



Manos Expertas



Manual Práctico

MANIPULACIONES VERTEBRALES



Doc. Marco Aruffo

www.ManosExpertas.es

Contenido

Introducción a las manipulaciones vertebrales	3
¿Qué son las manipulaciones vertebrales?	3
Las manipulaciones que te enseñaré se dividirán en tres fases:.....	4
Clasificación de las manipulaciones:.....	4
Campos de aplicación	4
Contraindicaciones.....	5
Contraindicaciones absolutas	5
Contraindicaciones relativas.....	6
“Red Flags” (Los indicadores de peligro ocultos entre los síntomas).....	6
Si tenemos alguna duda y estamos tratando de averiguar si existe el riesgo de una enfermedad grave	7
Si tenemos dudas acerca de la presencia de una lesión medular significativa	7
Si el paciente está tomando los siguientes medicamentos, se debe considerar un tratamiento diferencial y un diagnóstico diferencial.....	7
Valoración	8
Una buena historia clínica.....	8
Lectura del informe e interpretación de los diagnósticos instrumentales (RX, RM).....	9
Razonamiento clínico, pruebas funcionales y palpación	12
PARTE PRÁCTICA.....	15
Manipulación cervical alta C1 - C2 / C2 - C3.....	16
Manipulación Cervical Media C3 - C4 / C4 - C5	17
VARIACIÓN	18
Manipulación Cervical Baja C5 – C6 / C6 – C7	19
Manipulación Cervical-Torácica T1 - T3 (Manipulación semi-indirecta de desbloqueo)	20
Manipulación Cervical-Torácica C7 – T1 (Manipulación de desbloqueo a palanca larga)	21
Manipulaciones dorsales directas T1 – T12.....	22
Manipulación torácica “Dog Technique” T6 – T7	23
Variación: Sentado	24

Manipulación Dorso-Lumbar (Manipulación de desbloqueo a palanca larga)	25
Manipulación Dorso-Lumbar (Manipulación de desbloqueo a palanca corta)	26
Manipulación Lumbar a Palanca Corta Directa L1 – L5	27
Manipulación Lumbar a Palanca Larga L1 – L5 (S.I.) (Lumbar Roll)	28
Manipulación Sacroiliaca (Posteriorización) (Chicago Technique modificada)	29
Manipulación Sacroiliaca (anteriorización).....	30
Manipulación Sacro para anterolistesis y anteriorización sacro	31
PREGUNTAS FRECUENTES.....	32
CONCLUSIONES.....	33

Introducción a las manipulaciones vertebrales

¿Qué son las manipulaciones vertebrales?

La Manipulación es un movimiento pasivo de una o más articulaciones, que va más allá del límite fisiológico de la movilidad articular pasiva. Las manipulaciones vertebrales son movilizaciones pasivas forzadas que tienden a llevar los elementos de una articulación o un conjunto de articulaciones más allá de su movimiento habitual hasta el límite y no más allá de su movimiento anatómico.

Por lo tanto, las manipulaciones vertebrales consisten en movimientos de flexión, extensión, rotación y movimientos posteriores, y estos movimientos que el terapeuta realiza con sus manos pueden ser aislados o combinados pero siempre dirigidos al nivel o niveles de los segmentos vertebrales seleccionados. Como gesto terapéutico, sus indicaciones y contraindicaciones deben establecerse mediante una cuidadosa evaluación metabólica y específica de la enfermedad de cada paciente.

El diagnóstico debe ser siempre realizado por el médico y el terapeuta u otro médico que maneje la manipulación, a su vez debe hacer la evaluación meticulosa de su paciente antes de manipularla y este aspecto también es importante para determinar qué tipo de maniobras realizar.

Las técnicas de manipulación que te enseñaré tendrán que ser acompañadas por pruebas pre-manipulativas y evaluación post-manipulativa; esto es para ayudar tanto a ti como al paciente a darse cuenta de la eficacia de las técnicas realizadas y el razonamiento clínico realizado, a fin de modificarlo si es necesario.

Las manipulaciones que te enseñaré se dividirán en tres fases:

1. Establece la posición correcta tuya y del paciente: este primer paso es crucial y condiciona el éxito o fracaso de la manipulación.

2. Encontrar la llamada barrera de restricción: la barrera es esa resistencia que encontramos cuando pasamos pasivamente el segmento o segmentos articulares.

3. Ejecución del Thrust: es el impulso manipulador, es decir el empuje que se debe ejercer contra la barrera de restricción. Es un micromovimiento rápido acompañado casi siempre por un ruido que en jerga viene llamado "scroke".

Este ruido de esguince articular, según algunos estudios de investigación, se debe al fenómeno de cavitación en el que, debido a la separación de las superficies articulares, se forman pequeñas burbujas de gas disuelto en el líquido sinovial.

El empuje nunca debe superar el movimiento anatómico de las articulaciones porque podría ocasionar una dislocación y/o lesión músculo-esquelético.

Clasificación de las manipulaciones:

Manipulaciones directas: son todas aquellas manipulaciones realizadas con presión directa sobre las partes vertebrales llamadas apófisis torácicas y /o apófisis transversales.

Manipulaciones indirectas: son todas las manipulaciones a través de las cuales podemos mover la columna vertebral con las palancas de nuestro cuerpo como la pelvis, los hombros y la cabeza.

Manipulaciones semi-indirectas: son todas aquellas manipulaciones en las que podemos tener juntos tanto un punto sobre la columna, es decir la manipulación directa, como una palanca de nuestro cuerpo, típica de la manipulación indirecta.

