

MEDICINA MANUAL Y USUARIO

Dr. José M^a Gil Vicent

GBMOIM Barcelona

El concepto de Medicina Manual ha sufrido importantes cambios en los últimos años y a ello han contribuido sin duda, por un lado el pragmatismo de las Escuelas Europeas de Medicina Ortopédica con los Dres. H. James Cyriax y Robert Maigne al frente y el revisionismo innovador mostrado en las Escuelas Tradicionales de Medicina Manual en Europa a partir de los hermanos Dvôrak de Suiza, Kaltenborn y la escuela de Lübeck en Alemania, la Unión Europeo-Mediterránea y otras, todas ellas englobadas en la FIMM, actualmente bajo presidencia alemana.

Estos cambios han supuesto por una parte una clara delimitación de funciones derivada de la capacidad de actuación de los practicantes de acuerdo a su nivel de preparación y estudios, pero también de acuerdo a su capacidad legal para afrontar las responsabilidades que de su ejercicio puedan derivarse, según su titulación y que no siempre serán las mismas de acuerdo a la legislación vigente en cada país donde se ejerza. En este sentido, ya decía hace años el Prof. Robert Maigne que, ***“el derecho al estudio y a la información no le puede ser negado a nadie, pero el derecho a ejercer depende de la legislación de cada país”***.

Pero el cambio principal en el concepto de aplicación de las técnicas manuales de tratamiento deriva, sin duda alguna, de la aplicación de la ***“regla del no dolor y del movimiento contrario”*** de Robert Maigne, regla pensada no sólo para facilitar la aplicación de las manipulaciones articulares y evitar contratiempos y lesiones no deseables, en especial en la columna vertebral, sino de gran utilidad en todo tipo de técnica manual, hasta tal punto que dice Dieter Heimann en su *Compendio de Terapia Manual* que ***“no existen contraindicaciones para realizar un tratamiento suave en la dirección libre”***.

Por otro lado, las técnicas de tratamiento manual no se consideran hoy como terapia sintomática única, sino más bien como un elemento terapéutico más dentro de lo que constituye el tratamiento conjunto en función del estado general del paciente, por lo que pueden y frecuentemente deben acompañarse de medicación, de reposo o de ejercicio y de medidas fisioterapéuticas.

Otro factor a tener en cuenta al estudiar hoy la Medicina Manual, ha sido la apertura de miras con que ésta contempla, al menos en el aspecto técnico, a la Osteopatía y la Quiropráctica. A la primera, aceptando sus cinco principios fundamentales y sobre todo sus técnicas de manipulación y de movilización (aunque alguna de ellas con reservas). A la segunda, aceptando sus consideraciones neurológicas (no las filosóficas) y adoptando alguna de sus técnicas manipulativas vertebrales y sobre todo las técnicas de tratamiento de tejidos blandos, entre ellas la *“Balanced ligamentous tensión”* y la *“Técnica de R.Nimmo”*, técnica que en estos últimos años ha cobrado gran actualidad con los trabajos de revisión del Dr. C. Daniel Stran de Montevideo.

Finalmente, otro concepto a tener en cuenta en este estudio es el *destinatario* de los tratamientos de la Medicina Manual, es decir, el tipo de pacientes en los que puede ser aplicada y esto, naturalmente, dependerá tanto del paciente como del médico, pues hay multitud de pacientes partidarios, sobre todo en procesos menores, de lo que ellos llaman *“métodos naturales”* entre los que ellos mismos incluyen la Medicina Manual y numerosos médicos que con un criterio terapéutico sólido optan por la Medicina Manual cuando los recursos de la misma son adecuados y suficientes para el tratamiento.

Para ello es necesaria una *“indicación formal”* a la que el médico llega a través del **acto médico** (*anamnesis, exploración, valoración de pruebas complementarias cuando se consideran necesarias o convenientes, diagnóstico diferencial, diagnóstico definitivo, pronóstico, indicación terapéutica y elección del tratamiento*) y una aceptación por parte el paciente, una vez informado de las ventajas, inconvenientes y riesgos del mismo, aceptación que se ve formalizada con la firma del llamado *Consentimiento Informado*. Aceptación ésta, siempre necesaria cuando se trata de manipulaciones que impliquen

cualquier riesgo, aunque éste sea remoto, y conveniente incluso cuando no se dé esta circunstancia.

