

Aplicaciones Particulares

INFRAESPINOSO

DATOS ANATOMICOS

Origen: Escápula, en los 2/3 inferiores de la fosa infraespinosa.

Inserción: Troquíter. (Impresión media).

Inervación: Supraescapular (C5-C6)

Acción: Rotador externo

PUNTOS GATILLO (3)

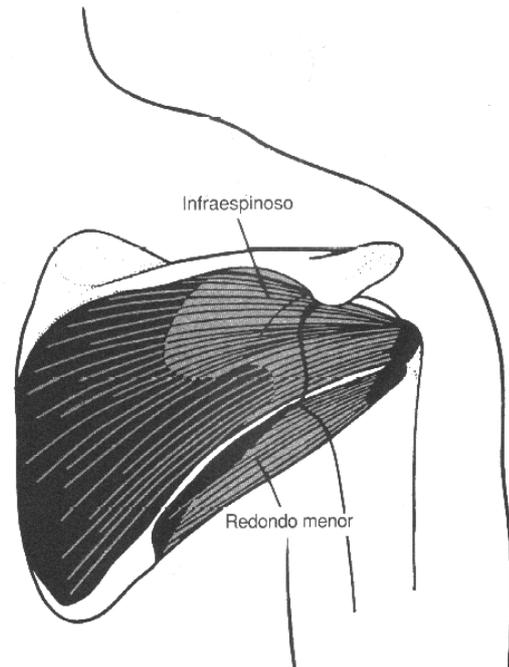
PG1, PG2:

Bajo la espina de la escápula.

Ambos sobre la misma banda tensa.

PG3:

Inferior. Cerca del borde vertebral de la Escápula.



IRRADIACIÓN:

PG1, PG2:

Dolor referido en cara lateral y anterior del brazo.

A veces, incluso desciende a muñeca y 1º y 2º dedos.

Puede provocar sensación de “pesadez” del miembro e incluso aumento de sudoración.

PG3:

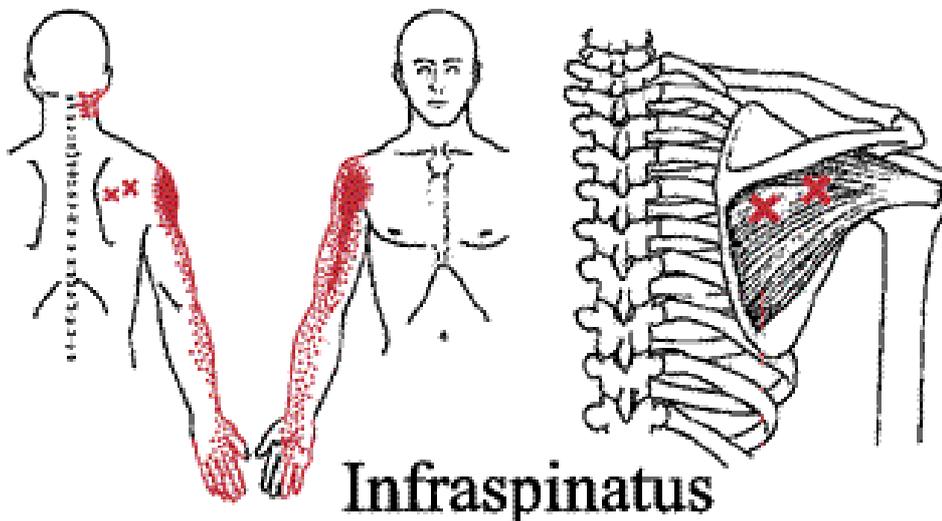
Dolor mas local, referido al borde vertebral de la escápula.

Suele doler bastante en la cama:

- . Tanto en decúbito homolateral (Por acortamiento).
- . Como en decúbito contralateral (Por estiramiento):

Se recomienda al paciente que duerma contralateral pero abrazado a una almohada o algo que le rote externamente el hombro.

Provoca gran limitación de la movilidad.



Infraspinatus

TRATAMIENTO:

Utilizaremos técnicas de compresión.

Paciente: Sedestación con brazo estirado agarrándose a la camilla entre las piernas.
Músculo en estiramiento (confortable).

I. Compresión isquémica:

Realizar compresión moderada de – a + sobre el punto gatillo con el
Buscamos “umbrales de dolor”. Aumentamos la presión por fases a
medida que el dolor remite.

El tratamiento dura aproximadamente 1 minuto.

II. Compresión intermitente:

Compresiones intermitentes en ciclos 5” / 5” de compresión / descanso.

Siempre se aplica la misma presión.

En torno a la 3ª o 4ª fase de compresión, el dolor irá remitiendo.

Es importante no perder el punto, por lo cual en la fase de descanso no
levantamos el dedo de la zona.

III. Técnica de liberación por presión:

Es idéntica a la compresión isquémica, con la salvedad de que no
preguntaremos al paciente si el dolor remite, sino que “sentimos” el
grado de tensión de la banda tensa (pto gatillo), con el objeto de que el
paciente no nos engañe.

El aumento del umbral de tensión vendrá dado por la relajación de la
banda.

ILIOPSOAS (Psoas Mayor + Ilíaco)

PSOAS MAYOR:

Origen: Apófisis transversas lumbares (L1-L5)
Cuerpos vertebrales T12-L5 (cara lateral)

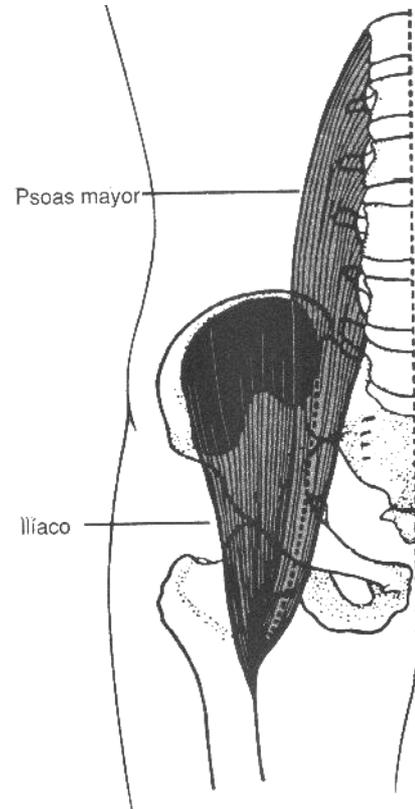
Inserción: Fémur, trocánter menor.

