

# Efecto del tratamiento osteopático de la cintura pélvica en los puntos neurolinfáticos de Chapman

Autora: Ana Delgado Guirao

**Teléfono de contacto:** 635043728

**Correo electrónico:** [anne\\_leena84@yahoo.es](mailto:anne_leena84@yahoo.es)

**Lugar y fecha de presentación:** Escola d'Osteopatia de Barcelona  
(*Rambla Sant Just 6, Local 1, 08960 Barcelona*), en fecha de 1 de junio  
del 2014

**Tutor del proyecto:** Sergi Rull Vallverdú.

**Número de palabras:** 8.650

## AGRADECIMIENTOS

*A todos los pacientes que amablemente se ofrecieron a colaborar en el estudio sin objeción alguna.*

*A la Clínica Podológica Sambola y todos sus integrantes, siempre dispuestos a prestar su ayuda incondicionalmente.*

*A mi tutor, Sergi Rull Vallverdú, cuyo seguimiento de mi trabajo, sus consejos y su paciencia resultaron claves en el desarrollo del proyecto.*

*Y a Santi, un pilar de apoyo imprescindible, ahora y siempre.*

# RESUMEN

La elaboración de este proyecto tuvo como objetivo proseguir con los trabajos de Frank Chapman (1871-1940), relativos a los *puntos reflejos neurolinfáticos*.

Con objeto de estudiar la relación de las disfunciones pélvicas con la activación de los puntos neurolinfáticos anteriores de Chapman (PNACH), se reunió a un grupo muestral de 49 personas sanas en un estudio casi experimental. Primero se realizó una exploración previa de la pelvis, seguida de una anotación de los PNACH, las maniobras de ajuste específico de las disfunciones pélvicas halladas y el re-testeo de la pelvis y de los puntos positivos.

En el análisis estadístico destacaron un gran número de pacientes con PNACH positivos, la totalidad de los cuales presentaban disfunciones pélvicas. También se observó, en el estudio detallado por grupos de vísceras, una elevada afectación del gastrointestinal y del respiratorio. Tras las maniobras pélvicas de corrección, los PNACH de las glándulas tiroides, suprarrenales y los senos, fueron prácticamente asintomáticos.

Se concluyó que sí existía una relación directa entre las disfunciones pélvicas y la activación de los PNACH, que no se pudo definir un patrón disfuncional claro que afectara más a un grupo o a otro y que el eje “pélvico-tiroideo-adrenal” estaba íntimamente interrelacionado.

**Palabras claves:** *Chapman, puntos neurolinfáticos, disfunciones pélvicas, eje pélvico tiroideo-adrenal.*

# ABSTRACT

The production of this project had as aim continue with the work initiated by Frank Chapman (1871-1940) in the study of the lymphatic reflexes.

With the aim to study the relation of the pelvic dysfunctions with the activation of the previous Chapman's reflexes, it met to a group of 49 healthy persons in an almost experimental study. First there realized a previous exploration of the pelvis, followed by an annotation of the previous Chapman's reflexes, the maneuvers of specific adjustment of the pelvic dysfunctions found and the re-test of the pelvis and positive points.

In the statistical analysis, a great number of patients had positive Chapman's reflexes which were presenting all pelvic dysfunctions. Also was observed, in the study detailed by groups of entrails, a high affectation of the gastrointestinal one and of the respiratory one. After the pelvic maneuvers of properness, the glands thyroids, suprarrenales and the sinus, were practically asymptomatic.

One concluded that exists a relation really between the pelvic dysfunctions and the activation of the previous Chapman's reflexes, which there could not define a disfunctional clear line that it was concerning more to a group or to other one and which the axis "pelvic-thyroid-adrenal" was intimately related.

**Key words:** *Chapman, lymphatic reflexes, pelvic dysfunctions, pelvic-thyroid-adrenal syndrome.*

<b>ÍNDICE</b>	<b>PÁGINA</b>
<b>Página de título</b>	1
<b>Agradecimientos</b>	2
<b>Resumen</b>	3
<b>Abstract</b>	4
<b>Índice</b>	5-6
<b>Índice de tablas, figuras e imágenes</b>	7-8
<b>Lista de abreviaturas</b>	8
<b>1. Introducción</b>	9-12
<b>1.1. Objetivos del estudio</b>	12
<b>2. Material y método:</b>	13-17
<b>2.1. Población de referencia y estudio</b>	13
<b>2.2. Criterios de inclusión/exclusión</b>	13
<b>2.3 Tamaño de la muestra y procedimiento de muestreo</b>	14
<b>2.4. Diseño del estudio</b>	15
<b>2.5. Variables</b>	15
<b>2.6. Recogida de datos</b>	16
<b>2.7. Análisis de datos</b>	17
<b>3. Cronograma y planificación del estudio</b>	18-19

<b>4. Resultados</b>	20-30
<b>5. Discusión</b>	31-34
<b>5.1. Limitaciones y dificultades del estudio</b>	34-35
<b>6. Conclusiones</b>	36
<b>7. Bibliografía</b>	37-39
<b>8. Anexos</b>	40
<b>8.1. Hoja de información del paciente</b>	41-42
<b>8.2. Hoja de consentimiento informado</b>	43
<b>8.3 Metodología de exploración de los puntos     neurolinfáticos anteriores de Chapman descrito por él     y aplicado en este estudio</b>	44
<b>8.4. Metodología de exploración de la pelvis según el     modelo de F. Mitchell empleado en este estudio</b>	45
<b>8.5. Técnicas estructurales de ajuste directo     empleadas en este estudio</b>	46-50
<b>8.6. Tabla de estudio por grupos de puntos     neurolinfáticos anteriores</b>	51-52
<b>8.7. Hoja de recogida de datos</b>	53-57

<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>	<b>PÁGINAS</b>
<b>Cronograma y planificación del estudio</b>	18
<b>Tabla de estudio por grupos de puntos neurolinfáticos anteriores</b>	51-52
<b>Hoja de recogida de datos</b>	53-57
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b>	<b>PÁGINAS</b>
<b>Gráfico circular 1: Puntos de Chapman anteriores positivos pre-tratamiento</b>	20
<b>Gráfico circular 2: Disfunciones pélvicas pre-tratamiento en los positivos</b>	20
<b>Gráfico de barras 1: Relación de disfunciones pélvicas y puntos de Chapman positivos</b>	21
<b>Gráfico circular 3:</b>	22
<b>Afectación por grupos Gráficos de barras 2, 3, 4, 5: Afectación de vísceras por grupo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Endocrino</li> <li>• Gastrointestinal</li> <li>• Respiratorio</li> <li>• Infeccioso</li> </ul>	22-24

<b>Gráfico de barras 6:</b> <b>Relación entre disfunciones pélvicas y grupos de puntos de Chapman</b>	24
<b>Gráfico circular 4:</b> <b>Re-testeo de disfunciones pélvicas</b>	28
<b>Gráficos de barras 7, 8, 9:</b> <b>Re-testeo de PNACH positivos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asintomáticos</li> <li>• Mejoran</li> <li>• Sin cambios</li> </ul>	29-30
<b>ÍNDICE DE IMÁGENES</b>	<b>PÁGINAS</b>
<b>Mapa de los PNACH</b>	44

**Lista de abreviaturas:**

1. **PNACH:** puntos neurolinfáticos anteriores de Chapman.
2. **Sacro posterior D/I:** *sacro posterior derecho/izquierdo.*
3. **Sacro anterior I/I:** *sacro anterior izquierdo/izquierdo.*
4. **Sacro anterior D/D:** *sacro anterior derecho/derecho.*



# 1. INTRODUCCIÓN

Los *Puntos Neurolinfáticos de Chapman* reciben su nombre del osteópata que los descubrió, diagnosticó y trató: Frank Chapman (1871-1940). Contemporáneo de A. T. Still, se graduó en la American School of Osteopathy en 1897. Después de treinta años de profesión osteopática, y en contra de lo que se creía hasta entonces, sugirió que tan sólo un veinte por ciento de las afecciones eran somáticas y que el resto provenían de malos hábitos dietéticos e higiénicos, que predisponían a una disminución de la vitalidad y a la enfermedad.

Su trabajo se basó en una amplia y detallada descripción anatómica del sistema linfático, para establecer un mapa topográfico de localización de los puntos reflejos. Cartografió dos grupos de puntos reflejos para cada víscera, uno en la superficie anterior del cuerpo y otro en la posterior. Para Chapman, *“el sistema linfático tiene una influencia mayor en las funciones del cuerpo humano de las consideradas hasta ahora. Su afectación puede conducir a muchos tipos de enfermedad. Con este tratamiento es posible obtener resultados más rápidos que los obtenidos con tratamientos tradicionales”*.<sup>1</sup> Agrupó los puntos neurolinfáticos por grupos según los órganos implicados en relación a su funcionalidad (ver anexo p. 53). Se ha propuesto que los puntos reflejos anteriores se utilizaban para el diagnóstico, mientras que los posteriores lo eran para el tratamiento.

El Dr. Chapman asume la existencia de un reflejo neurolinfático como una forma de mecanismo homeostático del cuerpo. Junto con el Dr. Owens (1), coinciden que estos reflejos podrían ser clínicamente usados de tres formas:

- Diagnóstico de la disfunción o patología visceral.
- Promover el movimiento de los fluidos, principalmente el linfático.
- Influenciar la función visceral a través del sistema nervioso.

---

<sup>1</sup> *An Endocrine Interpretation of Chapman's Reflexes by The Interpreter*. Second Edition. Indianapolis: American Academy of Osteopathy; 2002. Introduction.

Así mismo Owens afirma: “la relativa constancia de los puntos neurolinfáticos hace posible establecer la enfermedad y su localización sin conocer su naturaleza”.<sup>2</sup>

El Dr. Owens habla de cambios en la fascia profunda, tales como contracciones ganglionares localizadas en puntos específicos y relacionados con las vísceras. Se encuentran anteriormente en los espacios intercostales en su unión condrocostal. El tamaño es similar al de una judía y pueden ser múltiples. Los reflejos posteriores están localizados a lo largo de la espina vertebral entre las espinosas y las apófisis transversas y son de una consistencia más edematosa.

El nervio intercostal se compone de fibras del sistema nervioso simpático (que inervan las arterias intervertebrales, venas y linfa), así como de motoras (que inervan los músculos intercostales). En el espacio intercostal, entre las hojas anterior y posterior de la fascia anterior intercostal, se halla localizado un tejido linfático. Éste recibe el nombre de *Punto Neurolinfático de Chapman*. Dicho punto, drena en el grupo anterior de las glándulas linfáticas pectorales hacia el conducto torácico izquierdo y la vena yugular derecha. Los trastornos de este órgano linfático afectarán al drenaje de toda el área, así como el de los nódulos linfáticos de todos los órganos vitales ubicados en esa zona. Por reflejo, dichos órganos también se verán afectados.

Frank Chapman fallece en 1940, justo cuando termina su manuscrito (2). Los doctores Ada Hinckley Chapman, W. F. Link y Charles Owens, continúan con su trabajo y lo aplican en su práctica diaria durante cinco años, plasmando los resultados en un nuevo tratado (1). Así mismo, reconocen la relevancia de la articulación sacro ilíaca como el factor que más predispone para padecer enfermedades desde el sacro hasta el occipital y destacan el concepto de “*síndrome pélvico-tiroideo-adrenal*”<sup>3</sup> (cascada de reacciones endocrinas causadas por las disfunciones pélvicas).

