

PROCEDIMIENTOS DE INTERVENCIÓN EN FISIOTERAPIA II

DOSIER DE PRÁCTICAS DE MASAJE (1-4)

CURSO 2024-2025

PROFESORADO DE LA ASIGNATURA:

Sergio Roig Casasus

Laura Castellano Izquierdo

Catalina Tolsada Velasco

Elena Costa Moreno

Noemí Moreno Segura

Juan José Torres Montesa

Pedro Gargallo Bayo

Enrique Falcó Crespo

Práctica 1. Maniobras básicas y masaje de espalda y cuello

1.1. Maniobras básicas

1.1.1. Técnica de frotación superficial

Nos colocaremos en cualquier parte de la camilla que nos sea confortable aplicar la técnica, ya que el objetivo principal será tomar un primer contacto con el paciente de forma poco agresiva y calentar la zona a tratar para, con técnicas posteriores, empezar a incidir sobre planos más profundos. Causando además una relajación del tono muscular. Para ello, colocaremos las manos intentando cubrir la mayor superficie posible de la zona a tratar con los dedos separados y sin realizar prácticamente presión. Esta técnica no provoca hiperemia reactiva.



1.1.2. Técnica de frotación profunda

En general nos colocaremos en un lateral del paciente, homolateral o contralateral en base a la región a tratar. Se podrá aplicar de distintas formas para adaptarse lo máximo posible a las superficies a tratar. En estas maniobras seguiremos siempre el trayecto vascular, y si que presionaremos más con la finalidad de incrementar la hiperemia (mejora de la circulación local y con esto mejorar la llegada de nutrientes y la eliminación de sustancias de desecho) y relajar el tono muscular. Las técnicas son:

Mano sobre mano

Colocamos una mano sobre la otra para ejercer mayor presión.



Codo

Realizar pasadas con el codo guiado en todo momento por la otra mano. Descargar parcialmente el peso sobre el paciente. Se debe preguntar al paciente por las sensaciones.



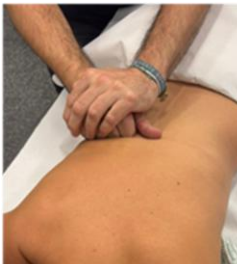
Pulgares

Realizar pasadas con los pulgares de forma profunda. Apoyar toda la mano (no solo pulgares) para proteger la articulación (prevenir rizartrrosis). Se usa en zonas más pequeñas.



Puño o nudillos

Aplicamos la fuerza con el puño o nudillos, si hace falta reforzamos con la otra mano.



Antebrazo

Pasadas con la región muscular epitrocLEAR del antebrazo para ampliar la superficie. Evitar el contacto con región ósea. Con la otra mano reforzamos y nos ayudamos a guiar le movimiento.



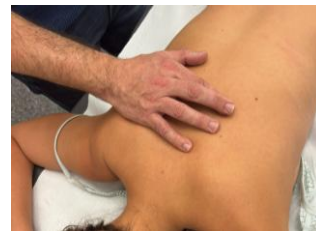
Talón de la mano

Pasadas con el talón de la mano sobre la superficie a trabajar.



1.1.3. Fricción (longitudinal-transversal-circular)

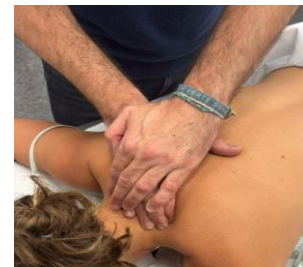
Masaje profundo que se realizará colocando el tercer dedo sobre el segundo se podrá realizar en sentido longitudinal al recorrido de las fibras donde se aplique, transversal a las mismas o trabajando una banda tensa en sentido circular. También se puede hacer con el pulgar, el talón de la mano o incluso el codo. Para esta técnica NO usaremos lubricante, la piel no debe deslizarse bajo nuestros dedos.



1.1.4. Presión estática

Localizaremos el punto gatillo o banda tensa donde generar la presión. Se corresponderá con un punto doloroso. Presionamos hasta alcanzar el umbral doloroso del paciente y esperaremos unos segundos a ver si mejora el dolor. La podremos aplicar:

- **Mantenida** (MÁXIMO 90 segundos): Presión constante.
- **Alternante** (3 segundos aplico la presión – 5 segundos relajo): Aumentando la presión si el paciente se habitúa.
- **Presión deslizante** (TNM, lo veremos en la práctica correspondiente).



1.1.5. Amasamientos

Manipulaciones transversales al vientre muscular provocando una torsión del músculo, formando una "S" y alternando cada mano, sin soltar por completo la masa muscular. Se emplean en regiones amplias y sobre músculos superficiales como son el cuadrado lumbar o el trapecio. En general en esta técnica nos colocamos en el lado contralateral al lado que vamos a tratar. Las manos van en sentido contrario, mientras una baja, la otra sube para generar esa torsión. En ocasiones resulta molesto y se utiliza para trabajar a nivel muscular y reducir las adherencias.



1.1.6. Pinzamiento

Generar con pulgares e índice una pinza. Solo se podrá realizar en aquellos músculos que permitan pinzarse como son el dorsal ancho o el trapecio. Se podrá realizar:

- **Unimanual**
- **Bimanual:** simultáneo (a la vez) o alternante (uno primero y luego otro)



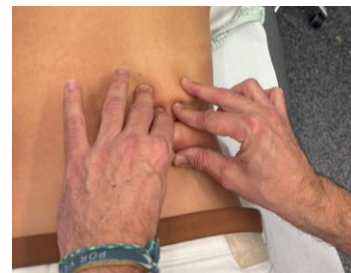
1.1.7. Abrazadera o herradura

Técnica que se podrá emplear en estructuras tubulares como son los brazos o las piernas. Las manos abrazarán el miembro a tratar, intentando cerrar el círculo y ascenderemos sobre él. Se empleará muchas veces con finalidad circulatoria.



1.1.8. Pinzado rodado

Intentaremos con los dedos índices y pulgares acompañando con el resto de dedos hacer "rulitos" ascendentes con la piel de forma que podamos despegar la piel de las estructuras subyacentes. Se realiza un deslizamiento de la masa, ya sea mediante el avance del pulgar o el de los otros dedos. Se podrá realizar en superficies planas como la región lumbar, interescapular o el trapecio. Suele realizarse de forma longitudinal a las fibras musculares con el objetivo de eliminar adherencias. Es una técnica de valoración y de tratamiento, observando el deslizamiento de la piel sobre la fascia y liberando adherencias, aumentando el trofismo.



1.1.9. Nudillar

Se realiza con el pulgar extendido y flexión de las articulaciones interfalángicas de los demás dedos, de modo que el contacto lo efectúa el dorso de las falanges medias y distales. El movimiento consiste en describir pequeños círculos con todos los dedos y efectuar, al mismo tiempo, una traslación. Los dedos se mueven con independencia. Debemos tener precaución para no dañarnos los nudillos al realizar una flexión tan fuerte.



1.1.10. Percusión

Consiste en una serie de golpes (percusión) de forma suave, breve y rápida. Existen distintas contraindicaciones para estas maniobras, como procesos febriles, inflamaciones agudas o traumatismos recientes. Además, no deben provocar dolor. Se produce hiperemia por isquemia consecutiva a los golpes, estimulación muscular y una intensa acción sobre terminaciones nerviosas, activando el sistema nervioso simpático para la vuelta a la normalidad. Existen distintas modalidades:

- **Borde cubital del V dedo:** con los dedos extendidos o incurvados. Esta técnica no debe ser dolorosa; no se imprime fuerza excesiva. Es importante el movimiento de muñeca, no de todo el brazo.
- **Puños:** Similar a la anterior, pero varía la posición de las manos, que ahora forman puños.
- **Clapping:** Similar a la anterior, con las manos en forma cóncava (pulgares cerrados por el lateral). Se utiliza para facilitar la movilidad y la expulsión de secreciones mucosas en la cavidad torácica.
- **Cacheteo:** Se realizan percusiones suaves y rápidas sobre la espalda con la palma de las manos (espolsar el polvo).



1.1.11. Vibraciones

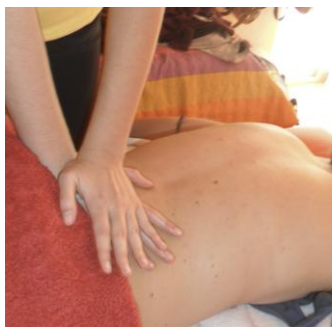
Esta técnica consiste en una vibración artificial producida por el fisioterapeuta hacia el paciente mediante una contracción isométrica del antebrazo. El objetivo es la sedación. Requiere práctica, pues puede resultar extenuante para el fisioterapeuta.



1.2. Maniobras específicas de la región lumbar

Se aplicarán con el paciente en decúbito prono con la región a tratar descubierta, y desde un lateral de la camilla. En general homolateral, pero si resulta más cómodo contralateral, tampoco habría ningún problema. La camilla estará elevada a la altura de las caderas y en general se empleará la posición de esgrima para realizar el tratamiento. Además de todas las técnicas practicadas anteriormente como maniobras básicas podemos añadir.

1.2.1. Presiones sacro

Posición del paciente	En decúbito prono en la camilla.	
Posición del terapeuta	En un lateral del paciente.	
Colocación de las manos	Mano sobre mano sobre la región del sacro.	
Ejecución de la técnica	Movilizar la porción sacra (articulación sacroilíaca) dejando caer el peso del cuerpo de forma intermitente. Para movilizar los tejidos circundantes.	