Inervación: Nervio Crural raíces L2-L4

Acción: Flexor de cadera.



Forma un acodamiento para pasar sobre el borde anterior del hueso ilíaco, donde se situa una bolsa serosa con el objeto de evitar roces excesivos.



ILIACO:

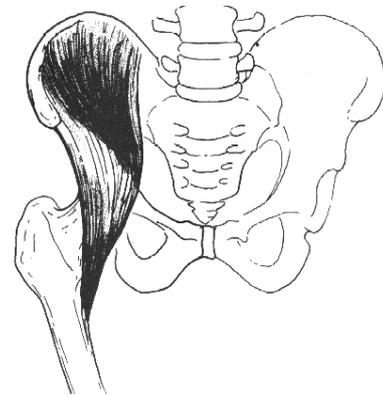
Origen: Fosa ilíaca (2/3 anteriores)

Base del sacro.

Labio interno de la cresta ilíaca.

Inserción: Fémur (trocánter menor)

Inervación: Nervio crural raíces L2-L3.



PUNTOS GATILLO (3)

PG1 → VIENTRE DEL PSOAS

PG2 → VIENTRE DEL ILÍACO

PG3 → TRIANGULO DE SCARPA

Forma el “suelo” del triángulo.

IRRADIACIÓN:

Todos a la zona lumbar y cara anterior del muslo.

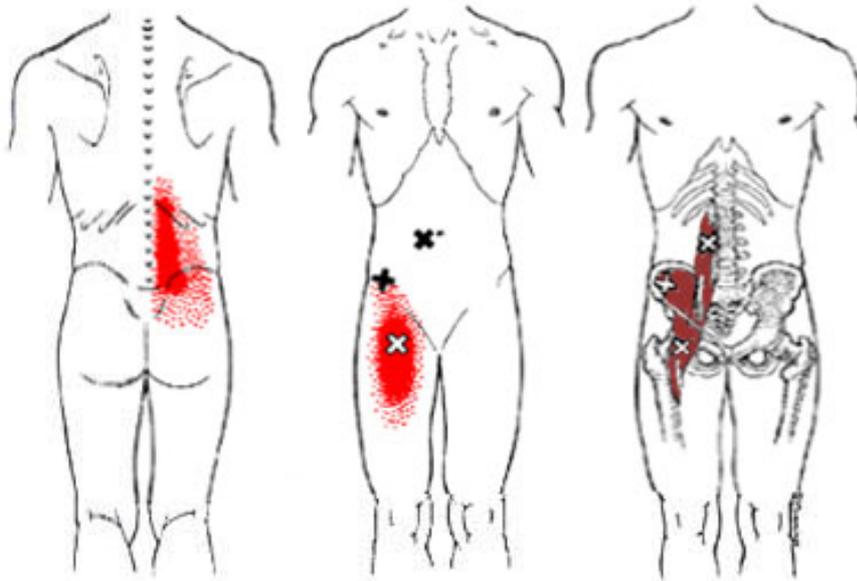
Es una patología muy relacionada con las **lumbalgias**

Es característico de pacientes a los que les cuesta levantarse de asientos muy bajos, puesto que estamos pidiendo al músculo **una contracción en acortamiento**.

Duele también al dormir en posición fetal.

Está relacionado con la activación de los PGM del cuadrado lumbar.

Iliopsoas Trigger Points and Referred Pain Patterns



Pattern of pain (bright red) referred from palpable myofascial trigger points (Xs) in the right iliopsoas muscle (deep red). The essential pain reference zone is solid red; the spill-over pattern is stippled.

PALPACION:

Paciente decúbiteo supino con cadera extensión o ligera flexión si no relaja los abdominales.

PG 1

Localizo el ombligo y me dirijo lateral e inferiormente (unos 3-4 cm).

Palpación profunda, accederemos lateralmente al recto abdominal.

NO se nota banda tensa, sino un zona un poco más dura.

PG2

Desde la EIAS me dirijo hacia la cara interna de las palas ilíacas.

El movimiento es como si quisiera rascar las palas por dentro.

PG3

Rotación externa de cadera con ligera flexión.

Localizo el pulso de la arteria femoral.

Me voy hacia lateral y profundizo.

Método alternativo:

Pido al paciente flexo de cadera + rotación externa:

Protuyen Recto anterior y Sartorio → Zona deprimida en medio: ILIOPSOAS

TEST de valoración de acortamiento MMII

Los puntos gatillo, en ocasiones pueden provocar el acortamiento muscular, por ello, es importante aprender a valorar el posible acortamiento en el psoasilíaco.

POSICIÓN:

Decúbito supino sobre la camilla. (Cruzado para no caerse).

Miembro contralateral: Flexión de cadera y rodilla máxima. (Agarrándose).

Miembro a evaluar: Cae libremente fuera de la camilla.

. Si hay acortamiento del Psoas

Ligero flexo de cadera. No apoya sobre la camilla.

. Si hay acortamiento en Recto anterior:

Flexo de rodilla < 90°.

. Si hay acortamiento en TFL:

.Cadera en flexión + ABD.

