

¿EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE EL EXAMEN POSTUROGRAFICO Y EL EXAMEN DE CADENAS MUSCULARES?

Aitor Loroño, Médico homeópata,
DIU en Posturología, especialista en RPG.



RESUMEN

En la actualidad es admitido que el 80% de la población sufre o va a sufrir una raquialgia en su vida y las 2/3 partes de estas raquialgia sufren de un síndrome de deficiencia postural. El sistema propioceptivo, como parte integrante del sistema tónico postural, es a la vez consecuencia y causa de las patologías osteomusculares.

Los llamados métodos propioceptivos de reeducación postural, método Mézières y sus evoluciones posteriores, método de cadenas musculares de G.Denys-Struyf, L. Busquet, o la RPG a cuyo método he dedicado más de 20 años, han venido trabajando en los tratamientos de las raquialgias con cierto acierto ya que parten del análisis individual, una causalidad individual, y de un tratamiento individual adaptado a cada persona.

Desde la observación clínica, en RPG, como en los otros métodos (Vertical de Barré, plano frontal, Pie y raquis, plano sagital, patologías de constricción, de Bricot), una parte de análisis postural es ver como el paciente mantiene en los tres planos del espacio una posición dada de pie. La lectura de las cadenas musculares nos dan una idea de las retracciones de la musculatura, principalmente estática, que se manifiestan por su acortamiento y retracción por causa de su hipertonicidad.

El registro posturográfico, nos da una idea de cómo proyecta su centro de gravedad cuando una persona se sostiene de pie, durante un tiempo definido, y como intervienen sus sistemas neurológicos que regulan la postura, siendo más una percepción estatico-dinámica de la postura, en su aspecto sensorial y motor.

El siguiente trabajo es una muestra de casos clínicos, donde comparamos en el plano sagital, el morfotipo anterior, posterior o mixto, definido en RPG y su correspondencia en su proyección de la gravedad a nivel centrado, anterior o posterior.

Discusión:

1. La complejidad del paciente se puede definir o clasificar en la lectura del análisis corporal en posición de pie, en un registro posturográfico o cada persona corresponde a una individualidad que hay que examinar y determinar.

2. ¿Que aporta la posturología en el diagnóstico del paciente y como se debe abordar el tratamiento?



DEFINICIÓN DE POSTURA SANA Y POSTURA PATOLÓGICA

Definición de Postura según la academia de Lengua Española.

1. Situación o modo en que está puesta una persona, animal o cosa.

Actitud, inclinación o pacto que mantiene una persona.

SINÓNIMOS: posición, colocación, pose, ademán, gesto, actitud, comportamiento, conducta, disposición, talante, puesta, apuesta, envite.

Vemos que la palabra postura tiene implícitas las características físicas de la posición pero también unas connotaciones psicológicas.

Diferentes autores la definen como:

“Sistema postural de aplomo. La posición es dada, la postura es mantenida”. (J. Paillard)

“Existe un modelo postural que representa la posición ideal del cuerpo en el espacio en un momento dado”. (Massion)

“La postura es el acto inconsciente por el cual mantenemos las posiciones corporales en función de nuestras percepciones físicas internas y externas así como de nuestras emociones”. (P.Fecteau 2009)

“Entendemos Postura normal o sana a la ausencia de patología de constreñimiento, restricciones articulares, tensiones musculares, con unas referencias corporales armónicas y ausencia de dolor” (B. Bricot)

Postura patológica

Las alteraciones Posturales estáticas son sinónimo de patología de agresión, deformación, limitación y dolor, tanto de las articulaciones como del sistema músculo-ligamentoso.

La estática no está regulada por músculos aislados, sino por cadenas musculares posturales propioceptivas y su disfunción o desarmonía tiene como consecuencia una alteración del tono muscular.

El 90% de las personas presentan un desequilibrio postural

Este desequilibrio debe estudiarse en los tres planos: antero-posterior, frontal y horizontal.

Este desequilibrio tónico postural provocado por las asimetrías de las cadenas musculares, son el origen de las diferentes patologías.

Son llamadas patologías de constreñimiento, y son la expresión del síndrome postural.

Solo un abordaje causal puede sacar al paciente de su sufrimiento.

El tratamiento sintomático le hunde en la cronicidad de su sufrimiento.

Las ultimas investigaciones nos ayudan a entender mejor la neurofisiología de la postura.

Los micro-receptores de la piel tienen un código casi idéntico a los mecano-receptores musculares, y si los estimulamos, las respuestas son superponibles a las que se obtienen con estimulaciones de los músculos recubiertos por esta piel, aunque un poco más débiles en su inten-

idad. Por lo tanto a la propiocepción hay que añadir los receptores cutáneos. (J.P.Roll – Oporto 2007)

En las escoliosis con pelvis excluida, se observan picos frecuenciales anormales entre 0,2 y 2 Hz, sobre todo en situación de ojos cerrados que puede ser indicativo de una alteración de la madurez propioceptiva (B.Bricot, 2006) o una desregulación entre el sistema vestibular y el propioceptivo (Montoya 2006).

LECTURA MORFOLÓGICA DE LA POSTURA

De Perfil

- Alineación de:

Occipital	Concav. Cervical
Cifosis	6-8 cm
Glúteo	Concav. Lumbar
Talón	4-6 cm

Vertex
Apof. Odontoides
Cuerpo L3
Apof. Estiloides 5ª meta

Plano Sagital. Sujeto normal

B. Bricot

Plano frontal. Sujeto normal

Las diferentes líneas deben ser horizontales

- Bipupilar
- Occipital
- Clavicular
- Escapular
- Pectoral
- Pelvica
- Estiloidea

En la actualidad hay cierta unanimidad en considerar las referencias básicas en los tres planos del espacio sobre la normalidad en la manera que se sostiene una persona de pie en situación quieta con los

