

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN OSTEOPATIA

Antes de empezar cualquier terapia, es imprescindible un diagnóstico. El diagnóstico asocia conocimientos estudiados, experiencia clínica y tests que utilizan los órganos de los sentidos tal como la audición, la visión, el tacto. Sin diagnóstico no podemos tener un tratamiento adaptado; solamente puede haber la aplicación de recetas terapéuticas. La osteopatía posee un balance diagnóstico que le es propio. No es un diagnóstico médico, aunque se apoye sobre un conocimiento anatómico, fisiológico y biológico común con las demás terapias tradicionales. El diagnóstico se divide en dos partes principales: el interrogatorio y la observación con los tests.

EL INTERROGATORIO



El interrogatorio osteopático consiste en pasar revista a todo lo que puede ayudar a descubrir la causa de los trastornos. Debe ser sistemático y riguroso. En realidad, el interrogatorio es un diálogo personal. El paciente expone los motivos de la consulta, describe su molestia corporal, la cual, muy a menudo, se traduce por un dolor, una impotencia funcional o una perturbación de una o varias funciones de su organismo. En el diálogo,

vamos a pasar revista a los antecedentes médicos, quirúrgicos, traumáticos o infecciosos.

Eso nos permite entender si los síntomas que describe el paciente son o no una consecuencia lógica de esos antecedentes médicos. Vamos a intentar saber el modo de aparición de cada síntoma, los elementos que lo desencadenan o producen, la localización, la intensidad, el recorrido o el tipo de dolor. También vamos a investigar cuál es la profesión del paciente para saber si hay obligaciones físicas profesionales u otras: posturas sedentarias, stress, etc. Nos vamos a informar sobre la actividad deportiva del paciente, que quizás permita explicar si el organismo no está sometido a esfuerzos repetidos exagerados. Vamos a intentar saber si el paciente vivió últimamente acontecimientos dolorosos, trastornos familiares efectivos, si en su relación con los demás a nivel profesional o personal "se traga" disgustos. Estas preguntas no constituyen ninguna indiscreción, sino que intentan dilucidar las causas posibles de los desórdenes somáticos que muchas veces provienen de trastornos del comportamiento. Cuál es el ritmo de vida del paciente, su dieta, la cantidad y la calidad de su sueño. ¿Toma suficiente cantidad de líquidos, tiene algunos hábitos de toxicomanía, como alcohol, tabaco, café, drogas suaves o menos suaves? ¿Tendremos un paciente con una prótesis dental, anteojos o lentes de contacto, dispositivo intrauterino en la mujer o cualquier otro tipo de prótesis? Estos cuerpos extraños pueden perturbar el equilibrio mecánico del organismo si son mal adaptados o mal tolerados.



¿Cuáles son los medicamentos o la contracepción oral para las mujeres? ¿Qué está tomando el paciente?

Eso nos permitirá eventualmente descubrir una enfermedad iatrógena, es decir, provocada por un exceso de medicación. Notaremos la forma en que se expresa la persona, las palabras, las expresiones que usa. Estos elementos son muy útiles antes de empezar la palpación del paciente, pues a menudo la lesión original que crea la sintomatología motivo de la consulta, está bien oculta a nivel del inconsciente del paciente y aparece a través del interrogatorio. Investigaremos la postura del paciente, sus actitudes antálgicas. Veremos si tiene una cifosis o una lordosis exagerada, o una actitud escoliótica. A nivel de los pies, notaremos si los tendones de Aquiles están bien verticales o no, si el arco interno está aplastado o no, si la persona tiene o no pies planos. Investigaremos la respiración y los trastornos de la respiración a nivel de la nariz, de la garganta, de los bronquios, de los pulmones. ¿Tiene el paciente alergias o fatiga? Miraremos la piel. ¿Es esta piel viva, elástica, o al contrario de un color gris, seca? Investigaremos los trastornos genitales, urinarios, como cistitis, esterilidad, dolor en el momento de las relaciones sexuales, casos muy frecuentes que en



osteopatía revelan a menudo trastornos de la vecindad o a distancia. Investigaremos los trastornos endocrinos a nivel de la hipófisis, de la tiroides, etc.; investigaremos los trastornos a nivel de la esfera cerebral: pérdida de memoria, dificultad en concentrarse, dificultades escolares, trastornos del lenguaje, trastornos del comportamiento. Pondremos en evi-

dencia los problemas psicológicos actuales o eventuales carencias efectivas en la primera infancia. Investigaremos los dolores de la columna vertebral, de los miembros, a nivel de los órganos, notando bien la modalidad del dolor, la topografía, la frecuencia.

