

EL DIAFRAGMA

GENERALIDADES

ANATOMÍA:

Es el principal músculo inspirador de contracción autónoma.

1. Forma:

- 2 cúpulas.
- 3 folíolos (1 anterior y 2 laterales)
- 2 pilares

2. Inserciones:

- Horizontal: 6 últimas costillas y apéndice xifoides.
- Vertical: L3 a la derecha y L2 a la izquierda.

3. Relaciones:

- Superior: los 2 pulmones más pleura y pericardio.
- Inferior: bazo, estómago, hígado, ángulo derecho e izquierdo del colon, duodeno, y páncreas.
- Posterior: riñón derecho e izquierdo, hígado, estómago, bazo, y páncreas.

4. Orificios:

- T9: vena cava inferior (V.C.I.).
- T10: esófago.
- T12: aorta.

FUNCIONES:

- Respiración.
- Circulación venosa y linfática.
- Movilidad de los órganos abdomino-pélvicos.

INERVACIÓN:

- Central: centro neumotáxico detrás de la S.E.B.
- Periférica: nervios frénicos saliendo de C3, C4 y C5.

INDICACIONES: ¡¡Nunca ver en primera intención!!

Verificar inervación y vísceras circundantes.

ABORDAJES PERIFÉRICOS

I.- Marco óseo:

L1, L2 y L3: tests de las articulaciones y corrección apropiada.

K6 a K10: tests en densidad, tests de las articulaciones y corrección apropiada, tests respiratorios, tests de movilidad.

K11 a K12: igual.

II.- Tejidos blandos:

1- Arco pleural:

Sujeto en decúbito dorsal.

Terapeuta sentado a la cabeza del sujeto.

III en las clavículas, II en el arco, I sobre K1.

Acción: el sujeto inspira, el arco sube, el sujeto expira y el arco baja.

Para "corregirlo": ver K1, clavícula, charnela cervico-dorsal, base del cráneo, y pulmones y pleura.



2- Periné:

A.- Test:

Sujeto en decúbito dorsal.

Terapeuta homo-lateral en el hemi-periné que hay que testar.

Mano caudal: II y III en la fosa isquio-rectal o pubo-isquiatica.

Mano cefálica: I sobre la cúpula del diafragma homo-lateral a la mano caudal.

Acción: el sujeto inspira, las dos manos bajan, el sujeto expira, las dos manos vuelven a subir.



B.- Corrección global de periné para anular su influencia y poder testar el diafragma:

Si hay disfunción del periné bajo: corregir con la cúpula del diafragma en inspiración (baja).

Si hay disfunción del periné alto: corregir con la cúpula del diafragma en espiración (alta).

Posición: igual.

Acción: mantener la disfunción en apnea respiratoria correctora hasta la relajación.



Esa técnica no es una corrección: sólo es temporal. Para corregir un periné, hay que investigar: el marco óseo, la inervación, y las vísceras abdominales.

3- Arco del psoas: = “Cathie” unilateral:

Sujeto en decúbito dorsal al borde de la camilla.

Terapeuta homo-lateral en el arco que hay que liberar, coge la pierna del sujeto entre sus piernas.

Indicación: pilar homo-lateral que no suelta a pesar de las correcciones.

Mano cefálica: engancha el pilar.

Mano caudal: sobre la cúpula del diafragma.

Acción: la mano cefálica efectúa una tracción lateral cuando el peso del cuerpo va hacia atrás = estiramiento lateral y longitudinal: la mano caudal sirve de cursor de sensaciones.



4- Cuadrado lumbar: técnica “pesca con caña” de Mitchell:

Indicación: igual que para el arco del psoas.

Sujeto en decúbito lateral homo-lateral al cuadrado lumbar que hay que liberar. Ejemplo: el izquierdo

Terapeuta mirando el sujeto.

Mano cefálica: sobre el cuadrado lumbar.

Mano caudal: sostiene las piernas del sujeto en triple flexión, rodillas sobre la coxo-femoral caudal del terapeuta.

Acción: contracciones isométricas: 1: barrera motriz, 2: el sujeto empuja hacia el suelo en 3 tiempos, 3: mismo tiempo para la liberación, 4: el practicante gana hasta la nueva barrera motriz.



TESTS

I.- Pilares:

1.- Tisular:

Sujeto en decúbito dorsal

Terapeuta en el lado del sujeto.

Las manos sobre los pilares (L3 a la derecha y L2 a la izquierda).

Test de las tensiones por presión hacia el anterior.

