

Portales y direcciones web

Exposición del Sr. D. Joaquín Fonoll

DIRECCIONES DE ACCESO A PROGRAMAS EDUCATIVOS

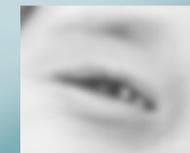
- Sección en la que incluimos direcciones que puedan ser de interés para los socios. Como todas, es una sección abierta en la que esperamos vuestra colaboración. Si conocéis alguna dirección que os haya sido útil en vuestro trabajo podéis remitirla junto con una pequeña reseña explicativa.
- www.xtec.es/dnee.mic
 - <http://www.xtec.es/-jfonoll/SERI/>
 - www.xtec.es/equipament/primaria/index.htm
 - www.edu365.com
 - <http://www.xtec.es/-jfonoll/tpwin>
 - www.lagares.org



SERI Sociedad Española de Rehabilitación Infantil

nº 3. Julio 2004

Boletín Científico de la Sociedad Española de Rehabilitación Infantil



(SERI)





Dra. Gemma Girona

Junta Directiva de la SERI

Presidenta:

Dra. Anna Febrer Rotger

Vicepresidente:

Dr. Federico Pazos Ruiz-Mateos

Secretaria:

Dra. Natalia Rodríguez Nieva

Tesorera:

Dra. M^a Angeles Redondo García

Vocales:

Dra. Olga Arroyo Riaño

Dra. M^a Antonia Cabezuelo Briones

Dr. Juan Andrés Conejero Casares

Dr. Vicente García Aymerich

Dra. Gemma Girona Chenoll

Dra. M^a Dolores Sánchez García

Sumario

Editorial pag 3

Dra. Gemma Girona

Conociéndonos... pag 4

C. P. E. E. Reeducación de Inválidos

Dra. M^a Angeles Redondo García

Médico Rehabilitador

**MESA DE COMUNICACIONES
IX Jornadas Científicas pag 8**

Normas de Publicación pag 14

Citas bibliográficas pag 15

Portales y direcciones web pag 16

Coordinadora del boletín

Dra. Gemma Girona

Número 3, Julio 2004

Boletín Científico de la Sociedad de Rehabilitación Infantil (SERI)

Reservados todos los derechos.

Queda hecho el depósito que marca la ley.

Quedan rigurosamente prohibidos, sin la autorización escrita de los titulares del "copyright", bajo las sanciones establecidas por la ley, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, incluidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamo público.

Depósito Legal B-44.140-2003

© 2003, Sociedad Española de Rehabilitación Infantil (SERI)

Edita: Sociedad Española de Rehabilitación Infantil (SERI)

Patrocina: Supace, orto-distribución S.L

Diseño e Impresión: Gráficas Hercu, S. L.
Riera de Sant Miquel, 7
08006 Barcelona

ESCUPTOR LLIMONA, 17 - 08031 BARCELONA
TELS. 93 357 04 27 - 357 02 68 - FAX 93 357 02 68

El boletín se distribuirá de forma gratuita a todos los socios de la SERI.

Os animamos a colaborar en alguna de las secciones, así como realizar las sugerencias que consideréis oportunas. La información podéis remitirla por correo electrónico a:

seri@sermef.es o en formato diskette a: **Dra. Gemma Girona.**

Servicio Rehabilitación.
Hospital General de Castellón.

Avda. Benicasim, s/nº
12004 CASTELLÓN.



El 27 y 28 de Febrero del presente año, se celebraron en Barcelona las IX Jornadas de la SERI, con los temas: Manejo de las enfermedades reumáticas en el niño y el Ordenador como ayuda técnica para el niño discapacitado.

Al acto de la Inauguración asistieron el Dr. Manuel Balcells, Director de Estrategias y Coordinación del Departament de Sanitat de Catalunya, quien habló sobre la necesidad de una mayor definición en las especialidades médicas y en la posibilidad de la creación de sub o supraespecialidades, en cuyo marco estaría englobada la especialidad de Rehabilitación Infantil. El Dr. Manuel del Castillo, Gerente del Hospital de Sant Joan de Déu, habló de la conveniencia de realizar las Jornadas en el marco de este hospital, dadas sus características de Hospital monográfico de atención al niño y al adolescente. Por su parte la Dra. Anna Febrer, Presidenta de la SERI, explicó que este año iban a tratarse dos temas muy distintos entre sí (uno de ámbito hospitalario y otro más docente y de ayuda a la comunicación), lo cual demuestra el alcance de nuestra especialidad, preocupada por todos los temas que tengan que ver con la etapa del desarrollo del niño y su transición a la edad adulta. Explicó que este año nos podíamos sentir muy satisfechos por el gran número de comunicaciones recibidas y la calidad de las mismas y agradeciendo la presencia de todos los asistentes, dio paso al comienzo de las Jornadas.

Las Jornadas estaban compuestas de dos mesas redondas y una mesa de comunicaciones. La primera mesa, coordinada por las **Dras. M^a Antonia Cabezuelo y Anna Febrer**, médicos rehabilitadores del Hospital Vall D'Hebron y Sant Joan de Déu respectivamente, se centró en el tema **ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL (AIJ)**. El **Dr. Enrique González**, pediatra- reumatólogo del Hospital Vall D'Hebron, explicó la definición y clasificación actual de la AIJ y los criterios de inclusión y exclusión en cada categoría. La **Dra. Consuelo Modesto**, del Sº Reumatología del mismo hospital, hizo una actualización sobre los nuevos fármacos empleados en el control de esta enfermedad, recordando que ya existen 51 pacientes en Europa en los que se ha ensayado un trasplante de células madre. La **Dra. Julia García Consuegra**, pediatra- reumatóloga del Hospital La Paz, con gran experiencia en las alteraciones de crecimiento ligadas a la AIJ, destacó que las mismas tienen una etiología multifactorial (retracciones y deformidades articulares, déficit nutricional, uso de corticoides, factores hormonales...) que podemos prevenir. La **Dra. Mar Meléndez**, del Sº de RHB del H. Sant Joan de Déu, aportó una revisión bibliográfica de los últimos 10 años sobre los beneficios del ejercicio en los niños con enfermedades reumáticas destacando que, presentan una capacidad aeróbica, fuerza, volumen y resistencia muscular disminuida, que persisten más allá de los brotes. Se indican ejercicios acuáticos y de carga de bajo impacto, individualizados. La **Dra. Anna Febrer** explicó las diferentes escalas utilizadas: a) e. de medición del dolor adaptadas a los niños. b) e. de valoración funcional: C-JAFAR (cuestionario para niños de más de 7 años), P-JAFAR (para padres) y el CHAQ para niños entre 1-19 años que ha