Los tres doctores establecen un protocolo de exploración en el cual, en primer lugar, se testarán los puntos reflejos anteriores con el paciente en decúbito

---

<sup>2</sup> *An Endocrine Interpretation of Chapman's Reflexes by The Interpreter*. Second Edition. Indianapolis: American Academy of Osteopathy; 2002. Foreword by the interpreter

<sup>3</sup> *An Endocrine Interpretation of Chapman's Reflexes by The Interpreter*. Second Edition. Indianapolis: American Academy of Osteopathy; 2002. p. 6

supino y, seguidamente, pasará a valorarse la pelvis y a tratarse las disfunciones detectadas. A partir de aquí se volverán a testar los puntos anteriores y se observará qué ha cambiado. El motivo de este proyecto surge en esta fase del tratamiento de los puntos neurolinfáticos de Chapman.

Otros autores posteriores, tales como M. L. Kuchera (3), P. Kimberly (4), D. A. Patriquin (5, 6) o F. Mitchell, incorporan los puntos neurolinfáticos de Chapman en su rutina exploratoria, junto con la secuencia en la cual debe neutralizarse previamente la pelvis.

Fred L. Mitchell nos dice: *“el creciente interés en el diagnóstico y su aplicación terapéutica de los reflejos neurológicos conducen al redescubrimiento del trabajo de Frank Chapman”*.<sup>4</sup> También hace hincapié en las características comunes que presentan los reflejos patológicos (*el segmento facilitado de Irving Korr (7), los trigger point de Travell (8), o los puntos neurolinfáticos de Chapman (2)*): todos son respuestas orgánicas a diferentes tipos de afecciones (traumas, disfunciones, infecciones...). Constata así la capacidad de localizar la patología sin conocer su naturaleza gracias al reflejo víscero-somático.

M. L. Kuchera y W. A. Kuchera, utilizan los puntos neurolinfáticos de Chapman como elementos diagnósticos en el estudio de disfunciones sistémicas en conjunción con otras evidencias viscerales y somáticas: *“Like any diagnostic system, positive findings in this non-invasive system of diagnosis must be correlated and interpreted with other historical and physical findings of visceral dysfunction. Their presence should also be correlated with other findings of sympathetic hyperactivity”*.<sup>5</sup> Hablan, por ejemplo, en el estudio del aparato respiratorio, de *“cambios palpatorios en la región torácica alta y cervical (referentes a los puntos de Chapman) indicativos de un aumento de la actividad del sistema nervioso simpático en dicha región”*.<sup>6</sup> Describen la actividad aferente visceral como responsable de la afectación miofascial en forma de puntos sensibles denominados reflejos de

---

<sup>4</sup> *Chapman's Reflexes*, A foreword by Fred L. Mitchell, D.O., F.A.A.O., Chattanooga, Tennessee.

<sup>5</sup> Kuchera M, Kuchera W. *Osteopathic considerations in systemic dysfunction*. Columbus: Greyden Press; 1994, p. 200-201.

<sup>6</sup> Kuchera M, Kuchera W. *Osteopathic considerations in systemic dysfunction*. EENT Dysfunction, Columbus: Greyden Press; 1994, p. 3.

Chapman. Utilizan los puntos anteriores como indicadores de la disfunción debido a que son de fácil localización y más sensibles a la palpación. Los puntos posteriores son usados por algunos terapeutas para influenciar en el sistema autonómico de órganos específicos. Incluyen en sus manuales la localización topográfica de los puntos neurolinfáticos de Chapman cuya evidencia clínica ha sido contrastada y reproducida (9). Destacan también la importancia de corroborar los hallazgos con otras pruebas diagnósticas (10).

Frank Chapman fue un pionero en el estudio del sistema linfático y su relación con la enfermedad. La elaboración de este estudio puede significar una etapa más del camino que dicho autor inició.

### **1.1 OBJETIVOS DEL ESTUDIO:**

Se plantean las siguientes cuestiones:

**1ª** ¿Existe una relación directa entre las disfunciones pélvicas y la activación de los puntos neurolinfáticos de Chapman?

**2ª** De ser así, ¿podemos agruparlas o determinar algún patrón, de forma que un tipo de disfunción somática nos conduzca a un área refleja neurolinfática y a la consecuente afectación visceral?

La poca bibliografía existente sobre el tema y la falta de estudios disponibles que evidencien dicha relación, hacen recomendable la realización de este proyecto.

## **2. MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizará el estudio según el modelo de *estudio casi experimental*, en donde el investigador controlará la exposición pero no utilizará procedimientos de aleatorización en la asignación.

Será de tipo *longitudinal* con dos mediciones (basal y subsecuente).

El *objeto de estudio* será la *causalidad* (causa antecede al efecto).

### **2.1. POBLACIÓN DE REFERENCIA Y DE ESTUDIO**

El investigador selecciona aquellos casos que le están más disponibles y que cumplen con los requisitos de inclusión, en este caso, se recurrirá a los pacientes que acuden a consulta afectos de clínica musculoesquelética. Los resultados que se obtengan no podrán generalizarse más allá de de los individuos que componen la muestra, al igual que las conclusiones.

### **2.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

Se seleccionarán individuos sanos, hombres y mujeres, de edad comprendida entre veintiséis y cincuenta años.

Se excluirán aquellos que presenten: menopausia precoz antes de los 40 años, tratamiento prolongado con corticoides, hormona tiroidea, tabaquismo, bajo peso, anorexia nerviosa, insuficiencia renal crónica, hipertiroidismo, patología de la glándula suprarrenal, insuficiencia hepática, diabetes mellitus, cardiopatías, problemas circulatorios (insuficiencia venosa o patología isquémica), neuropatías, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, inmovilización prolongada, osteoporosis, cualquier tipo de cáncer hace menos de cinco años, fracturas en la pelvis o en la articulación coxo-femoral y lumbálgias con/sin irradiación.

### **2.3. TAMAÑO DE LA MUESTRA Y PROCEDIMIENTO DE MUESTREO:**

➤ Tamaño de la muestra:

Se partirá de los sujetos disponibles (**N**) que cumplan los criterios de inclusión, con la intención de extrapolar los resultados a la población de dichas características. Se tendrá en cuenta el tiempo para realizar el estudio (cinco meses) y el número aproximado de pacientes de los que se estima que responderán al estudio y cumplirán los criterios de inclusión (como máximo 50). Por tanto, el tipo de muestreo será no probabilístico, intencionado o de conveniencia (el investigador seleccionará a los individuos a los que tiene fácil acceso)

Se hará uso de la fórmula [1] para obtener el tamaño de la muestra:

$$[1] \quad N = \frac{z^2 pq}{e^2}$$

**Z** equivale al Nivel de confianza; por ejemplo un nivel de confianza del 95% ( $\alpha=0.05$ ) corresponde a  $z= 1.96$  sigmas o errores típicos.

**pq** equivale a la Varianza de la población; en esta fórmula [1] **pq** es siempre igual a  $(0.50)(0.50) = 0.25$  (es una constante).

**e** equivale a Error muestral; se asume un error del 0.2 (20%) dado la limitación de la muestra.

$$N = \frac{z^2 pq}{e^2}; \quad N = \frac{(z).(0.5)}{0.2^2}; \quad N = \frac{(1.96).(0.5)}{0.02} \quad N = \frac{0.98}{0.02} = \mathbf{49 \text{ pacientes}}$$

➤ Procedimiento de muestreo:

Se accederá a la base de datos de la clínica y se seleccionarán aquellos pacientes que cumplan los criterios de inclusión.

Se les informará acerca del tipo de estudio y se les facilitará el consentimiento informado a aquellos que deseen participar voluntariamente para que lo firmen.

Seguidamente, se elaborará un calendario en donde se programará el día y la hora en la cual serán sometidos al estudio.

## **2.4 DISEÑO DEL ESTUDIO:**

### ➤ Diseño:

El diseño de este tipo de investigación se fomentará en el **estudio antes-después** (o pre-post) de un sólo grupo. Este tipo de diseño se basa en la medición y comparación de la variable respuesta antes y después de la exposición del sujeto a la intervención experimental. Permitirá al investigador manipular la exposición, pero no incluye un grupo de comparación. Cada sujeto actuará como su propio control. Por tanto se realizarán dos mediciones, una previa al tratamiento de la pelvis (test y anotación de los puntos neurolinfáticos anteriores) y otra posterior al tratamiento osteopático de la pelvis (retestar nuevamente los puntos anteriores).

Con ello, se pretenderá responder a la primera pregunta planteada en la introducción del proyecto: la existencia o no de una relación directa entre la manipulación de la pelvis y la activación de los puntos neurolinfáticos de Chapman. Seguidamente, con un análisis más detallado de la información complementaria obtenida (tipo de disfunción hallada en cada sujeto sometido a estudio y los puntos reflejos que mejoran después de cada intervención) se intentará establecer algún patrón disfuncional, tal como se propone en la segunda cuestión de este proyecto.

## **2.5 VARIABLES:**

### ➤ Independientes:

O variables experimentales o antecesoras, de tipo cualitativo, se denominarán así a las técnicas de ajuste directo estructurales empleadas en el tratamiento osteopático de la pelvis.

Las variables moderadoras, que también pueden influir de alguna manera en la variable dependiente, son la edad y el sexo.

Las variables conocidas y controladas que serán excluidas en la selección de la muestra (ver criterios inclusión/exclusión)

### ➤ Dependientes:

O variables consecuentes, que serán los resultados obtenidos (número de positivos pre y post tratamiento) y que se cuantificarán mediante el análisis de los

datos recogidos estadísticamente. Así mismo, de las conclusiones obtenidas también resultarán variables dependientes cualitativas que serán los grupos o patrones disfuncionales que hayan surgido y sus correspondientes puntos reflejos asociados (vísceras implicadas).

## **2.6. RECOGIDA DE DATOS**

Una vez el sujeto halla sido correctamente informado (anexo p. 41-42) y se tenga su consentimiento firmado (anexo p. 43), se le citará según establece el cronograma, en un día y hora determinados para someterle al estudio.

El estudio se realizará de forma privada y confidencial en una sala de exploración de la clínica adaptada para tal fin. Se colocará al paciente en posición decúbito supino y se procederá por parte del investigador al test de los puntos neurolinfáticos anteriores<sup>7</sup> (anexo p. 44). Se anotarán los hallazgos en el cuestionario pre-intervención (anexo p. 53-55) y se procederá a la valoración de la pelvis. Para ello se usará el modelo exploratorio planteado por F. Mitchell (anexo p. 45) y los resultados obtenidos se recogerán nuevamente en el apartado correspondiente del cuestionario pre-intervención (anexo p. 53-55). Mediante técnicas de ajuste directo estructurales (anexo p. 46-50), se someterá al individuo a tratamiento y seguidamente se procederá a la segunda parte del estudio: el re-testeo post-intervención de las disfunciones pélvicas y de los puntos neurolinfáticos anteriores. Se recogerán los datos en el documento post-intervención (anexo p.55-57).

El tiempo para el estudio será de media hora para proceder cómodamente.

---

<sup>7</sup> Se contempla la posibilidad de no obtener ningún punto positivo, en tal caso, el sujeto sometido a estudio no finalizará el procedimiento y quedará excluido del trabajo.



## **2.7 ANÁLISIS DE DATOS**

Se utilizarán los modelos estadísticos de gráficos circular y de barras para representar el porcentaje de individuos que reduzcan el número de puntos reflejos al aplicar las técnicas de ajuste y los que no.