Por ejemplo: Si una mujer viene a consultar por un dolor lumbar, el osteópata preguntará cómo se presentó el dolor, dónde se localiza, en qué horario, en qué momento aparece, cómo aumenta o disminuye. Preguntaremos sus irradiaciones eventuales. Si, además del dolor, la paciente sufre trastornos del tránsito intestinal, si tiene un disfuncionamiento ginecológico o si usa un DIU (Dispositivo intrauterino), preguntaremos si tiene problemas urinarios, de hemorroides, de várices o calambres; preguntaremos también los antecedentes médicos, quirúrgicos o infecciosos y si la persona está actualmente bajo tratamiento medicamentoso. El osteópata usa los medios de investigación clásica como la radiografía, la tomografía axial computada, la resonancia magnética, la ecografía, etc. Estos exámenes son interesantes, pero no pueden en ningún caso indicarnos el lugar de la lesión osteopática que está en el origen del problema del paciente. La radiografía, por ejemplo, que el paciente siempre nos trae creyendo que vamos a poder hacer un diagnóstico a través de ella... Esta placa nos permite ver si la integridad de la estructura está preservada, y buscaremos un eventual rastro de fractura reciente o antiguo, una aparición de artrosis por pinzamiento articular o por osteofitosis, es decir, proliferación ósea. Vamos a buscar una desmineralización o, al contrario, una condensación, etc. Notemos si hay imágenes que hacen pensar en tumores ... La placa nos permite ver también otras cosas: una actitud antálgica, una cifosis, una lordosis, una escoliosis, una pelvis mal equilibrada, etc. Sin embargo, en ningún caso nos permite evaluar la movilidad. Una radiografía es una fotografía instantánea en dos dimensiones de una estructura que tiene

tres dimensiones. Necesitaríamos eventualmente una radiocinematografía de una articulación en movimiento para visualizar una disminución de movilidad articular. Por lo tanto, los exámenes clásicos son útiles para descartar problemas graves de naturaleza orgánica, pero totalmente insuficientes para evaluar la movilidad de la estructura.

LA OBSERVACION

Después del interrogatorio tenemos la observación. Observaremos a nuestro paciente. Primero su cara, la forma de su cabeza, si la frente es muy vertical o si al contrario huye hacia atrás, si la parte superior de la cara es mucho más ancha que la parte inferior, si tiene un ojo más abierto que el otro, una oreja más despegada que la otra, más alta o más baja, etc. Luego, nos fijaremos en el equilibrio del cuerpo, la mayor o menor dificultad de la estación de pie. La posición de pie es el privilegio del hombre, que es el único ser erguido en nuestro planeta. Eso le permite hablar y le da la independencia de la mano. Es una posición inestable en que la totalidad del peso reposa sobre la estrecha suela plantar y es la fuente de muchos problemas. En verdad, la estación de pie es un compromiso entre desequilibrios compensados. Cuando un hombre está de pie no queda inmóvil, sino que el conjunto de su cuerpo efectúa micromovimientos hacia adelante, hacia atrás o en rotación de un lado o del otro. Normalmente, esta trayectoria dibuja un ocho acostado (o lemniscata). Luego miraremos las líneas centrales de gravedad. Normalmente, la línea de gravedad del cuerpo debe pasar por el eje central determinado por la segunda vértebra cervical, el Axis, la cuarta vértebra dorsal y el cuerpo de la tercera vértebra lumbar. Así el sujeto está bien equilibrado, bien puesto sobre sus bases. Mirando a



nuestros pacientes, veremos a ciertas personas con un perfil posterior, es decir, que su línea central de gravedad se desplaza hacia atrás y tiene más peso sobre los talones. Las curvas vertebrales se acentuaron y seguirán acentuándose con la edad si no se hace nada para corregirlo. Podemos tener un paciente de perfil anterior: en este caso, la línea de gravedad se desplaza hacia adelante. Para mantenerse bien derecha, esta persona debe contraer fuertemente y

permanentemente su musculatura dorsal. Esta tonicidad excesiva, a la larga, va a comprimir las articulaciones, sobre todo las articulaciones vertebrales. Luego observaremos el apoyo sobre el suelo, cómo están puestos los pies. Tendremos un pie cavo con un arco plantar interno demasiado pronunciado o al contrario un pie plano donde el arco interno desapareció. Luego llegamos a los test osteopáticos.

POR GILLES DREVON LIEFRFROY D.O