Plano Sagital. Sujeto normal

POSTURA NORMAL

B. Bricot

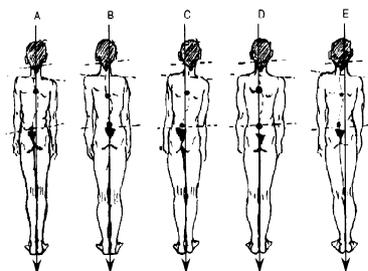
Plano horizontal. Sujeto normal

- Simetría talones
- Simetría glúteos
- Simetría manos
- Simetría apófisis mastoides del temporal

pies juntos o abiertos por delante a 30°. Posición que mantendremos también al realizar los registros posturográficos. En el plano sagital tenemos la referencia de la mirada horizontal, las

curvaturas de cifosis y lordosis armónicas, la horizontalidad de la pelvis. En el plano frontal veremos la horizontalidad y simetría de los dos lados, así como diferencias en las rotaciones de los miembros superiores e inferiores. En el plano horizontal veremos las rotaciones de los planos escapulares y pélvico. Las diferentes asimetría que podamos encontrar pueden significar que hay diferencias en las retracciones de cadenas musculares, es decir una asimetría morfológica pero que puede que no de síntomas de ninguna lesión o alteración funcional, por lo que una asimetría no define un síndrome postural.

Ahora enumeraremos diferentes formas de aproximarnos a la Postura patológica.



La vertical de Barré, como prueba de observación morfológica, como lo enumeran P.M.Gagey & B.Weber en su libro de Posturología, nos da a entender que podemos encontrar una sospecha de una disfunción de alguno de los receptores o mecanismos reguladores de la postura.

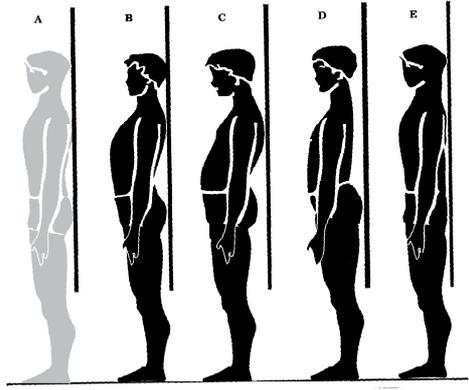
Caso a- representa la normalidad.

Caso B-Desalineación L3 – Problema bajo.

Caso C-Desalineación a partir de T4/T6 – Problema alto.

Caso D-Desalineación cruzada – Problemas mixtos, no hay desvío de las referencias – Ojo a la colocación de prismas y

Caso E- Desalineación de las referencias del mismo lado– Síndrome disarmónico.



Otra forma de desequilibrio tónico-postural sagital, nos la describe el Dr. Bricot.

A. Sujeto normal - Plano sagital alineado

B. Aumento curvas cervical y lumbar– Pie Valgo

C. Plano escapular posterior – Pie Plano. Por ejemplo la hiperlordosis lumbar provocada por el pie valgo-plano escapular posterior - afecta a todo el segmento lumbar y provoca dolores dorso-lumbres.

D. Plano escapular anterior, dorso plano – Pie doble componente. Por ejemplo la hiperlordosis lumbar provocada por el pie - plano escapular anterior afecta a L4-L5,L5-S1 y provoca dolor en barra

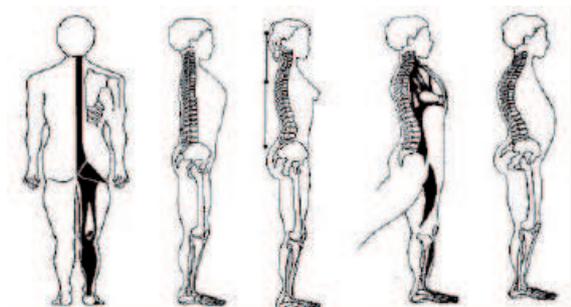
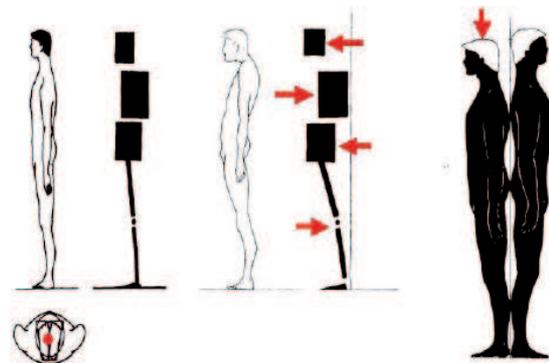
E. Plano sagital alineado – Disminución curvas – Pie Varo

El examen morfológico que se realiza en el método RPG - Reeducción Postural Global- creado por Ph.-E. Souchard, se basa en la organización muscular Estático-Dinámica y los problemas que se derivan en su evolución fisiopatológica. El desarrollo muscular que realizamos desde nuestro nacimiento hasta alcanzar la bipedestación y luego el desarrollo de crecimiento van a condicionar nuestra morfología. En este transcurso se deben respetar las hegemonías vitales, como la respiración, alimentación, movimiento, superando las diferentes fases de la coordinación motriz. A esto debemos añadir el componente de la gravedad. Una persona para sostenerse debe realizar una fuerza igual o superior a su peso pero en sentido contrario de la gravedad. Esto se realiza gracias a la contracción muscular permanente de la musculatura estática (tono muscular) a partir de un punto fijo inferior. La consecuencia es que poco a poco va comprimiendo las articulaciones y si además tenemos una deficiente postura, por la utilización de la resistencia fibro-elástica y acomodar nuestro tono al confort, los diferentes segmentos del cuerpo que se van desalineando van a producir un componente de aplastamiento y compresión que va deformando nuestro cuerpo.



Nuestros músculos estáticos están organizados bajo forma de cadenas musculares (Cadenas maestras estáticas anterior y posterior) en el que cada músculo o grupo muscular constituye un eslabón de la cadena. La cadena posterior tiene la función de la erección del cuerpo, la cadena anterior la de suspensión de la caja torácica y vísceras, y tenemos una cadena lateral que su función es la del mantenimiento lateral y tensión recíproca. Por lo tanto el cuerpo es un sistema encadenado por sus cadenas musculares, y por lo tanto sin tener en cuenta esta globalidad no se logra una eficacia en la función estática y de la coordinación motriz.