1.2.2. Frotación profunda / presión deslizante por debajo cresta ilíaca

Posición del paciente	En decúbito prono en la camilla.	
Posición del terapeuta	En un lateral del paciente.	
Colocación de las manos	Mano amplia y abierta.	
Ejecución de la técnica	Fricción con la palma de la mano, de intensidad elevada desde la región lumbar a los laterales por el recorrido de las crestas ilíacas. Se pueden agregar recorridos horizontales en la zona glútea. Preguntar sensaciones al paciente.	

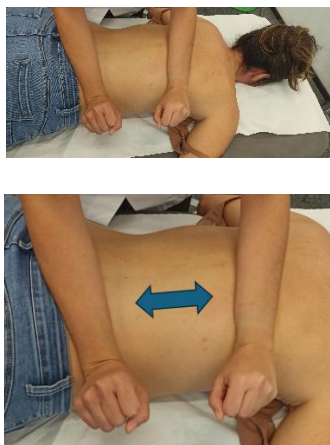
Maniobras básicas que se pueden aplicar en esta región

Frotación superficial, frotación profunda (todos los tipos), fricción, presión estática, amasamientos, pinzado rodado, nudillar, percusión y vibraciones.

1.3. Maniobras específicas de la región dorsal

Se aplicarán con el paciente en decúbito prono con la región a tratar descubierta, y desde un lateral de la camilla. En general homolateral, pero si resulta más cómodo contralateral o en la cabecera de la camilla, tampoco habría ningún problema. La camilla estará elevada a la altura de las caderas y en general se empleará la posición de esgrima para realizar el tratamiento. Además de todas las técnicas practicadas anteriormente como maniobras básicas podemos añadir.

1.3.1. Tracción con estiramiento

Posición del paciente	En decúbito prono en la camilla.	
Posición del terapeuta	En un lateral del paciente.	
Colocación de las manos	Antebrazos sobre dorso del paciente.	
Ejecución de la técnica	Con antebrazos juntos y transversales a la espalda del paciente, separar hacia cervical y lumbar a la vez que se ejerce presión sobre la musculatura. Realizar con la parte blanda (epicondíleos o epitrocleares).	

1.3.2. Amasamiento alternante con los pulgares en "s"

Posición del paciente	En decúbito prono en la camilla.	
Posición del terapeuta	En un lateral del paciente.	
Colocación de las manos	Manos amplias con los pulgares oponiéndose.	
Ejecución de la técnica	Movimientos en forma de "S" con ambos pulgares a la vez, en direcciones contrarias, ejerciendo presión.	

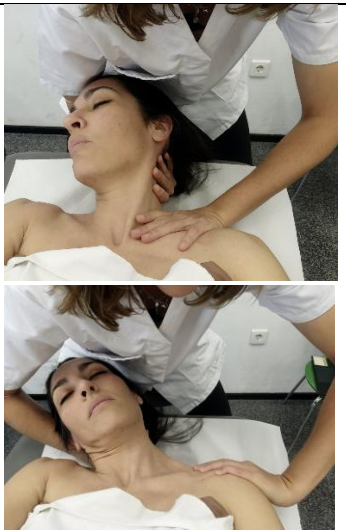
Maniobras básicas que se pueden aplicar en esta región

Frotación superficial, frotación profunda (todos los tipos), fricción, presión estática, amasamientos, pinzado rodado, nudillar, percusión y vibraciones.

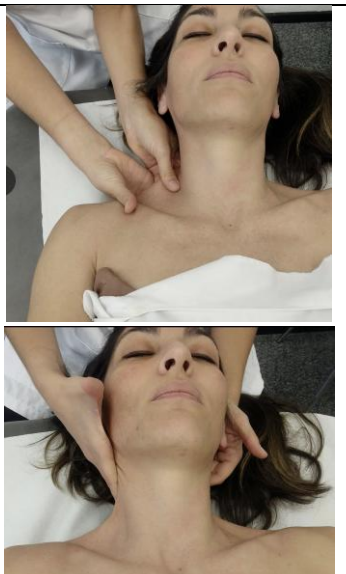
1.4. Maniobras específicas de la región cervical

Además de las técnicas aplicadas en el resto de las regiones, en esta región podremos aplicar otras técnicas en decúbito supino, bien de pie con la altura de la camilla alta, bien sentados en una silla en la región posterior del paciente.

1.4.1. Tracción con estiramiento del trapecio

Posición del paciente	En decúbito supino en la camilla, con la cabeza ligeramente inclinada ligeramente al lado contrario.	
Posición del terapeuta	En la cabeza del paciente.	
Colocación de las manos	Una mano tracciona y ancla en occipital y la otra intenta descender el hombro contralateral.	
Ejecución de la técnica	Tracción y estiramiento del trapecio.	

1.4.2. Amasamiento bimanual alternante musculatura del cuello

Posición del paciente	En decúbito supino en la camilla.	
Posición del terapeuta	En la cabeza del paciente.	
Colocación de las manos	Amasamiento unilateral con ambas manos la mano.	
Ejecución de la técnica	Comienza el amasamiento: movimientos de torsión y estiramiento en distintos opuestos. Antes de retirar la primera, se inicia el amasamiento con la segunda. Se puede realizar solo en un lateral o bien en la región central por ambos lados.	

1.4.3. Amasamiento nudillar trapecio

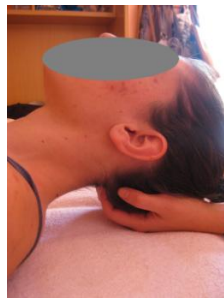
Posición del paciente	En decúbito supino en la camilla.	
Posición del terapeuta	En la cabeza del paciente.	
Colocación de las manos	Apoyar los nudillos y ejercer presión lenta y profunda, realizando círculos de manera alterna.	
Ejecución de la técnica	Despegar planos profundos y desplazarlos de un lado a otro. Se	

	puede hacer con dos nudillos o con todos.	
--	---	--

1.4.4. Tracción cervical

Posición del paciente	En decúbito supino en la camilla.	
Posición del terapeuta	En la cabeza del paciente.	
Colocación de las manos	Una mano en la parte occipital y la otra en el mentón, cuidar la colocación del dedo meñique para no presionar la nuez.	
Ejecución de la técnica	Traccionar en sentido craneal.	

1.4.5. Presión suboccipital

Posición del paciente	En decúbito supino en la camilla.	
Posición del terapeuta	En la cabeza del paciente.	
Colocación de las manos	Colocación de las yemas de los dedos en la región suboccipital del paciente. No apretar en exceso relieves óseos.	
Ejecución de la técnica	Presionar con las yemas en la base suboccipital, sujetando la bóveda craneal con manos en forma cóncava.	

Maniobras básicas que se pueden aplicar en esta región

Frotación superficial, frotación profunda (todos los tipos), fricción, presión estática, amasamientos, pinzamiento, pinzado rodado, nudillar, percusión y vibraciones.

Práctica 2. Maniobras de masaje

2.1. Maniobras específicas de miembros inferiores

Maniobras básicas que se pueden aplicar en esta región
Frotación superficial en decúbito supino y decúbito prono (de la pierna en general), frotación profunda (todos los tipos sobre gemelos, isquiotibiales) en decúbito supino y decúbito prono, fricción, presión estática, amasamientos (gemelos, isquiotibiales, glúteos, cuádriceps), pinzamiento, abrazadera o herradura, pinzado rodado, nudillar (gemelos, glúteos), percusión y vibraciones.

Además de estas técnicas (descritas en profundidad en la Práctica 1 de podrán aplicar las siguientes.

2.1.1. Maniobras específicas en decúbito prono

2.1.1.1. Tracción con estiramiento en gemelos

Posición del paciente	En decúbito prono.	
Posición del terapeuta	Detrás del paciente, a la altura de sus pies.	
Colocación de las manos	Coger en pinza (pulgares y resto de dedos) la musculatura del gemelo.	
Ejecución de la técnica	En primer lugar, se debe realizar una tracción de la musculatura del gemelo y en segundo lugar un estiramiento en dirección origen e inserción con cada una de las manos. No usar mucha crema.	

2.1.1.2. Frotación profunda de gemelos con los dedos o los pulgares

Posición del paciente	Decúbito prono.	
Posición del terapeuta	Lateral al lado a tratar.	
Colocación de las manos	Flexionar la rodilla y apoyar el pie del paciente en el hombro del fisioterapeuta, ejerciendo presión transversal a las fibras. O bien extender la pierna y, con los pulgares paralelos a ambos gemelos, ejercer presión desde la	

	parte central hacia la parte más lateral, desplazándose de distal a proximal.	
Ejecución de la técnica	Presionar intentando separar vientres.	

2.1.1.3. Fricciones a ambos lados del tendón de Aquiles

Posición del paciente	Decúbito prono.	
Posición del terapeuta	Detrás del paciente, a la altura de sus pies.	
Colocación de las manos	El fisioterapeuta localiza el tendón de Aquiles, colocando los pulgares paralelos a él.	
Ejecución de la técnica	Realiza movimientos de distal a proximal. No hacer movimientos transversales a las fibras del tendón (riesgo de lesión).	

2.1.1.4. Presión con codo sobre piramidal con/sin movimientos de rotación de cadera

Posición del paciente	Decúbito prono.	
Posición del terapeuta	Homolateral a la pierna a tratar.	
Colocación de las manos	Localizar el músculo piramidal y presionar con el codo.	
Ejecución de la técnica	Dejar caer el peso del cuerpo para evitar fatiga del brazo. Añadir movimientos de rotación de cadera.	

2.1.1.5. Sacudidas gemelos

Posición del paciente	Decúbito prono.	
Posición del terapeuta	A los pies del paciente, en la parte final de la camilla.	
Colocación de las manos	Flexionar las rodillas del paciente (90º) y coger cada talón.	
Ejecución de la técnica	Realizar sacudidas laterales.	