TRATAMIENTO:

Podemos tratar el Psoasilíaco con varias técnicas

Masoterapia: Para el PG1

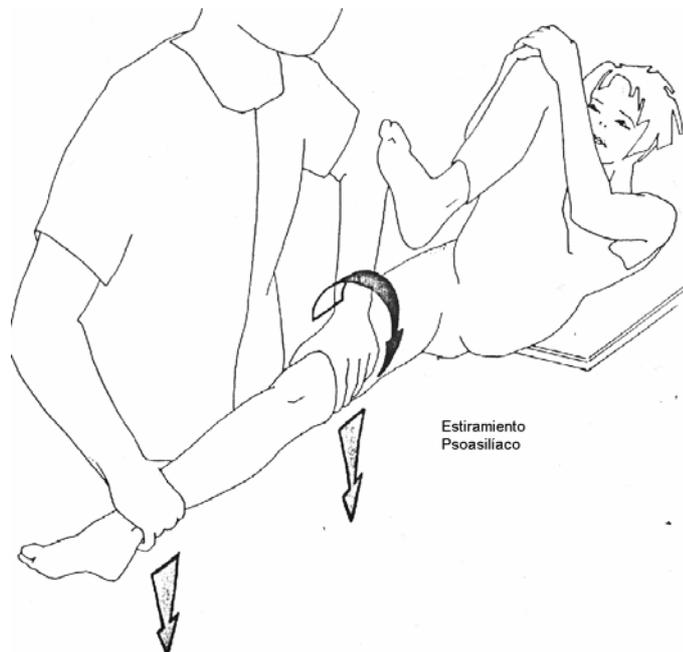
Con el denominado “Masaje de Bombeo”.

Sólo se usa para el PG1.

- . Paciente en decúbito supino.
- . Flexión de cadera (y rodillas) como en el abordaje del punto.
- . Una vez localizado el punto, hago movimientos circulares sobre él.
- . A medida que progresa la relajación, aumento la presión.

Técnicas de estiramiento:

Extensión cadera
Rotación Interna



Técnica de Mitchell

Como la patología en el psoas da una limitación importante de la movilidad, utilizaremos un PROTOCOLO ISOMÉTRICO.

Paciente en decúbito supino sujetándose el miembro contralateral contra el pecho.

- Colocamos el músculo en la posición de estiramiento.
- Fijación del paciente:
 - Mano craneal fija la pierna flexionada.
 - Mano caudal en el tercio distal del muslo para poner la resistencia.
- Ciclo de trabajo:
 - Contracción isométrica de 6" – 7". (Submáxima)
 - Relajación de 3" – 5".
- Repetimos el ciclo 2 – 3 veces.
- Al final de cada ciclo intentamos descender (estirar) la pierna, para comprobar que va cediendo el acortamiento.

Al finalizar se observa una elongación del músculo, ahora bien, el objetivo es relajar, el aumento de longitud es secundario.

ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO

DATOS ANATOMICOS

Origen:

- Porción esternal: Manubrio esternal.
- Porción clavicular: Clavícula cara sup.

Inserción:

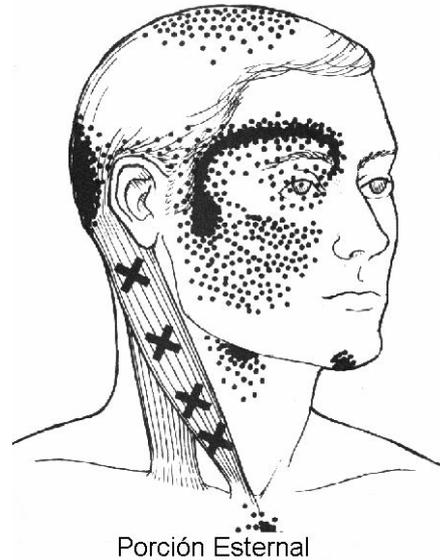
- Ambas porciones en
- Apófisis mastoides (lateral)
- Occipucio (mitad lateral de la línea curva occipital superior)

Inervación:

Nervio accesorio y plexo cervical

- Si actúa unilateralmente
- Rotación contralateral
- Inclinación homolateral
- Extensión

Si actúa bilateralmente



Porción Esternal

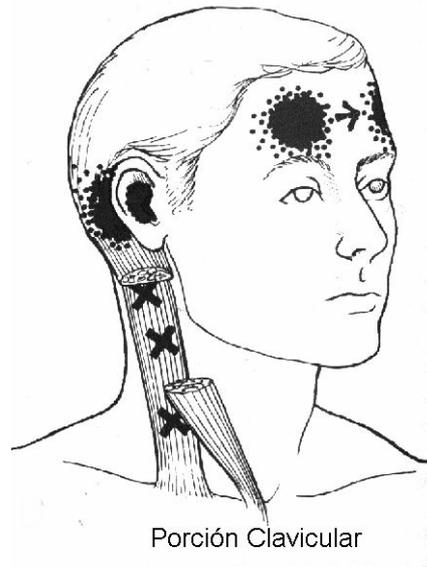
PUNTOS GATILLO

Muchos a lo largo de ambas porciones

IRRADIACIÓN y SINTOMATOLOGIA

La sintomatología es muy diversa e incluye no solo dolores irradiados sino alteraciones vegetativas, mareos, náuseas, fotofobia, hipoacusia o zumbidos en los oídos.

Puede provocar también molestias al tragar y picor en la garganta.



Porción Clavicular

Además, el dolor irradiado presenta una particularidad: Puede cruzar la línea media.

PG Porción esternal Dolores irradiados

- Zona orbitaria del ojo.
- Pómulo.
- Zona posterior de la cabeza.
- Apex

PG Porción Clavicular Dolores irradiados

- Zona de la oreja y retroauricular.
- Dolor en la frente que puede cruzar la línea media.

PALPACION:

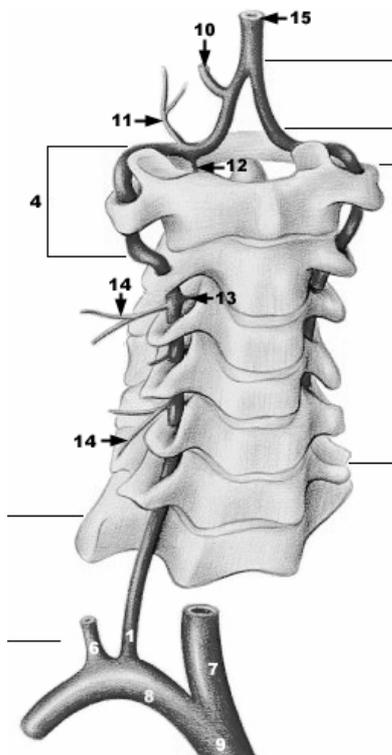
Palpación en Pinza a lo largo de la porción esternal del ECM.

Se puede utilizar también técnicas de palpación plana, pero con mucho cuidado para no perder la banda tensa, que suele “saltar”.