El examen morfológico que se realiza en el método RPG - Reeducción Postural Global- creado por Ph.-E. Souchard, se basa en la organización muscular Estático-Dinámica y los problemas que se derivan en su evolución fisiopatológica. El desarrollo muscular que realizamos desde nuestro nacimiento hasta alcanzar la bipedestación y luego el desarrollo de crecimiento van a condicionar nuestra morfología. En este transcurso se deben respetar las hegemonías vitales, como la respiración, alimentación, movimiento, superando las diferentes fases de la coordinación motriz. A esto debemos añadir el componente de la gravedad. Una persona para sostenerse debe realizar una fuerza igual o superior a su peso pero en sentido contrario de la gravedad. Esto se realiza gracias a la contracción muscular permanente de la musculatura estática (tono muscular) a partir de un punto fijo inferior. La consecuencia es que poco a poco va comprimiendo las articulaciones y si además tenemos una deficiente postura, por la utilización de la resistencia fibro-elástica y acomodar nuestro tono al confort, los diferentes segmentos del cuerpo que se van desalineando van a producir un componente de aplastamiento y compresión que va deformando nuestro cuerpo.



Morfotipo Posterior Morfotipo normal Morfotipo Anterior
Sistema Músculo-fibroso y resistencia fibroelástica

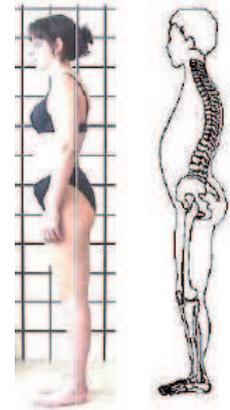
Según nuestro desarrollo y evolución motora, el cuerpo va adaptando una forma que se resume en una tendencia morfológica anterior o posterior.

En RPG, se define el morfotipo anterior como una persona decaída hacia delante, tipo depresiva y que la mayoría de su cadena anterior muestra las retracciones. Se divide sagitalmente en 6 niveles y se va puntuando las zonas más retraídas.

1. Cabeza adelantada Rectificación cervical
2. Hipercifosis dorsal
3. Hiperlordosis lumbar
4. Anteversión pélvica
5. Rodilla en rotación interna o valgo
6. Calcaneo valgo - Pie plano

Hombros enrollados, Bloqueo inspiratorio bajo.

Ant		Post
+	1-Cer	
+	2-Dor	
+	3-Lu	
+	4-Pel	
+	5-Rod	
+	6-Pie	
+	Total	

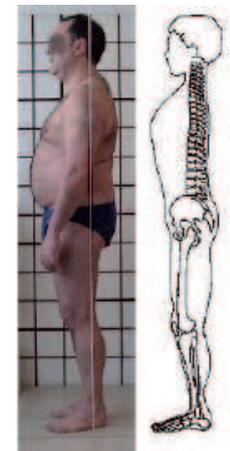


El morfotipo posterior se define como una persona plétórica, atlética y que la mayoría de su cadena posterior muestra las retracciones.

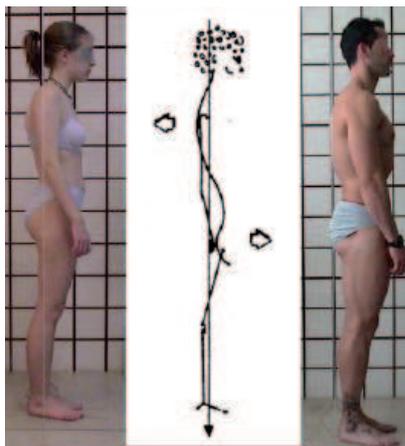
1. Hiperlordosis cervical
2. Dorso plano
3. Hiperlordosis lumbar
4. Retroversión pélvica
5. Rodillas en varo, flexo o recurvatum
6. Calcaneo varo - Pie cavo

Hombros elevados, Bloqueo inspiratorio alto.

Ant		Post
	1-Cer	+
	2-Dor	+
	3-Lu	+
	4-Pel	+
	5-Rod	+
	6-Pie	+
	Total	+



Aunque en realidad todos somos mixtos, es decir tenemos cadenas musculares en retracción relativa. La



niña que representa la cadena anterior, cuando se flexiona tiene una gran retracción posterior de miembros inferiores, mientras que el deportista que representa la cadena posterior, se puede flexionar sin dificultad, aunque muestra una retracción respiratoria importante con una cifosis dorsal muy pronunciada que pertenecen a su cadena anterior.



producen.

Es por ello que tenemos que tener en cuenta el concepto de globalidad, que es como se muestran todas nuestras cadenas musculares y las compensaciones que

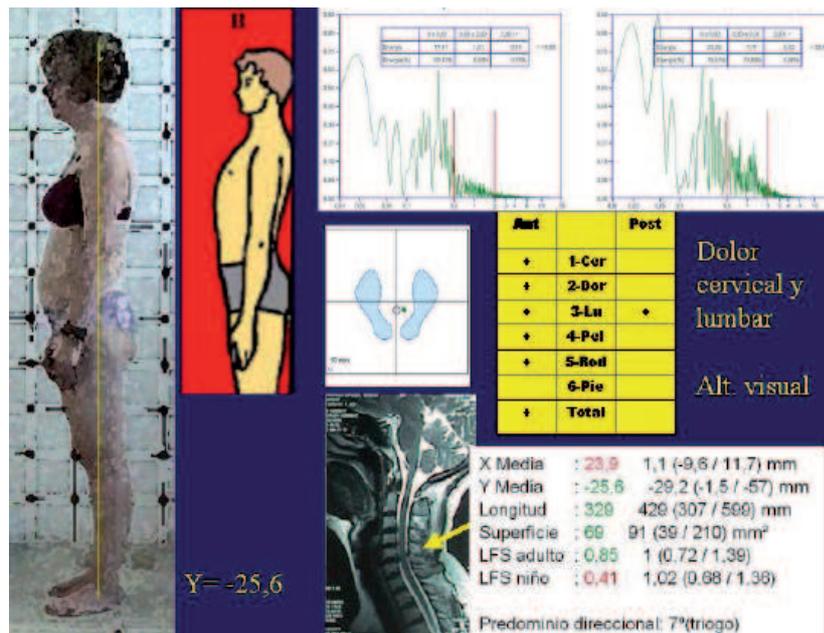
Ahora vamos a relacionar el examen morfológico con el examen posturográfico y ver si tienen coincidencias que podamos generalizar, o bien cada persona se manifiesta de forma única y personal.

EXPOSICIÓN DE DIFERENTES CASOS SIGUIENDO EL EXAMEN SAGITAL DE CADENAS MUSCULARES Y SU PROYECCIÓN POSTUROGRÁFICA EN EL PLANO SAGITAL

Vamos a mostrar diferentes casos que representan las generalidades enumeradas en los métodos de examen morfológico y como proyectan su peso en la plataforma de fuerzas. Clásicamente hemos relacionado a una persona posterior con el morfotipo atlético y por lo tanto debería proyectar su peso hacia adelante, mientras que una persona más deprimida, cifótica debería proyectar su peso hacia atrás.



En cada caso vamos a mostrar la foto de perfil, el cuadro de retracciones de los diferentes segmentos de cadenas musculares según la RPG, comparando con algunos modelos alteraciones de desequilibrio tónico-postural sagital, según describe el Dr. Bricot y el registro posturográfico cuyo parametro de proyección antero-posterior se mide con el valor Y media, medición realizada con los ojos Abiertos cuyo valor normalizado es -29,2 (-1,5 / -57).



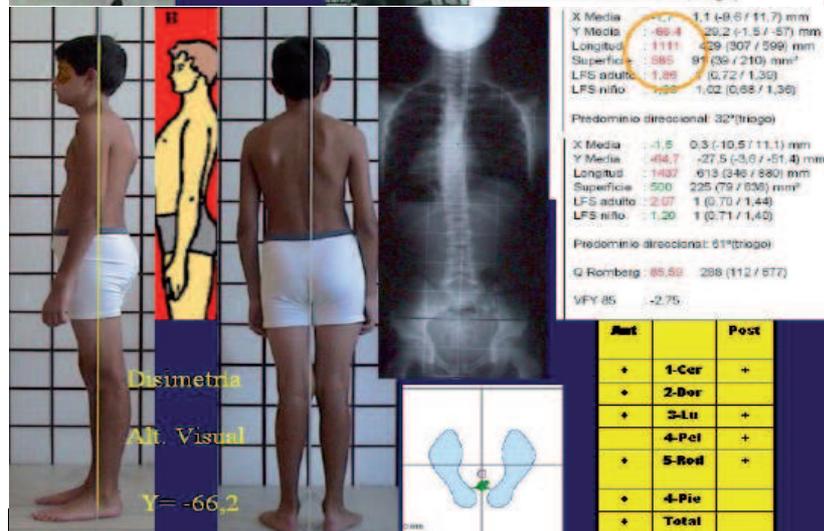
Caso definido en RPG como anterior y como Plano sagital alineado –Aumento curvas cervical y lumbar (Bricot).

Motivo de consulta, dolor cervical y lumbar. Vemos en la RMN una protusión cervical C4-C5.

La Y es -25,6, es más anterior a la norma en su derecha. Se anterioriza.

Se detecta una alteración en su función visual.

Los demás parametros posturográficos nos indican que no sufre una alteración funcional postural.



Segundo caso definido en RPG como anterior y como Plano sagital alineado –Aumento curvas cervical y lumbar (Bricot).

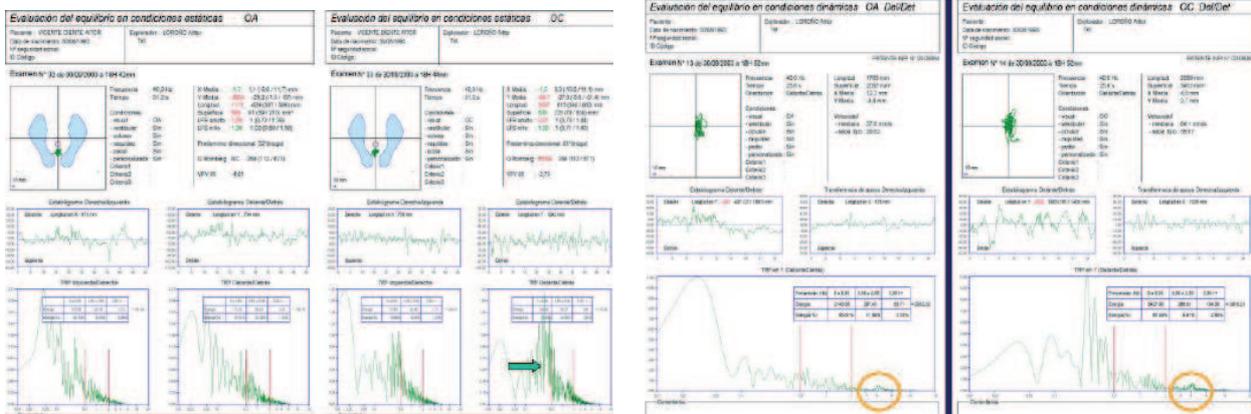
En la RX vemos una escoliosis y una disimetría.

La Y es -66,2, es mucho más posterior a la norma.

También se detecta una alteración visual.

Los demás parámetros posturográficos nos indican que si sufre una alteración funcional

postural. Podemos observar en estos dos casos como su morfotipo corresponde a la misma clase, pero su proyección del centro de gravedad es divergente como muestran los registros posturográficos, en un caso tiene una tendencia hacia delante mientras que el otro caso es hacia atrás.



En este caso del niño con escoliosis se confirma los picos frecuenciales anormales entre 0,2 y 2 Hz, sobre todo en situación de ojos cerrados que puede ser indicativo de una alteración de la madurez propioceptiva (B.Bricot, 2006) o una desregulación entre el sistema vestibular y el propioceptivo (Montoya 2006). También en el registro con plataforma móvil, aparecen picos frecuenciales en 4 Hz.

