

## **a-Anamnesis, el examen verbal**

Este procedimiento es poco utilizado en estos tiempos que vivimos. Es fundamental y determinante preguntar y dejar hablar a los padres de sus niñas o niños, ya que estos son quienes mejor conocen a sus hijos. Con los datos obtenidos que surgen no solo de una charla cálida y fundamentalmente con tiempo, se debe incluir un interrogatorio lógico guiado por el sentido común donde no deben faltar 5 preguntas esenciales que por supuesto, no deben ser las únicas; en una buena anamnesis no debemos conformarnos con saber qué caso estamos conociendo sino a quién vamos a tratar, y como de niños se trata, lo correcto es pensar en una familia afectada. Saber sobre el niño es determinante, pero saber cómo interactúa el núcleo familiar es fundamental.

1. antecedentes genéticos, si existen estudios y/o antecedentes familiares.
2. cómo se desarrolló el parto, sobre todo si los padres creen que hubo situaciones atípicas, uso de peridural sin explicación, fórceps, ventosas, muy importante saber la duración del parto y si creen que fue excesivo, también si se percibió nerviosismo en el equipo obstétrico.
3. frecuencia y cantidad en la evacuación del vientre del niño/a, así como acumulación de gases y su expulsión.
4. reacción frente a las vacunas, sobretodo la triple vírica.
5. Con la excepción de situaciones donde se observan alteraciones desde los primeros momentos como ocurre en el Síndrome de Down, o situaciones claras como lesiones producto de accidentes cerebro vasculares también conocidos como ictus en nacimientos prematuros de muy bajo peso, y tantas desgraciadas situaciones conocidas como infecciones, paradas cardiacas súbitas, u otras formas patológicas de claro diagnostico; si ninguna de situaciones es la que afecta al niño/a, preguntar al tiempo que se orienta a los padres cómo fue la evolución psicomotriz con la pregunta clave de cuando ha controlado la cabeza. Normalmente es aproximadamente en el tercer mes, si no fue así y fue juzgado como normal por otros profesionales de la salud, preguntar cuándo los padres percibieron que algo no estaba funcionando bien y en qué lo notaron aun si existió la consabida y tristemente frecuente frase “no se preocupe ya va a gatear” o “ya se va sentar” o “usted cree que no esta atento pero la criatura esta bien” algo frecuenten en los sistemas de salud.

Estas cinco preguntas no invalidan otras ni todo aquello que los padres nos quieran transmitir. En una buena anamnesis ninguna pregunta sobra, ni es tonta, ni termina en la primera visita. Cuando los padres son escuchados y se les pregunta con sentido común se abre una puerta a la memoria de elementos que nunca fueron tenidos en cuenta; parece obvio preguntar por ejemplo la frecuencia de evacuación color y olor de la materia fecal, pero lamentablemente son más las veces que no se interroga sobre esto que las que si. Este tipo de cuestionamiento dará mas datos aportados por los padres, y en el futuro más preguntas, si estas fueron respondidas con tranquilidad, certeza, y de forma entendible. Generalmente los padres no conocen la jerga médica ni obligación tienen de saberla, pero los agentes de salud tienen muchos recursos para explicar con claridad y didáctica sin abusar de un lenguaje científico que se transforme en jeroglíficos para los padres. Los verdaderos profesionales son los que hacen llegar sus conocimientos y no su petulancia, no hay ciencia sin conciencia. En la anamnesis comienza el proceso de personalización de la patología o síndrome, atenderemos a Juana, a Pedro, a María, a Carlos, personitas, no definiciones. Ningún trastorno es igual a otro, pueden coincidir varios o muchos síntomas y aún en el mismo síndrome nunca hay dos idénticos. Seguramente el lector se preguntara por qué se define TGD.

Trastorno, es alteración general, es amplio e impreciso, y desarrollo es el proceso de maduración y de crecimiento biológico para alcanzar la adultez. Decididamente una definición tan amplia que nadie queda fuera, pero ninguno se puede reflejar cabalmente entonces ¿para qué sirve?. Por lo pronto para reunir niños de difícil diagnóstico con terapeutas específicos. Claro está que si no se personaliza humanamente y se especifica el origen del diagnóstico, y este se lo particulariza tanto como se deba, TGD no significa nada, salvo que detrás haya una búsqueda minuciosa que nos ayude a dar con un tratamiento certero, ya sea por la solución o por la mejor calidad de vida posible, sin ningún preconcepto limitante o desmoralizador. Sea cual sea la gravedad del síndrome, se debe buscar la máxima calidad de vida por todo el tiempo posible, y si hay solución encontrarla y llevarla a cabo. Una definición tan amplia como genérica solo puede terminar en un diagnóstico que conduzca a un tratamiento tan individual como único o única sea el niño o la niña.

## **b- Exploración clínica para el tratamiento manual**

Siguiendo la misma filosofía de lo expuesto en una anamnesis, que nos conduzca hacia el problema individual, plantearemos un eje exploratorio no tenido muy en cuenta por la medicina actual.

Esto no significa en modo alguno falta de tradición científica. Este planteo desarrollado en las próximas líneas rigurosamente sigue los comprobados parámetros de la evolución humana, estudiados por las academias científicas de vanguardia de todo el mundo por más de un Siglo.

Los gigantescos avances de la investigación genética comprueban, mejoran, y hasta corrigen la centenaria teoría de la evolución de Darwin. Pero antes de la genética, la paleoantropología sobretodo en la ultimas décadas, ha demostrado la evolución de un antepasado único común que a lo largo de casi 10 millones de años y en particular los últimos 6 millones, produjo cambios morfológicos que se expresan anatómicamente en transformaciones corporales, que en la actualidad parecen definitivas. Estos cambios nos permitieron ser humanos atravesando distintos antepasados que se fueron diferenciando del origen común, que también dio otras especies siendo la nuestra la que alcanzó el más alto grado de encefalización. Dicho de otro modo, el animal con el encéfalo mas grande en relación a su peso, esto nos dio un cerebro inteligente y conciente de si mismo. Este órgano se volvió altamente costoso para nuestro metabolismo general, sobre todo en términos de consumo de oxígeno, 21 % de total que respiramos, y también de la glucosa siendo esta su única fuente de energía a tal punto que es el único órgano que no utiliza insulina para asimilar dicha glucosa, hecho que habla por si solo. La pregunta es quién paga el gasto, y la respuesta es que durante la evolución nuestro sistema digestivo debió perder tamaño pero nunca eficacia.

El cráneo también evolucionó con grandes cambios morfológicos adaptándose a una nueva capacidad y protección. Esta última incluye la micromovilidad no solo para difusión de impactos, sino que se transformó en parte de la fisiología aquello que llamamos actividad craneoencefálica simplificando una correcta presión intracraneal, buena circulación de liquido

cefalorraquídeo, refrigeración encefálica, y adecuación sincronizada de entrada y salida de flujos nerviosos como también vasculares.

Se desprende cual será entonces el eje a evaluar, configuración craneal sincronizada

disposición biomecánica de los órganos del aparato digestivo, mas la relación postural entre el cráneo y el aparato digestivo .

[TRATAMIENTO MANUAL DEL APARATO DIGESTIVO EN TRASTORNOS NEUROLÓGICOS. -PARTE 1](#)