Campos de aplicación

- ✓ Hernias y protrusiones discales, discopatía
- ✓ Cervicalgias, cervico-braquialgia, lumbalgias
- ✓ Dorsalgias, sacralgia, cruralgia, ciatalgía

El presente material es © 2017 por Dr. Marco Aruffo
Manipulaciones Vertebrales - Dr. Marco Aruffo

- ✓ Escoliosis, hiperlordosis, hipercifosis
- ✓ Falsa corrección de disimetría
- ✓ Neuralgias faciales
- ✓ Parestesia
- ✓ Resultados de un latigazo
- ✓ Dolor de origen neuropatológico
- ✓ Hemicranias y cefaleas
- ✓ Síndrome del túnel carpiano (Double Crush Syndrome)

NOTA: Con el fin de aplicar las manipulaciones vertebrales que te enseñó en este curso con fines terapéuticos, recibe siempre pacientes con exámenes instrumentales (RX, RMN, TAC) y con un diagnóstico. Además, consulta siempre la prueba de la médula espinal y el mapa del dolor que encontrarás más adelante en este manual, manipulando los segmentos vertebrales correspondientes al área de dolor que ves representada en los mapas.

Contraindicaciones

Aunque este es un curso para médicos y fisioterapeutas solamente, te invito a tomar las precauciones correctas antes de elegir manipular a tu paciente porque su salud siempre debe estar en primer lugar. Un aspecto fundamental que a menudo se pasa por alto es el diagnóstico médico y exámenes instrumentales como la RMN que tu paciente tiene que tener para poder excluir todas las contraindicaciones a la manipulación vertebral.

No debes por ningún motivo manipular sin un diagnóstico médico y sin haber visto los informes e imágenes de los exámenes instrumentales.

Contraindicaciones absolutas

- ✓ Todas las afecciones tumorales (primitivas o secundarias, benignas o malignas)
- ✓ Enfermedades infecciosas agudas o crónicas (espondilolistesis, artritis, etc)
- ✓ Traumas recientes (fracturas, laxaciones, distorsiones)
- ✓ Síndrome de la Cauda Equina
- ✓ Inestabilidad vertebral media y severa
- ✓ Enfermedades reumáticas

- ✓ Osteocondrosis juvenil
- ✓ Osteoporosis severa
- ✓ Siringomielia
- ✓ Radiculalgia con paresia
- ✓ Morbo de Pott (espondilitis por tuberculosis)
- ✓ Malformaciones de la unión cervico-occipital
- ✓ Signos de insuficiencia vertebral-basilar

Contraindicaciones relativas

- ✓ El paciente tiene miedo de las manipulaciones
- ✓ El terapeuta no domina perfectamente las técnicas
- ✓ Depresión y/o problemas psiquiátricos graves

“Red Flags”

(Los indicadores de peligro ocultos entre los síntomas)

- ✓ Una edad de inicio de dolores de menos de 20 años o más de 55 años
- ✓ Una historia reciente de traumas violentos (fracturas)
- ✓ Vértigo, náuseas
- ✓ Dolor constante, progresivo, dolor incómodo y no mecánico (que no se alivia con el reposo en la cama)
- ✓ Dolor en la columna torácica
- ✓ Una historia pasada de tumor maligno
- ✓ Uso prolongado de corticosteroides y otros medicamentos a largo plazo (cambios en la integridad ósea, función hepática y otros sistemas corporales)
- ✓ Abuso de drogas, uso de inmunosupresores y el VIH (riesgo de infección)
- ✓ Malestar general
- ✓ Pérdida de peso inexplicable
- ✓ Síntomas neurológicos generalizados (incluyendo síndrome de cauda equina)
- ✓ Deformidad estructural
- ✓ Fiebre y sudores nocturnos
- ✓ Cambios en el trastorno vesical o intestinal (retención urinaria particular e incontinencia fecal)

- ✓ Signos o síntomas de compresión de la médula ósea (entumecimiento sobre el perineo, incontinencia)

Esta es una lista bastante extensa, y aunque en presencia de un diagnóstico, tienes la responsabilidad de controlar estas áreas al evaluar a tus pacientes con dolor en la médula espinal.

Si tenemos alguna duda y estamos tratando de averiguar si existe el riesgo de una enfermedad grave

- ✓ Si tenemos alguna duda y estamos tratando de averiguar si existe el riesgo de una enfermedad grave
- ✓ El dolor es constante
- ✓ El dolor no está relacionado con el movimiento
- ✓ Presencia de espasmos severos
- ✓ La rigidez de la mañana dura más de 30 minutos
- ✓ Dolor intenso durante la noche
- ✓ Presencia de sudores nocturnos
- ✓ Historia de cáncer
- ✓ Fracturas o traumatismos recientes

Si tenemos dudas acerca de la presencia de una lesión medular significativa

- ✓ Los síntomas no corresponden a dermatomas
- ✓ Ataxia durante el andar
- ✓ Aumento de los reflejos (hiperreflexia)
- ✓ signo de Babinski Positivo o clon
- ✓ Cambios en la vejiga y trastornos intestinales
- ✓ Anestesia
- ✓ Debilidad progresiva global de los miembros superiores e inferiores

Si el paciente está tomando los siguientes medicamentos, se debe considerar un tratamiento diferencial y un diagnóstico diferencial

- ✓ Antidepresivos
- ✓ Anticoagulantes
- ✓ Esteroides orales
- ✓ Analgésicos fuertes
- ✓ Relajantes musculares
- ✓ Los opiáceos

Por supuesto, hay riesgos en la práctica manipulativa, pero existen en cualquier enfoque terapéutico. Un correcto diagnóstico y una cuidadosa evaluación previa a la manipulación asociada con una técnica adecuada definitivamente reducen el riesgo de accidentes que sin embargo deben considerarse excepcionales.