- . Con una mano fijamos la cabeza por encima.
- . Con la otra mano, utilizo el índice y pulgar para palpar.

TEST de KLEIN Para detectar problemas en la arteria vertebral.

Paciente refiere MAREOS y/o NAUSEAS



Agujeros intertransversos desde C6 hasta C2.
 Contornea posteriormente las masas laterales del Atlas
 Continúa ascendiendo para penetrar en el cráneo.

Pues bien, a nivel de C2 puede verse comprimida y dar
 sintomatología por falta de irrigación:

Mareos y Nauseas

TEST: Se hace a un lado y al otro.

Paciente en Decúbito supino o sedestación.
 Llevamos cabeza a extensión (cerrando el canal de paso
 de la arteria).
 Rotación e inclinación homolateral.

Mantenemos en esa posición 20” – 30” con ojos abiertos

La signos que buscamos son:

- . Ver si se manifiestan los mareos y nauseas.
- . Puede aparecer *nistagmus*.

TRATAMIENTO:

Técnicas de compresión

- . Compresión isquémica.
- . Compresión intermitente.
- . Liberación por presión.

Estiramientos

No está especialmente recomendado puesto que el ECM no da limitación de la movilidad.

Además, estirarlo equivale a comprimir el canal de la Arteria Vertebral lo cual no es muy recomendable puesto que en el 40%-50% de los casos hay compresión del mismo.

Técnica de Mitchell

Como veíamos anteriormente, no provoca una gran limitación de la movilidad, por lo tanto, aplicaremos un PROTOCOLO EXCÉNTRICO.

Contracciones excéntricas (Ciclo de 5 repeticiones)

- Paciente decúbito supino.
- Nos colocaremos en la cabecera, mirando a sus pies.
Se trabaja un movimiento de cada vez, es decir primero la inclinación y luego la rotación o a la inversa.
- **Inclinación (homolateral)**
 - Llevo al paciente a la posición de partida:
Inclinación homolateral
 - Coloco la resistencia
 - Pido al paciente que intente llevar la oreja al hombro pero que se deje vencer.
No es contracción isométrica, puesto que el paciente sabe de debe dejarse vencer.
- **Rotación (Contralateral)**
 - Llevo al paciente a la posición de partida:
Rotación contralateral al ECM a tratar.
 - Coloco la resistencia:
Una mano bajo la cabeza (occipucio)
Otra mano bajo moflete (pómulo) del lado hacia el que gira.
 - Pido al paciente que intente mantener la rotación, pero que se deje vencer.

Nota:

Para el trabajo con los músculos del cuello, es útil usar el **reflejo ocular motor**, según el cual, se produce un aumento de tono en el lado hacia el que el paciente mira.

Así, si quiero trabajar el ECM derecho, le pido que gire sus ojos hacia la derecha.

SUBESCAPULAR

DATOS ANATOMICOS

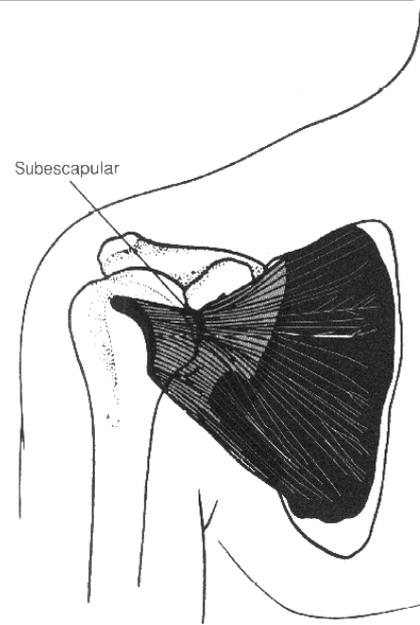
Origen: Fosa subescapular. (Mas concretamente en los 2/3 mediales de la cara costal del omóplato).

Inserción: Troquín y porción anterior de la cápsula del hombro.

Inervación: Nervios subespaculares superior e inferior. (C5-C6)

Acción: Rotador interno de hombro.

Además cumple una importante función en la estabilidad del hombro. En toda ABD se encuentra activo para evitar la tendencia a luxarse de la cabeza humeral.

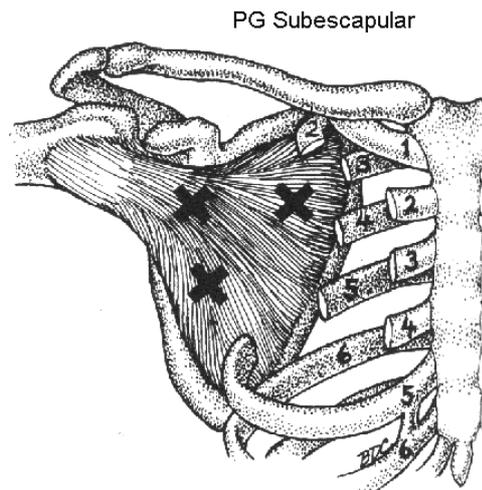


PUNTOS GATILLO

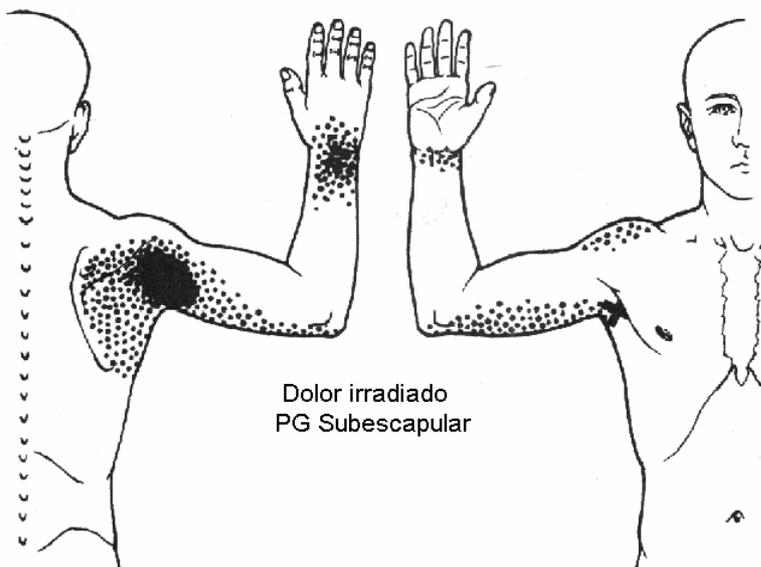
Travell y Simon's describen 3, si bien nosotros trabajaremos únicamente con 2

Trataremos únicamente los 2 más laterales, debido a la dificultad para acceder al más medial.