2.1.1.6. Masaje de la planta del pie (secuencia)

Posición del paciente	Decúbito prono.	   
Posición del terapeuta	Preferible al final de la camilla, pudiendo sentarse en un taburete.	
Colocación de las manos y ejecución de la técnica	1. <u>Frotación empeine y fascia plantar superficial</u>. Se sujeta el tobillo y, con el talón de la mano o el puño, se realizan frotaciones profundas sobre la fascia plantar. 2. <u>Amasamiento nudillar</u>. Movimientos circulares con las articulaciones interfalángicas, aplicando presión en la planta. 3. <u>Frotación profunda fascia plantar con el pulgar</u>. Sujetar el pie con ambas manos y, con los pulgares, ejercer presión de distal a proximal. 4. <u>"Apertura de los arcos"</u>. Colocar los pulgares en el centro de la planta (metatarsianos) y presionar hacia los extremos. 5. <u>Tracción de los dedos del pie</u>. Puede hacerse en decúbito prono o supino. Se prenden los dedos uno a uno y se tracciona con un suave movimiento. Todas estas maniobras se pueden hacer en ambos sentidos (dirección circulatoria o anticirculatoria).	

2.1.2. Maniobras específicas en decúbito supino

2.1.2.1. Frotación profunda del tensor de la fascia lata (TFL)

Posición del paciente	En decúbito supino.	
Posición del terapeuta	Homolateral a la pierna tratada y finta adelante mirando a craneal.	
Colocación de las manos	Se puede realizar con cualquiera de las técnicas de frotación profunda, sobre todo mano sobre mano, nudillos o pulgares.	
Ejecución de la técnica	Dirección centrípeta y con el componente de presión ya muy importante, lo que hace que se diferencie de la superficial. Se trabaja tanto TFL como vasto externo.	

Esta maniobra también se podría realizar con el paciente en **decúbito lateral**, con el paciente con la pierna a tratar con rodilla y cadera ligeramente flexionada y apoyada sobre una cuña o rulo de camilla.



2.1.2.2. Frotación profunda o nudillar sobre los aductores con vibración final

Posición del paciente	En decúbito supino, con rodilla y cadera en semiflexión apoyada sobre la pierna del fisioterapeuta o una cuña.	
Posición del terapeuta	Homolateral a la pierna a tratar con la rodilla encima de la camilla si el paciente tiene que apoyar su pierna sobre la tuya.	

Colocación de las manos	Utilización de los nudillos (flexión ITF proximales y distales 90°) o yema de los dedos de distal a proximal.	
Ejecución de la técnica	La dirección de aplicación disto-proximal, acabando con un componente vibratorio.	

2.1.2.3. Bamboleos de cuádriceps

Posición del paciente	En decúbito supino con semiflexión de rodilla y talón apoyado.	
Posición del terapeuta	Homolateral a la pierna tratada.	
Colocación de las manos	Manos con cara palmar apoyada una sobre zona anterior de cuádriceps y otra sobre la posterior.	
Ejecución de la técnica	Mover a modo "bamboleo" ambos cuádriceps, haciendo pequeños gestos de flexo-extensión de codo.	

2.1.2.4. Amasamiento de los gemelos en decúbito supino terminando con cacheteos

Posición del paciente	En decúbito supino con la rodilla flexionada 90° y el pie apoyado sobre la camilla.	
Posición del terapeuta	Homolateral a la pierna tratada y sentado en la camilla a los pies del paciente.	
Colocación de las manos	El pliegue formado (pulgar resto de dedos) se mueve cogido entre las dos manos por la superficie a trabajar. Al final colocar las manos para realizar los cacheteos, es una técnica alternativa que no debe	

	provocar dolor, manos y muñecas relajadas.	
Ejecución de la técnica	Se deben separar los vientres musculares (gemelo interno-sóleo-gemelo externo) y en los cacheteos emplear la técnica vista en la práctica 1.	

2.1.2.5. Sacudidas generales de piernas

Posición del paciente	En decúbito supino con las piernas totalmente extendidas.	
Posición del terapeuta	En los pies de la camilla, mirando dirección craneal.	
Colocación de las manos	Agarrando los pies del paciente a nivel del calcáneo.	
Ejecución de la técnica	Se toman ambas piernas por el extremo distal del tobillo (calcáneo) con ambas manos. Se efectúan sacudidas a través de pronosupinaciones y flexo-extensiones de codo. Importante que las piernas del paciente estén relajadas. Técnica utilizada para finalizar tratamientos de terapia manual.	

2.1.2.6. Estiramientos de gemelos con frotaciones superficiales

Posición del paciente	En decúbito supino.	
Posición del terapeuta	A los pies de la camilla/paciente y mirando hacia craneal.	
Colocación de las manos	Colocamos la planta del pie sobre nuestro abdomen o pecho, generando un pequeño estiramiento del tríceps sural. Manos en zona distal del tríceps sural.	
Ejecución de la técnica	Realizar frotaciones suaves de distal a proximal a lo largo del tríceps sural. Técnica utilizada para finalizar tratamientos de terapia manual.	

2.2. Maniobras específicas de miembros superiores

Maniobras básicas que se pueden aplicar en esta región
Frotación superficial, frotación profunda, fricción, presión estática, amasamientos, pinzamiento, abrazadera o herradura, pinzado rodado, nudillar, percusión y vibraciones.

2.2.1. Amasamiento en abrazadera o herradura

Posición del paciente	En decúbito supino con el codo extendido y el brazo apoyado sobre la camilla.	
Posición del terapeuta	Homolateral y con finta dirección craneal.	
Colocación de las manos	Utilizamos la comisura del primer y segundo dedo, a modo abrazadera.	
Ejecución de la técnica	Consiste en coger (presión), levantar (desplazamiento) y retorcer (estiramiento) del tejido con respecto al plano inferior.	

2.2.2. Frotación profunda de la musculatura flexo-extensora del antebrazo

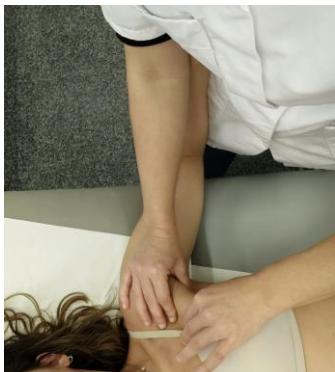
Posición del paciente	En decúbito supino con el codo extendido y el brazo apoyado sobre musculatura extensora o flexora en la camilla (según musculatura a tratar cambiaremos la posición).	
Posición del terapeuta	Homolateral y con finta dirección craneal.	
Colocación de las manos	Realizar con la eminencia hipotenar, nudillos y/o pulgar sobre la musculatura extensora o flexora. Adecuarse al volumen muscular del paciente.	
Ejecución de la técnica	Frotación longitudinal de distal a proximal.	

2.2.3. Tracción con estiramiento bicipital

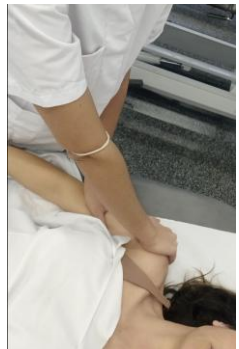
Posición del paciente	En decúbito supino con el codo extendido y el brazo apoyado sobre musculatura extensora.	
------------------------------	--	--

Posición del terapeuta	Homolateral y frontal a la zona a tratar.	
Colocación de las manos	Coger en pinza (pulgar-resto de dedos) la musculatura del bíceps braquial.	
Ejecución de la técnica	En primer lugar, se debe realizar una tracción de la musculatura del bíceps braquial y en segundo lugar un estiramiento en dirección origen e inserción con cada una de las manos. No usar mucha crema.	

2.2.4. Tracción con estiramiento del pectoral mayor

Posición del paciente	En decúbito supino con el codo flexionado unos 90° y la palma de la mano apoyada sobre la pala iliaca homolateral.	
Posición del terapeuta	Homolateral y finta craneal	
Colocación de las manos	Coger en pinza (pulgar-resto de dedos) la musculatura del pectoral.	
Ejecución de la técnica	En primer lugar, se debe realizar una tracción de la musculatura del pectoral y en segundo lugar un estiramiento en dirección origen e inserción con cada una de las manos. No usar mucha crema.	

2.2.5. Amasamiento del deltoides

Posición del paciente	En decúbito supino, d. lateral o sedestación (según comodidad del paciente).	
Posición del terapeuta	En decúbito supino nos colocaremos homolateral, en sedestación detrás del paciente y en decúbito lateral, detrás o delante según porción del deltoides.	
Colocación de las manos	El pliegue formado (pulgar resto de dedos) se mueve cogido entre las dos manos por la superficie a trabajar.	

Ejecución de la técnica	Masaje transversal a las fibras musculares profundizando poco a poco más en el tejido.	
--------------------------------	--	--

2.2.6. Técnicas de flexibilización y frotación de la mano

Posición del paciente	En decúbito supino o en sedestación.	
Posición del terapeuta	En decúbito supino nos colocamos homolateral y en sedestación, delante del paciente.	
Colocación de las manos	Colocar los pulgares de manera uniforme sobre toda la cara palmar.	
Ejecución de la técnica	Frotación con los pulgares al largo de la cara palmar/dorsal de la mano y apertura de "arco palmar". No utilizar mucha crema y controlar la presión con nuestros pulgares.	

