



EDITORIAL

VI JORNADAS DE LA SERI Toledo 15 y 16 de Marzo de 2001

TEMA : LESION MEDULAR INFANTIL

Organización : Servicio de Rehabilitación del
Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo

El objetivo de estas jornadas, considerando el carácter multidisciplinario de la SERI, ha sido analizar los aspectos más relevantes de la lesión medular infantil (LMI), haciendo hincapié en aquellas características que marcan diferencias con respecto a la lesión medular del adulto, mucho más documentada y conocida.

Aunque los datos que manejamos son estimativos, se puede afirmar que la incidencia y prevalencia es baja en España, siendo de 1/ millón habitantes / año, un 4% respecto a la de los adultos. Al igual que en éstos, se da más en varones que en mujeres, diferencia que es escasa en los menores de 8 años y que aumenta de forma geométrica con la edad.

Las principales causas son los accidentes de tráfico, seguido de las caídas, zambullidas y lesiones deportivas, frecuentes en la adolescencia. Es de destacar el creciente número de causas médicas remitidas a los Servicios de Rehabilitación, incluyendo patologías de mal pronóstico, clásicamente "no rehabilitables".

Las características anatómicas y biomecánicas de la columna infantil hacen posible y frecuente la existencia del denominado SCIWORA (spinal cord injuries without radiographic abnormalities),

característico de los menores de 8 años, de habitual mal pronóstico neurológico y peligro de recurrencias ante una inmovilización insuficiente.

En el niño, la hipermovilidad de los segmentos cervicales altos, junto con los avances en la atención sanitaria, hacen cada día más viable la supervivencia de lesiones cervicales altas dependientes de ventilación artificial. Independientemente del nivel de lesión, el objetivo final del tratamiento rehabilitador es la integración domiciliaria y una buena calidad de vida.

En cuanto a la reeducación de esfínteres, se establece el inicio de la misma a partir de los 3 años, coincidiendo con el aumento de la capacidad vesical y la maduración del sistema nervioso central. Existe un protocolo de seguimiento urológico, con ecografías semestrales, salvo complicaciones y estudios urodinámicos seriados a partir de los 5 años.

Se abordó el tema de la espasticidad, desde el componente estático y dinámico, diferenciando las características clínicas, según su etiopatogenia. Se valoraron los diferentes métodos de cuantificación de la misma: escalas funcionales, de calidad de vida, escalas clínicas, estudios biomecánicos, test del péndulo, sistemas isocinéticos y pruebas electrofisiológicas. Se insistió en el enfoque terapéutico funcional, siendo descrito nuestro protocolo de actuación escalonada, ya sea mediante terapias físicas, farmacológicas, bloqueos o técnicas quirúrgicas.

Se realizó una revisión bibliográfica de los factores de riesgo para el desarrollo de la escoliosis paralítica, contrastándolos con la experiencia del propio centro. Se concluye que

existe una gran incidencia de deformidades (77%) en el grupo tratado en el hospital, relacionado significativa-mente con la edad y el grado A (lesiones completas) en la escala de ASIA.

Los patrones de la deformidad de miembros inferiores en la LMI están en estrecha relación con el nivel neurológico de afectación y el tono muscular. La mejor terapia es la prevención.

El amplio y nuevo concepto de la tecnología de la rehabilitación abre un gran campo aún por explorar de medidas compensatorias paliativas.

Las terapias físicas de la rehabilitación infantil se ven dificultadas por la colaboración y edad del niño, lo que marcará los objetivos y el carácter pasivo o activo del tratamiento, así como las pautas de educación sanitaria a la familia o al propio paciente.

La utilización de silla de ruedas autopropulsable (manual o eléctrica) como método habitual de deambulación en nuestros pacientes, ha forzado la necesidad de protocolización del tipo de desplazamiento, enseñanza de maniobrabilidad por edades y niveles y escalonamiento en el aprendizaje. Se establecen 3 grupos de edad: 6-10 años, 11-13 años y a partir de 14 años, cuya enseñanza es similar a la de los adultos.