El criterio médico en Medicina Manual, como en otras Especialidades, depende tanto de la formación y conocimientos adquiridos por el médico a lo largo de sus estudios y de su vida profesional como de los conocimientos especiales aportados por sus maestros y formadores en la especialidad (*Criterio de Escuela*) a los que se sumarán su intuición, su ojo clínico y su sensatez, pero sobre todo, y ello debe ser considerado imprescindible en una época como la nuestra tan caracterizada por la facilidad de acceso a la información, de una constante actualización de esos conocimientos a través de un depurado reciclaje teórico y práctico siempre que el médico tenga ocasión para ello. De ahí el interés de los Cursos, Jornadas, Congresos y otros eventos científicos en materia de la profesión.

Tras estas consideraciones sólo nos resta concretar el “*perfil*” del usuario de la Medicina Manual.

La primera definición de Medicina Ortopédica (J. Cyriax y S. Hernández Conesa) decía así: *“La Medicina Ortopédica (MO) se ocupa del abordaje médico de todas las alteraciones benignas del sistema musculoesquelético, en especial de la columna vertebral, y de su tratamiento mediante técnicas manuales y otras de carácter no invasivo”*

Como podemos observar en esta definición, el término “*benignas*” ya limita mucho el campo de aplicación de la Medicina Manual, contribuyendo también a dicha limitación el que las alteraciones a tratar sean sólo del sistema musculoesquelético y el que las técnicas a utilizar sean manuales y otras de carácter no invasivo.

Pero es que son precisamente estas alteraciones benignas las que llenan diariamente en mayor porcentaje las consultas de los médicos dedicados a Patologías del Aparato Locomotor y las responsables de la mayor frecuentación de las mismas, pudiendo beneficiarse los pacientes con estos tratamientos, si el conocimiento de la Medicina Ortopédica y Manual estuviese más extendido entre los posibles usuarios de sus tratamientos.

Así pues, en Medicina Manual hay que atender al paciente que llega a nuestra consulta, escucharlo, explorarlo, evaluarlo, diagnosticarlo, informarle debidamente y tratar con técnicas manuales sólo a los que sean tributarios de tales tratamientos, lo que comporta saber “*decir que no*” a los requerimientos de muchos pacientes que acuden a nosotros esperando ser tratados con tales técnicas, cuando dichos tratamientos no estén indicados.

Así pues nos encontramos con varios motivos que justifican la vigencia actual de la Medicina Manual.

En primer lugar la demanda. Hay un gran número de pacientes con procesos dolorosos comunes del aparato locomotor que acuden a las consultas de los Osteópatas, Quiroprácticos, Terapeutas Manuales, Masajistas y Curanderos, lo que ha hecho que éstos hayan proliferado estos últimos años en nuestro país hasta el punto de que, por ejemplo, en Cataluña se haya elaborado un Decreto de Regulación de dichas terapias.

Quienes frecuentan estas consultas lo hacen, unos por convencimiento, sobre todo de las bondades de la Osteopatía y la Quiropráctica, otros por influencia de familiares o de amigos usuarios a su vez y la mayoría porque no encuentran solución a sus dolencias en la Medicina Tradicional y no conocen la existencia de la Medicina Ortopédica y Manual y aún menos que en esta especialidad se haga uso de las técnicas manuales con rigor científico y probada eficacia.

En segundo lugar el factor de la atención que siempre comporta o debería comportar todo acto médico. El paciente es escuchado, explorado, evaluado, informado y finalmente tratado. Es decir ha sido “atendido”. Y esto es lo que el paciente más valora tras una consulta.

En tercer lugar la lógica de la indicación. Cuando los tratamientos tienen una base lógica en su indicación siempre son mejor aceptados por el paciente. En estas alteraciones, casi siempre de tipo mecánico, en Medicina Manual se aplican técnicas manuales dirigidas a la resolución “mecánica” de las mismas.