De igual forma, se mostrarán gráficamente las relaciones que puedan establecerse entre disfunciones pélvicas y vísceras afectadas (reflejos somato-visceral).

### 3. CRONOGRAMA Y PLANIFICACIÓN DEL ESTUDIO



**Búsqueda y selección de la muestra. Planificación de las intervenciones:**

Accediendo a la base de datos informática del centro en donde se realizó el estudio, el investigador seleccionó los pacientes del grupo muestral que se ajustasen a los criterios de inclusión/exclusión (anexo p. 13) Acto seguido, se les comunicó la

posibilidad de participar en el estudio y se les informó detalladamente acerca del mismo (anexo p. 41-42).

Una vez reunido el grupo muestral, se les citó unos días determinados en el centro para proceder al estudio. La fecha fue escogida según la disponibilidad del paciente, del examinador y del centro.

### **Estudio experimental con el grupo muestral**

Se procedió al estudio con cada voluntario del grupo muestral según el protocolo establecido (ver *recogida de datos*, p.16 ). Los datos obtenidos se fueron recopilando y clasificando para obtener los resultados posteriores en la hoja *de recogida de datos* ( ver anexo p. 53-57).

Se realizaron dos mediciones, una previa al tratamiento de la pelvis (test y anotación de los PNACH positivos así como de las disfunciones pélvicas halladas según el modelo de exploración planteado en este proyecto<sup>8</sup>) y otra posterior al tratamiento osteopático de la pelvis (re-testeo nuevamente de los los PNACH positivos) con las técnicas estructurales de ajuste específico descritas en el proyecto (ver descripción técnicas en anexo p. 46-50).

### **Análisis e interpretación de datos. Redacción del proyecto**

Finalizado el proceso de estudio con el grupo muestral, se procedió al análisis detallado de los resultados obtenidos. Para ello se diseñó un conjunto de gráficos en los que se analizase el conjunto de variables (por separado y combinadas), de forma que, posteriormente, permitieran responder a las preguntas objeto de estudio (ver *Objetivos del estudio* p. 12) y elaborar las conclusiones.

---

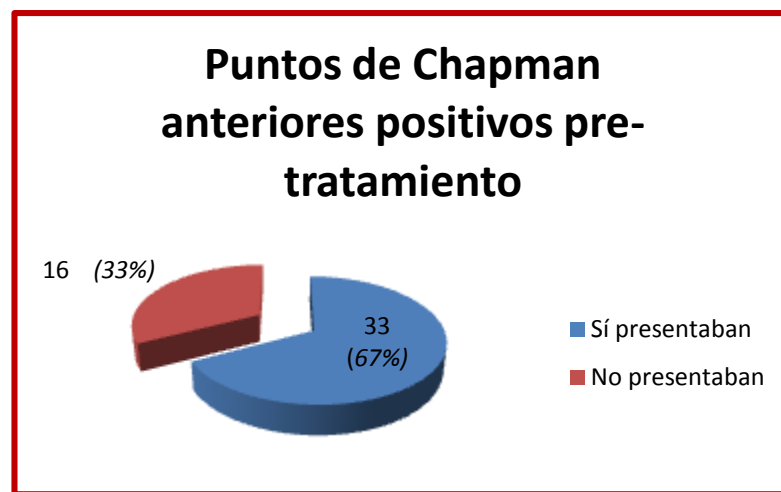
<sup>8</sup> Mitchell Jr FL, Mitchell PKG. *The Muscle Energy Manual. Vol 3. Evaluation & Treatment of the Pelvis and Sacrum*. Michigan: MET Press; 1995.

## 4. RESULTADOS<sup>9</sup>

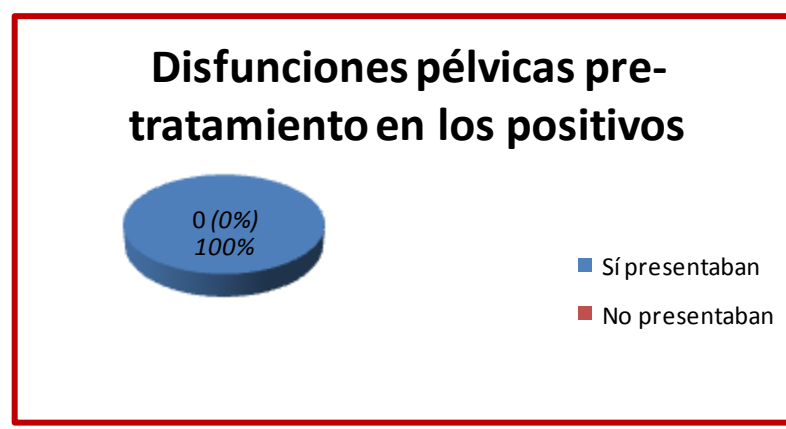
En referencia a la primera pregunta; *¿Existe una relación directa entre las disfunciones pélvicas y la activación de los puntos neurolinfáticos de Chapman?*

Se extrajeron los siguientes resultados:

**Gráfico circular 1:**



**Gráfico circular 2:**

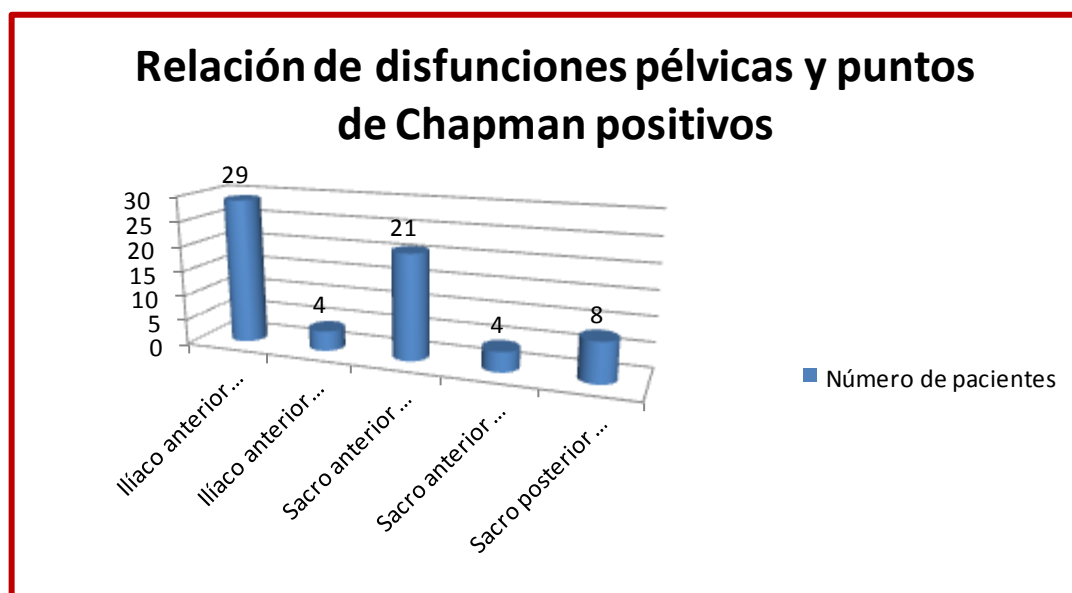


<sup>9</sup> Grupo muestral (n) : 49 individuos.

De ambos gráficos se deduce que de la muestra total de 49 individuos, 33 dieron PNACH positivos y que, todos ellos, presentaban algún tipo de disfunción pélvica.

En referencia a la segunda pregunta; *¿podemos agruparlas o determinar algún patrón, de forma que un tipo de disfunción somática nos conduzca a un área refleja neurolinfática y a la consecuente afectación visceral?*. Se establecen las siguientes relaciones<sup>10</sup>:

**Gráfico de barras 1:**

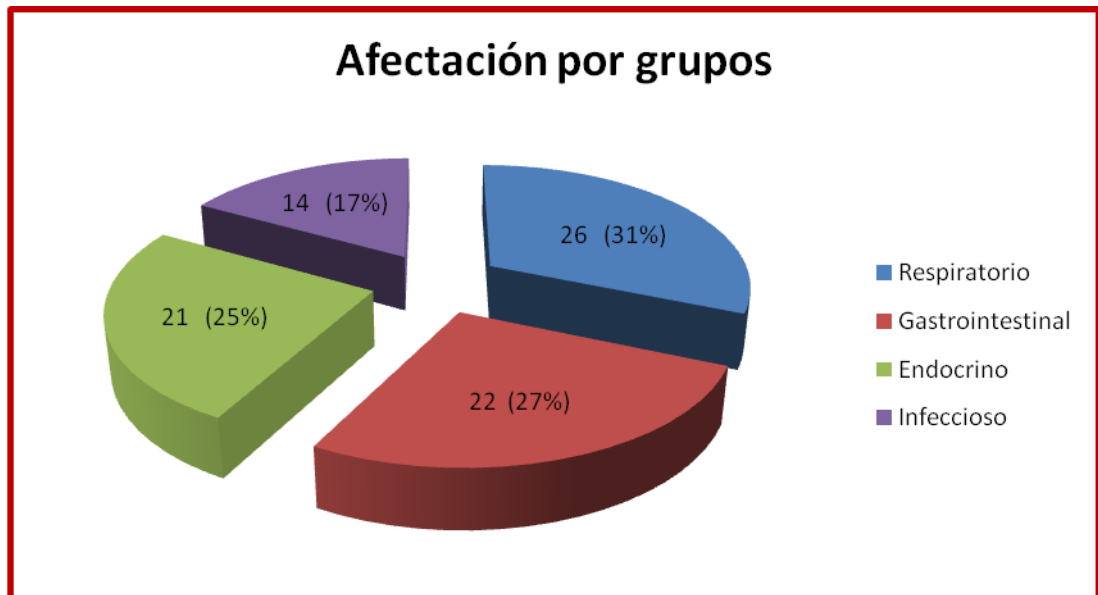


Se pudo destacar un predominio del patrón compensador común (sacro anterior izquierdo/izquierdo e ilíaco anterior derecho).

Para un óptimo estudio de los PNACH, se agruparon los puntos reflejos por grupos (ver tabla de grupos de puntos neurolinfáticos en anexo p. 51-52); en la gráfica pudo observarse una mayor afectación de los grupos gastrointestinal y respiratorio.

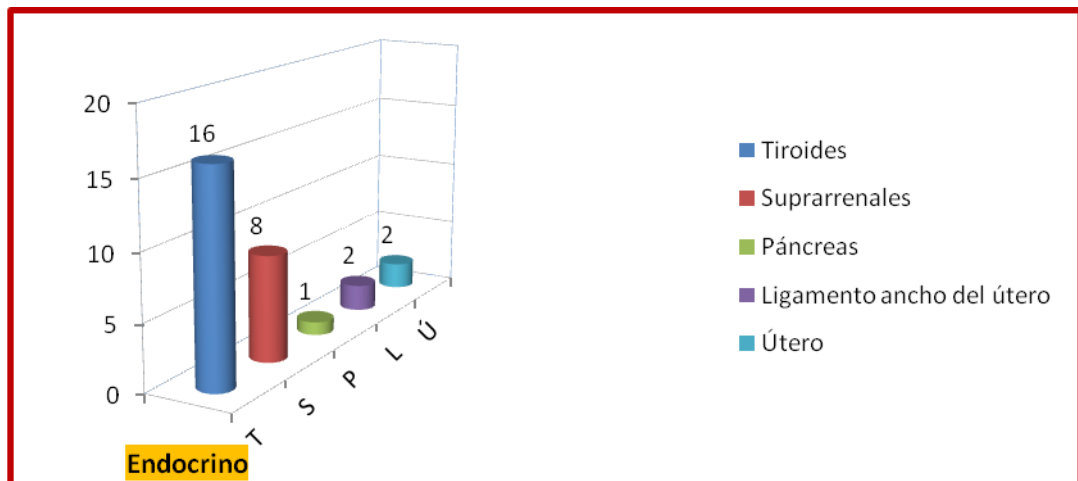
<sup>10</sup> Gráficos obtenidos de los 33 pacientes resultantes de la resta del grupo muestral (n) menos los pacientes que no presentaban PNACH positivos.