Ant	Post
+	1-Cer
+	2-Dor
+	3-Lu
+	4-Pel
	5-Rod
	6-Pie
+	Total

Braquialgia Izda
Protusión cervical
Y = -1,8

Evaluación del equilibrio en condiciones estáticas GA

Examen N° 2274 de 16/10/2009 a 1h 13min

Ant	Post
+	1-Cer
+	2-Dor
+	3-Lu
+	4-Pel
+	5-Rod
+	6-Pie
+	Total

Dolor espalda
Escoliosis
Y = -41,2

Evaluación del equilibrio en condiciones estáticas DC

Examen N° 2274 de 16/10/2009 a 1h 13min

Caso definido en RPG como anterior y como Plano escapular Posterior (Bricot).

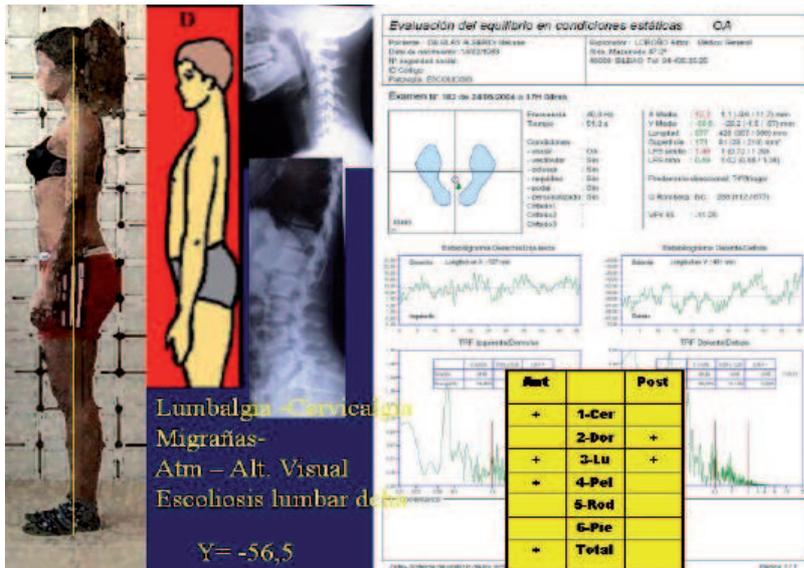
Motivo de consulta, braquialgia izquierda con protusión cervical. La RX muestra una hiperlordosis cervical baja.

La Y es -1,8 anteriorizado según la norma en su derecha. Además tiene dificultad en su estabilidad derecha-izquierda, y con los ojos cerrados se va hacia adelante, Cociente Romberg 96,29 que define también una alteración visual.

Segundo caso con la misma definición morfológica.

Motivo consulta, dolor de espalda y tiene una escoliosis cervico-dorsal.

La Y es -41,2, está posteriorizada en su derecha. También muestra una alteración visual, Cociente Romberg 101,8, así como picos frecuenciales en 0,3 HZ características de las escoliosis como lo hemos comentado anteriormente.



Caso ligeramente anterior en RPG y Plano escapular anterior, dorso plano.

Motivo consulta, Cervicalgias, migrañas, lumbalgia. Apreciamos en la RX una rectificación cervical y lesiones anteriores en cervicales altas. Tiene también una escoliosis lumbar dcha. y alterada su oclusión por una disfunción de ATM.

La Y es -56,5, está muy posteriorizada.

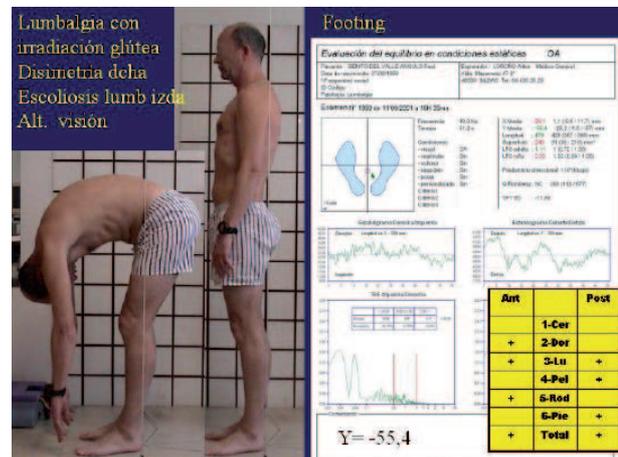
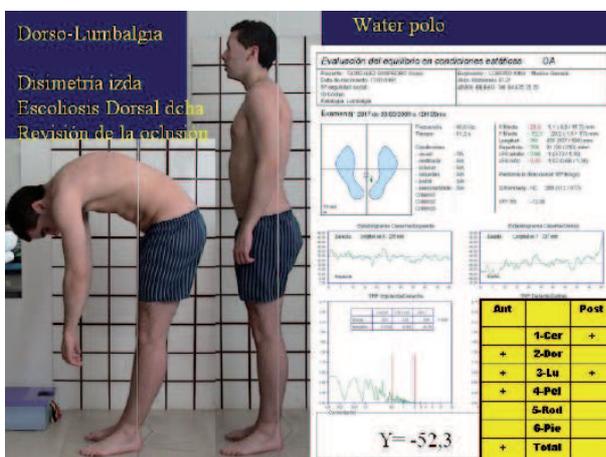