Los incidentes graves, como los causados por maniobras imprudentes en la insuficiencia vertebral latente, pueden causar el síndrome de Wallemborg (lesión de la arteria cerebelosa posterior e inferior) con cuadro clínico de lesión de bulbo lateral, así como la tetra y paraplejía se deben a maniobras incorrectas realizadas sobre el raquis con metástasis, mielomatosis, osteoporosis severa, enfermedad de Pott (espondilitis por tuberculosis), enfermedades hematológicas y metabólicas.

Valoración

- ✓ En la introducción hablamos sobre el complejo disfuncional por lo que ahora es importante entender cómo evaluar estas disfunciones vertebrales a través de:
- ✓ Una buena historia clínica
- ✓ Lectura del informe e interpretación de diagnósticos instrumentales (RX, RM)
- ✓ Razonamiento clínico, pruebas funcionales y palpación

Una buena historia clínica

Este es un aspecto clave para el éxito de nuestro tratamiento manipulativo porque entre más datos logres recoger durante la primera visita, más podrás hacer con eficacia y seguridad tu tratamiento. Obviamente, si eres un fisioterapeuta tendrás enfrente un paciente con un diagnóstico, si en cambio eres un médico puede que tengas que hacerlo tú. En ambos casos, es necesario efectuar una

valoración asociándola con el diagnóstico médico, pero ambos sirven para encuadrar al paciente a 360 ° y así poder determinar cuál es el mejor tratamiento de manipulación.

Lectura del informe e interpretación de los diagnósticos instrumentales (RX, RM)

El RX nos permite conocer el panorama general de la posible "deformidad estructural" presente en un contexto de detección de las "disfunciones" presentes, definiendo claramente las áreas de compromiso funcional de los discos intervertebrales.

La *radiología convencional*, aunque si sólo proporciona información sobre las estructuras óseas, sigue teniendo un papel preciso en la evaluación de las deformidades de la columna vertebral y la artrosis.

Cuando leemos el informe de una radiografía obviamente tenemos que tener en cuenta la presencia de deformidades como la escoliosis porque anticipa la presencia de disfunciones dolorosas reversibles que luego trataremos.

La RM (resonancia magnética) proporciona un buen marco sobre el "sufrimiento" de los discos intervertebrales y la presencia de hernias o protrusiones de disco.

La *resonancia magnética* es el único examen que permite el estudio directo, no sólo de los discos vertebrales e intervertebrales, sino también de la médula espinal, las raíces de la cauda equina y los espacios subaracnoideos.

Cuando leemos el informe de resonancia magnética tenemos que considerar la presencia de protusiones o hernias discales porque anticipan la probable presencia de disfunciones dolorosas reversibles que luego trataremos.

Particularmente relevante es entender el sitio de la hernia o protusión y el cuadro sintomático del paciente porque a menudo no coinciden.

Por ejemplo, si un paciente tiene una hernia L5-S1 paramediana derecha y tiene una cruralgia derecha (es posible), proviene del hecho de que esa hernia no es la causa de los síntomas de este paciente.

En este caso, el agolpamiento del nervio crural femoral por experiencia puedo decirte que casi siempre es causada por complejos disfuncionales del segmento lumbar trasero.

En este caso, el agolpamiento del nervio crural femoral por experiencia puedo decirte que casi siempre es causada por complejos disfuncionales del segmento lumbar trasero.

1. Costilla
2. Apófisis Transversa
3. Pedículo
4. Apófisis Espinal
5. Hueso Sacro
6. Articulación sacro-ílica

RX LUMBAR (anterior-posterior)

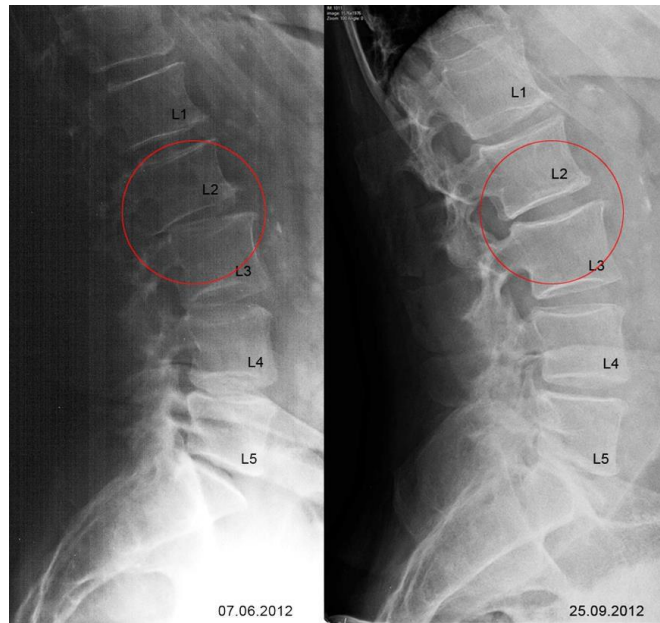


1. Hueso Sacro
2. Apófisis Espinal
3. Cuerpo Vertebral
4. Espacio Intersomático
5. Agujero de la conjunción intervertebral
6. Pedículo
7. Apófisis articular inferior
8. Apófisis articular superior
9. Costilla

RX LUMBAR LL (Lado Lateral)