Los objetivos de la terapia ocupacional se establecen de acuerdo con la valoración de la escala FIM y Wee FIM, siendo un aspecto de vital importancia en nuestros pacientes el posicionamiento adecuado.

La rehabilitación complementaria, durante el período de hospitalización, tiene por objeto preparar para la integración y normalización al alta, mediante diferentes actividades como son formación, deportes y animación.

Se abordó la problemática psicológica del niño, en cuanto a la adaptación a una hospitalización de larga estancia, a la asunción de su patología orgánica y la consecución de una integración plena.

Se desarrollaron las principales aplicaciones clínicas de la estimulación eléctrica en la LMI, tanto desde el punto de vista

respiratorio (marcapasos diafragmático que aporta ventajas clínicas, psicológicas y sociales) como urológico (estimulación intravesical, de momento con limitada eficacia clínica), la estimulación eléctrica funcional (poco desarrollada en niños) y la estimulación eléctrica superficial, cuya aplicación más reciente es como tratamiento complementario a la toxina botulínica.

Las posibilidades quirúrgicas de la mano espástica y las deformidades de miembros inferiores, respetando los principios básicos de un organismo en crecimiento, cerraron los aspectos sanitarios.

La conferencia de clausura, a cargo de la Dra. Sánchez de Muniain, Presidenta de la SERI, dió una visión global de la situación actual y sistemas de atención al niño discapacitado, para cerrar el círculo que completa el estudio de una patología importante, no por su frecuencia sino por su afectación multiorgánica.

Dra. Olga Arroyo Riaño
Presidenta de las

Jornadas

LIBROS RECOMENDADOS (2) :

continúa del número anterior.....

12. Pediatric Physical Therapy. Jan Stuphen Tecklin. Ed. Lippincott. 3ª edición. 1999.

13. Atención en el hogar del niño con PCI. Nancie R Finnie. La Prensa Médica Mexicana S.A. México DF 1983.

14. Atención Médica en el síndrome de Down. Un planteamiento en Medicina

Preventiva. Fundación Catalana Síndrome de Down. Barcelona 1994.

15. Ortopedia Infantil Cotidiana. A. Dimeglio. Masson S.A. Barcelona 1995.

16. Conceptos básicos de Ortopedia Infantil. Joan Minguella. Ergon. Madrid 1995.

17. Caring for Children with Cerebral Palsy : a team approach. J.P. Dormans, L. Pellegrino. York PA : Paul H Brookes 1998.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

- **The child with a painful back.** Dickson RA. Current Orthopedics 2000,14: 369-79

Los autores hacen referencia a causas de dolor vertebral en niños que pueden tener consecuencias graves si no son detectadas precozmente. Infecciones vertebrales, discitis, traumatismos, tumores , espondilolisis y espondilolistesis, entre otros, suelen producir dolor como primera manifestación clínica, destacando para cada uno de ellos otros síntomas de alerta y las exploraciones complementarias más adecuadas.

- **Orthopaedic disorders in Down's syndrome.** FS Jacobsen. Current Orthopedics 2000, 14: 215-222.

Se describen los problemas ortopédicos del síndrome de Down y su cirugía, con especial atención a los problemas de la columna cervical.

- **Safety profile and efficacy of botulinum toxin A in children with muscle spasticity.** AMO Backeit. Dev Med Child Neurol 2001, 43: 234-8.

El artículo ofrece guías de dosificación basándose en la valoración del riesgo/beneficio. El 94% de la muestra eran niños afectados de PCI. La mayor incidencia de efectos adversos se observaron con dosis superiores a 1000 UI. Los tratamientos a varios niveles ofrecen mejores resultados.

- **Comparison of three ankle-foot orthosis configurations for children with spastic hemiplegia.** CE Backon. Dev Med Child Neurol 2001, 43 : 371-8.