En cuarto lugar la adecuación del tratamiento. Siempre en Medicina Manual se procura adecuar el tipo y la intensidad del tratamiento a tipo y severidad de la lesión. Así disponemos de técnicas de partes blandas para las alteraciones de los tejidos blandos, manipulaciones normalizadoras para tratar las disfunciones articulares cuando no hay daño estructural, reductoras para tratar las disrelaciones y subluxaciones y tratamientos con técnicas sintomáticas, especialmente contra el dolor, cuando ésta es la manifestación clínica dominante o única. Además existen numerosas técnicas de tipo “suave” para los tratamientos de niños, pacientes con otros procesos patológicos concomitantes de importancia y para el tratamiento de pacientes de la Tercera Edad. Como decían los castizos del Siglo de Oro “*a tal señor... tal honor*”

En quinto lugar la fisiología del acto manipulativo, que en su desarrollo busca sobre todo una liberación o una reposición de los tejidos alterados o implicados en la alteración causante, a su estado fisiológico normal de situación y funcionalismo, y lo busca de manera fisiológica, sin agresiones a la articulación, al medio o a los tejidos blandos y elásticos implicados en el proceso.

En sexto lugar, los resultados, pues generalmente suelen ser buenos y de presentación inmediata en la mayoría de los casos.

Y en séptimo y último lugar, por la escasez de riesgos o complicaciones no controlables.

.....

Existe un proverbio en la Medicina China que viene a decir: **“A partir de los 50 años, cuando uno, al levantarse por la mañana, no tiene ningún dolor, ¡ajo!, porque puede estar muerto”**. Si ello es así, ¿qué no será lo que ocurre comúnmente en la fase restante de la vida que conocemos como **Tercera Edad?**

Toda una serie de manifestaciones dolorosas de carácter común, que englobamos en aquello que conocemos como achaques de la edad, se dan cita en las personas que se encuentran ya en dicho período. Y el que sean dolores de tipo común, casi podríamos decir de carácter fisiológico, no les quita ni un

ápice de intensidad ni su carácter molesto, muchas veces impertinente, ni los hace más soportables para el sufrido paciente, que muchas veces se desespera pensando que vayan a tener continuidad hasta el fin de sus días.

Cuando esto ocurre, el paciente se siente desamparado, máxime cuando a sus continuas quejas acaban respondiendo sus familiares más próximos con aquello de que “*son cosas de la edad, abuelo*”, lo que naturalmente no es ni puede ser ningún consuelo para él.

Normalmente, esta situación la propician los fracasos de los tratamientos aplicados en las primeras fases del proceso doloroso, cuando uno mismo, o bien apoyado por sus familiares, acude a diferentes profesionales de la salud, en principio del ámbito de la medicina tradicional y posteriormente de aquellas medicinas que han venido en llamarse medicinas complementarias y alternativas. Así, estos pacientes son tratados primeramente mediante fármacos que siguen unas pautas establecidas en protocolos declarados de utilidad e interés científico y profesional, pero que han sido realizados generalmente en servicios Hospitalarios de Anestesiología o de otras disciplinas situados en un ambiente muy lejano al del paciente común, que suele ir pasando y soportando su proceso en su domicilio y en escasos círculos de amistad y convivencia que cada vez van reduciendo más su entorno, un entorno en el que cada día hay menos cosas que hacer y mucho tiempo para pensar.

Posteriormente suele ser remitido a algún Servicio de Rehabilitación donde la mejoría inicial va dando paso a una fase de estacionamiento y posteriormente al tedio que provoca el verse desatendido porque su problema no se considera importante y a veces a un empeoramiento que le hace desistir del tratamiento; decisión ésta, que muchas veces es bien vista por parte de los familiares que tenían que preocuparse de prepararle y muchas veces de acompañarle a recibir dicho tratamiento y que se sienten liberados con ello de obligaciones y responsabilidades.

Luego viene la fase de acudir a profesionales liberales, lo que casi siempre significa pagar un dinero que, aún teniéndolo, la familia pronto comienza a pensar que estaría mejor empleado en cualquier otra cosa.

Finalmente llega la fase de las medicinas alternativas o complementarias, no siempre más baratas que las anteriores, y en las que sólo la mejoría mantenida y un trato de tipo más personal y humano logran que el paciente o la aceptación familiar persistan durante un tiempo.

Muchos, la mayoría de estos procesos dolorosos afectan a los pacientes en su aparato locomotor, sea de manera directa o indirecta. Y éstos son también con frecuencia pacientes tributarios de atención por parte de la Medicina Ortopédica y Manual.