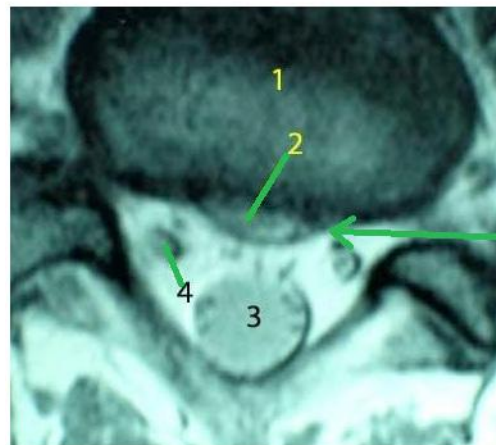
La Retrolistesis L2 – L3



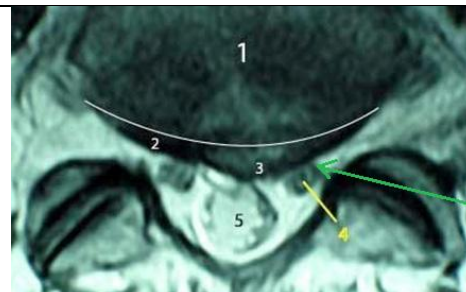
1. Disco Intervertebral
2. Protusión Mediana
3. Médula Espinal
4. Raíz Nerviosa

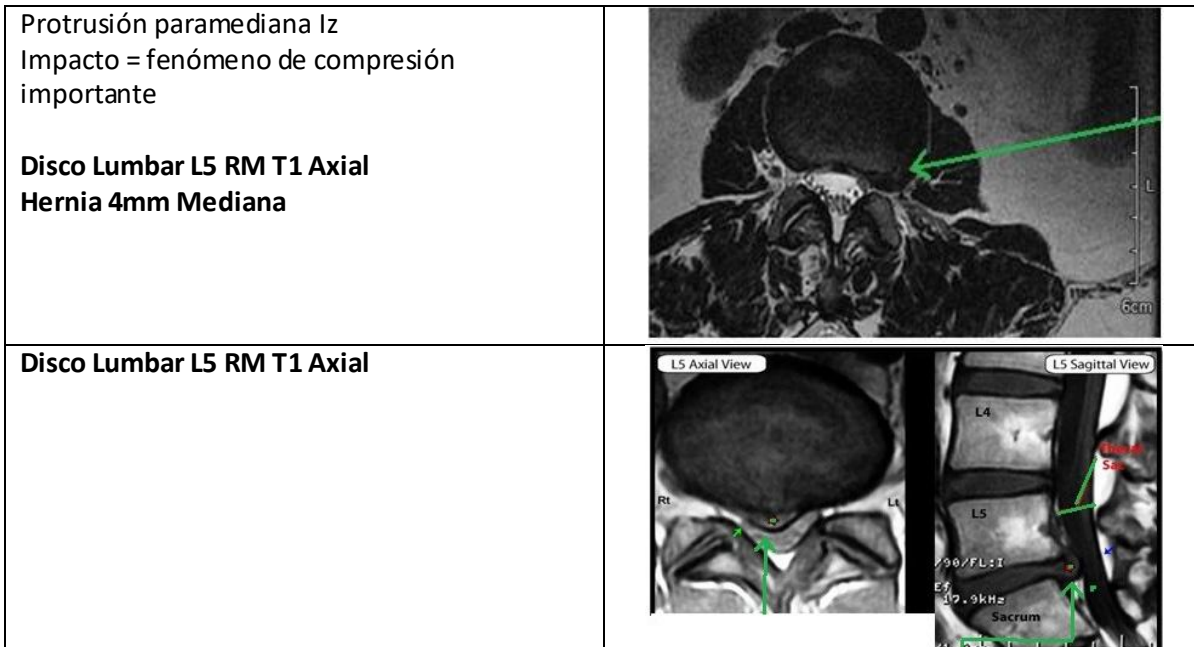
Protusión Mediana
Impacto = 0 sin fenómeno de compresión

RM LUMBAR



Protrusión mediana
Impacto = fenómeno de compresión muy ligero





Razonamiento clínico, pruebas funcionales y palpación

Debo decir que todas las fases de la evaluación son importantes y de hecho es así, pero por supuesto lo que te voy a presentar es aquello de lo que no puedes por ningún motivo dejar a un lado. Las pruebas funcionales y la palpación como evaluación del funcionamiento adecuado de los grupos musculares te ayudará a entender que los exámenes instrumentales a menudo dicen una cosa y el cuerpo otra. Mi experiencia en esto puede serte de ayuda, y por esto te sugiero que evalúes todo y que sigas lo que dirán tus manos en el momento de hacer esta palpación.

Hay varias corrientes de pensamiento que inducen al terapeuta a elegir una valoración pre - manipulativa en lugar de otra. Yo he escogido enseñarte cuál es la evaluación sobre los procesos espinales que uso en la práctica clínica y que hasta la fecha siempre me han dado resultados positivos con mis pacientes.

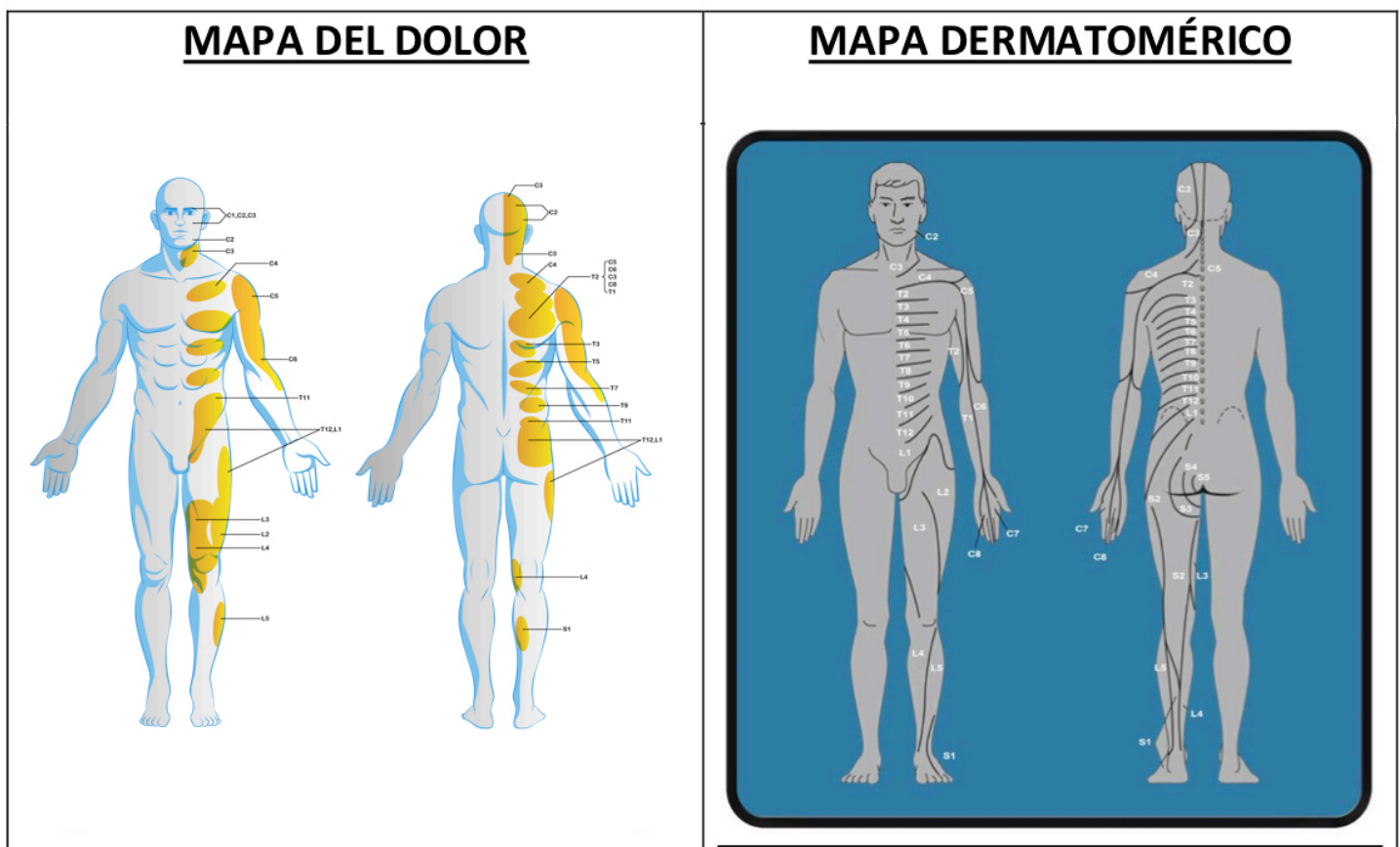
Mientras que la prueba de los procesos espinosos y la dirección de manipulación que te enseñó casi siempre se desvía del enfoque de la medicina manual de Robert Maigne, la cartografía del dolor que tomamos en consideración es más o menos la misma.

El enfoque de manipulación que te enseñó es más mecanicista que el neurofisiológico y está dirigido a la liberación de las raíces nerviosas que corresponden a las disfunciones vertebrales identificadas.

Mirando el mapa de abajo, inspirado por Robert Maigne, descubrirás que cada segmento vertebral corresponde a un área específica del cuerpo. Comienza a echarle un vistazo, y entonces cuando te encuentres trabajando te darás cuenta de lo sorprendentemente específicas que son. Al principio, aunque todavía puedo confesarte hoy, me parece absurdo cómo este mapa del dolor es tan específico.

Estos mapas te servirán al principio para entender cómo proceder, pero luego verás que tu razonamiento clínico será casi automático y ya no lo necesitarás.

NOTA: Para aplicar las manipulaciones vertebrales que te explico en este curso con fines terapéuticos, recibe siempre al paciente con exámenes instrumentales (RX, RMN, TAC) y con un diagnóstico. Además, consulta siempre la prueba de la médula espinal y el mapa del dolor que se encuentra a continuación, manipulando los segmentos vertebrales correspondientes al área de dolor que se ve representada.



Después de manipular los segmentos vertebrales en disfunción, recuerda siempre reevaluar con el examen del músculo palpatorio si la manipulación recién realizada ha liberado una tensión muscular (efecto reflejo) que ya habías evaluado previamente. Esta es una retroalimentación positiva que puedes tener inmediatamente después de la manipulación y te servirá tanto a ti como a tu paciente para notar el resultado post-manipulativo. Te recomiendo que realices el test funcional para ver si tu tratamiento manipulador ha restaurado el normal movimiento del raquis involucrado tanto al final como durante la sesión para monitorear su curso.

Mi enfoque personal de evaluación se basa en el principio fundamental del enfoque funcional de Karel Lewit en el que dice que:

"Nuestro sistema músculo-esquelético nos informa de la presencia de una disfunción del dolor y de la tensión que se manifiesta"

Una disfunción o un complejo disfuncional por lo tanto se reconoce por la presencia de:

- **Musculatura en Tensión**
- **Articulación hipomóvil**
- **Espesor de la piel y de la fascia muscular**

PARTE PRÁCTICA

Las manipulaciones que aprenderás serán una mezcla de técnicas manuales inspiradas en las de origen osteopático y quiropráctico que he reelaborado con experiencia para que sea más simple y eficaz de ejecutar.

Asegúrate de que tu paciente tenga un diagnóstico antes de realizar cualquier manipulación y que no se presenten contraindicaciones a la manipulación vertebral.