2.2.7. Sacudidas de brazo

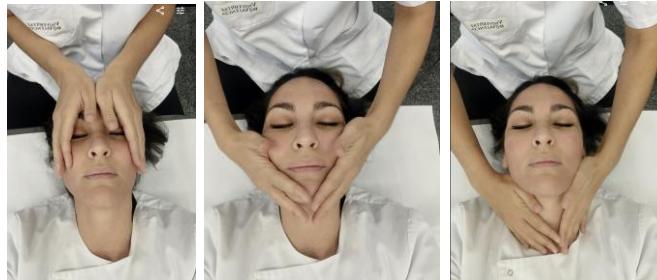
Posición del paciente	En decúbito supino con brazo extendido y con la palma de la mano mirando hacia el techo o hacia la camilla.	
Posición del terapeuta	Homolateral y finta craneal.	
Colocación de las manos	Coger la mano del paciente a nivel de la articulación radiocarpiana.	
Ejecución de la técnica	Realizar sacudidas suaves y progresivas.	

2.3. Protocolo de masaje de cara y cabeza

En todas estas maniobras, el paciente permanecerá en decúbito supino y relajado con la cabeza apoyada sobre la camilla. Y el fisioterapeuta se colocará en la cabeza del paciente preferentemente sentado en un taburete. El protocolo será el siguiente:

2.3.1. Frotación superficial (*effleurage*)

Empezar suaves en cara, parte externa del cuello, pasar por región anatómica de hombros, trapecios superiores y subir por platisma hasta el arco inferior de la mandíbula. Contacto suave con yemas y resto de dedos/mano.



2.3.2. Fricciones con todos los dedos sobre el cuero cabelludo

Realizar con la yema de los 5 dedos de la mano. Frotaciones longitudinales o transversales en los diferentes huesos del cráneo. Esta maniobra también se puede realizar en zig-zag con los pulgares.



2.3.3. Fricción longitudinal y transversal de la musculatura frontal, temporal y occipital

Realizar con los dedos medios o dedo índice reforzado con tercer dedo fricciones sobre las bandas tensas localizadas en esa musculatura.



2.3.4. Presión + Frotación profunda sobre el frontal

Colocar ambos talones de la mano encarados en la línea media de la frente, presionar y deslizar hacia los laterales sin perder en la medida de lo posible esa presión. Esta maniobra se podrá hacer de pie.



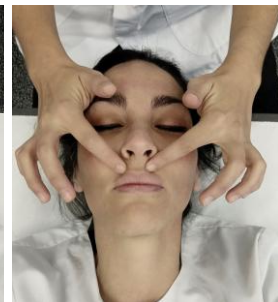
2.3.5. Frotación profunda del masetero y tratamiento de puntos gatillo con presión mantenida

Realizar una frotación profunda del músculo masetero y si se localiza un punto gatillo realizar una presión mantenida de 60-90".



2.3.6. Frotaciones circulares sobre la musculatura orbicular de la boca y el orbicular del ojo

Contacto suave con la yema del pulgar o segundo y tercer dedo y hacer frotaciones circulares sobre ambos grupos musculares. Controlar la presión y respetar el umbral doloroso del paciente.



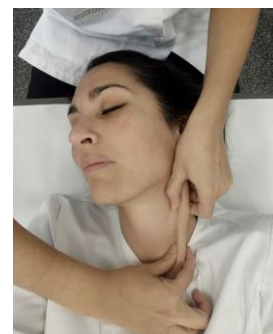
2.3.7. Punto gatillo esternocleidomastoideo (ECOM)

Colocaremos una mano en suboccipital provocando una ligera flexión del cuello y rotación contralateral del paciente y con la otra localizaremos un punto gatillo en el ECOM del paciente, lo cogeremos en pinza pulgar-índice y se ejercerá una pequeña presión tolerable por el paciente 60-90". Debemos controlar la prensión y respetar umbral doloroso del paciente. Evitar contacto o presión sobre la arteria carótida.



2.3.8. Presión deslizante escalenos y ECOM

Con la yema del pulgar ejercer una presión deslizante abarcando toda la zona de los escalenos y con la otra mano realizamos ligera flexión + rotación contralateral al mismo tiempo que damos estabilidad a la cabeza. Pedimos al paciente que realice dos o tres inspiraciones fuertes para localizar los escalenos (se encuentran por detrás del ECOM) y con la yema del pulgar ejercer una presión deslizante abarcando toda la zona de los escalenos.



2.3.9. Estirar del cabello y las orejas

Realizar suaves tracciones del pelo para relajar el cuero cabelludo y traccionar desde las orejas.



2.4. Masaje con movimiento activo

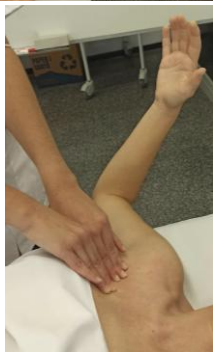
Es una técnica que consiste en ejercer **presión** (bien con los pulgares, dedo reforzado, con el codo, puño o talón de la mano), **frotación longitudinal** o **frotación transversal** en un punto doloroso o banda tensa mientras se solicita un movimiento al paciente que haga que el músculo que está justo debajo de ese punto se deslice bajo nuestros dedos en dirección contraria de modo que haya un cizallamiento entre tejidos. Si buscamos el acortamiento del tejido, iremos en el sentido contrario a la acción del movimiento en dirección centrífuga; y si buscamos elongar irá en el sentido contrario en dirección centrípeta. En las maniobras transversales, el movimiento se hará en todo el rango (rotación completa, abducción-aducción, flexo-extensión, inversión-eversión). Veremos distintos lugares de aplicación:

2.4.1. Infraespinoso

Posición del paciente	Decúbito prono con brazos dejados caer a los laterales de la camilla.	
Posición del terapeuta	Homolateral y finta craneal.	
Colocación de las manos y ejecución de la técnica	<i>Presión + Movimiento:</i> Presión con pulgar o dedo reforzado en el punto doloroso de infraespinoso y solicitar rotaciones de hombro (interna para estirar y externa para acortar). <i>Frotación longitudinal + movimiento:</i> Igual, pero realizando una frotación longitudinal a las fibras del músculo y deslizándose en ese sentido, hacia ángulo de la escápula. <i>Frotación transversal + movimiento:</i> Igual, pero realizando una frotación transversal a las fibras	

	del músculo y deslizándose en ese sentido, hacia el hombro.	
--	---	--

2.4.2. Pectoral mayor

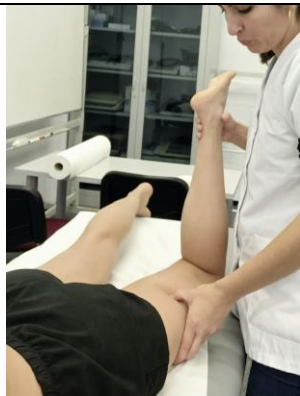
Posición del paciente	Decúbito supino con brazos dejados caer sobre la camilla (dejando espacio).	  
Posición del terapeuta	Homolateral y finta craneal.	
Colocación de las manos y ejecución de la técnica	<i>Presión + Movimiento:</i> Presión con pulgar o dedo reforzado en el punto doloroso de pectoral y solicitar aducción/abducción horizontal de hombro. <i>Frotación longitudinal + movimiento:</i> Igual, pero realizando una frotación longitudinal a las fibras del músculo y deslizándose en ese sentido, hacia cabeza humeral. En abducción horizontal si queremos elongar y en aducción si queremos acortar. <i>Frotación transversal + movimiento:</i> Igual, pero realizando una frotación transversal a las fibras del músculo y deslizándose en ese sentido, hacia clavícula.	

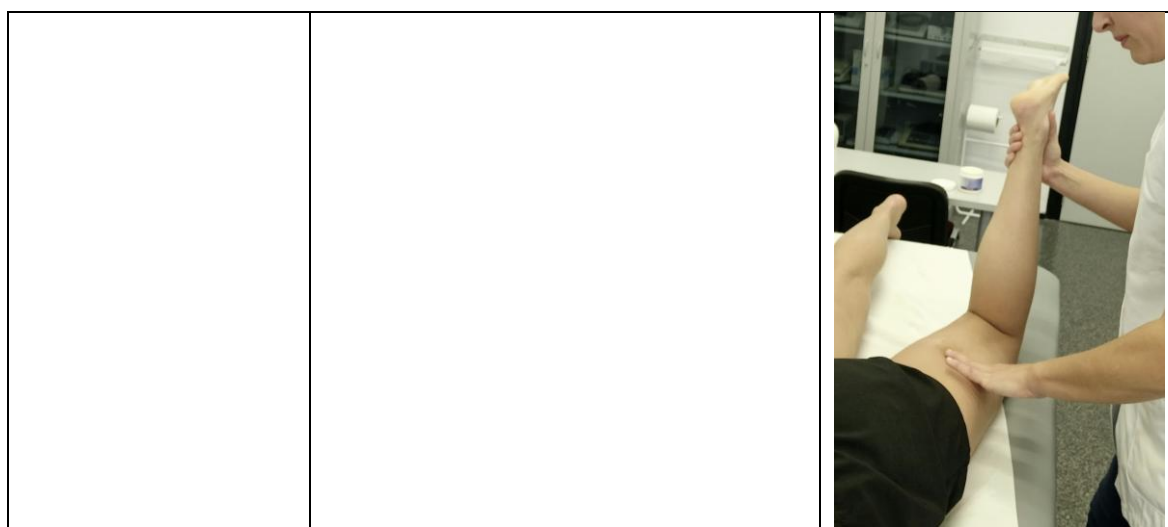
2.4.3. Erectores espinales

Posición del paciente	En sedestación con los pies apoyados.	
Posición del terapeuta	Posterior al paciente.	
Colocación de las manos y ejecución de la técnica	<i>Presión + Movimiento:</i> Presión con pulgar o dedo reforzado en el punto doloroso de erectores espinales y solicitar flexo-extensión de cuello. <i>Frotación longitudinal + movimiento:</i> Igual, pero realizando una frotación longitudinal a las fibras del músculo y deslizándose hacia lumbares o cabeza en función a si queremos acortar o elongar. <i>Frotación transversal + movimiento:</i> Igual, pero realizando	

	una frotación transversal a las fibras del músculo y deslizándose en ese sentido, hacia escápulas o costados.	 
--	---	--