**Gráfico circular 3:**



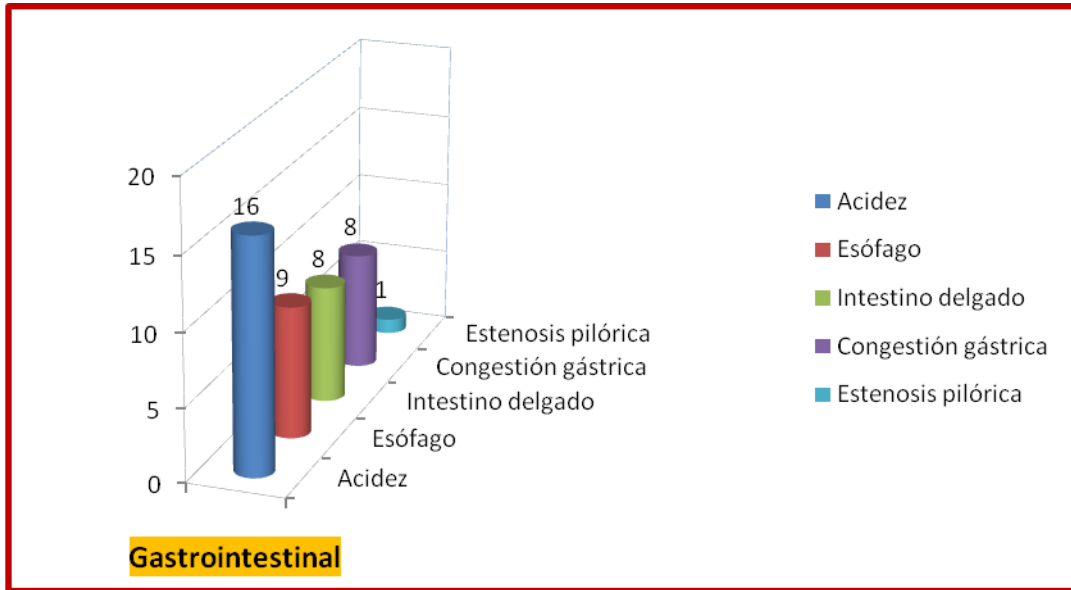
### Afectación de vísceras por grupo

**Gráfico de barras 2:**



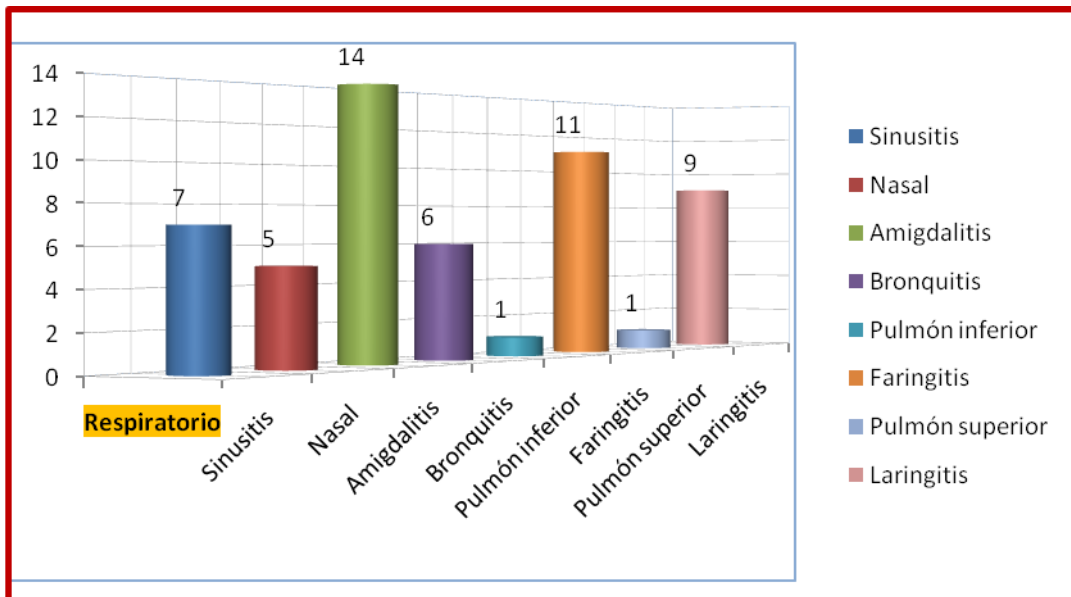
En el grupo endocrino destacó un *mayor número de positivos de glándulas tiroides* seguidos de *glándulas suprarrenales*.

**Gráfico de barras 3:**



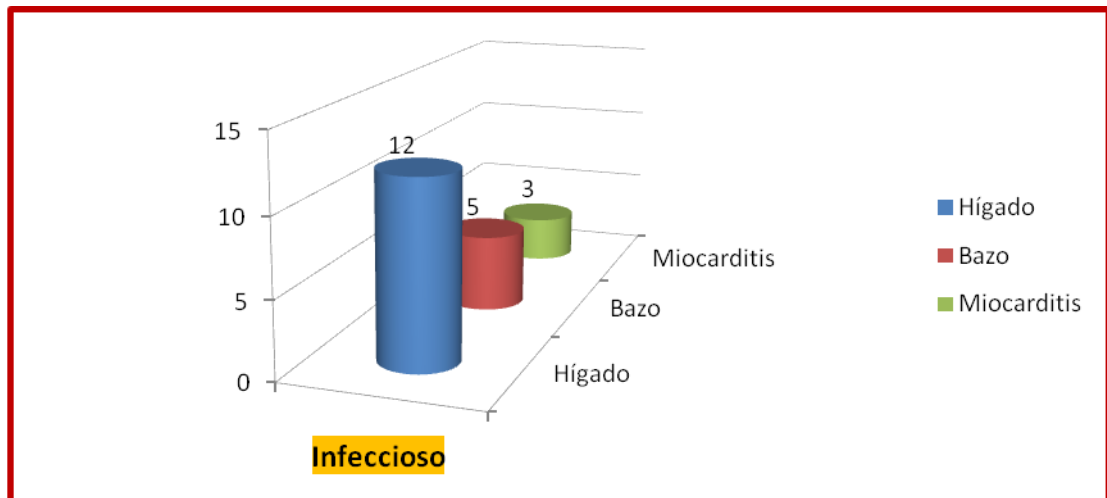
A nivel gastrointestinal destacó el *elevado número de positivos en general*, con mayor incidencia en *acidez gástrica*.

**Gráfico de barras 4:**



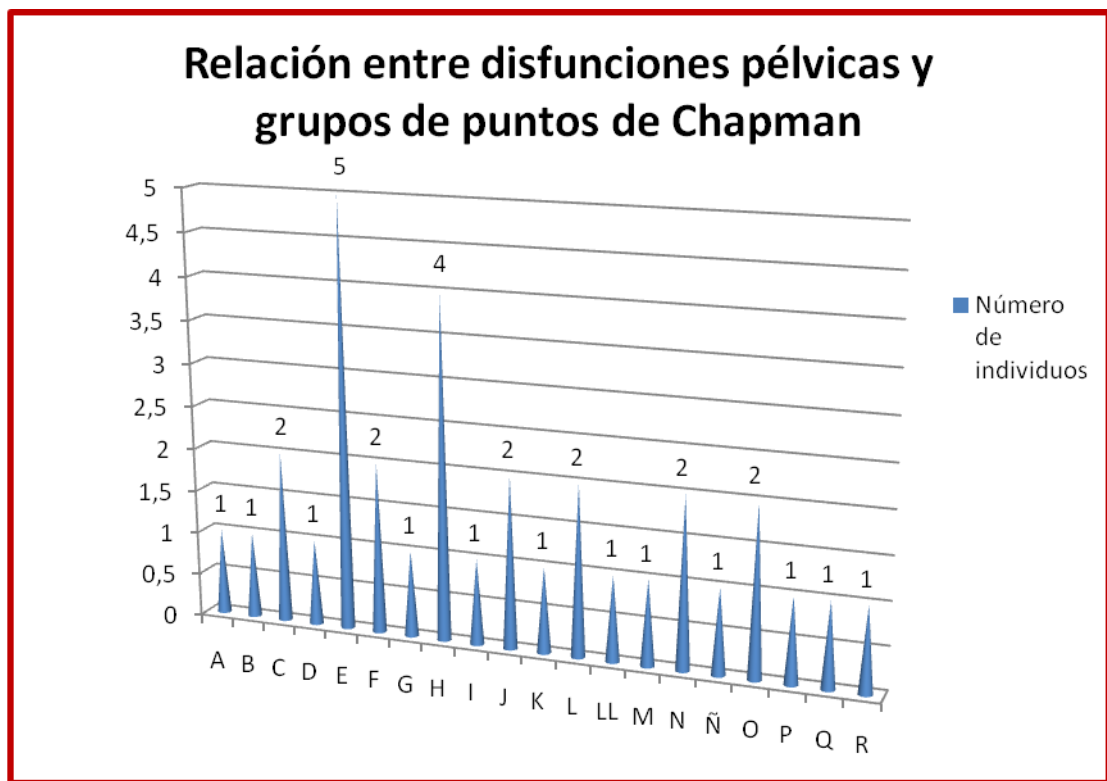
En el grupo respiratorio hubieron muchas vísceras positivas, destacando sobre todo las vías altas (amígdalas, faringe, laringe y senos).

**Gráfico de barras 5:**



En el grupo infeccioso la sensibilización fue menor, destacando únicamente el hígado como el mayor perjudicado.

**Gráfico de barras 6:**





Las relaciones entre las distintas disfunciones pélvicas y los grupos positivos de PNACH fueron muy diversas y no se pudo establecer un patrón claro. Para intentar agruparlos, se elaboró un gráfico en donde cada letra del abecedario representara un tipo de lesión o disfunción pélvica asociado a uno o varios grupos de PNACH, intentando estudiar el máximo de combinaciones posibles de forma que no se pasara por alto ningún resultado relevante (ver *leyenda*, p. 26-27). Tan sólo destacaron por encima de los demás los grupos E y H (ambos con un Ilíaco anterior derecho y sacro anterior izquierdo/izquierdo).