Pueden activarse por muchos motivos, entre ellos las inmovilizaciones prolongadas y las luxaciones de cabeza humeral.



IRRADIACIÓN y SINTOMATOLOGIA



- . Cara posterior hombro que puede irradiar a la escápula.
- . Cara interna brazo.
- . Dolor en "pulsera" en la muñeca.

Bastante sintomatología limitación en rot externa y ABD.

Muy relacionado con el "hombro congelado".

PALPACION:

Decúbito supino.

Es importante no confundir con dorsal ancho y redondo menor:

- ABD hombro de 90° + Flexo de codo 90°
- Meteremos la mano entre la escápula y la camilla buscando el borde axilar, y traccionamos hacia lateral para “sacarla” ligeramente.
- Apartar el Dorsal ancho que será perfectamente visible.

Una mano sujeta por la muñeca la ABD de hombro en los 90°.

La otra mano hace la palpación (plana) sobre la cara costal de la escápula comprimiendola contra la camilla.

TRATAMIENTO:

Técnicas de compresión

- . Compresión isquémica.
- . Compresión intermitente.
- . Liberación por presión.

Estiramientos

SI provoca limitación en la movilidad, luego los estiramientos están indicados.

(Para estirar llevar a accion contraria, como siempre).

Técnica de Mitchell

Como veíamos anteriormente, provoca limitación de la movilidad, por lo tanto, aplicaremos un PROTOCOLO ISOMETRICO.

Técnica de Jones

Desencadenar el dolor.

Llevar a posición de no dolor (acortamiento) manteniendo presión 90”.

Llevar nuevamente a posición neutra.

ANGULAR (Elevador de la escápula)

DATOS ANATOMICOS

Músculo profundo, cubierto por el trapecio.

Origen: Apófisis transversas de C1-C4

Inserción: Angulo superior interno del omoplato.

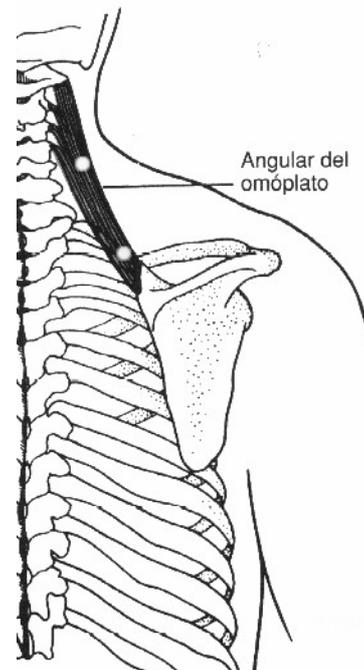
Inervación: C3-C4 y frec nervios Romboideos (C5)

Acción: Inclinación homolateral del cuello.

Rotación homolateral en cuello

Si actúan bilateralmente, es extensor de cuello.

Sobre la escápula, hace elevación con rotación interna



PUNTOS GATILLO

Describimos 2 puntos gatillo.

PG1 → 1cm por encima del borde superointerno de la escápula.

PG2 → En la mitad del recorrido del vientre muscular.

Tras el trapecio es el músculo del cuerpo que más se activan sus PG.

La activación se produce por stress postural, como trabajar frente al ordenador, teléfono y encojerse de hombros de manera sostenida.

Dormir sin almohada.

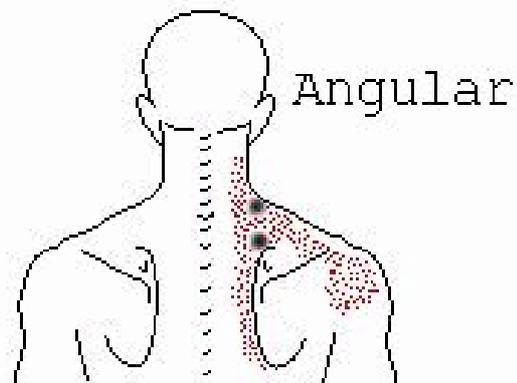
Caminar con muletas.

Deportes que exijan mucha rotación de cabeza (natación estilo libre).

IRRADIACIÓN y SINTOMATOLOGÍA

Dolor en el cuello que irradia al borde vertebral de la escápula y cara posterior del hombro.

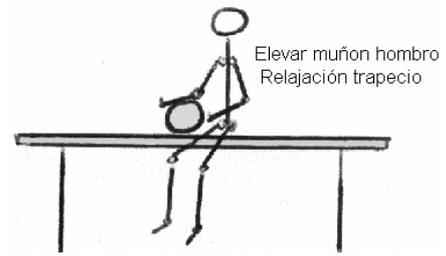
Limita la rotación homolateral del cuello siendo responsable muchas veces de la tortícolis.



PALPACION:

Recuérdese que se trata de un músculo profundo, tapado por el trapecio en todo su recorrido.

Paciente en sedestación, podemos ponerle una cuña bajo el codo para elevar el muñon del hombro y relajar así el trapecio.



- PG1 (Inferior) → . Localizamos borde superointerno de la escapula.
 . Nos dirigimos 1 cm hacia arriba para localizar la banda tensa.
- PG2 (Superior) . Apartamos el trapecio (con dedos en pinza).
 . Profundizamos (desde delante) y lo encontramos.

TRATAMIENTO:**Técnicas de compresión**

- . Compresión isquémica.
- . Compresión intermitente.
- . Liberación por presión.

Estiramientos

SI provoca limitación en la movilidad, luego los estiramientos están indicados.

(Para estirar llevar a acción contraria)

Abordaje SUIZO

1. Presión Mantenido sobre el PGM
 Pedimos **10 contracciones** al músculo.
2. Compresión isquémica. **1 minuto**
3. Estiramiento Local (Mediante masoterapia) **2 – 3 minutos**
 Pulgares sobre el PGM y deslizamos estirando localmente.
4. Masaje fascial. **2 – 3 minutos**
 Pinzado rodado o bien de nudillos.
5. Estiramiento analítico. **20 – 30 segundos**
 Con o sin frío.
6. Termoterapia. **2 minutos**
 Aplicación de calor local.

CUADRADO LUMBAR

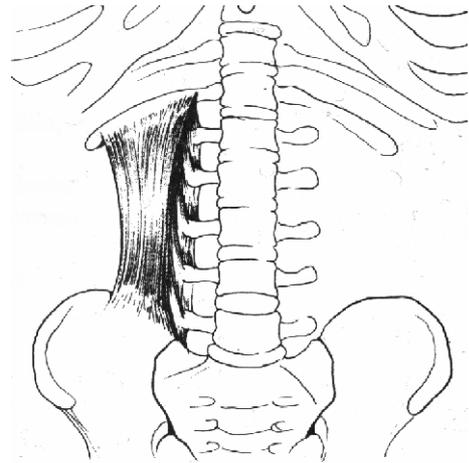
DATOS ANATOMICOS

Origen: Última costilla (12)

Inserción: Apófisis transversas L1-L5
Cresta ilíaca

Inervación: Duodécimo nervio intercostal y plexo lumbar.

Acción: Descenso de las costillas e inclinación lateral.



PUNTOS GATILLO

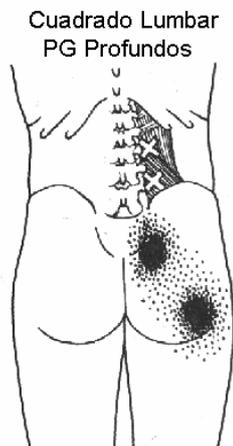
4 puntos gatillo: 2 superficiales y 2 profundos.

- 2 superficiales: L1 y L4.
- 2 profundos: L2 y L4.

Es habitual que estén activos en el caso de las lumbalgias.

Un mecanismo habitual de activación de cuadrado lumbar es como satélite a la activación del Psoasilíaco.

IRRADIACIÓN y SINTOMATOLOGÍA



Los superficiales: Parte lateral de la cadera y glúteo.

Los profundos: Hacia la nalga.

Pueden activar por el mecanismo de “puntos satélite” los del piramidal. A su vez, los acortamientos del piramidal pueden provocar compresión del nervio ciático originando una ciática.

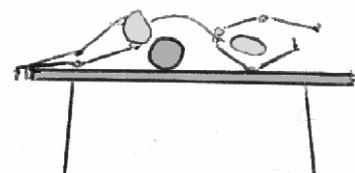
PALPACION:

Sólo palparemos los dos puntos superficiales.

Para ello colocamos al paciente en decúbito lateral con cuña para “abrir” la zona.

Localizamos el borde libre del músculo.

- Punto superior: Referencia la última costilla.
- Punto inferior: Bajando hacia la cresta.



TRATAMIENTO:

Estiramientos

Cruzamos los brazos y empujamos separando la creta ilíaca de la parrilla costal.

PIRAMIDAL

DATOS ANATOMICOS

Origen:

Sacro, cara anterior.

Inserción:

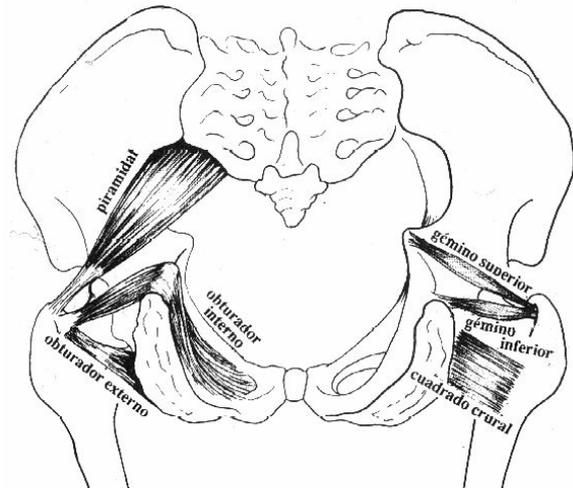
Cara medial del extremo del trocánter Mayor

Inervación:

Plexo sacro.

Acción:

ABD de cadera, rotación externa.



Recuérdese que se produce “inversión de acciones”, a partir de los 70 – 80° de flexión, se convierte en rotador interno.

TEST de acortamiento de PIRAMIDAL

Los puntos gatillo, en ocasiones pueden provocar el acortamiento muscular, por ello, es importante aprender a valorar el posible acortamiento en el piramidal

POSICIÓN:

Decúbito prono.

Flexo de rodillas de 90°

Dejamos que la cadera rote internamente libremente (es decir, por acción de la gravedad).

Comparamos ambos miembros.

PUNTOS GATILLO

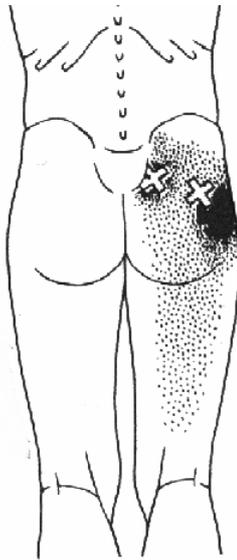
Dos puntos.

- PG 1 → Cerca de su origen (Sacro).
- PG 2 → Cerca de su inserción (Trocánter Mayor).

PALPACION:

- Paciente en decubito lateral.
- Cadera de arriba flexionada y la dejamos caer por delante para tensar el piramidal.
- Músculo profundo → Palparemos indirectamente por debajo del piramidal.
- REFERENCIA: Localizo Trocánter Mayor y Sacro.
 - . Trazo una línea imaginaria y la divido en tres partes.
 - . En los puntos de división están los PG.

IRRADIACIÓN y SINTOMATOLOGÍA



Piramidal

Fundamentalmente a la NALGA.
Puede haber irradiación también a la zona posterior del muslo (pero sin pasar de la rodilla)

Nótese que si hay compresión del ciático el dolor si continúa descendiendo por debajo de la rodilla.