2.4.4. Isquiotibiales

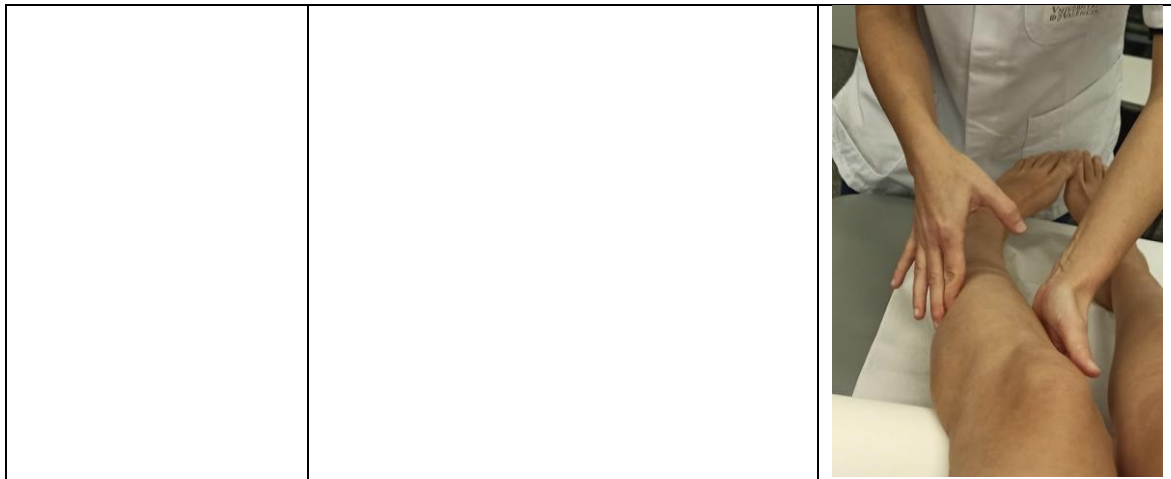
Posición del paciente	Decúbito prono.	 
Posición del terapeuta	Homolateral y finta craneal.	
Colocación de las manos y ejecución de la técnica	<i>Presión + Movimiento:</i> Presión con pulgar o dedo reforzado en el punto doloroso de isquiotibiales y solicitar flexo-extensiones de rodilla <i>Frotación longitudinal + movimiento:</i> Igual, pero realizando una frotación longitudinal a las fibras del músculo y deslizándose en ese sentido, hacia isquiones o hueso poplíteo. Solicitamos flexión si queremos acortar y extensión si queremos estirar. <i>Frotación transversal + movimiento:</i> Igual, pero realizando una frotación transversal a las fibras del músculo y deslizándose en ese sentido, hacia laterales de la pierna.	



También se puede hacer en **decúbito supino** si queremos trabajar más la parte de extensión de cadera, es el paciente el que tiene que estabilizar su rodilla desde el muslo y el fisioterapeuta se centra en la ejecución de la técnica con cualquiera de las técnicas de frotación profunda.

2.4.5. Musculatura eversora del pie

Posición del paciente	Decúbito supino con pierna extendida.	 
Posición del terapeuta	Homolateral y finta craneal.	
Colocación de las manos y ejecución de la técnica	<i>Presión + Movimiento:</i> Presión con pulgar o dedo reforzado en el punto doloroso de musculatura eversora del pie y solicitar inversión y eversión. <i>Frotación longitudinal + movimiento:</i> Igual, pero realizando una frotación longitudinal a las fibras del músculo y deslizándose en ese sentido, hacia pie o rodilla. Se puede sincronizar al movimiento del paciente. <i>Frotación transversal + movimiento:</i> Igual, pero realizando una frotación transversal a las fibras del músculo.	



También se puede hacer en **decúbito lateral** y con el pie fuera de la camilla.

2.5. Masaje con aparatos

Practicaremos en clase el masaje con aparate vibradores sobre la musculatura paravertebral, lumbar, glúteos y piernas. Se podrá emplear tanto para hacer técnicas más superficiales, como con un poco más de presión, técnicas profundas.

Práctica 3. Masaje en abdomen y Técnica Neuromuscular (TNM)

Esta práctica se dividirá en dos bloques, un primer bloque que dedicaremos a conocer las técnicas de masaje en el abdomen, un segundo bloque donde abordaremos las técnicas específicas para reducir el estreñimiento y la aerofagia y una tercera parte donde daremos unos matices de la técnica neuromuscular, una de las técnicas especiales de masaje que hemos visto en el apartado teórico.

3.1. Masaje en abdomen

El masaje del abdomen se limitaría a las maniobras básicas del masaje, ya vistas en las prácticas 1 y 2, aplicadas a los músculos **recto del abdomen, transverso del abdomen y oblicuos externo e interno**. A parte de sus funciones principales en el movimiento y la estabilidad, estos músculos ayudan a la espiración forzada. Los puntos gatillo de estos músculos pueden remitir dolor a la región de las vísceras y de manera recíproca, los trastornos viscerales pueden provocar dolor en la musculatura abdominal, que puede persistir incluso después de que se haya solucionado dicho trastorno. Estos músculos también pueden referir dolor en la región lumbar.

Para realizar el masaje en el abdomen es útil realizar técnicas de masaje más superficiales para estimular el riego sanguíneo local y relajar la musculatura superficial y después ya practicar una terapia manual más profunda sobre músculos específicos como es el caso del tratamiento de los puntos gatillo que se verá en otras asignaturas del grado. Este trabajo superficial puede incluir técnicas de masaje como son el rozamiento o frotación y el estiramiento miofascial.

3.1.1. Rozamiento o frotación

Posición del paciente	Decúbito supino preferentemente con las rodillas dobladas.	
Posición del fisioterapeuta	De pie, en posición de marcha al lado de una de las caderas del paciente.	
Colocación de las manos	Encima del abdomen y oblicuos, planas e intentando mantener el máximo contacto posible.	
Ejecución de la técnica	Realizamos rozamientos suaves transversales a las fibras del recto para estimular la región de la piel.	

3.1.2. Estiramiento miofascial del abdomen

Posición del paciente	Decúbito supino preferentemente con las rodillas dobladas.	
Posición del fisioterapeuta	De pie, en posición de marcha al lado de una de las caderas del paciente.	
Colocación de las manos	Colocamos una mano plana sobre el abdomen superior, en el lado próximo al paciente, descansando los dedos en la zona inferior a la parrilla costal. Cruzamos la otra mano sobre la primera colocándola sobre el abdomen inferior en el lado contralateral, el más alejado del paciente, con los dedos sobre la EIAS.	
Ejecución de la técnica	Hundimos las manos en el tejido hasta que contactamos con la fascia superficial del abdomen y presionamos con las manos en direcciones opuestas, sin deslizarlas sobre la piel. Mantener la posición hasta su liberación y repetir esta técnica en el otro lado.	

3.2. Masaje para estreñimiento y aerofagia

Aunque la evidencia no es concluyente en relación con los efectos sobre el peristaltismo de este tipo de masaje, aprenderemos a aplicarlo de forma correcta que se ha estudiado hasta la fecha, al menos, hasta que se rechace la técnica. Antes que nada, deberemos tener en cuenta unas premisas previas que son:

1. Las maniobras se realizarán en el sentido de las agujas del reloj.
2. Las maniobras comienzan en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen, donde se encuentra el colon sigmoide y abordan todo el intestino grueso y colon con sus maniobras.
3. Habrá que tener especial precaución con las maniobras aplicadas sobre la aorta abdominal por riesgo de romperla ante un posible aneurisma (Imagen 2).
4. El paciente se colocará en decúbito supino con las piernas flexionadas.
5. El fisioterapeuta se colocará en posición de marcha, al lado izquierdo del paciente (o al derecho si lo prefiere, pero siempre del mismo lado)
6. El masaje tendrá una duración aproximada de 15-20 minutos.

7. La pauta de este masaje será inicialmente diario y posteriormente semanal para mantenimiento.
8. Deberán haber pasado un mínimo de 2 horas tras haber ingerido algún alimento, es decir, el tiempo de digestión.

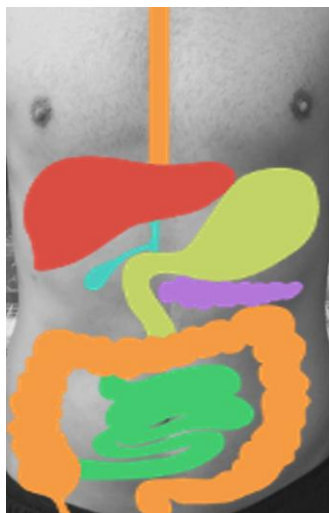


Imagen 2. Recordatorio de la anatomía del sistema digestivo.

