAMOS REPETICIONES MEJORAMOS LA CALIDAD MUSCULAR Y TENDINOSA SIEMPRE Y CUANDO SEAN CONTÍNUAS Y CON ALTO VOLUMNE DE REPETICIONES Y NO DE CARGA.



EL PUENTE: PROGRESIÓN DE TRABAJO PARA EVITAR LESIONES



LA CORRECTA REALIZACIÓN
IMPLICA UNA ACTIVACIÓN DE
TRANSVERSO ABDOMINAL,
OBLÍCUO INTERNO, ISQUIOS Y
GLÚTEOS CON LEVE ACTIVACIÓN
DE MULTÍFICOS LO QUE EVITA EL
SOBREARQUEAMIENTO LUMBAR

EL PUENTE: PROGRESIÓN DE TRABAJO PARA EVITAR LESIONES* TRANSFORMACIÓN DEL EJERCICIO EN UN EJERCICIO DINÁMICO:

