

**1. ¿Qué es?** Es una técnica manual que pretende aliviar el dolor y mejorar la limitación de la movilidad local provocada por la disfunción de la articulación y sus elementos relacionados.

**2. ¿Cómo se realiza?** Mediante la movilización pasiva con impulso de una articulación vertebral o periférica. Esta maniobra se realiza a partir de una posición denominada puesta en tensión a la que sigue el gesto manipulativo propiamente dicho, 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). Tras la manipulación el médico comprobará sus efectos y según la respuesta a este tratamiento continuará con sus recomendaciones y oportunas revisiones, así como la necesidad de repetir la técnica.

Se deben evitar esfuerzos y movimientos bruscos tras la manipulación, sin requerir reposo absoluto.

**3. ¿Cuáles son sus riesgos?**

- **Frecuentes (más del 10%):** 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).
- **Infrecuentes (menos de 10%):** en la mayoría de casos se deben a una mala indicación (falta de pruebas complementarias, en procesos infecciosos, neoplásicos o en fracturas) o a una mala técnica de movilización (inexperiencia o falta de formación del manipulador, maniobras forzadas o demasiado enérgicas). Riesgos raros, incluyen síncope, mareo y accidentes cerebrovasculares (cervical); agravamiento de las lesiones con dolor intolerable (hiperalgia); fractura costal o vertebral en el caso de osteoporosis grave; ciatalgia 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 tetraplejia, paraplejia, síndrome de la cola de caballo (paraplejia con disfunción de esfínteres).

**4. Consecuencias previsibles de su realización:** desaparición o alivio del dolor. Mejoría de la movilidad. Molestias locales y sensación de fatiga que se resuelven en poco tiempo y sin secuelas.

**5. Consecuencias previsibles de su no realización:** no aliviar el dolor ni la movilidad restringida. Necesidad de otros tratamientos. Empeoramiento de la capacidad funcional para sus actividades cotidianas.

**6. Alternativas:** tratamiento médico farmacológico con analgésicos o antiinflamatorios no esteroideos (por vía general, tópica (en piel o mucosas) u oral), infiltraciones articulares y musculares, y terapias físicas propias de Medicina Física y Rehabilitación. Puede que su médico/a ya haya probado dichos tratamientos sin el resultado deseado y/o que en su caso se encuentren contraindicados

**7. Riesgos en función de su situación:** embarazo; toma de medicación, sobre todo anticoagulación oral; portador de marcapasos cardiaco o neuroestimulador; accidente vascular cerebral; fracturas recientes y antiguas; vértigos o mareos. 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/a.

**Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.**

**DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

**DATOS PACIENTE**

APELLIDOS		NOMBRE	
DNI	Nº SIP	FECHA DE NACIMIENTO	

**DATOS REPRESENTANTE LEGAL**

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

**DATOS PROFESIONAL**

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

**AUTORIZACIONES:**

**Declaro que se me ha explicado el procedimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.**

**Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato.**

AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO

NO AUTORIZO

AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

NO AUTORIZO

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

**REVOCAIONES:**

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha \_\_\_\_\_

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS prestado en fecha \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

**RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN:**

Expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello impida que pueda dar mi consentimiento para la realización de este procedimiento, tal como he firmado en el apartado anterior.

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

*En caso de no convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deberán firmar padre y madre, en caso contrario el progenitor que la ostenta. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales*