

TÉCNICAS VISCERALES PARA ESTÓMAGO

RESUMEN:

1. TECNICA DE DICK, MASAJE DEL TEJIDO CONJUNTIVO.
2. REFLEJOS DE CHAPMAN.
3. TÉCNICAS DIRECTAS ESTRUCTURALES VISCERALES:
 - 3.1 MANIOBRA HEMODINÁMICA GLOBAL
 - 3.2 TÉCNICA PARA PTOSIS DE ESTÓMAGO
 - 3.3 TÉCNICA DE ESTIRAMIENTO DEL CARDIAS.
 - 3.4 TÉCNICA PARA HERNIA DE HIATO.
 - 3.5 TÉCNICA DE FAILOR PARA HERNIA DE HIATO.
 - 3.6 TÉCNICA DE STILL Y DE EVANS PARA ESTÓMAGO.
 - 3.7 TÉCNICA DE JONES CON PALANCA INFERIOR.
 - 3.8 EQUILIBRACIÓN FUNCIONAL DEL ESTÓMAGO.
 - 3.9 TÉCNICA MONEYRON ABDOMINAL.
 - 3.10 MANIPULACIÓN DE LA CURVATURA MAYOR Y MENOR.
 - 3.11 MANIPULACIÓN DEL ESTÓMAGO EN EL PLANO SAGITAL.
 - 3.12 MANIPULACIÓN DEL ESTÓMAGO EN ROTACIÓN.
 - 3.13 MANIPULACIÓN DEL ESTÓMAGO EN LATEROFLEXIÓN.
 - 3.14 MANIPULACIÓN DEL FUNDUS, ZONA DE TRANSICIÓN Y LIGAMENTO GASTROESPLÉNICO.

1. TECNICA DE DICK MASAJE DEL TEJIDO CONJUNTIVO

CARACTERÍSTICAS DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO:

El tejido conjuntivo representa el 16% del peso corporal y tiene la misión de dar sostén, envoltura y unión a los tejidos, además de ser vehículo de intercambio de sustancias.

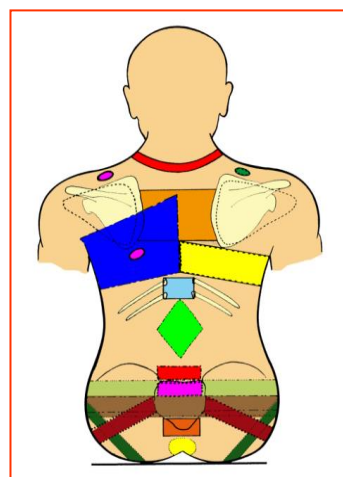
Es un tejido rico en vasos sanguíneos y linfáticos, así como de fibras nerviosas, cerebro-espinales y vegetativas, rico en receptores exteroceptivos y en células neurohumorales.

Un mal funcionamiento orgánico pondrá en marcha una acción de reequilibrio en toda la metámera y sobre el tejido conjuntivo laxo se desarrollarán estos reflejos, algias o dolores así como fenómenos de tumefacción o aumento de turgencia por modificaciones vasomotoras.

ZONAS REFLEJAS DE DICK.

1) PUNTOS DE MÁXIMUM:

Son bandas que se encuentran en el sentido de la anchura del músculo, de una longitud de algunos centímetros y de espesor del tallo de una paja. Pueden alcanzar el espesor de un lápiz.

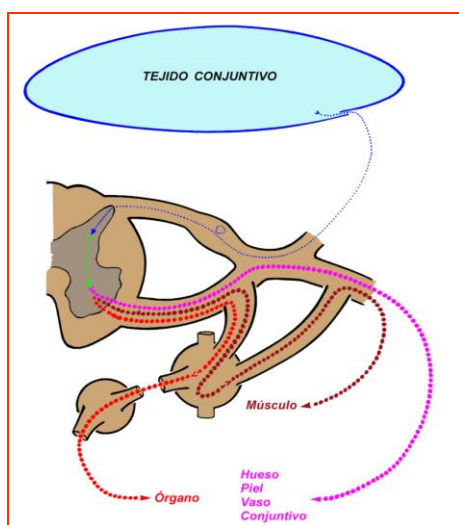


2) ZONAS DE HINCHAZÓN Y DE FOSITAS:

- ✓ Las zonas subcutáneas son casi siempre visibles desde el exterior. Destacan por su abultamiento, son bandas anchas.
- ✓ Al lado de estas zonas se ven zonas de fositas que son más estrechas, de uno o dos dedos de ancho.
- ✓ La dureza es mayor en estas zonas de fositas.

EFFECTOS FISIOLÓGICOS.

- ✓ Dado que todo órgano enfermo puede proyectarse a la periferia del cuerpo, por medio de las vías nerviosas reflejas en los segmentos correspondientes y bajo la forma de distintos síntomas: hiperalgias, tensión tisular, alteraciones vasomotoras, etc.
- ✓ La terapia neural actúa de la periferia del cuerpo a través de las vías nerviosas reflejas y llega al órgano a través del reflejo víscero-músculo-cutáneo.



1. EFECTO LOCAL:

Se puede influir directamente sobre un tejido, sobre cicatrices, trastornos circulatorios locales, sobre tejidos con funciones restringidas, etc.

2. EFECTO REFLEJO VÍSCERA-MÚSCULO-CUTÁNEO:

Desde la zona tratada se puede influir en órganos internos que pertenezcan al mismo segmento, tanto en su acción motora como en su riego sanguíneo, siendo esto último uno de los principales efectos.

3. EFECTO GENERAL:

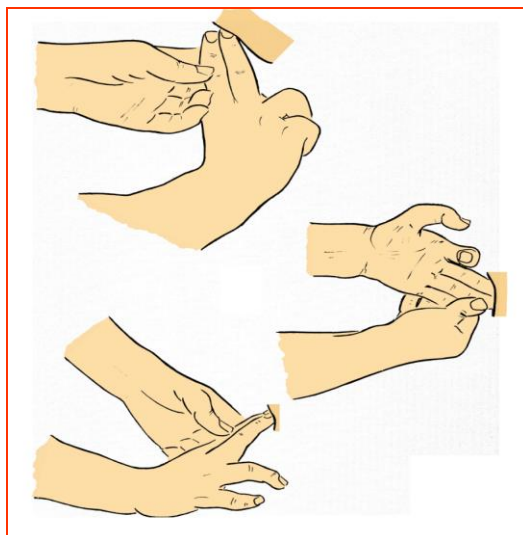
- ✓ Se influye sobre órganos del mismo segmento y en otros segmentos a través de reflejos del sistema vegetativo simpático.
- ✓ Un paciente puede tener una fuerte transpiración o una hiperemia que sobrepasa la zona tratada.
- ✓ Se puede influir sobre riego sanguíneo local, liberalización de materias propias del metabolismo celular, permite establecer el proceso de reparación. Se influye pues, sobre el sistema vegetativo, humoral y endógeno.

PRINCIPIOS DEL MÉTODO DICK

- ✓ La técnica utiliza líneas tiradas con un dedo, el dedo corazón que puede ir o en un sentido radial apoyándose sobre el anular o, en un sentido cubital tomando apoyo sobre el índice.
- ✓ Si a la quinta sesión de tratamiento no hay ninguna mejoría, se debe interrumpir el mismo.

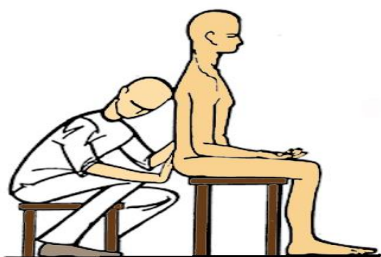
PUNTOS IMPORTANTES:

- ✓ Se tira la línea con el borde ungueal (del mayor).
- ✓ La mano que tira la línea es la “mano herramienta”, es empujada o traccionada por la otra mano.
- ✓ La inclinación del dedo determina la profundidad de la línea.
- ✓ La acción es superficial si el dedo toma contacto por la yema y se vuelve cada vez más profundo y más fino si se toma el contacto sobre el borde ungueal específicamente.
- ✓ La técnica es terapéutica y diagnóstica, se realiza a base de trazos (2 o 3) en la piel, cuyo estiramiento provoca la estimulación del sistema neurovegetativo.
- ✓ La técnica del trazado se compone de 4 fases: localización, tensión, trazo y relajación de la tensión.
- ✓ Una zona nunca se debe atravesar perpendicularmente.
- ✓ Los trazos serán tangenciales y empezaran por su borde inferior, después el borde superior y seguirán así acercándose, hasta trabajar en toda la zona refleja.



TRATAMIENTO BÁSICO

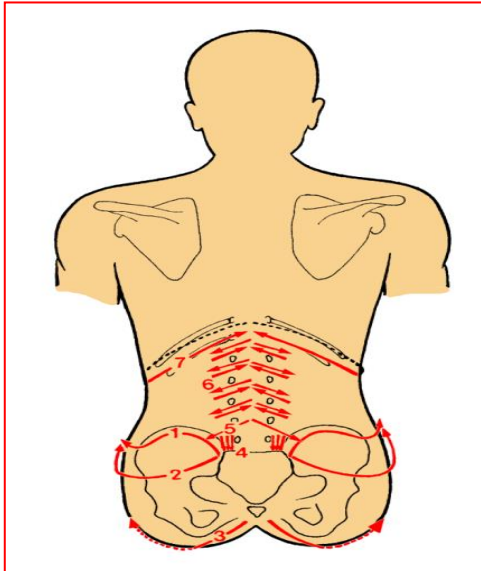
El tratamiento básico debe obligatoriamente preceder a toda acción específica. Se realizan 2 a 3 pasos por línea.



Posición del terapeuta y paciente.

- Rombo inferior derecho: 3 veces.
- Rombo inferior izquierdo: 3 veces.
- Rombo superior derecho: 3 veces.
- Rombo superior izquierdo: 3 veces.
- Primer trazo de la pelvis a la derecha: 3 veces
- Segundo trazo de la pelvis a la derecha: 3 veces
- Tercer trazo de la pelvis a la derecha: 3 veces.
- Primer trazo de la pelvis a la izquierda: 3 veces
- Segundo trazo de la pelvis a la izquierda: 3 veces
- Tercer trazo de la pelvis a la izquierda: 3 veces.
- Enganches a la columna lumbar: alternando de derecha a izquierda son 5: 2 veces.
- Abanicos: se realizan 3 veces a cada lado, alternando.

- Trazo subcostal a la derecha: 3 veces
- Trazo subcostal a la izquierda: 3 veces
- Rombo inferior e interglúteo bimanual o pequeño derivativo: 3 veces.



A medida que se tira la línea, el paciente experimenta una sensación particular que anunciará como:

- un rasguño, o
- un corte, o
- una desolladura, o
- una picadura, o una quemadura.

Es la sensación de corte que es más frecuentemente descrita. Cuando la sensación está viva, neta, es la prueba que la línea está correctamente efectuada y eficaz.

1. REACCIONES LOCALES:

- ✓ Rubefacción que puede ir del rosado claro al rojo vivo.
- ✓ Elevación, luego un rodete más o menos importante, en relación directa con la tensión del tejido conjuntivo. Esta marca puede subsistir varias horas.

2. REACCIONES ORTOSIMPÁTICAS:

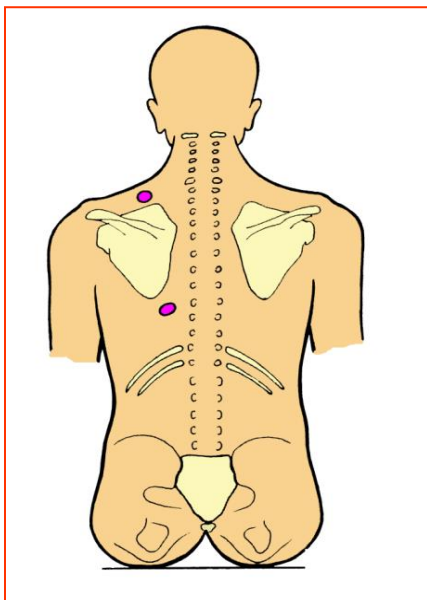
- ✓ Sudoración, a veces muy importante, generalmente de una axila, o de las dos, o generalizada.
- ✓ Calentamiento o enfriamiento de las extremidades.
- ✓ Palpitaciones, angustia, vértigos, cefaleas, o jaqueca.

3. REACCIONES HUMERALES:

- ✓ Cansancio generalizado, necesidad irresistible de dormir.
- ✓ Febrilidad (más raro).
- ✓ Excitación. El paciente está en “plena forma” y no puede dormir.

ZONAS DE DICK PARA ESTÓMAGO

- ✓ Retracción, eventualmente en dos partes, las dos a la izquierda de la parrilla costal posterior.
- ✓ La inferior en la zona del corazón (cuando ésta está presente, parece en relación con el fondo estomacal, se sitúa en el segmento T8).
- ✓ Otra, más concretamente en relación con el orificio superior del estómago, se encuentra en los segmentos C6-C4 sobre la espina del omóplato, en el trapecio.
- ✓ Segmentos T8, C6-C4 (situación a nivel cutáneo).



2. REFLEJOS DE CHAPMAN

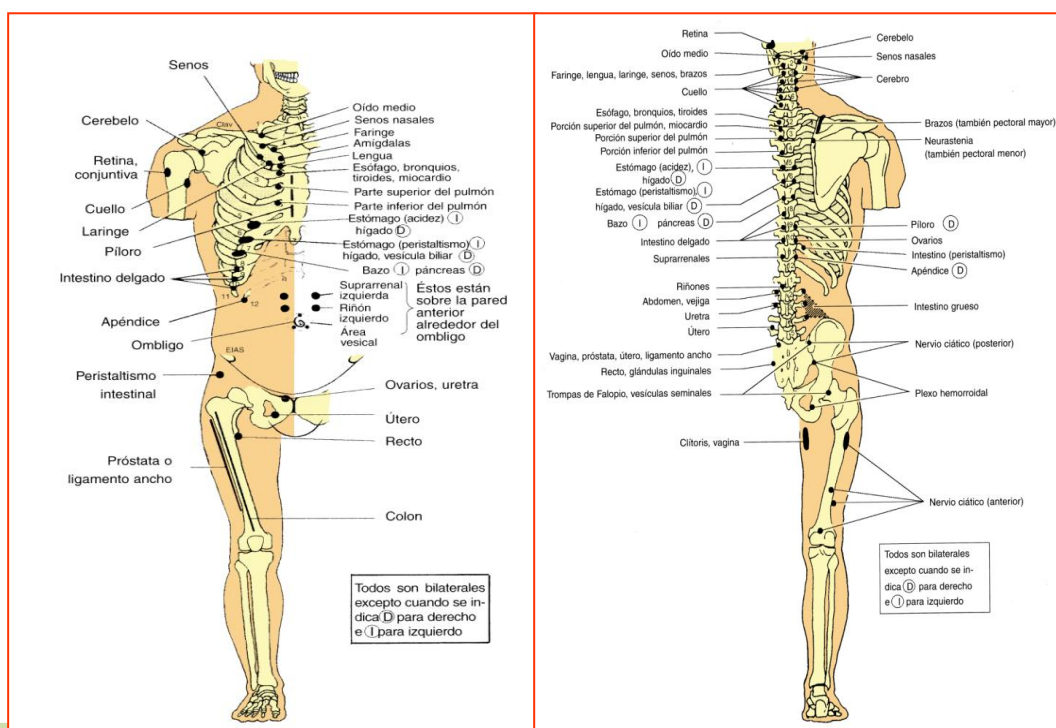
- ✓ Los reflejos de Chapman, particulares reflejos viscerosomáticos son una entidad osteopática que data de la década de 1920, se han descrito como un mecanismo reflejo viscerosomático que tiene importancia diagnóstica y terapéutica.
- ✓ Según Frank CHAPMAN el bloqueo linfático se convierte en la causa a menudo de manifestaciones patológicas
- ✓ Chapman describió el reflejo como una contracción gangliforme que bloquea el drenaje de los ganglios linfáticos, lo que provoca la inflamación en los tejidos distales al bloqueo.
- ✓ Independientemente del mecanismo, tanto los tejidos somáticos como viscerales sufren con la presencia de este reflejo.
- ✓ Los reflejos de CHAPMAN” son palpables (pero no son visibles).
- ✓ Sobre estos “puntos” específicos se puede experimentar una modificación de las fascias profundas subcutáneas (tejido conjuntivo).
- ✓ Estas modificaciones, son variables en sus superficies y en sus formas.
- ✓ Pueden ir del tamaño de un plomo de posta a la de una pequeña judía. Estos “focos” pueden ser a veces numerosos.
- ✓ En algunas regiones, como, por ejemplo en la pelvis, se pueden encontrar verdaderas “placas” y “masas” más o menos fibrosas.

CARACTERÍSTICAS PALPATORIAS

- ✓ En la palpación, los reflejos de Chapman están localizados en la profundidad de la piel y el tejido subcutáneo areolar, ubicándose más a menudo sobre la fascia profunda o el periostio.
- ✓ En su mayor parte, están de a pares tanto en la superficie dorsal como ventral del cuerpo.
- ✓ Un punto reflejo de Chapman está fijo en sus localizaciones anatómicas.
- ✓ Cuando un punto anterior de Chapman se comprime suavemente provoca una respuesta dolorosa.

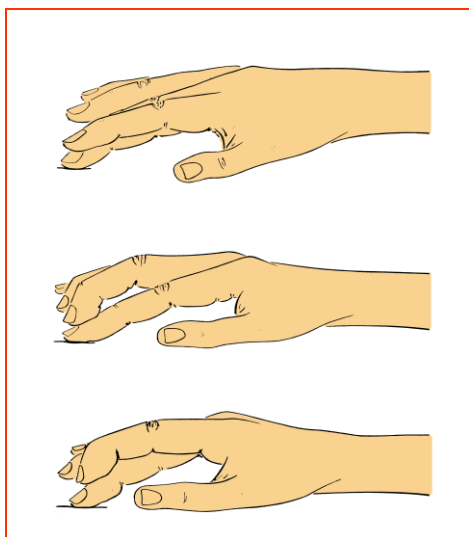
- ✓ El sistema nervioso autónomo parece jugar un importante papel en la generación y mantenimiento de esos reflejos; el sistema nervioso simpático puede alterar las influencias simpáticas sobre cualquier víscera relacionada.
- ✓ Se trata de nódulos que son:
 - Pequeños
 - Difusos
 - Firmes
- ✓ Palpables en forma aislada o agrupados en áreas irregulares de aproximadamente 2 a 3 mm de diámetro, cuando se detectan en forma aislada.
- ✓ Proporcionan la impresión de un área circunscripta de edema firme. Se mueve levemente pero por otra parte están firmemente ancladas en el lugar y no pueden ser desplazadas.
- ✓ La palpación de los reflejos de Chapman proporciona evidencias clínicas de la presencia o ausencia de enfermedad visceral.
- ✓ Los reflejos de Chapman pueden ser manipulados para reducir específicamente la influencia simpática adversa sobre un órgano o sistema visceral en particular.
- ✓ El tratamiento con los correspondientes reflejos de Chapman mejora a menudo la función orgánica alterada.

REFLEJOS DE CHAPMAN



NORMALIZACIONES DE LOS PUNTOS DE CHAPMAN

- ✓ En la parte anterior del cuerpo se trata, generalmente, de una clase de espasmo (a veces muy pequeño y muy fino) del tejido subcutáneo.
- ✓ En la parte posterior del cuerpo, la impresión experimentada se asemeja a la que da un edema, o una sensación fibrosa, pareciendo situado más profundamente.
- ✓ Estos puntos reflejos se tratan con presión firme del extremo distal-palma de uno de los dedos. Si se asume que la pelvis ha sido normalizada previamente, se aplica una presión algo importante, e incluso molesta, a la masa gangliforme.
- ✓ El extremo del dedo se mueve lentamente en forma circular y se intenta trabajar (aplanar) la masa como si se movilizara una acumulación de líquido localizada.
- ✓ Se continúa con movimientos de presión cada 10 a 30 segundos.
- ✓ El tratamiento culmina cuando la masa desaparece o que el paciente no puede tolerar más el procedimiento.



PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE CHAPMAN

- 1 - Examen del paciente con búsqueda de los puntos anteriores.
- 2 - Tratamiento de los puntos anteriores.
- 3 - Tratamiento de los puntos posteriores correspondientes.



4 - Control de los puntos anteriores que, lógicamente, debieron desaparecer.

El grupo ENDOCRINO comprende:

- Tiroides
- Testículos u Ovarios
- Próstata
- Suprarrenales

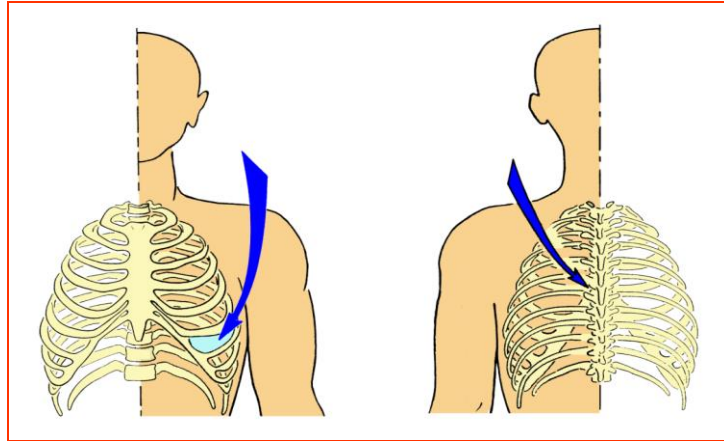
El grupo GASTROINTESTINAL está compuesto de:

- Colon
- Páncreas
- Intestino delgado
- Estómago
- Píloro
- Hígado

El grupo INFECCIOSO recurre a los reflejos:

- Hígado
- Bazo
- Suprarrenales
- Riñones

PUNTOS DE CHAPMAN PARA EL ESTÓMAGO (HIPO).



1) PUNTO ANTERIOR

Situación: Sobre del lado izquierdo del tórax, a la izquierda de la línea mamilar, en el espacio intercostal entre las 6ª y 7ª costillas.

2) PUNTO POSTERIOR

Situación: Sobre del lado izquierdo del tórax, entre las apófisis transversas de las 6ª y 7ª vértebras torácicas, a medio camino entre las apófisis espinosas y las extremidades de las apófisis transversas.

3) SIGNOS FÍSICOS

Aerogastria no ácida, digestiones lentas, numerosos eructos, a veces palpitaciones cardíacas.

Observaciones:

- Comprobar la movilidad articular torácica.
- Tratar los puntos: páncreas, píloro.
- Vibraciones abdominales.
- Punto unilateral izquierdo.

PRINCIPIOS DE LAS TÉCNICAS VISCERALES

1. FUNCIONAL:

Buscar el equilibrio de las tensiones fasciales.

2. SENSORIAL:

Comprimir ligeramente la víscera y esperar la aparición espontánea del parámetro lesional mayor.

3. STRECHING:

Técnicas directas para reducir la disfunción, vibrando y estirando de manera rítmica hasta conseguir la disminución de las tensiones y del dolor. Se puede utilizar un muy ligero THRUST RECOIL.

Técnicas indirectas con ayuda de la palanca superior (tronco) o inferior (miembros inferiores) para estirar de manera rítmica las estructuras viscerales.

4. TECNICAS PARA PUNTOS TRIGGERS VISCERALES:

Son técnicas con palanca superior o inferior utilizando los principios de JONES.

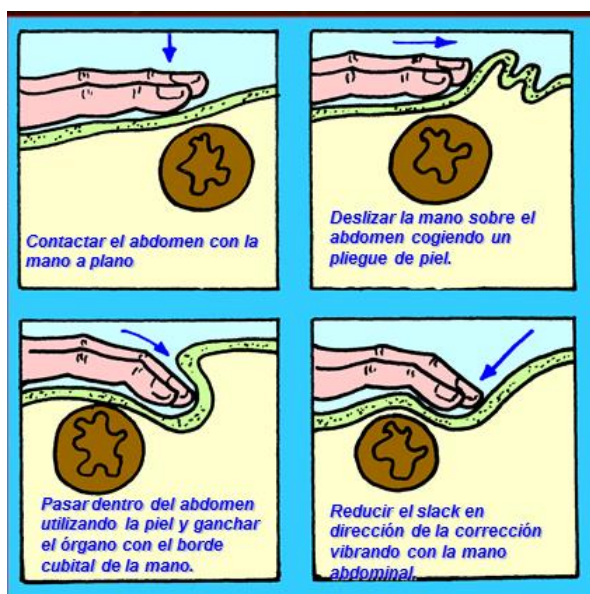
PAPEL DE LAS MANIPULACIONES VISCERALES

1. Sedación de los espasmos reflejos de los músculos estriados tóraco-abdominales y de los espasmos del tracto gastro-intestinal, así como de los esfínteres.
2. Estiramiento del sistema fascial para liberar las adherencias y devolver elasticidad.
3. Normalizar la lesión circulatoria.
4. Suprimir los arcos reflejos nociceptivos medular víscero-somáticos.

POSICION DEL PACIENTE PARA LAS TÉCNICAS VISCERALES (POSICIÓN DE TRENDELEMBURG)



PRINCIPIOS DE LAS TÉCNICAS ESTRUCTURALES DIRECTAS VISCERALES.



TÉCNICAS PARA ESTÓMAGO

Protocolo de tratamiento para estómago:

1. LIBERAR EL DIAFRAGMA:

- ✓ Inserciones.
- ✓ Psoas y cuadrado lumbar.

✓ Inervación (C3-C4 para el nervio Frénico).

Estiramiento del diafragma

Inhibición del centro frénico



2. NORMALIZAR LA INERVACIÓN DEL ESTÓMAGO:

Inervación:

Niveles vertebrales medulares en relación (T6-T9).

X- Nervio neumogástrico (Agujero rasgado posterior, zona cervical y entrada torácica...).

3. TÉCNICAS ESPECÍFICAS DE ESTÓMAGO:

Técnicas para el estómago (Inhibición, estimulación, puntos triggers, hernia de hiato, ptosis...).

TÉCNICAS DE ESTÓMAGO.

1. MANIOBRA HEMODINÁMICA GLOBAL DEL ABDOMEN:

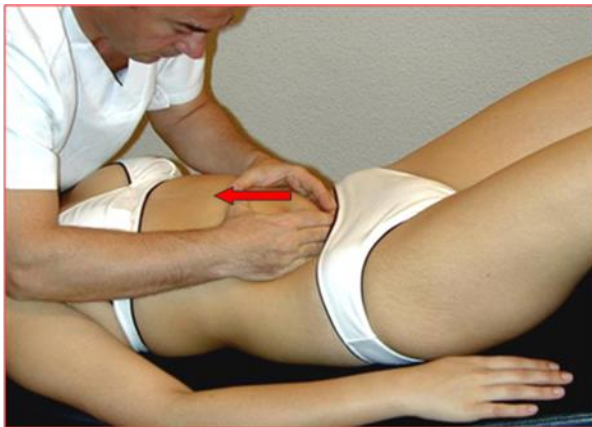
Indicaciones: Es una técnica que provoca una descongestión activa global de todo el abdomen, que lucha contra los procesos de congestión viscerales y contra los trastornos circulatorios del miembro inferior.

Paciente: Decúbito supino, en posición de trendelemburg o no. La meta de esta posición es favorecer la atracción del diafragma, luchar contra la ptosis y relajar los músculos abdominales.

Osteópata: Se encuentra lateralmente, a la altura de su hombro. En finta adelante mirando en dirección de los pies.

Contactos: Por el borde cubital de las manos a la altura de las fosas iliacas.