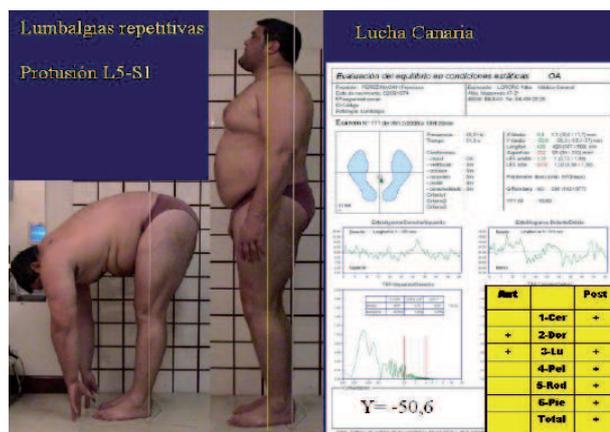
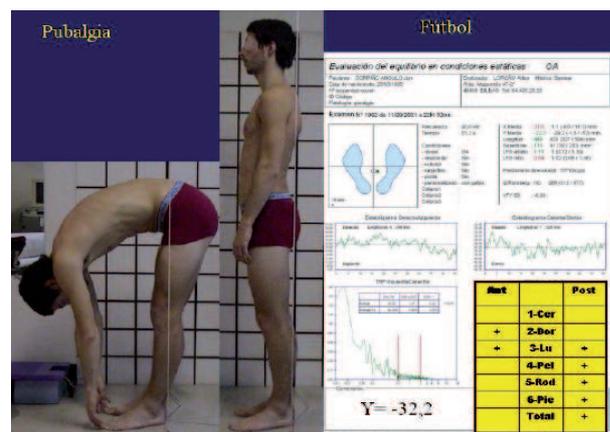
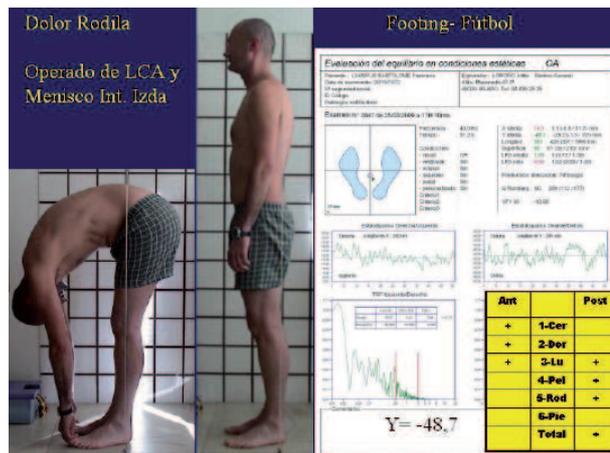
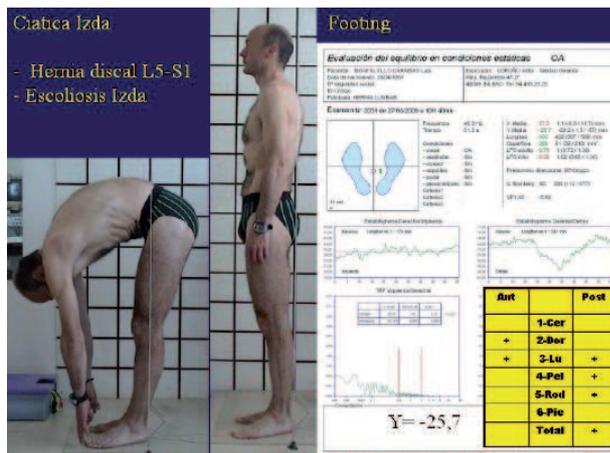
Caso Posterior en RPG que corresponde a un Plano sagital alineado – Disminución curvas.

Motivo de consulta, lumbalgia. Es deportista de ocio, y en la RMN muestra dos hernias, L5-S1 y L4-L5 izquierda. Además apreciamos una dismetría dcha.

La Y es -56,2 posteriorizado según la norma.

Ahora vamos a analizar el comportamiento antero-posterior en diferentes deportistas, tanto de élite como de ocio. Veremos como si son anteriores o posteriores desde la lectura morfológica de RPG, no hay un comportamiento que corresponda con su anterioridad o posterioridad en la proyección de su centro de gravedad.





POSTUROLOGIA Y REPROGRAMACIÓN O REEDUCACIÓN POSTURAL

Para abordar el tratamiento de un paciente seguimos un protocolo que sigue los principios de la RPG y es el siguiente:

Principio de Individualidad:

Cada persona es única y se manifiesta de forma diferente en sus dolencias por lo que el tratamiento en consecuencia debe ser individualizado. No podemos aplicar la misma terapéutica según el diagnóstico realizado, sino que hay que adaptarlo a cada persona. No hay dos lumbalgias, hernias, artrosis o escoliosis iguales.

1. Hª Clínica – Anamnesis
2. Registro Posturográfico
3. Exploración clínica – examen morfológico postural

Principio de Causalidad:

Toda agresión, dolor, traumatismo, lesión es compensada por los mecanismos antálgicos automáticos para evitar el sufrimiento o dolor, provocando deformaciones a distancia, por lo que debemos establecer esta relación desde el síntoma (dolor) hasta su causa para poder eliminar totalmente la lesión. En general, en casi todos los procesos crónicos y funcionales, la causa está lejos del síntoma, tanto en el tiempo como en el espacio. Por lo tanto el tratamiento debe ser Global.

1. Exploración clínica postural, tests clínicos.
2. SDP – Despistaje de entradas exteroceptivas, endo y propioceptivas.
3. Comprobación del despistaje con el registro posturográfico.
4. Tratamiento Propuesto, puede ser un Tto. Activo causal o bien un Tto. Sintomático o paliativo, dependiendo del caso y la posibilidad del paciente en su compromiso de curarse.

Principio de Globalidad:

En RPG significa estirar todas las cadenas musculares (ANTERIORES y POSTERIORES) al mismo tiempo por medio de las posturas de estiramiento activas y progresivas.

1. Tto. Multidisciplinar – Optometrista, Dentista, ORL, Podólogo, RPG, Osteopatía, Fisioterapia, etc... para las disfunciones posturales y morfológicas.
2. Tto. Global – Alimentación, Medicación Homeopática, Psicoterapia, ya que la globalidad de la persona significa que todos los aspectos que incidan sobre la salud deben estar bien orientados.

RESULTADOS DE TRATAMIENTO

Mostramos algunos casos de resultados de diferentes tratamientos globales, ya sean morfológicos o con SDP, en los que actúan varios profesionales en el caso, siempre en coordinación y con los mismos objetivos.