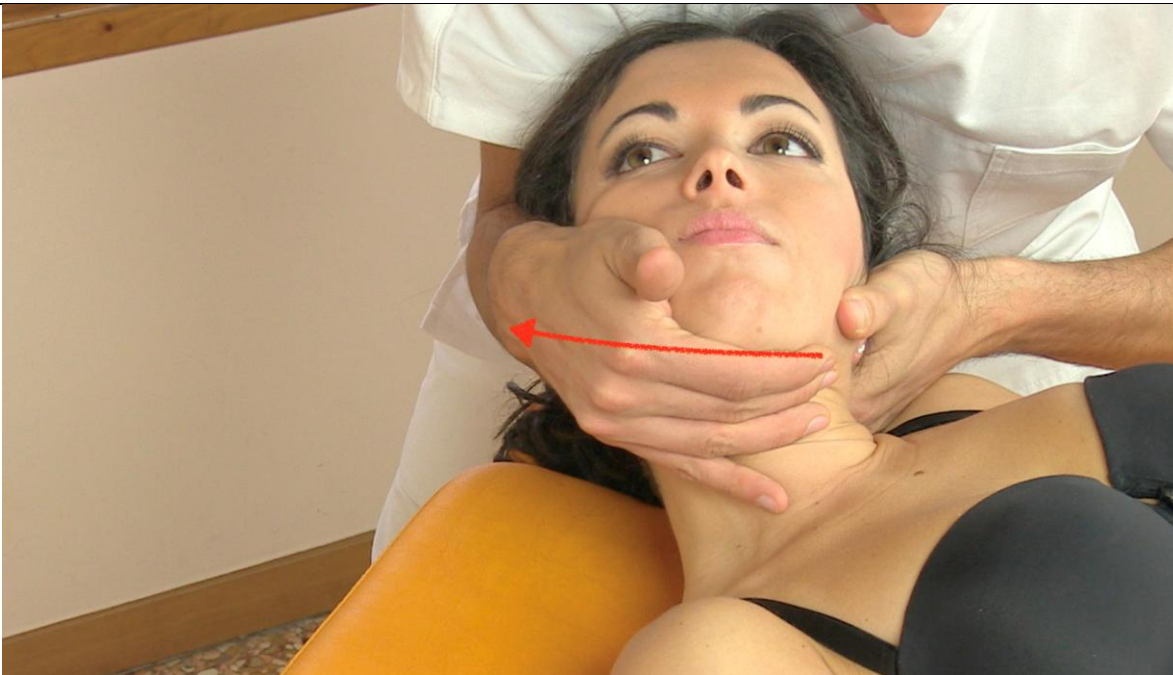
Manipulación cervical alta C1 - C2 / C2 - C3

- **Posición del paciente:** supino
- **Posición del terapeuta:** de pie, posicionado detrás en el lado contra el lado a la disfunción.
- **El Toma 1 Chin-Hold:** La posición de control mano a mano se encuentra en la parte posterior del atlas (o en los pilares articulados de C1-C2 / C2-C3) mientras que el otro envuelve el mentón desde abajo.
- **El Toma 2:** Las dos manos se colocan en la parte posterior del atlas (o sobre los pilares articulados de C1-C2 / C2-C3).
- Test y Manipulación Cervical Alta C1 - C2 / C2 - C3
- Test post-manipulativo (funcional)



Manipulación Cervical Media C3 - C4 / C4 - C5

- **Posición del paciente:** supino
- **Posición del Terapeuta:** De pie, detrás posicionado en la parte contra el lado de la disfunción.
- **Chin-Hold Hold 1:** La mano contra el lado de la disfunción se posiciona en los pilares articulares de C3-4 C4-C5, mientras que la otra sostiene la barbilla desde abajo.
- **Toma 2:** Las dos manos se colocan en los pilares C3-C4 C4-C5
- **Test y Manipulación cervical Media C3 - C4 / C4 - C5**
- **Test post-manipulativo (funcional)**