3.2.1. Protocolo de masaje para estreñimiento

La posición del fisioterapeuta y del paciente no cambiarán durante todo el masaje, así que nos centraremos en explicar las características de los movimientos realizados. Las maniobras serán las siguientes y deberán seguir este orden (12 pasos):

Paso 1	Pases cutáneos sedantes (effleurage superficial). Con las yemas de los dedos y los dedos ligeramente separados rozamos la piel de forma superficial en sentido longitudinal.	
Paso 2	Vaciado venoso. Previene el éxtasis venoso por la hiperemia producida por el resto de las maniobras del masaje. Consiste en realizar rozamientos con la palma de las manos en forma de coma con cierta presión y dirección centrípeta.	
Paso 3	Amasamiento digital. Siguiendo la dirección del colon ascendente, transversal y descendente. Con las yemas de los dedos ligeramente separados entre sí con la mano en posición cóncava. Actúa sobre la piel en forma de fricción y sobre el músculo en forma de amasamiento. Presión-descompresión-tracción de los tejidos: "bombeo".	

Paso 4	Amasamiento en pinza (pinza palmar-digital). Presa palmar digital, modulación de la intensidad en función de la edad y estructura. No sobrepasar el umbral de sensibilidad dolorosa.	
Paso 5	Fricciones circulares. De derecha a izquierda (siguiendo recorrido de colon ascendente, transverso y descendente). Con toda la mano.	
Paso 6	Cachete compresivo giratorio. Esta maniobra se realiza con los dedos índice y pulgar. Dedo índice flexionado y dedo pulgar se apoya en la segunda falange del dedo índice al que utiliza de apoyo. Colocamos la segunda falange del dedo índice sobre el colon ascendente y realizaremos pequeños círculos hacia el exterior, finalizando con una pequeña fricción de "arrastre". Las manos actúan alternadamente. Compresión + giro con el objetivo de separar las heces y arrastrarlas. Empezaremos con intensidad superficial, y posteriormente más profunda sin resultar dolorosa. Repetir la maniobra 3 veces. Modulación de la intensidad en función de la edad y estructura.	 
Paso 7	Cachete dorsal con giro palmar. Se coloca la mano semi-cerrada de manera que el hueco que forma el dedo índice lo cubra el dedo pulgar. Se aplica la región dorsal de la mano sobre la zona a tratar realizando después un giro interno mientras se presiona. Una vez girada la mano, se desciende suavemente a modo de frotación, tomando primero contacto con la zona la eminencia hipotenar, para continuar con el resto de la palma y dedos. Esta maniobra tiene función de arrastre. Se debe seguir el sentido del colon ascendente, transverso y descendente. Repetir 3 veces y modular la intensidad al paciente sin que resulte dolorosa.	  

Paso 8	Vibraciones. Para estimular la inervación del abdomen, así como la movilidad del contenido intestinal. Realizar la vibración en tiempo espiratorio. Dedos pulgares: colon ascendente, resto de dedos: colon descendente.	
Paso 9	Effleurage superficial (ir repitiéndolo a lo largo del masaje)	Ver Paso 1.
Paso 10	Vaciado venoso (ir repitiéndolo a lo largo del masaje)	Ver Paso 2.
Paso 11	Tecledeos. Con la yema de los dedos. Relajan la musculatura abdominal y tonifican el intestino aumentando su motilidad.	
Paso 12	Effleurage superficial (ir repitiéndolo a lo largo del masaje)	Ver Paso 1.

3.2.2. Protocolo de masaje para la aerofagia

En el protocolo de aerofagia se llevarán a cabo las mismas maniobras que en el estreñimiento, pero se le añadirá la técnica de "**vaciado del estómago**", en sentido craneal. Para llevarla a cabo se colocará la mano derecha apoyada con el borde cubital en forma de "U" sobre la región suprapúbica y se deslizará en dirección proximal, de forma lenta hasta que las yemas de los dedos contacten con el reborde costal del paciente. Durante todo el trayecto la mano no deja de tomar contacto con el abdomen ni disminuirá la presión con la que se empezó desde el pubis. Mediante esta técnica intentamos llevar los gases por medio de la presión manual hasta la cámara gástrica. Seguidamente colocamos la mano izquierda perpendicularmente sobre el epigastrio entre el reborde costal y la mano derecha en forma de "U". Practicaremos presiones suaves y repetidas sobre varios puntos del epigastrio, sobre todo en el lado izquierdo que es donde se encuentra la cámara gástrica. Esta técnica se adaptará también a la edad y estructura del paciente y no debe ser dolorosa.



3.3. Técnica neuromuscular (TNM)

Esta técnica pretende normalizar el tejido miofascial del aparato locomotor. Es un método para preparar los tejidos blandos para otras técnicas más intensas. No se usarán o se usará en cantidades mínimas lubricante, no se aplicará sobre rebordes óseos (por ejemplo, las espinosas) y se aplicará a una velocidad lenta de 5-8 cm/seg. Se debe de hacer a una presión que, aunque sea molesta no resulte desagradable para el paciente, pero deberemos acercarnos a una presión "cercana al rechazo". Después de la técnica puede aparecer eritema transitorio. Veremos las siguientes maniobras:

Empezaremos por la **"Maniobra básica o Técnica del pulgar"** aplicada por ejemplo a la región espinal:

Posición del paciente	En decúbito prono en la camilla.	
Posición del fisioterapeuta	En un lateral del paciente (homolateral preferentemente pero también se puede c/L si fuese más cómodo).	
Colocación de las manos	Una mano plana fija el tejido miofascial en la parte de abajo donde se va a llevar la maniobra y la otra realiza la técnica que describiremos a continuación.	
Ejecución de la técnica	El dedo gordo irá hacia el resto de los dedos. Posteriormente se describe una técnica para adaptarse a recovecos más pequeños que es la	

	técnica del dedo índice reforzado por el dedo medio (por ejemplo, para la región de los intercostales). Otras adaptaciones para regiones de más volumen sería hacerlo con el talón de la mano e incluso con el codo.	
--	--	--

Continuaremos por una maniobra diagnóstica y de tratamiento como es la técnica de **"Pinzado rodado o pinza termino-digital"**:

Posición del paciente	En decúbito prono en la camilla.	
Posición del fisioterapeuta	En un lateral del paciente (homolateral preferentemente pero también se puede c/L si fuese más cómodo).	
Colocación de las manos	Con ambas manos se pinza sin presionar mucho la piel inferior de la región que queremos inspeccionar.	
Ejecución de la técnica	Cogeremos la piel y el tejido miofascial e iremos arrastrándola de la parte más inferior a la superior de la espalda "haciendo rulitos". Pretende detectar disfunciones que pueden provocar hipersensibilidad a la palpación.	

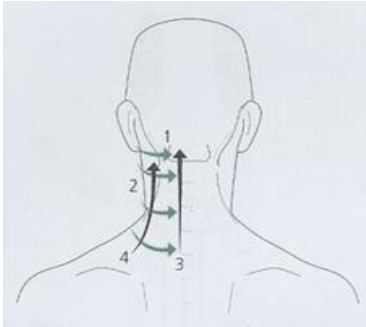
Maniobra de **"Presión estática"**:

Posición del paciente	En decúbito prono en la camilla.	
Posición del fisioterapeuta	En un lateral del paciente (homolateral preferentemente pero también se puede c/L si fuese más cómodo).	
Colocación de las manos	Se colocará el dedo en los puntos de mayor condensación de tensión del tejido o puntos gatillo.	
Ejecución de la técnica	Presión intensa mantenida entre 10 segundos y 2 minutos, hasta que disminuya la sensación de dolor o se reduzca la barrera física.	

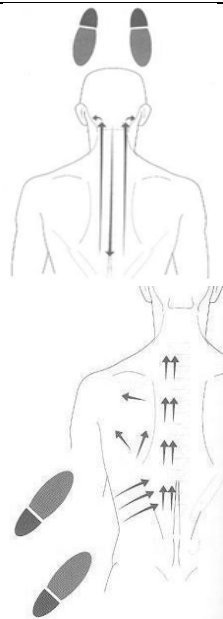
A continuación, veremos los distintos protocolos de aplicación en la espalda.

3.3.1. Protocolo para cervicales

Este protocolo constará de 3 trazos transversales y 2 longitudinales en los surcos fasciales paravertebrales:

Paso 1	Trazo transversal de mastoides a protuberancia a occipucio. Pasando por el borde occipital donde se insertan el trapecio y esplenios del cuello.	
Paso 2	Trazos transversales a la musculatura erectora del cuello.	
Paso 3	Trazos ascendentes (longitudinales) sobre la musculatura corta cervical.	
Paso 4	Trazos ascendentes (longitudinales) sobre la musculatura larga. Más laterales.	

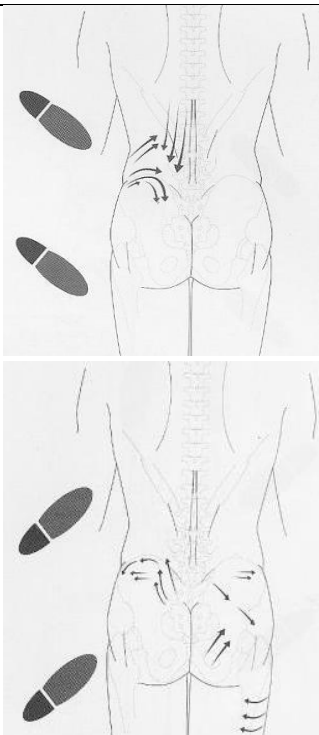
3.3.2. Protocolo para torácica

Paso 1	Trazo bilateral longitudinal con ambos pulgares desde T12 a occipucio. Nos colocaremos en la cabeza del paciente, haremos ese trazo y al final un leve giro hacia la mastoides.	
Paso 2	Trazos descendentes por las espinosas. Sin mucha presión, lento y sin provocar dolor. También desde la cabeza del paciente.	
Paso 3	Trazos sobre el borde de la escápula. Trazos desde el ángulo inferior de la escápula al borde espinal del superior y hacia el borde externo.	
Paso 4	Trazos longitudinales y transversales o pinza rodada sobre el infraespinoso.	
Paso 5	Técnica del índice sobre los espacios intercostales de debajo de la escápula.	