Técnica: Se hace un pliegue de piel, arrastrándola en dirección de la sínfisis púbica. Después se báscula las manos y se recoge toda la masa visceral. Esta técnica, tiene como meta levantar el sistema visceral utilizando el descenso del diafragma para provocar el efecto de vacío a nivel vascular. Se levanta la masa visceral en dirección cefálica en la fase inspiratoria que hace bajar el diafragma, se mantiene y se vibra durante la fase espiratoria. Se realiza esta técnica sobre unos diez ciclos respiratorios.



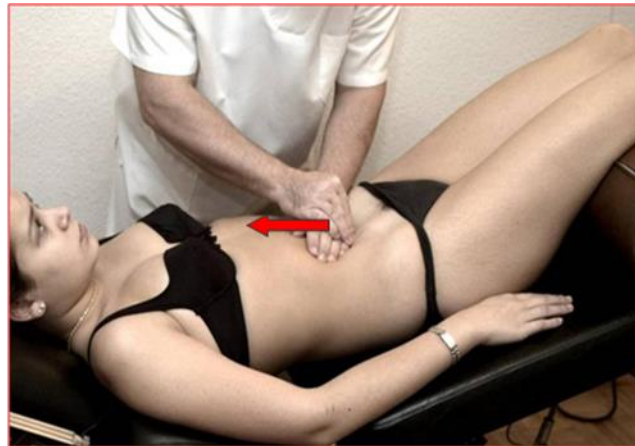
2. TÉCNICA PARA PTOSIS DE ESTÓMAGO.

Paciente: Decúbito supino: si posible en posición de trendelemburg.

Osteópata: Finta doble a la altura del abdomen del paciente.

Contactos: En caso de ptosis, el estómago llega por debajo del ombligo. La mano inferior del terapeuta reposa entonces sobre el ombligo. La otra mano perpendicular a la primera refuerza el contacto.

Técnica: Se arrastra un pliegue de piel en dirección de la sínfisis púbica y después se bascula sobre el borde interno de la mano para pasar por debajo del estómago. La técnica consiste en pedir al paciente una espiración, cuando el paciente sopla, sube el diafragma, se levanta vibrando en zigzag el estómago. Esta técnica no tiene como meta reducir realmente la ptosis. Normalizar la vascularización y liberar eventualmente las adherencias con el sistema intestinal.



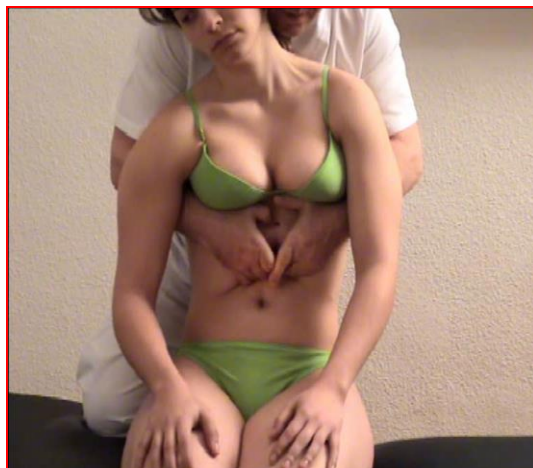
3. TÉCNICA DE ESTIRAMIENTO DEL CARDIAS

Paciente: Sedestación. Las manos del paciente reposan sobre sus muslos.

Osteópata: Detrás del paciente. Coloca su pierna derecha reposando sobre la camilla, en contacto con la pelvis del paciente. El abdomen del terapeuta está en contacto con el tronco del paciente.

Contactos: Las manos del terapeuta, pasa por el anillo formado por los brazos y el tronco de manera que reposan sobre la zona epigástrica, en la proyección del cardias ligeramente del lado izquierdo.

Técnica: A partir de esta posición con una flexión cervical y de tronco por parte del paciente, arrastra la piel en dirección inferior y se penetra con el borde cubital de los dedos debajo del apéndice xifoides ligeramente a la izquierda. Se reduce el slack traccionando el paciente por atrás. Se levanta el estómago en dirección cefálica en la fase espiratoria que hace subir el diafragma y se tratan las tensiones anormales, de manera opcional se puede una vez conseguida la tensión soltar bruscamente el contacto.



4. TÉCNICA DE HERNIA DE HIATO.

Paciente: Sedestación.

Osteópata: Detrás del paciente. Su pierna izquierda reposa sobre la camilla, en contacto también con la pelvis del paciente. El tronco del paciente reposa sobre el abdomen del terapeuta.

Contactos: Sus manos reposan sobre los muslos. Las dos manos del terapeuta pasan por el anillo formado por los brazos y el tronco, de manera a tomar un contacto en la zona epigástrica baja, encima del ombligo, a la altura del cuerpo del estómago. Vamos a pedir una flexión cervical y del tronco, para poder penetrar dentro de los tejidos. El segundo tiempo consiste en realizar una extensión de los dedos para bajar el cuerpo del estómago. Cuando no podemos reducir más el slack, los pulgares toman contacto, sin perder la puesta en tensión sobre el cuerpo del estómago.

Técnica: Se pide al paciente una inspiración. En la espiración sube el diafragma, se le pide una extensión de tronco mientras que el terapeuta fija el estómago. Cada vez que el paciente sopla, sube el diafragma, esto provoca la fuerza de reducción de la hernia de hiato. Realizamos esta técnica de cinco a seis veces.

1ºtiempo

2ºtiempo

3ºtiempo



5. TÉCNICA DE FAILOR PARA HERNIA DE HIATO

Paciente: Decúbito supino.

Osteópata: En finta adelante a la altura de la pelvis del lado izquierdo, mirando en dirección de la cabeza del paciente.

Contactos: Se toma un contacto con las dos manos superpuestas sobre el abdomen y se realiza un pliegue de piel en dirección cefálica.

Técnica: Se penetra con el borde cubital de la mano inferior, y se trabajan los tejidos, reduciendo el slack sobre el estómago en zigzag en dirección caudal. Esta maniobra preparatoria a la reducción de la hernia de hiato, se realiza hasta conseguir más elasticidad tisular. Seguidamente vamos a mantener con la mano inferior la reducción del slack y la mano superior toma un contacto pisiforme sobre el cuerpo del estómago. Una vez conseguido, la mano inferior refuerza el contacto. El terapeuta, sin soltar la reducción del slack, va a cambiar su posición y se pondrá en finta adelante a la altura de los hombros mirando en dirección de los pies. Se pide al paciente una inspiración, y una espiración profunda, se reduce más el slack en dirección de los pies y con una orientación muy horizontal, se realiza un pequeño thrust en dirección caudal con contracción de los pectorales.

1º tiempo



2º tiempo



3º tiempo.

6. TÉCNICA DE STILL Y EVANS PARA EL ESTÓMAGO.

Paciente: Decúbito lateral del lado derecho. En triple flexión de los miembros inferiores.

Osteópata: Finta adelante detrás del paciente.

Contactos: La mano superior con el pulgar palpa la apófisis mastoides izquierda y localizar la fibra 3, de la línea 2. . Los otros dedos reposan sobre la cabeza. La mano inferior reposa sobre la proyección de la curvatura menor del estómago.

Técnica: La técnica consiste, después de haber hecho beber al paciente un vaso de agua caliente y salada, en levantar en dirección del techo, el estómago y aquí mantenerlo. La mano superior por intermedio del pulgar, realiza movimientos circulares sobre la fibra occipital, hasta que disminuye el dolor. Cuando aparece la relajación a nivel del estómago, la mano inferior aprovecha para levantar más en

dirección del techo. Se realiza esta técnica hasta conseguir la relajación del píloro y la relajación de los tejidos estomacales.



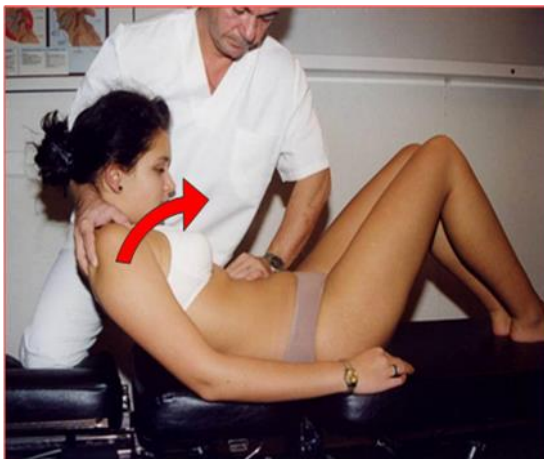
7.TÉCNICA DE JONES CON PALANCA INFERIOR

Paciente: Decúbito supino, los miembros inferiores flexionados.

Osteópata: Finta adelante a la altura del tórax del lado derecho.

Contactos: Primero vamos a levantar al paciente en flexión y colocar nuestra pierna doblada como apoyo para el tronco. La mano libre después palpa el píloro, y desencadena el dolor presionando.

Técnica: Se busca la posición que hace desaparecer el dolor del punto trigger, flexionando el tronco y utilizando una ligera lateroflexión derecha. Se mantiene esta posición de corrección durante 90 segundos. Después de 90 segundos, volvemos lentamente y pasivamente a posición cero sin ninguna participación del paciente. El punto trigger debe haber desaparecido.



8.EQUILIBRACION FUNCIONAL DEL ESTÓMAGO.

Paciente: Decúbito supino, con flexión de los miembros inferiores.

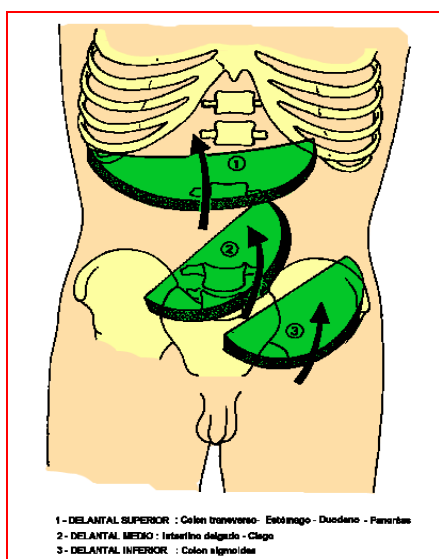
Osteópata: Sentado de un lado a la altura del abdomen del paciente.

Contactos: La mano superior, pasa por la espalda del paciente, hasta la altura de los dorsales bajas. La mano superior, reposa globalmente del lado izquierdo sobre el cuerpo del estómago, el codo reposando sobre el muslo izquierdo del paciente.

Técnica: Se pide al paciente que respire ampliamente. Mientras que el paciente respira, se testa las distintas direcciones posibles: cefálicas, caudal, izquierdo, derecho, rotación horaria, rotación anti horaria. Nos dejaremos llevar por los parámetros más fáciles, hasta conseguir el punto de equilibrio, o Still point. Se mantiene esta posición de equilibrio hasta que desaparezca toda tensión fascial abdominal.



LOS TRES NIVELES VISCERALES



9. TECNICA DE MONEYRON ABDOMINAL.

Paciente: De pie.

Osteópata: Detrás del paciente

Contactos: Las manos del terapeuta rodean el tronco y toman un contacto con la parte baja del abdomen, se forma un pliegue de piel hacia abajo y se penetra por el borde cubital por debajo de la masa intestinal que se levanta.

Técnica: Manteniendo la tracción se buscan todos los parámetros del tronco del paciente que relajan la tensión bajo los dedos. Después de equilibrar esta zona se realiza exactamente lo mismo arriba de la zona supramesocólica.