TRATAMIENTO:

Técnicas de compresión

Decúbito prono. Flexo de rodilla de 90°.

Compresión con Dedo-Puño-Codo.

Podemos hacer la compresión asociada a movimientos rotatorios, haciendo toma por el tobillo.

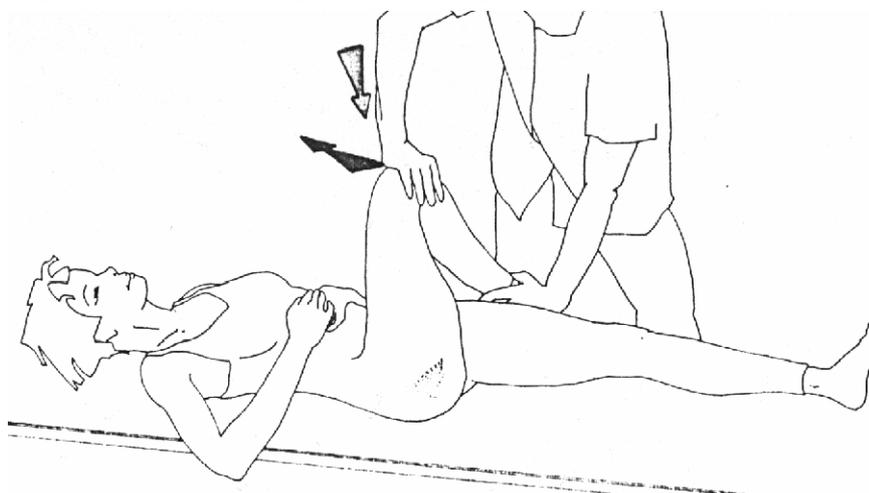
- . Compresión isquémica.
- . Compresión intermitente.
- . Liberación por presión.

Técnicas de estiramiento

Paciente en decúbito supino.

Pierna homolateral cruza a la otra y apoya el pie al otro lado.

Dejamos caer nuestro peso sobre el eje del fémur.



Técnicas de Mitchell (ISOMÉTRICO)

Colocamos al paciente en la misma posición que la del test de acortamiento.

- Colocamos su pie bajo nuestra axila y nuestro brazo a lo largo de su pierna.
- Pedimos la acción: “Lleve el pie hacia dentro”.
. Resistimos y al final del ciclo estiramos.

TRAPECIO

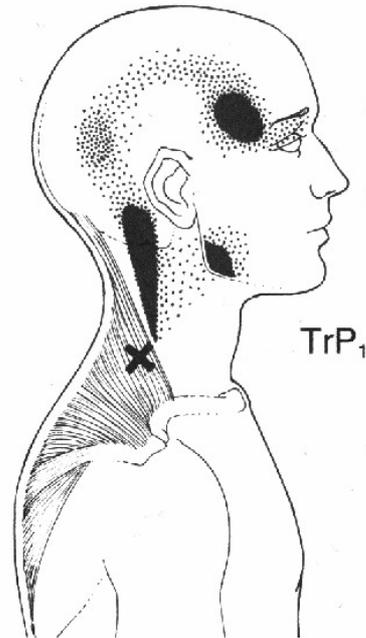
DATOS ANATOMICOS

Origen:

Espinosa de C7, T1 – T12
Ligamento nuchal
Protuberancia occipital externa

Inserción:

Espina de la escápula
Acromion
Clavícula

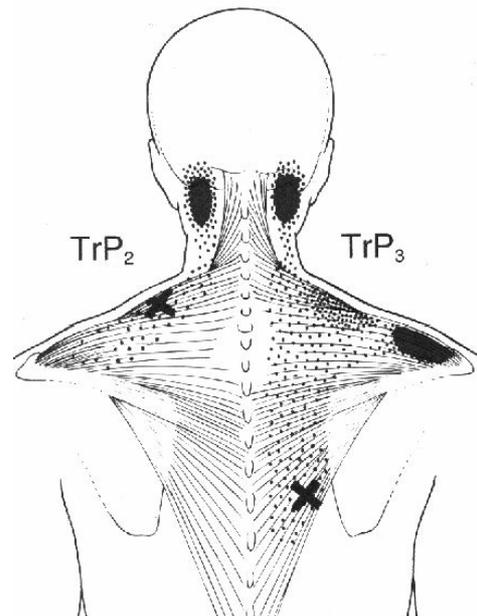


PUNTOS GATILLO

Es el músculo cuyos puntos gatillo se activan más frecuentemente.

Se activan por muchas causas, estrés postural, por Ejemplo por llevar bolsas pesadas, horas delante del ordenador, hablar por teléfono. Por stress emocional, latigazo cervical...

Travell y Simmons describen 7 puntos ordenados del 1 al 7 según su frecuencia de activación. Nosotros sólo trabajaremos con los 3 más frecuentes.



- **PG1** → No es un punto concreto, sino más bien una zona.
Toda la zona superior del trapecio medio, la que podemos palpar en pinza.

IRRADIACIÓN: Parte lateral del cuello, cabeza y cara pudiendo llegar hasta la zona orbicular del ojo e incluso hasta la zona del masetero.

- **PG2** → Zona supraespinosa.

IRRADIACIÓN: Suboccipital.

Activa por el mecanismo de “satélite” los puntos de los músculos suboccipitales.

- **PG3** → Trapecio fibras inferiores, más o menos a la altura del ángulo inferior de la escápula.

Colocamos al paciente sentado y le pedimos que saque chepa agarrándose con las manos a la silla.

En esa posición, la escápula asciende y rota externamente, de manera que el punto lo encontraremos inferomedialmente al borde inferior de la escápula.

IRRADIACIÓN:

Suboccipital + Zona supraespinosa lateral.

TRATAMIENTO:

Técnicas de compresión

Técnica de CHAITOW

Se trata de una técnica de inhibición del huso neuromuscular.

Más que una técnica es un protocolo de aplicación de varias técnicas.