Repetiremos las mismas maniobras en el lado derecho.

3.3.3. Protocolo para lumbar

Paso 1	Trazo longitudinal con ambos pulgares desde L1 a L4. Nos colocaremos homolaterales al paciente dirección glúteo.	
--------	---	--

	Podemos hacer desde ese lado el tratamiento de los dos lados.	
Paso 2	Técnica de dedo índice por las costillas inferiores. También se puede hacer con la técnica de puño cuando se llega al cuadrado lumbar.	
Paso 3	Trazos sobre el borde de la cresta ilíaca. Desde EIAS a EIPS. Con maniobra básica, técnica de puño o mano reforzada.	
Paso 4	Maniobra básica desde el vértice del sacro a EIPS. Hacia la inserción del glúteo mayor.	
Paso 5	Maniobra básica desde EIPS a inserción del tensor de la fascia lata. Esta se puede fusionar con la anterior.	
Paso 6	Frotaciones bilaterales con manos abiertas sobre la región glútea.	
Paso 7	Maniobra de presión estática con el codo sobre el piramidal.	
Paso 8	Trazos transversales sobre la fascia lata.	

Repetiremos las mismas maniobras en el lado derecho.

Práctica 4. técnicas de masaje especiales: Cyriax y técnica de ganchos de Richellis

4.1. Técnica de Cyriax

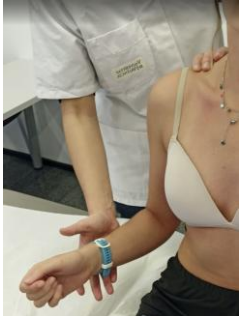
A lo largo de estas maniobras, es posible que el paciente no sea capaz de realizar el estiramiento, entonces deberíamos hacerlo nosotros cambiando nuestra mano más proximal para el estiramiento y la más distal para el tratamiento. Realizar en zona exacta de la lesión y del dolor. Transversal no circular. Presión por medio del dedo del terapeuta sobre tejidos subyacentes lesionados. Friccionar y no presionar. Perpendicular a las fibras.

Los objetivos de la aplicación de esta técnica serán conservar el movimiento más fisiológico posible en el interior de la estructura lesionada, inhibir la formación de cicatrices y tejido cicatricial anormal, evitar la formación de adherencias entre las fibrillas y los distintos tejidos y facilitar la producción de tejido colágeno perfectamente orientado que resista el estrés mecánico.

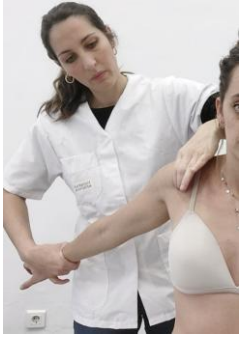
4.1.1. Músculo supraespinoso

Posición del paciente	En sedestación en la camilla o en silla con la zona descubierta.	
Posición del terapeuta	Tras el paciente.	
Colocación de las manos	Localizamos la inserción del tendón a la altura del troquiter del húmero. Para ello, vamos a pedir al paciente una abducción isométrica para aislar al supraespinoso. La zona que tratar debe estar lo más localizada posible, que normalmente coincide con el punto de mayor dolor.	
Ejecución de la técnica	Una vez localizada la zona a punta de dedo, con nuestra otra mano vamos a realizar un ligero estiramiento del músculo supraespinoso, y para ello, colocaremos el brazo del paciente en aducción y rotación interna por lo que llevaremos su brazo por detrás de la espalda en dirección al hueso iliaco contralateral. Una vez puesto en tensión la estructura nos disponemos a realizar el masaje de Cyriax. Para finalizar el fisioterapeuta llevaremos el brazo totalmente relajado a la posición de reposo inicial.	

4.1.2. Músculo infraespinoso

Posición del paciente	En sedestación en la camilla o en silla con la zona descubierta.	 
Posición del terapeuta	Tras el paciente.	
Colocación de las manos	Localizamos la inserción del tendón a la altura del troquíter del húmero. Para ello, vamos a pedir al paciente una rotación externa isométrica para aislar al infraespinoso. La zona a tratar debe estar lo más localizada posible, que normalmente coincide con el punto de mayor dolor.	
Ejecución de la técnica	Una vez localizada la zona a punta de dedo, con nuestra otra mano vamos a realizar un ligero estiramiento del músculo infraespinoso, y para ello, colocaremos el brazo del paciente en aducción y rotación interna, para ello, o bien el mismo o nosotros colocando nuestra otra mano en su codo llevaremos su brazo por delante en dirección a su otro hombro. Una vez puesto en tensión la estructura nos disponemos a realizar el masaje de Cyriax. Para finalizar el fisioterapeuta llevaremos el brazo totalmente relajado a la posición de reposo inicial.	

4.1.3. Tendón-Músculo bíceps braquial

Posición del paciente	En sedestación en la camilla o en silla con la zona descubierta.	
Posición del terapeuta	Tras el paciente.	
Colocación de las manos	Lo primero que tenemos que hacer es localizar el tendón tanto de la porción larga como de la corta. La porción larga pasa a la altura del canal intertroquiterario del húmero hacia el tubérculo supraglenoideo del omoplato. La porción corta se origina en la apófisis coracoides del omoplato. A continuación, vamos a pedir al paciente una flexión de codo isométrica para aislar al tendón a tratar.	

Ejecución de la técnica	Una vez localizada la zona a punta de dedo, con nuestra otra mano vamos a realizar un ligero estiramiento del músculo bíceps, y para ello, colocaremos el brazo del paciente en extensión de codo y hombro con ligera rotación interna. Una vez puesto en tensión la estructura nos disponemos a realizar el masaje de Cyriax. Para finalizar el fisioterapeuta llevaremos el brazo totalmente relajado a la posición de reposo inicial. En caso de tener la afectación en el vientre muscular del bíceps, realizaremos la maniobra con el músculo en acortamiento y una vez allí también con nuestro segundo y tercer dedo aplicaríamos Cyriax.	
--------------------------------	--	---

4.1.4. Tríceps

Posición del paciente	Paciente en sedestación en la camilla o en silla con la zona descubierta.	
Posición del terapeuta	Delante del paciente.	
Colocación de las manos	Lo primero que tenemos que hacer es localizar del tendón. Para ello colocaremos los dedos a la altura del olécranon para palpar el tendón del tríceps y le pediremos una extensión de codo isométrica para localizar el punto doloroso.	
Ejecución de la técnica	Una vez localizada la zona a punta de dedo, con nuestra otra mano vamos a realizar un ligero estiramiento del músculo tríceps, y para ello, colocaremos el brazo del paciente en flexión de codo por detrás de su cabeza. Una vez puesto en tensión la estructura nos disponemos a realizar el masaje de Cyriax. Para finalizar el fisioterapeuta llevaremos el brazo totalmente relajado a la posición de reposo inicial.	

4.1.5. Músculos extensores radiales del carpo

Posición del paciente	En decúbito supino con brazo extendido y con la palma de la mano mirando hacia el techo o hacia la camilla. O bien sentado con el codo apoyado.	
Posición del terapeuta	Sedestación frente al paciente.	

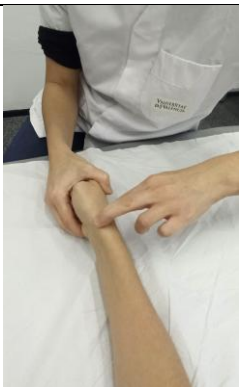
Colocación de las manos	Primero localizamos la zona de los tendones de los extensores radiales del carpo entre el epicóndilo humeral y el radial. A continuación, le pediremos al paciente que realice una contracción isométrica contra resistencia y localizamos la zona dolorosa.	
Ejecución de la técnica	Seguidamente colocaremos la muñeca a flexión palmar y desviación cubital con el fin de poner en estiramiento los radiales del carpo. Una vez en estiramiento realizaremos la maniobra de Cyriax en la zona a tratar con nuestro segundo y tercer dedo.	

4.1.6. Tendón flexor cubital del carpo (parte inferior del pisiforme)

Posición del paciente	En decúbito supino con brazo extendido y con la palma de la mano mirando hacia el techo o hacia la camilla. O bien sentado con el codo apoyado.	
Posición del terapeuta	Sedestación frente al paciente.	
Colocación de las manos	En primer lugar, realizaremos una contracción isométrica del flexor cubital del carpo para localizar la zona dolorosa. Para ello le pediremos una desviación cubital contra resistencia. Una vez localizado el tendón entre la estiloides cubital y el quinto meta, colocaremos el segundo y tercer dedo encima del tendón.	
Ejecución de la técnica	Llevaremos la muñeca a desviación radial con el fin de estirar las estructuras. Por último, realizaremos la maniobra de Cyriax en la zona a tratar.	

4.1.7. Tenosinovitis D´Quervain (abductor largo y extensor corto)

Posición del paciente	En decúbito supino con brazo extendido y con la palma de la mano mirando hacia el techo o hacia la camilla. O bien sentado con el codo apoyado.	
Posición del terapeuta	Sedestación frente al paciente.	
Colocación de las manos	En primer lugar, realizaremos una contracción isométrica del abductor largo y extensor corto del pulgar para localizar la	

	zona dolorosa. Para ello le pediremos una extensión del pulgar con abducción.	
Ejecución de la técnica	Una vez localizado el tendón entre la estiloides radial y el primer meta, colocaremos el segundo y tercer dedo encima del tendón y llevaremos la muñeca junto con el dedo pulgar a desviación cubital con el fin de estirar las estructuras. Por último, realizaremos la maniobra de Cyriax en la zona a tratar.	