## **Leyenda**

**A:** *Íliaco anterior derecho y sacro posterior derecho/izquierdo (D/I) + grupo gastrointestinal y endocrino.*

**B:** *Íliaco anterior derecho y sacro posterior D/I + grupo respiratorio.*

**C:** *Íliaco anterior derecho y sacro anterior izquierdo/izquierdo (I/I) + grupo gastrointestinal, endocrino e infeccioso.*

**D:** *Íliaco anterior derecho y sacro posterior D/I + grupo gastrointestinal.*

**E:** *Íliaco anterior derecho y sacro anterior I/I + grupo gastrointestinal, respiratorio, infeccioso y endocrino.*

**F:** *Íliaco anterior derecho y sacro posterior D/I + grupo respiratorio y gastrointestinal.*

**G:** *Íliaco anterior derecho y sacro posterior D/I + respiratorio, gastrointestinal y endocrino.*

**H:** *Íliaco anterior derecho y sacro anterior I/I + respiratorio, gastrointestinal y endocrino.*

**I:** *Íliaco anterior anterior derecho y sacro posterior D/I + respiratorio, gastrointestinal e infeccioso.*

**J:** *Íliaco anterior derecho y sacro anterior I/I + respiratorio*

**K:** *Íliaco anterior izquierdo y sacro anterior derecho/derecho (D/D) + respiratorio, gastrointestinal y endocrino.*

**L:** *Íliaco anterior derecho y sacro anterior I/I + endocrino.*

**LL:** *Íliaco anterior derecho y sacro anterior I/I + infeccioso y gastrointestinal.*

**M:** *Íliaco anterior izquierdo y sacro anterior D/D + respiratorio, gastrointestinal, endocrino e infeccioso.*

**N:** *Íliaco anterior derecho y sacro anterior I/I + respiratorio y gastrointestinal.*

**Ñ:** *Íliaco anterior derecho y sacro anterior I/I + respiratorio y endocrino.*

**O:** *Íliaco anterior derecho y sacro anterior I/I + endocrino.*

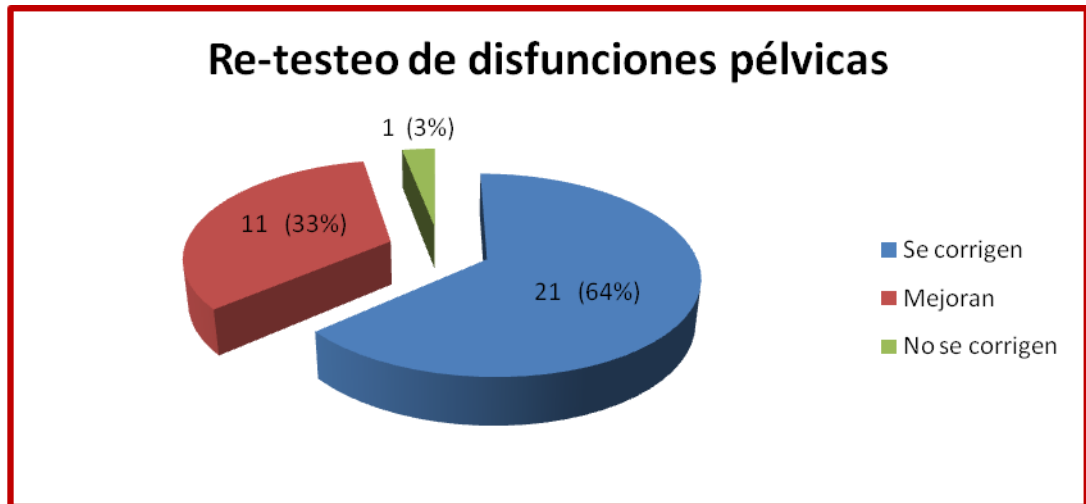
**P:** *Íliaco anterior izquierdo y sacro anterior D/D + infeccioso y respiratorio.*

**Q:** *Íliaco anterior derecho y sacro anterior I/I + infeccioso y respiratorio.*

**R:** *Íliaco anterior izquierdo y sacro anterior D/D + respiratorio y endocrino.*

En la segunda parte del estudio se procedió al ajuste específico de las disfunciones pélvicas halladas y al re-testeo para valorar si se habían corregido. Pudo observarse que una mayoría se corrigieron o mejoraron.<sup>11</sup>

**Gráfico circular 4:**

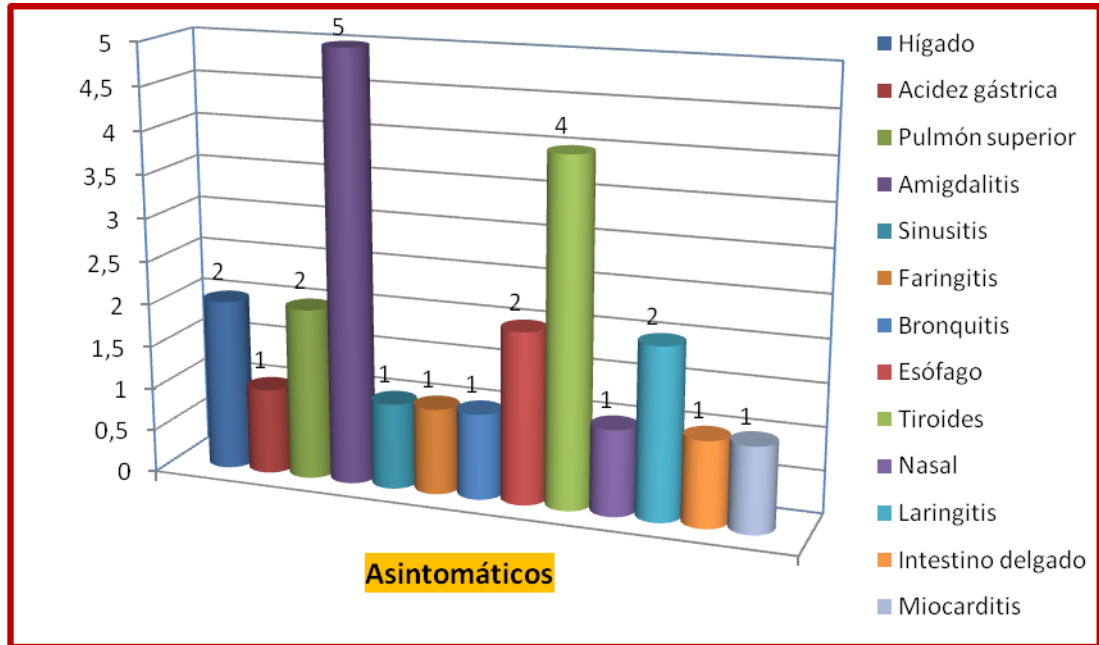


Luego se procedió a valorar los cambios sufridos en el re-testeo de los PNACH positivos. Se agruparon los resultados en tres gráficas en donde se mostraron las vísceras que se volvieron *asintomáticas*, que *mejoraron* y las que *no sufrieron cambio* alguno en sus puntos reflejos.

<sup>11</sup> Gráficos obtenidos de los 33 pacientes resultantes de la resta del grupo muestral (n) menos los pacientes que no presentaban PNACH positivos.

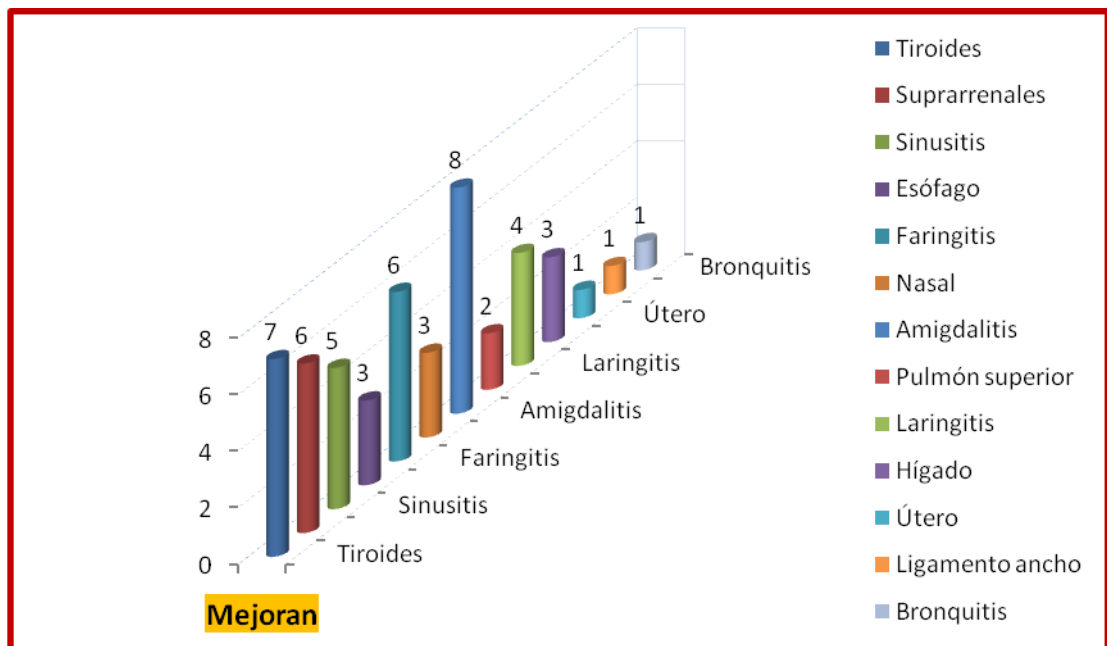
## RE- TESTEO DE LOS PNACH POSITIVOS

**Gráfico de barras 7:**



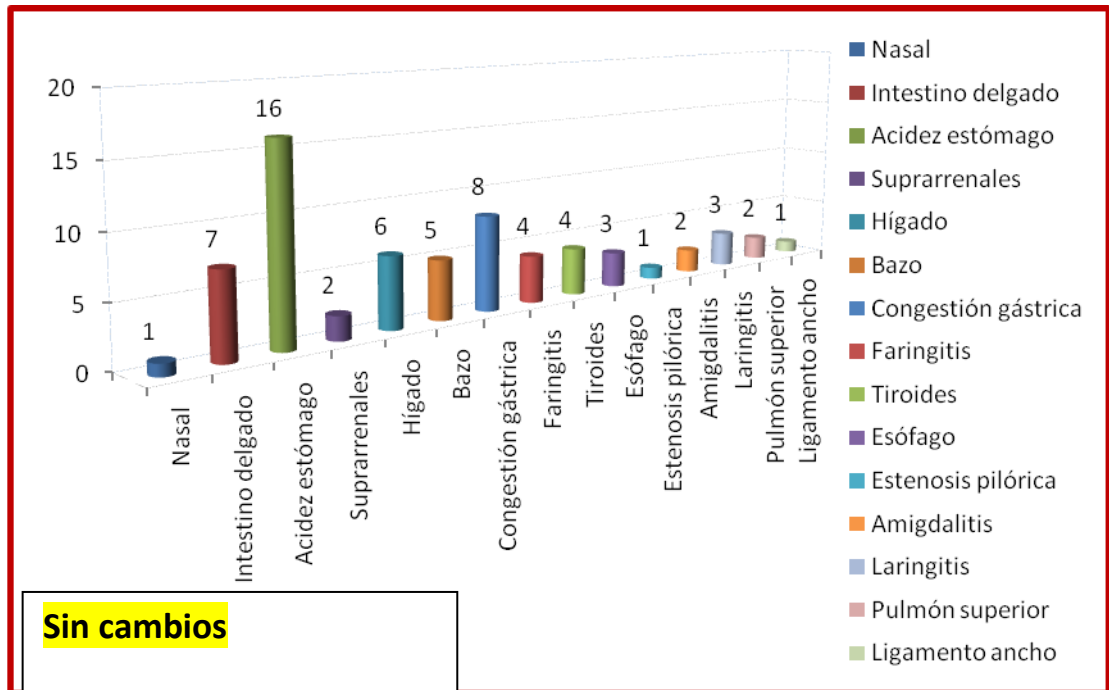
Dejaron de ser positivos en mayor porcentaje los puntos relacionados con tiroides y amigdalitis.