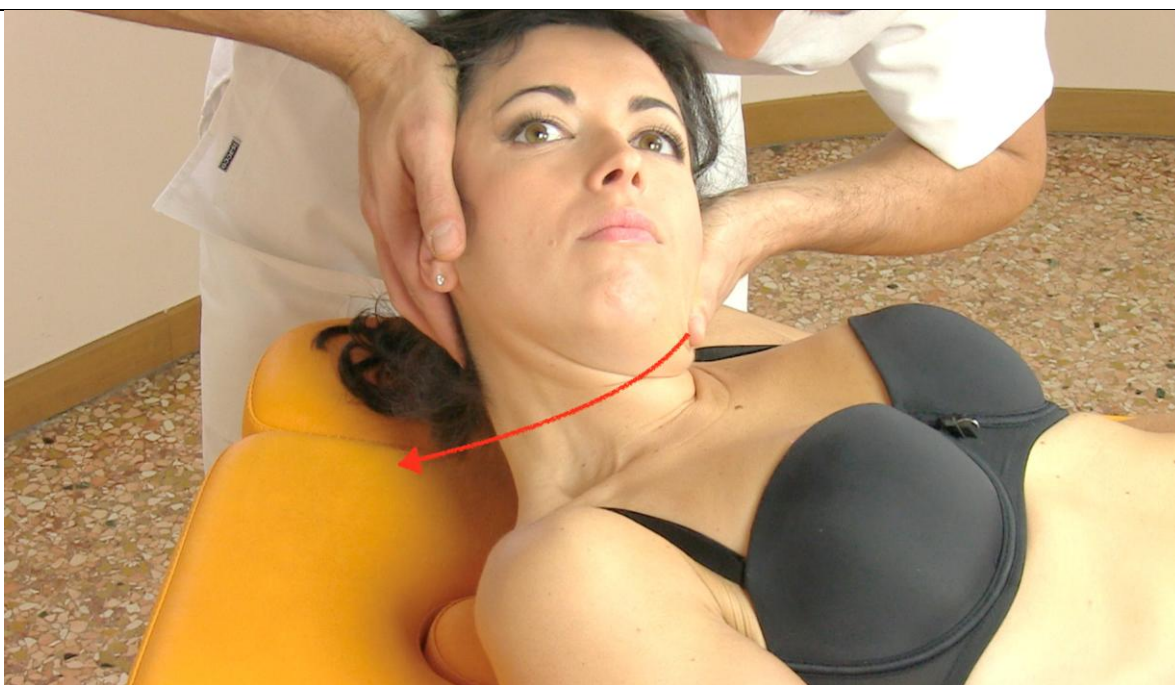
VARIACIÓN

- **Posición del paciente:** Sentado
- **Posición del terapeuta:** Posicionado en el mismo lado de la disfunción.
- **Toma:** la mano contralateral a la disfunción se posiciona sobre los pilares articulares de C4-4 C4, mientras que la otra se posiciona en V con el pulgar en la barbilla y el índice en la sien.
- **Test y Manipulación Cervical Media C3 - C4 / C4 - C5**
- **Test post-manipulativo (funcional)**



Manipulación Cervical Baja C5 – C6 / C6 – C7

- **Posición del paciente:** supino
- **Posición del Terapeuta:** De pie, detrás posicionado en la parte contra el lado de la disfunción.
- **Chin-Hold Hold 1:** La mano contra el lado de la disfunción se posiciona en los pilares articulares de C5-C6 C6-C7, mientras que la otra sostiene la barbilla desde abajo.
- **Toma 2:** Las dos manos se colocan en los pilares articulares C5-C6 C6-C7
- **Test y Manipulación cervical Baja C5 - C6 / C6 - C7**
- **Test post-manipulativo (funcional)**



Manipulación Cervical-Torácica T1 - T3 (Manipulación semi-indirecta de desbloqueo)

- **Posición del paciente:** prono
- **Posición del Terapeuta:** del mismo lado de la disfunción
- **Toma:** el pulgar de la mano inferior bloquea lateralmente la apófisis espinosa T1; la otra mano descansa sobre el hueso temporal o sobre la frente con los dedos hacia la cabeza empujando en flexión lateral y no en rotación.
- **Test y Manipulación cervical-torácica T1 – T3**
- **Test post-manipulativo (funcional)**



Manipulación Cervical-Torácica C7 – T1 (Manipulación de desbloqueo a palanca larga)

- **Posición del paciente:** Sentado con las manos cruzadas detrás de la cabeza
- **Posición del terapeuta:** Sentado detrás del paciente
- **Toma:** ambas manos aprietan las muñecas del paciente
- **Test y Manipulación Cervical Torácica C7-T1**
- **Test post-manipulativo (funcional)**
- **Variación:** Paciente y terapeuta de pie



Manipulaciones dorsales directas T1 – T12

- **Posición del paciente:** prono
- **Posición del Terapeuta:** del mismo lado de la disfunción
- **Toma:** una mano con el índice y el del medio en la apófisis espinosa, mientras que la otra mano actúa como un soporte encima, apoyando eminencias tenar e hipotenar ahuecando la mano.
- **Test y Manipulación dorsal directa T1 – T2**
- **Test post-manipulativo (palpación muscular / funcional)**



Manipulación torácica “Dog Technique” T6 – T7

- **Posición del paciente:** supino con los brazos cruzados y las manos sobre los hombros
- **Posición del Terapeuta:** del mismo lado al déficit rotatorio
- **Toma:** una mano en apoyo con el pisiforme (haciendo hueco entre la eminencia tenar y eminencia hipotenar) en las apófisis espinales T6 y T7 y la otra en los codos del paciente
- **Test y Manipulación Torácica Dog Technique T6 – T7**
- **Test post-manipulativo (funcional/rotatorio)**



Variación: Sentado

- **Posición del paciente:** Sentado con las manos cruzadas y las manos sobre los hombros
- **Posición del terapeuta:** detrás del paciente
- **Toma:** ambas manos aprietan los hombros del paciente
- **Test y Manipulación Torácica Dog Technique T6 – T7**
- **Test post-manipulativo (funcional/rotatorio)**



Manipulación Dorso-Lumbar (Manipulación de desbloqueo a palanca larga)

La prueba sobre los procesos espinosos debe ser positiva desde la parte de la pierna que se cruza.

- **Posición del paciente:** supino con los brazos cruzados detrás de la cabeza
- **Posición del Terapeuta:** contralateral a la disfunción
- **Toma:** una mano que dé estabilidad sobre la espina iliaca antero-superior y la otra bajo el hombro contralateral.
- **Test y Manipulación Dorso-Lumbar**
- **Test post-manipulativo (funcional y palpación muscular)**



Manipulación Dorso-Lumbar (Manipulación de desbloqueo a palanca corta)

- **Posición del paciente:** sentado con las manos cruzadas detrás de la espalda
- **Posición del Terapeuta:** de pie detrás del paciente
- **Toma:** ambas manos cruzadas delante del abdomen del paciente
- **Test y Manipulación Dorso-Lumbar a palanca corta**
- **Test post-manipulativo (funcional)**



Manipulación Lumbar a Palanca Corta Directa L1 – L5

- **Posición del paciente:** prono con un cojín debajo del abdomen
- **Posición del Terapeuta:** del mismo lado de la disfunción
- **Toma:** una mano con el índice y el del medio sobre la apófisis espinosa, mientras que la otra mano actúa como un soporte encima, apoyando con el surco entre la eminencia tenar y la eminencia hipotenar.
- **Test y Manipulación a palanca corta directa L1 – L5**
- **Test post-manipulativo (palpación muscular)**