1. Compresión intermitente.

2. Técnica de Jones Modificada:

- Desencadenar el dolor presionando el punto.
- Llevar a posición de acortamiento **sin mantener la presión.**

3. Dos formas de continuar:

- Si hay limitación de movilidad:

. Trabajo isométrico: (Le pedimos que intente llevar la oreja al hombro pero no le dejamos).

. Estiramiento analítico

- Si NO hay limitación de movilidad:

. Trabajo isotónico excéntrico: (Le pedimos que lleve la oreja al hombro y le ponemos resistencia diciéndole que se deja ganar).

. Masaje, termoterapia y reposo.

ESCALENOS

DATOS ANATOMICOS

Tres porciones, escaleno anterior, medio y posterior.

Origen:

E. ANTERIOR: Ap transversas C3 – C6

E. MEDIO: Ap transversas C2 – C7

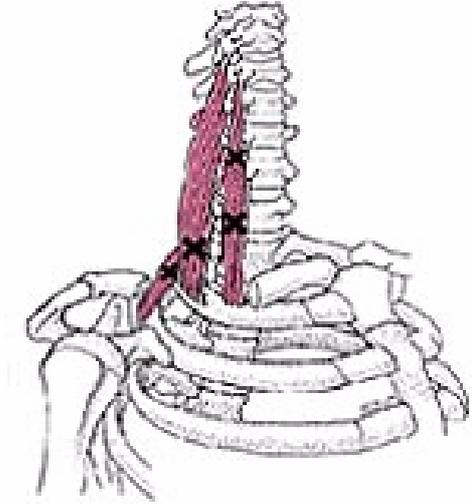
E. POSTERIOR: Ap. Transversas C4 – C6

Inserción:

E. ANTERIOR: Tubérculo del escaleno 1ª costilla

E. MEDIO: 1ª Costilla.

E. POSTERIOR: 2º Costilla.



Los escalenos Anterior y Medio forman el desfiladero de los escalenos, que está en relación con el plexo braquial, por tanto es una zona de posible compresión a la que debemos prestar atención.

TEST DE ADSON (De compresión del plexo braquial)

Como el plexo braquial, a su paso por el desfiladero de los escalenos va acompañado de la arteria, al provocar una compresión, se observará una disminución del pulso.

- **Paciente:** Sedestación. Le tomamos el pulso radial.
- **Prueba:** Inspiración máxima y rotación homolateral.
Tomamos nuevamente el pulso para ver si ha disminuido.

TEST DEL CALAMBRE DE ESCALENOS

Es otra prueba para determinar si hay compresión del plexo braquial

- Pedimos al paciente que se lleve la barbilla a la fosa claviclar del lado a evaluar.
- Si hay compresión, → Tendrá dolor por todo el miembro superior.

TEST DE ALIVIO DE LOS ESCALENOS

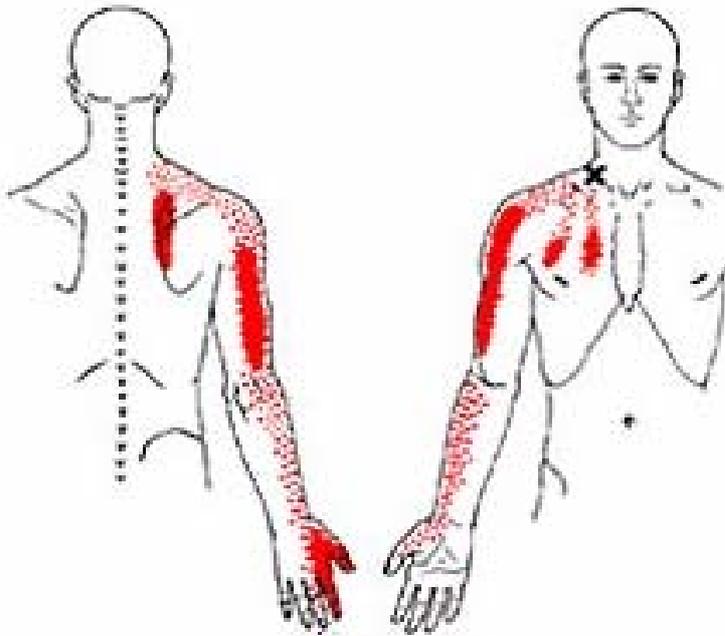
Para confirmar la compresión, veremos si adoptando una posición en la que relajamos los escalenos, disminuye el dolor.

Pedimos al paciente que eleve el brazo y apoye el dorso de la mano en la frente.

PUNTOS GATILLO e IRRADIACIÓN

2 En el escaleno anterior
1 en el medio y posterior.

El mecanismo de activación se debe a alteraciones posturales.
Fundamentalmente por tener la cabeza posteriorizada o inclinada hacia un lado.



DOLOR REFERIDO:
Hombro: Posterior / anterior
Desciende por el lado radial de
brazo y antebrazo.
Llega hasta los 2 primeros
dedos

Dolor en franjas en:
Pectoral Mayor.
Borde vertebral Escápula

PALPACION:

A través de la fosa supraclavicular.

ESCALENO MEDIO:

Por detrás del ECM.

Pedimos al paciente que “huela” para detectar el escaleno.

ESCALENO ANTERIOR:

Desde el escaleno medio, voy en dirección a la laringe profundamente al ECM

Pido al paciente que “huela” para ponerlo de manifiesto.

ESCALENO POSTERIOR:

En la misma zona de palpación del punto superior del ANGULAR, pero ANTERIOR.

Nuevamente pedimos que “huela” al paciente, para ponerlo de manifiesto.

TRATAMIENTO

Técnica de LEWITT

Se trata de una técnica de energía muscular.

Paciente: Decúbito lateral (Contralateral)

Pedimos la contracción en contra de los factores 20'' – 30''

- . Tome aire.
- . Mire al techo.
- . Contracción isométrica.

Relajación a favor de los factores.

Se autoriza la copia, difusión y utilización de estos apuntes a cualquier persona a la que le sirvan para algo. Lo único que os pido es que citeis la fuente (osea, yo) y que no modifiquéis el texto.

J. Rubio Fueyo

trasguhacker@hotmail.com
<http://mrbuh0.iespana.es>

Abril 2004