**Gráfico de barras 8:**



Los puntos que sufrieron mejoría fueron encabezados por la glándula tiroides, seguidos de las amígdalas, faringe y glándulas suprarrenales.

**Gráfico de barras 9:**



Destacaron principalmente la acidez y congestión gástricas sin sufrir cambio alguno tras las maniobras de ajuste específico.

## 5. DISCUSIÓN

En los primeros gráficos (ver p. 20 ) pudo evidenciarse que el 100% de los individuos que presentaban PNACH positivos tenían algún tipo de disfunción pélvica.

Más adelante, se intentó estudiar de forma más detallada las posibles relaciones entre tipos de disfunciones pélvicas y grupos o PNACH afectados, lo cual puso de evidencia lo siguiente:

a) Que el patrón compensador común (ilíaco anterior derecho y sacro anterior I/I) resultó ser el más afectado con mayor número de positivos (29 y 21 individuos respectivamente).<sup>12</sup>

b) Que los grupos de vísceras más destacados fueron, en primer lugar, el gastrointestinal (31%), seguido del respiratorio (22%), endocrino (21%) y, por último, el infeccioso (17%).

c) En referencia al estudio por grupos, se observó sobre el gastrointestinal la gran incidencia de positivos en acidez (16 individuos) y congestión gástricas (8 individuos), así como en intestinos (8 individuos). En el endocrino resaltaron por encima de los demás las glándulas tiroideas (16 individuos) y suprarrenales (8 individuos). En el respiratorio hubo una gran dispersión de vísceras sensibilizadas, incidiendo notoriamente en vías altas (senos 7 individuos, faringe 11, laringe 9 y amígdalas 14). Finalmente, en el grupo infeccioso, solamente sobresalió el hígado (12 individuos).

---

<sup>12</sup> TePoorten describe el patrón estructural de disfunción compensador común -PCC- (*The common compensatory pattern*. The Journal of the New Zealand Register of Osteopaths 1988; 2: 17-19). Señala, en lo que concierne a este estudio, “una torsión pélvica con el ilíaco izquierdo posterior y el derecho anterior. El sacro se encuentra en torsión izquierda-izquierda”.

d) Que la relación entre distintos patrones de disfunciones pélvicas y afectación por grupos de positivos fue demasiado diversa y no significativa, dando únicamente una discreta alza en el grupo E (ilíaco anterior derecho y sacro anterior izquierdo-izquierdo, 5 individuos) con afección de los grupos gastrointestinal, respiratorio, infeccioso y endocrino. Igualmente, cabe mencionar que los grupos C, H, J, L, LL, N, Ñ, O y Q presentaban todos el patrón compensador común (PCC).

e) Que las maniobras de ajuste específico empleadas lograron mejorar y corregir las disfunciones pélvicas en un porcentaje alto (97%). Así mismo, en el re-testeo de puntos positivos anteriores se observó que los referidos a tiroides (7 individuos), amígdalas (8), glándulas suprarrenales (6) y senos (5) se aliviaban o, incluso, se volvían asintomáticos (amigdalitis 5 individuos, tiroides 4, sinusitis 1) a diferencia de los del grupo gastrointestinal, principalmente estómago (16 individuos acidez gástrica y 8 congestión gástrica) e intestinos (7 individuos).

Con los resultados obtenidos se puso de manifiesto la gran incidencia -mayor de la esperada- de puntos positivos en el grupo muestral y de grupos muy diversos. Así mismo, sorprendió la alta afectación de las vías respiratorias altas y del grupo gastrointestinal. Se especuló acerca de la alimentación actual así como del índice de contaminación en la ciudad y zona de estudio, ya que el grupo muestral residía cerca de la clínica, en el ensanche barcelonés. Esta hipótesis abre el camino a un futuro estudio comparativo de dos grupos de pacientes con hábitos alimenticios opuestos: resultaría interesante contrastar la influencia de una dieta sana y equilibrada o no, en el sistema linfático y en las vísceras relacionadas. De la misma manera, podría contrastarse la afectación del grupo respiratorio en dos grupos de la población residentes en zonas más o menos contaminadas. Ambos temas son de gran interés a día de hoy, debido al estrés y el desgaste físico que comportan las grandes urbes así como la gran industrialización y la pérdida del elemento natural.

En referencia a los cambios observados en el grupo endocrino, podrían explicarse debido a la acción universal que ejerce la glándula tiroides sobre todas las células del cuerpo; la interrelación entre las secreciones endocrinas de los



órganos de la pelvis y de la tiroides, conforman un eje instaurado dentro de un marco de distintas estructuras somáticas. Cualquier alteración de éstas -por ejemplo una disfunción pélvica- podría poner en compromiso dicho sistema y provocar patología a distancia en cualquiera de los órganos o tejidos afectores y, por defecto, en el sistema linfático activando los PNACH (reflejo víscero-somático).<sup>13</sup> Esto explicaría los sorprendentes resultados obtenidos con tratamientos osteopáticos de la articulación ilio-sacra y de la zona lumbar en alteraciones hormonales.

Así mismo, M. L. Kuchera y W. A. Kuchera, comentaron en sus trabajos (3) la importancia de la simbiosis anatómica y funcional que ejercen los diafragmas torácicos y pélvicos en el buen funcionamiento de las vísceras pélvicas y del correcto *fluído linfático*. La congestión pélvica juega un papel relevante en pacientes afectos de dismenorrea, quistes ováricos y síndrome pre-menstrual (11).

John D. Capobianco, DO, FAAO, destaca la importancia del *complejo neuroendocrino inmune* en el trabajo del Dr. F. Chapman en un artículo publicado en el *The AAO Journal*.<sup>14</sup> Constata que hay muchas referencias en los escritos de Chapman sobre el sistema endocrino, linfático, autónomo y músculo-esquelético. Cita los PNACH como reflejos neuro-linfáticos (inmune) y miofasciales (tejidos). Desarrollando este tema, cita los trabajos del Dr. Owens y sus menciones al sistema endocrino cuando habla del útero y también de su ligamento ancho, de las gónadas, tiroides y glándulas adrenales. Para Chapman es muy importante el tratamiento previo de la pelvis por albergar precisamente éstos órganos (gónadas, ovarios, testículos), y hace una especial mención a las articulaciones sacro-ilíacas. Para él, es la *llave de la espina vertebral* (sistema nervioso) y del *eje neuro-endocrino-inmune*. En el síndrome *pélvico-tiroideo-adrenal* destaca la activación refleja de los puntos específicos de los ovarios, tiroides y adrenales. Posiblemente, el primer

---

<sup>13</sup> *An Endocrine Interpretation of Chapman's Reflexes by The Interpreter*. Second Edition. Indianapolis: American Academy of Osteopathy; 2002. The endocrine glands, p. 14.

<sup>14</sup> John D. Capobianco, DO, FAAO. *The Neuroendocrine-Inmune Complex Illustrated in the Work of Dr. Frank Chapman*. The AAOO Journal, March 2004; 33-40.

reconocimiento sobre el sistema neuro-endocrino-inmune fue hecho tras estos trabajos.

El Dr. Beryl Arbuckle sumó a estos conceptos la palabra adrenal. Cita en sus trabajos la proximidad anatómica del plexo hipogástrico y aórtico y el sistema nervioso simpático tóraco-lumbar para los órganos endocrinos.<sup>15</sup>

Chapman sigue los principios de Still sobre la estructura y la función (hasta entonces sólo se hablaba de influencias internas o externas). Destaca la importancia inmunitaria de la glándula tiroidea (más que el bazo) pues la hormona tiroidea influye también en el timo y es una gran inmuno-moduladora, estimulando la función linfocitaria, las células Natural Killer y las inmunoglobulinas. Junto con la pelvis, las glándulas adrenales son importantes en el eje pituitario-tiroideo-adrenal de Chapman. Los estrógenos aumentan la función inmunitaria, sus receptores se hallan situados en el timo y pueden suprimir la acción de los glucocorticoides. Por tanto, son especialmente importantes los órganos pélvicos sexuales.

El Dr. Still ve la pelvis como la conexión a través del coxis con el ganglio impar (terminación del sistema nervioso simpático) y su acción con todo el sistema glandular.

### **5.1 Limitaciones y dificultades en el estudio:**

Entre las primeras dificultades, cabe destacar la inexperiencia manual del terapeuta tanto en las maniobras exploratorias de los puntos neurolinfáticos anteriores, como en las maniobras de ajuste específico. En el transcurso de la investigación, el terapeuta fue desarrollando mayor habilidad, con lo cual cabe la posibilidad de que los resultados obtenidos en las primeras exploraciones no fueran tan correctos como en las últimas. Dado que los puntos positivos se tratan de igual forma a como se exploran, también es posible que sufrieran cambios no únicamente por las maniobras de ajuste, sino por la propia palpación. Así mismo, la

---

<sup>15</sup> Arbuckle, BE. *Reflexes. The selected Writings of Beryl E. Arbuckle*, DO. FACOP. Revised Edition. Published by American Academy of Osteopathy. Indianapolis, IN. 1994: 25.

subjetividad de la percepción del dolor del paciente, la timidez o incomodidad, deberían tenerse en cuenta (lamentablemente no se pudo idear un método de obtención de datos objetivo, como por ejemplo un instrumento de medida).

El hecho de no hacer dos grupos de estudio (placebo y tratamiento) para dar mayor credibilidad al estudio, se resolvió aumentando el tamaño muestral y analizando todos los grupos de vísceras. De esta forma, pudo evidenciarse que realmente algunos grupos (como el gastrointestinal) no sufrían grandes cambios en comparación con otros (endocrino).

No obstante, y partiendo de esta premisa, sería interesante en próximos estudios acotar la investigación a un grupo en cuestión (el endocrino, por ejemplo) y analizar de forma más específica los cambios (podrían estudiarse otras variables como la edad, el sexo, tipo de disfunción pélvica u otros).

## 6. CONCLUSIONES

- ❖ Se ha constatado en un estudio con 49 pacientes, que de los 33 que dieron PNACH positivos, todos presentaban algún tipo de disfunción pélvica con lo cual se establece una relación directa entre ambos (respondiendo a la primera pregunta formulada en los objetivos del proyecto).
- ❖ No se pudo definir un patrón claro de disfunción pélvica que condujera a la activación de un determinado grupo de PNACH, los resultados fueron sumamente variables. Sí se observó, por otro lado, que el patrón compensador común estaba implicado en un gran número de grupos de PNACH positivos.
- ❖ Sí se constató que los puntos positivos referidos a tiroides, amígdalas, suprarrenales y senos mejoraban e incluso se volvían asintomáticos en el tratamiento pélvico. Con ello se pudo afirmar que existe una relación directa entre el buen funcionamiento hormonal de dichas glándulas y el correcto alineamiento de la pelvis.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. *An Endocrine Interpretation of Chapman's Reflexes by the Interpreter*. Second Edition. Indianapolis. American Academy of Osteopathy; 2002.
2. Chapman F. *Lymphatic Reflexes, A Specific Method of Osteopathic Diagnoses and Treatment*. (1929)
3. Kuchera M, Kuchera W. *Osteopathic considerations in systemic dysfunction*. Columbus: Greyden Press; 1994.
4. P Kimberly. *Somatic dysfunction. Principes of manipulative traitement*. Copyright Kimberly, 1980.
5. Patriquin D.A. *Viscerosomatic reflexes*. In: Patterson MM, Howel JN, eds. *The Central Connection: Somatovisceral Viscerosomatic Interactions*. Athens, OH: University Classics, 1992.
6. Patriquin D.A. *Chapman's reflexes*. In: Ward RC, ed. *Foundation for Osteopathic Medicine*. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002.
7. Korr I. *Bases Fisiológicas de la Osteopatía*. Madrid, Mandala Ediciones, Octubre 2003.
8. Travell JG, Simons DG. *Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual*. Baltimore, Williams and Wilkins, 1983, p 209.