2.- Movilidad:

Misma posición

En la inspiración, los pilares suben y se estiran.

3.- Motilidad:

Misma posición: bajada en la flexión.



II.- Cúpulas:

1.- De los tejidos:

A- "Lift"

Sujeto en decúbito dorsal.

Terapeuta mirando al sujeto.

Las manos, 1 debajo de las costillas, los otros dedos extendidos sobre la parrilla costal.

Acción: I efectúa empujes cefálicos desplazándose por debajo de los lados del apéndice xifoides en los costados del sujeto.



B- “Volante”

Sujeto sentado.

Terapeuta detrás del sujeto.

Bordes cubitales de las manos debajo de las cúpulas.

Tests en rotación derecha e izquierda, translación derecha e izquierda, flexión anterior y posterior.



2.- Movilidad:

A- Sentado:

Sujeto sentado

Terapeuta detrás del sujeto.

Misma posición que para el test del Volante.

El sujeto inspira, las cúpulas bajan.



B- “Lift”

Mismo test

Acción: I siente bajada y subida, los otros dedos experimentan/sienten la expansión lateral.



3.- Motilidad:

Sujeto en decúbito dorsal.
Terapeuta a la cabeza del sujeto.
Las manos sobre el apéndice xifoides.
Los movimientos: 1: bajada céfalo-caudal, 2: bajada antero-posterior, 3: bajada céfalo-caudal.
(en flexión: ¡movimiento de Tobogan!)



CORRECCIONES

I.- Pilares:

1.- De los tejidos:

Corrección en fascia por técnica de desenrollamiento, habiendo antes verificado mecánicamente L2/L3.

2.- Motilidad:

Bien en directo, bien exagerando la disfunción.



II.- Cúpulas:

1.- De los tejidos

A- “Volante”

Posición igual que en el test.
El terapeuta exagera los parámetros disfuncionales 1 por 1 apilándolos y los corrige de la misma forma.



B- “Paragüas”:

Meta: corregir un pilar y una cúpula contralateral.

Sujeto en decúbito dorsal.

Practicante sentado en el lado del sujeto.

Mano Caudal: engancha el pilar contralateral pasando por la espalda del sujeto.

Mano cefálica: en proyección del 5º espacio intercostal sobre la cúpula.

Acción: 1: el terapeuta pone en tensión primero el pilar por una tracción caudal hasta la barrera de tensión con la mano caudal, después, la cúpula por una rotación externa imprimida a la cúpula por la mano cefálica (en extensión) hasta la barrera de tensión. 2: cuando se aflojan las tensiones, el terapeuta gana en los 2 parámetros en varios tiempos sucesivos hasta una liberación total de los tejidos.



2.- Movilidad:

A.- Disfunción en Inspiración “baja”

Sujeto en decúbito dorsal

Terapeuta en el lado del sujeto

Los pulgares debajo de los lados y los dedos alargados sobre la parrilla costal.

El sujeto inspira, el terapeuta acomoda sus apoyos.

El sujeto espira, el terapeuta hunde sus dedos, insistiendo en el lado disfuncional, por un apoyo cefálico y sobre la retracción de la parrilla costal con sus otros dedos.

El sujeto inspira, el terapeuta conserva los parámetros adquiridos.

El sujeto espira, el terapeuta gana... (hacer 3 o 4 veces).



B.- Disfunción en Inspiración “alta”

Sujeto en decúbito dorsal

Terapeuta en el lado del sujeto.

Las manos en proyección de la posición de la cúpula en disfunción sobre la parrilla costal.



El sujeto inspira, el terapeuta acomoda sus apoyos.
El sujeto espira, el terapeuta efectúa una presión hacia el centro frénico en dirección caudal con la pinza pulgar/índice (I/II) e intenta impedir la retracción del tórax.
Mismo principio que anteriormente (3 o 4 veces).

3.- Motilidad:

Corrección en exageración de la disfunción de extensión o en directo en inducción del movimiento de flexión.

La motilidad designa el micro movimiento.

La motilidad embrionaria es la memoria del movimiento de energía que ha permitido el desarrollo y la formación de las diferentes estructuras del embrión.

Esta energía es necesaria para el desarrollo (migración + crecimiento) del embrión.

Este movimiento se percibe en las estructuras óseas, musculares, fasciales y viscerales que constituyen el cuerpo humano al término de su maduración.

¡¡La mitad embrionaria y la mitad respiratoria primaria (M.R.P.) son dos cosas distintas!!