sido validada en España. c) e. de calidad de vida: CAHP (Tucker, 1995) y JAQQ Duffy, 1997). La **Sra. Inés Mata** y la **Sra. Laura Fadol**, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional del mismo servicio, realizaron una detallada exposición de los objetivos del tratamiento fisioterápico, las terapias utilizadas para las distintas articulaciones, incluida la temporomandibular, la necesidad de un tratamiento preventivo del daño articular y de coordinación del equipo multidisciplinar. Respecto a las aportaciones de la T. Ocupacional, se insistió especialmente en las normas de economía articular y los medios terapéuticos empleados (ortesis, ayudas técnicas, reeducación gestual y postural...) completando la exposición con un vídeo sobre la implementación de estas medidas. La segunda mesa, coordinada por la **Dra. M^a Angeles Redondo**, médico rehabilitador del CPEE Reeducación de Inválidos de Madrid, fue estructurada en cuatro ponencias. Inició su exposición con las bases anatomofisiológicas necesarias para establecer las habilidades comunicativas, detacando la necesidad de valoración individual de los niños que van a acceder a estas ayudas. El **Sr. Jordi Escoin**, Director del Centro Pont del Dragó de Barcelona, abordó el tema de acceso al ordenador de los niños con necesidades educativas especiales, aportando su gran experiencia sobre la valoración del llamado movimiento residual voluntario para poder indicar el soporte tecnológico necesario para el acceso al ordenador y destacó la necesidad de que el uso de dichas ayudas sea posible en todos los ámbitos de desarrollo (familiar, personal, escolar...). El **Sr. Joaquín Fonoll**, del Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Barcelona, abordó las múltiples ventajas y posibilidades que ofrece el ordenador en el medio escolar para todos los niños, influyendo positivamente sobre la motivación y permitiendo realizar a los discapacitados gran número de actividades hasta ahora imposibles (manipulación de conceptos abstractos, escritura, dibujo...). La **Sra. Sandra Millet**, logopeda del Centro de Parálisis Cerebral Arcángel San Gabriel de Barcelona, habló de los sistemas de comunicación con el ordenador y de la experiencia de su centro en el que han conseguido mejorar la calidad de vida de muchos usuarios gravemente discapacitados.

La mesa de comunicaciones contó con 15 aportaciones que destacaron por la claridad de la exposición y la excelente documentación sobre los temas. El resumen de las mismas se incluye en otra sección de esta revista.

Por último, quiero destacar la buena Organización por parte del Sº de RHB del H. Sant Joan de Déu, el acierto en la elección de los ponentes, las aportaciones de los asistentes durante el coloquio, el excelente marco donde tuvieron lugar las Jornadas (Edificio Docent de dicho hospital) y la eficacia de la Secretaría y el personal responsable de los medios audiovisuales.

Nos queda un buen recuerdo de estas IX Jornadas en la magnífica ciudad de Barcelona y os emplazamos a todos para el próximo año en el Hospital Cruces de Bilbao, con temas relacionados con la prematuridad.



Conociéndonos...

C.P.E.E. REEDUCACIÓN DE INVÁLIDOS. MADRID

Dra. M^a Angeles García Redondo
Médico Rehabilitador

Historia

El CPEERI más conocido como INRI (Instituto Nacional de Reeducción de Inválidos) es el primer centro destinado para rehabilitar o reeducar inválidos en España y uno de los primeros del mundo.

Es creado por Real Decreto el 11 de Enero de 1887 por S. M. la Reina Regente M^a Cristina como "asilo destinado a los obreros inválidos por efecto de alguno de los accidentes desgraciados tan frecuentes en los diversos artes u oficios, e imposibilitados, por consiguiente, de continuar ganando el sustento por medio del trabajo", siendo denominado Asilo de Inválidos del Trabajo (foto 1); el lugar destinado es el Palacio de verano del Marqués de Salamanca situado dentro de la finca de Vista Alegre, que cuenta además con otros edificios anejos (escolar, lavandería y casa del conserje), instalaciones deportivas y está rodeado de amplias zonas ajardinadas, ubicado en un típico barrio madrileño, Carabanchel Bajo, en aquel momento pueblo próximo a la capital.



Posteriormente en 1922 y tras la Ley Reformadora de Accidentes de Trabajo, pasó a denominarse Instituto de Reeducción Profesional de Inválidos del Trabajo (I.R.P.I.T), con unos fines determinados por ley:

- Readaptación funcional de los inválidos
- Reeducación profesional
- Tutela estatal de los mismos.

Pasó a depender del Ministerio de Trabajo y se reestructuró en tres secciones diferenciadas:

Médica: con consultas gratuitas, intervenciones quirúrgicas,

etc., para lo que se crearon consultorios, internado, salas de recuperación y terapéutica física, quirófano, laboratorio y clínica ortopédica. En esa época el Director Médico fue el Dr. Oller, el cual dotó de médico de guardia, médico becario y masajista, así como numerosos médicos que acudían como ayudantes con carácter gratuito, actuando las Hermanas de la Caridad como personal técnico.

Técnica: son los encargados del área de reinserción y orientación profesional, con talleres y explotaciones agrícolas. Fue dotada de personal para realizar los exámenes psicotécnicos y vocacionales, completando en un gran porcentaje la escolarización. En los talleres se funcionaba como si se tratara de un puesto de trabajo (en aquellos tiempos ¡48 horas semanales!), instalándose entre otros: talleres de mecánica, electricidad, carpintería mecánica y ebanistería, zapatería, encuadernación, delineado, dibujo artístico y repujado en cuero y grabado en madera, así como un taller de ortopedia de vital importancia, pues servía a los fines del instituto. Al frente de esta sección estaba C. de Madariaga, ingeniero y en colaboración con él un médico, dos profesores y los jefes de taller.

El ingreso se realizaba por oposición y se les becaba; los accidentados laborales tenían carácter preferencial pero, si quedaban vacantes, se cubrían con malformaciones congénitas o secuelas de enfermedades como la poliomielitis.

Administrativa: Llevaba toda la burocracia, contabilidad y las relaciones con las instituciones. Al cargo se encontraba D. Manuel García de los Ríos y colaboraban con él un contable y dos auxiliares.

Esta época del centro (1922-1928) fue sin lugar a dudas la de mayor esplendor; en el orden profesional la mayoría de los médicos que aquí trabajaban fueron las bases sobre donde se constituyó y desarrolló la rehabilitación.

El trabajo interdisciplinar y multidisciplinar que se desarrolló desde el Instituto, estaba por delante de los más avanzados criterios de actividades europeas. Esta doble visión de re-habilitar y re-educar que se inició y desarrolló en la primera cuarta parte del siglo pasado, 90 años después sigue siendo igual de necesaria y sigue estando vigente. De manera paralela se realizaban actividades culturales, recreativas y deportivas, es decir, también se trabajaba el tercer aspecto rehabilitador, el ocio y el tiempo libre.

De las estadísticas médicas de la época se sabe que se consiguió reeducar a 300 inválidos; en el quinquenio 1925-

1930 se trataron 163: se consideraron reeducados 91 (TABLA I), fracasaron en 24 casos (indisciplina, abandono, irrecuperabilidad...) y continuaban en reeducación 48.

