

MANIPULACIÓN ARTICULAR

1.- Que é?

A manipulación articular consiste na mobilización pasiva con impulso dunha articulación vertebral ou periférica.

2.- Para que serve?

Pretende aliviar a dor e mellorar a limitación da mobilidade local provocada pola disfunción da articulación e os seus elementos relacionados.

A melloría dos síntomas (dor e rixidez) permite unha incorporación ás actividades cotiás e a execución de exercicios de forma precoz para previr ou evitar consecuencias sobre a capacidade funcional da articulación do paciente. Todo isto aumenta a independencia e autonomía do paciente, facéndoo participe da súa propia curación.

3.- Como se realiza?

Esta manobra realízase a partir dunha posición denominada “*posta en tensión*”, e a continuación o rehabilitador realiza unha manipulación sobre a articulación, que ocasiona un breve e súbito impulso que pode acompañarse dun chasquido (a súa ausencia non implica ineficacia).

A manobra non debe ser dolorosa e realízase de forma controlada, sen exceder os límites da estabilidade ou congruencia articular. Pode ser vertebral ou periférica (fora da columna vertebral).

As consecuencias de non realizar tal manobra faría que non se aliviaría a dor nin a mobilidade restrinxida con empeoramento da capacidade funcional para as súas actividades cotiás. Sería polo tanto necesario realizar outro tratamento alternativo dos que se describen posteriormente.

4.- Cales son os riscos?

Efectos secundarios

- Molestias locais nos tecidos adxacentes á articulación tratada. Resólvense en poucas horas ou días, sen secuelas. Poden requirir medicación.
- Sensación de cansazo e somnolencia (derivado do aumento de neurotransmisores endóxenos que foron constatados tras a manipulación).
- Mareo, síncope e accidentes cerebrovasculares (cervical).

Riscos infrecuentes

- Agravamento das lesións con dor intolerable, fractura costal ou vertebral no caso de osteoporose grave, ciatalxia complicada con parálise muscular na perna ou pé, cervicobraquialxia complicada con parálise dos músculos do antebrazo ou man.

Riscos graves e extremadamente infrecuentes

- Segundo a localización da manipulación son: tetraplejia, paraplexia, síndrome da cola de cabalo (paraplexia con disfunción de esfínteres).
- En función da situación clínica do paciente: hai antecedentes médicos ou situacións clínicas actuais ou recentes, que debe comentar obrigatoriamente ao seu médico: Embarazo. Toma de medicación, sobre todo anticoagulación oral. Portador de marcapasos cardíaco ou neuroestimulador. Accidente vascular-cerebral. Fracturas recentes e antigas. Vertixes ou mareos.

Tras o tratamento débense evitar esforzos e movementos bruscos, sen requirir repouso absoluto. En caso de perda de sensibilidade ou de forza muscular, alteracións visuais ou outros síntomas que interprete como anormais, debe consultar inmediatamente co seu médico.

5.- Cales son as alternativas?

Tratamento médico farmacolóxico con analxésicos ou antiinflamatorios non esteroideos (por vía xeral, tópica ou oral), infiltracións articulares e musculares.

Se vostede ou algunha persoa autorizada desexa maior información, non dubide en consultar ao seu médico/a responsable ou a calquera do persoal médico do Servizo que o atende.

RISCOS PERSONALIZADOS



CONSENTIMENTO INFORMADO

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

D./Dna. maior de idade, con
D.N.I.:, veciño/a de rúa
..... Nº, teléfono

MANIFESTO:

Que fun informado/a polo/pola Dr./Dra. en data/...../..... (e que me foi entregada unha copia da información) do procedemento: e igualmente dos beneficios que se esperan e do tipo de riscos que comporta a súa realización (complicacións máis frecuentes) e a súa non realización, así como das posibles alternativas segundo os medios asistenciais deste Centro.

Comprendo toda a información que se me proporcionou e as miñas dúbidas foron aclaradas satisfactoriamente.

CONSINTO:

Aos facultativos do Servizo de a que me practiquen o procedemento referido (descrito no anverso) e as probas complementarias necesarias. Son coñecedor/a de que en caso de urxencia ou por causas imprevistas poderán realizarse as actuacións médicas necesarias para manterme con vida ou evitarme un dano.

Sei que en calquera momento podo revogar o meu consentimento.

Por incapacidade ou renuncia á toma de decisión: Persoa que autoriza (familiar ou titor legal)

D./Dna., con D.N.I.:
en calidade de

Asino dous exemplares en A Coruña, a de de

Sinatura do/a paciente

Sinatura do/a representante legal

Sinatura do/a facultativo/a

*Decidín **REVOGAR** o meu consentimento respecto da realización do procedemento referido.*

Sinatura do/a paciente
(ou persoa autorizada)

Sinatura da testemuña

Sinatura do/a facultativo/a

(Asinar só en caso de revogar o consentimento previo).

Data:/...../.....