9. Contact the Department of Osteopathic Theory and Methods at the Kirksville College of Osteopathic Medicine, 800 West Jefferson Street, Kirksville, Mo. 63501
10. Byrnes TR, Kuchera ML, Guffey JM, Steele KM, Beatty DR, Haman JL, Lockwood MD: *Correlation of palpatory findings with visceral diagnoses*. JAOA 92 (9): 1177, Sept 1992.
11. Burrows EA: *Disorders of the female reproductive system*, in Hoag JM Osteopathic Medicine. New York, McGraw-Hill, 1969, ch 42, p 681.
12. Mitchell Jr FL, Mitchell PKG. *The Muscle Energy Manual. Vol 3. Evaluation & Treatment of the Pelvis and Sacrum*. Michigan: MET Press; 1995.
13. Mitchell FL. Jr. Moran PS, Pruzzo NA. *An evaluation and treatment manual of osteopathic muscle energy procedures*. Valley Park, MO: Mitchell, Moran & Pruzzo Associates, 1979.
14. Mitchell FL. *Structural Pelvic Function*. Yearbook of the American Academy of Osteopathy. Carmel Ca. 1958, 71-90.
15. G. Chila A. *Foundations of Osteopathic Medicine*. Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
16. De Coux G, Curtil P. *Tratado práctico de osteopatía estructural*. Barcelona: Paidotribo; 2002.
17. Fajardo F. *Cuadernos de Osteopatía. Cuaderno nº 8*. 3ª Edición. Madrid: Editorial Dilema; 2008

18. Parsons J, Marcer N. *Osteopatía Modelos de diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Elsevier; 2007
19. Rothman K.J. *Epidemiología Moderna*. Madrid: Ediciones Días de Santos; 1987.
20. *Estadística aplicada a las ciencias sociales. Tamaño necesario de la muestra: ¿cuántos sujetos necesitamos?*. Pedro Morales Vallejo: Universidad Pontificia Comillas, Madrid, Facultad de Humanidades (Última revisión, 13 de Diciembre, 2012). Disponible en:  
<http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/Tama%F1oMuestra.pdf>
21. Sackett DL., Haynes RB., Guyatt GH., Tugwell P. *Epidemiología clínica. Ciencia básica para la medicina clínica*. 2ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1994.
22. Cobo E., Muñoz P., González JA. *Bioestadística para no estadísticos*. Barcelona, Elsevier España S.L., 2007.

## **8. ANEXOS**



## HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

### 1. DATOS DEL INVESTIGADOR RESPONSABLE

- Ana Delgado Guirao
- Podóloga colegiada nº 1208 y estudiante de último año de osteopatía en la FEOB (Fundación Escuela de Osteopatía de Barcelona)
- Teléfono de contacto: 635043728

### 2. DATOS DE INVESTIGACIÓN

- **Título del proyecto:** Efecto del tratamiento osteopático de la cintura pélvica en los puntos de Chapman.
- **Lugar de realización:** sala de exploración de la Clínica Podológica Sambola (calle Villarroel 81 bajos, 08011 Barcelona)
- **Finalidad de la investigación:** se pretende constatar la posible relación existente entre las disfunciones pélvicas y la correspondiente activación de los puntos neurolinfáticos reflejos anteriores. Mediante unas técnicas de ajuste directo estructural, se valorarán los cambios en dichos puntos antes y después de los ajustes.
- **Procedimiento:** una vez el paciente seleccionado para el estudio haya leído, comprendido y debidamente firmado el consentimiento informado, se le citará un día a una hora determinada para someterle a estudio en la clínica en cuestión. No requerirá de preparación alguna. La visita durará media hora y consistirá en, con el paciente estirado en camilla en ropa interior: una valoración palpatoria de los puntos neurolinfáticos anteriores, una exploración posicional de la pelvis, unas maniobras de ajuste directo osteopáticas para tratar las disfunciones halladas y, finalmente, un retesteo de las disfunciones pélvicas y de los puntos anteriores nuevamente. Todos los resultados se anotarán por parte del investigador en una hoja personal y totalmente confidencial, con la finalidad de elaborar las estadísticas y conclusiones finales.

- **Riesgos o efectos adversos:** la palpación de los puntos neurolinfáticos, así como la exploración y los ajustes estructurales directos, son maniobras perfectamente descritas y estudiadas por el profesional investigador, que pueden resultar molestas en algún momento y según el paciente, pero en ningún caso agresivas, dolorosas o perjudiciales, ni durante ni después del estudio.
- **Derechos del participante en relación con la investigación propuesta:**
  - Derecho a la revocación del consentimiento y sus efectos.
  - Posibilidad de contactar con los investigadores en caso de aparición de efecto adverso imprevisto.
  - Derecho a decidir el destino de sus resultados y datos personales en caso de retirarse del estudio
  - Derecho a que se vuelva a pedir su consentimiento si se desea utilizar sus datos en estudios posteriores.
  - Advertencia sobre la posibilidad de que se obtenga información relativa a su salud, derivada de las maniobras exploratorias del estudio.
  - Derecho a conocer toda la información posterior perteneciente al estudio.

## HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Investigador principal:** Ana Delgado Guirao

**Título proyecto:** Efecto del tratamiento osteopático de la cintura pélvica en los puntos de Chapman.

**Centro:** Clínica Podológica Sambola (Calle Villarroel 81 bajos, 08011 Barcelona)

**Datos del participante/paciente:**

**Nombre:**

1. Declaro que he leído la Hoja de Información al Participante sobre el estudio citado y acepto participar en él.
2. Se me ha entregado una copia de la Hoja de Información al Participante y una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado. Se me han explicado las características y el objetivo del estudio y los posibles beneficios y riesgos del mismo.
3. Se me ha dado tiempo y oportunidad para realizar preguntas. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
4. Sé que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
5. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi persona.

**DOY:** \_\_\_\_\_

**NO DOY:** \_\_\_\_\_

Mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto

Fecha:

Firma del participante/paciente:

Hago constar que he explicado las características y el objetivo del estudio y sus riesgos y beneficios potenciales a la persona cuyo nombre aparece escrito más arriba. Esta persona otorga su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento.

Fecha

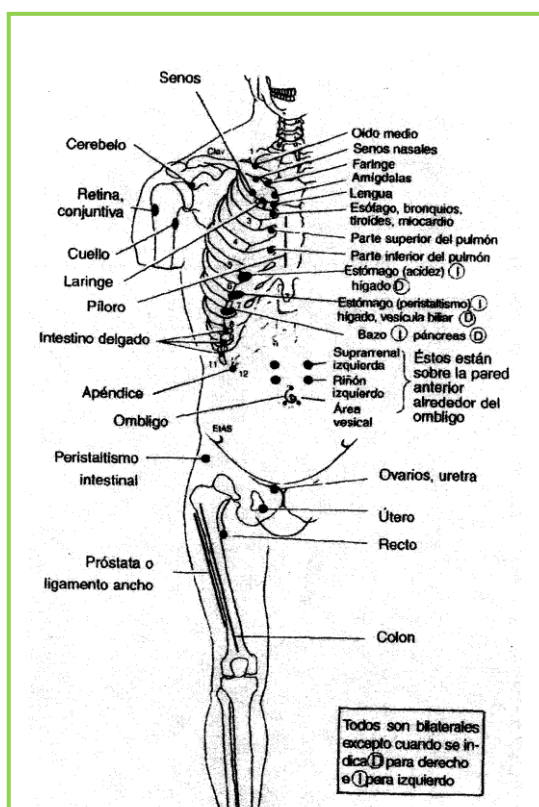
Firma del Investigador:

## METODOLOGÍA DE EXPLORACIÓN DE LOS PUNTOS NUEROLINFÁTICOS ANTERIORES DE CHAPMAN DESCRITO POR EL AUTOR Y APLICADO EN ESTE ESTUDIO<sup>16</sup>

Con el paciente en decúbito supino, se procederá a la palpación de los puntos según muestra el esquema, con el dedo medio o índice. La palpación debe ser ligera y rápida, para no estimularlos excesivamente. La presencia de dolor o de alteraciones nodulares serán tomados como signos positivos y se anotarán en la hoja exploratoria del paciente.

Los puntos se encuentran en las fascia profunda, adoptan la forma de contracciones gangliformes de 2-3 mm de diámetro y se localizan anteriormente en el cuerpo:

- En los espacios intercostales, próximos al esternón.
- Pared abdominal: capa más profunda de la pared abdominal (sistema urinario).
- Pubis: periostio de la pelvis (sistema genital)



**Fuente:** *Fundamentos de medicina osteopática*. Patriquin D.

<sup>16</sup> An Endocrine Interpretation of Chapman's Reflexes by The Interpreter. Second Edition. Indianapolis: American Academy of Osteopathy; 2002. The interpreter's examination routine.

## METODOLOGÍA DE EXPLORACIÓN DE LA PELVIS SEGÚN EL MODELO DE F. MITCHELL EMPLEADO EN ESTE ESTUDIO<sup>17</sup>

*Con el paciente en decúbito supino se procederá a la exploración por este orden:*

1. Deshacer adaptaciones de la pelvis: paciente en decúbito supino apoya los pies juntos en la camilla, eleva los glúteos y se deja caer de nuevo en la camilla. Seguidamente, el terapeuta tracciona de sus extremidades superiores y luego de las inferiores.

2. Localización de las espinas ilíacas anteriores: valorar diferencias de altura

*Se anotarán las siguientes lesiones:*

- **Rotación ilíaca anterior:** espina ilíaca descendida y pierna larga.
- **Rotación ilíaca posterior:** espina ilíaca ascendida y pierna corta.

*Paciente en decúbito prono con pies sobresaliendo de la camilla:*

3. Localización espinas ilíacas póstero superiores: valorar diferencias de altura y profundidad.

4. Localización surcos sacros: valorar profundidad.

5. Localización ángulos ínfero-laterales: valorar profundidad.

*Se anotarán las siguientes lesiones:*

- **Torsión sacra anterior D/D:** hemibase sacra derecha ligeramente posterior y ángulo ínfero lateral derecho posterior. Surco sacro izquierdo profundo.
- **Torsión sacra anterior I/I:** hemibase sacra izquierda ligeramente posterior y ángulo ínfero lateral izquierdo posterior. Surco sacro derecho profundo.
- **Torsión sacra posterior D/I:** hemibase sacra derecha posterior y ángulo ínfero lateral derecha posterior. Surco sacro izquierdo profundo.
- **Torsión sacra posterior I/D:** hemibase izquierda posterior y ángulo ínfero lateral izquierdo posterior. Surco sacro derecho profundo.

---

<sup>17</sup> Mitchell Jr FL, Mitchell PKG. *The Muscle Energy Manual. Vol 3. Evaluation & Treatment of the Pelvis and Sacrum.* Michigan: MET Press; 1995.