TABLA I

REEDUCADOS	91
Zapatería	18 %
Oficinistas	14 %
Auxiliares de oficina	12 %
Mecánicos	11 %
Dibujantes	8,5 %
Encuadernadores	8,5 %
Electricistas	7,5 %
Carpinteros	7,5 %
Contables	4,5 %

Igualmente, la actividad científica fue muy prolija destacando la publicación periódica (generalmente anual) de las MEMORIAS DEL INSTITUTO DE REEDUCACIÓN DE INVÁLIDOS DE TRABAJO, REEDUCACIÓN PROFESIONAL, ORIENTACIÓN PROFESIONAL, ORGANIZACIÓN CIENTÍFICA DEL TRABAJO, o LA PRÁCTICA MÉDICA DE ACCIDENTES DE TRABAJO y por supuesto el largometraje titulado ORGANIZACIÓN DE LOS INVÁLIDOS DE ESPAÑA de 1928.

Desde 1933 se denomina *Instituto Nacional de Reeducción de Inválidos* y se le asigna, entre otros cometidos, "el tratamiento médico reeducativo de los afectados por mutilaciones, anomalías o lesiones de miembros o tronco que les priven de la movilidad normal y les inhabiliten para las actividades normales de la vida".

Es nombrado Director el Dr. D. Manuel Bastos Ansart.

A partir de 1958 y debido a su carácter docente, se reglamentó este aspecto, para poder impartir, junto a los tratamientos médicos, enseñanzas profesionales a los alumnos

inválidos. En estos momentos la mayoría tiene una edad entre 12-16 años y muchos de ellos presentan secuelas de poliomielitis, malformaciones congénitas, amputaciones, tuberculosis óseas, parálisis cerebral, distrofias musculares, artritis reumatoide, escoliosis y artrogriposis (Foto 2).



Fruto de este trabajo se inician y se forman en este Instituto los primeros equipos de cirugía ortopédica, rehabilitación, técnica ortopédica y terapia ocupacional. Simplemente recordar de esta época a los Dres. Agustín Lozano Azulas (Presidente de la Sociedad Española de Rehabilitación de 1966-69) y Anselmo Álvarez Cué, últimos Directores Médicos y al Dr. Vicente Sanchís Olmos, primer Presidente de la Sociedad Española de Fisioterapia Reeducativa creada en 1954 que pasó a denominarse SER.

ACTUALIDAD

Hay dos sucesos que marcan un profundo cambio en la Institución:

· La promulgación de la Ley de Integración Social del Minusválido (LISMI) de 1982 que en el artículo 18.3 enuncia: *el estado fomentará y establecerá un sistema de rehabilitación que estará coordinado con los servicios sociales, escolares, y laborales en las menores unidades posibles, para acercar el servicio a los usuarios administrándolo descentralizadamente.*

· Desde 1985 y a raíz del Real Decreto sobre la Ordenación de la Educación Especial, el INRI es transformado y esto supone una reestructuración importante del centro, pacientes, trabajadores y ámbito de actuación.

De esta manera, desde 1986 el INRI, pasa a ser el CPEERI, (Centro Público de Educación Especial Reeducción de Inválidos), es decir, pasa a ser un colegio, y desaparece la figura del Director Médico y permanece sólo el Director Pedagógico, siendo D. Julián Palacios Sánchez, quien sigue en la actualidad ostentando dicho puesto.

Ya no hay “pacientes inválidos”, éstos son sustituidos por *alumnos con deficiencias motóricas gravemente afectados* o, desde la pedagogía, *alumnos con necesidades educativas especiales* (aquellos que precisan durante un cierto período de tiempo o toda la escolaridad apoyo pedagógico especial y atención particular por causa de deficiencias físicas, mentales, sensoriales, trastornos graves del comportamiento o situaciones desfavorecidas culturales o sociales) Foto 3.



El carácter nacional desaparece con la progresión de las autonomías, quedando reducido al ámbito de la Comunidad de Madrid. Desde 1995, al promulgarse un nuevo decreto que modifica al anterior sobre la Educación Especial, (niños muy afectados con plurideficiencias van sustituyendo a los anteriores).

Como colofón al centenario de años de dedicación a los minusválidos recibió el Premio Reina Sofía 1989 de Rehabilitación.

Para finalizar este repaso por lo que ha sido y es esta institución, desde 1993 y, auspiciada por una Beca del FIS, inició por primera vez en España la Ventilación Mecánica Nocturna Domiciliaria en jóvenes afectados con Distrofia Muscular de Duchenne.

ORGANIZACIÓN

Dado que es un Centro muy especial y para que nos conozcáis mejor de manera muy breve:

I. Órganos de Gobierno del CPEERI:

Equipo Directivo:

- Director
- Jefe de estudios
- Secretaria

Consejo Escolar:

- Equipo Directivo
- Representantes de AMPA
- Representantes de los profesores
- Representantes de trabajadores

Claustro de Profesores:

- Tutores

- Profesores de F.P. de Prácticas a la Comunidad (A raíz de la funcionarización de los Trabajadores Sociales en funcionarios docentes éstos pasaron a denominarse Profesores Técnicos de Prácticas a la Comunidad)
- Orientador
- Profesores de apoyo (Profesor de Educación Física, Música, Religión)
- Profesores de Audición y Lenguaje

Consejo Asesor (Jefes de Departamento):

- Equipo Directivo.
- Coordinador del Departamento de Orientación.
- Jefe de Cocina.
- Jefe de Negociado.
- Jefe de Residencia.
- Gobernanta.
- Médico Rehabilitador.
- Médico Generalista.
- Supervisora de Enfermería.

FUNCIONAMIENTO:

ALUMNOS:

- Alumnos con deficiencias motoras graves y asociada a otra deficiencia con dependencia para todas las AVD.
- Con necesidad de atención y cuidados sanitarios.
- La edad oscila entre los 3 años y los 18 años que es la escolarización obligatoria. Si bien en determinadas situaciones especiales se pueden solicitar prórrogas hasta los 21 años de edad.
- Pueden estar en régimen de internado (teniendo cabida para 30 alumnos como máximo) o externado.
- El plazo de matrícula está abierta durante todo el año.
- En este momento hay escolarizados 73 alumnos:
 - 39 Parálisis Cerebral con tetraparesia espástica.
 - 7 encefalopatía no filiada.
 - 6 Síndrome de West con deterioro madurativo
 - 3 atrofia cortical
 - 3 en coma vegetativo
 - 5 encefalopatía metabólica
 - 2 Síndrome de Angelman
 - 2 Deficiencias mentales.
 - 4 cromosomopatías (2 Síndrome de Down)
 - 1 Distrofia Muscular de Duchenne
 - 1 Síndrome de Rett.