4.1.8. Músculos gemelos

Posición del paciente	En decúbito prono con ligera flexión de rodilla y apoyándose en la pierna del fisioterapeuta que se colocara en el lado del gemelo a tratar.	
Posición del terapeuta	En los pies del paciente con la rodilla subida en la camilla.	
Colocación de las manos	En esta posición le pediremos al paciente que realice una flexión plantar contra resistencia, produciendo de esta forma la contracción de los gemelos. Localizamos la zona a tratar.	
Ejecución de la técnica	Realizamos la maniobra de Cyriax en la zona a tratar con nuestro segundo y tercer dedo en el vientre muscular.	

4.1.9. Tendón de Aquiles

Posición del paciente	En decúbito prono con ligera flexión de rodilla y apoyándose en la pierna del fisioterapeuta que se colocara en el lado del gemelo a tratar.	
Posición del terapeuta	En los pies del paciente con la rodilla subida en la camilla.	
Colocación de las manos	En esta posición le pediremos al paciente que realice una flexión plantar mediante una contracción isométrica, produciendo de esta forma la contracción de los gemelos y del tendón del tríceps sural. Localizamos la zona a tratar en el tendón que será el punto de mayor dolor.	
Ejecución de la técnica	Realizamos la maniobra de Cyriax en la zona a tratar con nuestro segundo y tercer dedo en el vientre muscular.	

4.1.10. Músculo recto anterior

Posición del paciente	En sedestación en la camilla (también se podría en decúbito lateral)	
Posición del terapeuta	En sedestación en el lado del músculo a tratar.	
Colocación de las manos	Le pedimos al paciente que realice una contracción isométrica del cuádriceps para localizar el punto de la lesión. Para ello, colocaremos la mano caudal a la altura del tercio inferior de la tibia donde realizaremos la resistencia y el paciente realizara la contracción isométrica consiguiendo de esta forma aislar el tejido lesionado. Localizamos con la mano craneal la zona del del músculo del recto anterior lesionado y las fibras a tratar.	
Ejecución de la técnica	Una vez localizada la zona se le pide que relaje el músculo a la vez que realizamos la maniobra de Cyriax con nuestro segundo y tercer dedo.	

4.1.11. Tendón cuadriceps

Posición del paciente	En sedestación en la camilla (también se podría en decúbito lateral)	
Posición del terapeuta	En sedestación en el lado del músculo a tratar.	
Colocación de las manos	Le pedimos al paciente que realice una contracción isométrica del cuádriceps para localizar el punto de la lesión. Para ello, colocaremos la mano caudal a la altura del tercio inferior de la tibia donde realizaremos la resistencia y el paciente realizara la contracción isométrica consiguiendo de esta forma aislar el tejido lesionado. Localizamos con la mano craneal la zona del tendón cuadriceps lesionado y las fibras a tratar.	
Ejecución de la técnica	Una vez localizada la zona se le pide que relaje el músculo a la vez que realizamos la maniobra de Cyriax con nuestro segundo y tercer dedo.	

4.1.12. Tendón rotuliano

Posición del paciente	En sedestación en la camilla (también se podría en decúbito lateral)	
------------------------------	--	--

Posición del terapeuta	En sedestación en el lado del músculo a tratar.	
Colocación de las manos	Le pedimos al paciente que realice una contracción isométrica del cuádriceps para localizar el punto de la lesión. Para ello, colocaremos la mano caudal a la altura del tercio inferior de la tibia donde realizaremos la resistencia y el paciente realizara la contracción isométrica consiguiendo de esta forma aislar el tejido lesionado. Localizamos con la mano craneal la zona del tendón rotuliano lesionado y las fibras a tratar.	
Ejecución de la técnica	Una vez localizada la zona se le pide que relaje el músculo a la vez que realizamos la maniobra de Cyriax con nuestro segundo y tercer dedo.	

4.1.10. Músculos isquiotibiales (con el codo)

Posición del paciente	En decúbito prono.	
Posición del terapeuta	Homolateral al lado a tratar.	
Colocación de las manos	Le pedimos al paciente que realice una contracción isométrica de los isquiotibiales para localizar el punto de la lesión. Para ello, colocaremos la mano caudal a la altura del talón de Aquiles donde realizaremos la resistencia y el paciente realizara la contracción isométrica consiguiendo de esta forma aislar el tejido lesionado. Localizamos con la mano craneal la zona del músculo o tendón lesionada y las fibras a tratar.	
Ejecución de la técnica	Una vez localizada la zona se le pide que relaje el músculo y llevando el músculo al acortamiento, para ello, realizaremos una flexión de rodilla a la vez que realizamos la maniobra de Cyriax con nuestro segundo y tercer dedo.	

4.2. Técnica de Richellis

Veremos 5 técnicas:

La técnica de “**trazos longitudinales paravertebrales**” (superficiales y profundos)

Posición del paciente	En decúbito prono en la camilla.	
Posición del fisioterapeuta	En un lateral del paciente.	
Colocación de las manos	Ambas manos sujetando el “gancho”, con una de ellas, sujetamos la parte redonda y con la parte del gancho orientamos el sentido del gancho.	
Ejecución de la técnica	Deslizamiento suave de inferior a superior, haciendo más presión al subir y menos al bajar (vuelta pasiva).	

La técnica de trazos transversales o “**ganqueo lumbar**”.

Posición del paciente	En decúbito prono en la camilla.	
Posición del fisioterapeuta	En un lateral del paciente (contralateral).	
Colocación de las manos	Ambas manos sujetando el “gancho”, con una de ellas, sujetamos la parte redonda y con la parte del gancho orientamos el sentido del gancho.	
Ejecución de la técnica	Deslizamiento transversal al cuadrado lumbar haciendo función de gancho con la parte redondeada.	

Técnica para “**superficies grandes**” (cuádriceps, TFL)

Posición del paciente	En decúbito supino en la camilla con leve flexión.	
Posición del fisioterapeuta	En un lateral del paciente (homolateral) con la dirección del cuerpo hacia los pies del paciente.	
Colocación de las manos	Con ambas manos sujetamos el gancho en forma de martillo por su parte externa.	
Ejecución de la técnica	Con la cara del “martillo” (no con la del gancho) hacemos pases al	

	principio más superficiales y rápidos y después más profundos. Se va jugando con los cantos del gancho, la dirección es céfalo-caudal bajando por la pierna con el canto que queda más distal al terapeuta y volviendo de forma pasiva con el canto más proximal.	
--	--	--

Técnica de “gancheo” (cervicales y trapecios)

Posición del paciente	En sedestación.	
Posición del fisioterapeuta	Colocado detrás del paciente para monitorizar el movimiento.	
Colocación de las manos	Una mano sujetando el gancho a la altura del trapecio y la otra en la cabeza del paciente para dirigir el movimiento.	
Ejecución de la técnica	Partiendo de la clavícula, traccionaremos hacia atrás hasta que no se pueda más de esta forma tendremos sujeto con el gancho el músculo de trapecio. Una vez el músculo está sujeto por el gancho realizaremos movimientos circulares cervicales en dirección a la axila contraria que pueden ser pasivos dirigiendo la cabeza del paciente o se le puede solicitar al paciente el movimiento activo (técnica dinámica).	

Técnica para “gemelos”

Posición del paciente	En decúbito prono en la camilla.	
Posición del fisioterapeuta	En un lateral del paciente (homolateral al tratamiento). Mantenemos la flexión de rodilla del paciente apoyándola sobre nuestro muslo que reposa mediante la rodilla sobre la camilla.	

Colocación de las manos	Con ambas manos sujetamos el "gancho en forma de martillo" por su parte externa.	 
Ejecución de la técnica	Moveremos el gancho de forma ascendente del tendón de Aquiles al hueco poplíteo, la parte con forma de gancho quedará en la región medial del paciente. Subimos por gemelo externo en diagonal, perpendicular a las fibras del mismo, volteamos a la altura de la corva y bajamos hacia tendón.	

Técnica de "**percusión**" aplicada en punto doloroso en codo o en fascitis.

Posición del paciente	En decúbito prono en la camilla con el punto donde vamos a realizar la percusión estable.	  
Posición del fisioterapeuta	Homolateral al paciente.	
Colocación de las manos	Con una mano sujetamos el gancho en forma de T (pequeño) con sus asas longitudinales a las fibras del músculo que se va a tratar, con la otra sujeto el gancho con forma de martillo.	
Ejecución de la técnica	Realizamos pequeñas percusiones con el "gancho martillo" sobre el "gancho T" a una presión soportable para el paciente. En el caso de la fascitis podemos asociarlo a estiramiento.	

Referencias

1. Cassar, M. P. 2001. "Manual De Masaje Terapéutico." *Madrid: Editorial Mc Graw-Hill.*
2. Clay, James H., Vicki Overman, and David M. Pounds. 2004. *Masoterapia Clínica Básica: Integración Terapéutico-anatómica.* McGraw-Hill Interamericana de España.
3. Fritz, Sandy. 2001. *Fundamentos Del Masaje Terapéutico.* Paidotribo.
4. Torres, M., and I. Salvat. 2006. "Guía De Masoterapia Para Fisioterapeutas." *Madrid: Médica Panamericana.*
5. Vazquez, J. 1996. "El Masaje Terapéutico y Deportivo." *Madrid: Mandala Ediciones.*