

MANIPULACIÓN ARTICULAR

1.- ¿Qué es?

La manipulación articular consiste en la movilización pasiva con impulso de una articulación vertebral o periférica.

2.- ¿Para qué sirve?

Pretende aliviar el dolor y mejorar la limitación de la movilidad local provocada por la disfunción de la articulación y sus elementos relacionados.

La mejoría de los síntomas (dolor y rigidez) permite una incorporación a las actividades cotidianas y la ejecución de ejercicios de forma precoz, para prevenir o evitar consecuencias sobre la capacidad funcional de la articulación del paciente. Aumenta la independencia y autonomía del paciente, haciéndolo participe de su propia curación.

3.- ¿Cómo se realiza?

Esta maniobra se realiza a partir de una posición denominada “puesta en tensión”, y a continuación el rehabilitador realiza una manipulación sobre la articulación, que ocasiona un breve y súbito impulso que puede acompañarse de un chasquido (su ausencia no implica ineficacia).

La maniobra no debe ser dolorosa y se realiza de forma controlada, sin sobrepasar los límites de la estabilidad o congruencia articular. Puede ser vertebral o periférica (fuera de la columna vertebral).

Las consecuencias de no realizar tal maniobra haría que no se aliviara el dolor ni mejorara la movilidad restringida con empeoramiento de la capacidad funcional para sus actividades cotidianas. Sería por lo tanto necesario realizar otro tipo de tratamiento alternativo de los que se describen posteriormente.

4.- ¿Cuáles son los riesgos?

Efectos secundarios

- Molestias locales en los tejidos adyacentes a la articulación tratada. Se resuelven en pocas horas o días, sin secuelas. Pueden requerir medicación.
- Sensación de cansancio y somnolencia (derivado del aumento de neurotransmisores endógenos que han sido constatados tras la manipulación).
- Mareo, síncope y accidentes cerebrovasculares (cervical).

Riesgos infrecuentes:

- Agravamiento de las lesiones con dolor intolerable, fractura costal o vertebral en el caso de osteoporosis grave, cialgia complicada con parálisis muscular en la pierna o pie, cervicobraquialgia complicada con parálisis de los músculos del antebrazo o mano.

Riesgos graves y extremadamente infrecuentes,

- Según la localización de la manipulación son: tetraplejía, paraplejía, síndrome de la cola de caballo (paraplejía con disfunción de esfínteres).
- En función de la situación clínica del paciente: hay antecedentes médicos o situaciones clínicas actuales o recientes, que debe comentar obligatoriamente a su médico: Embarazo. Toma de medicación, sobre todo anticoagulación oral. Portador de marcapasos cardíaco o neuroestimulador. Accidente vascular-cerebral. Fracturas recientes y antiguas. Vértigos o mareos.

Tras el tratamiento se deben evitar esfuerzos y movimientos bruscos, sin requerir reposo absoluto. En caso de pérdida de sensibilidad o de fuerza muscular, alteraciones visuales u otros síntomas que interprete como anormales, debe consultar inmediatamente con su médico.

5.- ¿Cuáles son las alternativas?

Tratamiento médico farmacológico con analgésicos o antiinflamatorios no esteroideos (por vía general, tópica u oral), infiltraciones articulares y musculares.

Si usted o alguna persona autorizada desean mayor información, no duden en consultar a su médico responsable o a cualquiera de los médicos del Servicio que le atienden.

RIESGOS PERSONALIZADOS

.....
.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ley 3/2001, Título II (D.O.G. 8/6/01), modificada por Ley 3/2005 (D.O.G. 21/3/05)

D./Dña. mayor de edad, con
D.N.I.:, vecino/a de calle
..... Nº,teléfono

MANIFIESTO:

Que he sido informado/a por el/la Dr./Dra. en
fecha/...../..... (y que me ha sido entregada una copia de la información) del procedimiento:
..... e igualmente de los beneficios que se esperan
y del tipo de riesgos que comporta su realización (complicaciones más frecuentes) y su no realización, así
como de las posibles alternativas según los medios asistenciales de este Centro.

Comprendo toda la información que se me ha proporcionado y mis dudas han sido aclaradas
satisfactoriamente.

CONSENTO:

A los facultativos del Servicio de a que me practiquen el
procedimiento referido (descrito en el anverso) y las pruebas complementarias necesarias. Soy conecedor/a
de que en caso de urgencia o por causas imprevistas podrán realizarse las actuaciones médicas necesarias
para mantenerme con vida o evitarme un daño.

Sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Por incapacidad o renuncia a la toma de decisión: Persona que autoriza (familiar o tutor legal)

D./Dña., con D.N.I.:
en calidad de

Firmo dos ejemplares en A CORUÑA, a de de

Firma del paciente

Firma del representante legal

Firma del facultativo

He decidido **REVOCAR** mi consentimiento respecto a la realización del procedimiento referido.

Firma del paciente
(o persona autorizada)

Firma del testigo

Firma del facultativo

(Firmar sólo en caso de revocar el consentimiento previo).

Fecha:/...../.....