RECURSOS HUMANOS:

La distribución funcional actual es la siguiente:

• Área pedagógica:

- 18 Aulas distribuidas en:
 - 2 Educación infantil
 - 10 Educación básica obligatoria

- 2 Programa de Formación para la Transición a la Vida Adulta.
- 4 de Audición y Lenguaje
- Profesores Especialistas: E. F., E. Musical y Formación religiosa, que atienden también dichas aulas.
- Departamento de Orientación (1 psicólogo)
- Profesores de F.P. de Servicios a la Comunidad

• Área Sanitaria:

- Médicos generales (3)
- Dues (7)
- Auxiliares de clínica (9)

• Área Rehabilitadora

- Médico rehabilitador
- Fisioterapeuta (5)
- Terapeuta ocupacional (2)

• Área de Residencia

- Titulado Medios Educativos (8)

(Son los antiguos Educadores, tienen como función la organización de la atención de los alumnos residentes contribuyendo a la socialización e integración.)

- Técnicos Especialistas III (39)

(Antiguos o de la Cuidadores encargados de la atención directa con el alumno en todas las actividades básicas de la vida diaria.)

• Servicios generales

- Cocina
- Administración
- Mantenimiento

ORGANIZACIÓN

I. COMISIÓN DE ADMISIÓN DE ALUMNOS:

Cuando nos llega un nuevo alumno, que son remitidos desde los Equipos de Orientación Psicopedagógica, (EOPS) Equipos de Atención Temprana (EAT o CDIAT); o de la Comisión Permanente de Escolarización, todos ellos previo informe desde la inspección educativa, es valorado en cada una de las áreas (médica, rehabilitadora, trabajo social, orientador, enfermería, jefe de estudios y si solicitan residencia la jefe de residencia) realizándose el perfil del alumno, el aula y los distintos tratamientos que va a recibir.

2. REUNIÓN INTERDEPARTAMENTAL PARA ESTABLECER LOS OBJETIVOS

A principios de curso y convocada por el Departamento de Orientación se realizan reuniones para cada alumno con todos y cada uno de los diferentes profesionales que actúan con el mismo. En estas reuniones se establece la programación individualizada o FIPAI (ficha interprofesional para la atención individualizada) integrando la actuación de todos los profesionales que intervienen con el alumno para alcanzar los objetivos pedagógicos, rehabilitadores y de salud.

3. REUNION INTERDEPARTAMENTAL PARA EVALUAR LOS OBJETIVOS.

Esta reunión se realiza en junio e intervienen los diferentes profesionales que elaboran la FIPAI.

BIBLIOGRAFÍA

La Institución Pionera de la Rehabilitación en España. Julián Palacios Sánchez. 1990

Historia de la Rehabilitación Médica. José Maria Climent. 2001
Memorias del I.R.P.I.T.

IX JORNADAS CIENTÍFICAS

I. ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL: TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR

C. Alonso; C. Múgica; M. Pacheco; *M.J. Rúa. Servicio de Medicina Física y RHB; *Reumatología Pediátrica. Hospital Universitario de Cruces (Bizkaia)

OBJETIVOS: El objetivo de nuestro trabajo es conocer las características, evolución y tratamiento de los pacientes con diagnóstico de AIJ estudiados en RHB.

METODOLOGIA: Presentamos un estudio descriptivo de los pacientes con diagnóstico de AIJ tratados en nuestro Servicio de RHB entre 2001-2003.

RESULTADOS: 23 pacientes. Edad media aparición AIJ: 4,27 años. Predominio sexo femenino. Comienzo más frecuente: monoarticular y sistémico. Articulación de predominio inicial: rodilla y tobillo. Formas de evolución más observadas: oligoarticular persistente y sistémica. Medicación: AINE (36,8%), AINE + corticoide (21,1%), AINE + Corticoide + MTX (21,1%), AINE + Sales de oro (5,3%), Etarnecept (5,3%), Infliximab (10,5%). Fisioterapia: 88,9%. Ortesis: 68,2%. Mejoría: 57,1%. Remisión: 23,8%. Empleamos escala funcional de Steinbrocker y/o c-HAQ.

CONCLUSIONES: El tratamiento de la AIJ es complejo y debe ser MULTIDISCIPLINAR y PRECOZ para obtener mejores resultados

2. VALORACIÓN DEL PACIENTE AFECTO DE ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL DESPUÉS DE INFILTRACIÓN INTRAARTICULAR CON GLUCOCORTICOIDES

M. Bonafont; A. Pedrosa, N. Rodríguez, M. Meléndez, D. Alzuria; A. Febrer.

Servei de Rehabilitació i Medicina Física de l'Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.

OBJETIVO: determinar la mejoría clínica y los cambios funcionales de pacientes con Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) después de la infiltración intraarticular de glucocorticoides.

MATERIAL Y MÉTODOS: tratamos mediante infiltración intraarticular de acetóxido de triamzinolona y mepivacaina (dosis 1mg/kg/articulación) a 14 pacientes (11 niñas y 3 niños, media de edad 6 años, rango de 2 a 13 años) diagnosticados de AIJ forma pauciarticular en fase activa de la enfermedad. En las articulaciones que presentaban derrame se realizó una artrocentesis evacuadora previa a la infiltración. Evaluamos clínicamente las articulaciones afectadas (tumefacción, derrame, balance articular) y una valoración funcional del paciente (índice de discapacidad, dolor y valoración global de la enfermedad) mediante el Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) una semana antes del tratamiento y una semana después. Infiltramos un total de 23 articulaciones (9 rodillas, 6 tobillos, 3 carpos, 3 dedos de la mano, 1 codo y 1 dedo del pie). En la exploración inicial todas las articulaciones afectadas estaban tumefactas, 9 presentaban derrame articular, 16 causaban dolor y en 15 de ellas observamos limitación del balance articular. Sólo dos de los pacientes presentaron antes del tratamiento afectación del nivel funcional, con un grado de discapacidad leve medido según el CHAQ.

RESULTADOS: En todas las articulaciones infiltradas se objetivó de manera significativa desaparición del derrame, disminución de la tumefacción, mejoría del balance articular, desaparición del dolor y mejor percepción global de la enfermedad una semana después de la infiltración. Así mismo, todos los pacientes presentaron un Índice de Discapacidad (ID) de 0 tras el tratamiento. En ningún caso observamos complicaciones locales ni sistémicas tras la infiltración.

CONCLUSION: La infiltración intraarticular de glucocorticoides en pacientes AIJ forma pauciarticular mejora significativamente los signos inflamatorios, balance articular, intensidad del dolor y percepción global de la enfermedad. El nivel funcional de estos pacientes no se altera significativamente durante el brote agudo en esta forma de la enfermedad, por lo que no se observan cambios significativos medidos por el ID de la escala de CHAQ tras el tratamiento.

3. ESPONDILODISICITIS EN LACTANTE DE 16 MESES DE EDAD

Beltrán Vives, A*; Girona Chenoll, G*; Barrachina Barberá, L**;
Badía Mayor, J.L**.* Sº Medicina Física y RHB. ** Sº de Pediatría. Hospital General de Castellón.

INTRODUCCIÓN: La espondilodisicitis es una inflamación del disco intervertebral y de las vértebras

adyacentes. Su diagnóstico precoz es importante y se ve dificultado por la inespecificidad de sus síntomas de comienzo.

CASO CLÍNICO: Niña de 16 meses que presentaba irritabilidad y rechazo a la deambulación, sin mejoría tras 3 semanas de tratamiento con Ibuprofeno. En la exploración física destacaba actitud hiperlordótica a nivel lumbar y tendencia a flexión de miembros inferiores, sin alteraciones generales ni neurológicas. La VSG fue de 28 mm en la primera hora y la PCR de 18 mg/dl, sin leucocitosis. En el estudio radiológico del raquis se apreciaba disminución del espacio discal T11 - T12 con irregularidades en los platillos. Una gammagrafía con tecnecio mostraba hipercaptación a ese nivel. La RMN confirmó el diagnóstico, sin evidencia de afectación del canal espinal. Se instauró tratamiento empírico con cloxacilina intravenosa (225 mg/Kg/día) e inmovilización con corsé dorsolumbar, con mejoría clínica. Reanudó la deambulación 12 días después del inicio del tratamiento, que fue mantenido al alta por vía oral.

DISCUSIÓN: La espondilodisicitis suele afectar a niños menores de 5 años, siendo la zona lumbosacra la más frecuentemente afectada, seguida de la zona torácica y cervical. Se invoca una etiología infecciosa, siendo el germen más frecuente el *Staphylococcus aureus*, no debiendo olvidar el bacilo de Koch o la brucela en nuestro medio. Los casos sin osteomielitis no suelen presentar fiebre y el laboratorio tiene poco valor para el diagnóstico. Las Rx muestran un estrechamiento del espacio discal que inicialmente puede pasar desapercibido. La gammagrafía es más precoz pero la RM se considera la técnica de elección para valorar la extensión de las lesiones. El uso de antibióticos es controvertido, si bien se describen menos complicaciones en los casos tratados. La cirugía descompresiva y estabilizadora se reserva para casos con lesiones extensas de partes blandas o alteraciones neurológicas progresivas. El pronóstico es favorable pero si no se trata adecuadamente puede dejar secuelas neuroortopédicas graves.

4. ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO REHABILITADOR DE LA ENFERMEDAD DE PERTHES

Rodríguez-Cañas de los Reyes, Marta (1); Conejero Casares, Juan Andrés (2); Alvarez Holgado, Lourdes María (1).
(1) H.U. Puerta del Mar (Cádiz), (2) H.U. Virgen Macarena (Sevilla).

OBJETIVOS: La enfermedad de Perthes suele presentar una evolución favorable y tiene un tratamiento controvertido. Hemos realizado una actualización de la evolución, indicaciones, y resultados del tratamiento rehabilitador.

METODOLOGIA: Realizamos una búsqueda bibliográfica mediante Medline durante 1980-2003, seleccionando 38 artículos de 250 encontrados. Presentamos un caso clínico de un varón de 5 años afecto de Perthes, que ha evolucionado favorablemente con tratamiento conservador.

RESULTADOS: La edad al diagnóstico y la extensión de la necrosis de la cabeza femoral eran los factores pronósticos más fiables. La historia natural de la enfermedad es favorable. Se obtienen mejores resultados asociándose el tratamiento conservador al quirúrgico.

CONCLUSIONES: El resultado del tratamiento conservador asociado a una férula de abducción o cirugía, fue similar. La férula de Atlanta es la más utilizada. Se aconseja tratamiento conservador en menores de 6 años y < 50% de afectación de la cabeza femoral. La cirugía es preferible en mayores de 6 años, casos de mal pronóstico y > 50% de necrosis de la cabeza.

5. EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA EN LA ENFERMEDAD DE SEVER

Ortiz Fandiño, Javier; Artacho De Luna, Estela
Servicio de Rehabilitación, Hospital Verge del Toro. Menorca.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Sever (ES) o apofisitis del calcáneo es una de las causas más frecuente de talalgia en niños. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico, existiendo controversia acerca del significado de los cambios radiográficos observados en estos pacientes. El aspecto esclerótico del núcleo secundario del calcáneo y las líneas de fragmentación, hallazgos clásicos de esta enfermedad, se aprecian también en pacientes sanos.

MÉTODO: Revisamos las imágenes radiográficas de un grupo de 40 niños diagnosticados de ES y las comparamos con las de un grupo control de 60, recogiendo la presencia de esclerosis, líneas de fragmentación y número de fragmentos.

RESULTADOS: El aspecto esclerótico y la fragmentación del núcleo de osificación secundario es una imagen común en ambos grupos, existiendo diferencia en el número de fragmentos, mayor en el grupo de casos. En pacientes con sintomatología severa la proyección axial puede mostrar zonas de callo óseo en el borde interno del calcáneo.

CONCLUSIÓN: El diagnóstico de la ES se basa en la clínica, limitándose la radiografía a aquellos casos con mala evolución. La radiografía podría ser útil como método de diagnóstico específico de la ES, aunque se precisan estudios más amplios al respecto.

6. HERNIA DISCAL LUMBAR EN NIÑA DE MENOS DE 10 AÑOS

Viosca, E.; Benac, M.; Blasco, L.; Salvador, M.; Mayor, R. Hospital de Sagunto

OBJETIVOS: Presentar un caso de excepcional rareza, difícil diagnóstico y presentación clínica diferente a adulto.

Revisión bibliográfica para mejorar la sospecha diagnóstica.

CASO CLÍNICO: Niña de 9 años-11 meses, consulta por cojera con marcha de puntillas y dolor en hueso poplíteo. Sorprende: la alteración de la marcha no compatible con patología de rodilla, el movimiento en bloque de raquis lumbar-hemipelvis izquierda, la importante rigidez y escoliosis lumbar, el Lasègue +++ bilateral. RMN: hernia discal L5-S1 paramedial izquierda.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: El cuadro difiere al del adulto, destacan la parquedad del síndrome radicular, intensidad del síndrome raquídeo-lumbar y alteración de la marcha. Escasa respuesta al tratamiento conservador, precisando cirugía. En otras publicaciones el dolor en rodilla o isquiotibiales es un síntoma inicial.

CONCLUSIONES: Sospecha: dolor en hueso poplíteo/isquiotibiales, marcha anómala, escoliosis-rigidez lumbar, Lasègue +++.

La RMN es el mejor método para confirmar el diagnóstico.

7. COALICION ASTRAGALCALCANEA: A propósito de un caso.

García Bascones, M; Fernández Sanz, I ; Arroyo Riaño, O; Crespo Cobo, P ; Palazón García, R; Ruiz Molina, D. H.G.U. Gregorio Marañón. Madrid.

La coalición tarsal es la unión entre dos o más huesos del tarso del pie. La unión puede ser ósea, cartilaginosa por tejido fibroso o combinación de ambos. La incidencia es aproximadamente del 1%, y las formas más comunes son: astragalocalcanea y la calcaneoescafoidea. Es bilateral en el 80% de los casos, y la causa más común de consulta es el dolor.