El propósito de este estudio es comparar las ventajas de la ortesis de tobillo articulada (HAFO), la posterior tipo Rancho y la ortesis rígida (SAFO) en aspectos tales como : prevención de contracturas, eficiencia de la marcha y facilidad para la realización de tareas

motrices funcionales, en 30 niños con hemiplejía espástica. Concluyen que las dos primeras son más eficaces en los aspectos estudiados, siendo la HAFO más efectiva para controlar la hiperextensión de rodilla durante la bipedestación y la otra mejora la alineación del miembro inferior en aquellos niños que tienden a mantener la rodilla ligeramente flexionada.

- **Factors influencing ambulation in myelomeningocele . A cross-sectional study.** Asa Bartonek. Dev Med Child Neurol 2001, 43: 253- 60.

Un estudio sobre 53 niños afectados con el fin de observar aspectos diferentes del nivel motor que contribuyen al logro de la marcha.

- **Treatment of scoliosis with spinal bracing in quadriplegic cerebral palsy.** T. Terjesen. Dev Med Child Neurol 2000, 42: 448-54.

Se valora retrospectivamente el uso de corsé en 86 pacientes. Se empleó un corsé de contacto almohadillado y se midieron los ángulos de Cobb antes, durante y después del tratamiento, obteniéndose una corrección media con el corsé de 25°. La edad del paciente y la corrección inicial fueron las variables que influyeron en la progresión de la curva. Los padres se mostraron satisfechos, ya

que el corsé mejoraba la estabilidad durante la sedestación.

- **Treadmill Training with partial body Weight Support in Nonambulatory Patients with Cerebral Palsy.** M R Schindl. Arch Phys Med Rehabil 2000, 81: 301-6.

Se valoran 10 niños en los que se realizó entrenamiento con el aparato durante 3 meses. Comparando su situación funcional en las subescalas de bipedestación y marcha de la Gross Motor Function Measure , con mejorías significativas en ambas. Concluyen que este tipo de terapia puede mejorar las capacidades de niños no ambulantes afectados de PCI.

CURSOS Y CONGRESOS :

II CURSO ESPECIALISTA EN DISCAPA-CIDAD INFANTIL. DIAGNOSTICO Y REHABILITACIÓN.

Octubre 2001- Diciembre 2002. Organizan : Universidad Complutense de Madrid, SERI y Servicio de RHB del Hospital Niño Jesús. Madrid. Información : 913941518 (Mañanas), 915427125 (Tardes).

III SYMPOSIUM SOBRE PARÁLISIS CEREBRAL.

Barcelona 22-24 Noviembre 2001. Organizado por el Centro Piloto Arcángel San Gabriel ASPACE. Información: www.unicongress.com/sympace2001.

NOTA INFORMATIVA :

El Boletín se publicará trimestralmente y será distribuido gratuitamente entre todos los socios de la SERI, pues pretende ser un medio de comunicación .

Las personas interesadas en ser miembros de la sociedad, deben dirigir su solicitud a la Secretaría de la SERI (C/ Hernani 58 – 4º A 28020 Madrid). La cuota es de 3000 pts. anuales para los miembros numerarios y 2000 pts. anuales para los miembros asociados.

Los contenidos generales del Boletín fueron expuestos más ampliamente en el nº 1 . Las secciones inicialmente incluidas son : editoriales (científicas o de opinión), citas de artículos interesantes publicados en revistas, crítica de libros relacionados con la discapacidad infantil, noticias (Reuniones, Congresos, Cursos,...), sugerencias. Los miembros de la sociedad que esteis interesados podeis participar en cualquiera de estas secciones. En las editoriales se recomiedan textos de extensión no superior a 2 hojas DIN- A4, escritas a doble espacio. Las colaboraciones pueden ser enviadas en papel o disquete a la siguiente dirección : Boletín SERI . Dra. Gema Girona, Servicio Rehabilitación. Hospital General de Castellón. Avda. Benicasim s/n 12004 Castellón.

Título : **BOLETÍN DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN INFANTIL**

Autores : Olga Arroyo y Gema Girona

Editorial: los autores

Depósito Legal : CS- 86- 2001