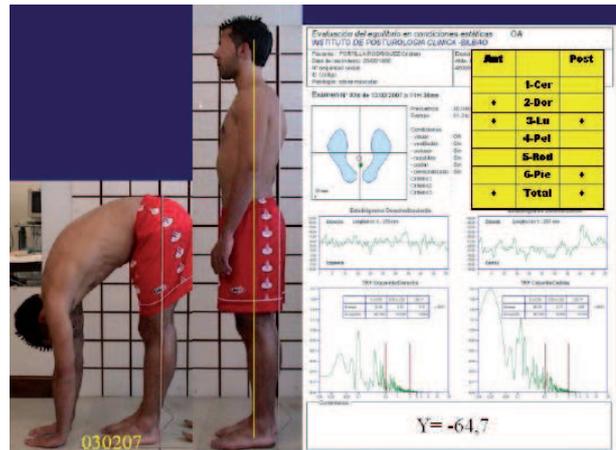
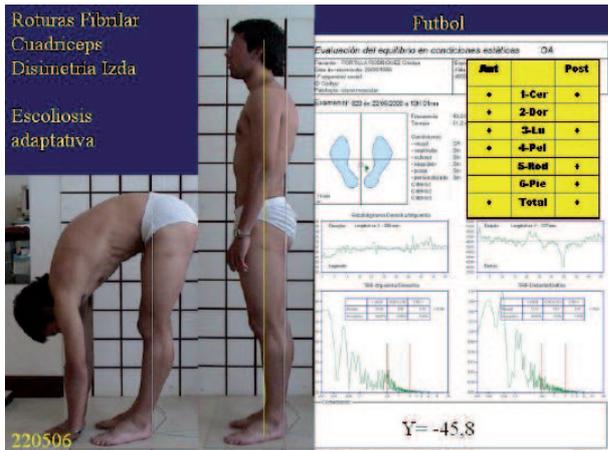
En todos los casos seguimos el protocolo enumerado, tomado tanto las referencias fotograficas como posturográficas y poder ver así claramente los resultados.



Caso de un jugador profesional de futbol, 1ª división, que acude por pubalgia.

Tto. Se le coloca un alza de 4mm en la izquierda, 10 sesiones de RPG.

La Y pasa de -36,2 a -53,7, hay una posteriorización en su alineamiento.



Caso de un jugador profesional de fútbol, 1ª división, que acude por roturas repetitivas del cuadriiceps.

Se le colocan plantillas exteroceptivas, 5 sesiones RPG y luego mantenimiento con SGA.

La Y pasa de -45,8 a -64,7, también hay una posteriorización en su alineamiento.



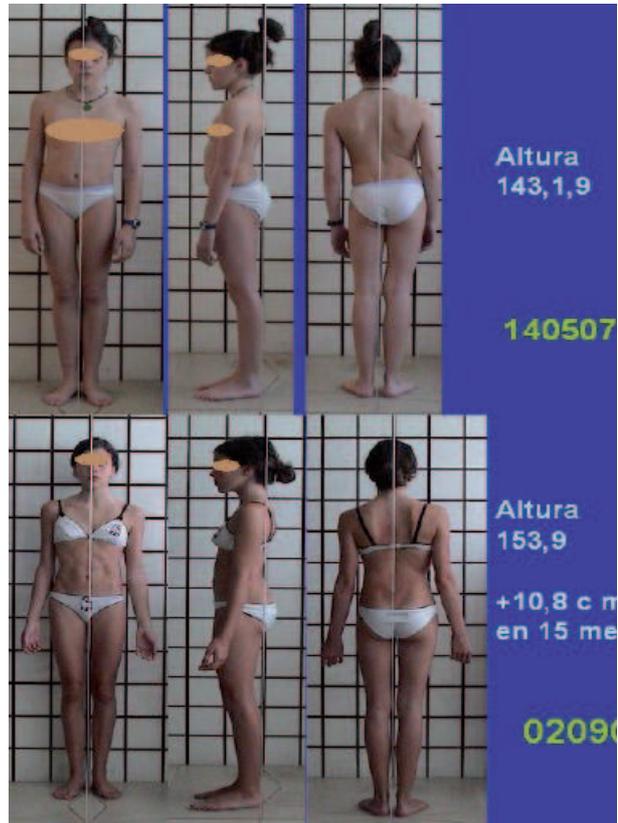
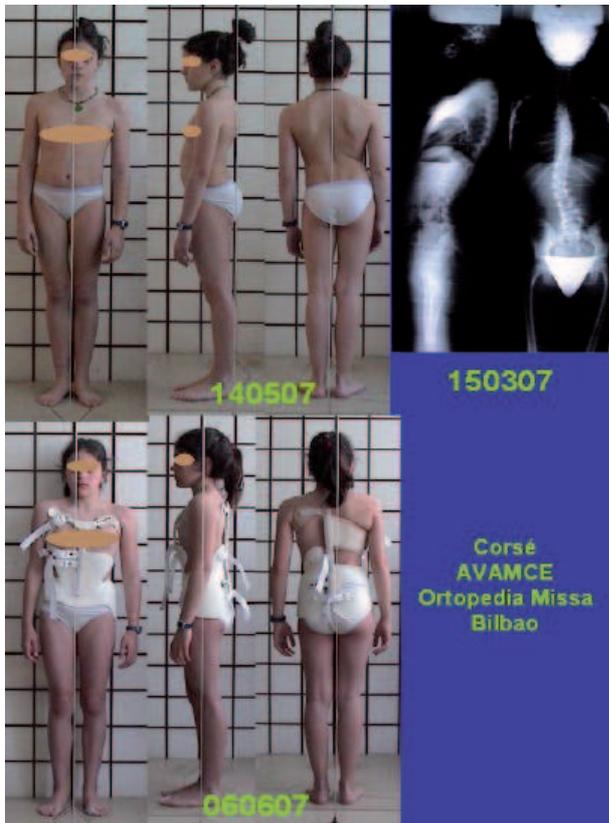
Caso morfológico con lumbalgia en adulto con cifo-escoliosis dorso-lumbar.
Se realizan 10 sesiones RPG.
Pasa a mantenimiento SGA.

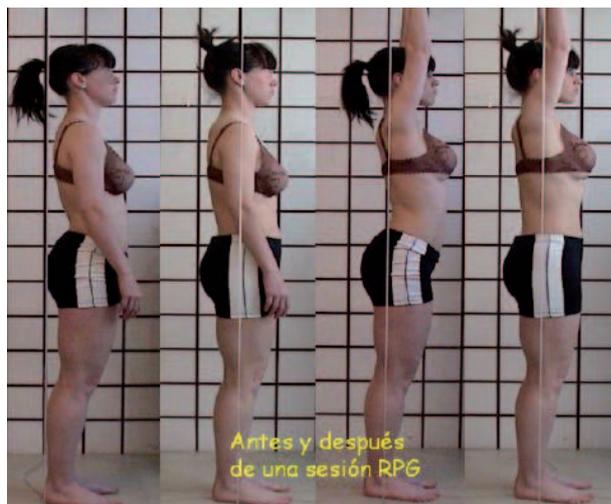
La Y pasa de -28,7 a -22,2 por lo que se anterioriza un poco.





Casos de Hernia discal y escoliosis, tratados con RPG.





El objetivo de la RPG no es más que devolver la elasticidad y flexibilidad muscular de las cadenas musculares a la persona que sufría por una hipertonía de la musculatura estática, que es la causa de la compresión articular y deformación morfológica.

Una vez recuperado y aliviado todos los síntomas, volvemos a repetir los análisis clínicos y posturográficos y se comprueba que todos sus sistemas reguladores de la postura están correc-

tos.

En este proceso, es importante que el paciente integre las nuevas posturas que serán su garantía para que no vuelva a viejos hábitos patológicos. Es por ello que se les recomienda seguir con el SGA, Stretching Global Activo, así como se les enseña cuales son las posturas fisiológicas en los tres planos del espacio, como son la postura tumbada, sentada y de pie, así como la reeducación de la marcha en la dinámica. Además les damos consejo en las nociones de ergonomía tanto para los hábitos domésticos como los del trabajo. Deben saber que el mobiliario ergonómico solo ayuda a nuestro cuerpo si somos capaces de mantener los buenos hábitos sin ningún esfuerzo.



Postura sentada relajada = postura hundida, interpretada como cómoda



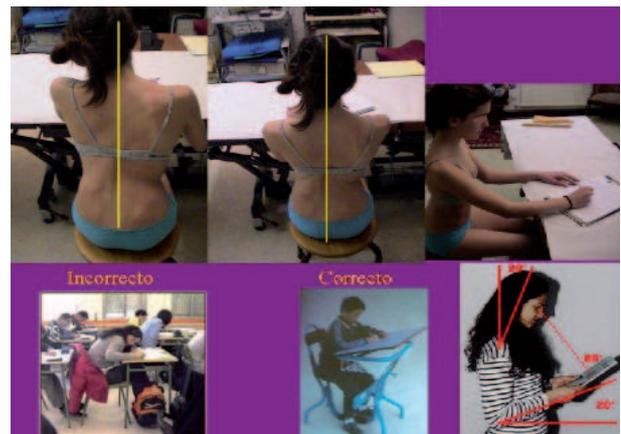
Postura sentada erguida = postura tensa, interpretada como incómoda

Estamos totalmente de acuerdo con la Escuela Portuguesa de Posturología, liderada por el Dr. Orlando da Silva, en la recomendación de la reprogramación Postural, importante sobre todo en la población infantil y adolescente, ya que el 70% de estos ya comienzan a sufrir de la espalda. Es importante educarles en los hábitos visuales, posturales, manejo de la lateralidad, pinza para la escritura, apoyo de los pies, ayuda con atriles inclinados, distancia y altura de monitores, etc... y sobre todo en los casos de escoliosis, dislexia, hiperactividad, que reflejan todos ellos una inmadurez propioceptiva.

En los casos más complejos en los que intervienen varios especialistas, vamos realizando revisiones periódicas para ver la mejoría del sistema que también estamos regulando (visión, pie, boca, etc...).

Volvemos a las dos preguntas que nos hacíamos al comienzo:

En todos los casos de raquialgia pedimos al paciente que se siente en lo que el interpreta como postura cómoda, y en el 99% de los casos obtenemos una inversión de curva lumbar, es decir una cifosis lumbar con una compensación cervical. Si realizamos una electromiografía, comprobamos que hay una mayor actividad en las zonas cifóticas que en las lordóticas, por lo que aumenta el tono siempre que estemos cifosando las zonas lumbares, además de aumentar la compresión en el disco. Por lo tanto hay que reeducar al paciente a que mantenga de forma fisiológica su columna siempre que esté sentado, por lo que debe adaptar su silla, mesa de trabajo, butaca o asiento del coche, es decir tome las buenas referencias de apoyo de la espalda para poder mantenerse sin esfuerzo. Una vez que lo consigue y lo integre, ya no volverá a sentarse en cifosis, Además libera el bloqueo del diafragma al enderezarse y mejora su ventilación por lo que al final del día estará menos cansado.



La complejidad del paciente se puede definir o clasificar en la lectura del análisis corporal en posición de pie, en un registro posturográfico o cada persona corresponde a una individualidad que hay que examinar y determinar.

¿Que aporta la posturologia en el diagnóstico del paciente y como se debe abordar el tratamiento?

A modo de conclusión:

1. No podemos eludir el principio de individualidad. Cada paciente es único y no debemos guiarnos de clichés diagnósticos. Las alteraciones funcionales, que son las que tratamos en Posturología y en RPG, pueden llegar a alterar la estructura y viceversa.
2. El examen de retracción de cadenas y su proyección en el sentido antero-posterior es aleatorio y no sigue ninguna correspondencia. Una deformación morfológica puede manifestarse con un SDP o no, y viceversa, una buena morfología puede padecer de un SDP.
3. Después del tratamiento, la experiencia personal y los registros posturograficos encontrados, la proyección en el sentido sagital se acerca más a una posterioridad con respecto a la norma $-40/-50$. (Y media OA = $-29,2$ ($-1,5 / -57$))
4. La posturología es el estudio de la postura en la globalidad de la persona (física y anímica), puede diagnosticar las anomalías de los sistemas de regulación, pero además debe ayudar al paciente a recuperar la salud, es decir reeducar y reprogramar su conciencia o actitud postural.

Moltes gràcies
Eskerrik asko
Moites gracias
Muchas gracias

XVII JORNADAS INTERNACIONALES DE POSTUROLOGIA
29*30 ENERO | 2010
BARCELONA * WORLD TRADE CENTER

<http://jeremina.homeunix.net>

Aitor Loroño
posturologia.bilbao@gmail.com - www.itgbilbao.org