Manipulación Lumbar a Palanca Larga L1 – L5 (S.I.) (Lumbar Roll)

- **Posición del paciente:** paciente en decúbito lateral con un cojín debajo de la cabeza
- **Posición del Terapeuta:** delante del paciente
- **Toma:** una mano sobre el hombro apoyada anteriormente (estabilidad) y la otra mano sobre la espalda con el índice y el del medio en contacto con las apófisis espinosas.
- **Test y Manipulación a palanca Larga L1 – L5 (S.I.)**
- **Test post-manipulativo (palpación muscular)**



Manipulación Sacroiliaca (Posteriorización) (Chicago Technique modificada)

- **Posición del paciente:** supino con las manos cruzadas detrás de la cabeza
- **Posición del terapeuta:** Contralateral a la disfunción
- **Toma:** Una mano de estabilidad sobre la espina iliaca antero-superior y la otra debajo del hombro
- **Test y Manipulación Sacroiliaca** (Chicago Technique modificada)
- **Test post-manipulativo** (visual - corrección de la falsa disimetría)



Manipulación Sacroiliaca (anteriorización)

- **Posición del paciente:** prono con un cojín debajo del abdomen
- **Posición del terapeuta:** del mismo lado de la disfunción
- **Toma:** se pone el codo sobre la espina iliaca posterior-superior verticalmente y la otra mano envuelve el muslo desde abajo hasta unir ambas manos
- **Test y Manipulación Sacroiliaca (anterior)**
- **Test post-manipulativo** (visual - corrección de la asimetría falsa)



Manipulación Sacro para anterolistesis y anteriorización sacro

Otras contraindicaciones: obesidad, embarazo, prótesis de cadera o coxartrosis grave

- **Posición del paciente:** supino con las rodillas flexionadas hacia el pecho
- **Posición del terapeuta:** a un lado
- **Toma:** una mano sostiene el sacro y la otra se posiciona sobre las rodillas para hacer el “drop-down”
- Manipulación para anterolistesis y anteriorización del sacro
- **Test post-manipulativo** (funcional)



PREGUNTAS FRECUENTES

A continuación verás un listado con algunas de las preguntas que tus pacientes o incluso tu mismo podrías preguntarte:

P. – ¿El tratamiento vertebral es peligroso?

R. – Absolutamente no, por supuesto, el diagnóstico del paciente y nuestra cuidadosa evaluación inicial son muy importantes para excluir todas las contraindicaciones absolutas y evaluar las relativas antes de manipular.

Fomentar la curación y la homeostasis a través de las manipulaciones es, en mi opinión, el mejor tratamiento y la forma más segura de recuperar y salvaguardar la salud de nuestros pacientes.

P. – Tu paciente ya ha realizado sesiones de manipulación vertebral sin ningún beneficio: ¿puedes ayudarlo igualmente?

R. – Casi seguramente sí! Te digo esto por dos motivos:

- ✓ El primero es que las técnicas manipuladoras y la razón clínica que te enseñó están inspiradas en mis estudios y se basan en mi experiencia que hasta el día de hoy me ha llevado a lograr resultados extraordinarios.
- ✓ El segundo motivo viene de la disposición a ayudar a tus pacientes y por lo tanto a investigar y poner el alma y el cuerpo que tal vez otro profesional no tenía. Una cosa que he aprendido manipulando cada día es que tu energía es tan poderosa como tus pensamientos y especialmente tu voluntad. La medicina cuántica que me apasiona en estos casos nos enseña mucho.

P. – ¿Cuántas sesiones debo hacer antes de obtener resultados?

R. – Te doy un consejo que me gustaría haber recibido cuando comencé a manipular. Si esta pregunta te la hace un paciente siempre mantente siempre a amplio incluso si piensas que se requerirán 2-3 sesiones, quizá la respuesta que debes dar sería "veamos cómo reacciona a los primeros tratamientos" o puedes aumentar en 2 sesiones tu predicción.

No te estoy diciendo esto por una razón comercial, pero te sugiero que respondas porque normalmente los pacientes a quienes les dices que el número exacto tienden a no tener buenos resultados o a tenerlos con retardo.

Si tardas menos tiempo será toda una ganancia para ti y estarán ambos felices, así que mantente amplio incluso si por experiencia te digo que en promedio serás capaz de resolver la

mayoría de los problemas musculoesqueléticos con 3 a 6 sesiones especialmente si incluso aprendes de mi curso sobre manipulaciones periféricas.

P. – ¿Si el paciente ha sido sometido a una cirugía en la espalda por una hernia del disco puedo manipularlo?

R. – Sí! (siempre y cuando el paciente tenga un diagnóstico). Obviamente, tendrás que evaluar la presencia o ausencia de placas y tornillos, pero después de una historia cuidadosa si ese paciente ha reincidento como ocurre a menudo incluso después de sólo un año (a veces antes) podrás ayudar a ese paciente mucho y por experiencia directa en la mayoría de casos también podrás evitarle una intervención adicional.

CONCLUSIONES

Felicitaciones por haber decidido aprender mis técnicas de manipulación vertebral; Espero y estoy seguro de que mis lecciones te harán marcar la diferencia.

El objetivo principal de este curso es mejorar tu vida profesional y la salud de tus pacientes.

Te sugiero seguir también mi curso sobre las manipulaciones periféricas, que te darán una cobertura completa de tus tratamientos, lo que te dará un impulso más en el tratamiento de muchas condiciones dolorosas musculoesqueléticas.

¡Te deseo el mayor éxito como profesional y estoy contento de haber contribuido a tu formación!

¡Buen Trabajo!

Dr. Marco Aruffo



Manos Expertas

www.ManosExpertas.es