A nivel de la zona supramesocólica se penetra por el borde cubital de la mano después de realizar un pliegue de piel, se pone en tracción y otra vez se equilibran de modo funcional los distintos parámetros.

Una vez relajada esta zona y para terminar se realiza exactamente lo mismo a nivel de la zona diafragmática; se pone en tensión y se equilibra de modo funcional hasta desaparición de las tensiones.



EQUILIBRACION INTESTINAL



EQUILIBRACION DEL ESTÓMAGO



EQUILIBRACION DEL DIAFRAGMA

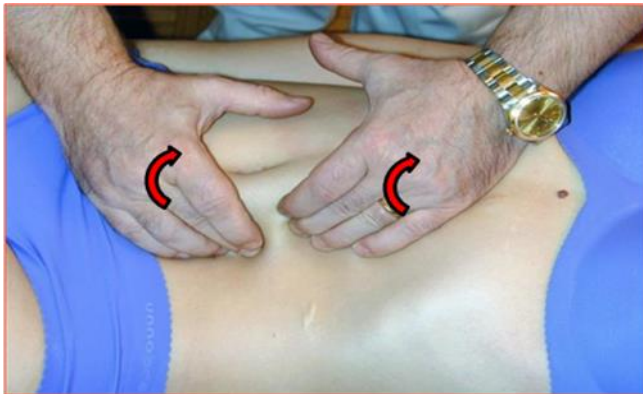
10.MANIPULACIÓN DE LA CURVATURA MAYOR Y MENOR.

Paciente: Decúbito supino.

Osteópata: Sentado a la altura del abdomen.

Contactos: Las dos manos toman un contacto con el abdomen, los dedos a nivel de la curvatura mayor y los pulgares a nivel de la curvatura menor.

Técnica: El test consiste en desplazar lateralmente el estómago y así a estudiar las tensiones. En caso de restricción se realiza un stretching contra la barrera encontrada hasta conseguir la relajación de los tejidos blandos.



11.MANIPULACIÓN DEL ESTÓMAGO EN EL PLANO SAGITAL.

Paciente: Laterocúbito derecho.

Osteópata: De pie en finta delante a la altura de la pelvis del paciente.

Contactos: La mano posterior toma un contacto con la parte baja del hemitórax izquierdo. La mano anterior reposa mitad sobre el abdomen, mitad sobre la pared costal anterolateral del lado izquierdo.

Técnica: La técnica consiste en movilizar el raquis dorsal para producir una rotación anteroposterior.

En caso de restricción en rotación se realiza una técnica de estiramiento hasta conseguir normalizar el movimiento de báscula anterior del estómago; la técnica se realiza hasta que se relajen los tejidos.



12.MANIPULACIÓN DEL ESTÓMAGO EN ROTACIÓN

Paciente: Laterocúbito derecho.

Osteópata: De pie en finta adelante detrás del paciente.

Contactos: Las dos manos toman un contacto global sobre la parte anterolateral del tórax izquierdo.

Técnica: La técnica consiste en deformar la caja torácica en dirección de la rotación anterior que va a transmitir tensión y movimiento al estómago.

En caso de restricción se realiza un stretching en la misma dirección hasta conseguir más elasticidad y desaparición de las tensiones anormales.



13. MANIPULACIÓN DEL ESTÓMAGO EN LATEROFLEXIÓN

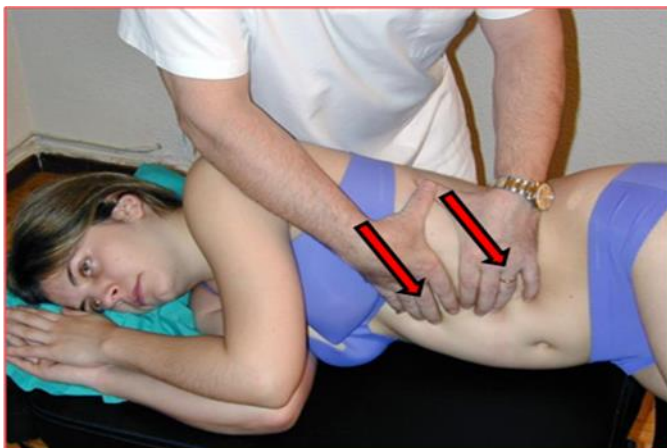
Paciente: Laterocúbito derecho.

Osteópata: De pie detrás del paciente.

Contactos: Las dos manos toman un contacto sobre la pared anterolateral izquierda del tórax, los antebrazos orientados ligeramente hacia la cadera derecha del paciente.

Técnica: Se arrastra la caja torácica, en dirección de la cadera derecha apreciando la resistencia de los tejidos.

En caso de restricción en lateroflexión del estómago se realiza un stretching en dirección de la restricción hasta notar que los tejidos se relajen y que se consiga restaurar el movimiento de lateroflexión del estómago.



14. MANIPULACIÓN DEL FUNDUS, ZONA DE TRANSICIÓN Y LIGAMENTO GASTROESPLÉNICO.

Paciente: Sentado en la camilla.

Osteópata: De pie detrás del paciente y una rodilla reposando sobre la camilla.

Contactos: Las dos manos toman un contacto bajo las costillas del lado izquierdo a nivel del ligamento que nos interesa.

Técnica: La técnica consiste en testar las tensiones levantando los dedos en dirección de la cabeza del paciente.

En caso de tensión anormal del ligamento gastroesplénico, se realiza una técnica de stretching en dirección cefálica acompañada o no de un movimiento de circunducción para aumentar la tensión sobre los tejidos blandos, se realiza hasta conseguir más elasticidad a nivel de los tejidos del estómago.



LIBRO DE REFERENCIA:

François Ricard. Tratado de osteopatía visceral y medicina interna osteopática:
tomo 2: sistema digestivo. Panamericana 2008.