Presentamos el caso de un niño de diez años de edad diagnosticado de barra astragalocalcanea bilateral (derecha ósea e izquierda fibrosa). Acude a nuestra consulta por dolor inespecífico en ambos pies desde que inició la bipedestación. En la exploración física destaca contractura de los peroneos y pie plano valgo. Se decidió intervención quirúrgica mediante exéresis de la barra e interposición de grasa subcutánea. Posteriormente realizó tratamiento rehabilitador con técnicas de cinesiterapia y electroterapia. Tras la misma mejoró la sintomatología de ambos pies, quedando limitación únicamente en los últimos grados del rango articular.

Se realiza revisión bibliográfica de la literatura y puesta al día del tratamiento.

8. ENFOQUE TERAPÉUTICO EN LA ARTROGRIPOSIS

Fernández Sanz, I; García Bascones, M; Palazón García, R; Beltrán Recio, C; Cátedra Vallés, E; Arroyo Riaño, O. H.G.U. Gregorio Marañón. Madrid.

La artrogriposis se caracteriza por presencia de contracturas congénitas de muchas articulaciones. Puede aparecer formando parte de multitud de síndromes, y presentarse de forma esporádica o con un patrón de herencia definido. Un diagnóstico correcto y un tratamiento multidisciplinar y coordinado son fundamentales en estos pacientes.

Presentamos una serie de ocho pacientes entre uno y cuatro años de edad (tres niños y cinco niñas), afectados de artrogriposis múltiple congénita. Seis de ellos se podrían incluir dentro de la forma denominada artrogriposis distal, mientras que los dos restantes presentan una afectación más generalizada.

Todos han sido tratados mediante colocación de yesos correctores, y cinco de ellos, además se han sometido a tratamiento quirúrgico.

Analizamos los resultados obtenidos y nos planteamos cual es el abordaje y el manejo terapéutico más adecuado en estos pacientes.

9. OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA: A propósito de un caso

Sancho Loras, R; Cátedra Vallés, E; Martín Maroto, P; Palazón

García, R; Lozano Lozano, A; Arroyo Riaño, O. H.G.U. Gregorio Marañón. Madrid.

La osteogénesis imperfecta es una enfermedad hereditaria del tejido conectivo, cuya incidencia se estima en 1/20000 recién nacidos vivos.

Se caracteriza por debilidad muscular, hiperlaxitud y osteoporosis difusa, responsable de las características fracturas múltiples y recurrentes, con deformidades progresivas.

Presentamos un niño con 7 años actualmente, diagnosticado de osteogénesis imperfecta tipo III, seguido en nuestro servicio de Rehabilitación. +

En la exploración reciente destacan escleras azules, asimetría craneal, cifoescoliosis rígida, laxitud ligamentosa, y deformidades a distintos niveles, debido a múltiples fracturas previas (ambos fémures, humero derecho, tibia y peroné izquierdos), con pies planos-valgos, con apoyo escafoides. Funcionalmente realiza marcha de interiores.

Sigue tratamiento farmacológico con pamidronato y programa rehabilitador de cinesiterapia y prescripción de ortesis y ayudas técnicas.

Se realiza revisión bibliográfica y actualización de las diferentes opciones terapéuticas: farmacológicas, rehabilitadoras y quirúrgicas.

10. HEMIPLEJIA ALTERNANTE DE LA INFANCIA. CASO CLÍNICO

Beltrán Vives, A; Girona Chenoll, G*; Liñana Herrero, J**; Esparza Sánchez, M***. * Sº Medicina Física y RHB Hospital General; ** Fisioterapeuta Centro Atención Temprana Fundación Sdr. de Down; *** Sº Pediatría Hospital La Plana. Castellón.*

INTRODUCCIÓN: Es una entidad rara y de difícil diagnóstico descrita en 1971. Las bases diagnósticas fueron establecidas por Aicardi en 1980: ataques repetidos de hemiplejía en un hemicuerpo, comienzo antes de los 18 meses de edad, presencia de otros fenómenos paroxísticos (ataques tónicos o distónicos, manifestaciones oculomotoras y alteraciones vegetativas) asociados o independientes de la hemiplejía y evidencia de déficit mental o neurológico en el curso de la enfermedad.

CASO CLÍNICO: Se trata de una niña con embarazo y parto normal que al nacimiento presentó convulsiones neonatales y luxación unilateral de cadera. Durante el desarrollo siguió un programa de estimulación temprana al detectarse hipotonía asociada a retraso psicomotor, con movimientos atáxicos. Las exploraciones complementarias practicadas no aportaron datos significativos. Durante el tercer año la madre refirió que la niña presentaba repetidas crisis de hipotonía generalizada y trastornos oculomotores que cedían en horas sin que hubiera solicitado atención médica durante las mismas. Se planificó un EEG coincidente con una de las crisis que no mostró actividad epleptiforme. Tras estudio por el Sº de Neuropediatría de La Fe se establece el diagnóstico de hemiplejía alternante del lactante y se inicia tratamiento con Flunaricina (Sibelium) 5 mg/día, observándose una disminución en el número e intensidad de los episodios y mejoría del desarrollo psicomotor, consiguiendo deambulación un mes después del inicio.

DISCUSIÓN: Se trata de una enfermedad de fisiopatología incierta que algunos autores incluyen en los trastornos de origen vascular relacionados con la migraña. Se ha descrito algún caso asociado a patología mitocondrial y algunos casos familiares. Los ataques pléjicos no son el síntoma de comienzo, por lo que el diagnóstico se retrasa. Las alteraciones desaparecen durante el sueño. Se han descrito alteraciones en el SPECT cerebral. El tratamiento de elección es la flunaricina. Otros autores recomiendan hidrato de cloral al inicio del episodio o el hidrocloreto de amantadina en pacientes que no responden a la flunaricina.

11. REHABILITACIÓN EN SÍNDROMES DE BAJA INCIDENCIA: NUESTRA EXPERIENCIA.

Ana Ramírez Gómez, María Dolores Sánchez García, Esther Romero Pacheco, Francisca Quintana Luque. Hospital Virgen de las Nieves (GRANADA).

Existen más de 5000 síndromes de baja incidencia, la mayoría de ellos, hereditarios. En muchos, el diagnóstico sólo se puede hacer con la clínica, ya que no existen pruebas aún para diagnosticarlos.

Los síndromes de baja incidencia, son enfermedades muy poco frecuentes en la población general (menos de 5 afectados por cada 10000 habitantes). La mayoría de los síndromes tienen muchos hallazgos, algunos de los cuales, son patologías susceptibles de ser atendidas en la Unidad de Rehabilitación (deformidades ortopédicas, rigideces, retraso psicomotor...).

Presentamos una serie de 20 pacientes con síndromes congénitos (con o sin diagnóstico etiológico) que acudieron por primera vez a la Unidad de Rehabilitación Infantil del Hospital Virgen de las Nieves (GRANADA) durante los años 2001-2002 con una media de edad de 30,05 meses en la primera visita. Se describe el programa de atención: fisioterapia, ortesis, ayudas técnicas... que han requerido los niños, así como su situación clínica.

12. SÍNDROME DE GOLDENHAR: A propósito de un caso.

Cátedra Vallés, E; Sancho Loras, R; Arroyo Riaño, O; Martín Maroto, P; Palazón García, R; García Delgado, I. H.G.U Gregorio Marañón. Madrid

El síndrome de Goldenhar se deriva de la alteración del primer y segundo arcos branquiales durante la blastogénesis. Se caracteriza por asimetrías maxilofaciales, defectos congénitos de columna, quistes dermoides y anomalías del pabellón y conducto auditivo externo. Ocasionalmente se asocia con retraso mental y otras malformaciones.

Presentamos un niño de 6 años, con el síndrome polimalformativo clásico descrito, retraso psicomotor leve y síndrome de apnea obstructiva del sueño, que acudió a nuestra consulta para valoración rehabilitadora. En la exploración destaca dolicocefalia e hipertelorismo; malformación palatina e implantes dentales; audífono

izquierdo. Cuello corto y rígido. Tórax en quilla. Columna con actitud fija de hiperlordosis cervical y cifoescoliosis dorsal. Buen patrón respiratorio en reposo y ausencia de déficits neurológicos.

Se instaura un programa integral rehabilitador, con remisión a foniatría, fisioterapia respiratoria, ejercicios de tórax y columna y psicomotricidad.

Los síndromes polimalformativos, por su implicación multisistémica, son candidatos a programas rehabilitadores globales, con objetivos preventivos, curativos y/o paliativos de posibles discapacidades.

13. AYUDAS TÉCNICAS EN LESIONADOS MEDULARES INFANTILES (LMI) DEPENDIENTES DE VENTILACIÓN ARTIFICIAL.

Arroyo Riaño, O; Crespo Cobo, P; López Dolado, E*; García

Bascones, M; Fernández Sanz, I.; Sancho Loras, R. HGU Gregorio Marañón (Madrid). *Hospital Nacional de Parapléjicos (Toledo).

La importancia de la LMI dependiente de ventilación artificial radica en el impacto sociofamiliar y económico que una gran minusvalía adquirida de estas características prefiere.

Realizamos un estudio descriptivo de las ayudas técnicas (A.T.) empleadas en estos casos, analizando su uso, difusión, adaptación y sistemas de información y acceso a las mismas por las familias. Se lleva a cabo un cuestionario telefónico sobre la dotación de A.T. en 15 pacientes, cuya LM se produjo antes de los 16 años y han superado la etapa de hospitalización.

De la encuesta se desprende que las A.T. personales prescritas y adaptadas en el hospital son las más empleadas.

Las adaptaciones domiciliarias se usan en función de la edad del paciente.

El 80% son niños con seguimiento escolar regular, con acceso y uso de ordenador, habitualmente asesorado en el propio hospital, pero conseguido de manera individual por los centros educativos y los propios padres.

14. RESULTADOS EN EL USO DEL ORDENADOR EN EDUCACIÓN ESPECIAL.

Quintana Luque F, González Valderas M, Sánchez García MD, Conde Prados J. García Monlleo J.

Centro San Rafael. Hospital Universitario San Rafael y Colegio de Educación Especial San Rafael. Granada

OBJETIVOS: El uso del ordenador es una actividad de eficacia no probada en las aulas de educación especial, donde barreras motóricas y cognitivas dificultan el acceso al instrumento. Pretendemos analizar forma de acceso al ordenador, programas utilizados, áreas de trabajo, actitudes y aptitudes de un grupo de alumnos de un colegio de educación especial

METODOLOGÍA: Se valoran 28 niños, con edades de 5-16 años, alumnos del colegio durante un mínimo de dos años. Veintisiete presentan un grado de discapacidad mayor de 50, 12 requieren adaptación para acceso al ratón, 4 necesitan pulsador y 4 se comunican mediante programa adaptado de signos. Los programas utilizados son similares a los de Educación Primaria, adaptados al nivel cognitivo individual. Los objetivos son individualizados y orientados a mejorar el rendimiento escolar mediante un abordaje lúdico y de emulación de familiares sin discapacidad.

RESULTADOS: Establecidos mediante entrevista realizada a profesores, fisioterapeutas, psicólogos, logopedas y cuidadores. El 100% de los alumnos ha mejorado atención y discriminación auditiva, un 50% la habilidad manual, un 25% iniciaron una reeducación de lectoescritura y un 14% ha logrado comunicación.

CONCLUSIONES:

1. Los programas de ordenador son adaptables a distintos niveles cognitivos.
2. Permiten relacionar al alumno con sus conocimientos de manera divertida, fácil de interiorizar y con elevado nivel gratificante.
3. El difícil acceso al ordenador de niños discapacitados no debe impedir su uso.

15. ORTESIS Y AYUDAS PARA LA MARCHA EN REHABILITACIÓN INFANTIL

S. Ramón, F. Orient, R. Terré, D. Guevara, F. Grau, M. Bernabeu Hospital Institut Guttmann. Unidad de RHB Infantil. Badalona

OBJETIVO: Analizar la epidemiología de los pacientes

afectos de discapacidad en edad pediátrica, así como describir las ortesis y ayudas para la marcha más prescritas.

MÉTODO: Se ha realizado un estudio retrospectivo de los pacientes tratados en régimen de ingreso o ambulatorio en la Unidad de Rehabilitación Infantil del Institut Guttmann durante 2003. Se han analizado variables epidemiológicas, clínicas (etiología, lesión neurológica, grado de severidad, tono muscular) y ortésicas.

RESULTADOS: De 66 pacientes, 44 eran hombres (66,7%) y 22 mujeres (33,3%), con una media de edad de 10,51 años. La etiología más frecuente ha sido la parálisis cerebral infantil en 27 pacientes (40,9%). Las ortesis más prescritas han sido la férula antiequino en 37 casos y los bitutores largos en 14. Durante este período, 25 pacientes han precisado una silla de ruedas para el desplazamiento (37,87%).

CONCLUSIONES: El control periódico del paciente en edad de crecimiento, pretende prevenir o tratar las deformidades ortopédicas y mejorar la biomecánica del desplazamiento, mediante la supervisión y prescripción de la ortesis óptima

Normas de Publicación

El Boletín de la Sociedad Española de Rehabilitación Infantil, órgano de comunicación entre sus miembros, considerará para su publicación trabajos relacionados con la especialidad.

ESTÁ CONSTITUIDO POR LAS SIGUIENTE SECCIONES:

EDITORIALES

Puntos de vista sobre temas de actualidad o referencias de las Reuniones Anuales de la Sociedad. Tendrán una extensión máxima de 3 hojas DIN A-4, a doble espacio, con un máximo de una figura y dos tablas.