## **TÉCNICAS ESTRUCTURALES DE AJUSTE DIRECTO EMPLEADAS EN ESTE ESTUDIO<sup>18</sup>**

### **1.- CORRECCIÓN DE UN ILÍACO ANTERIOR:**

#### **a) Posición del paciente:**

- Decúbito lateral al lado opuesto de la disfunción.
- Aplicación de la palanca superior: posición neutra de flexión-extensión lumbar y rotación hacia el lado lesional de la columna hasta S1;
- Aplicación de la palanca inferior:
  - Ligera flexión de la cadera y extensión de la rodilla del lado opuesto a la disfunción.
  - Flexión de la cadera y de la rodilla a 90º del lado disfuncional; el pie reposa en el hueco poplíteo del miembro inferior opuesto.
- La cabeza del paciente reposa en una almohada.
- Los antebrazos se cruzan sobre el pecho.

#### **b) Posición del terapeuta:**

- De pie y de cara al paciente, con las piernas separadas y en ligera flexión, su pelvis a la altura de la pelvis del paciente y colocando la rodilla del paciente entre sus piernas.
- La mano cefálica reposa sobre el hombro del paciente para controlar y estabilizar la palanca superior.
- El antebrazo caudal se apoya sobre la parte pósterior inferior de la cresta ilíaca, a la altura del isquion (por debajo del eje de rotación) y se dirigirá hacia atrás y ligeramente hacia arriba.

#### **c) Puesta en tensión y dirección del Thrust:**

- El terapeuta bascula ligeramente la pelvis del paciente hacia sí.
- El antebrazo caudal ejerce una tensión hacia la rotación posterior del ilíaco.

---

<sup>18</sup> De Coux G, Curtil P. *Tratado práctico de osteopatía estructural*. Barcelona: Paidotribo; 2002.

- Después, apoya su pecho sobre el antebrazo con la finalidad de transferir una parte de su peso.

## **2. CORRECCIÓN DE UN ILÍACO POSTERIOR:**

### **a) Posición del paciente:**

- Decúbito lateral al lado opuesto de la disfunción.
- Aplicación de la palanca superior: posición neutra de flexión-extensión lumbar y rotación hacia el lado lesional de la columna hasta S1;
- Aplicación de la palanca inferior:
  - Ligera extensión de la cadera y extensión de la rodilla del lado opuesto a la disfunción.
  - Flexión de la cadera y de la rodilla del lado disfuncional; el pie reposa en el hueco poplíteo del miembro inferior opuesto.
- La cabeza del paciente reposa en una almohada.
- Los antebrazos se cruzan sobre el pecho.

### **b) Posición del terapeuta:**

- De pie y de cara al paciente, con las piernas separadas y en ligera flexión, su pelvis a la altura de la pelvis del paciente y colocando la rodilla del paciente entre sus piernas.
- La mano cefálica reposa sobre el hombro del paciente para controlar y estabilizar la palanca superior.
- El antebrazo caudal se apoya sobre la parte pósterio superior de la cresta ilíaca (por encima del eje de rotación) y se dirigirá hacia delante y ligeramente hacia arriba.

### **c) Puesta en tensión y dirección del Thrust:**

- El terapeuta bascula ligeramente la pelvis del paciente hacia sí.
- El antebrazo caudal ejerce una tensión hacia la rotación anterior del ilíaco.

- Después, apoya su pecho sobre el antebrazo con la finalidad de transferir una parte de su peso.
- Thrust sobre el íliaco lesionado en dirección anterior, asociado a un ligero movimiento de rotación anterior.

### **3.- CORRECCIÓN DE UN SACRO EN TORSIÓN ANTERIOR:**

#### **a) Posición del paciente:**

- Decúbito lateral, del lado de la hemibase sacra anterior (del lado opuesto al eje de torsión)
- Aplicación de la palanca superior: flexión de la columna vertebral hasta S1 y rotación del lado de la torsión anterior hasta L5-S1 para provocar un bloqueo de las columnas lumbar y lumbosacra.
- Aplicación de la palanca inferior:
  - Ligera flexión de la cadera y extensión de la rodilla del miembro inferior.
  - Triple flexión del miembro superior; el pie reposa en el hueco poplíteo del miembro inferior opuesto.
- La cabeza del paciente reposa en una almohada.
- Los antebrazos se cruzan sobre el pecho.

#### **b) Posición del terapeuta:**

- De pie y de cara al paciente, con las piernas separadas y en ligera flexión, su pelvis a la altura de la pelvis del paciente y colocando la rodilla del paciente entre sus piernas.
- La mano cefálica reposa sobre el hombro del paciente para controlar y estabilizar la palanca superior.
- Mano caudal: pisiforme apoyado sobre el ángulo ínfero lateral del sacro posterior, con el antebrazo dirigido hacia delante y hacia arriba (sobretudo anteriormente)
- Con el pecho se cubre el hueso íliaco del paciente.



**c) Puesta en tensión y dirección del Thrust:**

- El terapeuta bascula ligeramente la pelvis del paciente hacia sí.
- Thrust apoyando el pisiforme de su mano caudal sobre el ángulo ínfero lateral posterior, siguiendo una dirección anterior y hacia la cabeza.

**4.- CORRECCIÓN DE UN SACRO EN TORSIÓN POSTERIOR:**

**a) Posición del paciente:**

- Decúbito lateral, del costado del ángulo ínfero lateral anterior.
- Aplicación de la palanca superior: extensión de la columna vertebral hasta S1 y rotación del lado de la torsión hasta L5-S1 para provocar un bloqueo de las columnas lumbar y lumbosacra.
- Aplicación de la palanca inferior:
  - Ligera extensión de la cadera y extensión de la rodilla del miembro inferior.
  - Triple flexión del miembro superior; el pie reposa en el hueco poplíteo del miembro inferior opuesto.
- La cabeza del paciente reposa en una almohada.
- Los antebrazos se cruzan sobre el pecho.

**b) Posición del terapeuta:**

- De pie y de cara al paciente, con las piernas separadas y en ligera flexión, su pelvis a la altura de la pelvis del paciente y colocando la rodilla del paciente entre sus piernas.
- La mano cefálica reposa sobre el hombro del paciente para controlar y estabilizar la palanca superior.
- Mano caudal: pisiforme apoyado sobre la hemibase sacra posterior, con el antebrazo dirigido hacia delante y ligeramente hacia abajo (sobre todo anteriormente)
- Con el pecho se cubre el hueso ilíaco del paciente.

**c) Puesta en tensión y dirección del Thrust:**

- El terapeuta bascula ligeramente la pelvis del paciente hacia sí.
- Thrust apoyando el pisiforme de su mano caudal sobre la hemibase sacra posterior, siguiendo una dirección anterior y ligeramente hacia abajo (sobre todo anterior).

**TABLA DE ESTUDIO POR GRUPOS DE PUNTOS NEUROLINFÁTICOS ANTERIORES<sup>19</sup>**

<b>GRUPOS</b>	<b>PUNTOS REFLEJOS NEUROLINFÁTICOS</b>
<b><i>Respiratorio</i></b>	Otitis media Faringitis Nasal Amigdalitis Sinusitis Laringitis Parte superior pulmón Parte inferior pulmón Bronquitis
<b><i>Gastrointestinal</i></b>	Lengua Esófago Meso apéndice Tensión abdominal Recto Estreñimiento espástico Atonía colon Intestino delgado Congestión gástrica Estenosis pilórica Acidez gástrica
<b><i>Endocrino</i></b>	Tiroides Suprarrenales Gónadas Útero Ligamento ancho

<sup>19</sup> *An Endocrine Interpretation of Chapman's Reflexes by The Interpreter*. Second Edition. Indianapolis: American Academy of Osteopathy; 2002.

	Próstata Ovarios Páncreas
<b><i>Infecioso</i></b>	Miocarditis Cistitis Conjuntivitis Hígado Bazo Neuroastenia
<b><i>Otros</i></b>	Congestión cerebelar Tortícolis

**HOJA DE RECOGIDA DE DATOS**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_

**NIF:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** \_\_\_\_\_

**Teléfono de contacto:** \_\_\_\_\_

**PUNTOS NEUROLINFÁTICOS ANTERIORES POSITIVOS**

**Marca con una X el positivo:**

**GRUPO RESPIRATORIO**

<b><u>Otitis media</u></b>	
<b><u>Faringitis</u></b>	
<b><u>Nasal</u></b>	
<b><u>Amigdalitis</u></b>	
<b><u>Sinusitis</u></b>	
<b><u>Laringitis</u></b>	
<b><u>Parte superior pulmón</u></b>	
<b><u>Parte inferior pulmón</u></b>	
<b><u>Bronquitis</u></b>	

**GRUPO GASTROINTESTINAL**

<b><u>Lengua</u></b>	
<b><u>Esófago</u></b>	
<b><u>Meso apéndice</u></b>	
<b><u>Tensión abdominal</u></b>	
<b><u>Recto</u></b>	
<b><u>Estreñimiento espástico</u></b>	
<b><u>Atonía colon</u></b>	
<b><u>Intestino delgado</u></b>	
<b><u>Congestión gástrica</u></b>	
<b><u>Estenosis pilórica</u></b>	

Acidez gástrica

--

**GRUPO ENDOCRINO**

Tiroides

--

Suprarrenales

--

Gónadas

--

Útero

--

Ligamento ancho

--

Próstata

--

Ovarios

--

Páncreas

--

**GRUPO INFECCIOSO**

Miocarditis

--

Cistitis

--

Conjuntivitis

--

Hígado

--

Bazo

--

Neurastenia

--

**OTROS**

Congestión cerebelar

--

Tortícolis

--

**EXPLORACIÓN DE LA PELVIS**

Marcar con una X el positivo:

Derecho

Izquierdo

Íliaco Anterior

--

Íliaco Posterior		
	Derecho/Derecho	Izquierdo/Izquierdo
Sacro Anterior		
	Derecho/Izquierdo	Izquierdo/Derecho
Sacro Posterior		

**RE TESTEO DE LOS PUNTOS NEUROLINFÁTICOS ANTERIORES**

**Marca con una X el positivo:**

**GRUPO RESPIRATORIO**

<b><u>Otitis media</u></b>	
<b><u>Faringitis</u></b>	
<b><u>Nasal</u></b>	
<b><u>Amigdalitis</u></b>	
<b><u>Sinusitis</u></b>	
<b><u>Laringitis</u></b>	
<b><u>Parte superior pulmón</u></b>	
<b><u>Parte inferior pulmón</u></b>	
<b><u>Bronquitis</u></b>	

**GRUPO GASTROINTESTINAL**

<b><u>Lengua</u></b>	
<b><u>Esófago</u></b>	
<b><u>Meso apéndice</u></b>	
<b><u>Tensión abdominal</u></b>	
<b><u>Recto</u></b>	
<b><u>Estreñimiento espástico</u></b>	

Atonía colon

Intestino delgado

Congestión gástrica

Estenosis pilórica

Acidez gástrica

**GRUPO ENDOCRINO**

Tiroides

Suprarrenales

Gónadas

Útero

Ligamento ancho

Próstata

Ovarios

Páncreas

**GRUPO INFECCIOSO**

Miocarditis

Cistitis

Conjuntivitis

Hígado

Bazo

Neurastenia

**OTROS**

Congestión cerebelar

Tortícolis



**RE-TESTEO DE LAS DISFUNCIONES PÉLVICAS**

**Marcar con una X el positivo:**

	Derecho	Izquierdo
<b>Ilíaco Anterior</b>		
<b>Ilíaco Posterior</b>		
	Derecho/Derecho	Izquierdo/Izquierdo
<b>Sacro Anterior</b>		
	Derecho/Izquierdo	Izquierdo/Derecho
<b>Sacro Posterior</b>		