

Rehabilitación en la infancia.

XXIX Jornada de Pediatría de Atención Primaria en Guipúzcoa

Errehabilitazioa haurtzaroan. Gipuzkoako Lehen Mailako Pediatriari buruzko XXIX. Jardunaldia

Resumen de la jornada por
Jardunaldiaren laburpena
Dr. Pedro Gorrotxategi Gorrotxategi

La palabra rehabilitación, generalmente, la asociamos al cuidado de las personas mayores y de las lesiones deportivas y en pocas ocasiones pensamos que el objeto de rehabilitación pueda ser un niño. Sin embargo "La rehabilitación en el niño" ha sido el tema propuesto por la sección de Guipúzcoa de la Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria para su jornada anual de formación continuada.

Inició la sesión la doctora Inés López del Servicio de Rehabilitación del Hospital Donostia con el tema doble del análisis de la escoliosis y de la plagiocefalia. La escoliosis, o mejor dicho, una ligera asimetría del tronco es un trastorno frecuente en los adolescentes. En ocasiones es debida a una disimetría que hasta los 2 cm de diferencia entre ambos miembros inferiores suele ser bien tolerada. Pero todas las alteraciones de la columna no se pueden calificar como escoliosis, es preciso que el grado de la curva supere los 10° para poder definirlo como tal. Aunque su origen se desconoce hay una tendencia familiar marcada. Tras descartar un trastorno subyacente (alteraciones vertebrales congénitas, problemas neuromusculares, síndromes polimalformativos, secuelas de traumatismos o lesiones tumorales) lo más importante es analizar el riesgo de progresión de la curva. Éste es mayor a menor edad del niño (sobre todo en <12 años), en el caso del sexo femenino, en las curvas dobles y cuando el Risser en la radiografía es menor de 2. Después de la menarquia lo más probable (70% de los casos) es que no se de progresión.

En cuanto al manejo de la escoliosis indicó que las curvas menores de 20° pueden controlarse en atención primaria, con un seguimiento semestral. Se deberían derivar a servicios especializados las curvas entre 20 y 30° en niñas pre-menárquicas, todas las mayores de 30° y aquellas en las que entre dos exploraciones haya una progresión mayor de 5°. El tratamiento es controvertido, no hay pruebas contundentes de que la utilización del corsé evite la cirugía y la decisión sobre el tratamiento: observación, corsé o cirugía, y la decisión sobre el tratamiento debe tomarse conjuntamente entre padres, niños y médicos tras una

información adecuada. El objetivo fundamental es que a la madurez esquelética la curva sea menor de 40° y a aquellas menores de 40° no progresan en la edad adulta.

La plagiocefalia postural es un problema que ha aumentado en los últimos años, tras la campaña "ponle a dormir boca arriba" para la prevención de la muerte súbita del lactante. Se presenta a partir de los dos meses de edad siendo su máxima incidencia hacia los 4. Inicialmente hay que descartar la presencia de tortícolis, a la que se asocia con cierta frecuencia, y algunos autores señalan que un cierto retraso psicomotor puede aumentar su incidencia, al mover menos el niño la cabeza, por lo que la exploración neurológica debe ser más cuidadosa. No es motivo, sin embargo, para una derivación a neurología infantil a no ser que existan otros signos patológicos. La craneosinostosis es muy rara y más la de la sutura lambdoidea que es la que podría confundir con la plagiocefalia postural, pero su diferenciación es importante porque si existe craneosinostosis se debe realizar tratamiento quirúrgico antes del año de edad. El tratamiento habitual es el cambio de postura de la cabeza (reposicionamiento), ejercicios para la tortícolis que ni no mejora precisa valoración fisioterapéutica y plantearse la posibilidad de ortesis craneal entre los 6 meses y el año de edad en el caso de que con el reposicionamiento no se haya logrado mejoría y que lo soliciten los padres por motivos estéticos.

Seguidamente el doctor David Alonso del Palacio, médico de ASPACE (Asociación de ayuda a los enfermos de parálisis cerebral) fue el encargado de tratar el tema del abordaje de dicha patología. Explicó los diferentes servicios que ofrecía la asociación: atención temprana a estos niños con un equipo cohesionado y asumiendo la coordinación del seguimiento del niño, el tratamiento ambulatorio para los niños con parálisis cerebral sin alteración cognitiva y el tratamiento integral en el propio centro para aquellos niños con retraso mental asociado. La etiología más frecuente de trastorno motor de origen cerebral es la prematuridad, seguida de las malformaciones prenatales, la encefalopatía hipóxico-isquémica y los trastornos vasculares

prenatales. El manejo y seguimiento de cada uno de estos procesos es diferente y se realizan ejercicios de rehabilitación, inyecciones de toxina botulínica (a partir de los 18 meses) y cirugía de partes blandas con reeducación posterior, con la finalidad de lograr una adaptación del niño, en función de sus posibilidades, que le permita llevar una vida satisfactoria.

Finalizó la sesión la doctora Mirari Pérez

Gaztelu de AransGi (Asociación de familias de personas sordas de Gipuzkoa). Explicó, como, la laringostroboscopia, estudio de la vibración de las cuerdas vocales, es fundamental para el estudio de las disfonías y además permite diferenciar las disfonías disfuncionales, sin lesión anatómica, de las que se acompañan de nódulos y de las alteraciones congénitas de las cuerdas vocales. El tratamiento fundamental

es la reeducación vocal durante un período de entre 3 y 6 meses. Si ello no es suficiente, en ocasiones, es preciso recurrir a la fonocirugía, seguida siempre de la reeducación funcional complementaria.

Con esta charla finalizó la sesión en la que se analizaron la rehabilitación de problemas del aparato locomotor, neurológicos y vocales en los niños.