CONOCIÉNDONOS

Su objetivo es dar a conocer el funcionamiento de las Unidades de Rehabilitación Infantil de nuestro país. Debe incluir: la actividad asistencial y docente del Servicio, las relaciones con otros Servicios hospitalarios o ambulatorios (ámbito sanitario, social y educativo), la cartera de Servicios, el equipo y las perspectivas. Se harán preferentemente por encargo. Tendrán una extensión máxima de 6 hojas y podrán incluir hasta 3 figuras y 3 tablas. La bibliografía utilizada se citará según el orden de aparición en el texto, siguiendo las normas generales.

COLABORACIONES

Incluye artículos científicos breves sobre temas controvertidos o de actualidad. Pueden ser originales o revisiones. La extensión máxima será de 4 hojas DIN A-4. La bibliografía se citará según el orden de aparición en el texto, incluyendo autor/es, abreviatura de la Revista según el Index Medicus, año de publicación; volumen: página inicial-página final.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

Correspondientes a artículos incluidos en revistas relacionadas con la Rehabilitación Infantil, publicadas preferentemente en el trimestre anterior a su envío. La referencia incluirá los datos del artículo expuestos en el apartado anterior y un resumen con un máximo de 100 palabras que proporcione una idea adecuada sobre el texto.

PORTALES Y DIRECCIONES WEB

Incluye direcciones de Internet consideradas de utilidad para nuestra especialidad. Se acompañará de una reseña explicativa que contenga los puntos de interés de los mismos.

OTRAS

- **CRÍTICA DE LIBROS** : sobre Rehabilitación Infantil y temas afines. Deben incluir: título del libro, autor/es, lugar y año de publicación, editorial y un resumen de hasta 250 palabras sobre el contenido del mismo.
- **NOTICIAS**: sobre informaciones, anuncios y/o comentarios de carácter científico que puedan ser de interés para los miembros de la Sociedad.
- **SUGERENCIAS**

Los trabajos serán enviados por correo electrónico a seri@sermef.es o en disquete a la dirección citada en la página 2 de los boletines.

Citas Bibliográficas

Espondilolistesis como causa de dolor lumbar en el niño. Diagnóstico y tratamiento. Monge Berrueto M.I. y cols. *Medicina de Rehabilitación* 2003, XVI: 32-8.

Los autores quieren destacar la importancia de esta patología como primera causa de dolor lumbar en el niño. Se resalta la necesidad de una buena evaluación que incluya una correcta anamnesis, examen físico y radiográfico que nos permita detectar aquellos factores de progresión de la deformidad que van a marcar las pautas de tratamiento a seguir.

Un niño zarandeado. Coronel Carvajal C. *Rev Esp Pediatr* 2003, 59: 373-5.

El síndrome del niño zarandeado (Shaken Baby syndrome) es un conjunto de alteraciones clínicas y patológicas que se deben al daño cerebral provocado por sacudidas manuales enérgicas que, mediante un mecanismo de latigazo, producen lesiones vasculares cerebrales con hematomas y hemorragias. Puede enmarcarse dentro del maltrato infantil intencionado o bien ser debido a la práctica de maniobras mal realizadas.

Necesidades de salud buco-dental para personas discapacitadas. Hennequin N. *Motricité cérébrale* 2004, 25: 1-11.

Los discapacitados constituyen un grupo de alto riesgo de patologías bucodentales de tipo infeccioso, traumático o funcional. En ellos, los cuidados dentales constituyen un factor estresante y técnicamente más difícil por lo que las medidas preventivas son fundamentales.

El síndrome velocardiofacial: descripción de la casuística y manejo terapéutico. Steenackers A. *Motricité cérébrale* 2004, 25: 12-24.

Se presenta el caso de un niño afecto, a partir del cual se tratan los problemas de alimentación, su diagnóstico, el protocolo seguido en diferentes casos: las correcciones de postura, el material, la consistencia del alimento...

Falsas vías y medidas de urgencia. Guillon Verne E. *Motricité Cérébrale* 2004, 25: 25-9.

Los pacientes con parálisis cerebral o los pluridiscapacitados presentan riesgos de atragantamiento. Se presenta una guía clínica con las recomendaciones más aceptadas.

Anomalías del pie en el recién nacido. Launay F y cols. *Arch Pediatr* 2004, 11: 60-3.

Este trabajo presenta las anomalías más frecuentes del pie precisando su etiología, su historia natural y su abordaje terapéutico.

Tratamientos médicos en el niño hiperactivo. Le Heuzey M.F. *Arch Pediatr* 2004, 11: 64-9.

El tratamiento del niño hiperactivo comprende diferentes

aspectos entre los que se incluyen los tratamientos farmacológicos. Los psicoestimulantes son los de primera elección. Los autores realizan una revisión sobre otros fármacos que también han demostrado eficacia.

Inyección intraparotídea de TBA para el tratamiento de la sialorrea en niños con parálisis cerebral. Savarese R y cols. *Am J Phys Med Rehabil* 2004, 83: 304-11.

Se realizó un estudio prospectivo sobre 21 niños a los que se inyectó 15 unidades de TBA (Botox) en cada glándula parotídea. Se observó una disminución en la cantidad de saliva y la frecuencia del babeo y un menor uso de pechitos en el 89%, con satisfacción de los cuidadores en un 79% de casos. Los efectos fueron observados a partir de las 2 semanas. No se constataron efectos adversos.

Epifisiolisis de la cabeza femoral en niños con síndrome de Down. Bosch P. *J Pediatr Orthop* 2004, 24: 271-7.

Se citan 8 pacientes (11 caderas) de niños que sufrieron epifisiolisis. De ellos, 6 pacientes tenían hipotiroidismo. Tras la fijación quirúrgica, 6 caderas empeoraron, 2 desarrollaron una necrosis avascular y en una la necrosis fue secundaria a una artritis séptica y osteomielitis. Nueva cirugía fue necesaria en 7 caderas. Algunos casos evolucionaron hacia cojera y dolor. El tratamiento de estas caderas es difícil y de pronóstico reservado. Es importante descartar hipotiroidismo en esta población.

Valores normales de los marcadores de recambio óseo durante la infancia. Manjón Llorente G. *An Pediatr (Barc)* 2004, 60: 330-6.

Se ha estudiado una población de 75 niños sanos entre 6 meses y 14 años de edad. Se han determinado en suero los valores de osteocalcina y de propéptido carboxiterminal de procolágeno tipo I como marcadores de aposición ósea y la hidroxiprolina y las piridinolinas en orina, como marcadores de resorción ósea. El conocimiento de los valores normales permite conocer el estado de mineralización ósea de la población infantil y de la población de riesgo para osteoporosis.

Sobrediagnóstico de osteoporosis en niños debido a mala interpretación de la DEXA. Gafni R. *J Pediatr* 2004, 144: 253-7.

La prueba se realizó en 34 niños entre 4-17 años que fueron remitidos a un centro especializado para iniciar tratamiento con bifosfonatos. En el 88% de los casos se había interpretado mal; el error más frecuente fue usar la T-score para el diagnóstico en lugar de la z-score. El artículo aporta una bibliografía amplia sobre los valores normales de DMO en esta población y resalta la importancia de interpretar bien esta exploración para evitar tratamientos innecesarios.

